001. Олигурия у детей характерна для:

несахарного диабета

хронического гломерулонефрита

острого гломерулонефрита

узелкового периартериита

туберкулеза почек

002. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется в:

поясничной области

наружном крае прямых мышц

надлобковой области

промежности

003. Основным фактором, обусловливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является:

вторичное сморщивание почки

вторичное камнеобразование

девиация мочеточника

ложный гидронефроз

некротический папиллит

004. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка является:

гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов

цистит

наличие инородных тел

специфический уретрит

грибковое поражение уретры

005. Двустороннюю тотальную макрогематурию у детей может вызвать:

мочекаменная болезнь

гидронефроз

острый гломерулонефрит

опухоль почки

парапельвикальная киста почки

006. Односторонняя макрогематурия у детей является патогномоничным симптомом при:

болезни Верльгофа

узелковом периартериите

остром гломерулонефрите

поликистозе

опухоли почки

007. При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить:

ретроградную пиелографию

экскреторную урографию

цистоскопию + УЗИ почек и мочевого пузыря

цистоуретрографию

радиоизотопное исследование

008. Симптом гемоглобинурии у детей является результатом:

острого пиелонефрита

острого гломерулонефрита

некротического паппилита

паранефрита

отравления анилином

009. При анурии у детей противопоказана:

обзорная рентгенография органов мочевой системы

экскреторная урография

цистоуретрография

ретроградная пиелография

цистоскопия

010. Болевой синдром у детей характерен для \_\_\_\_\_\_ формы анурии:

ренальной

экстраренальной

субренальной

рефлекторной

аренальной

011. Не является следствием патологического состояния органов мочевой системы у детей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форма анурии:

экстрареналъная

субренальная

пререналъная

ренальная

аренальная

012. Рентгенологически феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

обтурации мочеточника камнем

вторично сморщенной почки

острого необструктивного пиелонефрита

травмы почки

опухоли почки

013. Проведение цистоскопии у детей в экстренном порядке показано при:

почечной колике

макрогематурии

анурии

острой задержке мочи

гипертоническом кризе

014. Порок развития почек и мочеточника у детей, для которого характерен синдром почечной колики:

перемежающийся гидронефроз

пузырно-мочеточниковый рефлюкс

гипоплазия почки

удвоение верхних мочевых путей

поликистоз

015. Острая задержка мочи является рефлекторной при:

фимозе

баланопостите

опухоли мочевого пузыря

камне уретры

разрыве уретры

016. Катетеризация является противопоказанной при острой задержке мочи, вызванной:

фимозом

опухолью мочевого пузыря

камнем уретры

разрывом уретры

камнем мочевого пузыря

017. Патогномоничным признаком конкремента в почечной лоханке у детей является:

выявление в ней резко позитивной объемной структуры с четкой акустической тенью

выявление в ней эхонегативной объемной структуры

выявление в ней позитивной структуры без акустической тени

расширение лоханки и верхнего отдела мочеточника

выявление в ней гетерогенной объемной структуры

018. К патологической подвижности почки у детей предрасполагает:

похудание

слабость связочного аппарата почки

снижение мышечного тонуса передней брюшной стенки

диспропорциональность роста скелета и формирования фиксирующего аппарата почки

большая физическая нагрузка

019. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

нарушение мочеиспускания

снижение удельного веса мочи

болевой синдром

поллакиурия

энурез

020. Дизурия у детей характерна для:

гидронефроза

нефроптоза

мочекаменной болезни

поликистоза

тромбоза почечной артерии

021. Методом выбора при камнях почек у детей является:

лапароскопическая пиелотомия

открытая пиелотомия

резекция почки

нефрэктомия

нефростомия

022. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно для:

гидронефроза

нефролитиаза

туберкулеза

нефроптоза

опухоли почки

023. Наиболее достоверным методом исследования в дифференциальной диагностике камня мочевого пузыря у детей является:

нисходящая цистография

обзорный рентгеновский снимок

пневмоцистография

цистоскопия

урофлоуметрия

024. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен при:

клапане задней уретры

склерозе шейки мочевого пузыря

гипертрофии семенного бугорка

стенозе уретры у девочек

стриктуре уретры

025. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение при:

нейрогенном мочевом пузыре

ночном недержании мочи

эктопии устья добавочного мочеточника

эписпадии

клапане задней уретры

026. Уретероцеле при УЗИ мочевого пузыря представляет собой:

фиксированную по задней стенке объемную эхонегативную структуру округлой формы

эхо-позитивную объемную структуру с акустической тенью

утолщенный участок стенки мочевого пузыря

участок истончения в стенке мочевого пузыря

нефиксированную объемную структуру в просвете пузыря

027. Наиболее острое начальное течение пиелонефрита у детей возникает при проникновении инфекции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путем:

гематогенным

восходящим (уриногенным)

лимфогенным

смешанным

неврогенным

028. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипоплазированной почки решающим методом исследования у детей является:

экскреторная урография

ренография

почечная ангиография

биопсия почки

динамическая сцинтиграфия

029. Основным методом диагностики клапана задней уретры является:

восходящая уретрография

инфузионная урография

микционная цистоуретрография

цистоскопия

урофлоуметрия

030. Экскреторная урография является противопоказанной при:

остром пиелонефрите

травме почки

почечной колике

анурии

макрогематурии

031. Сугубо паллиативный характер носит у детей операция:

геминефрэктомии при удвоении

пластики прилоханочного отдела мочеточника при гидронефрозе

игнипунктуры при поликистозе

антирефлюксной операции

резекции оторванного полюса при травме почки

032. К рентгеноконтрастными конкрементам относятся:

оксалаты

ураты

033. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

болезненное мочеиспускание

острая задержка мочи

гематурия

пиурия

протеинурия

034. Оптимальный метод операции при аберрантном сосуде, вызывающем гидронефроз:

перевязка сосудов

резекция нижнего полюса

транспозиция аберрантного сосуда

антевазальная пиелоуретераностомоз

лоскутная пластика

035. Наибольшая опасность осложнения апостематозным нефритом возникает при:

камне верхней чашечки

камне лоханки

коралловидном камне почки

камне мочеточника

камне мочевого пузыря

036. К осложнению гидронефроза относится:

гематурия

пиурия

пальпируемая опухоль

боль

дизурия

037. Из перечисленных методов исследования наиболее достоверным в выявлении этиологического фактора, вызывающего гидронефроз, является:

экскреторная урография

МСКТ с контрастированием

ангиография

радиоизотопные методы

реоренография

038. Показанием к применению МСКТ с ангиографией при гидронефрозе является:

снижение функции почки

"немая" почка

внутрипочечное расположение лоханки

вторичный пиелонефрит

выраженный гидрокаликоз

039. Из перечисленных этиологических факторов гидронефроза у детей бессимптомное течение характерно при:

аберрантном сосуде

высоком отхождении мочеточника

истинно врожденной форме

стенозе прилоханочного отдела мочеточника

клапане в зоне прилоханочного отдела мочеточника

040. Из перечисленных этиологических факторов чаще всего приводит к "немой" почке:

аберрантный сосуд

высокое отхождение мочеточника

истинно врожденная форма

стеноз прилоханочного отдела мочеточника

клапан прилоханочного отдела мочеточника

041. Восстановление или улучшение функции почки после корригирующей операции при гидронефрозе у детей определяет:

дозревание нефрона

появление новых нефронов

восстановление пораженных нефронов

регенерация почечной ткани

восстановление внутриорганного кровоснабжения

042. Наиболее информативный метод исследования у детей в диагностике "невидимых" камней почечной лоханки:

экскреторная урография

урокинематография

ретропневмоперитонеум

МСКТ почек

урокимография

043. Из перечисленных методов исследования завершающим в плане обследования больного с "немой" почкой у детей является:

инфузионная урография

радиоизотопное исследование

почечная ангиография

определение парциальных почечных функций

реоренография

044. Из пороков развития у детей всегда сопровождается полным недержанием мочи:

тотальная эписпадия

промежностная гипоспадия

субсимфизарная эписпадия

клапан задней уретры

эктопическое уретероцеле

045. В оперативном лечении тотальной эписпадии у детей методом выбора следует считать:

устранение недержания мочи созданием механического препятствия

создание искусственного сфинктера мочевого пузыря из окружающей скелетной мускулатуры

создание сфинктера мочевого пузыря из местных тканей

устранение недержания мочи путем отведения в кишечник

уретропластику

046. Возраст, для которого характерно наиболее тяжелое клиническое течение клапанной обструкции:

новорожденные и грудные дети

1-3 года

3-5 лет

7 лет

старше 7 лет

047. Из функциональных методов исследования позволяет достоверно установить диагноз клапана задней уретры:

инфузионная урография

исследование с ЭОП на фоне экскреторной урографии

исследование с ЭОП на фоне микционной цистоуретрографии

урофлоуметрия

048. Трабекулярность стенки мочевого пузыря характерна для:

клапана задней уретры

микроцистита туберкулезной этиологии

эписпадии

истинного дивертикула мочевого пузыря

ложного дивертикула мочевого пузыря

049. Оптимальным доступом для удаления клапанов задней уретры у детей является:

надлобковый

надлобковый с рассечением лонного сочленения

промежностный

трансуретральный с применением уретро-резектоскопа

трансуретральный путем разбужирования

050. Из методов исследования наиболее достоверным в диагностике клапанов задней уретры у детей является:

цистоскопия

уретроскопия

микционная цистоуретрография

микционная цистоуретро-кинематография (или телескопия)

полипозиционная цистография

051. Оперативное лечение клапанов задней уретры в стадии декомпенсации надо начинать с:

удаления клапанов

наложения цистостомы

поэтапной коррекции

наложения уретерокутанеостомы

аутоцистодубликатуры

052. Симптом капельного недержания мочи при добавочном мочеточнике удвоенной почки характерен для:

эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

эктопического уретероцеле

латеральной пузырной эктопии устья

двухстороннего уретероцеле

053. Из форм аномалии мочеточников удвоенной почки красочная проба является наиболее информативной при:

уретероцеле добавочного мочеточника

рефлюксе в мочеточник верхней половины удвоенной почки

эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

уретерогидронефрозе одной из половин удвоенной почки

054. Методом выбора при гигантском эктопическом уретероцеле является:

геминефроуретерэктомия

геминефроуретерэктомия с отсасыванием содержимого уретероцеле

геминефроуретерэктомия с иссечением оболочек уретероцеле

уретероуретероанастомоз

рассечение уретероцеле

055. Оптимальный возраст выполнения 1-го этапа пластики по поводу гипоспадии:

новорожденные и грудные дети

1-2 года

3-4 года

5-6 лет

7-10 лет

056. Оптимальный срок выполнения операции уретропластики при гипоспадии:

3-5 лет

6-7 лет

9-10 лет

12-14 лет

13-15 лет

057. Оптимальный срок выполнения операции меатотомии при гипоспадии:

1-2 года

3-5 лет

6-8 лет

по установлении диагноза

пубертатный период

058. Между выполнением 1-го и 2-го этапов оперативного вмешательства по поводу гипоспадии (при условии позднего выполнения 1-го этапа) должен быть выдержан срок до \_\_\_ месяцев:

1

3

6

12

24

059. Эхографическим признаком нефробластомы у детей является:

полиморфность одного из сегментов почки или всего органа

равномерное увеличение почки с сохранением рисунка структур

отсутствие четкости контура органа

истончение паренхимы

расширение и деформация отдельных участков чашечно-лоханочной системы

060. Из исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

реоренография

цистоуретрография

цистоскопия

МСКТ с контрастированием

полипозиционная цистография

061. Показанием для экстренной операции при разрыве почки является:

макрогематурия

нарастающая припухлость в поясничной области

макрогематурия + симптомы забрюшинной гематомы

лихорадка, озноб, рвота

боль

062. Основным симптомом внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является:

острая задержка мочи

паравезикальная гематома

пиурия

гематурия

олигурия

перелом костей таза

острая задержка мочи

почечная колика

063. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:

экскреторная урография

цистоскопия

цистография

катетеризация мочевого пузыря

хромоцистоскопия

064. Патогномоничный симптом полного разрыва уретры у детей:

гематурия

пиурия

острая задержка мочи

дизурия

альбуминурия

065. Из методов исследования наиболее информативным в диагностике разрыва уретры у детей является:

экскреторная урография

восходящая уретрография

цистоскопия

урофлоуметрия

цистография

066. Эхографическим признаком опухоли паренхимы почки у детей является:

выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению при динамическом УЗИ

увеличение почки в размерах

неровность контура органа

деформация чашечно-лоханочной системы

расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы

067. Наиболее информативной в диагностике дивертикула мочевого пузыря является:

нисходящая цистография

восходящая цистография

пневмоцистография

полипозиционная цистография

микционная цистография с ЭОП

068. При острой атаке пиелонефрита у детей противопоказано применять:

реоренографию

экскреторную урографию

ретроградную пиелографию

хромоцистоскопию

радиоизотопные методы

069. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при:

цистоскопии

нисходящей цистографии

микционной цистоуретрографии

урофлоуметрии

цистометрии

070. Симптом постоянного недержания мочи в сочетании с нормальным актом мочеиспускания у детей характерен для:

нейрогенного мочевого пузыря

клапана задней уретры

тотальной эписпадии

эктопии устья добавочного мочеточника

эктопического уретероцеле

071. Наибольшая угроза полной обструкции возникает при:

камне верхней чашечки

коралловидном камне лоханки

камне мочеточника

камне мочевого пузыря

камне нижней чашечки

072. Из аномалий почек к аномалиям структуры относится:

гомолатеральная дистопия

поликистоз почек

подковообразная почка

удвоение верхних мочевых путей

S-образная почка

073. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:

экстренного оперативного лечения

оперативного лечения в плановом порядке

одно-двукратной пункции при неэффективности - операцию

наблюдение в динамике

гормональное лечение

074. Лечение больного 2 лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:

наблюдение в динамике

пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

повторные пункции с введением гидрокортизона

оперативное лечение в плановом порядке

назначение гормональных препаратов

075. Какая операция показана у детей с впервые выявленной водянкой оболочек яичка:

операции Винкельмана

операция Бергмана

операция по Россу

076. У мальчика 7 лет обнаружена внезапно возникшая водянка оболочек яичка, по вскрытии оболочек – мутный геморргаческий выпот. Ему следует выполнить:

операцию Винкельмана

операцию Винкельмана и посев водяночной жидкости

операцию Винкельмана и биопсию оболочек с последующим морфологическим исследованием

операцию Росса

дренирование оболочек яичка

077. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного до 1,5 лет обусловлена:

повышенным внутрибрюшным давлением

диспропорцией кровеносной и лимфатической систем

травмой пахово-мошоночной области

незарашением вагинального отростка

инфекцией мочевыводящих путей

078. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного старше 1 года предусматривает:

оперативное лечение в плановом порядке

наблюдение до 3-4 лет

наблюдение еще 1,5-2 года и решение вопроса о плановой операции

пункцию водянки

экстренную операцию

079. Отличие операции Иванисевича от операции Паломо:

перевязка артерии и вен семенного канатика

сохранение лимфатических сосудов

только перевязка вен

перевязка артерии, вен и лимфатических сосудов

денервация яичка

080. Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме является крипторхизм:

в форме паховой ретенции с тяжелой гипоплазией яичек

в форме паховой эктопии

в форме брюшной ретенции

двусторонний

в сочетании с паховой грыжей

081. У ребенка 2 лет крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему следует рекомендовать:

динамическое наблюдение

оперативное лечение

оперативное лечение с предшествующей гормональной терапией

оперативное лечение с последующей гормональной терапией

гормональную терапию

082. У ребенка 2 лет крипторхизм в форме паховой ретенции. Тактика лечения включает:

динамическое наблюдение до 5-6 лет, затем операция

гормональную терапию

гормональную терапию, операцию, гормональную терапию

операцию с последующей гормональной терапией

оперативное лечение

083. При выявлении гидронефротических изменений с помощью эхографии необходимо оценить:

степень расширения чашечно-лоханочной системы и толщину паренхимы

размеры почек

топографию почек

толщину паранефральной клетчатки

наличие расширения мочеточника

084. Осложнениями крипторхизма являются:

бесплодие

малигнизация

перекрут яичка

аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка

085. Фертильность больных с односторонним крипторхизмом при несвоевременно проведенном лечении составляет:

100% за счет здорового яичка

не превышает 60-65%

менее 20%

086. Фертильность больных с двусторонним крипторхизмом составляет:

100%

40-60%

25-40%

не более 12-20%

087. При операции у больных по поводу крипторхизма обнаружены элементы семенного канатика, а семявыводящий проток начинается от лобковидного образования размером 0,2х0,4см. В этом случае имеет место:

атрофия яичка

агенезия яичка

монорхизм

анорхизм

односторонний крипторхизм

088. На операции вместо яичка обнаружено образование размером 0,2x0,4 см, от которого начинается семявыводящий проток. В этом случае показано:

низведение

удаление образования

низведение и проведение повторных курсов гормональной терапии

фиксация на апоневрозе и наблюдение с последующим низведением

низведение в мошонку, наблюдение, проведение гормональной терапии, в случае отсутствия развития - удаление

089. Этапы операции низведения яичка:

обработка вагинального отростка

скелетирование сосудов яичка

выделение яичка единым блоком

тунелизация мошонки

фиксация яичка к мясистой оболочке

090. Основным принципом орхиопексии является:

низведение яичка без натяжения его элементов

надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

пересечение мышцы, поднимающей яичко

создание условий для постоянной тракции и вытяжения элементов семенного канатика

091. Для паховой ретенции яичка при пальпации характерно смещение яичка:

в сторону бедра

по ходу пахового канала

092. При паховой эктопии яичко:

расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала

расположено под кожей и смещается к бедру

не пальпируется

определяется на промежности

периодически самостоятельно опускается в мошонку

093. При ложном крипторхизме яичко:

расположено на апоневрозе у входа в мошонку

периодически самостоятельно опускается в мошонку

расположено в паховом канале

не пальпируется

яичко легко смещается к бедру при пальпации

094. У больного 5 лет установлен диагноз ложной ретенции яичка. Ему следует рекомендовать:

оперативное лечение

проведение курса гормонотерапии

наблюдение до 7 лет, затем операцию

гормональную терапию, оперативное лечение, затем повторный курс гормональной терапии

наблюдение с кратностью осмотров 1 раз в год до наступления пубертата, если яичко самостоятельно не опустилось - оперативное лечение

095. Ложная ретенция яичка обусловлена:

нарушением процессов опускания яичка

гормональным дисбалансом

нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз - гипоталямус

повышенным кремастерным рефлексом

антенатальной патологией

096. Протезирование мошонки силиконовыми эндопротезами производится для:

профилактики дисморфофобических переживаний

исправления косметического дефекта

улучшения возможности социальной адаптации

профилактики психопатизации личности

097. Возможные причины эпидидимоорхита:

инфекции мочевыводящих путей

клапан задней уретры

аномалии впадения семявыводящих протоков

аномалии формирования пола

перекрут гидатиды яичка

098. Перекрут гидатиды яичка следует дифференцировать с:

эпидидимоорхитом

перекрутом яичка

аллергическим отеком мошонки

ущемленной паховой грыжей

рожистым воспалением мошонки

099. У ребенка 14 лет диагностирована гангрена Фурнье. Ваша тактика:

Наблюдение в динамике

Назначение антибиотиков широкого спектра действия

Гормональная терапия

Некротомия, массивная антибиотикотерапия, инфузионная терапия

Антибиотикотерапия, физиотерапия, дренирование полости мошонки

100. Для перекрута яичка в мошонке характерным является:

постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром

внезапное начало, затем светлый промежуток, после - отек, гиперемия

постепенное нарастание отека

внезапное начало заболевания, быстро нарастающий отек мошонки, выраженный болевой синдром, гиперемия мошонки

умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома

101. Показания к хирургическому лечению при синдроме отечной и гиперемированной мошонки:

гангрена Фурнье

перекрут гидатиды яичка

перекрут яичка

разрыв белочной оболочки яичка

специфический орхит

102. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Лечение его включает:

наблюдение в динамике

операцию Иванисевича

операцию Паломо

консервативную терапию: суспензорий, контрастный душ и т.д.

тщательное урологическое обследование

103. Больной 13 лет страдает варикоцеле II степени. Тактика лечения включает:

наблюдение в динамике

консервативную терапию

операцию Иванисевича

операцию Иванисевича с прокрашиванием лимфатических сосудов

операцию Винкельмана

104. Возникновение варикоцеле у ребенка моложе 9-10 лет чаще связано с:

незаращением вагинального отростка

патологией вен семенного канатика

патологией вен яичка

патологией артериально-венозной системы яичка и семенного канатика

патологией верхних мочевыводящих путей

105. Основным критерием в постановке диагноза "аплазия почки" является отсутствие:

признаков почечной артерии при ангиографии почек

при эхографии признаков почки в типичном месте

признаков органа при экскреторной урографии

признаков органа при УЗИ брюшной полости и малого таза

106. Для выявления тазовой дистопии почки необходимо произвести УЗИ:

малого таза с наполненным у исследуемого мочевым пузырем

высокоразрешающим датчиком

малого таза в сидячем положении исследуемого

малого таза, меняя положение пациента

107. Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести УЗИ:

с наполненным у исследуемого мочевым пузырем

до приема пациентом пищи

после опорожнения пациентом мочевого пузыря

визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник

в положении исследуемого сидя

108. Основное отличие поясничной дистопии почек от нефроптоза состоит в:

отсутствии при УЗИ подвижности почки

поясничном положении органа

эхографических признаках ротации почки

расширении мочеточника опущенной почки

наличии органа в поясничном отделе при положении пациента стоя

109. Патогномоничным эхографическим критерием вторично сморщенной почки является:

уменьшение почки в размерах при динамическом УЗИ

различие в размерах при визуализации почек

истончение паренхимы уменьшенной почки

нечеткость рисунка структур уменьшенной почки

неровность и нечеткость контура уменьшенной в размерах почки

110. Эхографическим признаком удвоения верхних мочевых путей является:

эхо-сигналы от чашечно-лоханочного комплекса, разделенного паренхимой

неравномерное расширение лоханки

неровность контура почки

расширение мочеточника в верхней трети

выявление добавочных сосудов

111. Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:

наличие кист в паренхиме обеих почек

увеличение почек в размерах

диффузное повышение эхогенности паренхимы

деформация чашечно-лоханочного комплекса

неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы

112. Основным эхографическим критерием мультикистоза у детей является:

полное замещение кистами паренхимы одной из почек

увеличение одной из почек в размерах

деформация чашечно-лоханочной системы

выявление в паренхиме отдельных кистозных включений

расширение отделов чашечно-лоханочной системы

113. Эхографическим признаком гидрокаликоза у детей является:

изолированное расширение отдельных чашечек при нормальных размерах лоханки

наличие жидкостных включений в паренхиме почки

увеличение почки в размерах

деформация чашечно-лоханочной системы

истончение паренхимы

114. Эхографическим дифференциальным признаком гидронефротических изменений от кистозного поражения почки является:

четкое соединение лоханки с отдельными расширенными чашечками

истончение паренхимы почки

жидкостные включения в паренхиме кистозного характера

расширение отделов чашечно-лоханочной системы

увеличение почки в размерах

115. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

отмечаемое увеличение при динамическом УЗИ выявляемой паранефральной гематомы

нечеткость контура поврежденной почки

расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек

эхопризнаки выпота в брюшной полости

нечеткость рисунка исследуемой почки