001. Мышечный каркас поясничной области состоит из:

Трех слоев мышц

Двух слоев мышц

Четырех слоев мышц

Одного слоя

002. Средний мышечный слой поясничной области представлен:

Нижней задней зубчатой мышцей и наружной косой мышцей живота

Широчайшей мышцей спины и наружной косой мышцей живота

Наружной косой мышцей живота и поперечной мышцей живота

Разгибателем позвоночника, нижней задней зубчатой мышцей и внутренней косой мышцей живота

003. Анатомически слабым местом поясничной области является поясничный треугольник, дном которого служит:

Поперечная мышца живота

Наружная косая мышца живота

Внутренняя косая мышца живота

Нижняя задняя зубчатая мышца

Широчайшая мышца спины

004. Стенками анатомически слабого места поясничной области поясничного ромба (Лесгафта-Грюнфельда) являются:

Разгибатель позвоночника, нижняя задняя зубчатая мышца и внутренняя косая мышца живота

Поперечная мышца живота, нижняя задняя зубчатая мышца и наружная косая мышца живота, гребень подвздошной кости

Широчайшая мышца спины, наружная косая мышца живота и гребень подвздошной кости

Нижняя задняя зубчатая мышца, внутренняя косая мышца живота, разгибатель позвоночника, XII-ребро

005. Белая линия живота (linea alba) состоит из апоневрозов следующих мышц живота:

Наружной косой мышцы живота и переднего листка апоневроза внутренней косой мышцы живота

Заднего листка апоневроза внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы живота

Наружной косой мышцы живота, внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы живота

Поперечной мышцы живота

006. Облитерированный мочевой проток (урахус) располагается в:

средних паховых складках брюшины

Латеральных паховых складках брюшины

Срединной паховой складке брюшины

007. Внутреннее отверстие пахового канала со стороны внутренней поверхности брюшины соответствует:

Медиальной паховой ямке

Латеральной паховой ямке

Надпузырной ямке

Пупочному кольцу

Запирательному отверстию

008. Нормальные размеры наружного отверстия пахового канала у мужчин составляют:

 0,5-1см х 1-2 см

 2-3 см х 0,5 см

 2-3 см х 1-2 см

 3-4 см х 3-4 см

 4-5 см х 2-3 см

009. Количество жировых клетчаточных слоев в забрюшинном пространстве составляет:

 1

 2

 3

 4

 5

010. Собственное забрюшинное жировое клетчаточное пространство ограничено:

Предпочечной фасцией и позадипочечной фасцией

Позадипочечной фасцией и фасцией квадратной мышцы

Позадибрюшинной фасцией и внутрибрюшинной фасцией

Позадипочечной фасцией и внутрибрюшинной фасцией

011. В полости малого таза различают:

Один этаж

Два этажа

Три этажа

Четыре этажа

Пять этажей

012. Фасция Денонвилье это:

Пузырно-прямокишечный апоневроз

Простато-прямокишечный апоневроз

Предпузырный апоневроз

Фасциальная капсула прямой кишки

Брюшинно-промежностный апоневроз

013. Предпузырное (Retzii) клетчаточное пространство отграничено:

Задней поверхностью лобковых костей, поперечной фасцией и предпузырной фасцией

Между передним и задним листками предпузырной фасции и стенкой мочевого пузыря

Задней поверхностью лонных костей, симфиза и стенкой мочевого пузыря

Между предпузырной фасцией и брюшиной

014. Перфорировать запирательную мембрану при дренировании предпузырного пространства по Буяльскому необходимо:

В верхнем наружном отделе

В верхнем внутреннем отделе

В нижнем наружном отделе

В нижнем внутреннем отделе

Допустимо в любом отделе

015. Мышечной основой диафрагмы таза является:

Внутренняя запирательная мышца

Мышца, поднимающая задний проход

Большая ягодичная мышца

Глубокая поперечная мышца промежности

Наружный сфинктер ануса

016. Срамной сосудисто-нервный пучок выходит из ягодичной области через:

Запирательную мембрану

Большое седалищное отверстие

Малое седалищное отверстие

Седалищно-прямокишечную ямку

017. Порядок элементов почечной ножки спереди назад следующий:

Вена, артерия, лоханка

Артерия, вена, лоханка

Вена, лоханка, артерия

Лоханка, вена, артерия

Лоханка, артерия, вена

018. Правая почечная артерия располагается:

Впереди нижней полой вены

Позади нижней полой вены

Впереди брюшной аорты

Позади брюшной аорты

Между нижней полой веной и брюшной аортой

019. Кровоснабжение мочевого пузыря осуществляется из бассейна:

Внутренней подвздошной артерии

Наружной подвздошной артерии

Обшей подвздошной артерии

Нижней брыжеечной артерии

020. Наружный (произвольный) сфинктер уретры иннервируется:

Подвздошно-паховым нервом

Подвздошно-подчревным нервом

Седалищным нервом

Запирательным нервом

Срамным нервом

021. Топография нормального положения почек в забрюшинном пространстве:

Ориентиром служит XI ребро, которое делит левую и правую почки на 2/3 и 1/3

Ориентиром служит XII ребро, которое делит левую почку на 1/3 и 2/3, а правую почку пополам

Ориентиром служит XII ребро, которое делит правую почку на 1/3 и 2/3. а левую почку пополам

Ориентиром служит XII ребро, которое делит обе почки пополам

022. Нормальные размеры почек:

 6-8 см х 3-5 см х 3-4 см

 10-12 см х 6-8 см х 3-5 см

 10-12 см х 4-6 см х 3-5 см

 14-16 см х 8-10 см х 3-5 см

 14-16см х 6-8 см х 5-7см

023. Физиологическая емкость чашечно-лоханочной системы почки составляет:

 3-5 мл

 4-6 мл

 6-7 мл

 7-10 мл

 10-12 мл

024. Длина мочеточника у половозрелого мужчины:

 10-12 см

 14-18 см

 20-24 см

 28-32 см

 32-36 см

025. Наиболее узкий просвет мочеточника до 2 мм отмечается:

В области лоханочно-мочеточникового сегмента

На уровне перекреста с подвздошными сосудами

Предпузырном отделе

Интрамуральном отделе

026. Левый мочеточник у пограничной линии таза пересекает:

Общую подвздошную артерию

Наружную подвздошную артерию

Внутреннюю подвздошную артерию

Запирательную артерию

Подчревную артерию

027. Правый мочеточник у пограничной линии таза пересекает:

Общую подвздошную артерию

Наружную подвздошную артерию

Внутреннюю подвздошную артерию

Запирательную артерию

Подчревную артерию

028. В пузырно-простатической борозде расположены:

Вена

Артерия

Лимфатический сосуд

Все перечисленное

029. Масса предстательной железы в норме составляет:

 10 г.

Около 20-25 г.

Не более 60 г.

 30-40 г.

030. К основанию предстательной железы прилежит:

Шейка и дно мочевого пузыря

Семенные пузырьки

Ампулы семявыносящих протоков

Мочеполовая диафрагма (глубокая поперечная мышца промежности)

Апоневроз Денонвилье

031. Периферическая зона предстательной железы находится под преимущественным влиянием:

Эстрогенов

Андрогенов

Лютенизирующего гормона

Фолликулостимулирующего гормона

032. Длина простатической части уретры в норме составляет:

 0,5 - 1 см

 1 - 2,5 см

 2,5 4 см

не более 4 см

 3 - 6 см

033. Предстательная железа состоит из железистых долек (ацинусов) в количестве:

 5 - 10

 10 - 20

 20 - 30

 30 - 50

 50 -70

034. Наиболее узким участком уретры является:

Переход мочевого пузыря в уретру

В месте прохождения через мочеполовую диафрагму

Область наружного сфинктера уретры

В области наружного отверстия уретры

035. Гидроцеле это скопление жидкости между:

Наружной и внутренней семенной фасциями

Внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка

Наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой мошонки

Белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка

Париетальным и висцеральными листками собственной влагалищной оболочки яичка

036. Размеры яичка в норме у взрослого мужчины :

 2,5-3,5 см х 2-Зсм х 2-3 см

 4-5 см х 2,5-3 см х 3-3,5 см

 5-6 см х 3-4 см х 2-3 см

 4-5 см х 2-3 см х 1-2 см

Не более 5 см

037. Гландулоциты яичка (клетки Лейдига) располагаются:

В извитых семенных канальцах яичка

В прямых семенных канальцах яичка

В интерстициальной ткани яичка

В семявыносящем протоке

038. Клетки сперматогенного эпителия сперматогонии располагаются:

В извитых семенных канальцах яичка

В прямых семенных канальцах яичка

В интерстициальной ткани яичка

В семявыносящем протоке

039. Нормальные размеры придатка яичка взрослого мужчины составляют:

 2,5-3,5 см х 1-3 см х 0,6-0,8 см

 4-5 см х 2,5-3 см х 1-2 см

 5-6 см х 1-2 см х 0,6-0,8 см

 4-5 см х 2-3 см х 1-2 см

Не более 5см

040. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:

До 100 мм. рт. ст.

До 80-90 мм. рт. ст.

До 60-70 мм. рт. ст.

До 40-50 мм. рт. ст.

До 20-30 мм. рт. ст.

041. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем:

 1600 мл/мин

 1100 мл/мин

 800 мл/мин

 600 мл/мин

 400 мл/мин

042. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем:

 60 мл/мин

 120 мл/мин

 180 мл/мин

 240 мл/мин

 300 мл/мин

043. Давление в мочеточнике при нормальной его уродинамике колеблется в пределах:

 5-20 см. вод. ст.

 20-50см. вод. ст.

 50-70 см. вод. ст

 70-80 см. вод. ст.

 80-90 см. вод. ст.

044. Давление мочи в мочевом пузыре в состоянии покоя равно:

 5-10 см. вод. ст.

 10-30 см. вод. ст.

 30-40 см. вод. ст.

 40-50 см. вод. ст.

 50-60 см. вод. ст.

045. На уровень содержания простатического специфического антигена в крови влияет все, кроме:

Массы предстательной железы

Возраста пациента

Физической нагрузки

Пальцевого ректального исследования

Трансректального ультразвукового исследования

046. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер:

Ноюших

Тупых

Острых

Приступообразных острых

Постоянных ноющих

047. При камне интрамурального отдела мочеточника нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей:

Поясничная область без иррадиации

Подреберье с иррадиацией под лопатку

Боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область

Паховая область с иррадиацией в бедро

Поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

048. При остром паренхиматозном простатите боли:

Постоянные ноющие

Приступообразные

Интенсивные, вплоть до пульсирующих

Тупые

Острые

049. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются:

Над лоном

В поясничной области

В пояснично-крестцовом отделе позвоночника

В промежности и крестце

В промежности

050. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Туберкулеза

ДГ предстательной железы

Опухоли почки

Цистита

Мочекаменной болезни

051. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Камня мочеточника

Опухоли мочевого пузыря

Камня мочевого пузыря

Цистита

Опухоли мочеточника

052. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Инородных тел уретры

Камня мочевого пузыря

Камня мочеточника

Острого простатита

ДГ предстательной железы

053. Никтурия это:

Увеличение количества мочи, выделяемого в ночной период времени

Учащение ночного мочеиспускания

Перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные

Дневная олигурия

054. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Сердечной недостаточности

Сахарного диабета

Хронической почечной недостаточности

Хронического гломерулонефрит

ДГ предстательной железы

055. Поллакиурия это:

Увеличение диуреза

Учащение мочеиспускания дневного и ночного

Учащение ночного мочеиспускания

Учащение дневного мочеиспускания

Увеличение ночного диуреза

056. Поллакиурия не встречается при:

Цистоцеле

Камне верхней трети мочеточника

Неврастении

Истерии

Раке предстательной железы

057. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Туберкулеза мочевого пузыря

Цисталгии

Камня мочевого пузыря

Опухоли почки

Опухоли мочевого пузыря

058. Олигурия это:

Запаздывающее мочеотделение

Редкое мочеиспускание

Уменьшение количества мочи

Увеличение количества мочи

Количество мочи менее 300 мл в сутки

059. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Микседемы

Гломерулонефрита

Сердечной недостаточности

Опухоли почки

Обильной рвоты

060. Олигурия не встречается при:

Сердечной недостаточности

Поражении вегетативных центров водно-солевого обмена

Остром пиелонефрите

Хроническом пиелонефрите

Сахарном диабете

061. Секреторная анурии это:

Отсутствие мочи в мочевом пузыре

Отсутствие выделения мочи почками

Отсутствие самостоятельного мочеиспускания

Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

062. Полиурия не встречается при всем перечисленном, кроме:

После аллотрансплантации почки

При туберкулезе почки

После ликвидации препятствия в мочевых путях

Поражения межуточной доли гипофиза

Коралловидного камня почки

063. Задержка мочеиспускания это:

Отсутствие выделения мочи почками

Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

Отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

Отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

Парадоксальная ишурия

064. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

Атрезии наружного отверстия уретры

Нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

Обтурации мочеточников

ДГ предстательной железы

Рака предстательной железы

065. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

Рака предстательной железы

Острой почечной недостаточности

Стриктуры уретры

Камня уретры

Фимоза

066. Парадоксальная ишурия это:

Невозможность самостоятельного мочеиспускания

Хроническая задержка мочеиспускания

Сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи

Недержание мочи

Сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

067. Неудержание мочи это:

Непроизвольное выделение мочи без позыва

Императивные позывы к мочеиспусканию

Непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва

Непроизвольное выделение мочи

Непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

068. Недержание мочи это:

Непроизвольное выделение мочи

Непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию

Отсутствие позывов к мочеиспусканию

Непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию

069. Реакция мочи (рН) в норме:

В пределах 3,0-5,0

В пределах 5,0-6,0

В пределах 5,0-7,0

В пределах 7,0-9,0

В пределах 2,0-4,0

070. О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче:

Следов

Менее 0,03 г/л

Более 0,03 г/л

Более 0,06 г/л

Более 0,09 г/л

071. Для перекрута яичка в мошонке характерны:

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

Умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого симптома

Симптоматика зависит от возраста

072. Гематурия это:

Наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина

Выделение крови из мочеиспускательного канала

Выделение крови с мочой

Наличие в моче порфирина

Эритроцитурия

073. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Камней или опухолей шейки мочевого пузыря

Варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря

Хронического гломерулонефрита

Колликулита

Острого цистита

074. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Хронического уретрита

ДГ простаты и камня мочевого пузыря

Опухоли уретры

Травмы уретры

075. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в поле зрения микроскопа:

Более 2

Более 4

Более 6

Более 8

Более 10

076. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов (в мл мочи):

Более 500

Более 1000

Более 2000

Более 4000

Более 6000

077. Хилурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

Филяриатоза

Опухоли мочевого пузыря и шистосомоза

Туберкулеза

Опухоли почки

078. Ложная ретенция яичка обусловлена:

Нарушением процессов опускания яичка

Гормональным дисбалансом

Нарушением гормональной регуляции на уровне гипофизгипоталамус

Повышением кремастерных рефлексов

Антенатальной патологией

079. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая:

Уретральную лихорадку

Острый простатит и эпидидимит

Уретроррагию

Форникальное кровотечение

080. Противопоказаниями к бужированию уретры являются все перечисленные, кроме:

ДГ предстательной железы

Острого эпидидимита

Острого цистита и простатита

Хронического простатита и цистита

Острого уретрита

081. Для паховой эктопии яичка характерно:

Яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала

Яичко расположено под кожей и смещается к бедру

Яичко не пальпируется

Яичко определяется на промежности

Яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

082. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через:

 15-20 мин

 12-15 мин

 3-5 мин

 1-2 мин

 10-12 мин

083. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутримышечном введении через:

 3-5 мин

 5-7 мин

 7-8 мин

 10-15 мин

 20-25 мин

084. Положительный симптом диафаноскопии характерен для:

Опухоли яичка

Острого орхоэпидидимита

Водянки оболочек яичка

Пахово-мошоночной грыжи

Хронического эпидидимита

085. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленное, кроме:

Стриктуры уретры, клапана уретры

ДГ предстательной железы

Рака предстательной железы

Острого простатита

Нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

086. Урофлоуметрический индекс (средняя объемная скорость мочеиспускания) в норме равен:

 4-5 мл/сек

 6-8 мл/сек

 9-10 мл/сек

 15-45 мл/сек

 60-70 мл/сек

087. Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости равно:

 До 5 см вод. ст.

 До 10 см вод. ст.

 15-20 см вод. ст.

 20-25 см вод. ст.

 30-40 см вод. ст.

088. Процент выявления рака предстательной железы при пункционной биопсии составляет:

 100%

 90%

 80%

 70%

 60%

089. Наличие клеток Штернгаймера-Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для:

Острого гломерулонефрита

Хронического гломерулонефрита

Острого пиелонефрита

Хронического пиелонефрита в стадии ремиссии

Туберкулеза почки

090. Содержание фруктозы в эякуляте равно:

 100 мг%

 150 мг%

 200 мг%

 250 мг% и более

 1000 мг%

091. При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме:

Головной боли и головокружения

Ощущения жара

Металлического вкуса во рту

Макрогематурии

Падения АД в пределах 20 мм рт.ст., шока

092. К осложнениям при введении рентгеноконтрастных веществ относятся все перечисленные, кроме:

Аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель)

Анафилактического шока

Отслоения сетчатки глаза

Коллапса, острой почечной недостаточности

Острой печеночной недостаточности

093. Для паховой ретенции яичка характерно:

Смещение яичка при пальпации в сторону бедра

Смещение яичка по ходу пахового канала

Не определяющееся при пальпации яичко

094. 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

095. Оптимальная суммарная доза 75% контрастного вещества, которое может быть использовано для брюшной аортографии составляет в расчете на 1 кг веса больного:

 0,5 мл

 1 мл

 2 мл

 3 мл

 4 мл

096. При тазовой флебографии контрастное вещество преимущественно вводят:

В бедренную вену

В большую подкожную вену

В лобковые кости

В глубокую и поверхностную вены полового члена

В подвздошные кости

097. Вещество, вводимое для радиоиндикации того или иного органа человека, принято называть:

Радиоактивный препарат

Радиофармпрепарат

Меченые соединения

Изотопный препарат

Короткоживущий препарат

098. Для подготовки больных с целью радиоизотопных исследований применяется:

Очистительная клизма

Сухоедение

Обычный питьевой и пищевой режим

Введение пробной дозы препарата

Голод накануне исследования

099. При проведении ренографии наиболее удобным положением больного является:

Сидя, с расположением датчиков (детекторов) со стороны спины

Сидя, с расположением датчиков со стороны живота

Лежа, с расположением датчиков со стороны спины

Лежа, с расположением датчиков со стороны живота

Лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря

100. Транспорт, применяемого для ренографии 131J гиппурана, происходит, в основном за счет:

Клубочковой фильтрации

Канальцевой секреции

Перехода в экстрацеллюлярное пространство

101. Противопоказаниями для проведения ренографии являются:

Индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ

Практически нет противопоказаний

Почечная недостаточность

Печеночная недостаточность

Гипертиреоидизм

102. На показатели ренограмм могут влиять все перечисленные экстраренальные факторы, кроме:

Сухоедения

Высокой лабильности нервной системы

Подкожного введения радиофармпрепарата

Заболевания толстого кишечника, гипертиреоидизма

Неправильного положения датчиков

103. Ультразвуковые признаки простой кисты почки:

Объемное образование округлой формы

Объемное образование округлой формы гипоэхогенной структуры

Солидное (тканевое) образование округлой формы

Солидное образование округлой формы с ровными контурами

Объемное образование округлой формы, гипоэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала

104. Ультразвуковые признаки рака почки:

Объемное образование округлой формы

Объемное образование сводной формы

Тонкостенное объемное образование гипоэхогенной структуры

Объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры

Гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

105. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, продольный размер которого составляет:

 2-4 см

 5-6 см

 7-9 см

 10-12 см

 20-30 см

106. При ультразвуковом сканировании почки определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которых составляет:

 3,5-4,8 см

 4,5-6,5 см

 6,5-7,5 см

 7,5-8,5 см

107. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна:

 0,8-1,0 см

 1,0-1,2 см

 1,0-1,6 см

 1,8-1,9 см

 1,5-3,2 см

108. Надпочечники при ультразвуковом сканировании определяются в виде:

Эхонегативных образований

Эхопозитивных образований

Треугольной формы

109. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде:

Эхонегативного образования

Эхопозитивного образования

Не определяется

110. Средний размер семенного пузырька при ультразвуковом сканировании составляет:

 6 х 2 см

 3,5 х 1,0 см

 2 х 1,5см

 4 х 2 см

 5 х 3 см

111. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение:

Эритроцитарной массе

Тромбоцитарной массе

Лейкоцитарной массе

Цельной крови

Прямому переливанию крови

112. Для расчета допустимого объема гидратации в олигоанурической стадии острой почечной недостаточности необходимо пользоваться формулой:

Суточный диурез + 200 мл жидкости

Суточный диурез + 400 мл жидкости

Суточный диурез + 600 мл жидкости

Суточный диурез + 800 мл жидкости

Суточный диурез + 1000 мл жидкости

113. Лечение острой кровопотери начинают всегда с переливания:

Эритроцитарной массы

Консервированной донорской крови

Кристаллоидных и коллоидных растворов

Значения не имеет

114. Свежезамороженная плазма используется для всего перечисленного, кроме:

Плазмозамещения

Повышения онкотического давления

Возмещения термолабильных (V и VII) факторов свертывания

Возмещения прочих факторов свертывания

115. Лечение кровопотери до 1 л (20% ОЦК) производится:

Донорской кровью и эритромассой

Реинфузией

Коллоидами и кристаллоидами

Прямой трансфузией свежезамороженной плазмы или тромбоцитарной массы

116. Антидотом гепарина является:

Хлористый кальций

Дицинон

Криопреципитат

Протамин-сульфат

Тромбин

117. Бактерицидным эффектом обладают все перечисленные препараты, кроме:

Тетрациклины

Аминогликозиды

Цефалоспорины

Пенициллины

Фторхинолоны

118. Бактериостатическим эффектом обладают все перечисленные препараты, кроме:

Сульфаниламиды

Ко-тримоксазол

Тетрациклины

Макролиды

Нитрофураны

119. В щелочной среде (рН > 7) повышается активность всех препаратов, кроме:

Сульфаниламидов

Тетрациклинов

Аминогликозидов

Линкозамидов

Эритромицина

120. Эффективность антибактериальной терапии необходимо оценивать через:

 10 часов

 24-48 часов

 5 суток

 7 суток

 10 суток

121. Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии при остром цистите:

 1 сутки

 2 суток

 3-5 суток

 7 суток

122. Лечение бактериотоксического шока целесообразно начинать с введения:

Плазмы

Раствора глюкозы 5%

Гемодеза

Реополиглюкина

Полиглюкина + кортикостероидов

123. Больному произведена нефропексия, в послеоперационном периоде ему рекомендуется постельный режим в течение:

 3-5 дней

 7-10 дней

 12 дней в кровати с панцирной сеткой

 21 дня

124. При неосложненном нефроптозе I стадии больному следует рекомендовать:

ЛФК в положении лежа

Ритмическую гимнастику (аэробику)

Бег, ходьбу

Атлетическую гимнастику

Физкультура противопоказана

125. При неосложненном нефроптозе 1 стадии больному следует рекомендовать все перечисленное, кроме:

Ношения бандажа

Прибавки в весе

Грязелечения на курорте

Запрещения тяжелого физического труда

Лечебной гимнастики в положении лежа

126. Лечебная физкультура целесообразна при:

Остром пиелонефрите, остром простатите

Поликистозе почек

Коралловидном камне, множественных камнях в почке

Нефроптозе, хроническом простатите и пиелонефрите

Хроническом эпидидимите

127. Во время химиотерапии опухоли мочевого пузыря показатели анализа крови снизились на 50%. Необходимо:

Отменить лечение

Снизить дозу химиопрепаратов

Провести замену препаратов

Увеличить интервалы между введением препаратов

128. При острой и хронической почечной недостаточности не следует назначать:

Полусинтетические пенициллины

Аминогликозиды

Фторхинолоны

Цефалоспорины

Сульфаниламиды

129. Больному с острым необструктивным пиелонефритом следует включать в диету:

Белки (мясо, рыбу)

Жиры

Молочные продукты

Овощи и фрукты

130. Больному хроническим пиелонефритом, осложненным хронической почечной недостаточностью, следует ограничить в диете все перечисленное, кроме:

Белков (мясо, рыба)

Жиров (сливочное, растительное масло)

Молочных продуктов

Овощей и фруктов

131. К аномалиям положения почек относятся:

Подковообразная почка

Нефроптоз

Дистопия гетеролатеральная (перекрестная)

L-образная почка

132. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется:

Латеральным расположением чашечно-лоханочной системы

Изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек

Наличием симптома «рыболовного крючка»

133. При подковообразной почке с соединительнотканным перешейком, камне лоханки 25 мм, показана:

Пиелолитотомия

Пиелолитотомия, уретропиелонеостомия, нефростомия

Пункционная нефролитотомия

Ударно-волновая литотрипсия

Рассечение перешейка и репозиция половины почки (резекция нижнего полюса почки)

134. Патогенез солитарной кисты связан:

С канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)

С ретенцией мочи

С ишемией почечной ткани

С обструкцией мочеточника

С симптомом Froley

135. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является все, кроме:

Локализация кисты в почечном синусе

Нагноение кисты

Нарушение пассажа ночи и хроническая инфекция в почке, верхних мочевых путях

Простой кисты нижнего или среднего сегмента почки

136. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются:

Длительная микрогематурия

Нагноение кист

Хронический пиелонефрит

Артериальная гипертония

137. Основным из перечисленных признаков мультикистозной почки является:

Мочеточник не изменен

Мочеточник слепо заканчивается, не доходя до лоханки

Облитерация устья мочеточника

Гидроуретер

Экстраренальная лоханка

138. У больного поликистоз почек. Камень лоханки почки 25 мм, нарушающий уродинамику, острый пиелонефрит. Ему следует рекомендовать:

Ударно-волновую литотрипсию

Пункционную нефролитотомию, нефростомию

Консервативное лечение

Пиелолитотомию, нефростомию, вскрытие кист

Нефростомию

139. Мультилокулярная киста почки это:

Однокамерная киста

Множественные кисты почки

Не сообщающаяся с лоханкой киста

Кистозно измененный сегмент почки без нефронов

Парапельвикальные кисты

140. Лечение мультилокулярной кисты:

Консервативное

Чрезкожная пункция кисты

Нефрэктомия

Оперативное лечение

Введение склерозирующих растворов в полость кист

141. Синонимами термина «губчатая почка» является все перечисленное, кроме:

Мультикистоз и поликистоз почки

Мультикистоз мозгового вещества

Медуллярная губчатая почка

Кистозное расширение почечных пирамид

Врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

142. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист:

В корковом веществе почки

В мозговом веществе почки

В почечных пирамидах

В воротах почки

В одном из полюсов почки

143. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов:

В чашечках

В лоханке

В измененных канальцах почек

В мочеточнике

В корковом слое почки

144. Диагноз «губчатая почка» устанавливают с помощью:

Ультразвукового исследования

Почечной артериографии

Допплерографии

Динамической нефросцинтиграфии

Ретроградной уретеропиелографии

145. Лечение больных с губчатой почкой:

Динамическое наблюдение

Оперативное лечение

ДЛТ

Консервативное

146. Истинное удвоение почки это:

Удвоенная лоханка

Только удвоенные мочевые пути

Раздельное кровоснабжение сегментов почки

Подковообразная почка

S-образная почка

147. Закон Вейгерта-Мейера действует:

При удвоении лоханки

При удвоении почки

При расщеплении мочеточника

При неполном удвоении почки

При полном удвоении мочеточника

148. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме:

Ахалазии

Гидрокаликоза и пиелоэктазии

Мегауретера

Гидроуретеронефроза

149. Наиболее характерным признаком экстравезикальной эктопии устья мочеточника у женщин является:

Постоянное недержание мочи

Неудержание мочи

Боли в поясничной области

Задержка мочи

Учащенное мочеиспускание

150. У больного уретероцеле 5х4 см, гидроуретеронефроз. Показано:

Оперативное лечение

Пункционная нефростомия

Уретеросигмостомия

Электрокоагуляция уретероцеле

Трансвезикальное иссечение уретероцеле

151. Для уточнения функции почки при «закрытом» гидронефрозе методом выбора является:

Почечная артериография

Экскреторная урография

Ретроградная уретерография

ЧПНС

Динамическая сцинтиграфия

152. При гидронефрозе, обусловленном добавочным нижнеполярным сосудом, осложненным острым гнойным пиелонефритом показана:

Операция по Culp de Weerd

Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом

Чрезкожная пункционная нефростомия

Операция по Фолею

Антевазальный пиелоуретероанастомоз

153. При высоком отхождении мочеточника целесообразна операция:

Уретеролиза

Латеро-латеральный уретеропиелоанастомоз

Операция по Фолею

Операция по Альбаррану

Нефрэктомия

154. При стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показана операция:

Перемещения сосуда

Пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса

Антевазального уретеропиелоанастомоза с резекцией сегмента

Операция по Фолею

Операция по Culp de Weerd

155. Наиболее частой причиной гидронефроза при подковообразной почке является все, кроме:

Расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки

Врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья

Добавочный сосуд

Периуретерит

Синдрома Froley

156. Абсолютными показаниями к нефропексии при нефроптозе являются все перечисленные, кроме:

Нефроптоза с периодическими тупыми болями в пояснице

Нефроптоза с периодической макрогематурией

Нефроптоза, с частыми атаками пиелонефрита

Резко выраженного болевого синдрома

157. Экстрофия мочевого пузыря часто сочетается с:

Паховой грыжей

Пороками развития верхних мочевых путей

Удвоением влагалища, наличием двурогой матки

Отсутствием лонных костей

Атрезией ануса

158. Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием:

Всех слоев стенки мочевого пузыря

Широкого входа в дивертикул

Узкого входа в дивертикул

Наличия выраженной трабекулярности слизистой пузыря

159. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме:

Головчатой

Стволовой

Дорзальной

Мошоночной

Промежностной

160. Оптимальным возрастом для оперативного лечения крипторхизма является:

 8-10 месяцев

 1 год

 6 лет

 3-4 года

 12 лет

161. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является все, кроме:

Невозможности его низведения

Гипоплазии яичка

Подозрения на опухоль яичка

Малого объема мошонки

162. У больного 20 лет гидроцеле. Ему следует рекомендовать:

Наблюдение

Пункцию гидроцеле

Оперативное лечение

Физиотерапию

Орхиэктомию

163. Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является все, кроме:

Врожденного отсутствия клапанов в яичковой вене

Аорто-мезентериалъного пинцета

Почечной венной гипертензии

Опухоли почки

Гемангиомы почки

164. Показаниями к оперативному лечению варикоцеле является все, кроме:

Варикоцеле 3 стадии

Варикоцеле + олигозооспермия

Неосложненного варикоцеле 1 стадии

Варикоцеле + выраженный болевой синдром

Варикоцеле в сочетании с почечной венной гипертензией

165. Наиболее часто вызывают пиелонефрит:

Кишечная палочка

Протей

Палочка сине-зеленого гноя

Стафилококк

Энтерококк

166. Острый гематогенный пиелонефрит в неизмененных почках вызывает:

Протей

Кишечная палочка

Палочка сине-зеленого гноя

Энтерококк

Стафилококк плазмо-коагулирующий

167. При гематогенном остром пиелонефрите в первую очередь поражаются:

Чашечно-лоханочная система

Клубочки почки

Канальцы почки

Венозная система почки и интерстициальная ткань

168. Основным ультразвуковым признаком острого серозного пиелонефрита является:

Очаговое утолщение паренхимы

Увеличение размеров почки

Неоднородность паренхимы

Ограничение подвижности почки при дыхании

Наличие ореола разряжения вокруг почки

169. Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи у женщин, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет:

 2-5 лейкоцитов в поле зрения

Больше 6 лейкоцитов в поле зрения

Больше 10 лейкоцитов в поле зрения

Больше 20 лейкоцитов в поле зрения

Лейкоциты покрывают все поля зрения

170. В поликлинику обратилась больная 37 лет с жалобами на общую слабость, ноющие боли в пояснице справа. Два часа назад перенесла приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся повышением температуры до 38,5С с ознобом, с последующим быстрым снижением температуры, проливным потом и исчезновением болей в пояснице. В момент осмотра: симптом Пастернацкого слабо положителен справа, почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено, моча прозрачная, температура тела 37,2 С. Вероятный диагноз:

Состояние после приступа правосторонней почечной колики

Острый гнойный пиелонефрит

Пиелит

Острый гематогенный пиелонефрит

Камень правого мочеточника, острый серозный пиелонефрит

171. Тактика врача поликлиники при камне мочеточника, остром серозном пиелонефрите заключается в:

Назначении амбулаторных исследований

Срочной госпитализации

Госпитализации в плановом порядке

Динамическом наблюдении на дому

Назначении амбулаторного лечения

172. При остром гнойном пиелонефрите и камне лоханки правой почки размерами 1,5х2 см, высокой температуре с периодическими ознобами в течение 10 дней, наиболее показано:

Пункционная нефростомия

Катетеризация мочеточника

Интенсивная антибактериальная терапия

Дистанционная литотрипсия

Операция ревизия почки, пиелолитотомия, нефростомия

173. Больному 32 года. Поступил по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня нижней трети правого мочеточник Болен 10 дней. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение 1,5 часов наблюдения. Больному показано:

Плановое обследование с целью уточнения функции почек

Установка мочеточникового стента

Уретеролитотомия

Срочная операция ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия

Интенсивная антибактериальная терапия без операции

174. При абсцессе нижнего полюса правой почки размерами 4х4 см наиболее показано:

Интенсивная антибактериальная терапия

Нефрэктомия

Операция вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование полости абсцесса

Резекция нижнего полюса почки

Декапсуляция почки, нефростомия

175. Беременность 20 недель. Правосторонний острый серозный пиелонефрит. Эктазия лоханки и правого мочеточника до тазового отдела. Данных за конкременты нет. Лечение больной целесообразно начать с:

Правосторонней нефрэктомии

Прерывания беременности

Катетеризации мочеточника

Чрескожной пункционной нефростомии

Постоянного пребывания больной на противоположном боку, антибактериальной терапии

176. Применять непрерывно один и тот же антибиотик при остром пиелонефрите наиболее целесообразно в течение:

 До 3-х дней

 4-6 дней

 7-10 дней

 11-20 дней

 Более 20-ти дней

177. Антибактериальную терапию при остром пиелонефрите следует проводить:

До нормализации температуры

До исчезновения пиурии

До исчезновения бактериурии

До выписки больного из стационара

Длительно в течение нескольких месяцев

178. Основным методом диагностики эмфизематозного пиелонефрита является:

Ультразвуковой

Радионуклидный

Рентгенологический

Бактериологический

Цистоскопия

179. Количество поваренной соли, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом:

Бессолевая диета

Ограниченное количество

Обычное количество

Повышенное количество

Большое количество

180. Чаще всего вызывают хронический пиелонефрит:

Стафилококк

Кишечная палочка, протей

Стрептококк

Энтерококк

Палочка сине-зеленого гноя

181. При хроническом пиелонефрите наиболее характерно:

Диффузное поражение почки

Очаговое, полиморфное поражение почки

Очаговое мономорфное поражение почки

Поражение только клубочков почки

Поражение только канальцев почки

182. При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются:

Сосудистые петли клубочка почки

Капсула Шумлянского-Боумена

Канальцы почки

Межуточная ткань почки

Восходящее колено петли Генле

183. Для хронического пиелонефрита наиболее характерны:

Нарушение функции канальцев

Нарушение функции клубочков

Нарушение функции чашечек

Нарушение фильтрационной функции почки

Нарушение функции почечной лоханки

184. Симптом Ходсона при хроническом пиелонефрите основан на:

Изменении тонуса чашечек

Изменении тонуса почечной лоханки

Увеличении почки

Очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке

Нарушении функции почки

185. У женщины 34 лет в процессе диспансеризации обнаружено в осадке мочи 25-30 лейкоцитов в поле зрения. Жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на урологическое заболевание нет. Наиболее вероятный диагноз:

Хронический пиелонефрит

Хронический цистит

Хронический уретрит

Пиелит

Хронический аднексит

186. В течение года цистит с периодическими обострениями. Реакция мочи щелочная. Стойкая лейкоцитурия, несмотря на применение 5-НОК, нитрофуранов, уросульфана. Наиболее вероятный диагноз:

Хронический цистит

Хронический пиелонефрит

Туберкулез мочевого пузыря

Туберкулез почки

Цисталгия

187. У пациента 42 лет при диспансеризации обнаружена лейкоцитурия до 35-40 лейкоцитов в поле зрения. Для выявления источника лейкоцитурии (уретра, предстательная железа, почки или мочевой пузырь) исследование нужно начинать с:

Бактериологического анализа мочи

Двухстаканной пробы

Пробы Нечипоренко

Исследования мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря

Проведения провокационного преднизолонового теста

188. При тяжелом остром гнойном пиелонефрите и азотемии (12-18 ммоль/л) при неизмененной контралатеральной почке нефрэктомия:

Возможна и целесообразна

Возможна

Невозможна

Возможна только при применении гемодиализа

Возможна только при проведении гемосорбции

189. Основное значение в возникновении цистита придается:

Местным расстройствам кровообращения

Физическим факторам

Инфекции

Химическим факторам

Общим факторам

190. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является:

Уретральный, восходящий

Нисходящий

Лимфогенный

Гематогенный

Контактный

191. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:

Поллакиурии

Полиурии

Терминальной гематурии

Болей при мочеиспускании

Пиурии

192. Диагностика острого цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме:

Анамнестических данных и клинических проявлений

Данных микроскопии осадка мочи

Данных посева мочи

Данных экскреторной урографии и уретроцистографии

193. Для острого цистита характерна гематурия:

Тотальная с бесформенными сгустками

Инициальная

Терминальная

Безболевая

194. В основу лечения хронического цистита необходимо ставить:

Антибактериальную терапию

Устранение причин, поддерживающих воспалительный процесс

Инстилляции лечебных средств

Диетотерапию

Применение спазмолитиков

195. Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме:

Болей при мочеиспускании

Гематурии и отека кожи мошонки

Гнойных выделений из уретры

Отека губок наружного отверстия уретры

Учащенного мочеиспускания

196. Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме:

Данных анамнеза и клиники

Результатов исследования осадка одной порции мочи

Данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы

Посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

197. Фертильностъ больных с двусторонним крипторхизмом составляет:

 100%

 Больные инфертильны

 40-60%

 25-40%

 Не превышает 12-20%

198. Уретрография показана:

При эпидидимите

При простатите

При подозрении на кондиломатозный уретрит

199. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано:

При остром уретрите

При простатите и везикулите

При подозрении на стриктуру уретры

При торпидном течении уретрита

200. К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные, кроме:

Простатита

Эпидидимита

Поражения уретральных желез

Парапроктита

Орхита

201. При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано:

Установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией

Интенсивная антибактериальная и местная терапия

Цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией

Лучевая терапия

Физиотерапевтическое лечение

202. При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана:

Интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия

Интенсивная антибактериальная терапия и инстилляции в уретру жировых эмульсий и растительных масел

Только инфузионная терапия, направленная на уменьшение обшей интоксикации

Цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией

203. Баланопостит - это воспаление:

Крайней плоти полового члена

Головки полового члена

Парауретральных желез

Крайней плоти и головки полового члена

204. Кавернит это:

Воспаление кавернозных тел полового члена

Фибропластическая индурация полового члена

Флеботромбоз кожи полового члена

205. Лечение кавернита следует начинать с:

Антибактериальной терапии

Наложения сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза

Рассечения кавернозных тел

206. Парафимоз это:

Сужение отверстия крайней плоти полового члена

Ущемление головки полового члена суженной крайней плотью

Воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена

Воспаление вен полового члена

207. Для острого эпидидимита характерно:

Повышение температуры тела с первых дней заболевания

Повышение температуры тела на 3-4-е сутки

Повышение температуры тела на 5-6-е сутки

Нормальная температура тела в течение всего заболевания

Пониженная температура тела

208. Хронический инфекционный эпидидимит и орхит следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме:

Туберкулеза яичка и придатка

Новообразования яичка и придатка

Фуникулита и деферентита

Сперматоцеле

Варикоцеле

209. Возможны все перечисленные формы простатита, кроме:

Катарального

Конгестивного

Гнойного

Эмфизематозного

Ксантогранулематозного

210. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме:

Интенсивной антибактериальной терапии

Установления постоянного катетера

Цистостомии при задержке мочи

Дренирования полости абсцесса

Дезинтоксикационной терапии

211. Клиническими признаками гранулематозного простатита являются все перечисленные, кроме:

Хронического течения

Болей в эпигастрии

Умеренного лейкоцитоза и эозинофилии

Признаков склероза предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования

Увеличения простаты

212. При выявленном (трансректально, пальпаторно и методом УЗС) абсцессе простаты показаны:

Трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса

Промежностная пункция абсцесса

Трансректальное вскрытие абсцесса

Продолжение противовоспалительного лечения

Пункция абсцесса и постоянная ирригация

213. Наиболее информативным методом диагностики везикулита является:

Анализ секрета предстательной железы

Везикулография

Спермограмма

Ультразвуковое исследование семенных пузырьков

Уретроцистография

214. Фертильность больных с односторонним крипторхизмом составляет:

 100% за счет здорового яичка

Не превышает 60-65%

Менее 20%

В большинстве случаев больные инфертильны

Зависит от формы крипторхизма

215. При хроническом простатите (латентном течении), склерозе шейки мочевого пузыря, остаточной моче в количестве 100 мл показано:

Цистостомия

Простатэктомия

Трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря

Пункционная цистостомия

Санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

216. Наиболее высокая заболеваемость уролитиазом наблюдается в регионах с:

Сухим жарким климатом

Умеренным климатом средней полосы

Холодным заполярным климатом

Тропическим влажным климатом

Климатом морского побережья

217. При щелочной реакции мочи преимущественно образуются:

Мочекислые (уратные) камни

Цистиновые камни

Фосфатные камни

Оксалатные камни

Камнеобразование не зависит от реакции мочи

218. Развитию оксалатурии способствует все, кроме:

Дефицита в организме витамина В6

Дефицита в организме витамина D

Избытка в пище лимонной кислоты

Хронических колитов

Литолитических препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

219. Снижение реабсорбции в канальцах почек мочевой кислоты может приводить к образованию:

Цистиновых мочевых солей

Оксалатных мочевых солей

Уратных (мочекислых) мочевых солей

Фосфатных мочевых солей

220. Образованию почечных камней в большей степени способствует:

Хронический гломерулонефрит

Внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки

Гипоксия почки

Внепочечная лоханка

Артериальная гипертензия

221. К факторам, не влияющим на образование мочевых камней, относятся:

Высокая концентрация натрия и креатинина в крови и моче

Уростаз

Высокая вязкость мочи

Низкий уровень защитных коллоидов в моче

Высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

222. Для кристаллизации оксалатных солей наиболее оптимальной рН мочи является:

 3,5

 5,5

 6,9

 7,5

 8,8

223. Для кристаллизации уратных мочевых солей наиболее оптимальной рН мочи является:

 3,5

 5,5

 7,0

 7,5

 8,5

224. Для кристаллизации фосфатных солей наиболее оптимальной рН мочи является:

 4,0

 5,7

 7,1

 8,8

 8,9

225. Образованию и росту камней в мочевых путях способствуют все условия, кроме:

Уростаза

Шовного материала (капрон) стенки лоханки

Высокой вязкости мочи

Высокого содержания в моче мочевины и креатинина

Высокого содержания в моче мочевой и щавелевой кислот

226. К факторам риска камнеобразования не относятся:

Уратурия, оксалатурия

Высокое содержание мочевины и креатинина в крови

Высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты

Лейкоцитурия и эритроцитурия

Фосфатурия

227. К рентгеноконтрастным мочевым камням относятся все перечисленные, кроме:

Оксалатов

Фосфатов

Смешанных

Уратов и мочекислых камней

Уратов + оксалатов

228. Хронический пиелонефрит при мочекаменной болезни выявляют приблизительно:

В 10% случаев

В 30% случаев

В 50% случаев

В 80% случаев

В 100% случаев

229. Для диагностики гиперпаратиреоза при кальциевых мочевых камнях следует применить все методы, кроме:

Определения ионизированного кальция в крови

Ультразвукового сканирования паращитовидных желез

Определения паратгормона в моче

Определения паратгормона в крови

Определения кальция в суточной моче

230. В диагностике мочекислого (уратного) уролитиаза следует применить указанные ниже методы, кроме:

Обзорной и экскреторной урографии

Определения кислой и щелочной фосфатаз крови

Определения мочевой кислоты крови

Ультразвукового сканирования почек

Определения мочевой кислоты в суточной моче

231. Ретроградная уретеропиелография наиболее целесообразна:

При камне (оксалате) лоханки почки или мочеточника

При подозрении на камень (урат) мочеточника, лоханки или чашечки

При камне (фосфате) чашечки, лоханки или мочеточника

232. Проба по Зимницкому наиболее целесообразна:

При камне чашечки почки

При камне лоханки почки, нарушающем уродинамику

При коралловидных камнях почек

При камне лоханки почки без нарушения уродинамики

При камне мочеточника, нарушающем уродинамику

233. Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна:

При коралловидном камне почки

При камне лоханки почки размером 5х6 мм

При камне мочеточника

При камне чашечки почки

При отошедшем камне мочеточника

234. У пациента камни нижней трети обоих мочеточников. Почечная колика. Острый гнойный пиелонефрит справа. Бактериемический шок. Выберите самое первое действие в экстренной помощи:

Срочная нефростомия, декапсуляция правой почки

Внутривенно кортикостероиды, полиглюкин, сердечно-сосудистые средства

Срочная уретеролитотомия справа

Катетеризация правого мочеточника

Срочная чрескожная пункционная нефростомия справа

235. Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей. Ваше первое действие по оказанию экстренной помощи:

Лазикс внутривенно 100 мг

Катетеризация мочеточников

Срочная чрескожная пункционная нефростомия

Внутривенно 1л физиологического раствора

Перевести пациента в нефрологический стационар

236. У пациента камень (оксалат) лоханки почки, 15х15 мм, без нарушения уродинамики. Ему следует рекомендовать:

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Литолиз

Пиелолитотомию

Чрескожную пункционную нефролитолапаксию

Вмешательство не показано

237. При фосфатном камне лоханки почки 10х10 мм без нарушения уродинамики, хроническом латентном пиелонефрите наиболее целесообразно рекомендовать:

Пиелолитотомию

Вмешательство не показано

Ударно-волновую литотрипсию

Литолиз

Чрескожную пункционную нефролитолапаксию

238. При уратном камне лоханки почки 20х18 мм, хроническом пиелонефрите в активной фазе, педункулите, периуретерите, гидрокаликозе следует рекомендовать:

Ударно-волновую литотрипсию

Антибактериальную терапию без оперативного вмешательства

Литолиз

Чрескожную пункционную нефролитолапаксию

Пиелолитотомию, уретеролиз

239. При оксалатном камне лоханки почки 25х30 мм, хроническом латентном пиелонефрите и выраженном гидрокаликозе показано:

Литолиз

Ударно-волновая литотрипсия

Вмешательство не показано

Пиелолитотомия

Катетеризация мочеточника

240. При оксалатном камне лоханки почки, 15х16 мм, без нарушения уродинамики в первую очередь следует рекомендовать:

Литолиз

Пункционную нефролитоэкстракцию

Пиелолитотомию

Вмешательство не показано

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

241. У пациента 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень лоханки внутрипочечного типа без нарушения функции почки и уродинамики, хронический латентный пиелонефрит. Ему лучше рекомендовать:

Пиелолитотомию, нефростомию

Секционную нефролитотомию, нефростомию

Литолиз

Пункционную нефростомию, нефролитолапоксию.

Вмешательство не производить, динамическое наблюдение

242. У пациента 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень внутрипочечной лоханки, гидрокаликоз, хронический пиелонефрит в активной фазе. Наиболее целесообразно рекомендовать:

Вмешательство не производить

Пиелолитотомию, возможно нефролитотомию и нефростомию

Пункционную нефролитолапоксию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Литолиз

243. При губчатых почках, множественных камнях паренхимы почек, хроническом пиелонефрите в активной фазе следует рекомендовать:

Нефролитотомию и нефростомию

Антибактериальную терапию без оперативного вмешательства

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Литолиз

Пункционную нефролитотомию

244. Пациенту 35 лет с двусторонними коралловидными камнями почек, при внепочечных лоханках, умеренном нарушении уродинамики и хроническом пиелонефрите можно рекомендовать:

Пиелолитотомию. Нефростомию с одной стороны

Пиелолитотомию. Нефростомию одновременно с 2-х сторон

Вмешательство не показано

Литолиз

Двустороннюю пункционную нефростомию

245. Пациенту 50 лет с пионефрозом справа и коралловидным камнем и хроническим пиелонефритом слева следует рекомендовать:

Пиелолитотомию и нефростомию слева

Нефрэктомию справа

Нефрэктомию справа. Пиелолитотомию и нефростомию слева одномоментно

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию слева

Вмешательство не показано

246. При уратных камнях чашечек обеих почек на фоне хронического латентного пиелонефрита следует применить:

Оперативное лечение

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Литолиз

Пункционную нефролитотомию

Санаторно-курортное лечение

247. При доброкачественной гиперплазии предстательной железы объемом 90 см и уратном камне мочевого пузыря 30х25 мм следует выполнить:

Литолиз

Цистолитотомию и цистостомию

Ударно-волновую литотрипсию

Цистолитотомию, простатэктомию и цистостомию

Вмешательство не показано

248. При рентгенологически слабоконтрастном камне (условно 85% урат + 15% оксалат) 15х17 мм лоханки почки и хроническом латентном пиелонефрите возможно рекомендовать все перечисленное, кроме:

Литолиза

Пиелолитотомии

Дистанционной ударно-волновой литотрипсии

Пункционной нефролитолапоксии

Все равноценно

249. При камне, урате (рентгенонегативном) 12х8 мм, верхней (средней) трети мочеточника, нарушающем уродинамику и хроническом пиелонефрите в стадии ремиссии следует рекомендовать:

Литолиз

Уретеролитотомию

Литокинетическую терапию

Уретеролитоэкстракцию

Контактную литотропсию

250. При уратном камне 5х10 мм в нижней трети мочеточника, умеренно нарушающем уродинамику и хроническом латентном пиелонефрите наиболее показано:

Литолиз

Уретеролитоэкстракция

Уретеролитотомия

Вмешательство не производить

Санаторно-курортное лечение

251. Пациенту 25 лет с камнями нижней трети обоих мочеточников размерами 14х6 мм и умеренной уретероэктазией в первую очередь следует рекомендовать:

Продолжить консервативную терапию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Уретеролитоэкстракцию с одной стороны

Уретеролитотомию одномоментно с 2-х сторон

Контактную литотрипсию

Продолжить консервативное лечение

252. Камень 5 мм в уретероцеле, размерами 12х12 мм, уродинамика не нарушена. Наиболее целесообразно рекомендовать:

Вмешательство не производить

Иссечение уретероцеле трансвезикально

Рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом на мочеточниковом катетере

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Контактную литотрипсию

253. Пациенту 55 лет с множественными камнями почки, хроническим пиелонефритом в активной фазе, вторично сморщенной почкой, артериальной гипертензией в течение 2-х лет наиболее целесообразна:

Противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно

Пиелолитотомия, нефростомия

Пункционная нефростомия

Нефрэктомия

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия

254. При камне лоханки почки 20х25 мм и нижней трети мочеточника с той же стороны размером 14х8 мм, сохраненной функцией почки и хроническим пиелонефритом в активной фазе наиболее целесообразно:

Длительная антибактериальная и спазмолитическая терапия

Уретеролитоэкстракция + пиелолитотомия

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия камня почки

Пиелолитотомия и уретеролитотомия из одного разреза по Израэлю

Уретеролитотомия, пиелолитотомия и нефростомия из 2-х разрезов

255. У пациента камень лоханки почки, карбункул почки, высокая температура тела, выраженная интоксикация, целесообразно:

Назначить внутривенно или эндолимфатически антибиотики без вмешательства

Выполнить срочную нефрэктомию

Выполнить срочную пиелолитотомию, иссечение карбункула, нефростомию

Произвести катетеризацию или стентирование мочеточника и назначить консервативную терапию

Выполнить пункционную нефростомию

256. При камне верхней трети мочеточника, осложненном острым гнойным пиелонефритом, следует рекомендовать:

Уретеролитотомию, нефростомию и декапсуляцию почки

Катетеризацию или стентирование мочеточника и консервативное лечение

Консервативное лечение; внутривенно или эндолимфатически антибиотики широкого спектра действия без вмешательства

Чрескожную пункционную нефростомию

Нефрэктомию

257. При камне нижней трети мочеточника 5х4 мм, осложненном острым серозным пиелонефритом, наиболее показана:

Уретеролитотомия

Нефростомия и декапсуляция почки

Пункционная нефростомия и антибиотики широкого спектра действия

Уретеролитоэкстракция и стентирование мочеточника

Контактная литотрипсия

258. Камень 25х20 мм в лоханке смешанного типа, педункулит. Наиболее показан доступ в лоханку:

Задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия, уретеролиз

Передняя пиелолитотомия

Нижняя продольная пиелолитотомия.

Верхняя поперечная пиелолитотомия

259. При коралловидном камне II стадии и внепочечной лоханке лучше рекомендовать:

Заднюю продольную пиелолитотомию

Заднюю поперечную внутрисинусную пиелолитотомию

Секционную нефролитотомию

Переднюю продольную пиелолитотомию

260. Пациенту произведена пиелолитотомия, нефролитотомия по поводу коралловидного камня почки III стадии следует также выполнить:

Нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку

Зашить лоханку наглухо без нефростомии

Пиелостомию

Циркулярную (кольцевую) нефростомию

261. При удалении камней из лоханки и чашечек почки обнаружены также соли, детрит. При этом следует применить:

Циркулярную нефростомию

Нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку

Пиелостомию

Ушить лоханку наглухо

262. Во время пиелолитотомии и нефролитотомии отмечалось значительное форникальное кровотечение. В этом случае следует применить:

Введение в лоханку и чашечки гемостатической губки

Каликостомию

Нефростомию

Нефрэктомию

Зашить лоханку наглухо

263. При коралловидном камне III степени планируется пиелолитотомия, нефротомия и нефростомия. Расположение почки высокое, XI и XII ребра длинные, межреберье узкое. Наиболее рациональным оперативным доступом может быть:

Люмботомия по Федорову

Люмботомия с переходом в 9-е межреберье

Люмботомия с переходом в 10-е межреберье

Люмботомия по Израэлю

Люмботомия по Нагамацу

264. При камне лоханки почки 25х20 мм и камне юкставезикального отдела мочеточника 12х9 мм с той же стороны показан доступ:

Люмботомия по Федорову и разрез по Пирогову

Люмботомия по Израэлю

Параректальный разрез

Трансабдоминальный доступ

Все доступы равноценны

265. При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, 15х9 мм, нарушающем уродинамику, наиболее целесообразно:

Литолиз

Уретеролитоэкстракция

Уретеролитотомия

Спазмолитическая терапия, электростимуляция мочеточника

Чрескожная пункционная нефростомия

266. При доброкачественной гиперплазии предстательной железы объемом 40 мл и камне (оксалате) мочевого пузыря 30х30 мм можно рекомендовать:

Литолиз

Цистолитотомию, простатэктомию и цистостомию

Контактную литотрипсию и ТУР простаты

Трансуретральную цистолитотрипсию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

267. Пациенту 50 лет с камнем юкставезикального отдела мочеточника размером 6х9 мм, частично нарушающим уродинамику в начале целесообразно рекомендовать:

Консервативную терапию

Уретеролитотомию

Уретеролитоэкстракцию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

268. Пациенту 55 лет с камнем средней трети мочеточника размером 6х9 мм, частично нарушающим уродинамику, в начале целесообразно рекомендовать:

Консервативную терапию

Уретеролитотомию

Уретеролитоэкстракцию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

269. При уратном камневыделении в план обследования следует включить:

Рентгенографию черепа

Определение мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче

Определение щелочной фосфатазы крови

270. Уретеролитоэкстракция наиболее целесообразна:

У женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм и неосложненном течении

У мужчин и той же ситуации

При камнях средней трети мочеточника 5 мм у мужчин и женщин

При двусторонних камнях 5 мм верхней трети мочеточника

271. При постренальной анурии (камни мочеточников) экстренную помощь начинают с:

Внутривенного введения лазикса, спазмолитиков и инфузионной терапии

Катетеризации мочеточников

Чрескожной пункционной нефростомии

Дистанционной ударно-волновой литотрипсии

272. При уратном камне лоханки правой почки и оксалатном камне в левой почке, размерами по 25х20 мм каждый первоначально лучше всего рекомендовать:

Растворение уратного камня справа, вторым этапом дистанционную ударно-волновую литотрипсию или пиелолитотомию слева

Одномоментно пиелолитотомию с 2-х сторон

Последовательно пиелолитотомию с интервалом в 1-2 месяца

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Пункционную нефролитолапаксию слева и литолиз справа

273. Двусторонние коралловидные камни почек у больного 45 лет. Хронический латентный пиелонефрит. Лоханки внепочечного типа. Ему следует рекомендовать:

Оперативное лечение не показано

Одномоментно пиелолитотомию, нефростомию с 2-х сторон

Пиелолитотомию (нефростомию) с одной стороны, через 2-3 месяца с другой стороны

Двустороннюю дистанционную ударно-волновую литотрипсию

274. При камне верхней трети мочеточника 10 мм и остром серозном пиелонефрите следует применить:

Экстренно уретеролитотомию, ревизию почки

Экстренно нефрэктомию

Экстренно контактную литотрипсию

Установку стента в мочеточник

Продолжить консервативную, антибактериальную терапию

275. При камне лоханки 20х20 мм и остром серозном пиелонефрите следует применить:

Консервативную терапию

Экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефростомию

Нефрэктомию

Пункционную нефролитолапаксию и нефростомию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

276. При камне лоханки 20х20 мм и остром гнойном пиелонефрите следует назначить:

Антибиотики, кортикостероиды, инфузионную терапию

Экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки

Экстренно пункционную нефростомию

Катетеризацию мочеточника, лоханки

277. Камень лоханки. Острый гнойный пиелонефрит. Бактериемический шок. Следует назначить:

Экстренно нефрэктомию

Экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки

Стент мочеточника

Противошоковую терапию, кортикостероиды, инфузионную терапию и др., после выведения из шока оперативное лечение

278. Уратный камень почки и острый серозный пиелонефрит. Следует применить:

Растворение камня в сочетании с антибактериальной терапией

Установку стента в мочеточника

Пункционную нефролитолапаксию

Дистанционную ударно-волновую литотрипсию

Экстренную пиелолитотомию, ревизию почки

279. Мелкие камни обоих мочеточников и анурия 20 часов. В начале следует применить:

Внутривенно лазикс, инфузионную терапию, спазмолитики

Двустороннюю нефростомию

Катетеризацию мочеточников

Установить пункционную нефростому

Двустороннюю экстренную уретеролитотомию

280. Камень мочеточника 5 мм единственной почки и анурия 12 часов. В начале следует применить:

Внутривенно лазикс

Экстренную нефростомию оперативно

Чрескожную пункционную нефростомию

Катетеризацию мочеточника

281. В поликлинике у пациента диагностирован камень мочеточника. Почечная колика. Острый серозный пиелонефрит. Ему следует рекомендовать:

Продолжить антибактериальную, спазмолитическую терапию на дому

Экстренно госпитализировать в урологический стационар

Катетеризацию мочеточника в поликлинике

Срочно экскреторную урографию в поликлинике

282. У пациентки 30 лет двусторонние коралловидные камни, хронический пиелонефрит. Вторично сморщенные почки. Уремия. Ей можно рекомендовать:

Гемодиализ, инфузионную терапию, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки

Пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон

Установку стентов с 2-х сторон

Катетеризацию мочеточников

Чрескожную пункционную нефростомию

283. У больного нагноение поясничной раны после пиелотомии. Ему необходимо:

Увеличить дозу антибиотиков

Промывать рану раствором антибиотиков

Исключить мочевой затек и оперировать

Тампоны с мазью Вишневского в рану

Пунктировать почку

284. Пациенту проводят множественную нефролитотомию по поводу коралловидного камня при внутрипочечной лоханке. С целью уменьшения кровопотери ему необходимо:

Предварительно внутривенно эпсилон-аминокапрононовая кислота

Гемотрансфузия

Гипотермия почки

Предварительное выделение почечной артерии и парциальное пережатие ее на время секции почки

Тампонада разреза почки гемостатической губкой

285. После 4-х перенесенных ранее операций на почке по поводу нефролитиаза выявлен пионефроз. Наиболее целесообразным методом операции является:

Нефростомия операционная

Оперативное лечение не проводить

Катетеризация мочеточника

Нефростомия чрескожная пункционная

Нефрэктомия, возможно субкапсулярно

286. При множественных камнях расширенной нижней чашечки, где паренхима составляет 3-4 мм и удовлетворительной функции почки следует рекомендовать:

Вмешательство не производить

Нефролитотомию

Пиелолитотомию

Резекцию нижнего полюса почки

Нефрэктомию

287. При ХПН I и II стадии и уратном нефролитиазе в диете следует:

Увеличить мясные бульоны

Белок (мясо) назначать из расчета 1 г на 1 кг массы тела больного

Белок можно уменьшить до 30 г / 24 час с добавлением 1 яйца в день

Белок (мясо) исключить полностью

Заменить мясную диету на рыбную

288. При оксалатурии и оксалатном нефролитиазе следует:

Увеличить прием аскорбиновой кислоты до 1 г / 24 ч

Исключить полностью из диеты лиственную зелень

Исключить из растительной пищи продукты, содержащие избыток щавелевой кислоты

Рекомендовать 1-2 лимона в день

Увеличить белок (мясо) до 3 г на 1 кг массы тела больного в сутки

289. При фосфатурии и фосфатном нефролитиазе следует:

Увеличить прием молочных продуктов

Назначить 1-2 лимона ежедневно

Увеличить белок (мясо) до 1,5-2 г на 1 кг массы тела больного

Уменьшить объем жидкости в сутки до 0,5 л

Диета не имеет значения

290. При МКБ и посевах мочи с получением роста протея, псевдомонас наибольший лечебный эффект можно получить при назначении:

Пенициллинов

Нитрофуранов

Сульфаниламидов

Макролидов

Фторхинолонов, цефалоспоринов, аминогликозидов

291. Избыточное содержание в пище лимонной и щавелевой кислоты способствует образованию:

Цистиновых камней

Оксалатных камней

Мочекислых камней

Фосфатных камней

292. При рентгеноконтрастном камне размерами 15х15 мм с неосложненным течением первоначально следует рекомендовать:

Пиелолитотомию

Консервативное ведение

Литолитическую терапию

Пункционную нефролитолапоксию

Дистанционную литотрипсию

293. При камне лоханки почки 25х20 мм, инфицированной моче первоначально следует рекомендовать:

ДЛТ

Пункционную нефролитолапоксию

Пункционную нефростомию на 1 месяц

Пиелолитотомию

Все равноценно

294. При ХПН III стадии камнеобразование в почках при МКБ может:

Усиливаться

Уменьшаться

Не меняется

Меняется только состав камней

295. При частом рецидивном камнеобразовании удаление камней из почки предпочтительно производить методом:

Оперативной пиелолитотомии

Лапароскопической пиелолитотомии

Пункционной нефролитолапоксии

Секционной нефролитотомии

Значения не имеет

296. При мочеполовом туберкулезе изолированное поражение чаще всего происходит в:

Простате

Мочевом пузыре

Мочеточниках

Паренхиме почки

Почечной лоханке

297. Туберкулиновая проба чаще всего вызывает следующие изменения в анализах:

Повышение мочевины крови

Нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию

Увеличение глобулинов

Появление в моче микобактерий туберкулеза

298. Предоперационная терапия у плановых больных туберкулезом органов мочевой системы составляет в среднем:

Одну неделю

Три недели

Три месяца

Шесть месяцев

299. Туберкулез почки не дифференцируют с:

Хроническим пиелонефритом

Инфицированными чашечными камнями

Простой кистой почки

Хронической лейкоцитурией

Некротическим папиллитом

300. При остром (милиарном) туберкулезе почек чаще поражаются:

только почки

Только лимфатические узлы

Только легкие

Только костная система

Многие органы

301. При туберкулезе почки в начале процесса прежде всего возникает:

Поражение почечного сосочка (специфический папиллит)

изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки

Туберкулезные бугорки в паренхиме

Специфический воспалительный инфильтрат

Воспалительные изменения в зоне сосудистых клубочков в коре почки

302. Окончательный дооперационный диагноз туберкулеза почек устанавливают на основании всего перечисленного, кроме:

Выделения из мочи туберкулезных микобактерий

Гистологического исследования почечной ткани

Цистоскопии

Провокационного (туберкулинового) теста

Рентгенологического исследования

303. Вероятность обнаружения микобактерий туберкулеза в моче выше:

При бактериоскопическом исследовании

При бактериологическом исследовании

При применении полимеразной цепной реакции

При однократном исследовании по одному из наиболее эффективных методов

304. Для выявления туберкулезных микобактерий в моче применяются все перечисленные способы, кроме:

Бактериологического

Бактериоскопического

Иммунологического

Биологического

305. Нецелесообразно применение противотуберкулезных препаратов в следующих сочетаниях:

Изониозид + рифампицин + этамбутол

Стрептомицин + канамицин

Стрептомицин + циклосерин + тубазид

Тубазид + циклосерин

Стрептомицин + ПАСК + салюзид

306. При инфильтративно-язвенном поражении мочеточника лучше всего следует применять из предложенных:

Стрептомицин

Стрептомицин + фтивазид

Стрептомицин + этамбутол

Стрептомицин + рифампицин

Рифампицин + этамбутол

307. Органосохраняющие операции при деструктивном туберкулезе почки производят после безрезультатной специфической терапии:

В течение 1-го месяца

В течение 3-х месяцев

В течение 4-6 месяцев

В течение 8-12 месяцев

В течение 2 лет

308. При туберкулезе почки и удовлетворительной функции контралатеральной почки нефрэктомия абсолютно показана во всех случаях, кроме:

При выключенном туберкулезном пионефрозе

При открытом туберкулезном пионефрозе

При поликавернозном туберкулезе почки

При отшнурованной каверне почки

При туберкулезе почки и облитерации всего мочеточника

309. Специфическая химиотерапия при предоперационной подготовке больных туберкулезом почки:

Не проводится

Проводится в течение 1-й недели

Проводится не менее 2-х недель

Проводится не менее 2-х месяцев

Проводится не менее 6-ти месяцев

310. С целью контроля за результатами лечения больных туберкулезом почки посев мочи производится:

Каждую неделю

Каждый месяц

 1 раз в 2 месяца

 1 раз в 3 месяца

 1 раз в б месяцев

311. Первично туберкулезом поражаются:

Мочевой пузырь

Мочеиспускательный канал

Почка

Мочеточник

Почечная лоханка

312. При туберкулезе половых органов у мужчины чаще всего поражаются:

Семенные пузырьки

Предстательная железа

Яичко

Оболочки яичка

Семявыносящие протоки и придатки яичка

313. При туберкулезе придатка яичка чаще всего поражается:

Тело придатка

Хвост придатка

Головка придатка

Весь придаток

Придаток и ткань яичка

314. В диагностике туберкулеза придатка яичка наиболее достоверным является:

Бактериологическое исследование эякулята

Биопсия придатка

Исследование отделяемого из уретры

Исследование мочи

315. При туберкулезе придатка яичка чаще всего производят:

Эпидидимэктомию

Гемикастрацию

Эпидидимэктомию с резекцией яичка

Двустороннюю эпидидимэктомию

Эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны

316. Какие повреждения почек чаще наблюдаются в мирное время:

Открытые

Закрытые

Сочетанные

Ятрогенные

Одинаково часто любые из перечисленных

317. Наиболее информативным из предложенных методов при травме почек является:

Хромоцистоскопия

Абдоминальная аортография

Экскреторная урография

УЗИ

Нефросцинтиграфия

318. Консервативное лечение при травме почки включает:

Постельный режим до 2 недель

Гемостатическую терапию

Десенсибилизирующую терапию

Антибактериальную терапию

319. При травме почки оперативное лечение не показано при:

Размозжении почки

Проникающем ранении почки

Отрыве почки

Субкапсулярной гематоме объемом 70 см3

Паранефральной гематоме объемом 300 см3

320. При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить:

Нефростомией

Пиелостомией

Без дренирования лоханки

Интубацией мочеточника

Кольцевым дренированием лоханки

321. Причиной артериальной гипертензии после травмы почки может явиться все, кроме:

Гематомы в области ворот почки, имбибирующей клетчатку почечного синуса

«Целлофановой» почки сдавление почечной паренхимы, организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой

Нефросклероза

Посттравматической кисты почки объемом 30 см3

322. После травмы почки возможно развитие всего перечисленного, кроме:

Нефролитиаза

Гидронефроза

Сморщенной почки

Опухоли

Гнойного пиелонефрита

323. При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начинать с операции:

Лапаротомии

Люмботомии

Нефрэктомии

Нефростомии

Ушивания разрыва почки

324. Повреждения мочеточника встречаются по всех перечисленных случаях, кроме:

Тупой травмы поясничной области

Инструментальных исследований

Попытки извлечения камня петлей

Гинекологических операций

Дистанционной литотрипсии

325. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:

Одновременно обоих мочеточников

В нижней трети

В средней трети

В сочетании с травмой мочевого пузыря

В верхней трети

326. При подозрении на перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести:

Обзорную рентгенографию почек и мочевых путей

Экскреторную урографию

УЗИ почек

Хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников

327. Выявлена ятрогенная обструкция мочеточника спустя 24 часа после операции. Ваши действия:

Чрескожная пункционная нефростомия

Пиелостомия

Интубация мочеточника

Ревизия раны, первичная пластика мочеточника

328. Причина внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота:

Пустой мочевой пузырь

Воспаленный мочевой пузырь

Наполненный мочевой пузырь

Атрофия стенки мочевого пузыря

329. Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме:

Отсутствие в течение длительного периода мочеиспускания и позывов к нему

Тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки

Пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь

Напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность передней брюшной стенки

330. При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательными исследованиями являются:

Ретроградная цистография

Уретрография

Цистоскопия

Пневмоцистография

Обзорная урография

331. Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются:

Наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии

Симптом «Ваньки-Встаньки»

Пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ

Одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 литров и более) при катетеризации мочевого пузыря

332. Необходимым методом исследования при подозрении на внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является:

Экскреторная урография

Катетеризация мочевого пузыря

Восходящая цистография

Проба Зельдовича

333. Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря должно быть не меньше:

 10-20 мл

 30-50 мл

 100-200 мл

 200-300 мл

 380-400 мл

334. При внутрибрюшинной травме мочевого пузыря следует применить:

Лед на живот

Антибактериальные средства

Постоянный уретральный катетер

Дренирование малого таза через запирательное отверстие

Лапаротомия и ушивание разрыва мочевого пузыря

335. Самостоятельное мочеиспускание при внутрибрюшной травме мочевого пузыря может быть следствием всех перечисленных причин, кроме:

Сокращения мышечной стенки мочевого пузыря

Тампонады дефекта стенки мочевого пузыря петлями кишечника

Тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сальником

Тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сгустком крови

336. Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря возможно при:

Неполном разрыве мочевого пузыря

Флегмоне забрюшинной клетчатки и неполном разрыве мочевого пузыря

Разрыве слизистой мочевого пузыря

Разрыве внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см

Разрыве внутрибрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см

337. К особенностям перитонита при внутрибрюшинной травме мочевого пузыря относится:

Резкая выраженность симптомов раздражения брюшины

Тошнота, рвота

Выраженный метеоризм

Высокая температура тела

Длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

338. При травме мочевого пузыря для ушивания дефекта наиболее целесообразен:

Однорядный шов кетгутом

Двухрядный шов рассасывающимся материалом

Трехрядный шов кетгутом

Двухрядный шов шелком

339. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме у мужчин является:

Самостоятельное мочеиспускание

Постоянный катетер

Катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки

Цистостомия

Установка кольцевого дренажа

340. Дренирование малого таза по методу Буяльского-Мак-Уортера наиболее показано при:

Изолированной внутрибрюшной травме мочевого пузыря

Внутрибрюшной травме мочевого пузыря и большой забрюшинной гематоме

Внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и обширной гематоме

Полном отрыве шейки мочевого пузыря от уретры

Внебрюшинной травме мочевого пузыря и нагноении паравезикальной и тазовой клетчатки

341. Перфорировать мембрану запирательного отверстия при дренировании малого таза по методу Буяльского-Мак-Уортера следует в:

Верхнемедиальной части

Нижнемедиальной части

Верхнелатеральной части

Нижнелатеральной части

342. Основными симптомами травм уретры является все перечисленное, кроме:

Макрогематурии

Уретроррагии

Задержки мочеиспускания

Промежностной гематомы

343. Диагностическая катетеризация при травме уретры:

Целесообразна

Нецелесообразна

Обязательна

Только металлическим катетером

Только эластичным катетером

344. Основным методом диагностики травм уретры является:

Экскреторная урография

Нисходящая цистоуретрография

Восходящая уретроцистография

Пневмоцистография

345. Первичный шов уретры в ранние сроки после травмы показан при:

Обширных повреждениях уретры

Значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме

Полном разрыве уретры, отсутствии гематомы промежности

При непроникающих разрывах уретры

346. Основным видом лечения при изолированном разрыве уретры в поздние сроки является:

Цистостомия

Установка постоянного катетера

Цистостомия + дренирование малого таза

Цистостомия + дренирование через промежность урогематомы

Цистостомия + дренирование через промежность урогематомы и проведение по уретре постоянного катетера

347. Основным видом лечения при разрыве уретры и переломах костей таза является:

Первичный шов уретры

Цистостомия + дренирование урогематомы таза

Первичный шов уретры + дренирование урогематомы таза

Цистостомия

Постоянный катетер + дренирование урогематомы

348. Уретроррагия при травме уретры может принять угрожающий характер в случае повреждения:

Слизистой уретры

Пещеристых тел

Предстательной железы

Интерстиции уретры

349. При стриктуре уретры длиной 5-10 мм показано:

Пластика уретры

Бужирование

Внутренняя оптическая уретротомия

Медикаментозно (алоэ, лидаза)

Бужирование и медикаментозное лечение

350. Операция по Хольцову показана при:

Стриктуре мембранозного отдела уретры 5 мм

Множественных стриктурах уретры

Стриктуре висячего отдела

Стриктуре задней уретры длиной 2-3 см

351. Восстановительные операции на уретре при посттравматических стриктурах наиболее целесообразно выполнять через:

 2 месяца

 3 месяца

 4 месяца

 5 месяцев

 6 месяцев

352. Характерным признаком перелома полового члена является все перечисленное, кроме:

Деформация

Гематома в подкожной клетчатке

Повреждение кавернозных тел

Острая боль

Отек крайней плоти

353. Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена является:

Рези при мочеиспускании

Задержка мочи

Уретроррагия

Вялая струя мочи

Характерных признаков нет

354. Лечение «перелома» полового члена предусматривает:

Оперативное лечение

Консервативное лечение (холод, гемостатические средства, бромиды)

Эпицистостомия

Пункция и дренирование кавернозных тел

355. При травматической ампутации полового члена лечение заключается в:

Наложении жгута

Лигировании дорзальных и глубоких артерий

Ушивании краев белочной оболочки

Эпицистостомии

Реимплантации полового члена

356. Бескровное вправление вывиха яичка возможно не позднее:

Первых 3 часов

Первых 12 часов

Первых суток

Первых 2 суток

Первых 3 суток

357. У больной изолированное, пристеночное ножевое ранение мочеточника менее 6 часов назад. Больной показано:

Катетеризация мочеточника

Операционная нефростомия

Пункционная нефростомия

Ревизия и ушивание мочеточника, нефростомия

Установление стента в мочеточник + первичная хирургическая обработка раны

358. У больного травма мочеточника за 48 часов до поступления, урогематома. Больному показано:

Нефростомия

Катетеризация мочеточника

Установка стента

Оперативное лечение

Пункционная нефростомия

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

Произвести цистостомию как первый этап

Наложить противоестественный анус

Проводить заживление свища на постоянном катетере

Произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией

Произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере.

360. У больного ушиб мошонки, обширная гематома. Ему целесообразно:

Консервативное лечение, суспензорий

Пункция гематомы

Оперативное лечение, удаление гематомы и дренирование

Антибиотики в амбулаторных условиях

361. Наиболее полной клинической классификацией опухолей является:

 I, II, III, IV стадии

 На стадии А, В, С, D

 ТNМ

 PTNM

362. К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится:

Фиброма

Миксома

Аденома

Лейомиома

Ангиома

363. Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения:

Аденома почки

Гипернефрома

Гипернефроидный рак

Рак почки

Саркома почки

364. При раке почки гематогенные метастазы чаще всего наблюдаются в:

Печени

Легких

Контралатеральной почке

Головном мозге

Костях скелета

365. Лимфогенные метастазы при раке почки чаще всего встречаются в:

Средостении

Парааортальных и паракавальных лимфоузлах

Подвздошных лимфоузлах

Шейных лимфоузлах

Надключичных лимфоузлах

366. Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются в:

Почечной артерии

Почечной и нижней полой вене

Яичковой вене

Паравертебральных венах

Тазовых венах

367. При раке почки наблюдается все, кроме:

Полицитемии

Артериальной гипертензии

Гиперпирексии

Анемии

Эозинофилии

368. Наиболее частым вариантом течения ранних стадий рака почки является:

Боль в пояснице

Бессимптомное течение

Гематурия

Анемия

Субферильная температура

369. К общим симптомам опухоли паренхимы почки относится все, кроме:

Гиперпирексии

Анемии

Пальпируемой опухоли

Потери в весе

Гиперкальциемии

370. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать с:

Аортографии

Экскреторной урографии

Радиоизотопной ренографии

Ультрасонографии

Ретроградной уретеропиелографии

371. При удалении почки по поводу рака в первую очередь перевязывают:

Почечную артерию

Почечную вену

Всю почечную ножку

Надпочечную артерию

Яичковую вену

372. При локализации злокачественной опухоли Т1-2 в одном из полюсов единственной почки следует предпринять:

Нефрэктомию

Резекцию почки

Наблюдение за больным

Иссечение опухоли

Эмболизацию сегментарной артерии

373. При раке почки с опухолевым тромбом в почечной вене показана:

Радикальная нефрэктомия

Нефрэктомия без удаления тромба

Эмболизация почечной артерии

Все перечисленное

Операция не показана

374. У больного 55 лет рак почки Т2-3NxМ0. Ему следует рекомендовать:

Нефроуретерэктомию

Предоперационную лучевую терапию

Предоперационную химиотерапию

Радикальную нефрэктомию

Вмешательство не производить

375. У больного 80 лет рак почки Т4NxМ1. Ему возможна:

Нефрэктомия

Эмболизация почечной артерии

Лучевая терапия

Химиотерапия

Наблюдение

376. У больного 60 лет рак почки Т2NxМ1. Ему возможна:

Нефрэктомия

Радикальная нефрэктомия, вторым этапом резекция легкого

Лучевая терапия или химиотерапия

Симптоматическая терапия

Резекция почки

377. Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует:

Продолжить консервативное и симптоматическое лечение

Производить частые переливания свежей крови

Произвести эмболизацию почечной артерии

Произвести нефрэктомию

Произвести нефростомию|

378. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:

Светлоклеточный рак

Тератома

Опухоль Вильмса

Почечноклеточный рак

Саркома

379. Нефрэктомию по поводу рака верхнего полюса правой почки Т3N1М0 наиболее целесообразно выполнить оперативным доступом:

По Федорову

По Нагамацу

По Израэлю

Лапаротомным доступом

380. Лучевую терапию при раке почки после нефрэктомии применяют:

При лимфогенных метастазах

При опухолевых тромбах в почечной вене

Всем больным после нефрэктомии

Не применяют

381. При генерализированном раке почки можно рекомендовать следующие препараты:

Тестостерон

Оксипрогестерон капронат

Депо-провера

Провера

Все перечисленное

382. Гистологически опухоль Вильмса состоит из:

Эпителиальных клеток

Соединительных клеток

Недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани

Хрящевой и мышечной ткани

383. При эмбриональной опухоли почки у детей применяются:

Хирургический метод лечения

Лучевая терапия

Лекарственная терапия

Комплексное хирургическое и лучевое лечение

384. При опухоли почки у детей наиболее целесообразен:

Поясничный доступ

Трансректальный доступ

Трансперитонеальный доступ

Торакоабдоминальный доступ|

По Нагамацу

385. Наиболее часто опухоли почечной лоханки встречаются в:

Китае

России

Югославии

США

Японии

386. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается:

Боль

Прощупываемая почка

Гематурия

Альбуминурия

Субфебрильная температура

387. В диагностике рака почечной лоханки наиболее информативным является:

Обзорная рентгенография почек и мочевых путей

Инфузионная урография

Ретроградная уретеропиелография

Радиоизотопное сканирование почек

Компьютерная томография

388. У больного 50 лет папиллярный рак лоханки Т2N0М0. Ему рекомендуется:

Нефрэктомия

Лучевая терапия

Нефроуретерэктомия, резекция мочевого пузыря в зоне устья мочеточника

Полихимиотерапия

389. У больной 55 лет папиллярный рак средней трети мочеточника Т2-3N0М0. Ей следует рекомендовать:

Резекцию мочеточника с опухолью

Лучевую терапию

Химиотерапию

Нефроуретерэктомию с резекцией стенки мочевого пузыря

Пункционную нефростомию

390. После нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря при папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны:

Лучевая терапия

Химиотерапия

Гормонотерапия

Диспансерное наблюдение

391. У больного 40 лет рак верхнего полюса правой почки Т2N0М0, не связанный с почкой. Ему показано:

Нефрэктомия и адреналэктомия

Радикальная нефрэктомия и адреналэктомия

Нефрэктомия + лучевая терапия

Оперативное лечение не проводить (полихимиотерапия)

Лучевая терапия

392. Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречается:

Саркома

Фиброма

Гемангиома

Папиллома и рак

Миома

393. По классификации ТNМ для опухолей мочевого пузыря символ Т2 означает:

Поверхностная инвазия эпителий

Опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой

Опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой

Опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку

Опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки

394. Наиболее частым симптомом опухоли мочевого пузыря является:

Гиперпирексия

Дизурия

Боли

Гематурия

Затрудненное мочеиспускание

395. В момент гематурии необходимо начать исследование с:

Цистоскопии

Экскреторной урографии

Ультразвукового исследования

Радиоизотопного сканирования

396. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать с:

Обзорной рентгенографии мочевых путей

Компьютерной томографии

Ультразвукового исследования

Экскреторной урографии

Цистоскопии

397. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря наиболее точно определяют с помощью:

Наружного УЗС

Внутриполостного УЗС

Цистоскопии

Цистографии

КТ

398. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря:

Т1

Т2

Т3

Т4

399. Лимфогенные метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются в:

Паракавальных лимфоузлах

Паховых лимфоузлах

Парааортальных лимфоузлах

Надключичных лимфоузлах

Тазовых лимфоузлах

400. Радикальным методом лечения рака мочевого пузыря в стадии Т3N0М0 является:

Трансуретральная электрорезекция

Электрокоагуляция

Резекция мочевого пузыря

Цистэктомия с созданием кишечного резервуара

Химио-лучевая терапия

401. При раке мочевого пузыря в стадии Т4 применяются:

Трансуретральная электрорезекция

Электрокоагуляция

Резекция мочевого пузыря

Цистэктомия

Консервативное лечение

402. У больного рак мочевого пузыря Т1N0М0, расположенный на боковой стенке. Ему рекомендуется:

Лучевая терапия

Трансуретральная электрорезекция

Химиотерапия

Электрокоагуляция опухоли

Резекция мочевого пузыря

403. После ТУР по поводу поверхностного рака мочевого пузыря цистоскопия выполняется:

 1 раз в 2 года

 1 раз в 1 год

 1 раз в 6 месяцев

1 раз в 3 месяца

 Ежемесячно

404. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются:

Фиброма

Остроконечная кондилома

Карункулы

Полипы

Папилломы

405. При доброкачественных опухолях уретры применяют:

Консервативное лечение

Электрокоагуляцию

Резекцию уретры с опухолью

Лучевую терапию

Динамическое наблюдение

406. Для функции почек и верхних мочевых путей наиболее неблагоприятен рост гиперплазированной простаты:

Субвезикально

Интравезикально

Диффузно

Субтригонально

Смешанный

407. ТУР предстательной железы при ДГПЖ выполняется при объеме простаты:

Более 120 см3

Объем значения не имеет

Менее 60 см3

От 80 до 100 см3

408. Показаниями к консервативному лечению больных ДГПЖ является:

Максимальная скорость потока мочи более 25 мл/сек

Остаточная моча более 200 мл

Наличие «средней» доли предстательной железы

Выраженная ирритативная симптоматика

409. У больного 65 лет доброкачественная гиперплазия простаты, истинный дивертикул мочевого пузыря объемом 150 см3. Ему следует рекомендовать:

Дивертикулэктомию и цистостомию

Простатэктомию и дивертикулэктомию

Простатэктомию и цистостомию

Цистостомию

Оперативное лечение не показано

410. У больного доброкачественная гиперплазия предстательной железы, профузное пузырное кровотечение, тампонада мочевого пузыря. Ему необходимы:

Викасол, хлористый кальций

Установить катетер Фолея в мочевой пузырь

Экстренно простатэктмия

Отмывать сгустки крови по эвакуатору

Троакарная цистостомия

411. У больного доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания. Инфаркт миокарда 1 сутки. Первая помощь:

Цистостомия

Троакарная цистостомия

Катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером

Пункция капиллярная мочевого пузыря

Катетеризация металлическим катетером

412. У больного 65 лет множественные рентгенонегативные камни мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной железы объемом 70 см3. Ему следует рекомендовать:

Ударно-волновую литотрипсию как первый этап лечения

Простатэктомию, цистолитотомию

Трансуретральную литотрипсию аппаратом "Урат II"

Растворение камней, впоследствии ТУР

Интерстициальную лазерную коагуляцию (ILK)

413. У больного доброкачественная гиперплазия предстательной железы и острая задержка мочеиспускания. Катетеризация невозможна. Температура тела 37,9С. Ему целесообразно произвести:

Пункцию мочевого пузыря тонкой иглой

Троакарную (пункционную) цистостомию

Операционную цистостомию

Аденомэктомию

414. У больного 70 лет доброкачественная гиперплазия предстательной железы, парадоксальная ишурия. Мочевина крови 15 ммоль/л. Ему показана:

Капиллярная пункция мочевого пузыря

Аденомэктомия

Постоянный катетер Нелатона

Трансуретральная электрорезекция простаты

Троакарная (пункционная) цистостомия

415. К методам лечения ДГПЖ с помощью лазера относится все, кроме:

Визуальной лазерной аблации (VLАР)

Трансуретральной лазерной простатэктомии (ТULIР)

Контактной лазерной вапоризации

Микроволновой трансуретральной аблации

416. В предстательной железе чаще встречаются:

Рак

Доброкачественная гиперплазия

Фиброма

Лейомиома

Саркома

417. Рак предстательной железы чаще наблюдается в возрасте после:

 20 лет

 30 лет

 40 лет

 50 лет

 60 лет и старше

418. Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:

Осмотр и пальпация наружных половых органов

Пальпация предстательной железы

Цистоскопия

Биопсия предстательной железы

Биопсия костного мозга

419. Для определения локализованного рака предстательной железы необходимы следующие исследования, кроме:

Биопсии предстательной железы под ультразвуковым наведением

Исследования ПСА сыворотки крови

Радиоизотопной сцинтиграфии скелета

ТРУЗИ

420. Для диагностики местно-распространенного рака предстательной железы необходимы все исследования, кроме:

Ультразвукового исследования

КТ (или МРТ) малого таза

Исследования ПСА крови

Сцинтиграфии скелета

Биопсии простаты

421. Для диагностики генерализованного рака предстательной железы необходимо применить все, кроме:

ТРУЗИ + биопсии простаты

Сцинтиграфии скелета

Тазовой лимфографии

КТ (или МРТ) малого таза

Рентгенографии костей таза

422. Для локализованного рака предстательной железы (стадия Т1-Т2) характерны следующие симптомы:

Гематурия

Задержка мочеиспускания

Боли в промежности

Боли в крестце

Отсутствие симптомов

423. Для генерализованного рака предстательной железы характерно все, кроме:

Боли в костях

Интоксикации

Наличия атипичных клеток в моче

Гематурии, уретроррагии

Задержки мочи

424. При обнаружении в биоптатах предстательной железы ПИН высокой степени показано:

Сцинтиграфия скелета

Повторная биопсия

Полная андрогенная блокада

Радикальная простатэктомия

Лучевая терапия

425. При ДГПЖ объемом 80 см3, ПСА 9 нг/мл и ПИН низкой степени в биоптатах простаты показано:

Повторная биопсия

Динамическое наблюдение

Простатэктомия

Лечение альфа-блокаторами и ингибиторами 5-альфаредуктазы

Полная андрогенная блокада

426. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается в:

США

Франции

Китае

Великобритании

Японии

427. Для локализованного рака предстательной железы характерны следующие показатели свободного и общего простат-специфического антигена (ПСА), кроме:

Свободный 10 нг/мл

Отношение свободного к общему выше 15%

Отношение свободного к общему ниже 15%

Общий ПСА 50 нг/мл

428. Чаше всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются в:

Печени

Легких

Брюшине

Костях

Яичках

429. Материал для морфологической верификации рака предстательной железы должен быть получен путем:

Массажа предстательной железы

Пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета

Исследования осадка мочи и спермы

Исследованием секрета предстательной железы

Мультифокальной биопсией под УЗ наведением

430. Из приведенных препаратов антиандрогенами являются все, кроме:

Диэтилстилбестрола

Флютамида

Косадекса

Андрокура

Золодекса

431. При нарастании хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2М1, показаны:

Гемодиализ

Перитонеальный диализ

Нефростомия

Цистостомия

Простатэктомия

432. Рак предстательной железы чаще локализуется:

В краниальной части предстательной железы

В каудальной части предстательной железы

Вблизи семенного бугорка

По периферии предстательной железы под капсулой

В центральной зоне, прилежащей к уретре

433. Динамическое наблюдение после радикальной простатэктомии включает:

КТ таза 1 раз в 3 месяца

ТРУЗИ 1 раз в полгода

ПСА через 3 месяца

Сцинтиграфию скелета

Рентгенографию легких через 3 месяца

434. Полная андрогенная блокада при раке простаты показана:

При локализованном раке

После радикальной простатэктомии

При местно-распространенном раке

Профилактически при ПИН высокой степени

435. Контроль за эффективностью андрогенной блокады необходимо проводить методом:

Сцинтиграфии скелета

Биопсией предстательной железы

Определением ПСА крови

Исследованием эякулята на атипичные клетки

Определением тестостерона крови

436. Кастрация при раке предстательной железы показана:

Во всех случаях

При стадии Т1-Т2

После радикальной простатэктомии

При местно-распространенном раке

При ПИН высокой степени

437. К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме:

Рака яичка

Семиномы

Тератобластомы

Метастического рака яичка

Хорионэпителиомы

438. Для диагностики опухоли яичка необходимы исследования, кроме:

Тазовой артериографии

Ультразвукового исследования яичек

Экскреторной урографии

Рентгенографии органов грудной клетки

Компьютерной томографии

439. Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка:

Семиноме

Тератоме

Эмбриональной карциноме и тератобластоме

Хорионэпителиоме

440. При семиноме в стадии Т1-2N0М0 показана:

Операция Дюкена

Химиотерапия до операции

Орхиэктомия с химиотерапией после операции

Лучевая терапия до операции

Операция Шевассю

441. При семиноме в стадии Т3NхМ0 показаны следующие виды лечения:

Дооперационная химиотерапия и лучевая терапия

Послеоперационная лучевая терапия

Орхиэктомия

Операция Шевассю

Орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

442. При эмбриональном раке яичка в стадии Т2NхМ0 показаны следующие методы лечения:

Дооперационная полихимиотерапия

Орхиэктомия

Орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия

Орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия

Симптоматическое лечение

443. При тератоме яичка показаны следующие виды лечения:

Лучевая терапия

Химиотерапия

Орхиэктомия

Комбинированное лечение орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

Симптоматическая терапия

444. При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NхМ0 показаны следующие виды лечения:

Дооперационная полихимиотерапия

Дооперационная лучевая терапия

Орхиэктомия + забрюшинная лимфаденэктомия

Паховая лимфаденэктомия

Наблюдение без лечения

445. У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется:

Хориогонадотропин, поливитамины

Лечебная физкультура

Низведение яичка

Динамическое наблюдение

Оперативное лечение в возрасте 14-16 лет

446. У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах. Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется:

Динамическое наблюдение

Гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)

Операция ревизия брюшной полости и низведение яичка в мошонку

Двухсторонняя орхиэктомия

447. Уретроскопия при остроконечных кондилломах полового члена показана во всех случаях, кроме:

Кондилломы наружного листка крайней плоти

Кондилломы внутреннего листка крайней плоти

Кондилломы ануса

Кондилломы ладьевидной ямки

448. При вирусных папилломах применяют следующее лечение:

Лазерная инцизия

Электрокоагуляция

Антибиотики в комбинации с лучевой терапией

Резекцию уретры

Динамическое наблюдение

449. Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах:

Страны Юго-Восточной Азии

США, Канада

Россия

Франция, Италия

Англия

450. При раке полового члена поражаются метастазами региональные лимфоузлы:

Забрюшинные

Паховые, подвздошные

Тазовые

Медиастинальные

Подмышечные

451. При раке полового члена в стадии Т2-3NхМ0 применяют:

Химиотерапию + ампутацию полового члена

Лучевую терапию + операцию Шевассю

Ампутацию полового члена + операцию Дюкена

Лучевую терапию

Операцию Шевассю

452. У больного рак наружного листка крайней плоти Т1-2N0М0. Ему рекомендуется:

Циркумцизия + лучевая или химиотерапия

Ампутация полового члена

Химиотерапия

Лучевая терапия

Циркумцизия

453. При биопсии пахового лимфоузла выявлен рак. На половом члене бородавчатое новообразование 1 см в диаметре. Больному рекомендуется:

Ампутация полового члена

Биопсия новообразования полового члена

Лучевая терапия

Полихимиотерапия

Операция Дюкена

454. У больного рак головки полового члена Т3N0М0. Ему показана:

Лучевая терапия

Полихимиотерапия

Ампутация полового члена в пределах нормальных тканей

Забрюшинная лимфаденэктомия

Операция Дюкена

455. У больного рак полового члена Т4N0М0 (вовлечена мошонка и яичко). Ему показаны:

Симптоматическая терапия

Операция эмаскуляция, свищбутоньер

Ампутация полового члена

Лучевая терапия

Полихимиотерапия

456. При раке головки полового члена Т3N0М1 (легкие) рекомендуется:

Динамическое наблюдение

Химиотерапия

Лучевая терапия

Ампутация полового члена + химиотерапия

Цистостомия + ампутация полового члена

457. К факторам, вызывающим изменение мочевой системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме:

Эндокринных

Температурных

Механических

Нейрогуморальных

Врожденных

458. Нарушения уродинамики отмечаются обычно:

С 2-4-й недели беременности

С 5-6-й недели беременности

С 7-10-й недели беременности

С 21-30-й недели беременности

С 30-36-й недели беременности

459. Диурез увеличивается у беременной:

В первом триместре

Во втором триместре

В третьем триместре

В первом и втором триместре

Во втором и третьем триместре

460. Диурез у беременной уменьшается:

В первом триместре

Во втором триместре

В третьем триместре

В первом и втором триместре

В первом и третьем триместре

461. Максимальное увеличение емкости мочевого пузыря соответствует:

 1-2 месяцам беременной матки

 3-4 месяцам беременной матки

 5-6 месяцам беременной матки

 7-8 месяцам беременной матки

 9 месяцам беременной матки

462. Наибольшее смещение мочевого пузыря вызывает:

Ягодичное предлежание плода

Головное предлежание плода при глубоком стоянии головки

Поперечное предлежание плода

Головное предлежание плода при высоком стоянии головки

463. Нормальная функция мочевого пузыря восстанавливается после родов:

На 1-3-й неделе

На 4-6-й неделе

На 9-10-й неделе

На 11-15-й неделе

На 16-29-й неделе

464. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является:

Инструментальный

Радиологический

Рентгенологический

Ультразвуковой

Ядерно-магнитный

465. Наибольшее влияние на беременность оказывает:

Удвоение мочевых путей

Поясничная дистопия почек

Тазовая дистопия почек

Перекрестная поясничная дистопия

Нефроптоз

466. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является:

Олигурия

Высокая лихорадка

Уретерогидронефроз

Хроническая почечная недостаточность

Острый гнойный пиелонефрит

467. Прерывание беременности показано:

При одиночном камне лоханки почки

При оксалатурии

При камне чашечки почки

При одиночном камне мочеточника (размером 13 мм)

При двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

468. В первом триместре беременности можно назначать следующие антибактериальные препараты:

Цефалоспорины

Пенициллины

Сульфаниламиды

Хинолоны

Нитрофураны

469. Оптимальные сроки для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при беременности:

 1-3 недели беременности

 4-8 недель беременности

 9-12 недель беременности

 14-18 недель беременности

 19-20 недель беременности

470. Оперативное лечение при миоме матки абсолютно показано:

При дизурии

При цисталгии

При цистите

При нарушении уродинамики и частых обострениях пиелонефрита

471. Дренирование но Буяльскому показано:

При перевязке мочеточника

При рассечении мочеточника в нижней трети без урогематомы

При резекции мочеточника в средней трети

При резекции мочеточника в нижней трети

При ранении мочеточника в нижней трети с урогематомой таза

472. Операцией выбора на 5-й день после перевязки мочеточника, осложнившейся острым серозным пиелонефритом, является:

Снятие лигатуры

Уретероцистоанастомоз

Перкутанная нефростомия

Пиелостомия

Нефростомия открытая

473. При повреждении мочеточника в нижней трети у больной во время операции по поводу рака матки IV стадии показаны:

Уретероуретероанастомоз

Нефростомия

Пиелостомия

Уретерокутанеостомия

Перевязка мочеточника

474. Наиболее часто повреждается при трансперитонеальных операциях:

Передняя стенка мочевого пузыря

Боковые стенки мочевого пузыря

Задняя стенка мочевого пузыря

Треугольник Льето мочевого пузыря

Шейка пузыря

475. Диагностика пузырно-влагалищного свища основывается на всем перечисленном, кроме:

Экскреторной урографии

Цистографии

Вагинографии

Цистоскопии

Осмотра влагалища в зеркалах

476. Основным симптомом пузырно-влагалищного свища является:

Дизурия

Неудержание мочи

Недержание мочи

Подтекание мочи во влагалище

Менструация через мочевой пузырь

477. Показанием к влагалищному доступу при пузырно-влагалищном свище является:

Свищ в зоне устьев мочеточников

Свищ ниже межмочеточниковой складки

Свищ в зоне верхушки мочевого пузыря

Пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным

Пузырно-влагалищный свищ и сужение мочеточника в нижней трети

478. Показанием к пузырному доступу при пузырно-влагалищном свище является:

Свищ в зоне устьев мочеточников

Свищ ниже межмочеточниковой складки

Пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным

Пузырно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным

479. Показанием к трансперитонеальному доступу при пузырно - влагалищном свище является:

Свищ в зоне устьев мочеточников

Свищ выше межмочеточниковой складки

Свищ выше межмочеточниковой складки в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря

Пузырно-влагалищный и уретро-влагалищный свищи

Пузырно-влагалищно-ректальный свищ

480. Основной метод диагностики уретро-влагалищного свища:

Экскреторная урография

Цистоскопия

Цистография

Вагинография

Осмотр влагалища в зеркалах

481. Нефрэктомия при мочеточниково-влагалищном свище показана:

При удовлетворительной функции пораженной почки

При нефункционирующей почке

При хронической почечной недостаточности

Хроническом пиелонефрите

482. Показаниями к уретероцистоанастомозу являются:

Свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки

Свищ средней трети мочеточника

Нефункционирующая почка

Микроцистис

483. Основной этиологический фактор недержания мочи при напряжении:

Цисталгия

Цистит

Уретрит

Родовая травма

Вульвовагинит

484. Причинами возникновения недержания мочи при напряжении являются все перечисленные, кроме:

Патологических родов

Многократных родов

Физического перенапряжения

Послеоперационной травмы

Хронического цистита

485. Наиболее типичными признаками недержания мочи являются все перечисленные, кроме:

Укорочения функциональной длины уретры

Снижения максимального внутриуретрального давления

Повышения внутриуретрального давления

Значительного превышения внутри пузырного давления над внутриуретральным во время напряжения

Снижение максимального внутрипузырного давления

486. При парауретральной кисте размером 5 см без нагноения показана:

Пункция кисты

Операция иссечение кисты трансвагинально

Электрокоагуляция кисты

Установка в кисту постоянного катетера-ирригатора

Выписка под наблюдение уролога, гинеколога

487. Во время кесарева сечения с большой кровопотерей прошиты оба мочеточника, развилась анурия. Показано:

Ревизия раны, снятие швов с мочеточников

Уретерокутанеостомия с одной или двух сторон

Пункционная нефростомия с одной стороны

Уретероцистонеостомия или операция Боари

Продолжение консервативного лечения

488. При раке шейки матки с прорастанием в мочевой пузырь, макрогематурией, анемией, двустороннем гидроуретеронефрозе следует провести:

Продолжать гемостатическую терапию

Цистостомию

Уретерокутанеостомию, перевязку внутренних подвздошных артерий

Перевязку внутренних подвздошных артерий, цистостомию

Введение в мочевой пузырь эпсилон-аминокапроновой кислоты, 3% раствора формалина

489. У больной 40 лет подлежащая удалению матка по поводу миомы больших размеров, камень лоханки почки 30х30 мм, хронический пиелонефрит. Ей следует рекомендовать:

Ампутацию матки

Пиелолитотомию

Ампутацию матки и пиелолитотомию одномоментно

Пункционную нефростомию

490. У больной 30-ти лет после кесарева сечения облитерирован мочеточник в нижней трети на протяжении 7 см, в дальнейшем ей показано:

Уретероцистонеостомия

Нефрэктомия

Уретерокутанеостомия

Операция Боари

Уретеросигмостомия

491. Анорхизм это:

Двустороннее неопущение яичек

Отсутствие одного яичка в мошонке

Гонадная агенезия

Гипоплазия яичек

Синдром феминизирующих яичек

492. Синорхидизм это:

Гипоплазия яичек

Врожденное отсутствие яичек

Отсутствие одного яичка в мошонке

Внутрибрюшинное сращение яичек

Перекрестная дистопия яичек

493. Продолжительность цикла сперматогенеза составляет:

 48 часов

 50 часов

 72 часа

 48 дней

 90 дней

494. Нормальные показатели вязкости эякулята:

 0,1-0,2см

 0,3-0,5 см

 1-2 см

 3-5 см

 5-10 см

495. Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает:

В течение 6 месяцев

В течение года

В течение 2 лет

В течение 3 лет

Свыше 3 лет

496. Биологические пробы, проводящиеся при относительном бесплодии в браке:

Определение полового хроматина

Феномен кристаллизации

Симптом зрачка

Посткоитальный тест

Гормональная проба

497. Нижней границей нормы количества сперматозоидов в 1 мл эякулята по данным ВОЗ является:

 20 млн

 40 млн

 60 млн

 80 млн

 100 млн

498. Количество активно подвижных сперматозоидов в норме в эякуляте составляет:

Более 20%

Более 30%

Более 40%

Более 50%•

Более 60%

499. Количество клеток сперматогенеза в эякуляте в среднем составляет:

До 1,9%

 24%

 56%

 78%

 910%

500. Асперматизм это:

Отсутствие сперматозоидов в эякуляте

Наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза

Отсутствие выделения эякулята при половом акте

Наличие в эякуляте только мертвых сперматозоидов

Наличие в эякуляте только малоподвижных сперматозоидов

501. Какой средний срок полового воздержания перед сдачей анализа эякулята:

 1 сутки

 3 суток

 7 суток

 10 суток

 Перед сдачей эякулята воздерживаться не обязательно

502. К показателям нормоспермии по данным ВОЗ относится все, кроме:

Объем эякулята 3 мл

рН 7,5

Количество сперматозоидов в 1 мл 10 млн

Количество сперматозоидов с быстрым прогрессивным прямолинейным движением 30%

Количество морфологически нормальных сперматозоидов 70%

503. Аутоиммунное бесплодие у мужчин возникает вследствие:

Поражения печени

Нарушения функции гипофиза

Поражения щитовидной железы

Разрушения гематотестикулярного барьера

Обструкции семявыносящих путей

504. Дифференциальная диагностика секреторного и экскреторного бесплодия проводится с помощью:

Термографии мошонки

Биопсии яичка

Генитографии

Анализа спермограммы

Исследования гормонального статуса

505. При лечении экскреторного бесплодия применяется:

Антибактериальная, гормональная и витаминотерапия

Оперативное лечение

Иглорефлексотерапия

Пересадка яичек

Трансплантация клеток Лейдига

506. При оперативном лечении обструктивной аспермии выполняют:

Вазовазоанастомоз

Вазоилеоанастомоз

Вазорезекцию

Реверсивную вазэктомию

Трансплантацию яичка

507. Эпидидимовазоанастомоз производится при:

Олигозооспермии

Некроспермии

Секреторной аспермии

Асперматизме

Обструктивной аспермии

508. Какой доступ не используют при выполнении операции по поводу варикоцеле:

Забрюшинный

Паховый

Субингвинальный

Позадилонный

Минидоступ

509. К осложнениям операций по методикам Иваниссевича и Паломо относятся все, кроме:

Формирования гидроцеле

Эректильной дисфункции

Травмы яичковой артерии

Атрофии яичка

Рецидива варикоцеле

510. Правостороннее варикоцеле наблюдается при:

Сужении правой почечной вены

Опухоли забрюшинного пространства

Нефроптозе

Ожирении

Опухоли печени

511. Возможными этиологическими факторами при болезни Пейрони являются все, кроме:

Аутоиммунного

Вирусного

Генетического

Травматического

Воспалительного

512. Лечение больных с фибропластической индурацией полового члена на первом этапе:

Операция удаление бляшек

Удаление бляшек с закрытием дефектов пластическими материалами

Консервативное лечение

Магнитолазерная терапия

Комбинированное лечение

513. Острый приапизм - это эрекция:

Исчезающая после длительного полового акта без эякуляции

Напряжение только боковых кавернозных тел

Напряжение только спонгиозного тела уретры

Стойкий спазм шейки мочевого пузыря

Острое гнойное воспаление кавернозной ткани

514. При отсутствии эффекта консервативной терапии острого приапизма наиболее целесообразно рекомендовать в первую очередь:

Рассечение белочной оболочки кавернозные тел

Наложение каверно-кавернозного анастомоза

Наложение сафено-кавернозного анастомоза

Пункционное шунтирование кавернозных тел

Гофрирование ножек полового члена

515. Оперативное вмешательство при приапизме:

Формирование губчато-пещеристого анастомоза по Аль-Хорабу

Резекция тыльной вены полового члена

Интракавернозное шинирование полового члена

Операция Мармара

Гофрирование ножек полового члена

516. При полной травматической ампутации полового члена его реимплантацию целесообразно проводить в сроки до:

 2 часов

 6 часов

 24 часов

 48 часов

 1 часа

517. Какие восстановительные операции показаны для закрытия дефекта кожи полового члена:

Операция Даренкова

Операция Мармара

Операция Нечипоренко

Операция Джонас

Операция Райха

518. Пациенту 20 лет с паховым крипторхизмом и нормальными размерами яичка следует рекомендовать:

Динамическое наблюдение

Андрогены

Орхиоэктомию

Ревизию пахового канала и низведение яичка

Протезирование яичек

519. Больных с гипоспадией и эписпадией необходимо оперировать:

В первые годы жизни

После 15 лет

После 20 лет

В 25 лет

Вообще не оперировать

520. Скрытый половой член является следствием:

Осложнения после операции

Порока развития

Воспалительных заболеваний полового члена

Травмы пениса

Опухоли пениса

521. Сохранность утренних эрекций позволяет предположить наличие сексуальной дисфункции:

Сосудистой

Эндокринной

Психогенной

Нейрогенной

Медикаментозной

522. Гормональная терапия сексуальных дисфункций показана при:

Сексуальных дисфункциях сосудистого генеза

Дебютантных половых расстройствах

Инволютивных сексуальных дисфункциях

Дисгармонии семейно-брачных отношений

Психогенных сексуальных расстройствах

523. Состав кавержекта и эдекса (для интракавернозного введения):

Андростендион

Папаверин

Тестостерона пропионат

Простагландин Е1

Тестостерона энантат

524. При применении какого препарата тестостерон минует первичное прохождение через печень:

Андриол

Йо-андрол

Тестостерона пропионат

Метилтестостерон

Эдекс

525. Укажите препарат тестостерона продолжительного действия:

Андриол

Эдекс

Сустанон-250

Метилтестостерон

Йо-андрол

526. Какое утверждение в отношении полового члена является неправильным:

Дорсальный сосудисто-нервный пучок проходит между фасцией Бука и белочной оболочкой

Фасция Коллиса является поверхностной фасцией полового члена

Дорсальный сосудисто-нервный пучок состоит из дорсальной артерии, двух дорсальных вен и нервов

Кавернозные тела анатомически взаимосвязаны между собой

Серповидные артерии отходят от кавернозных артерий

527. Какое утверждение в отношении нейрофизиологии эрекции является неправильным:

Механизм эрекции управляется автономной нервной системой

Нервные парасимпатические волокна от S2-4 отделов спинного мозга ответственны за индуцирование эрекции

Нервные симпатические волокна от Тh11L2 отделов спинного мозга регулируют механизмы эякуляции и детумесценции

Важным этапом в развитии эрекции является сокращение гладкомышечных элементов кавернозных тел

Основным нейромедиатором эрекции является оксид азота

528. Для психогенной эректильной дисфункции характерно все, кроме:

Внезапного начала

Ночных спонтанных эрекций

Проблем при любых обстоятельствах

Проблем взаимоотношений с партнершей

Молодого возраста

529. Показаниями для назначения интракавернозных инъекций являются все, кроме:

Органических эректильных дисфункций

Психогенных эректильных дисфункций

Патологического венозного дренажа кавернозных тел

Комбинации инъекций с применением вакуумных эректоров

Состояния после операций на сосудах полового члена и реконструктивных операций на пенисе

530. Микропенисом у взрослого мужчины называется половой член, длина которого в состоянии эрекции менее:

 12 см

 10 см

 8 см

 6 см

 4 см

531. При лечении эректильной дисфункции на первом этапе проводится все, кроме:

Пероральной терапии

Применения вакуум-констрикторных устройств

Психосексуальной терапии

Интракавернозной терапии

Применения Виагры

532. Абсолютным противопоказанием к протезированию полового члена является:

Кавернозный фиброз

Наличие травм промежности в анамнезе

Болезнь Пейрони

Психическое заболевание

Артифициальный половой член

533. Показаниями к фаллопротезированию являются все, кроме:

Кавернозного фиброза

Уретро-кавернозной фистулы

Болезни Пейрони в сочетании с эректильной дисфункцией

Васкулогенной эректильной дисфункции

Артифициального полового члена

534. К группе заболеваний, вызывающих эректильную деформацию полового члена относятся все, кроме:

Болезни Пейрони

Локального фиброза кавернозных тел

Тотального кавернозного фиброза

Врожденного искривления полового члена

Фибропластической индурации полового члена

535. С целью медикаментозного лечения болезни Пейрони применяется:

Силденафила цитрат

Верапамил

Дальфаз

Апоморфин

Витамин В12

536. Лигирование дорсальной вены полового члена коррегирует:

Артериальный приток

Патологический венозный дренаж кавернозных тел

Патологическое проксимальное дренирование полового члена

Капиллярный кровоток

Перемежающийся приапизм

537. Олигурия у детей наиболее характерна:

Для несахарного диабета

Для хронического пиелонефрита

Для острого гломерулонефрита

Для узелкового периартериита

Для туберкулеза почек

538. Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертензии у детей, следует считать:

Вторичное сморщивание почки

Вторичное камнеобразование

Девиацию мочеточника

Ложный гидронефроз

Некротический папиллит

539. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала у ребенка являются:

Гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов

Цистит

Наличие инородных тел

Специфический уретрит

Грибковое поражение уретры

540. Односторонняя макрогематурия у детей является патогномоничным симптомом:

При болезни Верльгофа

При узелковом периартеринте

При остром гломерулонефрите

При поликистозе почек

При опухоли почки

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

Ретроградную пиелографию

Экскреторную урографию

Цистоскопию

Цистоуретерографию

Радиоизотопные методы

542. Гемоглобинурия у детей является результатом:

Острого пиелонефрита

Острого гломерулонефрита

Некротического папиллита

Паранефрита

Отравления анилином

543. Не требует лечения у детей:

Ренальная форма анурии

Экстраренальная форма анурии

Субренальная форма анурии

Физиологическая анурия новорожденных

Обтурационная форма анурии

544. Не является следствием патологического состояния органов мочевой системы у детей:

Экстраренальная форма анурии

Субренальная форма анурии

Преренальная форма анурии

Ренальная форма анурии

Аренальная форма анурии

545. Катетеризация мочевого пузыря является противопоказанной при острой задержке мочи, вызванной:

Фимозом

Опухолью мочевого пузыря

Камнем уретры

Разрывом уретры

Камнем мочевого пузыря

546. Метод микционной цистоуретерографин наиболее информативен:

При клапане задней уретры:

При склерозе шейки мочевого пузыря

При гипертрофии семенного бугорка

При стенозе уретры у девочек

При стриктуре уретры

547. Наиболее острое начальное течение пиелонефрита у детей возникает при проникновении инфекции:

Гематогенным путем

Восходящим (уриногенным путем)

Лимфогенным путем

Смешанным путем

Нейрогенным путем

548. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

Экскреторная урография

Ренография

Почечная артериография

Динамическая радионуклидная нефросцинтиграфия

Биопсия почки

549. Основным методом диагностики клапана задней уретры является:

Восходящая уретрография

Инфузионная урография

Микционная цистоуретрография

Цистоскопия

Урофлоуметрия

550. Происхождение мочекаменной болезни у детей по современным воззрениям определяет:

Аномалия развития органов мочевой системы

Нарушение водно-электролитного баланса

Климатический фактор

Полиэтиологическая теория

Эндокринные нарушения

551. Из перечисленных конкрементов не являются рентгеноконтрастными:

Оксалаты

Ураты

Фосфаты

Смешанные камни

Карбонаты

552. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

Болезненное мочеиспускание

Острая задержка мочи

Гематурия

Пиурия

Протеинурия

553. Наибольшая опасность возникновения апостематозного пиелонефрита возникает:

При камне верхней чашечки

При камне лоханки

При коралловидном камне почки

При камне мочеточника

При камне мочевого пузыря

554. Наибольшим показанием к применению ангиографического исследования при гидронефрозе является:

Снижение функции почки

«Немая» почка

Внутрипочечное расположение лоханки

Вторичный пиелонефрит

Выраженный гидрокаликоз

555. Из перечисленных этиологических факторов чаще всего приводят к «немой» почке:

Аберрантный сосуд

Высокое отхождение мочеточника

Истинно врожденная форма

Стеноз прилоханочного отдела мочеточника

Клапан прилоханочного отдела мочеточника

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

Тотальная эписпадия

Промежностная гипоспадия

Субсимфизарная эписпадия

Клапан задней уретры

Эктопическое уретероцеле

557. Наиболее тяжелое клиническое течение клапанной обструкции уретры характерно в возрасте:

 Новорожденные и дети грудного возраста

 13 лет

 35 лет

 7 лет

 Старше 7 лет

558. Формой инфравезикальной обструкции, которая сопровождается наиболее тяжелыми анатомо-функциональными нарушениями со стороны верхних мочевых путей, является:

Гипертрофия семенного бугорка

Клапан задней уретры

Камень уретры

Меатостеноз

Склероз шейки мочевого пузыря

559. 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

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

Цистоскопия

Уретроскопия

Микционная цистоуретрография

Микционная и цистоуретрокинематография (или телескопия)

Полипозиционная цистография

561. Симптом канального недержания мочи при добавочном мочеточнике удвоенной почки наиболее характерен:

Для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

Для эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

При эктопическом уретероцеле

Для латеральной пузырной эктопии устья

При двустороннем уретероцеле

562. Оптимальным возрастом выполнения 1-го этапа пластики по поводу гипоспадии является:

 Новорожденные и грудные дети

 12 года

 34 года

 56 лет

 710 лет

563. Оптимальным возрастом выполнения пластики уретры при гипоспадии является:

 35 лет

 67 лет

 910 лет

 1214 лет

 1315 лет

564. Оптимальным сроком выполнения меатотомии при гипоспадии у детей является:

 12 года

 35 лет

 68 лет

 По установлению диагноза

 В пубертатном периоде

565. Минимальный срок, который необходимо выдержать между выполнением 1-го и 2-го этапов по поводу гипоспадии (при условии позднего выполнения 1-го этапа), составляет:

До 1 месяца

До 3 месяцев

До 6 месяцев

До 1 года

До 2 лет

566. Оптимальным сроком оперативного лечения тотальной эписпадии является возраст:

 До 1 года

 13 лет

 45 лет

 68 лет

 915 лет

567. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

Реоренография

Цистоуретрография

Цистоскопия

Экскреторная урография

Полипозиционная цистография

568. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:

Экскреторная урография

Цистоскопия

Цистография

Катетеризация мочевого пузыря

Хромоцистоскопия

569. Патогномичным симптомом полного разрыва уретры у детей является:

Гематурия

Пиурия

Острая задержка мочеиспускания

Дизурия

Протеинурия

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

Экскреторная урография

Восходящая уретрография

Цистоскопия

Урофлоуметрия

Цистография

571. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен:

При цистоскопии

При нисходящей цистографии

При микционной цистоуретрографии

При урофлоуметрии

При цистометрии

572. Постоянное недержание мочи в сочетании с нормальным актом мочеиспускания у детей характерно:

Для нейрогенного мочевого пузыря

Для клапана задней уретры

Для тотальной эписпадии

Для эктопии устья добавочного мочеточника

Для эктопического уретероцеле

573. Лечение больного 2-х лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:

Наблюдение в динамике

Пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

Повторные пункции в введением гидрокортизона

Оперативное лечение в плановом порядке

Назначение гормональных препаратов

574. У ребенка 3-х лет паховая грыжа в сочетании с крипторхизмом сопровождается болевым симптомом. Ему следует назначить:

Гормональную терапию

Оперативное лечение в плановом порядке

Экстренное оперативное лечение

Оперативное лечение в возрасте старше 5 лет

Короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение

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

Повышенным внутриутробным давлением

Диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами

Травмой пахово-мошоночной области

Незаращением вагинального отростка

Инфекцией мочевых путей

576. Осложнением крипторхизма является:

Бесплодие

Малигнизация

Перекрут яичка

Аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка

577. При камне правого мочеточника, остром правостороннем пиелонефрите, бактериемическом шоке, провести мочеточниковый катетер выше камня не удалось. В этом случае целесообразно:

Проводить более интенсивную антибактериальную терапию

Назначить внутривенное введение антибиотиков

Провести эндолимфатическое введение антибиотиков

Произвести операцию ревизию почки, нефростомию на фоне продолжающейся противошоковой терапии

Продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока