

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 4

« 09 » 04 2024 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 15 » 04 2024г.
№ 195

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ**

по специальности:

«Детская урология-андрология»

Трудоемкость: 576 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: диплом о присвоении квалификации

Ростов-на-Дону, 2024

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности «*Детская урология-андрология*» обсуждена и одобрена на заседании кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии – андрологии) факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой Коган М.И.

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «*Детская урология -андрология*» разработана рабочей группой сотрудников кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии – андрологии), факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Коган М.И.

Состав рабочей группы:

№ №	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	<i>Коган Михаил Иосифович</i>	д.м.н., профессор	Зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Сизонов Владимир Валентинович</i>	д.м.н., профессор	Профессор кафедры название кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	<i>Ибишев Халид Сулейманович</i>	д.м.н., доцент	Профессор кафедры название кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4.	<i>Чибичян Микаел Бедросович</i>	д.м.н., про	профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов.	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - детский уролог-андролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 13 января 2021 № 4н от регистрационный номер 1386).
- ФГОС ВО по специальности детская урология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1057.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием"
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия" Подготовка в ординатуре по специальности "Детская урология-андрология" или Профессиональная переподготовка по специальности "Детская урология-андрология" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Детская хирургия", "Урология", "Хирургия".

1.3. Цель реализации программы

Получение новых профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющихся квалификаций по урологии, детской хирургии, хирургии, а именно повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний мочеполовой системы и наружных половых органов у детей.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области детской урологии - андрологии

Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: «Врач - детский уролог-андролог » (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 13 января 2021 № 4н от регистрационный номер 1386).
--

ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ проф-стандарта,
ПК-1	готовность к разработке плана диагностики и лечения мочевыделительной системы и наружных половых органов у детей с действующими клиническими рекомендациями	A/01.8 A/02.8
	<p>Должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стандарты оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у детей. 2. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у детей. 3. Механизм действия лекарственных препаратов, применяемых в урологии, медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у детей. 	
	<p>должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у детей 4. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих мужских половых органов у детей. 2. Оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов 	

	<p>5. Разрабатывать тактику лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи у детей</p>	
	<p>должен владеть: методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с поражениями мочевой и половой систем у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;</p>	
ПК-2	<p>готовность к разработке плана диагностики и лечения детей с уроандрологической патологией с действующими клиническими рекомендациями</p> <p>должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методики сбора анамнеза жизни и заболевания у пациентов с уроандрологическими заболеваниями и (или) состояниями у детей 2. Методика осмотров пациентов с уроандрологическими заболеваниями и (или) состояниями у детей 3. Методы обследования пациентов с уроандрологическими заболеваниями и (или) состояниями у детей 	<p><i>A/01.8</i> <i>A/02.8</i></p>
	<p>должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов при уроандрологических заболеваниях и (или) состояниях у детей 2. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с уроандрологическими заболеваниями и (или) состояниями 3. Пользоваться следующими методами визуального осмотра и физикального обследования пациентов с уроандрологическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: пальпация, перкуссия, аускультация при заболеваниях брюшной стенки, органов брюшной полости, почек и мочевыделительной системы; <p>должен владеть: методиками осмотра и обследования, лечения пациентов с уроандрологическими заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи</p>	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	4 месяца, 16 недель, 96 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Урология»
в объеме 576 часов

№ №	Наименование модулей	Все го часов	Ча- сы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажи- ровка	Обучающий симуляцион- ный курс	Совер- шенству- емые ПК	Форма кон- троля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	48	48	12	36	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Специальные дисциплины																
2	Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых и репродуктивных органов	58	44	20	18	6	-	14	14	-	-	-	-	-	ПК1	ПА
3	Онкоурология	36	30	2	22	6	-	6	6	-	-	-	-	-	ПК1	ПА
4	Врожденные аномалии мочевыделительной системы	112	92	30	48	14	-	20	20	-	-	-	-	-	ПК1	ПА
5	Андрология	108	80	32	36	12	-	28	22	-	-	-	-	6	ПК1	ПА

6	Мочекаменная болезнь	38	30	10	14	6	-	8	8	-	-	-	-	-	ПК1	ПА
7	Травма органов мочеполовой системы	82	50	16	18	16	-	32	18	-	-	-	-	14	ПК1	ПА
8	Дисфункции нижних мочевых путей	40	24	9	11	4	-	16	13	-	-	-	-	3	ПК1	ПА
9	Всего часов (специальные дисциплины)	474	350	119	167	64	-	124	101	-	-	-	-	23		
Смежные дисциплины																
10	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения для ПК	48	48	30	18		-	0	-	-	-	-	-	-	-	
Итоговая аттестация		6														Экзамен
Всего часов по программе		576	446	161	221	64	-	124	101				-	23	-	-

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 месяцев: шести дней в неделю по 6 академических часов в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: **Клиническая анатомия и оперативная хирургия**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия
1.1	Современные аспекты клинической анатомии и оперативной хирургии в детской урологии- андрологии
1.2	Клинические аспекты хирургической анатомии передней брюшной стенки и нижнего этажа брюшной полости у детей
1.3	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии поясничной области и забрюшинного пространства, почек и мочеточников у детей
1.4	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у мальчиков. Оперативная хирургия
1.5	Клинические аспекты хирургической анатомии малого таза и промежности у девочек. Оперативная хирургия
1.6	Оперативная хирургия при неотложных состояниях

МОДУЛЬ 2

Название модуля: **Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых и репродуктивных органов**

2.1.1	Острый пиелонефрит у детей, классификация
2.1.2	Этиология и патогенез острого пиелонефрита
2.1.3	Клиника
2.1.4	Диагностика
2.1.5	Лечение.
2.1.6	Дифференциальная диагностика
2.2.1	Хронический пиелонефрит у детей. Этиология. Патогенез.
2.2.2	Клиника
2.2.3	Диагностика
2.2.4	Лечение.
2.2.5	Дифференциальная диагностика
2.3.1	Острый орхит. Этиология. Патогенез.
2.3.2	Клиника
2.3.3	Диагностика

2.3.4	Лечение.
2.3.5	Дифференциальная диагностика
2.4.1	Уретрит. Этиология и патогенез простатита
2.4.2	Этиология и патогенез простатита
2.4.3	Клиника
2.4.4	Диагностика
2.4.5	Лечение.
2.5.1.	Острый цистит. Этиология патогенез
2.5.2	Клиника
2.5.3	Диагностика
2.5.4	Лечение.
2.6.1.	Хронический рецидивирующий цистит. Этиология патогенез
2.6.2	Клиника
2.6.3	Диагностика
2.6.4	Лечение.

МОДУЛЬ 3

Название модуля: **Онкоурология**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
3.1.	Проблемы развития онкоурологии у детей
3.1.1.	Современное состояние онкоурологии у детей
3.1.2.	Статистика онкоурологических заболеваний у детей
3.1.3.	Этиология, эпидемиология и патогенез
3.1.4.	Современная классификация
3.1.5.	Методы современной диагностики
3.1.6.	Особенности опухолей у людей пожилого возраста
3.1.7.	Принципы лечения онкологических больных до 18 лет
3.1.8.	Этика и деонтология
3.1.10.	Диспансеризация
3.2.	Опухоли паренхимы почки
3.2.1	Статистика опухолей почек
3.2.2	Этиология и патогенез
3.2.3	Классификации (клиническая, гистологическая). Пути метастазирования
3.2.4	Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни
3.2.5	Диагностический алгоритм: а) анамнез, жалобы, объективные данные б) ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические методы, биопсия
3.2.6	Лечение: а) радикальные операции. Доступы. б) иммунотерапия. в) химиотерапия г) лучевая терапия
3.2.7	Прогноз
3.3	Уротелиальные опухоли верхних мочевых путей
3.3.1.	Статистика
3.3.2.	Этиология и эпидемиология
3.3.3.	Патогенез

3.3.4.	Классификация клиническая и морфологическая. Пути метастазирования
3.3.5.	Клинические симптомы
3.3.6.	Диагностика инструментальная
3.3.7.	Лучевая диагностика (УЗИ, МСКТ, МРТ, Рентгенография)
3.3.8.	Оперативное лечение (открытые и эндоскопические вмешательства)
3.3.9.	Иммуно- и химиотерапия. Прогноз
3.3.10.	Диспансеризация
3.4.	Опухоли забрюшинного пространства (экстраренальные)
3.4.1.	Статистика
3.4.2.	Этиология и патогенез
3.4.3.	Классификация клиническая и морфологическая
3.4.4.	Особенности патофизиологического действия опухолей коры надпочечника и его мозгового вещества
3.4.5.	Клиническая симптоматика
3.4.6.	Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей надпочечника
3.4.7.	Лечение хирургическое
3.4.8.	Прогноз
3.5.	Опухоли мочевого пузыря у детей
3.5.1.	Опухоли мочевого пузыря
3.5.1.1.	Статистика
3.5.1.2.	Этиология и патогенез
3.5.1.3.	Классификация клиническая и морфологическая
3.5.1.4.	Клиническое течение
3.5.1.5.	Инструментальная и лабораторная диагностика
3.5.1.6.	МСКТ и МРТ в диагностике опухолей мочевого пузыря
3.5.1.7.	Эндоскопические (ТУР, в т.ч. повторные отсроченные), паллиативные и радикальные операции
3.5.1.8.	Химиотерапия, иммунотерапия
3.5.1.9.	Лучевая терапия
3.5.1.10.	Диспансерное наблюдение
3.5.2.	Опухоли уретры
3.5.2.1.	Статистика
3.5.2.2.	Этиология и патогенез
3.5.2.3.	Классификация доброкачественных опухолей папилломы, полипы, и др. кондиломы, фибромы
3.5.2.4.	Злокачественные опухоли: рак и саркома
3.5.2.5.	Клиника
3.5.2.6.	Диагностика
3.5.2.7.	Оперативное лечение
3.5.2.8.	Прогноз
3.7.	Опухоли наружных половых органов
3.7.1.	Опухоли яичка
3.7.1.1.	Этиология, патогенез. Гистологическая классификация

3.7.1.2.	Клиническая классификация семинозных и несеминозных опухолей
3.7.1.3.	Анамнез. Объективный статус
3.7.1.4.	Лабораторная диагностика
3.7.1.5.	Рентген и ультразвуковая диагностика
3.7.1.6.	Оперативное лечение, в т.ч. забрюшинная лимфаденэктомия
3.7.1.7.	Химиотерапия, лучевая терапия. Динамическое наблюдение
3.7.1.8.	Прогноз
3.7.2.	Доброкачественные новообразования полового члена
3.7.2.1.	Папилломы и остроконечные кондиломы
3.7.2.2.	Этиология доброкачественных опухолей
3.7.2.3.	Клиника и диагностика
3.7.2.4.	Лечение оперативное
3.7.2.5.	Лечение консервативное
3.7.3.	Рак полового члена
3.7.3.1.	Этиология, патогенез
3.7.3.2.	Классификация
3.7.3.3.	Клиника
3.7.3.4.	Диагностика
3.7.3.5.	Лечение в I, II, III стадиях
3.7.3.6.	Прогноз

МОДУЛЬ 4

Название модуля: **Врожденные аномалии мочевыделительной системы**

4.1.1	Гидронефроз у детей
4.1.2	Этиология и патогенез
4.1.3	Классификация ,Диагностика
4.1.4	Консервативное лечение.
4.1.5	Хирургическое лечение
4.1.6.	Профилактика
4.1.7	УЗИ перенатальное и постнатальное при ГНТ
4.2.1	Уретерогидронефроз
4.2.2	Клиника
4.2.3	Диагностика
4.2.4	Лечение: Консервативное, оперативное
4.2.5	Профилактика
4.3.1	Пузырно- мочеточниковый рефлюкс
4.3.2	Классификация
4.3.3	Диагностика
4.3.4	Лечение : консервативное и оперативное
4.3.5	Антибиотикопрофилактика
4.4.1.	Клапан задней уретры
4.4.2.	Патогенез
4.4.3.	Клиника

4.4.4.	Диагностика
4.4.5.	Лечение.
4.4.6	Отдаленные результаты и лечения .
4.5.1.	Уретероцеле
4.5.2.	Патогенез
4.5.3.	Клиника , диагностика
4.5.4.	Лечение, осложнения.
4.6.1.	Обструкция дистального отдела мочеточника
4.6.2.	Этиология , патогенез
4.6.3.	Клиника , диагностика
4.6.4	Лечение (консервативное и оперативное)

МОДУЛЬ 5

Название модуля: **Андрология**

5.1.1	Гипоспадия
5.1.2	Этиология и патогенез
5.1.3	Классификация ,
5.1.4	Хирургическое лечение
5.1.5.	Осложнения
5.2.1	Варикоцеле
5.2.2	Классификация ,Клиника
5.2.3	Диагностика
5.2.4	Лечение
5.2.5	Осложнения
5.3.1	Крипторхизм
5.3.2	Классификация
5.3.3	Диагностика
5.3.4	Лечение
5.3.5	Осложнения
5.4.1.	Гидроцеле(сообщающиеся, изолированные, кисты сем. канатика)
5.4.2.	Патогенез
5.4.3.	Клиника
5.4.4.	Диагностика
5.4.5.	Лечение.
5.5.1.	Фимоз
5.5.2.	Лечение консервативное
5.5.3.	Клиника , диагностика
5.5.4.	Лечение хирургическое, осложнения.
5.6.1.	Острое заболевание орзонов мошонки
5.6.2.	Этиология , патогенез
5.6.3.	Клиника , диагностика
5.6.4	Лечение (консервативное и оперативное)
5.6.5	Осложнения , профилактика

МОДУЛЬ 6

Название модуля: **Мочекаменная болезнь**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
6.1	Этиология. Патогенез.
6.2	Диагностика.
6.2.1	Оценка жалоб, анамнестических данных.
6.2.2	Объективное обследование пациентов
6.2.3	Лабораторная диагностика
6.2.4	Лучевые методы диагностики
6.2.5	Инвазивные диагностические тесты.
6.3	Лечение
6.3.1	Консервативное лечение
6.3.1.1	Принципы химического литолиза конкрементов
6.3.1.2	ЛитокINETическая терапии
6.3.2	Дистанционная литотрипсия (ДЛТ)
6.3.3	Рентген-интервенционная эндоскопическая хирургия
6.1.4	Виды энергии, используемые в контактной литотрипсии
6.1.5	Дренирующие операции верхних мочевых путей
6.3.6	Лапароскопия в лечении МКБ
6.3.7	Традиционная (открытая) хирургия МКБ
6.3.8	Санаторно-курортное лечение
6.4	Метафилактика мочекаменной болезни.

МОДУЛЬ 7

Название модуля: **Травма органов мочеполовой системы**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
7.1	Травмы почек.
7.1.1	Классификация, этиология, патогенез.
7.1.2	Клиника и диагностика
7.1.3	Лечение(консервативное, оперативное)
7.1.4	Осложнения.
7.2	Травмы мочевого пузыря
7.2.1	Классификация, этиология, патогенез.
7.2.2	Клиника и диагностика

7.2.3	Лечение(консервативное, оперативное)
7.2.4	Осложнения.
7.3	Травмы уретры
7.3.1	Классификация, этиология, патогенез.
7.3.2	Клиника и диагностика
7.3.3	Лечение(консервативное, оперативное)
7.3.4	Осложнения.
7.4	Травмы НПО
7.4.1	Классификация, этиология, патогенез.
7.4.2	Клиника и диагностика
7.4.3	Лечение(консервативное, оперативное)
7.4.4	Осложнения.
7.5	Травмы мочеточников
7.5.1	Классификация, этиология, патогенез.
7.5.2	Клиника и диагностика
7.5.3	Лечение(консервативное, оперативное)
7.5.4	Осложнения.

МОДУЛЬ 8

Название модуля: **Дисфункции нижних мочевых путей**

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
8.1	Функциональная анатомия нижних мочевых путей (НМП).
8.2	Патофизиология акта мочеиспускания
8.2.1	Нарушения мочеиспускания. Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) и их классификация.
8.2.2	СНМП. Методы оценки, диагностика
8.3	Дисфункция НМП.
8.3.1	Ненейрогенная дисфункции НМП. Этиология, клиническая картина.
8.3.2	Нейрогенная дисфункции НМП. Этиология, клиническая картина
8.4	Методы оценки дисфункции НМП
8.4.1	Анкетирование, анамнез, объективное обследование.
8.4.2	Лабораторная диагностика, методы лучевой диагностики.
8.4.3	Комплексная уродинамическая диагностика (КУДИ).
8.4.3.1	Понятие о методе. Подготовка пациента к исследованию
8.4.3.2	Методология КУДИ. Составляющие КУДИ.
8.4.3.3	Урофлоуметрия

8.4.3.4	Цистометрия наполнения
8.4.3.5	Цистометрия выделительная, тест «Давление – поток»
8.4.3.6	Профилометрия уретры активная и пассивная
8.4.3.7	Электромиография в составе КУДИ
8.4.3.8	Видеоуродинамическое исследование
8.4.3.9	Интерпретация результатов КУДИ
8.5	Недержание мочи: виды, лечение.
8.5.1	Недержание мочи при напряжении передней брюшной стенки (стресс-инконтиненция).
8.5.2	Лечение стресс-инконтиненции
8.5.3	Императивное недержание мочи
8.5.4	Лечение императивного недержания мочи
8.6	Ведение пациентов с нейродисфункций НМП
8.6.1	Консервативная терапия
8.6.1.1	Поведенческая терапия, механизмы биологической обратной связи
8.6.1.2	M-холинолитики
8.6.2	Хирургическое лечение
8.6.2.1	Инъекционная терапия: внутридетрузорное, подслизистое введение препарата ботулинического токсина типа А
8.6.2.2	Нейромодуляция и нейростимуляция.
8.6.2.3	Нейромодуляция: принцип метода, его особенности. Показания к применению, техника выполнения.
8.6.2.4	Нейростимуляция: принцип метода, его особенности. Показания к применению, техника выполнения..
8.6.2.5	Аугментация мочевого пузыря
8.6.2.6	Цистэктомия с формированием резервуаров / кондуитов
8.7	Инфекция мочевой системы у пациентов с нейродисфункцией НМП.
8.7.1	Особенности клинического течения
8.7.2	Принципы терапии

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы	Задачи симуляции
Ретроградное дренирование верхних	В/02.8 Назначение лечения пациентам с	1. Монитор для отображения эндоскопической картины симуляции	Нестерильные перчатки разных размеров Медицинская шапочка	Демонстрация аккредитуемым лицом

мочевых путей	заболевания ми и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности.	<p>2. Монитор с элементами управления процедурой</p> <p>3. Рабочий элемент (цистоскоп в сборе): камера с колесом фокусировки; присоединенная к цистоскопу,</p> <p>4. выходная и входная трубка с клапанами, имитирующими подачу и отвод ирригационной жидкости</p> <p>5. Корпус симулятора с имитацией наружного отверстия уретры</p> <p>6. Видеозапись выполнения задания</p> <p>7. Секундомер для измерения длительности выполнения задания: старт – по введению инструментов, финиш – по извлечению инструментов</p>	<p>Медицинская маска</p> <p>Местный анестетик для уретры – гель на водном растворе лидокаина (имитация)</p> <p>Антисептик (имитация) корнцанг.</p> <p>Марлевые салфетки</p> <p>Почкообразный лоток</p> <p>Набор для ретроградного стентирования/дренирования верхних мочевых путей (мочеточниковый катетер-стент)</p>	<p>умения выполнять ретроградное дренирование верхних мочевых путей.</p>
Чрескожная пункция чашечно-лоханочной системы почки под ультразвуковым контролем	<p>В/02.8</p> <p>Назначение лечения пациентам с заболеваниями ми и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>1. Имитация давления, оказываемого кожей поясничной области во время пункции.</p> <p>2. Имитация поясничной области и ультразвуковой картины почки человека с интегрированной ЧЛС, заполненной жидкостью и возможностью ее получения по игле при правильной пункции.</p> <p>3. Имитация эхопроводимости</p>	<p>Медицинская шапочка</p> <p>Медицинская маска</p> <p>Перчатки нестерильные разных размеров</p> <p>Пункционная игла 17,5-18Gage</p> <p>Антисептик для обработки кожи пациента (допустима имитация) .</p> <p>Стерильные марлевые салфетки разных размеров</p> <p>Лейкопластырь.</p> <p>Раствор тримекаина 5% 2 мл или новокаина 0,5% 10 мл в ампулах (имитация)</p>	<p>Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить пункцию чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки под контролем ультразвукового исследования (УЗИ)</p>

		<p>тканей при УЗИ, полностью соответствующее реальной.</p> <p>4. Возможность определить место пункции и понять, на какую среднюю глубину следует ввести пункционную иглу, чтобы пунктировать ЧЛС для дальнейшего проведения струны и установки нефростомы.</p> <p>Наличие УЗ-аппарата для контроля пункции ЧЛС.</p>	<p>Шприц 20 мл с иглами</p> <p>Раствор хлорида натрия 0,9% или вода для инъекций стерильная в ампулах по 10 мл</p> <p>Шовный материал: полифиламентный синтетический (например, викрил или полисорб) 2/0, длиной 75 см на атравматической колющей игле 22-26 мм, 1/2 окружности</p> <p>Гель для УЗИ</p>	
--	--	---	---	--

Рабочая программа учебного модуля «Смежные дисциплины»
Модуль 9
Мобилизационная подготовка и гражданская оборона
в сфере здравоохранения

Код	Наименования тем, элементов
9.1	Обороноспособность и национальная безопасность Российской Федерации
9.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
9.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны
9.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
9.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
9.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
9.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск
9.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
9.4.	Государственный материальный резерв
9.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
9.5.	Избранные вопросы медицины катастроф

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – зачёт. Зачет проводится посредством тестового контроля - письменно.

- в виде итоговой аттестации (ИА).

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП).

Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля - письменно, и/или решения одной ситуационной задачи письменно.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдается *диплом о присвоении квалификации*.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
2	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России...	2 этаж, конференс зал, перевязочная и смотровой кабинет урологического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Персональный компьютер с операционной системой windows 10

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Детская хирургия : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. А. Ю. Разумовского. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1280 с.:ил. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2.	Крипторхизм. Классика и инновации[Электронный ресурс] / под ред. В. В. Сизонов, М. И. Коган. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 104 с.– Доступ из ЭБС «Консультант врача».
	Дополнительная литература
1.	Хирургические и урологические стенты: от эксперимента к клинике: монография / Куликовский В.Ф., Коган М.И., Шкодкин С.В. и др.; Министерство образования и науки РФ, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Белгородский государственный национальный исследовательский университет". - Белгород: БелГу: Белгород, 2016. - 318 с.(и др., всего 23 чел.)
2.	Урология. Комментарии к клиническим рекомендациям. / Пушкарь Д.Ю., Алек-

	сеев Б.Я., Глыбочко П.В. и др. 2020. - 498с.
3.	Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч.1: учебное пособие: В 2-х частях / сост.: В. К. Татьянченко, А. В. Овсянников, Ю.В. Хоронько [и др.]; науч. ред. В.К. Татьянченко. – Ростов н/Д: РостГМУ, 2015. - 359с. : ил. - 2 экз.
4.	Пушкарь Д. Ю., Раснер П. И., Котенко Д. В. и др. Особенности симптомов нижних мочевыводящих путей у мужчин Московского региона. Результаты эпидемиологического исследования. Урология 2018;3:20–8.
5.	Ибишев Х.С. Хронический рецидивирующий цистит. Патогенез. Диагностика. Лечение. Учеб. пособие /Х.С.Ибишев, А.В.Ильяш/ - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018 – 90 с.
6.	Европейская Ассоциация Урологов : рекомендации : Издание 2019 / [под ред. И.В. Казанской, А.Ю. Павлова / пер. с англ. К.А. Ширанов].

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http://www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
4.	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opacg/
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система.	http://www.consultant.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии факультета повышения квалификации.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по урологии, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100 %.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100 %.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет более 10%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	<i>Коган Михаил Иосифович</i>	д.м.н., профессор	Зав. кафедрой	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	<i>Сизонов Владимир Валентинович</i>	д.м.н., профессор	Профессор	Кафедра название кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

3.	<i>Чибилян Микаел Бедросович</i>	д.м.н., профессор	Профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4.	<i>Ибишев Халид Сулейманович</i>	д.м.н., профессор	Профессор	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии), факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий

к дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки врачей по специальности «Детская урология-андрология» со сроком освоения 576 академических часов

Модуль 2.

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный со- ставитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282293705

8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология -андрология
10	Учебный предмет	Детская урология -андрология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Детская урология -андрология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов
15	Тема	1.1.1;
16	Количество вопросов	50
17	Тип вопроса	Singleand multiple
18	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 2

1	1	1			
2	1	1	Для диагностики инфекции мочевыводящих путей имеет значение:		
	*		Анализ мочи на бактериурию		
			Общий анализ мочи		
			Определение мочевины и креатинина в крови		
			Анализ мочи по Земницкому		
		*	Правильно а, б		
2	1	2			
1			Наиболее часто возбудителем ИМП у детей является:		
			E./Coli		
			Proteus spp/		
	*		а, б, в		
			Mycobacteria tuberculosis		
			Klebsiella spp		
2	1	3			
1			Частота развития ИМП у мальчиков и девочек в первые 6 лет жизни:		
			1% и 3%		
			10% и 15%		
	*		2% и 8%		
			7% и 9%		
			20% и 30%		
2	1	4			
1			Частота развития ИМП у необрезанных мальчиков в первые 3 мес. жизни		
			Менее 10%		
			15%		
	*		Около 20%		

			40%		
			Более 50%		
2	1	5			
1			Диагностически значимым лабораторными показателями пиелонефрита являются:		
			Протеинурия		
			Гематурия		
			Бактериурия		
			Лейкоцитурия		
	*		В,Г		
2	1	6			
1			При ИМП оязательны следующие патологические изменения:		
	*		Лейкоцитурия		
			Признаки нейрогенного мочевого пузыря на УЗИ		
			ПМР 4-5ст на цистограмме		
			Анамалии развития почек		
			гематурия		
2	1	7			
1			Длительность АТ ИМП согласно рекомендациям союза педиатров Росси, составляет		
			5 дней		
	*		7-14 дней		
			3 недели		
			1 месяц		
			Более 2 месяцев		
2	1	8			
1			Скрининговым методом в диагностике гнойно-деструктивных процессов в почке является:		
			Обзорный снимок мочевых путей		
			СКТ с контрастированием		
	*		УЗИ почек		
			Динамическая сцинтиграфия		
			Все пперечисленные		
2	1	9			
1			Цефалоспорины IV поколения являются:		
			цефаклор		
	*		цефиксим		
			цефипим		
			цефотаксим		
			цефоперазон		
2	1	10			
1			Какой должна быть длительность антибактериальной ХБП		
		*	однократная доза (в 1-й день)		
			короткий курс (2–7 дней)		

			длительный курс (8–14 дней)		
			непрерывная постоянная терапия		
			не требуется		
		*			
2	5	11	При выборе антибактериальной терапии следует руководствоваться следующими принципами:		
1			спектр и чувствительность уропатогенов, вызывающих ИМВП		
			эффективность в клинических исследованиях при специальных показаниях		
			переносимость и побочные эффекты		
			нежелательные экологические эффекты		
		*	все ответы верны		
		12			
1			При лечении цистита у мальчиков длительность антибактериальной терапии:		
		*	однократная доза (в 1-й день)		
			не менее 7 дней		
			длительный курс (14 дней)		
			непрерывная терапия, до нормализации анализов мочи		
			не требуется		
2	5	13			
1			Препараты выбора при лечении цистита у мальчиков:		
		*	фторхинолоны		
			цефалоспорины		
			карбопенемы		
			тетрациклины		
			нитрофураны		
2	7	14			
1			У больных с почечной недостаточностью выбор препаратов зависит от:		
		*	выраженности снижения функции почек		
			характера сопутствующей патологии		
			характера инфекционного агента		
			причины почечной недостаточности		
			все ответы верны		
2	7	15			
1			У больных с почечной недостаточностью при уровне СКФ >20 мл/мин можно не проводить коррекцию дозы, кроме препаратов:		
		*	аминогликозидов		
			фторхинолонов		

			цефлоспоринов		
			пенициллинов		
			карбопенемов		
2	7	16			
1			Комбинация петлевых диуретиков (фуросемид) и _____ является нефротоксичной		
			аминогликозидов		
			фторхинолонов		
		*	цефлоспоринов		
			пенициллинов		
			карбопенемов		
2	7	17			
1			При СКФ менее 30 мл/мин/1,73м2 противопоказан		
			цефиксим		
			левофлоксацин		
		*	нитрофурантоин		
			фосфомицин трометамол		
			цефтриаксон		
2	6	18			
1			Неантибактериальная профилактика при рецидивирующих ИМВП у девочек является:		
			фитотерапия		
			клюквенный сок		
			Д - манноза		
			иммуноактивные препараты		
		*	все ответы верны		
2	6	19			
1			К симптомам, позволяющим заподозрить острый пиелонефрит, относят:		
			озноб		
			боль в поясничной области		
			тошнота и рвота		
			фебрильная температура (>38 °С)		
		*	все ответы верны		
2	7	20			
1			К симптомам, позволяющим заподозрить острый пиелонефрит, относят:		
			озноб		
			боль в поясничной области		
			тошнота и рвота		
			фебрильная температура (>38 °С)		
		*	все ответы верны		
2	7	21			
1			Всем пациентам с острым пиелонефритом в дополнение к общему анализу мочи необходимо выполнять:		
			анализ мочи по Нечипоренко		
			цитологический анализ мочи		

			проба Зимницкого		
		*	посев мочи на стерильность с определением чувствительности к антибиотикам		
			все ответы верны		
2	7	22			
1			Первой линией терапии неосложненного пиелонефрита у пациентов, которым не требуется госпитализация, является короткий курс:		
			цефалоспорины		
			нитрофураны		
			аминогликозиды		
		*	фторхинолонов		
			пенициллины		
			все ответы верны		
2	7	23			
1			Пациентам с неосложненным пиелонефритом, которым требуется госпитализация, показана:		
			терапия кортикостероидами		
			фитотерапия		
			пероральная антибактериальная терапия		
		*	внутривенная антибактериальная терапия		
			системная иммунотерапия		
			все ответы верны		
2	7	24			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	нитрофурантоин		
			левофлоксацин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
			все ответы верны		
			все ответы верны		
2	7	25			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	Фосфомицин трометамол		
			левофлоксацин		
			цефиксим		
			цефтриаксон		
			все ответы верны		
2	7	26			
1			Не показаны для лечения неосложненного пиелонефрита:		
		*	пивмециллинам		
			левофлоксацин		
			цефиксим		

			цефтриаксон		
			все ответы верны		
2	7	27			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	ципрофлоксацин		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	28			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефотаксим		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	29			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефотаксим		
			цефепим		
			пиперациллин/тазобактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			гентамицин		
2	7	30			
1			Первая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефтриаксон		
			амикацин		
			гентамицин		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефепим		
2	7	31			
1			Вторая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефепим		
			имипенем/циластатин		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефтазидим/авибактам		

			цефидерокол		
2	7	32			
1			Вторая линия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	цефтолозан/тазобактам		
		*	цефтазидим/авибактам		
			цефтолозан/тазобактам		
			цефтазидим/авибактам		
			цефидерокол		
2	7	33			
1			Альтернативная терапия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
			имипенем/циластатин		
			меропенем		
			меропенем-ваборбактам		
			плазომидин		
		*	все ответы верны		
2	7	34			
1			Альтернативная терапия для эмпирической пероральной антибактериальной терапии при неосложненном пиелонефрите:		
		*	имипенем/циластатин		
			ииперациллин/тазобактам		
			цефепим		
			цефтриаксон		
			амикацин		
2	4	35			
1			Неспецифический уретрит может быть вызван:		
			<i>C. trachomatis</i>		
			<i>Mycoplasma genitalium</i>		
			<i>Ureaplasma urealyticum</i>		
			<i>T. vaginalis.</i>		
		*	все ответы верны		
2	4	36			
1			Частота выявления <i>C. trachomatis</i> при уретрите:		
		*	11–50%		
			6–50%		
			5–26%		
			1–20%		
			2–4%		
2	4	37			
1			Частота выявления <i>Mycoplasma genitalium</i> при уретрите:		
			11–50%		

		*	6–50%		
			5–26%		
			1–20%		
			2–4%		
2	7	38			
1			При необструктивном бактериальном пиелонефрите в сыворотке крови будет повышаться: лейкоциты представлены:		
			прогестерон		
	*		тестостерон		
			лейкоцитарная эстераза		
			общий белок		
			креатинин.		
2	7	39			
1			К аминогликозидам не относится:		
			неомицин;		
			нетилмицин;		
			спирамицин;		
	*		эритромицин;		
			Амикацин		
		40			
1			Цефалоспорины IV поколения являются:		
			цефаклор		
	*		цефиксим		
			цефипим		
			цефотаксим		
			цефоперазон		
2	7	41			
1			В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:		
			Отеки		
			Нарушение диуреза		
	*		Симптомы интоксикации		
			Нарушение гемодинамики		
			Все перечисленные		
2	7				
1		42	Показателем, отражающим активность воспалительного процесса при пиелонефрите:		
			Креатинин сыворотки крови		
			Мочевина сыворотки крови		
	*		C-реактивный белок		
			Общий белок сыворотки крови		
			Все перечисленные		
2	7				
1		43	При остром цистите АБ препарат чаще всего вводится		
			Внутривенно		
			Внутримышечно		

	*		Перорально		
			Подкожно		
			внутрипузырно		
2	5				
1		44	Какие препараты применяют для профилактики при ИМП		
			Меронем		
			Фурадонин		
	*		Б, в, г		
			цефаклор		
			фурамаг		
2	6				
		45	Учащенные, болезненные мочеиспускания с болями в надлобковой области характерны для:		
	*		Цистита		
			Гломерулонефрита		
			Пиелонефрита		
			Рефлюкс-нефропати		
			ПМР		
2	6	46	Первой линией терапии при острой лобарной нефронии должна быть:		
1	*		Длительная АТ		
			Декапсуляция почки		
			Вскрытие гнойника		
			Люмботомия		
			ЧПНС		
2		47	При лечении пиелонефрита применяют:		
1	*		Антибиотик		
			Спазмолитики		
			Мочегонные препараты		
			А+Б		
			Все перечисленные		
2		48	На какие сутки после нормализации улического состояния ребенка целесообразно переходить на пероральное введение антибиотиков		
1			7-10 сутки		
	*		2-4 сутки		
			2-3 недели		
			1 месяц		
			нецелесообразно		
2		49	Показанием к оперативному вмешательству абсцесса почки является:		
1			Абсцесс, размером более 1,5 см		
			Тошнота, рвота		

			Абсцесс размером более 3 см		
			Лихорадка более 3 суток на фоне АБ-терапии		
	*		В, г		
2		50	Какие варианты дренирования верхних МВП применяют при кандидозной обструкции		
1			Катетеризация мочеточников		
			ЧПНС		
			Уретральная катетеризация		
			Открытая пиелостомия		
	*		А, б, г		

Модуль 3

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282293705
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология -андрология
10	Учебный предмет	Детская урология -андрология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Детская урология -андрология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Онкоурология
15	Тема	3.1.1;
16	Количество вопросов	30
17	Тип вопроса	Singleand multiple
18	Источник	-

3	1	1			
3			Выберите современные методы диагностики онкологических заболеваний		
		*	Лабораторные		
			Инструментальные		
		*	Лучевые		
			Радионуклидные		

		*	Морфологические		
3	2	2			
1			К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится		
			фиброма;		
			ангиомиолипома		
			аденома		
			лейомиома		
		*	все перечисленные		
3	2	3			
1			Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения		
			аденома почки		
			гипернефрома		
			гипернефроидный рак		
		*	почечно-клеточный рак		
			мелкоклеточный рак		
3	2	4			
1			При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются		
			в печени		
		*	в легких		
			в контралатеральной почке		
			в головном мозге		
			в надпочечнике		
3	7	5			
1			Наиболее часто злокачественные опухоли яичка метастазируют:		
	*		в легкие		
			в головной мозг		
			в печень		
			в надпочечники		
			в кости		
3	7	6			
1			К опухолям стромы полового тяжа яичка относят:		
	*		а) гранулематозная опухоль		
			б) семинома		
			в) эмбриональный рак		
			г) тератома		
			д) хорионэпителиома		
3	7	7			
1			К герминогенным опухолям яичка относят:		
	*		эмбриональный рак		
			гранулематозная опухоль		
			хорионэпителиома		
3		8			
1			Риск развития опухоли яичка при смешанной дисгенезии гонад:		
	*		30%		

			50%		
			1%		
			0,5%		
3		9			
1			У пациентов с нарушением формирования пола кто имеет Y хромосому высокий риск развития:		
			патологии сердца		
			патологии нервной системы		
		*	малигнизации		
			бесплодия		
3		10			
1			При наличии Y-хромосомы у пациентов с нарушением формирования пола повышается риск развития:		
		*	семиномы и гонадобластомы		
			крипторхизма		
			микрорхизма		
			полового инфантилизма		
3		11			
1			Самый высокий риск развития малигнизации при нарушении формирования пола отмечается у пациентов с:		
		*	смешанной дисгенезией гонад и синдромом тестикулярной феминизации при интраабдоминальном расположении гонад		
			синдромом Шерешевского-Тернера		
			андреногенитальным синдромом		
			овотестикулярным нарушением		
3		12			
1			В каком возрасте чаще всего обнаруживается опухоль Вильмса?		
			До 1 года		
		*	2-5 лет		
			12-15 лет		
			7-10 лет		
3		13			
1			Опухоль Вильмса наиболее часто метастазирует в какой орган?		
			Головной мозг		
			Кости		
			Печень		
		*	Легкие		
3		14			
1			К какой стадии относится опухоль Вильмса описанная, как опухоль ограниченная почкой без повреждения почечной капсулы?		

		*	1		
			2		
			3		
			4		
3		15			
1			При какой стадии начинается пенетрация опухоли Вильмса за внешнюю поверхность почечной капсулы в околопочечную клетчатку?		
			1		
		*	2		
			3		
			4		
3		16			
1			К какой стадии относится опухоль Вильмса описанная, как остаточная негематогенная опухоль распространённая в пределах живота?		
			1		
			2		
		*	3		
			4		
3		17			
1			При какой стадии опухоль Вильмса имеет двустороннее поражение почек?		
			2		
			3		
			4		
		*	5		
3		18			
1			В каком возрасте чаще всего диагностируется рабдомиоидная опухоль почек?		
		*	До 2 лет		
			7-10 лет		
			10-15 лет		
			Старше 15 лет		
3		19			
1			Какой синдром включает в себя опухоль Вильмса, аниридию, аномалии мочеполовой системы и задержку умственного развития?		
		*	Синдром ВAMЗ		
			Синдром Беквита-Видемана		
			Синдром Хинмана		
			Синдром Очоа		
3		20			
1			Какой синдром встречается при опухоли Вильмса?		
			Синдром ВAMЗ		

		*	Синдром Беквита-Видемана		
			Синдром Хинмана		
			Синдром Очоа		
3		21			
1			У кого чаще встречается светлоклеточная саркома почки?		
		*	У мальчиков		
			У девочек		
3		22			
1			Какая опухоль чаще всего диагностируется у детей до года?		
		*	Врождённая аденомиосаркома		
			Почечно-клеточная карцинома		
			Мультилокулярная кистозная нефрома		
			Кистозная частично дифференцированная нефробластома		
3		23			
1			После какого возраста врождённая аденомиосаркома никогда не возникает?		
		*	После 3 лет		
			После 3 мес.		
			После 6 лет		
			После 18 лет		
3		24			
1			В каком возрасте чаще диагностируется почечно-клеточная карцинома?		
		*	После 15 лет		
			После 1 года		
			После 3 лет		
			После 10 лет		
3		25			
1			Какая опухоль может сочетаться с плевральной бластомой?		
		*	Мультилокулярная кистозная нефрома		
			Врождённая аденомиосаркома		
			Почечно-клеточная карцинома		
			Кистозная частично дифференцированная нефробластома		
3		26			
1			Какую опухоль описывают как опухоль, состоящую из кист с тонкими перегородками в виде твёрдой части опухоли?		
		*	Кистозная частично дифференцированная нефробластома		
			Врождённая аденомиосаркома		
			Почечно-клеточная карцинома		
			Мультилокулярная кистозная нефрома		

3		27			
1			Какой метод исследования является методом первого выбора для детей с подозрением на опухоль почек?		
		*	УЗИ		
			МРТ		
			Цистоскопия		
			КТ		
3		28			
1			С мутацией какого гена связано развитие рабдомиоидной опухоли почек?		
		*	SMARCB1		
			WT1, WT2, 13		
			ITGA2B		
			ITGB3		
3		29			
1			Нарушение в каких генах ответственно за развитие опухоли Вильмса?		
		*	WT1, WT2, 13		
			SMARCB1		
			ITGA2B		
			ITGB3		
3		30			
1			Возрастной пик опухоли Вильмса односторонней?		
		*	3,5 года		
			15 мес.		
			10 лет		
			1-3 мес.		

Модуль 4

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный со-ставитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282293705
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология-андрология
10	Учебный предмет	Детская урология-андрология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Детская урология-андрология

13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Врожденные аномалии мочевыделительной системы
15	Тема	4.4.4;
16	Количество вопросов	50
17	Тип вопроса	Singleandmultiple
18	Источник	-

Тестовые задания к модулю 4

4	5	1	
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:
			катетеризация мочевого пузыря
			уретрография
		*	урофлоуметрия
			цистотонометрия
			сфинктерометрия
4	1	2	
1			Ноктурия – это:
		*	увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени
			учащение ночного мочеиспускания
			перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
			дневная олигурия
			правильно 1 и 4
4		3	
1			Наличие у больного клапана уретры является показанием для срочного выполнения:
		*	трансуретрального разрушения клапана
			чрезкожнойпункционнойнефростомии с двух сторон
			наложения эпицистостомического дренажа
			двухсторонней уретерокутанеостомии
4		4	Основным методом диагностики клапана задней уретры является:
1			микционная урография;
			инфузионная урография;
			восходящая уретрография;
		*	цистоскопия;
4		5	
1			Оптимальным доступом для удаления клапанов задней уретры у детей является:
		*	трансуретральный с применением уретрорезектоскопа

			промежностный доступ	
			надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения	
			надлобковый доступ	
4	6			
1			Из перечисленных методов исследования наиболее информативен в диагностике разрыва уретры у детей:	
		*	цистоуретроскопия	
			восходящая уретрография	
			урофлоуметрия	
			экскреторная урография	
4	7			
1			Возможность повторного введения трансплантата при эндоскопической коррекции определяется	
		*	количеством введенного трансплантата в предыдущем введении	
			выраженностью рефлюкс-нефропатии	
			степенью структурных изменений детрузора	
			активностью воспалительного процесса	
4	8			
1			Возможность повторного введения трансплантата при эндоскопической коррекции определяется	
		*	расположением относительно устья «валика» трансплантата	
			выраженностью рефлюкс-нефропатии	
			степенью структурных изменений детрузора	
			активностью воспалительного процесса	
4	9			
1			К факторам снижающим эффективность эндоскопической коррекции относятся	
		*	расширение внутрипузырного отдела мочеточника	
			активность воспалительного процесса	
			выраженность рефлюкс-нефропатии	
4	10			
1			К факторам снижающим эффективность эндоскопической коррекции относятся	
		*	Гиперактивность детрузора	
			активность воспалительного процесса	
			выраженность рефлюкс-нефропатии	
4	11			
1			При эндоскопической коррекции ПМР трансплантат вводится	
			в толщу детрузора	
		*	под подслизистый отдел мочеточника	
			ретропузырно	
			под треугольник Льево	
4	12			

1			Эффективность эндоскопической коррекции зависти от:	
		*	протяженность внутрипузырного отдела мочеточника	
			активность пиелонефрита	
			выраженность рефлюкс-нефропатии	
			степень дилатации чашечно-лоханочной системы	
4		13		
1			Симптом Алексева-Шрамма это	
		*	зияние шейки мочевого пузыря при цистоскопии	
			зияние устьев мочеточников	
			латерализация устьев мочеточников	
			трабекулярность стенки мочевого пузыря	
4		14		
1			Противопоказанием к эндопиелотомии является:	
		*	большой размер лоханки	
			короткая стриктура пиелоуретерального сегмента	
			высокое отхождение мочеточника	
4		15		
1			Противопоказанием к эндопиелотомии является:	
		*	обструкция пиелоуретерального сегмента пересекающим нижнеполярным сосудом	
			короткая стриктура пиелоуретерального сегмента	
			высокое отхождение мочеточника	
4		16		
1			Противопоказания к проведению цистоскопии является	
		*	Инфекция мочевыводящих путей	
			Энурез	
			Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	
			Гипоспадия	
4		17		
1			При проведении мини перкутанной нефролитотомии предпочтение в выборе вида энергии литотрипсии должно отдаваться	
		*	Лазерной	
			Ультразвуковой литотрипсии	
			Пневматической литотрипсии.	
			Электрогидравлической	
			Сочетание ультразвуковой и пневматической	
4		18		
1			При проведении стандартной перкутанной нефролитотомии предпочтение в выборе вида энергии литотрипсии должно отдаваться	
			Лазерной	
			Ультразвуковой литотрипсии	
			Пневматической литотрипсии.	

			Электрогидравлической	
		*	Сочетание ультразвуковой и пневматической	
4	18			
2				
			Установка мочеточникового катетера-стента после уретероскопии показана	
		*	пациентам с единственной почкой	
			при уверенности в полном удалении камня	
		*	при удалении крупных вколоченных камней	
			при отсутствии аномалий мочеточника	
4	19			
3			Показаниями к уретероскопии:	
		*	Камней лоханочно-мочеточникового сегмента	
		*	Steinstrasse (каменная дорожка)	
		*	Фиксированные камни нижнего отдела мочеточника	
			Удаление сломанных или мигрировавших стентов	
4	20			
2			Что означает трабекуляция мочевого пузыря?	
		*	Гипертрофию гладкой мускулатуры	
		*	Обструкцию выходного мочевого отверстия пузыря	
			Присутствие дивертикула	
			Присутствие в детрузоре коллагена	
4	21			
1			Какое лекарство неактивно для нижних мочевых путей?	
			Альфюзозин	
			Мирабегрон	
		*	Аллопуринол	
			Солифенацин	
4	22		При нормальном мочеиспускании шейка мочевого пузыря открывается когда:	
1			Уретра укорачивается	
		*	Детрузор сокращается	
			Расслабляются мышцы тазовой диафрагмы	
			Интраабдоминальное давление растет	
4	23			
1			Ретроградная интратрениальная хирургия целесообразна у пациентов с:	
			коралловидными камнями почек	
			единичными крупными камнями лоханки	
		*	единичными некрупными конкрементами чашечно-лоханочной системы	
			камнями дивертикулов чашечек	
4	24			
2			Интубирование места анастомоза при наличии нефростоми-	

			ческого дренажа:	
			необходимо	
			целесообразно	
		*	не оказывает положительного влияния на окончательную эффективность операции	
		*	в некоторых случаях оказывает негативное влияние на состояние анастомоза	
4		25		
2			Противопоказанием к эндопиелотомии является:	
		*	большой размер лоханки	
		*	обструкция пиелоретерального сегмента пересекающим нижнеполярным сосудом	
			короткая стриктура пиелоретерального сегмента	
			высокое отхождение мочеточника	
4		26		
1			Наиболее рациональным типом операции при обструкции пиелоретерального сегмента является:	
		*	антевазальный анастомоз с резекцией пиелоретерального сегмента	
			пересечение добавочного пересекающего сосуда	
			пересечение добавочного пересекающего сосуда резекцией полюса почки	
			вазопликация	
			уретеролиз	
4		27		
1			Наличие у больного клапана уретры является показанием для срочного выполнения:	
		*	трансуретрального разрушения клапана	
			наложения эпицистостомического дренажа	
			чрезкожной пункционной нефростомии с двух сторон	

			двухсторонней уретерокутанеостомии	
			биопсии почек	
4		28		
1			Формой инфравезикальной обструкции, сопровождающейся тяжелыми анатомо-физиологическими нарушениями со стороны верхних мочевых путей, является:	
			гипертрофия семенного бугорка	
		*	клапан задней уретры	
			врожденный стеноз уретры	
			меатостеноз	
			склероз шейки мочевого пузыря	
4		29		
1			Оптимальным доступом для удаления клапанов задней уретры у детей является:	
			надлобковый доступ	
			надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения	
			промежностный доступ	
		*	трансуретральный с применением уретрорезектоскопа	
			трансуретральный путем бужирования	
4		30		
1			При эндоскопической коррекции ПМР трансплантат вводится	
			в толщу детрузора	
		*	под подслизистый отдел мочеточника	
			ретропузырно	
			под треугольник Льето	
			книзу от подслизистого отдела мочеточника	
4		31		
1			Задней поверхностью почки ниже 12 ребра соприкасаются	
			с диафрагмой	
			большой поясничной мышцей	
			квадратной поясничной мышцей	
		*	правильно а) и б)	
			правильно б) и в)	
4		32		
1			Тазовый отдел мочеточника кровоснабжается	
			верхней прямокишечной артерией	
			срединной прямокишечной артерией	

			нижней пузырной артерией	
			верхней пузырной артерией	
		*	правильно б) и в)	
4		33		
1			Наиболее частой причиной обструкции пиелоретерального сегмента является	
			клапан в области пиелоретерального сегмента	
			стеноз пиелоретерального сегмента	
			дисплазия пиелоретерального сегмента	
		*	пересекающий сосуд в области пиелоретерального сегмента	
			высокое отхождение мочеточника	
4		34		
1			Периодические боли в поясничной области наиболее характерны для гидронефроза обусловленного	
			клапан в области пиелоретерального сегмента	
			стеноз пиелоретерального сегмента	
			дисплазия пиелоретерального сегмента	
		*	пересекающий сосуд в области пиелоретерального сегмента	
			высокое отхождение мочеточника	
4		35		
1			Скрининг методом для выявления гидронефротической трансформации у детей является	
		*	ультразвуковое исследование	
			компьютерная томография	
			экскреторная урография	
			радиоизотопная ренография	
			магнито-резонансная томография	
4		36		
1			Интубирование места анастомоза при наличии нефростомического дренажа	
			необходимо	
			целесообразно	
			не оказывает положительного влияния на окончательную эффективность операции	
			в некоторых случаях оказывает негативное влияние на состояние анастомоза	
		*	правильно в) и г)	
4		37		
1			При протяженной дисплазии пиелоретерального сегмента и прилаханочного отдела мочеточника целесообразно выполнение	
			операции Хайнса-Андерсена	
			выполнение антевазального анастомоза	
			операция Кальп-де-Вирда	
			метод Дейвиса	
		*	правильно в) и г)	
4		38		
1			Методом выбора при операциях по поводу обструкции пиелоретерального сегмента является	
		*	расчленяющая пиелопластика	
			уретеролиз	

			лоскутные варианты пиелопластики	
			эндопиелотомия	
			ретроградная трансуретеральное рассечение пиелоуретерального сегмента	
4		39		
1			Наиболее рациональным типом операции при обструкции пиелоуретерального сегмента является	
		*	антевазальный анастомоз с резекцией пиелоуретерального сегмента	
			пересечение добавочного пересекающего сосуда	
			пересечение добавочного пересекающего сосуда резекцией полюса почка	
			вазопликация	
			уретеролиз	
4		40		
1			Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей	
		*	перемежающийся гидронефроз;	
			пузырно-мочеточниковый рефлюкс;	
			гипоплазия почки;	
			удвоение верхних мочевых путей;	
			поликистоз.	
4		41		
1			Стенка мочеточника не имеет в своем составе	
			адвентициального слоя	
			наружного мышечного слоя	
		*	среднего мышечного слоя	
			внутреннего мышечного слоя	
			слизистой оболочки	
4		42		
1			Тазовый отдел мочеточника кровоснабжается	
			верхней прямокишечной артерией	
			срединной прямокишечной артерией	
			нижней пузырной артерией	
			верхней пузырной артерией	
		*	правильно б) и в)	
4		43		
1			10. Верхняя пузырная артерия является ветвью	
			внутренней подвздошной артерии	
			наружной подвздошной артерии	
			аорты	
		*	пупочной артерии	
			правильно а) и б)	
4		44		
1			Гидронефротическая трансформация I степени характеризуется	
		*	пиелозктазией	
			пиелокаликотктазией	
			уретерокаликотктазией	
			пиелокаликотктазией с уменьшением толщины паренхимы почки	

			резкое расширение полостной системы почки с резким истончением паренхимы почки.	
4		45		
1			У ребенка 5 лет клинические проявления острого гнойного пиелонефрита, по данным ультразвукового исследования признаков нарушения оттока мочи на стороне заболевания не выявлено, больному показано	
		*	проведение массивной консервативной терапии	
			выполнение ревизионной люмботомии с декапсуляцией почки	
			чрезкожная пункционная нефростомия	
			катетеризация мочеточника	
			сентирование мочеточника	
4		46		
1			Метод выбора при гигантском эктопическом уретероцеле:	
			геминефруретерэктомия	
			геминефруретерэктомия с аспирацией содержимого уретероцеле	
			геминефруретерэктомия с иссечением оболочек целе	
			уретероуретероанастомоз	
		*	рассечение уретероцеле	
4		47		
1			Наименьший риск инфицирования мочевых путей в послеоперационном периоде после пластики пиелоуретерального сегмента	
			при использовании нефростомического дренажа	
			при использовании пиелостомического дренажа	
		*	при использовании мочеточникового стента	
			при использовании нефростомы и интубирующего мочеточник катетера	
			при использовании пиелостомы и интубирующего мочеточник катетера	
4		48		
1			Показанием к удалению нефростомического дренажа является внутрилоханочное давление	
		*	10-15 см. вод. ст.	
			20-25 см. вод. ст.	
			25-30 см. вод. ст.	
			30-35 см. вод. ст.	
			35-40 см. вод. ст.	
4		49	Обструкция пиелоуретерального сегмента встречается	
1			в 5 раз чаще у мальчиков	
			одинаково у мальчиков и девочек	
			в 5 раз чаще у девочек	
		*	в 2-3 раза чаще у мальчиков	
			в 2-3 раза чаще у девочек	
4		50		
1			Окончательное решение о степени сохранности функции почек при III – IV стадии гидронефроза можно получить в результате выполнения	
			внутривенной урографии	
			радиоизотопной ренографии	
			ультразвукового исследования	
		*	временной диверсии мочи с последующей оценкой функции почки	
			компьютерной томографии	

Модуль 4

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. телефон	+79282293705
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология-андрология
10	Учебный предмет	Детская урология-андрология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Детская урология-андрология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Андрология
15	Тема	4.4.4;
16	Количество вопросов	100
17	Тип вопроса	Singleandmultiple
18	Источник	-

Тестовые задания к модулю 5.

5	1	1			
1	3	1	Частота встречаемости крипторхизма у детей		
	*		а) 0,7-0,8 %		
			б) 0,1-1,0%		
			в) 2-3%		
			г) 1-5%		
			д) 10%		
5	3	2			
1			Частота встречаемости крипторхизма у взрослых		
			а) 5%		
			б) 0,8-3%		
			в) 1-5%		

			г) 2-3 %		
	*		д) 0,1-0,5%		
5	3	3			
1			Какое яичко чаще дистопировано при крипторхизме		
			а) левое		
	*		б) правое		
			в) одинаково		
5	3	4			
1			Частота неопущенных яичек у доношенных детей		
			а) 0,5%		
			б) 1,0%		
	*		в) 3,2%		
			г) 5,0%		
			д) 12%		
5	3	5			
1			Частота неопущенных яичек у недоношенных детей		
	*		а) 26,5%		
			б) 10%		
			в) 8%		
			г) 15%		
			д) 1%		
5	3	6			
1			Что можно отнести к аномалиям опускания яичек		
			а) ретенция,		
			б) инверсия		
			в) метаорхия		
			г) эктопия		
	*		д) правильно а) и г)		
5	3	7			

1			Тетрациклин оказывает ингибирующее влияние на:		
			клетки Сертоли		
			клетки Лейдига		
	*		клетки Сертоли и Лейдига		
			макрофаги		
			не требуется		
5	2	8			
1			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
	*		дегидроэпиандростерон		
			дегидротестостерон;		
			дегидроэпиандростерон		
			андростерон		
			Хорионический гонадотропин		
5	2	9			
1			Что относится к аномалиям гистоструктуры		
			а) полиорхизм		
			б) гипоплазия		
			в) микроорхия		
			г) дисплазия		
		*	д) правильно б) и г)		
5	1	10			
1			Каков процент сочетаемости паховой грыжи с крипторхизмом		
			а) 1%		
			б) 10%		
			в) 12%		
			г) 20%		
	*		д) 14%		
5	1	11			
1			Какой элемент семенного канатика чаще является коротким		
			а) вагинальный отросток брюшины		
			б) семявыносящий проток		
			в) gubernaculum		
	*		г) сосуды		

			д) семьяносящий проток и вагинальный отросток брюшины		
5	1	12			
1			К не тестикулярным андрогенам относятся:		
			тестостерон;		
			эстродиол;		
			андростерон;		
			дегидроэпиандростерон		
		*	все вышеперечисленное		
5	1	13			
1			Какая тактика хирурга при крипторхизме с сопутствующей грыжей		
		*	а) оперативное лечение		
			б) наблюдение		
			в) гормонотерапия		
			г) местное		
			д)ФТЛ		
5	1	14			
1			Тестостерон синтезируется:		
			лимфоцитами		
			макрофагами		
			плазмоцитами		
			Клетками Сертоли		
		*	клетками Лейдига		
5	1	15	Тестостерон может синтезироваться в:		
1		*	яичках		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
			все ответы верны		
5	2	16			
2			Тестостерон может синтезироваться в:		
		*	яичках		
		*	простате		
			почках		
			семенных пузырьках		
			печени		
5	2	17			
2			Тестостерон может синтезироваться в:		
		*	коре надпочечников		

			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
		*	простате		
5	2	18			
2			Тестостерон может синтезироваться в:		
		*	головном мозге		
			печени		
			почках		
			семенных пузырьках		
		*	простате		
5	1	19			
1			В каком возрасте чаще всего встречается варикоцеле:		
			а) до 2 лет		
			б) 2-5 лет		
			в) после 18 лет		
			г) до 10 лет		
		*	д) в начале пубертатного возраста		
5	2	20			
1			Частота выявления варикоцеле у подростков:		
			а) 50%		
			б) 1-3%		
		*	в) 14-20%		
			г) 70%		
			г) 70%		
			д) до 10%		
5	2	21			
1			Частота встречаемости левостороннего варикоцеле:		
			а) 10%		
			б) 3-7%		
		*	в) 78-93%		
			г) до 40%		
			д) 1-2%		

5	2	22			
1			Почему варикоцеле чаще встречается слева:		
		*	а) из-за впадения внутренней семенной вены в почечную вену слева		
			б) внутренняя семенная вена не впадает в почечную вену слева		
			в) из-за впадения внутренней семенной вены в печеночную вену		
			г) из-за впадения внутренней семенной вены в вену селезенки		
			д) правильно в) и г)		
5	2	23			
1			Частота выявления уменьшения левого яичка в объеме при варикоцеле 2-3 степени:		
			а) 10%		
			б) 20%		
			в) 1-2%		
			г) 7%		
		*	д) 70%		
5	2	24			
1			Частота выявления проблем с фертильностью у подростков с варикоцеле:		
			а) 80%		
		*	б) 20%		
			в) 5%		
			г) 13%		
			д) 1%		
5	2	25			
1			Сколько степеней варикоцеле по классификации Европейской ассоциации детских урологов:		
			а) 1		
		*	б) 3		
			в) 2		

			г) 4		
			д) 5		
5	2	26			
1			I степень варикоцеле это:		
		*	а) расширение вен пальпируется только при пробе Вальсальвы		
			б) расширение вен пальпируется без пробы Вальсальвы		
			в) расширение вен определяется визуально без пальпации		
			г) расширение вен определяется только после физической нагрузки		
			д) правильно б) и г)		
5	2	27			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
			витамины		
			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			все ответы верны		
5	2	28			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	глюкокортикоиды		
		*	антимикотики		
			антиоксиданты		
			аминокислоты		
			хорионический гонадотропин		
5	2	29			
1			Какие лекарственные средства снижают синтез тестостерона:		
		*	кетаканазол		
			цефазолин		
			амикацин		
			гентамицин		
			цефаперазон		
5	2	30			
1			II степень варикоцеле это:		
		*	а) расширение вен пальпируется без пробы Вальсальвы		
			б) расширение вен пальпируется только при пробе Вальсальвы		
			в) расширение вен определяется визуально без пальпации		

			г) расширение вен определяется только после физической нагрузки		
			д) правильно б) и г)		
5	1	31			
1			III степень варикоцеле это:		
		*	а) расширение вен определяется визуально без пальпации		
			б) расширение вен пальпируется только при пробе Вальсальвы		
			в) расширение вен пальпируется без пробы Вальсальвы		
			г) расширение вен определяется только после физической нагрузки		
			д) правильно б) и г)		
5	1	32			
1			Основоположник Ростовской школы андрологии:		
		*	Красулин В.В.		
			Русаков В.И.		
			Коган М.И.		
			Сизякин Д.В.		
			Серебренников С.М.		
5	1	33			
1			Гемодинамическая классификация варикоцеле включает сколько типов венозного рефлюкса:		
		*	а) 3		
			б) 2		
			в) 6		
			г) 4		
			д) 5		
5	1	34			
1			1 тип венозного рефлюкса по гемодинамической классификации варикоцеле это:		
		*	а) реносперматический		
			б) илеосперматический		
			в) смешанный		
			д) верно а) и г)		

5	1	35			
1			2 тип венозного рефлюкса по гемодинамической классификации варикоцеле это:		
		*	а) илеосперматический		
			б) реносперматический		
			г) спленосперматический		
			в) смешанный		
			д) верно а) и г)		
5	1	36			
1			3 тип венозного рефлюкса по гемодинамической классификации варикоцеле это:		
		*	а) смешанный		
			б) илеосперматический		
			в) реносперматический		
			г) спленосперматический		
			д) верно а) и г)		
5	1	37			
1			Основным методом диагностики варикоцеле является:		
			а) МРТ		
			б) СКТ с контрастированием		
		*	в) УЗИ с доплеровским картированием		
			г) биопсия яичка		
			д) правильно в) и г)		
5	2	38			
1			Гипоплазированным яичком у подростков с варикоцеле считают:		
		*	а) уменьшение объема яичка на стороне варикоцеле более чем на 2 см ³		

			б) уменьшение объема яичка на стороне варикоцеле более чем на 3 см ³		
			в) уменьшение объема яичка на стороне варикоцеле более чем на 0,5 см ³		
			г) уменьшение объема яичка на стороне варикоцеле более чем на 5 см ³		
			д) уменьшение объема яичка на стороне варикоцеле более чем на 1,05 см ³		
5	2	39			
1			Мальчикам препубертатного возраста при выявлении изолированного правостороннего варикоцеле:		
			а) динамическое наблюдение		
		*	б) выполнение УЗИ почек для исключения образований забрюшинного пространства		
			в) оперативное лечение		
			г) определение ЛГ и ФСГ		
			д) верно в) и г)		
5	2	40			
1			Тестостерон метаболизируется в эстрадиол под воздействием:		
		*	5 α -редуктазы		
			ароматазы		
			диэстеразы		
			урокиназы		
			протеазы		
5	2	41			
1			Тестостерон влияет на:		
			белковый обмен		
			минеральный обмен		
			липидный обмен		
			углеводный обмен		
		*	все ответы верны		
5	2	42			
1			Предшественников тестостерона является:		
		*	холестерин		
			альбумин		
			глюкоза		
			креатинин		
			мочевина		
5	2	43			

1			У подростков с варикоцеле при введении лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона прогностически неблагоприятным является:		
		*	а) гипернормальный ответ(повышение уровня ФСГ и ЛГ)		
			б) понижение уровня ФСГ и ЛГ		
			в) снижение уровня ФСГ		
			г) снижение уровня ингибина В		
			д) верно в) и г)		
5	2	44			
1			Какая максимальная скорость ретроградного кровотока является прогностически неблагоприятной при варикоцеле:		
		*	а) 38см\сек и более		
			б) 5см\сек		
			в) 11см\сек		
			г) 2-4см\сек		
			д) 0,5см\сек		
5	2	45			
1			Показание к варикоцелэктомии:		
			а) Индекс тестикулярной гипотрофии более 20% на стороне поражения		
			б) патоспермия		
			в) болевой синдром		
			г) двустороннее пальпируемое варикоцеле		
		*	д) все перечисленное		
5	1	46			
1			Показание к варикоцелэктомии:		
			а) III степень варикоцеле		
			б) смешанный тип венозного рефлюкса		
		*	в) индекс тестикулярной гипотрофии более 20% на стороне поражения		
			г) II-III степень варикоцеле		
			д) верно а) и б)		
5	1	47			
1			Показание к варикоцелэктомии:		
			а) III степень варикоцеле		

			б) смешанный тип венозного рефлюкса		
		*	в) боль в мошонке на стороне поражения		
			г) сперматоцеле на стороне поражения		
			д) верно а) и б)		
5	1	48			
1			Показание к варикоцелэктомии:		
			а) II степень варикоцеле.		
			б) ренотестикулярный тип венозного рефлюкса		
			в) индекс тестикулярной гипотрофии менее 20% на стороне поражения		
			г) киста семенного канатика на стороне поражения		
		*	д) боль в мошонке на стороне поражения		
5	1	49			
1			Доступы при варикоцелэктомии разделяют на:		
			а) надпаховый		
			б) паховый		
			в) подпаховый(субингвинальный)		
			г) мошоночный		
	*		д) верно а,б,в,г		
5	1	50			
1			Частота рецидивов варикоцеле меньше после операции:		
		*	а) Мармара		
			б) Иванисевича		
			в) Паломо		
			г) Лапароскопической варикоцелэктомии		
			д) верно а и б		
5	1	51			
1			При смешанном типе венозного рефлюкса предпочтительно использовать:		

			а) операцию Иванисевича		
			б) операцию Паломо		
		*	* в) операцию Мармара		
			г) операцию Бернарди		
			д) лапароскопическую варикоцелэктомию		
5	4	52			
1			При выполнении субингвинальной варикоцелэктомии предпочтительно:		
		*	а) сохранение тестикулярной артерии и лимфатических сосудов		
			б) сохранение тестикулярной артерии		
			в) сохранение только лимфатических сосудов		
			г) обязательная перевязка лимфатических сосудов		
			д) верно б и г		
5	4	53			
1			Частота рецидивов после операции Мармара:		
			а) 15%		
			б) 20 %		
			в) 30%		
			г) 40%		
		*	д) 0,9-2,5%		
5	4	54			
1			Частота рецидивов после операции Паломо:		
			а) 0,1%		
			б) 1-2 %		
			в) 2-3%		
		*	г) 7-35%		
			д) 80%		
5	4	55			
1			Вероятность возникновения гидроцеле при перевязки лимфатических сосудов при различных методах варикоцелэкто-		

			мии:		
			а) не возникает		
		*	б) 1-40%		
			в) 0,5%		
			г) 50-60%		
			д) 80-90%		
5	4	56			
1			Сохранение лимфатических сосудов при варикоцелэктомии:		
			а) снижет частоту рецидивов варикоцеле		
			б) повышает частоту рецидивов варикоцеле		
			в) улучшает качество эякулята		
			г) правильно б) и в)		
		*	д) снижает частоту возникновения гидроцеле		
5	4	57			
1			Для улучшения визуализации лимфатических сосудов при варикоцелэктомии:		
			а) вводят изосульфат синий в оболочку яичка		
			б) используют оптическое увеличение		
			в) внутривенно вводят папаверин во время операции		
			г) используют УЗИ во время операции		
	*		д) верно а и б		
5	4	58			
1			Варикоцеле это:		
		*	а) патологическое расширение вен гроздьевидного сплетения яичка, вызванное венозным рефлюксом		
			б) расширение вен кожи мошонки слева		
			в) патологическое расширение вен гроздьевидного сплетения возникающее только после физических нагрузок		
			г) сочетание патологически расширенных вен гроздьевидного сплетения и наличия свободной жидкости в оболочках яичка		

			д) верно в и г		
5	4	59			
1			Факторы повреждающие яичко при варикоцеле:		
		*	а) венозный застой и гипоксемия		
			б) гиперфункция передней доли гипофиза		
			в) нарушение артериального притока		
			г) нарушение иннервации мочевого пузыря		
			д) верно в и г		
5	1	60			
1			Одно из наиболее частых осложнений при варикоцеле:		
		*	а) бесплодие в браке		
			б) преждевременная эякуляция		
			в) приапизм		
			г) трофические язвы		
			д) верно в и г		
5	1	61			
1			Назовите вид оперативного лечения применяемого при варикоцеле:		
		*	а) операция Мармара		
			б) операция Бергмана		
			в) операция Росса		
			г) операция Винкельмана		
			д) верно в и г		
5	4	62			
1			Кровь от яичка оттекает по венам:		
	*		а) яичковой		
			б) кремастерной		
			в) семявыносящего протока		
			г) верно а и б		
			д) верно а,б,в		
5	4	63			
1			Левая яичковая вена впадает :		

	*		а) в левую почечную вену		
			б) в нижнюю полую вену		
			в) в вену селезенки		
			г) в гипогастральную вену		
			д) верно в и		
5	3	64			
1			Частота выявления аорто-мезентериального пинцета:		
		*	а) 5-18%		
			б) 50%		
			в) 1-2%		
			г) более 90%		
			д) 38%		
5	3	65			
1			Значение индекса тестикулярной гипотрофии при котором показано оперативное лечение варикоцеле:		
		*	а) 20% и более		
			б) 5%		
			в) 10%		
			г) 7%		
			д) 0,3%		
5	3	66			
1			При сочетании индекса тестикулярной гипотрофии более 20% и развитием по Таннеру 1-2 стадии у пациентов с варикоцеле показано:		
		*	а) динамическое наблюдение		
			б) оперативное лечение		
			в) назначение гормонотерапии		
			г) МРТ забрюшинного пространства		
			д) верно в и г		
5	3	67			
1			При Муковисцидозе регистрируют врожденное двустороннее отсутствие:		

			яичек		
			семенных пузырьков		
			надпочечников		
	*		семявыносящих протоков		
			придатков яичек		
5	3	68			
1			При опухоли яичка повышается:		
			ПСА		
	*		лактатдегидрогеназа		
			глюкоза		
			тромбоциты		
			лимфоциты		
5	1	69			
1			Число стадий полового развития по Таннеру :		
	*		а) 5		
			б) 2		
			в) 3		
			г) 4		
			д) 6		
5	1	70			
			1 стадия полового развития по Таннеру :		
		*	а) яички, половой член и мошонка не изменяются, лобкового оволосения нет. V яичек по орхидометру Prader, равен 2-3 мл.		
			б) мошонка начинает увеличиваться, слегка окрашивается, у основания пениса появляются тонкие и светлые лобковые волоски. V яичек по орхидометру Prader, равен 4 мл		
			в) мошонка приобретает складчатость, удлиняется половой член, лобковые волосы утолщаются и начинают виться. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 10		
			г) увеличивается в длину пенис, становится больше в диаметре головка полового члена, гениталии темнеют, наблюдается пигментация, волосы покрывают большую часть лобка, но не растут на ногах в области внутренней поверхности бедер. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 12.		
			д) гениталии приобретают свой максимальный размер, оволосение лобка и бедер как у взрослого мужчины. Объем яичек по орхидометру Prader - 15		
5	1	71			

1			2 стадия полового развития по Таннеру :		
			а) яички, половой член и мошонка не изменяются, лобкового оволосения нет. V яичек по орхидометру Prader, равен 2-3 мл		
		*	б) мошонка начинает увеличиваться, слегка окрашивается, у основания пениса появляются тонкие и светлые лобковые волоски. V яичек по орхидометру Prader, равен 4 мл		
			в) мошонка приобретает складчатость, удлиняется половой член, лобковые волосы утолщаются и начинают виться. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 10.		
			г) увеличивается в длину пенис, становится больше в диаметре головка полового члена, гениталии темнеют, наблюдается пигментация, волосы покрывают большую часть лобка, но не растут на ногах в области внутренней поверхности бедер. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 12.		
			д) гениталии приобретают свой максимальный размер, оволосение лобка и бедер как у взрослого мужчины. Объем яичек по орхидометру Prader - 15		
5	4	72			
1			3 стадия полового развития по Таннеру :		
			а) яички, половой член и мошонка не изменяются, лобкового оволосения нет. V яичек по орхидометру Prader, равен 2-3 мл.		
			б) мошонка начинает увеличиваться, слегка окрашивается, у основания пениса появляются тонкие и светлые лобковые волоски. V яичек по орхидометру Prader, равен 4 мл		
		*	в) мошонка приобретает складчатость, удлиняется половой член, лобковые волосы утолщаются и начинают виться. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 10.		
			г) увеличивается в длину пенис, становится больше в диаметре головка полового члена, гениталии темнеют, наблюдается пигментация, волосы покрывают большую часть лобка, но не растут на ногах в области внутренней поверхности бедер. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 12.		
			д) гениталии приобретают свой максимальный размер, оволосение лобка и бедер как у взрослого мужчины. Объем яичек по орхидометру Prader - 15.		

5	4	73			
1			4 стадия полового развития по Таннеру :		
			а) яички, половой член и мошонка не изменяются, лобкового оволосения нет. V яичек по орхидометру Prader, равен 2-3 мл		
			б) мошонка начинает увеличиваться, слегка окрашивается, у основания пениса появляются тонкие и светлые лобковые волоски. V яичек по орхидометру Prader, равен 4 мл		
			в) мошонка приобретает складчатость, удлиняется половой член, лобковые волосы утолщаются и начинают виться. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 10.		
		*	г) увеличивается в длину пенис, становится больше в диаметре головка полового члена, гениталии темнеют, наблюдается пигментация, волосы покрывают большую часть лобка, но не растут на ногах в области внутренней поверхности бедер. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 12.		
			д) гениталии приобретают свой максимальный размер, оволосение лобка и бедер как у взрослого мужчины. Объем яичек по орхидометру Prader - 15.		
5	1	74			
1			5 стадия полового развития по Таннеру :		
			а) яички, половой член и мошонка не изменяются, лобкового оволосения нет. V яичек по орхидометру Prader, равен 2-3 мл		
			б) мошонка начинает увеличиваться, слегка окрашивается, у основания пениса появляются тонкие и светлые лобковые волоски. V яичек по орхидометру Prader, равен 4 мл		
			в) мошонка приобретает складчатость, удлиняется половой член, лобковые волосы утолщаются и начинают виться. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 10.		
			г) увеличивается в длину пенис, становится больше в диаметре головка полового члена, гениталии темнеют, наблюдается пигментация, волосы покрывают большую часть лобка, но не растут на ногах в области внутренней поверхности бедер. V яичек по орхидометру Prader, мл равен 12.		
		*	д) гениталии приобретают свой максимальный размер, оволосение лобка и бедер как у взрослого мужчины. Объем яичек по орхидометру Prader - 15		

5	2	75			
1			I степень варикоцеле по классификации ВОЗ :		
	*		а) расширенные вены выпячиваются сквозь кожу мошонки, хорошо видны. Яичко уменьшено в размере имеет тестоватую консистенцию.		
			б) расширенные вены не видны, но хорошо пальпируются		
			в) расширенные вены определяются только при пробе Вальсальвы		
			г) расширение вен определяется только в клиностазе		
			д) верно а и г		
5	2	76			
1			II степень варикоцеле по классификации ВОЗ :		
			а) расширенные вены выпячиваются сквозь кожу мошонки, хорошо видны. Яичко уменьшено в размере имеет тестоватую консистенцию.		
	*		б) расширенные вены не видны, но хорошо пальпируются		
			в) расширенные вены определяются только при пробе Вальсальвы		
			г) расширение вен определяется только в клиностазе		
			д) верно а и г		
5	4	77			
1			III степень варикоцеле по классификации ВОЗ :		
			а) расширенные вены выпячиваются сквозь кожу мошонки, хорошо видны. Яичко уменьшено в размере имеет тестоватую консистенцию.		
			б) расширенные вены не видны, но хорошо пальпируются		
	*		в) расширенные вены определяются только при пробе Вальсальвы.		
			г) расширение вен определяется только в клиностазе		
			д) верно а и г		
5	4	78			

1			В чем заключается суть операции Гольдштейна при варикоцеле:		
		*	а) на первом этапе лигируют яичковую и кремастерную вены на втором этапе яичко вывихивают из мошонки и лигируют вены направляющей связки яичка(губернакулом		
			б) лигирование яичковой вены		
			в) лигирование кремастерной вены		
			г) лапароскопическое лигирование яичковой вены		
			д) разрез выполняют выше наружного кольца пахового канала		
5	1	79			
1			Обязательные условия для достоверной оценки качества сперматогенеза при варикоцеле у подростков:		
			а)возраст старше 15 лет		
			б) наличие мастурбационного опыта не менее 6мес		
			в) наличие III стадии полового развития по Таннеру и объем хотя бы одного яичка больше 4см ³		
			г) иметь неизменный уровень ЛГ, ФСГ и тестостерона в плазме крови в соответствии с возрастом и стадией полового развития.		
		*	д) все вышеперечисленное		
5	5	80			
1			Приапизм это:		
			стойкая эрекция		
			эректильная дисфункция		
			сексуальное нарушение		
	*		болезненная патологическая эрекция		
			все ответы верны		
5	5	81			
1			После какого количества смены циклов сперматогенеза микроскопическое исследование эякулята информативно:		
			а) после 1 цикла		
			б) после 6 циклов		
			в) после 4 циклов		
			г) не влияет		

		*	д) после 2 циклов длительностью 72-75 дней		
5	5	82			
1			Лечение острой формы приапизма производится введением в кавернозную ткань:		
			альфа-адреноблокаторов		
			спазмолитиков		
			анальгетиков		
	*		альфа-адреномиметиков		
			все ответы верны.		
5	5	83			
1			Интермиттирующий приапизм часто наблюдается при:		
		*	серповидно-клеточной анемии		
			бактериальном простатите		
			уретрите		
			орхите		
			все ответы верны		
5	5	84			
1			При ишемическом приапизме в половой член вводят раствор:		
			папаверина		
			платифилина		
			анальгина		
			дибазола		
		*	фенилэфрина		
5	5	85			
1			Лечение приапизма:		
			Внутрикавернозное введение антикоагулянтов		
			Внутрикавернозное введение адренергических средств		
			пункция кавернозных тел		
			шунтирующие оперативные вмешательства		
		*	Все перечисленное		
5	5	86			
1			Причины приапизма:		
			заболевания нервной системы		
			психогенные заболевания		
			травма		
			после введения в половой член фармакологических препаратов		
		*	Все перечисленное		
5	5	87			
2			Классификация Приапизма в зависимости от механизма развития:		
		*	артериальный		
		*	венооклюзивный		
			метаболический		

			химический		
			все ответы верны		
5	5	88			
1			С какого возраста пациенту возможно выполнение спермограммы :		
		*	а) старше 15 лет		
			б) с 14 лет		
			в) с 13 лет		
			г) с 12 лет		
			д) только после 18 лет		
5	5	89			
1			Приапизм – это :		
		*	патологическая стойкая эрекция		
			патологическая не стойкая эрекция		
			болезненная эрекция		
			нестойкая и болезненная эрекция		
			все перечисленное		
5	6	90			
1			К операции высокого лигирования при варикоцеле относят:		
			а) операцию Иванисевича		
		*	б) операцию Паломо		
			в) операцию Мармара		
			г) операцию Гольдштейна		
			д) верно б, в		
5	6	91			
1			При подтверждении послеоперационного гидроцеле показано выполнение:		
		*	а) операции Бергмана		
			б) операции Росса		
			в) лапароскопического ушивания внутреннего пахового кольца		
			г) пункция оболочек яичка		
			д) в,г		
5	6	92			
1			В каком возрасте кремастерный рефлекс достигает максимума		
		*	а) 5-10 лет		
			б) 2-3 года		

			в) 1 год		
			г) 1 мес.		
			д) 2 года		
5	6	93			
2			Оптимальный возраст хирургического лечения крипторхизма		
			а) пубертатный период		
			б) с 6-ти лет		
			в) первое десятилетие		
			г) первые 6 мес.		
		*	д) 1-2 года		
5	6	94			
1			В дифференциальном диагнозе между ретрактивным и неполностью опустившимся яичком имеют значение следующие признаки:		
			а) сравнение размеров яичек		
			б) боль при тракции		
			в) форма		
			г) скорость ретракции		
		*	д) правильно а);б) и в)		
5	6	95			
1			Абдоминальная форма ретенции встречается в:		
		*	а) 5% случаев крипторхизма		
			б) 10 % случаев крипторхизма		
			в) 15% случаев крипторхизма		
			г) 20% случаев крипторхизма		
			д) 25% случаев крипторхизма		
5	6	96			
1			Орхидофиксация к мясистой оболочке яичка используется при операции:		
			а) Китли-Тореку-Герцену		

			б) Соколова		
		*	в) Петривальского-Шемакера		
			г) Омбредана		
			д) при всех типах операций		
5	6	97			
1			Орхидопексия к перегородке мошонки используется при операции:		
			а) Китли-Тореку-Герцену		
			б) Соколова		
			в) Петривальского-Шемакера		
		*	г) Омбредана		
			д) при всех типах операций		
5	6	98			
1			Укажите процент малигнизации яичка при крипторхизме		
			а) 0,8%		
			б) 0,1%		
		*	в) 0,28%		
			г) 1%		
			д) 3%		
5	6	99			
1			Из всех герминально-клеточных опухолей в неопущенных яичках возникают в		
		*	а) 9,8%		
			б) 3%		
			в) 1,0%		
			г) 0,3%		
			д) 5%		
5	6	100			
1			Выполнение субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомии у подростков достоверно приводит к улучшению показателей эякулята наступает в течении:		

		*	а) 6-18мес		
			б) 1мес		
			в) 2мес		
			г) 7 дней		
			д) 14-18 дней		

Модуль 6

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов- на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Ибишев Халид сулейманович
6	Е-mail	ibisheb22@mail.ru
7	Моб. телефон	+79287777714
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская –урлогия-андрология
10	Учебный предмет	Детская урология -андрология
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Детская урология андрология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Мочекаменная Болезнь
15	Тема	3.3.3;
16	Количество вопросов	50
17	Тип вопроса	Singleandmultiple
18	Источник	-

Тестовые задания к модулю 6

6	1	1			
1			Мочекаменная болезнь - это		
			заболевание предстательной железы;		
			заболевание, передающееся половым путем;		
			образование конкрементов в желчном пузыре;		
		*	образование конкрементов в органах мочевыделительной системы.		

6	1	2			
1			К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся		
			нарушение фосфорно-кальциевого обмена		
			нарушение обмена щавелевой кислоты		
			нарушение пуринового обмена		
			мочевая инфекция (пиелонефрит)		
		*	все перечисленное		
6	1	3			
1			При щелочной реакции мочи могут образоваться		
			мочекислые (уратные) камни		
			цистиновые камни		
		*	фосфатные камни		
			оксалатные камни		
			щелочная реакция мочи не влияет на характер камней		
6	1	4			
1			Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию		
			цистиновых камней		
			мочекислых камней		
			оксалатных камней		
			фосфатных камней		
		*	Оксалатных и фосфатных камней		
6	1	5			
1			Образованию почечных камней способствуют следующие анатомо-морфологические изменения в почках		
			хронический гломерулонефрит		
		*	внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки		
			венозное полнокровие		
			внепочечная лоханка		
			ренальная артериальная гипертензия		
6	2	6			
1			К рентген-контрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме		
			оксалатов		
			фосфатов		
			смешанных		
		*	уратов		
			уратов и оксалатов		
6	2	7			
1			К рентген-негативным типам камней относятся		
			фосфаты		
			фосфаты и ураты		
			ураты и оксалаты		
		*	ураты (мочекислые)		
			ураты + оксалаты + фосфаты		
6	2	8			
2			Как часто рекомендован УЗИ-контроль органов мочевой		

			системы при мочекаменной болезни?		
			1 раз в 12 месяцев;		
		*	1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения;		
			1 раз в 5 лет;		
		*	1 раз в 6 месяцев после первого года наблюдения.		
6	2	9			
1			Компьютерная рентгеновская томография целесообразна		
			при коралловидном камне почки		
			при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)		
			при уратном камне лоханки почки		
		*	во всех случаях		
			ни в одном случае		
6	2	10			
2			Какие методы лучевой диагностики рекомендованы в качестве первичной процедуры при мочекаменной болезни?		
			1) КТ почки;		
			2) МРТ забрюшинной области;		
		*	3) УЗИ органов мочевой системы;		
		*	4) обзорная рентгенография органов мочевой системы.		
6	2	11			
1			У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли. В диагностике применим необходимые исследования из предложенных:		
			1. общий анализ мочи, мочевая кислота суточной мочи		
			2. трансаминаза крови		
			3. мочевая кислота крови		
			4. МСКТ почек		
			5. ультразвуковое исследование почек		
			6. изотопное сканирование почек и печени		
			1,3,4,5		
		*	1,2,3,4		
			1,2,3,5,6		
			2,3,5,6		
			все виды исследований		
6	3	12			
1			Камень нижней трети мочеточника 3 мм, уретерогидронефроз. Укажите правильный метод лечения		
			1. спазмолитические средства		
			2. НПВС		
			3. водная нагрузка		
			4. УВЧ и электростимуляция мочеточника		
			5. А-адреноблокаторы		
			1,3,5		

		*	2,3,5		
			1,2,4,5		
			всё правильно		
6	3	13			
3			Каковы основные жалобы при уролитиазе?		
		*	боль		
			выделения из мочеиспускательного канала;		
		*	дизурия;		
		*	отхождение кристаллов мочевых кислот и конкрементов		
6	2	14			
1			Какую шкалу используют при КТ-исследовании у пациентов с мочекаменной болезнью?		
			шкалу IPSS;		
			шкалу MACS;		
			шкалу Глиссона;		
		*	шкалу Хаунсфила.		
6	3	15	Болезни, ассоциированные с камнеобразованием		
3			гипертоническая болезнь		
		*	поликистоз почек		
		*	нефрокальциноз		
		*	метаболический синдром		
6	3	16			
1			От чего зависит эффективность дистанционной литотрипсии при мочекаменной болезни?		
			от желания самого пациента;		
		*	от количества импульсов ударной волны, мощности и повторных сеансов дистанционной литотрипсии;		
		*	от особенностей телосложения пациента;		
		*	от размера и локализации конкремента.		
6	3	17			
3			Перечислите аномалии, приводящие к мочекаменной болезни у детей		
			варикоцеле		
		*	подковообразная почка		
		*	стриктура мочеточника		
		*	уретероцеле		
6	3	18			
1			В качестве метода лечения первой линии пациентам с камнями мочеточника при наличии показаний и отсутствии противопоказаний рекомендуется		
			консервативная терапия		
			антеградная перкутанная уретеролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия		
		*	дистанционная литотрипсия		
6	3	19			

3			Перечислите осложнения дистанционной литотрипсии со стороны органов желудочно-кишечного тракта		
		*	гематома печени		
		*	гематома селезенки		
		*	перфорация кишечника		
			энтероколит.		
6	3	20			
3			В качестве методов лечения пациентов с камнями почек размером <2 см рекомендуется выполнение		
			экстренной нефрэктомии		
		*	гибкой уретерореноскопии		
		*	дистанционной литотрипсии		
		*	перкутанной нефролитотомии		
			открытой пиелолитотомии		
6	3	21			
1			При камне лоханки почки 25x25 мм и камне юкставезикального отдела мочеточника 12x9 мм с той же стороны показаны		
			1 этап - перкутанная нефролитотрипсия, 2 этап - уретеролитотрипсия		
		*	одномоментно нефролитотрипсия и уретеролитотрипсия из положения Вальдивия-Гальдакао		
			1 этап - уретеролитотрипсия, 2 этап - перкутанная нефролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия и пиелолитотомия одновременно		
			1 этап - уретеролитотомия, 2 этап - пиелолитотомия		
6	3	22			
1			При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, размером 15x9 мм показано		
			химический литолиз		
			ДЛТ		
		*	уретеролитотрипсия		
			лапароскопическая уретеролитотомия		
			открытая уретеролитотомия		
6	3	23			
3			Перечислите показания для активного удаления конкрементов мочеточника		
		*	выявление конкремента с низкой вероятностью самостоятельного отхождения		
			желание пациента;		
		*	постоянная боль, несмотря на адекватное обезболивание		
		*	стойкая обструкция		
6	2	24			
3			Перечислите факторы риска камнеобразования у детей		
		*	метаболические нарушения камнеобразующих веществ		

		*	наличие в анамнезе у ближайших родственников уролитиаза нефроптоз		
		*	проживание семьи в экологически неблагоприятных условиях		
6	3	25			
3			По каким критериям классифицируются конкременты при мочекаменной болезни?		
		*	по локализации		
		*	по размеру		
		*	по рентгенологическим характеристикам		
			по степени вызванных болевых ощущений		
6	3	26			
1			При каком размере и плотности камня рекомендовано выполнение дистанционной литотрипсии?		
			камни мочевого пузыря любого размера и плотности		
			камни почки до 2,0 см плотностью 2000 Нч		
		*	камни почки до 2,0 см плотностью до 1100 - 1200 Нч		
			камни почки до 4,0 см плотностью 1500 - 1700 Нч.		
6	3	27			
1			При пострентальной анурии (камни мочеточников) показана экстренная помощь		
			внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия		
		*	катетеризация мочеточников		
			двусторонняя нефростомия одновременно		
			ударно-волновая литотрипсия		
			Стентирование мочеточников и ДЛТ		
6	2	28			
3			Что включает в себя диспансерное наблюдение детей с мочекаменной болезнью?		
			выжидательную тактику		
		*	инструментальную диагностику		
		*	лабораторную диагностику		
		*	осмотр специалистов		
6	2	29			
1			При камнях обоих мочеточников до 5 мм и вызванной ими суточной анурии следует применить		
			внутривенно лазикс, инфузионную терапию		
			срочную двустороннюю нефростомию		
		*	срочную катетеризацию мочеточников		
			двустороннюю пункционную нефростомию		
			двустороннюю экстренную уретеролитотомию		
6	2	30			
1			При камне мочеточника 5 мм единственной почки, сопровождающимся 12-и часовой анурией следует		

			применить		
			внутривенно лазером		
			экстренную нефростомию		
			пункционную нефростомию		
		*	катетеризацию мочеточника		
			равноценные варианты б), в) и г)		
6	2	31			
3			Что выявляется при УЗИ органов мочевой системы при мочекаменной болезни?		
		*	конкремент в пузырно–мочеточниковом сегменте		
		*	конкремент в чашечках и лоханке		
		*	расширение верхних мочевыводящих путей		
			стриктура мочеточника		
6	3	32			
1			Для увеличения эффективности перкутанной нефролитотомии рекомендуется выполнять пункцию чашечно-лоханочной системы под		
			ультразвуковым контролем		
			рентгеновским контролем		
			визуальным контролем		
		*	сочетанным ультразвуковым и рентгеновским контролем		
			пункция по анатомическим ориентирам		
6	3	33			
1			Лапароскопическая или открытая операция у пациентов с камнями почек выполняется, если		
		*	неоднократные эндоурологические операции оказались неэффективными		
			есть риск послеоперационных осложнений		
			позволяет соматический статус пациента		
			желание пациента		
			возможно выполнение только минимально-инвазивного лечения		
6	2	34			
1			Наиболее информативным и чувствительным диагностическим методом при мочекаменной болезни является		
			обзорная урография		
			спиральная компьютерная томография с контрастным усилением		
		*	спиральная компьютерная томография без контрастного усиления		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			ретроградная уретеропиелография		
6	3	35			
1			Пациентам после перенесенной операции по поводу мочекаменной болезни		
		*	специфическая реабилитация не применяется		
			применяется специфическая реабилитация		

			применяется психосоциальная реабилитация		
			применяется общая реабилитация		
6	3	36			
2			Пациентам с вколоченным камнем верхней трети мочеточника при наличии показаний и отсутствии противопоказаний в качестве альтернативных методов дистанционной литотрипсии и уретерореноскопии рекомендуется выполнение		
			дистанционной литотрипсии		
			уретерореноскопии		
		*	лапароскопической уретеролитотомии		
		*	антеградной перкутанной уретеролитотрипсии		
6	3	37			
1			Пациентам с камнями почек после выполнения перкутанной нефролитотомии с целью снижения риска инфекционных осложнений рекомендуется		
			специфическая реабилитация		
			сокращение времени пребывания пациента в стационаре		
			вакцинация		
		*	антибактериальная профилактика		
			применяется психосоциальная реабилитация		
6	2	38			
2			Пациентам с мочекаменной болезнью в качестве метода диагностического контроля отхождения камня рекомендуется выполнение		
			спиральной компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей		
			компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием		
		*	ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих		
		*	обзорной урографии		
			нефросцинтиграфии		
6	3	39			
1			Пациентам с мочекаменной болезнью для выявления бактериурии перед выполнением плановой операции с целью профилактики и выбора эффективного метода лечения интра- и послеоперационных инфекционных осложнений рекомендуется выполнять		
			микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены без определения чувствительности к антибиотикам		
		*	микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности к антибиотикам		
			микробиологическое исследование мочи		
			биохимическое исследование мочи		
			оценка СРБ, прокальцитонина		
6	2	40			
1			Пациентам с мочекаменной болезнью с целью выявления косвенных признаков инфекции мочевых путей рекомендуется выполнение		
			биохимического анализа крови		
		*	общего (клинического) анализа мочи		

			общего (клинического) анализа крови		
			микробиологическое исследование мочи		
6	3	41			
1			Пациентам, находящимся на пероральном хемоллизе, рекомендуется активное удаление уратных камней мочеточника при отсутствии положительной динамики в виде уменьшения размера конкремента через		
			14 дней проведения терапии		
		*	30 дней проведения терапии		
			7 дней проведения терапии;		
			56 дней проведения терапии		
6	3	42			
3			Перед выполнением гибкой уретерореноскопии рекомендуется установка катетера-стента в верхние мочевые пути пациентам с камнями почек с целью		
		*	облегчения проведения вмешательства		
		*	снижения частоты осложнений		
		*	повышения показателя полного удаления камней		
			активной дилатации мочеточника		
			возможности введения петли-экстрактора параллельно уретероскопу		
6	3	43			
2			Показания для плановой госпитализации пациентов с мочекаменной болезнью		
			инфекционные осложнения мочекаменной болезни		
		*	камни почек, требующие оперативного вмешательства		
		*	камни мочеточников, требующие оперативного вмешательства		
			необходимость проведения литокинетической терапии под врачебным контролем (коморбидность)		
6	3	44			
3			Показания для экстренной госпитализации пациентов с мочекаменной болезнью		
		*	некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы		
			социальный статус пациента, требующий удаления бессимптомных камней мочевой системы		
		*	полная обструкция верхних мочевых путей камнем		
		*	инфекционные осложнения мочекаменной болезни		
6	2	45			
1			При обследовании пациентов с мочекаменной болезнью и индексом массы тела <30 кг/м² с целью снижения лучевой нагрузки рекомендуется применять		
		*	бесконтрастную спиральную компьютерную томографию почек и верхних мочевыводящих путей в низкодозном режиме		
			бесконтрастную спиральную компьютерную томографию почек и верхних мочевыводящих путей в стандартном режиме		
			ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей		
			обзорную урографию		

			внутривенную урографию		
6	3	46			
1			При проведении мини перкутанной нефролитотомии предпочтение должно отдаваться		
		*	лазерной литотрипсии		
			ультразвуковой литотрипсии		
			пневматической литотрипсии		
			электрогидравлической		
			механической		
6	3	47			
2			Рекомендуется медикаментозная литокинетическая (камнеизгоняющая) терапия лекарственными препаратами пациентам с камнями мочеточника размерами в поперечном размере		
		*	до 7 мм		
		*	от 7 до 10 мм		
			от 10 до 15 мм		
			от 15 до 25 мм		
			от 20 до 25 мм		
6	3	48			
3			Какие виды хирургического лечения используют при мочекаменной болезни?		
			биопсия почки		
		*	дистанционная литотрипсия		
		*	контактная литотрипсия с литоэкстракцией		
		*	чрескожная нефролитотрипсия		
6	2	49			
4			Стратификация мочекаменной болезни может осуществляться по		
		*	рентгенконтрастности камней		
		*	химическому составу камня		
		*	патогенезу камнеобразования		
		*	локализации камней		
		*	этиологии камнеобразования		
6	3	50			
2			Какие литотриптеры рекомендуется использовать при проведении чрескожной нефролитотомии?		
			лазерные		
		*	пневматические		
		*	ультразвуковые		
			электрогидравлические		

Модуль 7

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультет повышения квалификации и профессиональной

		переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов – на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79282293705
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология-андрология
0	1 Учебный предмет	Детская урология-андрология
1	1 Учебный год составления	2023
2	1 Специальность	Детская урология -андрология
3	1 Форма обучения	Очная
4	1 Модуль	Травма органов мочеполовой системы
5	1 Тема	7.1; 7.2; 7.3; 7.4; 7.5; 7.6; 7.7.
6	1 Подтема	
7	1 Количество вопросов	50
8	1 Тип вопроса	Singleandmultiple 17139
9	1 Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 7

7	5	1			
1			I степень тяжести травмы яичка диагностируют при выявлении:		
			Разрыв белочной оболочки без видимого разрыва яичка		
		*	Сотрясение, ушиб или гематома видимого разрыва яичка и его оболочек		
			Разрыв белочной оболочки с потерей паренхимы < 50 объема		
			Разрыв паренхимы с потерей паренхимы >50 % объема		
			Травматическое разрушение (размножение)яичка или авульсия (отрыв) яичка от семенного канатика.		

7	5	2			
1			II степень тяжести травмы яичка диагностируются при выявлении		
		*	Разрыв белочной оболочки без видимого разрыва яичка		
			Сотрясение, ушиб или гематома видимого разрыва яичка и его оболочек		
			Разрыв паренхимы с потерей паренхимы >50 % объема		
			Разрыв белочной оболочки с потерей паренхимы < 50 объема		
			Травматическое разрушение (размозжение) яичка или авульсия (отрыв) яичка от семенного канатика.		
7	1	3			
1			V степень тяжести травмы мошонки включает		
			Разрыв <25 % диаметра мошонки		
			Разрыв >25 % диаметра мошонки		
			Разры или отрыв мошонки <50 % диаметра или площади		
			Сотрясение, ушиб или гематома без видимого разрыва		
		*	Авульсия (отрыв) мошонки >50 % площади		
7	5	4			
1			V степень тяжести травмы яичка диагностируют при выявлении:		
			Разрыв белочной оболочки без видимого разрыва яичка		
			Сотрясение, ушиб или гематома видимого разрыва яичка и его оболочек		
			Разрыв белочной оболочки с потерей паренхимы <50 % объема		
		*	Травмотическое разрушение (размозжение) яичка или авульсия (отрыв) яичка от семенного канатика		
			Разрыв паренхимы с потерей паренхимы >50 % объема		

7	7	5			
3			III степень тяжести травмы мошонки включает :		
			Разрыв <25 % диаметра мошонки		
		*	Разрыв >25 % диаметра мошонки		
			Разры или отрыв мошонки <50 % диаметра или площади		
			Сотрясение, ушиб или гематома без видимого разрыва		
			Авульсия (отрыв) мошонки >50 % площади		
7	4	6			
3			I степень тяжести травмы мошонки включает:		
			Разрыв <25 % диаметра мошонки		
			Разрыв >25 % диаметра мошонки		
			Разры или отрыв мошонки <50 % диаметра или площади		
		*	Сотрясение, ушиб или гематома без видимого разрыва		
			Авульсия (отрыв) мошонки >50 % площади		
7	4	7			
1			IV степень тяжести травмы яичка диагностируют при выявлении:		
			Разрыв белочной оболочки без видимого разрыва яичка		
			Сотрясение, ушиб или гематома видимого разрыва яичка и его оболочек		
		*	Разрыв белочной оболочки с потерей паренхимы <50 % объема		
			Травмотическое разрушение (разможение) яичка или авульсия (отрыв) яичка от семенного канатика		
			Разрыв паренхимы с потерей паренхимы >50 % объема		
7	4	8			
1			Лечебные мероприятия при внебрюшной травме мочевого пузыря включают (1) холод на живот (2) антибактериальную терапию (3) постоянный уретральный катетер (4) дренирование полости малого таза (5) цистостомию (6) лапаротомию		
			правильно 1, 2 и 3		

			правильно 4 и 5		
		*	правильно 5 и 6		
			правильно 1, 4 и 5		
			правильно 2 и 3		
7	4	9			
1			При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает		
			уретрографию		
			экскреторную урографию		
			пневмоцистографию		
		*	ретроградную цистографию		
7	4	1 0			
3			Признаками травмы почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, исключая		
		*	округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке		
			дилатацию чашечно–лоханочной системы		
			эхонегативное образование в паранефрии		
			прерывистость контура почки		
			ограничение подвижности почки		
7	4	1 1			
2			Повреждение мочевого пузыря в ходе операции грыжесечения чаще наблюдается		
			при косой паховой грыже		
			при ущемленной паховой грыже		
			при прямой паховой грыже		
		*	при невправимой косой паховой грыже		

7	7	12			
3			Восстановительные операции при структурах уретры после травмы уретры целесообразно выполнять через		
			2 мес		
			3 мес		
			4мес		
			5мес		
		*	6мес		
7	5	13			
1			Особенностями перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря являются		
		*	резко выраженные симптомы раздражения брюшины		
			тошнота, рвота		
			выраженный метеоризм		
			высокая лихорадка		
			длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины		
5	5	14			
1			К основному рентгеновскому методу диагностики при травме уретры относится		
		*	восходящая уретроцистография		
			пневоцистография		
			нисходящая цистоуретрография		
			экскреторная урография		
7	5	15			
1			Уретроррагия при травме уретры может принять угрожающий характер в случае повреждения		
			слизистой уретры		
			интерстиция уретры		

			предстательной железы		
		*	пещеристых тел		
7	5	16			
1			К характерным признакам внебрюшной травмы мочевого пузыря относятся (1) ложные позывы к мочеиспусканию (2) акт мочеиспускания не изменен (3) при попытке мочеиспускания сильная боль внизу живота (4) напряжение мышц передней брюшной стенки (5) позывы к мочеиспусканию отсутствуют (6) резкое усиление болей в животе при принятии горизонтального положения (симптом «Ваньки-встаньки»)		
			правильно 1, 4 и 6		
			правильно 3, 4 и 5		
			правильно 2, 5 и 6		
			правильно 1, 3 и 6		
		*	правильно 1, 3 и 5		
7	5	17			
1			Диагностическая катетеризация при травме уретры		
			целесообразна		
			обязательна		
		*	нецелесообразна		
			только металлическим катетером		
			только эластическим катетером		
7	4	18			
2			Основными признаками повреждения почки являются все перечисленные, за исключением		
			боли в поясничной области		
			припухлости в поясничной области		
			гематурии		
			нарушения функции почки		
		*	лихорадки		

7	5	19			
1			При внутрибрюшинной травме мочевого пузыря лечебные мероприятия включают (1) холод на живот (2) антибактериальную терапию (3) постоянный уретральный катетер (4) дренирование полости малого таза (5) цистостомию (6) лапаротомию		
			правильно 1, 4 и 5		
		*	правильно 5 и 6		
			правильно 2 и 3		
			правильно 1, 2 и 3		
			правильно 4 и 5		
7	4	20			
3			Показанием к нефрэктомии при сочетанной травме почки и органов брюшной полости является		
		*	размножение почки		
			разрыв лоханки		
			субкапсулярная гематома		
			обширная забрюшинная гематома		
			разрыв нижнего полюса почки		
7	5	21			
2			Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является		
			ятрогенная травма		
		*	перелом костей таза со смещением		
			удар в живот при переполненном мочевом пузыре		
			падение с высоты		
			переполнение мочевого пузыря		
7	5	22			
1			При подозрении на сочетанную травму мочевого пузыря и органов брюшной полости операцию необходимо начинать		
			с установки постоянного катетера по уретре, лапаротомии		

			с цистостомии, затем лапаротомии		
		*	с лапаротомии, затем цистостомии		
			с лапаротомии, затем установки уретрального катетера		
7	5	23			
1			О возможной травме уретры можно предполагать во всех случаях, кроме		
			перелома костей таза и уретроррагии		
			перелома костей таза и задержки мочи		
			гематомы промежности после травмы		
		*	задержки мочи после проникающего ранени брюшной полости		
			макрогематурии		
7	3	24			
1			К ранним осложнения трамвы уретры относятся (1) мочевые затеки таза и промежности (2) стриктура уретры (3) мочевые свищи (4) флебиты таза и промежности (5) кровотечение (6) уросепсис		
			правильно 2 и 6		
		*	правильно 1 и 5		
			правильно 4 и 6		
			правильно 3 и 6		
			правильно 2 и 4		
7	5	25			
1			При химических ожогах мочевого пузыря необходимо (1) установить постоянный катетер (2) сделать цистостомию (3) промыть мочевой пузырь индифферентным антисептическим раствором (4) ввести в мочевой пузырь жировую эмульсию (5) принять анальгетики		
			правильно 1, 3 и 5		
			правильно 1, 3 и 4		
			правильно 2, 3 и 4		
		*	правильно 3, 4 и 5		

			правильно 2, 4 и 5		
7	5	26			
1			При одновременном ножевом ранении мочеточника и кишечника с обширной забрюшинной урогематомой отведение мочи осуществляется путем		
		*	нефростомии, дренирования забрюшинной клетчатки		
			катетеризации мочеточника		
			уретеростомии		
			пиелостомии		
7	5	27			
3			Наиболее целесообразным оперативным лечением при травме уретры и переломе костей таза является		
			первичный шов уретры		
			цистостома и дренирование урогематомы таза		
		*	первичный шов уретры и дренирование урогематомы таза		
			цистостомия		
			постоянный уретральный катетер и дренирование урогематомы		
7	4	28			
1			При травме мочевого пузыря в качестве шовного материала следует использовать		
			шелк		
			Капрон		
		*	Кентгут		
			Даксон		
			клей		
7	5	29			
1			Характерными признаками внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются (1) ложные позывы к мочеиспусканию (2) акт мочеиспускания не изменен (3) при попытке мочеиспускания сильная боль внизу живота (4) напряжение мышц передней брюшной стенки (5) позывы к мочеиспусканию отсутствуют (6) резкое усиление болей в животе при принятии горизонтального положения (симптом «Ваньки – встаньки»)		

			правильно 1, 4 и 6		
		*	правильно 3, 4 и 5		
			правильно 2, 5 и 6		
			правильно 1, 3 и 4		
			правильно 1, 3 и 6		
7	4	30			
1			Среди причин, приводящих к летальному исходу, повреждения почек наблюдаются		
			в 40 – 50% случаев		
			свыше 60% случаев		
		*	в 10 – 20% случаев		
7	4	31			
1			Комбинированное повреждение почки и других органов наблюдается		
			у 2/3 больных с почечной травмой		
			у 1/2 больных с почечной травмой		
			у 1/3 больных с почечной травмой		
			1/4 больных с почечной травмой		
		*	у 1/5 больных с почечной травмой		
7	4	32			
1			При диагностике травмы почки применяется:		
			динамическая нефросцинтиграфия		
			радиоизотопная ренография		
			хромоцистоскопия		
			пневморенография		
		*	экскреторная урография		
7	4	33			
1			При ушибе почки показано:		
			резекция почки		
			нефрэктомия		
			дренирование почки и паранефральной клетчатки		

				стентирование верхних мочевых путей	
		*		постельный режим с антибактериальной и гемостатической	
7	4	34			
1				Необходимым этапом операции при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря является:	
		*		ревизия и дренирование брюшной полости	
				дренирование клетчатки малого таза	
				цистостомия с дренированием предпузырной клетчатки	
				ушивание мочевого пузыря с оставлением уретрального катетера	
7	4	35			
1				Признаком внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является:	
		*		нарушение мочеиспускания и симптомы раздражения брюшины	
				мочевой затек в клетчатку малого таза	
				почечная недостаточность	
				недержание мочи	
7	4	36			
1				Признаком внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:	
				недержание мочи и боли над лоном	
				симптомы раздражения брюшины	
				интоксикация и азотемия	
				симптом "ваньки-встаньки"	
		*		расстройство мочеиспускания и мочевой затек в клетчатку малого	
7	4	37			
1				Необходимым этапом оперативного лечения внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:	

				лапаротомия и ушивание дефекта мочевого пузыря	
		*		ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия и дренирование малого таза по Буяльскому - Мак - Уортеру	
				дренирование брюшной полости	
				ушивание дефекта мочевого пузыря с оставлением уретрального катетера	
7	4	38			
1				Основным рентгенологическим признаком повреждения мочевого пузыря является:	
				пузырно-мочеточниковый рефлюкс	
				деформация контуров мочевого пузыря	
		*		затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря	
				"башенный" мочевой пузырь	
				дивертикул мочевого пузыря	
7	4	39			
1				Наиболее полную информацию о степени повреждения почки можно получить при	
				цистографии	
				внутривенной урографии	
				ультразвуковом исследовании	
				обзорной рентгенографии	
		*		компьютерной томографии	
7	4	40			
1				Наиболее современно и полно отражает весь спектр повреждений почек классификация;	
				Пытеля А.Я. и Погорелко И.П.	
				J. Sargent и С. Marquardt	
		*		Американской ассоциации хирургии травмы	
				С. Hodges	

7	4	41			
1			34. Оптимальными сроками для выполнения операции «первичного шва уретры» являются:		
			первые 12 часов		
			первые 96 часов		
			первые 72 часа		
			первые 48 часов		
		*	первые 24 часа		
7	4	42			
1			Симптомами повреждения уретры являются все перечисленное кроме		
			уретроррагия		
			острая задержка мочи		
			отечность промежности		
		*	азотемия		
7	4	43			
1			Макрогематурия при повреждении почки не отмечается при:		
			отрыве почки от почечной ножки		
			перерыве мочеточника сочетающимся с повреждением почки		
		*	травматическом разрыве проникающим в чашечно-лоханочную систему.		
			размножении почки		
7	4	44			
1			В какие сроки после получения травмы почки при проведении внутривенной урографии можно ожидать максимальный объем диагностической информации.		
		*	первые 1-4 часа		
			первые 6 часов		
			первые 12 часов		

			первые 16 часа		
			первые 24 часов		
7	4	45			
1			При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря характерным рентгенологическим симптомом является:		
			дефект наполнения в просвете мочевого пузыря		
			появление контраста между петлями кишечника		
		*	симптом «банана» (вытянутость контура мочевого пузыря)		
			пузырно-мочеточниковый рефлюкс		
7	4	46			
1			При травматическом повреждении почек характерны клинические проявления кроме:		
			макрогематурия		
			болезненность при пальпации в проекции почки		
			пальпируемая опухоль в проекции почки		
		*	острая задержка мочи		
7	4	47			
1			При ультразвуковом исследовании почки при подозрении на травматическое повреждение не характерно выявление:		
			Ограничение дыхательной подвижности почки на стороне повреждения		
			Нечеткие контуры почки		
			Наличие сонографических признаков паранефральной гематомы		
		*	Наличие анэхогенного образования с четкими контурами в проекции почки		
7	4	48			
1			Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:		
			удвоения ВМП		

			гидронефроза		
			нефроптоза		
			туберкулеза		
		*	разрыва почки		
7	4	49			
1			Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при её травме является:		
			макрогематурия		
			шок		
		*	нарастающая припухлость в поясничной области		
			лихорадка, озноб, рвота		
			почечная колика		
7	4	50			
1			Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря:		
			пиурия, гематурия, повышение температуры,		
			тошнота, рвота, острая задержка мочи		
			гематурия, олигоанурия, почечная колика		
			боль, тошнота, пиурия		
		*	гематурия, дизурия, паравезикальная гематома		

Модуль 8

1	Кафедра	Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии).
2	Факультет	Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов – на – Дону, пер. Нахичеванский 29.
4	Зав.кафедрой	Коган Михаил Иосифович
5	Ответственный составитель	Сизонов В.В
6	Е-mail	vsizonov@mail.ru
7	Моб. Телефон	+79282293705
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Детская урология-андрология

0	1	Учебный предмет	Детская урология- андрология
1	1	Учебный год составления	2023
2	1	Специальность	Детская урология-андрология
3	1	Форма обучения	Очная
4	1	Модуль	Дисфункции нижних мочевых путей
5	1	Тема	8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5.
6	1	Подтема	
7	1	Количество вопросов	50
8	1	Тип вопроса	Singleandmultiple
9	1	Источник	-

Тестовые вопросы к модулю 8

8	4	1			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		
8	2	2	Ноктурия – это:		
1			увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени		
		*	учащение ночного мочеиспускания		
			перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные		
			дневная олигурия		
			правильно 1 и 4		
8	4	3			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотонометрия		
			сфинктерометрия		

8	6	4			
1			К препаратам из группы холинолитиков относятся все, кроме		
			Солифенацина		
			Троспиума хлорида		
			Оксибутинина		
			Толтероидина		
		*	Мирабегрона		
8	3	5			
1			Термин «гиперактивный мочевой пузырь»:		
			Уродинамический диагноз		
			Предполагает общую этиологию гиперрефлексии и нестабильности		
		*	Общее обозначение гиперрефлексии и нестабильности детрузора		
			Обозначает, что механизмы С-волокон лежат в основе неотложных позывов и частого мочеиспускания		
8	6	6			
1			У девочки 7 лет со spina bifida в анамнезе рецидивирующая инфекция мочевого тракта и недержание мочи. Отмечается гиперрефлексия и низкая растяжимость мочевого пузыря с объемом 150 мл. (объем остаточной мочи > 60 мл.) Пузырно-уретеральный рефлюкс III стадии при нормальной нефросцинтиграмме. После терапии инфекции мочевого тракта, какой метод предпочтёте в качестве лучшего способа лечения?		
			Периодическая катетеризация и антихолинэргическая терапия		
			Увеличивающая цистопластика и периодическая катетеризация		
			Увеличивающая цистопластика с созданием искусственного уретрального сфинктера и периодическая катетеризация		
		*	Периодическая катетеризация, антихолинэргическая терапия и долгосрочное профилактическое назначение антибактериальных препаратов в малых дозах до достижения стерильности мочи		
8	1	7			
1			Двигательное обеспечение мочевого пузыря исходит из:		
			S2,3,4 симпатический		
			T10 - L1 симпатический		
		*	S2,3,4 парасимпатический		
			T10 - L1 парасимпатический		
8	1	8			
1			На каком позвоночном уровне расположен "центр мочеиспускания" в спинном мозге?		

			Шейном 5-6		
			грудном 7-8		
			Поясничном 5 - Крестцовом 1		
		*	Грудном 12 - Поясничном 1		
8	2	9			
1			Укажите объективный тест для выявления начальных стадий нарушения мочеиспускания:		
			катетеризация мочевого пузыря		
			уретрография		
		*	урофлоуметрия		
			цистотометрия		
			сфинктерометрия		
8	5	10			
1			Выберете наиболее точное утверждение о стрессовом недержании мочи:		
			Происходит только во время кашля		
			Не сопровождается urgenным позывом к мочеиспусканию		
			Сочетается с гиперактивностью детрузора		
		*	Происходит при внезапном повышении внутрибрюшного давления, без urgenного позыва к мочеиспусканию и отсутствия гиперактивности детрузора		
			Проявляется потерей мочи при резком повышении внутрибрюшного давления, которому предшествует urgenный позыв к мочеиспусканию на фоне гиперактивности детрузора		
8	2	11			
2			Что не относится к клиническим признакам синдрома гиперактивного мочевого пузыря?		
			Учащенное мочеиспускание		
			Малообъемное мочеиспускание		
		*	Боль в надлобковой области		
		*	Болезненное мочеиспускание		
			Ургентность		
8		12			
1			Парасимпатическая иннервация мочевого пузыря осуществляется на уровне каких сегментов спинного мозга?		
			Co1-Co2		
			Th7-Th8		
			L3		
			Th10-L2		
		*	S2-S4		
8		13			
1			Симпатическая иннервация мочевого пузыря осуществляется на уровне каких сегментов спинного мозга?		
			Co1-Co2		

			Th7-Th8		
			L3		
		*	Th10-L2		
			S2-S4		
8	14				
1			Основные цели уродинамического исследования:		
			воспроизведение ситуации с симптомами нарушения мочеиспускания		
			регистрация в удобной графической или цифровой форме объективных характеристик уродинамики		
			выявление из воспроизведенных характеристик патологических тем самым обеспечения патофизиологических обоснований симптомов		
			получение информации для оценки особенности течения болезни и эффективности лечения.		
		*	Верно все		
8	15				
1			Основные уродинамические исследования:		
			цистометрия наполнения		
			цистометрия опорожнения		
			Профилометрия внутриуретрального давления		
			урофлоуметрия и ЭМГ		
		*	Верно все		
8	16				
1			Урофлоуметрия это:		
			оценка резервуарной функции мочевого пузыря основанная на регистрации изменений внутрипузырного давления		
			Определение внутриуретрального давления		
			исследование отношения давление\поток		
		*	графическая регистрация количества выделенной мочи в единицу времени		
8	17				
1			Исследование давление\поток это:		
			графическая регистрация количества выделенной мочи в единицу времени		
		*	одновременная графическая регистрация детрузорного давления и скорости потока мочи		
			определение внутриуретрального давления		
			оценка резервуарной функции мочевого пузыря основанная на регистрации изменений внутрипузырного давления		
8	18				
1			Профилометрия это:		
			графическая регистрация количества выделенной мочи в единицу времени		
			исследование отношения давление\поток		

		*	определение внутриуретрального давления		
			оценка резервуарной функции мочевого пузыря основанная на регистрации изменений внутрипузырного давления		
8	19				
1			Цистометрия это:		
			графическая регистрация количества выделенной мочи в единицу времени		
			исследование отношения давление\поток		
			определение внутриуретрального давления		
		*	оценка резервуарной функции мочевого пузыря основанная на регистрации изменений внутрипузырного давления		
8	20				
1			Основные виды урофлуометров:		
			емкостной		
		*	весовой		
			ротационный		
			индукционный		
8	21				
1			Формула определения предполагаемой емкости мочевого пузыря у детей старше 3 лет:		
		*	$V=30+\text{возраст в года} \times 30$		
			$V=40+\text{возраст в года} \times 30$		
			$V=30+\text{возраст в года} \times 40$		
			$V=30+\text{возраст в года} \times 5$		
8	22				
1			Формула определения предполагаемой емкости мочевого пузыря у детей с рождения до 3 лет:		
			$V=30+\text{возраст в года} \times 30$		
		*	$V=\text{вес(кг)} \times 7$		
			$V=\text{вес(кг)} \times 30$		
			$V=30+\text{возраст в года} \times 5$		
8	23				
1			Как часто нейрогенный мочевой пузырь у детей сочетается с дисфункцией толстой и прямой кишки:		
		*	40-45%		
			1-2%		
			90%		
			70-80%		
8	24				
1			Классификация нейрогенных расстройств нижних мочевыводящих путей по Мадерсбахеру, основана:		
		*	на влияние нарушения сократительной способности детрузора и сфинктера мочевого пузыря в зависимости от уровня поражения спинного мозга		
			на длительности существования симптомов расстройства		

			нижних мочевыводящих путей		
			на возрасте пациента		
			на степени поражения почек		
8		25			
1			Сколько типов М холинорецепторов в мочевом пузыре:		
		*	5		
			4		
			3		
			2		
8		26			
1			Механизм действия антимускориновых препаратов на М холинорецепторы мочевого пузыря:		
		*	блокируют		
			стимулируют		
			не влияют		
			в течение первых 7 дней вызывают стимуляцию затем блокируют		
8		27			
1			Антимускориновый препарат разрешенный к применению у детей с 5 лет:		
		*	оксибутинин		
			троспия хлорид		
			толтеродин		
			солифенацин		
8		28			
1			Антимускариновый препарат разрешенный к применению у детей с 14 лет:		
			фезотераодин		
		*	троспия хлорид		
			толтеродин		
			солифенацин		
8		29			
1			Лечение синдрома гиперактивного мочевого пузыря персистирующим или рефрактерным к антимускариновой терапии ургентным недержанием мочи осуществляют:		
			фезотераодином		
		*	внутридетрузорной инъекцией ботулинического токсина типа А		
			толтеродином		
			солифенацином		
8		30			
1			Наиболее важными побочными эффектами введения ботулотоксина типа А являются:		
		*	инфицирование мочевых путей		
			нарастание объема остаточной мочи		

			недержание мочи		
			сухость во рту		
8		31			
1			Какой метод лечения широко используется у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря в сочетании с симптомами инфравезикальной обструкции (клапан уретры исключен) :		
		*	периодическая стерильная катетеризация		
			антихолинэстеразные препараты		
			наложение эпицистостомы		
			антибиотикопрфилактика		
8		32			
1			После внутридетрузорного введения ботулинического токсина типа А удержания удается добиться в:		
		*	65-87% случаев		
			2% случаев		
			100% случаев		
			нет эффекта		
8		33			
1			Какая доза ботулотоксина типа А для внутридетрузорного введения чаще всего используется у детей:		
		*	10 Ед/кг с максимальной дозой 200 Ед		
			100 Ед/кг с максимальной дозой 2000Ед		
			1 Ед/кг с максимальной дозой 20 Ед		
			0,1 Ед/кг с максимальной дозой 2 Ед		
8		34			
1			В течении какого времени сохраняется эффект от внутридетрузорного введения ботулотоксина типа А:		
			2 года		
			1мес		
			14 дней		
		*	4-8мес.		
8		35			
1			У детей с нейрогенным мочевым пузырем часто встречается:		
		*	инфекции мочевыводящих путей		
			Полное удвоение мочевыводящих путей		
			гипоспадия		
			поликистоз		
8		36			
1			Синдром Хинмана это:		
			недержание мочи при смехе		
			специфическое лицо (при смехе лицо принимает выражение кричащего человека), запоры, задержка мочеиспускания, энурез (недержание мочи)		

		*	Дискоординация детрузора и сфинктера мочеиспускательного канала, сопровождающаяся недержанием мочи, запорами, инфекциями мочевых путей, повреждением верхних мочевых путей		
8	37				
1			Синдром Очоа это:		
			Дискоординация детрузора и сфинктера мочеиспускательного канала, сопровождающаяся недержанием мочи, запорами, инфекциями мочевых путей, повреждением верхних мочевых путей		
		*	специфическое лицо (при смехе лицо принимает выражение кричащего человека), запоры, задержка мочеиспускания, энурез (недержание мочи)		
			недержание мочи при смехе		
8	38				
1			Симпатическая волокна:		
		*	сокращают сфинктер мочевого пузыря и расслабляют детрузор		
			сокращают сфинктер мочевого пузыря и сокращают детрузор		
			расслабляют сфинктер мочевого пузыря и расслабляют детрузор		
			расслабляют сфинктер мочевого пузыря и сокращают детрузор		
8	39				
1			Парасимпатические волокна:		
		*	расслабляют сфинктер мочевого пузыря и сокращают детрузор		
			расслабляют сфинктер мочевого пузыря и расслабляют детрузор		
			сокращают сфинктер мочевого пузыря и сокращают детрузор		
			сокращают сфинктер мочевого пузыря и расслабляют детрузор		
8	40				
1			Детрузорно-сфинктерная диссинергия это:		
			недержание мочи при кашле		
			недержание мочи от переполнения		
			ночное недержание мочи		
		*	неспособность свободно опорожнять мочевой пузырь из-за дискоординации работы сфинктера и детрузора		
8	41				
1			Поллакиурия это:		
		*	учащенное мочеиспускание		
			мочеиспускание большими порциями		
			редкое мочеиспускание		

			болезненное мочеиспускание		
8	42				
1			Странгурия это:		
			учащенное мочеиспускание		
			мочеиспускание большими порциями		
			редкое мочеиспускание		
		*	затрудненное болезненное мочеиспускание по каплям		
8	43				
1			Недержание мочи это:		
		*	непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря без позыва на мочеиспускание		
			учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями		
			непроизвольное мочеиспускание на фоне неудержимого позыва на мочеиспускание		
			отсутствие мочеиспускания		
8	44				
1			Неудержание мочи это		
			непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря без позыва на мочеиспускание		
			отсутствие мочеиспускания		
			учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями		
		*	непроизвольное мочеиспускание на фоне неудержимого позыва на мочеиспускание		
8	45				
1			Из перечисленных пороков развития всегда сопровождается полным недержанием мочи у детей:		
		*	тотальная эписпадия		
			промежностная гипоспадия		
			эктопическое уретроцеле		
			клапан задней уретры		
8	46				
1			Какой симптом относится к симптому наполнения?		
		*	Ноктурия		
			Ослабление струи мочи		
			Постмикционное подкапывание мочи		
			Натуживание при мочеиспускании		
8	47				
1			У кого чаще встречается ночное недержание мочи?		
		*	У мальчиков		
			У девочек		
8	48				
1			Наиболее частая причина нейрогенной дисфункции?		
		*	Миелодисплазия		
			ДЦП		

			Агенезия крестца		
			Травмы спинного мозга		
8	49				
1			Какой симптом относится к симптому опорожнения?		
		*	Натуживание при мочеиспускании		
			Поллакиурия		
			Ноктурия		
			Постмикционное подкапывание мочи		
8	50				
1			Какой симптом относится к постмикционным симптомам?		
		*	Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря		
			Прерывистая струя мочи		
			Ноктурия		
			Терминальное подкапывание мочи		

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКЗАМЕНА

1. Консервативное лечение недержания мочи
2. Варикоцеле — эпидемиология, типы варикоцеле, классификация, показания к хирургическому лечению.
3. Открытая хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса.
4. Закрытая тупая травма почки: анатомо-физиологические особенности почек у детей и их влияние на характер травматического повреждения почек.
5. Клинические стандарты ведения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.
6. Пальпируемые и непальпируемые яички — хирургическая тактика, доступы и принципы орхидопексии.
7. Десмопресин в терапии ночного энуреза у детей
- Мочекаменная болезнь. Географические особенности распространенности мочекаменной болезни,
8. Диагностика обструкции пиелоуретерального сегмента.
9. Пиелонефрит, клиника. диагностика основные принципы лечения
10. Хирургическое лечение варикоцеле, методы варикоцелэктомии.
11. Удвоение верхних мочевых путей, варианты аномалии, клинические проявления, диагностика.
12. Классификация аномалий мочеточников.
13. Опухоли яичка, клиника, диагностика принципы лечения.
14. Лабораторные методы диагностики.
15. Уретероцеле, клиника, диагностика, принципы консервативной терапии и хирургического лечения.
16. Методы диагностики мочекаменной болезни.
17. Рентгенологические методы исследования в детской урологии.
18. Нефробластома, частота, классификация, диагностика, принципы лечения
19. Клинические проявления мочекаменной болезни при нахождении конкремента в почке.
20. СНМП — инструменты диагностики.
21. Пиелонефрит, клиника. диагностика основные принципы лечения.
22. Травматическое повреждение органов мошонки — клиника, диагностика, лечение.
23. Физикальные методы исследования в детской урологии
24. Классификация аномалии мочеточников.

25. Гипоспадия, эпидемиология, классификация,
26. Магниторезонансная томография в детской урологии.
27. Клинические проявления мочекаменной болезни при нахождении конкремента в мочеточнике.
28. Крипторхизм — принципы наблюдения за больным, сроки хирургического лечения.
29. Радиоизотопные методы исследования.
30. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Эпидемиология, история вопроса, антенатальная диагностика и постнатальное ведение (классификация, диагностика и консервативная терапия).
31. Ультразвуковые методы исследования в детской урологии.
32. Консервативное лечение недержания мочи.
33. Результаты лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Наблюдение за пациентами с устраненным рефлюксом.
34. Физикальные методы исследования в детской урологии.
35. Почечная колика.
36. Диагностика различных вариантов аномалий почек.
37. Паховые формы крипторхизма, встречаемость, методы хирургического лечения.
38. Антибиотикотерапия в лечении инфекции мочевых путей у детей
39. Оперативные доступы к почке.
40. Абдоминальные формы крипторхизма, частота встречаемости, методы хирургического лечения.
41. Кистозные заболевания почек у детей.
42. Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса.
43. Патология необлитерированного вагинального отростка брюшины, частота встречаемости анатомические варианты.
44. Контактная литотрипсия и ее роль в лечении мочекаменной болезни у детей.
45. Открытая хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса,
46. Методы хирургического лечения изолированных форм гидроцеле.
47. Закрытая тупая травма почки: анатомо-физиологические особенности почек у детей и их влияние на характер травматического повреждения почек
48. Травматические повреждения почек у детей — классификация, клиника и диагностика.
49. Цистит, частота, клинические и морфологические особенности течения заболевания у детей.
50. Хирургическое лечение варикоцеле, методы варикоцелэктомии.
51. Дистанционная литотрипсия и ее роль в лечении мочекаменной болезни у детей.
52. Тестикулярный микролитиаз. Эпидемиология, этиология, тактика лечения, прогноз.
53. Лапароскопический доступ в хирургии гидронефроза
54. Доброкачественные и злокачественные опухоли почек и мочевых путей.
55. Баланопастит — клиника, диагностика, лечение.
56. Пиелопластика история вопроса.
57. Клинические проявления мочекаменной болезни при нахождении конкремента в мочевом пузыре.
58. Орхит, орхоэпидидимит — клиника, диагностика, лечение.
59. Гнойный пиелонефрит, частота, клинические проявления, диагностика принципы терапии.
60. Контактная литотрипсия и ее роль в лечении мочекаменной болезни у детей.
61. Травматическое повреждение уретры — клиника, диагностика и лечебная тактика.
62. Физикальные методы исследования в детской урологии.

63. Эндоскопические и лапароскопические методы хирургического лечения кистозных заболеваний почек у детей.
64. Дистальные формы гипоспадии, принципы хирургического лечения.
65. Рентгенологические методы исследования в детской урологии.
66. Кистозные заболевания почек у детей.
67. Проксимальные формы гипоспадии, принципы хирургического лечения.
68. Неотложные симптомы в детской урологии.
69. Ведение пациентов в послеоперационном периоде после пиелопластики.
70. Инфравезикальная обструкция (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение).
71. Диагностика обструкции пиелоуретерального сегмента.
72. Эпидемиология, классификация и причины гидронефроза вследствие обструкции пиелоуретерального сегмента.
73. Десмопрессин в терапии ночного энуреза у детей.
74. Кистозные заболевания почек у детей.
75. Клинические проявления различных вариантов аномалий почек у детей.
76. Эписпадия, классификация, эпидемиология, анатомические варианты аномалии.
77. Осложнения хирургического лечения гипоспадии.
78. Антибиотикопрофилактика в лечении инфекции мочевых путей у детей
79. Дивертикул мочевого пузыря, истинный и ложный, клиника диагностика, лечение.
80. Клинические проявления мочекаменной болезни при нахождении конкремента в мочевом пузыре.
81. Антибиотикотерапия в лечении инфекции мочевых путей у детей
82. Осложнения хирургического лечения гипоспадии.
83. Посттравматическая стриктура уретры — клиника, диагностика и лечение.
84. ЛитокINETическая терапия. Принципы.
85. Эндоскопические методы исследования в детской урологии.
86. Крипторхизм — частота, принципы наблюдения за больным, сроки хирургического лечения.
87. Мегауретер (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение)
88. СКТ и МРТ диагностика в урологии. Выбор методики. Информативность.
89. 3. Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса