**Вступительные экзамены по урологии**

1. В каком пункте правильно перечислены слои мошонки, оболочек яичка и семенного канатика:

1. подкожно-жировая клетчатка, мясистая оболочка, наружная семенная фасция, фасция мышцы, поднимающее яичко, мышца поднимающее яичко, внутренняя семенная фасция, влагалищная и белочная оболочки;

2. поверхностная фасция живота, мясистая оболочка, наружная семенная фасция, фасция мышцы, поднимающее яичко, мышца поднимающее яичко, внутренняя семенная фасция, влагалищная и белочная оболочки;

3. собственная фасция живота, мясистая оболочка, наружная семенная фасция, фасция мышцы, поднимающее яичко, мышца поднимающее яичко, внутренняя семенная фасция, влагалищная и белочная оболочки;

4. кожа, мясистая оболочка, наружная семенная фасция, фасция мышцы, поднимающее яичко, мышца поднимающее яичко, внутренняя семенная фасция, влагалищная и белочная оболочки;

5. мясистая оболочка, кожа, мышца поднимающая яичко, внутренняя семенная фасция, белочная оболочка, влагалищный отросток брюшины, фасция мышцы поднимающей яичко.

2. Наиболее частой локализацией метастазов рака простатыявляются:

1.Кости таза

2.Легкие

3.Печень

4.Регионарные лимфатические узлы

5.Кости черепа

3.Методом подтверждения рака простатыявляется:

1.Экскреторная урография

2.Биопсия простаты

3.Уретроскопия

4.УЗИ

5.Урофлоуметрия

4. Для дифференциальной диагностики секреторной и экскреторной форм анурии применяются:

1.УЗИмочевой системы

2.Радиоизотопная ренография

3.Экскреторная урография

4.Почечная артериография

5.Лимфография

5.Приопухоли почки наиболее характерной является гематурия:

1.Инициальная

2.Терминальная

3.Тотальная

4.Микрогематургия

5. Гематурии не будет

6.Почечную колику вызывают:

1.Туберкулез почки

2.Камень мочеточника

3.Хронический пиелонефрит

4.Тазовая дистопия почки

5.Разрыв мочевого пузыря

7.Для оценки функционального состояния почек используется:

1.Хромоцистокопия

2.Экскреторная урография

3.Радиоизотопная ренография

4.Радиоизотопная нефросцинтиграфия

5. Все варианты верны

8.Остеобластические метастазы вкостях таза наиболее характерны для:

1.Рака паренхимыпочки

2.Рака лоханки почки

3.Рака мочевого пузыря

4.Рака простаты

5.Рака яичка

9.Прианализе обзорной урограммы невозможно итерпретировать:

1.Состояние видимой части костной системы

2.Контурымочеточника

3.Контурыпоясничных мышц

4.Форму и размеры почек

5. Положение почек

10.Причиной гидронефроза может быть:

1.Стриктурауретры

2.Склероз простаты

3.Камень мочевого пузыря

4.Стриктурамочеточника

5. Полип мочевого пузыря

11.Причиной острой задержки мочеиспускания является:

1.Камень почки

2.Киста почки

3.Гидронефроз

4.Хронический пиелонефрит

5.Доброкачественная гиперплазия простаты

12.Фимоз это:

1.Воспаление крайнейплоти

2.Воспаление головки полового члена

3.Ущемлениеголовки полового члена

4.Невозможность обнажения головки полового члена

5.Воспаление кавернозных телполового члена

13.Катетеризация мочевого пузыряиспользуется с целью:

1.Оказания помощи припочечной колике.

2.Оказания помощи прианурии.

3.Оказания помощи приострой задержке мочеиспускания.

4.Диагностики разрывауретры.

5.Уточнения источника макрогематурии.

14.Обзорная урография выполняется с целью:

1.Уточнения функциипочек.

2.Уточнения функциимочевого пузыря.

3.Оценки функциимочеточников.

4.Выявления теней подозрительных на конкременты в проекции почек и

мочевых путей.

5. Диагностики рака почки.

15.Цистография выполняется для диагностики:

1.Разрыва почки

2.Камня мочеточника

3.Разрыва мочевого пузыря

4.Разрыва уретры

5.Рака простаты

16.Эхоскопия почек позволяет выявить:

1.Гидронефроз

2.Хронический пиелонефрит

3.Хронический гломерулонефрит

4.Повреждение мочеточника

5.Нефроптоз

17.Методы диагностики камня лоханки почки:

1.Лапароскопия

2.Экскреторная урография

3.Цистоскопия

4.Ренорадиография

5.Динамическая сцинтиграфия почек

18.Методы диагностики камней мочеточников:

1.Уретероскопия

2.Цистоскопия

3.Ренорадиография

4.Лапароскопия

5.Урофлоуметрия

19.Медикаментозное лечение почечной колики:

1.Спазмолитики

2.Аналгетики

3.Нейролептики

4.Антигистаминныепрепараты

5.Смазмолитик + аналгетик + нейролептик

20.Показания для удаления камня измочеточника внижней трети:

1.Уретерогидронефроз

2.Острыйпиелонефрит

3.Карбункулпочки

4.Доброкачественная гиперплазия простаты

5.Хронический цистит

21.Метод лечения камней мочеточников:

1.Цистоскопия

2.Бужирование уретры

3. Катетеризация мочевого пузыря

4.Дистанционнаяударно-волноваялитотрипсия

5.Операция по поводу варикоцеле

22. Симптомом рака почки являются:

1.Макрогематурия

2.Рвота

3. Острая задержка мочи

4. Варикоцеле

5.Водянка оболочек яичка

23.Методы диагностики рака почки.

1.УЗИпочек

2.Хромоцистоскопия

3. Цистоскопия

4.Динамическая сцинтиграфия почек

5.Почечная артериография

24.Радикальным лечением рака почки является:

1.Радикальная нефрэктомия

2.Гормонотерапия

3.Иммунотерапия

4.Лучевая терапия

5.Эмболизация почечной артерии

25.Симптоматика рака мочевого пузыря.

1.Тошнота и рвота

2.Макрогематурия

3.Уретрорагия

4.Полиурия

5.Почечная колика

26.Методы диагностики рака мочевого пузыря.

1.Обзорная урография

2.Цистоскопия

3.Бужирование уретры

4.Уретроскопия

5.Урофлоуметрия

27.Методы установления глубины прорастания опухоли в стенку мочевого пузыря.

1.Цистоскопия

2.Чрескожное УЗИ мочевого пузыря

3.Рентгеновская компьютерная томография

4.Бужирование уретры

5.Урофлоуметрия

28. Методы выявления метастазов рака мочевого пузыря в тазовых лимфатических узлах.

1.Пальпация живота

2.Экскреторная урография

3.Магнитно-резонанснаятомография таза

4.Урофлоуметрия

5.Цистостомия

29.Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря.

1.Цистэктомия

2.ТУР опухоли

3.Цистостомия

4.Лучевая терапия

5.Химиотерапия

30.Диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими органосохраняющее лечение по поводу рака мочевого пузыря, должно обязательно включать:

1.Регулярные анализыкрови

2.Экстреторную урографию

3.Цистоскопию

4.Компьютерную томографию таза

5.Обзорную урографию

31. Симптомами доброкачественной гиперплазии простаты 1 ст. являются:

1.Учащенное мочеиспускание по ночам

2.Хроническая задержкамочеиспускания

3.Почечная колика

4.Макрогематурия

5.Почечная недостаточность

32. Признаком II стадии доброкачественной гиперплазии простаты является:

1.Парадоксальная задержкамочеиспускания

2.Острая задержкамочеиспускания

3.Хроническая задержка мочеиспускания

4.Острыйэпидидимит

5.Уремия

33. Методы радикального хирургического лечения доброкачественной гиперплазии простаты:

1.Цистостомия

2.Физиолечение

3.Простатэктомия

4.Аденомэктомия

5.Вазорезекция

34. Медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии простаты.

1.Антибиотики

2.Антиандрогены

3.НПВС

4.Альфа блокаторы

5.Эстрогены

35.Диагноз «рак простаты» устанавливается по результатам:

1.Пальцевого ректального исследования

2.Исследования содержания простатспецифического антигена в крови

3.Трансректального УЗИ простаты

4.Биопсии простаты

5.Экстренной уретрографии

36.Радикальным лечением рака простатыТ1-2является:

1. Радикальная простатэктомия

2.Антибактериальная терапия

3.Гормонотерапия

4.ТУР простаты

5.Химиотерапия

37. Симптомами закрытого травматического повреждения почки являются:

1.Гипертермия

2.Макрогематурия

3.Дизурическиерасстройства

4.Боли впоясничной области

5.Никтурия

38. Оценка степени травматического повреждения почки проводится по результатам:

1.Обзорной урограммы

2.Катетеризации мочевого пузыря

3.Цистоскопии

4.УЗИ почек

5.Цистоскопии

39. Показаниями для хирургического лечения закрытой травмы почки являются:

1.Гематурия

2.Боли в поясничной области

3.Тошноты

4.Признаки продолжающегося внутреннего кровотечения

5.Острая задержкамочеиспускания

40. Диагностика разрыва мочевого пузыряпроводится по данным:

1.Цистоскопии

2. Экстреторной урографии

3.Обзорной урографии

4.Цистографии

5.Ректального пальцевого исследования

41. Какая из перечисленных аномалий почек относится к аномалиям структуры:

1.Поликистоз почек

2.Подковообразная почка

3.Удвоение верхнихмочевых путей

4. L-образнаяпочка

5. S-образная почка

42. С помощью какого метода можно выявить активный пузырномочеточниковый рефлюкс:

1.Цистоскопия

2.Микционная цистоуретрография

3.Урофлоуметрия

4.Цистометрия

5. Обзорная урография

43. При каком процессе имеет место нарастающая припухлость в поясничной области:

1.Удвоение

2.Гидронефроз

3.Нефроптоз

4.Разрыв почки

5. Варикоцеле

44. Какой изперечисленных методов исследования наиболее достоверен в выявлении гидронефроза:

1.Экскреторная урография

2.Ретроградная уретеропиелография

3.Ангиография

4.Радиоизотопные методы

5. Урофлоуметрия

45. Больной 42 года, доставлен в больницу с жалобами на сильные приступообразные боли в правой поясничной области, которые иррадиируют в правое бедро, тошноту, неоднократную рвоту, вздутие живота. При объективном исследовании – живот вздут, пальпацией отмечается напряжение мышц, болезненность в правом подреберье и поясничной области. Какое исследование наиболее информативно для быстрой дифференциальной диагностики почечной колики и острого холецистита?

1.Экскреторная урография

2. Общий анализ мочи и крови

3. Обзорная рентгенография органов брюшной полости

4. Компьютерная томография

5. УЗИ органов брюшной полости

46. Какие пороки почки относятся к группе «взаимоотношения»?

1. Мультикистоз почки

2. Карликовая почка

3. Подковообразная почка

4. Поликистоз почек

5. Дистопия почки

47. Наиболее характерным показателем доброкачественной гиперплазии предстательной железы при ректальном пальцевом исследовании:

1. Атрофичное уменьшение железы

2. Резкая боль при пальпации

3. Увеличенный размер с зонами затвердения

4. Асимметричное увеличение одной дольки железы

5. Увеличенный размер железы с гладким контуром

48. Что такое субкапсулярный разрыв почки?

1. Повреждения сосудистой ножки почки

2. Повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы

3. Множественные повреждения паренхимы

4. Повреждение почки с сохранением фиброзной капсулы

5. Урогематома

49.Больной К., доставлен в приемное отделение районной больницы с жалобами на макрогематурию в течение суток. Для исключения онкологического заболевания необходимо выполнить:

1. УЗИ органов мочевой системы

2. Цистоскопию

3. Цитологическоеисследование осадка мочи

4. Трехстаканную пробу

5. Выделительную урографию

50. Больной М., 67 лет, на протяжении последних 3-х лет обращал внимание на значительное нарушение оттока мочи, в особенности утром. К урологу обратился в связи с острой задержкой мочи. Назовите наиболее возможную причину задержки мочи:

1. Хронический простатит

2. Камень мочевого пузыря

3. Острый цистит

4. Гиперплазия предстательной железы

5. Камень мочеиспускательного канала

51. В приемное урологическое отделение обратился больной 27 лет, у которого после падения на спину с высоты появилась кровь в моче. Возможная причина гематурии?

1. Повреждение простаты

2. Повреждение мочеточника

3. Повреждение почки

4. Повреждение мочевого пузыря

5. Повреждение мочеиспускательного канала

52. В урологическое отделение госпитализирован больной П., 45 лет по поводу острой задержки мочи, повышения температуры тела, болей в промежности. После ректального пальцевого исследования установлен диагноз: абсцесс предстательной железы. Какой метод лечения должен быть первоочередным?

1. Назначение противовоспалительных средств

2. Назначение спазмолитиков

3. Назначение антибиотиков

4. Дренирование абсцесса

5. Пункция мочевого пузыря

53. У больного – острый правосторонний обструктивный пиелонерит, обусловленный конкрементом в нижней трети мочеточника. Ваша лечебная тактика?

1. Дистанционная литотрипсия

2. Физиолечение

3. Дренирование почки плюс антибактериальная терапия

4. Тракция камня

5. Антибактериальная терапия

54. На приеме у врача мальчик 13 лет, у которого внезапно появилась боль в правом яичке. При осмотре – сильное натяжение тканей на стороне болей. При исследовании кремастерного рефлекса боли усиливаются. Наиболее вероятный диагноз:

1. Идиопатический инфаркт яичка

2. Перекрут яичка

3. Острый эпидидимит

4. Странгуляционная грыжа

5. Ничего из перечисленного

55. Мальчик, во время игры в футбол получил удар ногой в область промежности. Осмотр внешних половых органов установлено наличие уретроррагии. Подтвердить повреждение уретры поможет:

1. Цистография

2. Катетеризация мочевого пузыря

3. Выделительная урография

4. Уретрография

5. Ультразвуковое исследование

56.Основной методдиагностикиприповреждениипочки:

1. Цистоскопия

2. Рентгенологическоеисследование

3. УЗИ

4. Ангиография

5. Катетеризация мочевого пузыря

57. Повреждение почки нужно дифференцировать с травматическим повреждением:

1. Органов брюшнойполости

2. Органовсредостения

3. Органовдыхания

4. Нижних конечностей

5. Верхних конечностей

58. Показания к нефрэктомии:

1. Размозжение

2. Ушиб

3. Разрыв фиброзной капсулы

4. Подкапсульный разрыв паренхимы

5. Нет правильных вариантов

59. Виды закрытыхповреждениймочевогопузыря:

1. Внебрюшинныеивнутрибрюшинные

2. Внетазовыеивнутритазовые

3. Внутренние ивнешние

4. Открытые и закрытые

5. Нет правильных вариантов

60. При внутрибрюшинном разрывемочевогопузыря моча:

1. Попадаетвбрюшную полость

2. Изливаетсявокружающиемягкиеткани

3. Остаетсявмочевом пузыре

4. Выходитчерезмочеиспускательныйканал

5. Нет правильных вариантов

61.При внебрюшинном разрыве мочевогопузыря моча:

1. Попадает в брюшную полость

2. Изливаетсявокружающиемягкиеткани

3. Остаетсявмочевом пузыре

4. Выходит черезмочеиспускательный канал

5. Нет правильных вариантов

62. Лечение приразрывемочевогопузыря:

1. Толькомедикаментозное

2. Оперативное

3. Катетеризация

4. Дренирование

5. Наблюдение

63. Травмы мочеиспускательногоканалачащевсегосочетаютсяспереломами:

1. Бедренной кости

2. Костейтаза

3. Ключицы

4. Ребер

5. Позвоночника

64. У когочащевстречаютсятравмы мочеиспускательногоканала?

1. У мужчин

2. У женщин

3. У собак

4. У детей

5. У всех

65. Один изосновныхметодовдиагностики травм уретры:

1. Обзорная урография

2. УЗИ

3. Ретрограднаяуретрография

4. Ректальноеисследование

5. Экскреторная урография

66. Стриктурой мочеиспускательногоканаланазывается:

1. Стойкое сужениеегопросвета

2. Стойкоерасширениеегопросвета

3. Его перегиб

4. Егосмещение

5. Его воспаление

67. Больной слышит хруст, возникает резкая боль, эрекция прекращается. Быстро наступает отечность члена, он увеличивается в размерах и приобретает багрово-синюшную окраску. Это наблюдается при:

1. Вывихе

2. Переломе

3. Ущемлении

4. Ушибе

5. Верны все варианты

68. Корень полового члена смещается в ткани мошонки, промежности или под кожу в области лобка. Это наблюдается при:

1. Вывихе

2. Переломе

3. Ущемлении

4. Ушибе

5. Верны все варианты

69. Повреждения полового члена подразделяются на:

1. Открытые изакрытые

2. Внутренниеивнешние

3. Изогнутыеипрямые

4. Верхние инижние

5. Верны все варианты

70. При травмах полового члена в отношении жизни больного прогноз:

1. Благоприятный

2. Неблагоприятный

3. Какповезет

4. Летальныйисход

5. Верны все варианты

71.Как происходит заражение человека эхинококкозом:
1. воздушно-капельным путем
2.внутриутробноеинфицирование
3. половым путем

4. контакт с инфицированными животными

5. через кровь

72. Истинный крипторхизм - это:
1. семинома
2.агенезия яичек
3. эктопия яичек

4. не опущение из-за задержки в брюшной полости или в паховом канале

5. гидроцеле

73.Истинная эктопия яичек - это:
1. расположение яичка вне нормального пути его физиологического перемещения
2.крипторхизм
3. уретероцеле

4. гидроцеле

5. паховая грыжа

74.Добавочная почка относится к аномалиям:
1.количества
2. расположения
3. структуры

4. сосудов

5. верны все варианты

75.Катетеризация мочевого пузыря используется с целью:
1. оказания помощи при почечной колике.
2. оказания помощи при анурии.
3.оказания помощи при острой задержки мочеиспускания.
4. диагностики разрыва уретры.

5. все варианты верны

76.Причинами постренальной анурии могут быть:
1. острый гломерулонефрит
2. острый уретрит
3. хронический эпидидимит
4.рак шейки матки

5.все варианты верны

77.Каким методом проводят дифференциальную диагностику хронического бактериального простатита с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ):

1.общий анализ мочи

2.мазок из уретры

3.ИФА крови

4.двух стаканная проба

5. секрет простаты

78.Укажите возможные причины почечной колики, не связанных с МКБ:

1.эмболия почечной артерии и ее ветвей

2.венозный тромбоз

3.острое повышение внутрипочечного венозного давления при внезапном смещении почки у больных нефроптозом

4.оторвавшаяся опухоль лоханки

5. все перечисленное

79.Симптом, наиболее информативный при приступе колики:

1. наличие гематурии

2. наличие солей в осадке мочи

3. протеинурия

4.четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии

5. оксалурия

80.Наиболее характерным симптомом для камня уретры является

1. болезненное мочеиспускание

2.острая задержка мочи

3. гематурия

4. пиурия

5. бактериурия

81.Предположение о МКБ может возникнуть при наличии:

1. макрогематурии

2. микрогематурии

3. пиурии

4.почечной колики

5. бактериурии

82.Образованию коралловидных камней в мочевых путях чаще способствует:

1. ангина

2.гиперпаратиреоз

3. инфекция мочевыводящих путей

4. нарушение уродинамики

5. ДГПЖ

83.Какие синдромы выделяют в урологии и андрологии:

1. болевой, гематурический, нефротический, дизурический и отечный

2.болевой, синдром качественных и количественных изменений, дизурический и патологических выделений из уретры

3. болевой и дизурический

4. болевой, гипертонический и дизурический

5. нет верных вариантов

84.В пробе Зимницкого оценивают:

1.колебания относительной плотности мочи

2. уровень протеинурии

3. скорость клубочковой фильтрации

4. соотношение креатинина

5. все варианты верны

85.Для микробиологической диагностики гонореи исследуют:

1. испражнения

2.мочу, отделяемое уретры и влагалища

3. спинномозговую жидкость

4.слизь из носоглотки

5. кровь

86.Укажите, что означает термин протеинурия и как ее определяют?

1.содержание белка в моче, обнаруживается с помощью индикаторной полоски

2. содержание глюкозы в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью

3. содержание кетоновых тел в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью

4.содержание кетоновых тел в моче, определяется экспресс-методом

5. нет верных вариантов

88.Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает

1. в течение 6-ти месяцев

2.в течение 1-го года

3. в течение 2-х лет

4. в течение 3-х лет

5. в течение 4-х лет

89. Тератозооспермия - это:

1.нормальные формы сперматозоидов ˂50%

2.нормальные формы сперматозоидов ˂20%

3.нормальные формы сперматозоидов ˂30% при нормальных показателях количества и подвижных форм

4.нормальные формы сперматозоидов ˂40%

5. нет верных вариантов

90.Спермициды:

1. являются высокоэффективным методом контрацепции

2. обеспечивают надежную защиту от заболеваний, передающихся половым путем

3.вызывают разрушение мембраны сперматозоидов

4. являются методом выбора у женщин с экстрагенитальной патологией

5. нет верных вариантов

91.Олигоспермия - это:

1. уменьшенное количество спермы, менее 10 мл

2. уменьшенное количество спермы, менее 15 мл

3. уменьшенное количество спермы, менее 9 мл

4.уменьшенное количество спермыменее 5 мл

5. нет верных вариантов

92.Укажите возможное абсолютное показание к нефрэктомии:

1.гнойно-деструктивные изменения в почке с признаками тромбоза и вовлечения в гнойный процесс 1/3 и более массы почки

2.пиелоэктазия

3.гидрокаликоз

4.карбункул почки

5. МКБ

93.Асперматизм – это

1. отсутствие сперматозоидов в эякуляте

2. наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза

3. отсутствие выделения эякулята при половом акте

4. выделение крови со спермой

5. выделение гноя со спермой

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

1. инструментальный

2. радиологический

3. рентгенологический

4. ультразвуковой

5. все варианты верны.

95.Левая яичковая вена впадает:

1. в нижнюю полую вену;

2. в воротную вену;

3. в левую подвздошную вену;

4. в левую почечную вену;

5. в правую почечную вену.

96.Почечная артерия в норме отходит:

1. от общей подвздошной артерии;

2. от грудной аорты;

3. от брюшной аорты;

4. от верхней мезэнтеральной артерии;

5. от нижней полой вены.

97.Почечная вена впадает:

1. в печеночную вену;

2. в общую подвздошную вену;

3. в воротную вену;

4.в нижнюю полую вену.

5. в аорту.

98.Какие клетки в яичке выделяют тестостерон?

1. клетки Сертоли;

2. миоидные клетки;

3. клетки Лейдига;

4. сперматазоиды;

5. все варианты верны.

99. Странгурия – это:

1. недержание мочи;

2. неудержание мочи;

3. затрудненное, частое и болезненное мочеиспускание;

4. ночное недержание мочи;

5. острая задержка мочеиспускания.

100. Ишурия – это:

1. острая задержка мочеиспускания;

2. недержание мочи;

3. неудержание мочи;

4. поллакиурия;

5. нет верных вариантов.

101. Гематурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

102. Хилурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

103. Протеинурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

104. Пиурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

105. Пневматурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. выделение воздуха с мочой;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

106. Липурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие гноя в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

107. Гидатурия – это:

1. наличие белка в моче;

2. наличие крови в моче;

3. наличие пузырьков эхинокока в моче;

4. наличие лимфы в моче;

5. наличие жира в моче.

108. Олигоурия – это:

1. отсутствие мочи;

2. увеличение количества мочи более 2000 мл;

3. запоздалое выделение мочи после приема жидкости;

4. уменьшение количества мочи менее 500 мл;

5. все вариеанты верны.

109. Полиурия – это:

1. отсутствие мочи;

2. увеличение количества мочи более 2000 мл;

3. запоздалое выделение мочи после приема жидкости;

4. уменьшение количества мочи менее 500 мл;

5. все вариеанты верны.

110. Опсоурия – это:

1. отсутствие мочи;

2. увеличение количества мочи более 2000 мл;

3. запоздалое выделение мочи после приема жидкости;

4. уменьшение количества мочи менее 500 мл;

5. все вариеанты верны.

111. Анурия – это:

1. отсутствие мочи;

2. увеличение количества мочи более 2000 мл;

3. запоздалое выделение мочи после приема жидкости;

4. уменьшение количества мочи менее 500 мл;

5. все вариеанты верны.

112. Уретроррагия – это:

1. выделение крови из уретры;

2. выделение секрета простаты из уретры;

3. выделение спермы из уретры;

4. выделение гноя из уретры;

5. отсутсвие спермы.

113. Простаторея – это:

1. выделение крови из уретры;

2. выделение секрета простаты из уретры;

3. выделение спермы из уретры;

4. выделение гноя из уретры;

5. отсутсвие спермы.

114. Сперматорея – это:

1. выделение крови из уретры;

2. выделение секрета простаты из уретры;

3. выделение спермы из уретры;

4. выделение гноя из уретры;

5. отсутсвие спермы.

1. У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии. Ему необходимо:

1. увеличить дозу антибиотиков;

2. промывать рану раствором антибиотиков;

 3. раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, прикладывать тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии;

 4. прикладывать тампоны на рану с мазью Вишневского.

5. правильны все варианты

1. Этиология мультикистоза почки связана с:

1. отсутствием закладки экскреторного аппарата;

 2. отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза;

3. неправильной закладки секреторного аппарата почки;

 4. правильно 1. и 2.;

 5. приемом фитопрепаратов во время беременности.

1. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения:

1. частичная атрофия мыщц

2. отсутствие колебания давления

 3. сохраняются колебания внутримочеточникового давления

4. правильно 1. и 2.

 5. правильно 3. и 3.

1. На экскреторных урограммах при уретероцеле могут определяться:

1. дилатация мочеточника

2. дилатация чашечно-лоханочной системы

3. дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря

4. правильно 1. и 2..

 5. правильно 2. и 3.

1. У 35-летнего больного – хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча – 100 мл. Ему показана:

1. цистостомия;

2. простатэктомия;

3. трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря;

4. пункционная цистостомия;

 5. правильны все варианты

1. Лечение мультилокулярной кисты:

1 консервативное;

 2. чрескожная пункция кисты;

 3. нефрэктомия или резекция почки;

4. пункция кисты и введение в неё склерозирующих растворов.

 5. перкутанная нефростомия

1. Какое состояние не требует лечения?

1. бессимптомная бактериурия у беременной;

 2. клинические проявления инфекции мочевых путей у 75-летней женщины;

 3. бессимптомная бактериурия у 75-летней женщины;

 4. бессимптомная бактериурия у 50-летней женщины, вызванная Proteus;

 5. правильны все варианты

1. Ложная протеинурия не характерна для:

1. туберкулеза почки;

 2. пиелонефрита;

 3. гломерулонефрита;

4 правильно 2. и 3..

 5.правильно 1. и 2.

1. Абактериальная пиурия – признак:

1 острого гломерулонефрита;

 2. острого пиелонефрита;

3. хронического пиелонефрита;

4. туберкулеза почек.

5. правильны все варианты

1. Обследование пациента при наличии учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии следует начать с:

1. цистоскопии;

2. внутривенной урографии;

3. анализа мочи;

4. УЗИ почек;

 5. МСКТ почек

1. Хирургическое лечение интерстициального цистита лучше проводить:

1. в ранние сроки заболевания;

 2. при отсутствии эффекта от перорального приема препаратов;

3. если в клинической картине преобладает учащенное мочеиспускание;

 4. как последнее средство при безуспешных попытках консервативного лечения;

 5. при атаках пиелонефрита

1. Наиболее частое осложнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии:

1. острый пиелонефрит;

 2. гематома;

 3. разрыв почки;

4 почечная колика;

 5. ОПН

1. Вывих полового члена – это:

1. отрыв ножек кавернозных тел;

2. нарушение целостности белочной оболочки;

3. разможжение кавернозных тел;

 4. повреждение спонгиозного тела;

 5. правильны все варианты

1. В небольшую сельскую больницу после автомобильной аварии поступил 32-летний мужчина с множественными травмами. При ретроградной уретрографии выявлены затеки контраста из луковичной части уретры, в мочевой пузырь контраст не поступал. Травматолог пригласил вас на консультацию. Что бы вы посоветовали?

1. провести хирургическую ревизию и первичную пластику мочевого пузыря;

 2. наложить первичный шов на разорванную уретру;

3. попытаться осторожно установить катетер Фоли;

4. наложить цистостому, провести ревизию мочевого пузыря и не дренировать предпузырное пространство.

 5. ничего не предпринимать.

1. При лейкоцитурии, стерильной моче и выявленной при УЗИ деформации почек можно заподозрить:

1. рак почки;

 2. хронический пиелонефрит;

3. аномалию почек;

4. туберкулез почек;

5. мочекаменную болезнь.

1. Больной М., 20 лет,поступил в тяжелом состоянии с высокой температурой тела и ознобом. При осмотре кожные покровы с желтушным оттенком. Пульс 120 ударов в мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, с обеих сторон прощупываются увеличенные почки. При цистоскопии: выраженное уретероцеле с точечным отверстием на обеих сторонах. Экскреторная урография не сделана из-за ХПН (мочевина крови 2,0 г/л, креатинин 0,05 г/л, изостенурия). На антеградной пиелограмме: выраженное расширение чашечек, лоханок и удлинение мочеточников с обеих сторон. Укажите причину заболевания?

1. поликистоз почек;

2. двустороннее уретероцеле;

 3. гидроуретеронефроз;

 4. пионефроз;

5. нефроптоз.

1. Симптом, наиболее информативный при приступе колики:

1. наличие гематурии;

2. наличие солей в осадке мочи;

 3. протеинурия;

4. четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии.

5. правильны все варианты

1. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, характерной локализацией и иррадиацией боли является:

1. поясничная область без иррадиации;

 2. подреберье с иррадиацией под лопатку;

 3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область;

4. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы.

 5. боли за грудиной иррадиирующие в левую лопатку

1. 18-летний мужчина, тренируясь на батуте, ударился промежностью. При ретроградной уретрографии обнаружен частичный разрыв луковичной части уретры. На коже полового члена и мошонки имеются кровоподтеки. Какое утверждение справедливо?

1. глубокая фасция полового члена не повреждена;

2. разрыв глубокой фасции полового члена;

3. разрыв поверхностной фасции промежности;

4. разрыв поверхностной фасции живота;

 5. разрыв влагалищного отростка брюшины.

1. Уточнить диагноз и установить причину гидронефроза позволяют все перечисленные методы, кроме:

1. УЗИ;

 2. экскреторной урографии;

3. уретероцистоскопии;

4. ретроградной уретеропиелографии;

 5. уретраграфия

1. Метод дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии:

1. пальпация;

 2. УЗИ;

 3. ангиография;

 4. КТ;

5. ОАМ.

1. Куда впадает почечная вена?

1. в печеночную вену;

2. в общую подвздошную вену;

3. в v. Azygos;

4. в нижнюю полую вену.

5. в аорту.

1. Какой из следующих признаков позволяет заподозрить тупое повреждение уретры при переломе костей таза:

1. истечение крови из наружного отверстия уретры;

2. перелом Мальгеня, а так же перелом ветвей лобковой кости;

3. кровоподтеки в области промежности;

4. ОЗМ.

5.все вышеперечисленное.

1. Какие осложнения могут быть после перенесенного гнойного уретрита?

1. абсцесс почки;

2. множественные стриктуры уретры;

3. гнойные свищи уретры;

4. рак уретры;

5. рак простаты.

1. Какие доступы существуют для выполнения аденомэктомии?

1. позадилобковый;

2. трансуретральный;

3. трансперитонеальный;

4. чрезпузырный и внепузырный позадилонный.

5. правильны все варианты.

1. Какой метод лечения лучше всего использовать у 25-летнего мужчины со стриктурой луковичной части уретры длиной 3,5 см?

1. внутреннюю уретротомию;

2. дилатацию уретры;

3. уретропластику «конец в конец»;

4. уретропластика с использованием трансплантанта слизистой щеки;

5. ничего не предпринимать.

1. Сколько степеней пузырно-мочеточникового рефлюкса знаете?

1. 2;

2. 3;

3. 4;

4. 5;

5. 6.

1. Что из нижеперечисленного не приводит к образованию уретроректального свища?

1. радикальная промежностная простатэктомия;

2. радикальная позадилобковая простатэктомия;

3. брюшно-промежностная резекция;

4. колотая рана мошонки;

5. фимоз

1. Спортивный врач, обследуя 18-летнего юношу, обнаружил протеинурию. Гематурии нет. Масса тела – 72 кг. АД нормальное, отеков нет. Порция мочи собранная в вертикальном положении содержала 672 мг креатинина и 1000 мг белка, в горизонтальном положении – 690 мг креатинина и 50 мг белка. Согласуются ли результаты этих проб мочи с диагнозом ортостатической протеинурии?

1. да;

2. нет;

3. есть основания предполагать наличие заболеваний почек;

4. есть основания предполагать наличие заболеваний печени;

5. есть основания предполагать наличие заболеваний кишечника.

1. 62-летний мужчина обратился с жалобами на присутствие в моче крови в течение 2 дней. Он похудел на 4,5 кг и последние 3 месяца потеет по ночам. В крови: креатинин 23 мг/л, моча розовая, содержит более 5 г/л белка. Каков вероятный диагноз?

1. карцинома почки или системное заболевание с вовлечением клубочков;

2. гломерулонефрит;

3. пиелонефрит;

4. цистит;

5. простатит.

1. 58-летний мужчина обратился в приемное отделение по поводу подагры. У него выявлена гипертензия (160/105 мм.рт.ст.), выраженная протеинурия, отсутствие крови в моче (проба с индикаторной полоской). Дополнительное обследование: отношение белок/креатинин в моче – 2,1, электрофорез белков мочи – канальцевый характер протеинурии. В крови – концентрация креатинина – 18 мг/л, мочевины – 85 мг/л. В ходе опроса установлено, что больной длительное время употребляет алкогольные напитки домашнего приготовления из злаков (использует старый радиатор). Состояние данного больного соответствует:

1. картине отравления свинцом;

2. алкогольного отравления;

3. подагры;

4. гипертонического криза;

5. гепатита.

1. Какие клетки в яичке выделяют тестостерон?

1. клетки Сертоли;

2. миоидные клетки;

3. клетки Лейдига;

4. сперматазоиды;

5. все варианты верны.

1. Какой параметр анализа спермы указывает на наличие обструкции?

1. присутствие лейкоцитов;

2. присутствие эритроцитов;

3. присутствие фруктозы;

4. щелочная реакция;

5. большое количество лецитиновых зерен.

1. Какова роль ПСА в эякуляте?

1. коагулирует эякулят;

2. служит маркером рака предстательной железы;

3. разжижает эякулят;

 4. придает сперме характерный запах;

 5. придает сперме характерный цвет.

1. Какой возбудитель уретрита, устойчивый к тетрациклину, чувствителен к эритромицину?

1. хламидия;

2. уреаплазма;

3. гонококк;

 4. вирус герпеса;

 5. трихомонада.

1. 25-летнего мужчину, без сознания, доставили в нейрохирургическое отделение после автокатастрофы. КТ головы выявила перелом основания черепа. Через 4 ч отмечено увеличение мочеотделения (2,5 л за 8-часовую смену). Такое нарушение встречается во всех случаях, кроме:

1. шистосомоз;

2. центральный несахарный диабет;

3. опухоли;

4. менингит;

5. все варианты верны.

1. Какое лекарственное средство вызывает неинфекционный эпидидимит?

1. нифедипин;

 2. добутамин;

 3. амиодарон;

 4. нитросорбид;

 5. аспирин.

1. 35-летний мужчина поступил с односторонним увеличением паховых лимфоузлов. Лимфоузлы болезненные, нагнаиваются. В воспалительный процесс вовлечена прямая кишка. Больной отрицает какую-либо патологию половых органов в прошлом. Какой диагноз наиболее вероятен7

1. венерическая лимфогранулема;

2. мягкий шанкр;

3. герпес;

4. донаваноз;

5. фимоз.

1. При подозрении диагноза закупорки мочевыводящих путей необходимо:

1. катетеризация мочевого пузыря;

2. цистоскопия;

3. рентгенологическое исследование;

4. УЗИ;

5. мазок из уретры.

1. Какой из следующих нервов расположен вне забрюшинного пространства?

1. половой;

 2. седалищный;

 3. запирательный;

 4. бедренный.

 5. все варианты правильные.

1. У здорового новорожденного мужского пола оба яичка не пальпируются, мошонка плоская, но складчатая. С чего следует начать обследование и лечение?

 1. рекомендовать консультацию уролога в возрасте 6 мес.;

 2. ввести ХГ и определить уровни ЛГ, ФСГ и тестостерона;

 3. исключить присутствие матки пальцевым ректальным исследованием и УЗИ таза;

 4. безотлагательно выполнить орхипексию;

 5. экскреторная урография.

1. Основные механизмы развития патологической протеинурии, кроме:

1. смена положения тела;

 2. изменения барьерных свойств клубочкового фильтра;

 3. нарушение способности гломерулярного фильтра регулировать проницаемость белков в зависимости от их заряда или размера;

 4. перегрузочная протеинурия;

 5. все варианты верны.

1. У новорожденного мальчика имеются выраженная членомошоночная гипоспадия и односторонний крипторхизм (яичко не пальпируется). Каков вероятный диагноз?

1. врожденная гиперплазия надпочечников;

2. резистентность к андрогенам;

3. истинный гермафродитизм;

4. истинный гермафродитизм или смешанная дисгенезия гонад;

 5. ложный гермафродитизм.

1. Проявлениями нефротического синдрома являются все, кроме:

1. гематурия;

 2. протеинурия (>3г/сут);

 3 гипопротенемия;

 4. отеки;

5. оксалурия.

1. Длина мочеточника в норме у мужчины равна:

1. 29-31 см;

2. 30-33 см;

3. 27-30 см;

4. 26-34 см;

5. 29-38 см.

1. У 65-летней женщины имеется ХПН как результат хронического гломеролонефрита. 3 мес назад она чувствовала себя хорошо. Сейчас у нее жалобы на отсутствие аппетита, рвоту и общее недомогание. Ее беспокоит кожный зуд, плохой сон, боль в груди. При физикальном обследовании выявлено: АД 146/92 мм.рт.ст., звук трения перикарда и двусторонние отеки лодыжек. Что следует предпринять?

1. необходимо срочно провести диализ;

2. специфическое лечение заболевания;

3. лечение диетой;

4. лечение отеков диуретиками;

5. лечение фитопрепаратами.

1. Двусторонние камни н/з мочеточников, почечная колика и острый гнойный пиелонефрит справа. Бактериемический шок. Изберите вариант экстренной помощи.

1. срочная нефростомия, декапсуляция правой почки;

2. в/в кортикостероиды, полиглюкин, сердечно-сосудистые средства;

3. срочная уретеролитотомия справа;

4.субкомпенсированная первоначально 2., в дальнейшем 1..

5. ДЛТ камней мочеточника.

1. Длина мочеточника взрослого человека составляет:

1. 60 – 65 см;

2. 55- 58 см;

3. 28 – 31 см;

4. 45 – 50 см;

5. 33 – 45 см.

1. Почечная вена впадает:

1. в печеночную вену;

2. в общую подвздошную вену;

3. в воротную вену;

4. в нижнюю полую вену.

5. в аорту.

1. Почечная артерия в норме отходит:

1. от общей подвздошной артерии;

2. от грудной аорты;

3. от брюшной аорты;

4. от верхней мезэнтеральной артерии;

5. от нижней полой вены.

1. Левая яичковая вена впадает:

1. в нижнюю полую вену;

2. в воротную вену;

3. в левую подвздошную вену;

4. в левую почечную вену;

5. в правую почечную вену.

1. При дыхании обнаружена физиологическая подвижность почки меньше, чем на 1 см, о какой патологии вы подумаете?

1. паранефральной клетчатки;

2. дистопии почек;

3. болезни Ормонда;

4. пиелонефрите;

5. цистите.

1. Топография почечной ножки (спереди наза5.

1. вена, артерия, почечная лоханка;

2. вена, лоханка, артерия;

3. артерия, вена, лоханка;

4. артерия, лоханка, вена;

5. лоханка, артерия, вена.

1. Клетчаточные пространства, имеющиеся в забрюшинном пространстве:

1. поддиафрагмальные левая и правая околопочечная;

2. забрюшинная, околопочечная, околокишечная;

3. правая поддиафрагмальная,, околокишечная, предбрюшинная;

4. забрюшинная, предбрюшинная, околопочечная;

5. все варианты верны.

1. У мальчика 4-х лет, половой член уменьшен в размерах, искривлен к низу, мошонка расщеплена на две половины, нарушенное отверстие мочеиспускательного канала находится на промежности, мочится сидя. Ваш диагноз?

1. гипоспадия, промежностная форма;

2. эписпадия;

3. острый фимоз;

4. гипоспадия, головчатая форма;

5. парафимоз.

1. У мальчика 6 лет правое яичко в мошонке отсутствует. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. Где прощупывается округлое образование?

1. в правой паховой области;

2. в левой паховой области;

3. не прощупывается;

4. в лобковой области;

5. на левом бедре.

1. Больной 16 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность помочится, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. 3 ч назад, перелезая через забор, упал на него «верхом» и получил ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности. Над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый мочевой пузырь. Какой предварительный диагноз поставите?

1. разрыв бульбарного отдела мочеиспускательного канала;

2. разрыв мочевого пузыря;

3. разрыв простатического отдела мочеиспускательного канала;

4. ушиб мягких тканей промежности;

5. ушиб полового члена.

1. Больной 14-ти лет поступил с ножевым ранением, во время оперативного вмешательства обнаружено повреждение мочеточника. На какие слои надо накладывать шов?

1. соединительнотканный, мышечный и слизистый;

2. соединительнотканный;

3. мышечный;

4. слизистый;

5. швы не нужны.

1. У больного имеется затек гноя в области малого вертела, где было удалено 100-150 мл гноя. Из анамнеза выяснено, что травму бедра он не получал, хотя отметил, что у него была травма поясничной области. Укажите пути распространения гноя в область малого вертела и по ходу каких топографических образований распространился гной?

1. походу m. iliopsoas maior;

2. походу m. iliopsoas minor;

3.trigonum lumbale;

4. четырехугольник Лесгафта-Грюнфельда;

5. все варианты верны.

1. Сколько чашечек в почке должно быть в норме (по Пытелю)?

1. от 4 до 12;

2. от 5 до 16;

3. от 6 до 17;

4. зависит от пола;

5. зависит от возраста.

1. При уретроскопии определяется в виде точки:

1. простатическая часть уретры;

2. область семенного бугорка;

3. мембранозной части уретры;

4. булбозная часть уретры;

5. все варианты верны.

1. Назовите нефрон, если почечное тельце, проксимальные и дистальные отделы лежат в корковом веществе на границе с мозговым веществом, а петли находятся в мозговом веществе?

1. корковый;

2. промежуточный;

3. юкстамедуллярный;

4. юкстагломерулярный;

5. нет правильных вариантов.

1. Какова масса простаты?

1. 25-30 г;

2. 30-40 г;

3. 15-20 г;

4. 25-35 г;

5. 40-50 г.

1. Причиной постренальной формы ОПН, может быть:

1. шоковые состояния;

2. тромбоэмболия почечной артерии;

3. острый диффузный гломерулонефрит;

4.ДГПЖ;

5. сердечная недостаточность.

1. Какие камни образуются в почках в кислой среде?

1. оксалатные и уратные;

2. фосфатные и карбонатные;

3. оксалатные и фосфатные;

4. уратные и фосфатные;

5. все варианты верны.

1. Какие размеры яичек указаны правильно у взрослого мужчины?

1. длина – 45-55 мм; ширина – 27-32 мм;

2. длина – 55-65 мм; ширина – 17-32 мм;

3. длина – 35-50 мм; ширина – 27-32 мм;

4. длина – 65-45 мм; ширина – 27-32 мм;

5. длина – 65-75 мм; ширина – 30-40 мм;

1. Укажите, что означает термин протеинурия и как ее определяют?

1. содержание белка в моче, обнаруживается с помощью индикаторной полоски;

2. содержание глюкозы в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью;

3. содержание кетоновых тел в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью;

4. содержание кетоновых тел в моче, определяется экспресс-методом;

5. нет правильных вариантов.

1. Для микробиологической диагностики гонореи исследуют:

1. испражнения;

2. мочу, отделяемое уретры и влагалища;

3. спинномозговую жидкость;

4. слизь из носоглотки;

5. сперму.

1. Стадии ХПН, кроме:

1. компенсированная;

2. легкая;

3. декомпенсированная;

4. терминальная;

5. нет правильных вариантов.

1. Девочка 15 лет, после перенесенной ангины стала жаловаться на боли в поясничной области, при этом температура тела нормальная. Отмечает пастозность лица, век, особенно по утрам. Результат посева мочи – моча стерильна. В ОАМ: белок – 1 г/л, эритроциты – сплошь в поле зрения, лейкоциты – 14 – 16 в п/зр в первом анализе, в последующих лейкоцитурия исчезла, оставалась гематурия. Количество мочи за сутки – 800 мл. В пробе Аддиса-Каковского эритроциты – 3 600 000, лейкоциты – 2 050 000. В пробе по Зимницкому плотность мочи 1027 – 1010. Остаточный азот 34 ммоль/л, креатинин – 18 мкмоль/л. При морфологическом исследовании почек – изменения в клубочках. Оцените анализ мочи.

1. гематурия;

2. переходящая лейкоцитурия;

3. правильно 1. и 2.;

4. гипостенурия;

5. гиперстенурия.

1. Укажите правильные размеры семенного пузырька:

1. 50 х 15 мм;

 2. 55 х 15 мм;

 3. 50 х 25 мм;

 4. 50 х 10 мм;

 5. 60 х 30 мм.

1. Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей. Вариант экстренной помощи.

1. катетеризация, лазикс в/в 100 мг;

2. катетеризация мочеточников;

3. срочная нефростомия;

4. в/в 1 л физиологического раствора;

5. экскреторная урография.

1. Больная поступила в урологическое отделение по поводу правостороннего острого серозного пиелонефрита, камня н/з мочеточника размерами 0,6 х 0,8 см. В этом случае тактика врача предусматривает следующую последовательность применения лечебных мероприятий: 1) интенсивная антибактериальная терапия, 2) операция – ревизия почки, нефростомия, 3) катетеризация правого мочеточника, 4) уретеролитотомия, 5) чрезкожная пункционная нефростомия.

1. правильно 1, 2, 3, 4 и 5;

2. правильно 1, 3, 4, 5 и 2;

3. правильно 2, 4, 5, 1 и 3;

4.правильно 3, 4, 2, 1;

5. правильно 5, 4, 3, 2 и 1.

1. Что такое ургентное недержание мочи?

1. неспособность удерживать мочу при императивном позыве;

2. ненормальное редкое мочеиспускание;

3. никтурия;

4. паллакиурия;

5. энурез.

1. Сроки операции при гипоспадии:

1. в первые годы жизни ребенка;

2. в подростковом возрасте;

3. в зрелом возрасте;

4. в любом возрасте;

5. нет правильных вариантов.

1. Методы лечения меатостеноза:

1. меатоцентез;

2. меатотомия;

3. бужирование уретры;

4. пластика уретры;

5. наблюдение.

1. Больная 36 лет, жалуется на слабость, снижение трудоспособности, жажду, полиурию. Кожные покровы бледные, питание нормальное, отеков нет. С обеих сторон прощупываются увеличенные неподвижные почки. Симптом Гольдфлама отрицателен. Дизурии нет. В моче низкий удельный вес, единичные эритроциты в поле зрения. В крови нормохромная анемия, СОЭ – 40 мм/ч, мочевина крови – 0,80 г/л, креатинин – 0, 025 г/л. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

1. несахарный диабет;

2. заболевания, сопровождающихся ХПН;

3. ангина;

4.правильно 1. и 2.;

5. правильно 2. и 3..

1. Больная К., 22 года была госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом спленомегалия. У больной отмечается умеренная почечная недостаточность. При осмотре прощупываемое образование «селезенка» исчезло, что дало повод к урологическому обследованию. На ретроградной пиелограмме: слева имеется отклонение мочеточника кнаружи, тень мочеточника обрывалась на уровне третьего поясничного позвонка, а лоханка не наполнялась контрастным веществом, справа – выраженное расширение почечной лоханки и чашечек с сужением и перегибом мочеточника в прилоханочном отделе. Каков диагноз и тактика лечения?

1. поликистоз почек, лечение консервативное;

2.двусторонний гидронефроз, лечение оперативное;

3. МКБ, лечение оперативное;

4. нефроптоз, лечение оперативное;

5. стриктура ЛМС, оперативное.

1. У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились боли в правой подвздошной и поясничной областях. Была однократная рвота, температура тела 37.8 С. Отмечает учащенное мочеиспускание. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота при пальпации определяется болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Почки не прощупываются, симптом Гольдфлама справа сомнительный. Лейкоцитов в крови – 17.0 х 109 в мл. в моче следы белка, 6 – 7 лейкоцитов и 2 – 3 эритроцита в поле зрения. Предположительный диагноз?

1. острый панкреатит;

2. острый холецистит;

3. острый гломерулонефрит;

4.острый аднексит;

5. острый аппендицит.

1. Больной 40 лет, страдает хроническим эпидидимитом и циститом, цистоскопия не удалась из-за малой емкости мочевого пузыря. О каком заболевании можно думать?

1. туберкулез почек и мочевого пузыря;

2. туберкулез яичек;

3. рак мочевого пузыря;

4. семинома;

5. рак простаты.

1. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 100 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря. Как закончить операцию?

1. послойное ушивание раны мочевого пузыря двухрядными кетгутовыми швами до установления эпицистостомической трубки;

2. зашить наглухо капроновой лигатурой;

3. послойно ушить рану мочевого пузыря не рассасывающейся лигатурой;

4. не ушивать рану мочевого пузыря;

5. катетеризация мочевого пузыря.

1. При оперативном вмешательстве на подковообразную почку необходимо помнить о том, что:

1. лоханка находится спереди;

2. множественные сосуды могут идти к почке от аорты и подвздошных артерий;

3. лоханка находится сзади;

4. правильно 1. и 2.;

5. правильно 2. и 3..

1. Укажите абсолютные признаки туберкулеза мочеполовых органов:

1. микобактерии туберкулеза в моче;

2. наличие каверны в почках;

3. наличие туберкулезных бугорков в биоптате;

4. лихорадка;

5. все ответы верны.

1. К эндоурологическим операциям при гидронефрозе с использованием перкутанного и трансуретрального доступов являются все, кроме:

1. уретерокаликоанастомоз;

2. бужирование;

3. баллонная дилатация;

4. эндотомия;

5. нет правильных вариантов.

1. У пациентки 45 лет, признаки хронического цистита с упорным течением, при цистоскопии: ограниченный участок поражения с белыми серебристого оттенка плоскими бляшками неправильной формы с отчетливыми краями, слегка возвышаются над слизистой мочевого пузыря, местами подрыты, окружены четкой зоной гиперемии. Ваш диагноз?

1. хронический цистит;

2. простая язва мочевого пузыря;

3. рак мочевого пузыря;

4.лейкоплакия мочевого пузыря;

5. уретероцеле

1. Рентгеноэндоскопическими методами удаления камней являются все, кроме:

1. трансуретральная рентгенэндоскопическая эндохирургия;

2. трансуретральная уретеролитотрипсия и литоэкстракция;

3. перкутанная рентгенэндоскопическая хирургия;

4. ДУВЛ;

5. нет правильных вариантов.

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

1. инструментальный

2. радиологический

3. рентгенологический

4. ультразвуковой

5. все варианты верны.

1. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях:

1. рассечение

2. перевязка

3. раздавливание

4. правильно 1., 2. и 3.

5.нет правильных вариантов.

1. Лечебная физкультура при недержании мочи при напряжении направлена на укрепление:

1. мышц тазового дна и промежности

2. сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки

3. мышц диафрагмы

4. правильно 1. и 2.

5. нет правильных вариантов.

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

1. в течение 6-ти месяцев

2. в течение 1-го года

3. в течение 2-х лет

4. в течение 3-х лет

5. в течение 4-х лет

1. При обследовании больных с половыми расстройствами необходимо применение следующих лабораторных методов:

1. исследование внутренних органов

2. исследование спермы

3. исследование секрета предстательной железы

4. люминесцентно-цитологическое исследование эпителия уретры

5. ОАМ

1. Асперматизм – это

1. отсутствие сперматозоидов в эякуляте

2. наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза

3. отсутствие выделения эякулята при половом акте

4. выделение крови со спермой

5. выделение гноя со спермой

1. На сперматогенез оказывают влияние следующие факторы

1. алиментарный

2. магнитное поле земли

3. ионизирующее излучение

4. правильно 1. и 2.

5. нет правильных вариантов.

1. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся:

1. половое воздержание или половые излишества, онанизм

2. травма органов мошонки

3. эпидидимит на почве вирусной инфекции

4. крипторхизм

5 варикоцеле

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

1. осмотр и пальпация наружных половых органов

2. пальпация предстательной железы

3. цистоскопия

4. биопсия предстательной железы

5. мазок из уретры на флору

1. Стадию аденомы простаты определяют:

1. по величине аденомы предстательной железы

2. по степени нарушения функции почек

3. по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи

4. по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)

5. нет правильных вариантов

1. Развитию аденомы предстательной железы способствуют:

1. хронический воспалительный процесс в предстательной железе

2. гормональные нарушения в организме

3. наследственность

4. вирусная инфекция

5. половые извращения

1. Морфологически рак уретры чаще:

1. железистый

2. папиллярный

3. плоскоклеточный

4. переходноклеточный

5. нет правильных вариантов

1. Вправление вывиха яичка возможно не позднее первых:

1. 3-х часов

2. 12-ти часов

3. 1-х суток

4. 2-х суток

5. 3-х суток

213. Какой метод лечения лучше всего использовать у 25-летнего мужчины со стриктурой луковичной части уретры длиной 3,5 см?

1. внутреннюю уретротомию

2. дилатацию уретры

3. уретропластику «конец в конец»

4. уретропластика с использованием трансплантанта слизистой щеки;

5. все варианты верны

214. Что из нижеперечисленного не приводит к образованию уретроректального свища?

1. радикальная промежностная простатэктомия

2. радикальная позадилобковая простатэктомия

3. брюшно-промежностная резекция

4. колотая рана мошонки

5. нет правильных вариантов

215. Больной 14-ти лет поступил с ножевым ранением, во время оперативного вмешательства обнаружено повреждение мочеточника. На какие слои надо накладывать шов?

1. соединительнотканный, мышечный и слизистый

2. соединительнотканный

3. мышечный

4. слизистый

5. правильно 3. и 4.

216. Сроки операции при гипоспадии:

1. в первые годы жизни ребенка

2. в подростковом возрасте

3. в зрелом возрасте

4. в любом возрасте

5. правильно 2. и 3.

217. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 100 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря. Как закончить операцию?

1.послойное ушивание раны мочевого пузыря двухрядными кетгутовыми швами до установления эпицистостомической трубки

2. зашить наглухо капроновой лигатурой

3. послойно ушить рану мочевого пузыря не рассасывающейся лигатурой

4. не ушивать рану мочевого пузыря

5. нет правильных вариантов

218. При оперативном вмешательстве на подковообразную почку необходимо помнить о том, что:

1. лоханка находится спереди

2. множественные сосуды могут идти к почке от аорты и подвздошных артерий

3. лоханка находится сзади

4. аномалий сосудов нет

5. нет правильных вариантов

219. Минимальный срок, который необходимо выдержать между выполнением I-го и II-го этапов по поводу гипоспадии (при условии позднего выполнения I-го этап1., составляет

1. до 1 месяца

2. до 3 месяцев

3. до 6 месяцев

4. до 1 года

5. до 2 лет.

220. Оптимальным сроком оперативного лечения тотальной эписпадии является возраст

1. до 1 года

2. 1-3 лет

3. 4-5 лет

4. 6-8 лет

5. 9-12 лет

221. При повреждении дистальной части мочеточника (ниже подвздошных сосудо3. методом выбора оперативного лечения является:

1. уретероцистонеостомия со стентированием мочеточника сроком 4 – 6 недель

2. нефростомия

3. операция Боари

4. трансуретероуретростомия

5. нет правильных вариантов

222. При повреждении верхней части мочеточника лучшим методом выбора оперативного лечения является:

1. уретероуретеростомия

2. трансуретероуретростомия

3. операция Боари

4. операция Фолея

5. нет правильных вариантов

223. При повреждении всего мочеточника методом выбора оперативного лечения является:

1. замещение мочеточника подвздошной кишкой

2. аутотрансплантация почки

3. операция Боари

4. уретерокаликостомия

5. стентирование мочеточника

224. При полном разрыве заднего отдела уретры следует предпринять:

1. первичное эндоскопическое восстановление проходимости уретры

2. надлобковое дренирование мочевого пузыря

3. простое восстановление уретры

4. хирургическая ревизия мочевого пузыря при макрогематурии

5. ничего не предпринимать

225. Укажите показания к применению Ботулинического токсина А для лечения больных с гиперактивным мочевым пузырем:

1. рефрактерность к холинолитикам

2. непереносимость холинолитиков

3. после миэктомии

4. по желанию пациента

5. цистит

226. Укажите показания к операции на венах полового члена:

1. изолированный повышенный венозный отток крови от полового члена

2. при нарушении поступления крови к половому члену в результате травмы, операции

3. пожилой возраст

4. по желанию пациента

5. при гипоспадии

227. Периоперационная сопроводительная терапия рекомендует использовать антибиотик с большим периодом полувыведения (цефтриаксон) при:

1. ожидаемой продолжительности операции ˃5 ч

2. ожидаемой продолжительности операции ˃1 ч

3. ожидаемой продолжительности операции ˃2 ч

4. ожидаемой продолжительности операции ˃3 ч

5 все варианты верны

228. Периоперационная сопроводительная терапия рекомендует использовать повторное интраоперационное введение антибиотика при:

1. ожидаемой продолжительности операции ˃5 ч

2. при кровопотере ˃1 л

3. ожидаемой продолжительности операции ˃2 ч

4. при кровопотере ˃500 мл

5. ожидаемой продолжительности операции ˃3 ч

229. При короткой уздечке полового члена выполняют:

1. френилотомию

2. циркумцизию

3. меатотомию

4. операцию Госсе

5. рассечение крайней плоти

230. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи:

1. консервативное лечение, направленное на регуляцию стула

2. экстренная операция - грыжесечение

3. госпитализация, наблюдение в хирургическом отделении

4. плановая операция после амбулаторного обследования

5. ничего не предпринимать

231. У больного, доставленного в больницу через 3 часа от начала заболевания, врачом неотложной помощи были выявлены выраженные боли в области грыжевого выпячивания и невозможность вправления его. Во время транспортировки из машины скорой помощи в приемное отделение произошло самопроизвольное вправление грыжи. Каковы действия дежурного хирурга:

1. госпитализация, динамическое наблюдение за состоянием больного

2. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости

3. срочная герниолапаротомия с пластикой передней брюшной стенки

4. неотложная лапароскопия

5. наблюдение

232. Симптом, являющийся начальным проявлением анаэробной инфекции:

1. распирающие боли в ране

2. пятна на коже бурой, желтой, синей окраски

3. появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым

4. выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвет «вареного мяса»)

5. выделение крови из раны

233. В дифференциальной диагностике трубной беременности:

1. данные анамнеза обычно не имеют существенного значения

2. обнаружение при гистологическом исследовании эндометрия феномена Ариас-Стеллы является бесспорным доказательством

3. ведущая роль принадлежит лапароскопии и УЗИ

4. при любых условиях пункция заднего свода имеет решающее значение

5. все варианты верны

234. Острый пиелонефрит беременных:

1. обычно не сопровождается выраженной интоксикацией

2. не представляет сложностей в дифференциальной диагностике

3. является противопоказанием для катетеризации мочеточников

4. может осложняться развитием бактериально-токсического шока

5. нет правильных вариантов

235. Госпитальные штаммы метициллин-резистентных Staphylococcusaureus (MRSA) проявляют чувствительность к следующим антибиотикам:

1. Азтреонам

2. Амоксициллин + клавулановая кислота

3. Ванкомицин

4. Меропенем

5. Цефалоспоринам

236. Для проведения двусторонней ревизии органов мошонки применяют:

1.надлобковый разрез

2.мошоночный разрез по середине

3. паховомошоночный доступ

4. мошоночный с двух сторон

5. нет верных вариантов

237. В каком возрасте проводят операцию при скрытом половом члене:

1. сразу при обнаружении

2. 6-7 лет

3. до 3 лет

4. 8-12 лет

5. 13-16 лет

238. Среди способов уретероцистоанастомоза из комбинированного доступа выполняют операцию:

1. Коэна

2. Политано-Лидбеттера

3. Барри

4. Лопаткина

5. нет правильных вариантов

239. Оперативное лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса выполняется при:

1. Iи II степени

2. снижении функции почки более 50 %

3. сразу после выявления

4. при неэффективности консервативного лечения

5. все варианты верны

240. При локализации устья мочеточника в полости дивертикула мочевого пузыря показан:

1. метод Коэна

2. метод Политано-Лидбеттера

3. метод Барри

4. метод Лопаткина

5. уретероцистоанастомоз

241. На какой срок устанавливают дренирование мочевого пузыря после пластической хирургии на половых органах:

1. от 7 до 12 сут.

2. до 3 сут.

3. до 5 сут.

4. до 1 мес.

5. до 2 мес.

242. Что способствует разблокированию венозного оттока при приапизме:

1. прикладывание холода

2. прием антикоагулянтов

3. прием седативных препаратов

4.пункция кавернозных тел с аспирацией крови и перфузией кавернозной ткани гепаринизированными растворами

5. прием антибиотиков

243. Контроль эффективности проводимого курса метафилактики уролитиаза в первый год наблюдения проводят:

1. каждые полгода

2. через каждые 3 мес.

3. ежемесячно

4. 1 раз в год

5. 1 раз в 2 года

244. Укажите противопоказания к нефропексии:

1. молодой возраст

2. противопоказаний нет

3. спланхноптоз

4. астенический тип конституции

5. гидронефроз

245. На сколько групп разделяет Я. Кучера способы реконструкции ЛМС?

1. 7

2.5

3. 3

4. 8

5. 9

246. Ортопедическая реконструкция лоханки и мочеточника по Альбаррану показана при:

1. во всех случаях

2. при резком расширении лоханки и высокого отхождения мочеточника

3. пиелоэктазии

4. гидрокаликозе

5. нефроптозе

247. Изолированная пластика ЛМС может применяться при:

1. по желанию хирурга

2. такого метода нет

3.низком отхождении мочеточника

4. пиелоэктазии

5. внутрипочечной лоханки

248. Наиболее распространенная операция анастомоза “бок в бок” между мочеточником и лоханкой по Альбарану применяется в модификации:

1. Швайзера

2. Фоли

3. Марион-Девиса

4. Лихтенберга

5. нет верных вариантов

249. Какой способ используют при внутрипочечном расположении лоханки:

1. Фоли

2. Марион-Девиса

3. Лихтенберга

4. Нейвирта

5. все варианты верны

250. Обязательным завершающим этапом реконструкции ЛМС является:

1.нефростомия

2. стентирование

3. дренирование мочевого пузыря

4. уретеролизис

5. правильны 1. и 2.

251. На сколько групп Вильдборц разделяет все существующие оперативные методы лечения нефроптоза:

1. на 5

2. на 3

3. на 10

4. на 4

5. на 6

252. Укажите способ операции нефропексии, связанную с использованием фасций или мышц:

1. Швайзера

2. Марион-Девиса

3. Мурванидзе

4. Пирогова

5. все варианты верны

253. Через сколько времени выполняют последовательную нефропексию почек при двустороннем нефроптозе:

1. от 7 до 12 сут.

2. до 3 сут.

3. до 5 сут.

4. 6-8 мес.

5. 1 год.

254. Сколько дней соблюдают постельный режим больные после нефропексии:

1. от 7 до 12 сут.

2. до 3 сут.

3. до 5 сут.

4. 10-12 дней

5. до 20 дней.

255. Какой метод является наиболее анатомически щадящим доступом к почке при нефропексии:

1. внебрюшинный межмышечный доступ по Погорелко

2. Пирогова

3. Бергмана

4. Винкельмана

5. нет верных вариантов

256. К какой группе операций относится: способ нефропексии по Ривоиру в модификации А.Я. Пытеля и Н.А. Лопаткина

1. капсулярных

2. мышечно-капсулярных

3. кожных

4. фасциальных

5. все варианты верны

257. При фиксированном нефроптозе следует произвести:

1. нефрэктомию

2. декапсуляцию почки

3. уретеролиз

4. стентирование

5. нефростомию

258. Укажите показание к оперативному лечению при повреждении мочеточника:

1. лихорадка

2. отеки

3. нефрогенная гипертензия

4. повреждение всех слоев

5. гидронефроз.

259. Какой операционный разрез применяют при изолированном разрыве почки:

1. срединный лапаротомный

2. разрез Пирогова

3. разрез Федорова

4. поясничный внебрюшинный с резекцией XII ребра

5. по Израэлю

260. Укажите локализацию дренажа по Куприянову:

1. запирательное отверстие

2. надлобковая область

3. промежность

4. левый бок живота

5.правый бок живота

261. Укажите локализацию дренажа по Бульскому-Мак-Уортеру:

1. запирательное отверстие

2. надлобковая область

3. промежность

4. правый бок живота

5. левый бок живота

262. Высокое расположение дренажной трубки после операции при повреждениях мочевого пузыря предупреждает:

1. повторное кровотечение

2. развитие остеомиелита лобковых костей

3. развитие свища

4. развития недержания мочи

5. атаки пиелонефрита

263. Каким путем удаляют инкрустированные или фиксированные инородные тела мочевого пузыря:

1. влагалищного сечения

2. петлей Дормиа

3. диапевтической цистоскопии

4. высокого сечения мочевого пузыря

5. все варинты верны

264. Какие чаще всего мочеполовые свищи встречаются у женщин:

1. прямокишечно-пузырные

2. пузырно-маточные

3. пузырно- и уретровлагалищные

4. мочеточниково-влагалищные

5. нет верных вариантов

265. Укажите наиболее рациональный доступ при хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей:

1. трансвагинальный

2. трансректальный

3. трансуретральный

4. транслюмбальный

5. нет верных вариантов

266. Достаточно эффективной операцией для реконструкции уретры является:

1. операция Д.О. Отта

2. операция Боари

3. операция Соловова

4. операция Хольцова

5. нет верных вариантов

267. Продолжительность дренирования почки по нефростоме в после операционном периоде при гнойных заболеваниях почек составляет:

1. 7 сут.

2. 2 недели

3. от 2 до 6 недель и более

4. 3 сут.

5. 2 месяца

268. Укажите возможное абсолютное показание к нефрэктомии:

1.гнойно-деструктивные изменения в почке с признаками тромбоза и вовлечения в гнойный процесс 1/3 и более массы почки

2. пиелоэктазия

3. гидрокаликоз

4. карбункул почки

5. МКБ

269. В каких случаях нефрэктомию выполняют вторым этапом:

1. у тяжелых и ослабленных больных

2. больных молодого возраста

3. больных с сахарным диабетом

4. больных с ожирением

5. во всех случаях

270. При тяжелых интеркуррентных заболеваниях и высоком операционном риске нефрэктомии показана:

1. уретероцистоанастомоз

2. нефростомия

3. тонкокишечная пластика мочеточника

4. толстокишечная пластика мочеточника

5. нет верных вариантов

271. Укажите способ оперативного лечения при эктопии наружного отверстия уретры у женщин:

1. транспозиция дистального отдела уретры

2. операция Боари

3. тонкокишечная пластика уретры

4. буккальная пластика

5. нет верных вариантов

272. Укажите наилучший хирургический доступ к абсцессу простаты:

1. трансуретральный

2. трансперинеальный

3. транслюмбальный

4. трансректальный

5. нет верного варианта

273. Какая показана операция при множественных камнях чашечек, вызвавшие гидрокаликоз:

1. пиелолитотомия

2. контактная литотрипсия

3. ДУВЛ

4. резекция почки

5. нефрэктомия

274. Укажите эндоскопический метод лечения МКБ:

1. уретеролитоэкстракция и уретеролитотрипсия

2. перкутанная хирургия

3. ДЛТ

4. ДУВЛ

5. пиелолитотомия

275.У 35-летнего больного – хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча – 100 мл. Ему показана:

1. цистостомия

2. простатэктомия

3. трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря

4. пункционная цистостомия

5. все варианты верны

276.18-летний мужчина, тренируясь на батуте, ударился промежностью. При ретроградной уретрографии обнаружен частичный разрыв луковичной части уретры. На коже полового члена и мошонки имеются кровоподтеки. Какое утверждение справедливо?

1. глубокая фасция полового члена не повреждена

2. разрыв глубокой фасции полового члена

3. разрыв поверхностной фасции промежности

4. разрыв поверхностной фасции живота

5. разрыв белочной оболочки

277. Олигоспермия - это:

1. уменьшенное количество спермы, менее 10 мл

2. уменьшенное количество спермы, менее 15 мл

3. уменьшенное количество спермы, менее 9 мл

4. уменьшенное количество спермыменее 5 мл

5. нет верных вариантов

278. Исследование на ПСА крови проводят:

1. при подозрении на ДГПЖ и мужчин старше 35 лет 1 раз в год

2.при подозрении на рак простаты и мужчин старше 50 лет 1 раз в год

3. всем мужчинам независимо от возраста

4. хроническом простатите

5. исследование не проводят

279. Укажите значение нормы объема эякулята согласно рекомендациям ВОЗ (20104.:

1. ≥ 1,5 мл

2. ≥ 2,5 мл

3. ≥ 3,5 мл

4. ≥ 4,5 мл

5. нет верных вариантов

280. Укажите общее число сперматазоидов в эякуляте согласно рекомендациям ВОЗ (20104. в норме:

1. ≥ 45 млн

2. ≥ 39 млн

3. ≥ 50 млн

4. ≥ 35 млн

5. ≥ 10 млн

281. Укажите концентрацию сперматазоидов в эякуляте согласно рекомендациям ВОЗ (20104. в норме:

1. ≥ 45 млн/мл

2. ≥ 39 млн/мл

3. ≥ 15 млн/мл

4. ≥ 35 млн/мл

5. ≥ 60 млн/мл

282. Укажите общую подвижность сперматазоидов в эякуляте согласно рекомендациям ВОЗ (20104. в норме:

1. ≥ 45 %

2. ≥ 39 %

3. ≥ 15 %

4. ≥ 40 %

5. ≥ 60 %

283. Укажите оптимальную схему лечения пациентов с высоким риском прогрессирования заболевания ДГПЖ (объем ПЖ ˃ 30см2, высокий уровень ПСА в пределах нормальных значений, наличие остаточной мочи, симптомы расстройства мочеиспускания, снижение максимальной скорости потока мочи):

1. комбинированная терапия альфа-адреноблокаторов и 5-альфа-редуктазы

2. монотерапия альфа-адреноблокаторами

3. фитотерапия

4. гормональная терапия

5. антибактериальная терапия

284. Укажите основные подходы к лечению больных с ЭД:

1. психосексуальный

2. медикаментозный

3. вакуумно-эректорная терапия

4. хирургическое лечение

5. нет верных вариантов

285. Укажите препарат, который применяют в виде интракавернозной инъекции в лечении больных с ЭД:

1. алпростадил

2. простакор

3. но-шпа

4. диклофенак

5. цефазолин

286. Невирусные папилломы полового члена представляют:

1. инфекционно-воспалительные заболевания

2. начальная стадия развития рака полового члена

3. аутоиммунные заболевания

4. аллергические заболевания

5. все варианты верны

287. Болезнь Боуэна или эритроплазия Кейра - это:

1. бовеноидный папуллез

2. начальная стадия развития рака полового члена

3. гигантская кондилома полового члена

4. эритроплазия полового члена

5. ЭД

285. Основным методом диагностики рака простаты является:

1. мультифокальная биопсия простаты

2. радиоинуклидная ренография

3. определение содержания креатинина в крови

4. пальцевое ректальное исследование

5. УЗИ

286. Спермициды:

1. являются высокоэффективным методом контрацепции

2. обеспечивают надежную защиту от заболеваний, передающихся половым путем

3. вызывают разрушение мембраны сперматозоидов

4. являются методом выбора у женщин с экстрагенитальной патологией

5. нет верных вариантов

287. При ушибе полового члена на какой день после травмы применяют тепловые процедуры или согревающие компрессы:

1. сразу при обнаружении

2. 6-7 лет

3. до 3 лет

4. на 3-4 сутки

5. на 6-7 месяцы

288. С какой целью используют мониторинг ночный тумесценций:

1. по желанию андролога

2. с целью дифференциальной диагностики органической и психогенной форм ЭД

3. при подозрении на сосудистую форму ЭД

4. при подозрении на новобразований полового члена

5. по желанию пациента

289. С помощью какого теста выявляют васкулогенную форму ЭД:

1. тест-мониторинг ночных тумесценций

2. УЗДГ артерий полового члена

3. тест с интракавернозным введением вазоактивных препаратов

4. ЭМГ полового члена

5. нет верных вариантов

290. Олигозооспермия - это:

1. концентрация сперматозоидов ˂5,0 х 106/мл

2.концентрация сперматозоидов ˂20,0 х 106/мл

3. концентрация сперматозоидов ˂10,0 х 106/мл

4. концентрация сперматозоидов ˂30,0 х 106/мл

5. нет верных вариантов

291. Тератозооспермия - это:

1. нормальные формы сперматозоидов ˂50%

2. нормальные формы сперматозоидов ˂20%

3.нормальные формы сперматозоидов ˂30% при нормальных показателях количества и подвижных форм

4. нормальные формы сперматозоидов ˂40%

5. нет верных вариантов

292. Подвижность сперматозоидов ˂25 % категории “а” или ˂50 % категории “а”+ “в”; при нормальных показателях количества и морфологических форм, называется:

1. олигозооспермия

2. тератозооспермия

3. олигоастенотератозооспермия

4. астенозооспермия

5. нет верных вариантов

293. К методам исследования локального иммунитета при иммунологическом бесплодии перечислено все верно, кроме:

1. микроспермоагглютинация

2. определение антиспермальных антител в сыворотке крови

3. макроспермоагглютинация

4. спермоиммобилизация

5. нет верных вариантов

294. Укажите сравнительно редкое осложнение простатитов:

1. эректильная дисфункция

2. бесплодие

3. острый тромбофлебит тазовых вен

4. болезнь Ормонда

5. нет верных вариантов

295. При ректальном исследовании для туберкулеза простаты характерно:

1. наличие мелких узелков, чередующихся с участками западения

2. наличие крупных узелков

3. резкая болезненность

4. участок флюктуации

5. увеличение размеров простаты

296. Укажите хирургический неоперативный метод лечения ДГПЖ:

1. ТУР

2. инцизия простаты

3. некротерапия

4. термотерапия

5. нет верных вариантов

297. Из каких клеток развиваются герминогенные опухоли яичка:

1. семенного эпителия

2. клеток Лейдига

3. соединительной ткани

4. паренхимы простаты

5. клеток Сертоли

298. Рецидивирующий приапизм является разновидностью:

1. неишемического

2. болезни Пейрони

3. ишемического

4. болезни Ормонда

5. нет верного варианта

299. Какие физиотерапевтические методы применяют при лечении сосудистых копулятивных расстройств:

1. лазеротерапия

2. циркуляторный душ

3. массаж простаты

4. термотерапия

5. грязелечение

300. Укажите показания к эректотерапии:

1. снижение либидо

2. диспарауния

3. преждевременная эякуляция

4. аспермия

5. простатит

301. Основным методом диагностики рака мочеточника является:

1. восходящая уретрография

2. уретроскопия

3. уретероскопия

4. цистоскопия

5. экскреторная урография

302. Особенности проведения цистоскопии у не транспортабельных больных:

1. использование цистоскопа с 70 градусом оптики

2. использование регидного цистоскопа

3. использования фиброцистоскопа

4. правильно 1. и 2.

5. нет верных вариантов

303. Основным фактором, обуславливающим развитие ятрогенного повреждения, уретры является:

1. насильственное введение тубуса цистоскопа

2. слишком толстый диаметр тубуса цистоскопа

3. узкий диаметр уретры

4. неопытность уролога

5. все варианты верны

304. Показания для проведения уретероскопии:

1. камень уретры

2. травма уретры

3. гематурия неясного генеза

4. острый пиелонефрит

5. травма уретры

305. Основным методом диагностики рака мочеточника является:

1. восходящая уретрография

2. уретроскопия

3. уретероскопия

4. цистоскопия

5. экскреторная урография

306. В каком случае нельзя проводить уретероскопию:

1. МКБ

2. опухоль мочевого пузыря

3. киста почек

4. опухоль мочеточника

5. ДГПЖ

307. В каком случае нельзя проводить уретероскопию:

1. МКБ

2. опухоль мочевого пузыря

3. киста почек

4. опухоль мочеточника

5. ДГПЖ

308. Показания к лечебной уретерореноскопии:

1. гематурия

2. камни уретры

3. камни мочеточника

4. клапан уретры

5. ДГПЖ

309. Эндоскопическая диагностика и лечение камней чашечек, это:

1. регидная реноскопия с контактной лазерной литотрипсией

2. фибро реноскопия с пневмолитотрипсией

3. фиброреноскопия с лазерной литотрипсией

4. лапароскопическая каликолитотомия

5. нет верных вариантов

310. Что рекомендуется в первую очередь при повреждении нижней полой вены при лапароскопических операциях?

1. ушить кровотечение

2. клипировать титановым клипсами

3. увеличить внутрибрюшное давление

4. клипировать V клипами

5. ничего не предпринимать

311. Что необходимо клипировать в первую очередь при лапароскопической нефрэктомии?

1. почечную вену

2. надпочечниковую артерию

3. надпочечниковую вену

4. почечную артерию

5. лоханку

312. Больной Ш., 25 лет, поставлен диагноз МКБ камень средней трети мочеточника слева. На УЗИ и на рентген исследования размер камня около 3 см, камень высокой плотности из анамнеза такой диагноз был установлен 3 года назад. Какой метод операции наиболее приемлем?

1. лапароскопическая уретеролитотомия

2. контактная пневмотическая литотрипсия

3. контактная ультрозвуковая литотрипсия

4. дистанционная литотрипсия

5. стентирование мочеточника

313. Урахус по отношению к предпузырной фасции расположен:

1. кпереди к предпузырной фасции

2. в толще предпузырной фасции
3.позади предпузырной фасции
4. сбоку от предпузырной фасции

5. снизу от предпузырной фасции

314. При нефропексии используется мышца глубокого отдела поясничной области:

1. квадратная мышца поясницы
2. мышца, выпрямляющая позвоночник
3.большая поясничная мышца
4. поперечная мышца живота

5. нет верных вариантов

315. Распространение гноя на бедро, во влагалище прямых мышц живота и в брюшную полость происходит из следующего клетчаточного пространства таза

1. позадипрямокишечного
2. предпузырного
3. боковых клетчаточных пространств таза
4. всех вышеперечисленных

5. нет верных вариантов

316. Дренирование предпузырного клетчаточного пространства по Буяльскому - Мак - Уортеру осуществляется:

1. из мочеполовой диафрагмы
2. из глубокой поперечной мышцы промежности
3.из внутренней и наружней запирательных мышц, запирательной мембраны
4. из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы

5. нет верных вариантов

317. При выполнении внутритазовой анестезии по Школьникову новокаин вводят в фасциальный футляр

1.подвздошно-поясничной мышцы
2. наружной запирательной мышцы
3. внутренней запирательной мышцы
4. мышцы, поднимающей задний проход

 5. нет верных вариантов

318. Быстрое метастазирование клеток опухоли яичка возможно

1. в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
2. во внутренние подвздошные лимфатические узлы
3.в поясничные лимфатические узлы
4. в общие подвздошные лимфатические узлы

5. нет верных вариантов

319. Уровень калия в сыворотке крови в норме составляет

1. 2.25 ммоль/л
2.2.5 ммоль/л
3. 3.35 ммоль/л
4. 4.5 ммоль/л

5. 5.5 ммоль/л

320. Основные клинические проявления гиперкалиемии являются

1. рвота, понос
2. аритмия, желудочный ритм
3. мерцание желудочков
4.все ответы правильные

5. правильно 1. и 2.

321. Образование мочевой кислоты из пуринов катализируется

1. аденил-кислой дезаминазой
2. аллантоиназой
3. уреазой
4.ксантаноксидазой

5. нет верных вариантов

322. Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает

 1. в течение 6-ти месяцев

 2. в течение 1-го года

 3. в течение 2-х лет

 4. в течение 3-х лет

5. в течение 4-х лет

323. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – это

1. узелковая пролиферация стромальной и железистой ткани в периуретральной области

2. гипертрофия простаты

3. рак простаты

4. атрофия простаты

5. простатит

324. Согласно зональной концепции строения предстательной железы развитие гиперплазии начинается из:

1. центральной зоны

2. транзиторной

3. мышечно-стромального сегмента

4. периферической

5. верны все варианты

325. Больная, женщина 60 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (85 г/л). Вероятный диагноз:

1. поражение почек при артериальной гипертензии

2. миеломная болезнь

3. амилоидоз

4. хронический пиелонефрит

5. хронический цистит

326. У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует подумать:

1. об удвоении почек

2. о поликистозе почек

3. о раке почки

4. о хроническом пиелонефрите

5. о цистите

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

1. гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов

2. цистит

3. наличие инородных тел

4. специфический уретрит

5. простатит

328. Односторонняя макрогематурия у детей является патогномоничным симптомом

1. при болезни Верльгофа

2. при узелковом периартериите

3. при остром гломерулонефрите

4. при опухоли почки

5. туберкулеза почек

329. При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить

1. ретроградную пиелографию

2. экскреторную урографию

3. цистоскопию

4. цистоуретерографию

5. обзорную урографию

330. Гемоглобинурия у детей является результатом

1. острого пиелонефрита

2. острого гломерулонефрита

3. некротического папиллита

4. отравления анилином

5. нет верного варианта

331. Не требует лечения у детей

1. ренальная форма анурии

2. экстраренальная форма анурии

3. субренальная форма анурии

4. физиологическая анурия новорожденных

5. физиологический фимоз новорожденных

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

1. тотальная эписпадия

2. промежностная гипоспадия

3. субсимфизарная эписпадия

4. клапан задней уретры

5. все варианты верны

333. Наиболее тяжелое клиническое течение клапанной обструкции уретры характерно в возрасте

1. новорожденные и дети грудного возраста

2. 1-3 лет

3. 3-5 лет

4. 7 лет

5. 10 лет

334. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике разрыва уретры является

1. экскреторная урография

2. восходящая уретрогафия

3. цистоскопия

4. урофлоуметрия

5. обзорная урография

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

1. для нейрогенного мочевого пузыря

2. для клапана задней уретры

3. для тотальной эписпадии

4. для эктопии устья добавочного мочеточника

5. нет верных вариантов

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

1. гормональную терапию

2. оперативное лечение в плановом порядке

3. экстренное оперативное лечение

4. оперативное лечение в возрасте старше 5 лет

5. экскреторную урографию

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

1. повышенным внутриутробным давлением

2. диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами

3. травмой пахово-мошоночной области

4. незаращением вагинального отростка

5. нет верных вариантов

338. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является:

1. недержание мочи

2. неудержание мочи

3. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

4. задержка мочи

5. верны все варианты

339. Для нефритического синдрома характерны:

1. гипертензия, отеки, гематурия

2. отеки, лейкоцитурия

3. гипертензия, гематурия

4. гипертензия, протеинурия

5. макрогематурия, протеинурия

340. Какие из нижеперечисленных признаков необходим для диагностики интерстициального цистита?

1. микрогематурия

2. типичная морфологическая картина биоптата слизистой мочевого пузыря

3. недержание мочи в анамнезе

4. боль внизу живота и/или учащенное мочеиспускание

5. неудержание мочи

341. Абактериальная пиурия – признак:

1. острого гломерулонефрита

2. острого пиелонефрита

3. хронического пиелонефрита

4. туберкулеза почек

5. рак почки

342. Обследование пациента при наличии учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии следует начать с:

1. цистоскопии

2. внутривенной урографии

3. анализа мочи

4. УЗИ почек

5. восходящей уретрографии

343. При лейкоцитурии, стерильной моче и выявленной при УЗИ деформации почек можно заподозрить:

1. рак почки

2. хронический пиелонефрит

3. аномалию почек

4. туберкулез почек

5. все варианты верны

344. Больной М., 20 лет, поступил в тяжелом состоянии с высокой температурой тела и ознобом. При осмотре кожные покровы с желтушным оттенком. Пульс 120 ударов в мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, с обеих сторон прощупываются увеличенные почки. При цистоскопии: выраженное уретероцеле с точечным отверстием на обеих сторонах. Экскреторная урография не сделана из-за ХПН (мочевина крови 2,0 г/л, креатинин 0,05 г/л, изостенурия). На антеградной пиелограмме: выраженное расширение чашечек, лоханок и удлинение мочеточников с обеих сторон. Укажите причину заболевания?

1. поликистоз почек

2. двустороннее уретероцеле

3. гидроуретеронефроз

4. пионефроз

5. цистит

345. Уточнить диагноз и установить причину гидронефроза позволяют все перечисленные методы, кроме:

1. УЗИ

2. экскреторной урографии

3. уретероцистоскопии

4. ретроградной уретеропиелографии

5. нет верных вариантов

346. Метод дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии:

1. пальпация

2. УЗИ

3. ангиография

4. КТ

5. обзорная урография

347. Какие осложнения могут быть после перенесенного гнойного уретрита?

1. абсцесс почки

2. множественные стриктуры уретры

3. гнойные свищи уретры

4. рак уретры

5. рак простаты

348. Спортивный врач, обследуя 18-летнего юношу, обнаружил протеинурию. Гематурии нет. Масса тела – 72 кг. АД нормальное, отеков нет. Порция мочи собранная в вертикальном положении содержала 672 мг креатинина и 1000 мг белка, в горизонтальном положении – 690 мг креатинина и 50 мг белка. Согласуются ли результаты этих проб мочи с диагнозом ортостатической протеинурии?

1. да

2. нет

3. есть основания предполагать наличие заболеваний почек

4. есть основания предполагать наличие заболеваний печени

5. есть основания предполагать наличие заболеваний кишечника

349. 62-летний мужчина обратился с жалобами на присутствие в моче крови в течение 2 дней. Он похудел на 4,5 кг и последние 3 месяца потеет по ночам. В крови: креатинин 23 мг/л, моча розовая, содержит более 5 г/л белка. Каков вероятный диагноз?

1. карцинома почки или системное заболевание с вовлечением клубочков

2. гломерулонефрит

3. пиелонефрит

4. цистит

5. простатит

350. Какой возбудитель уретрита, устойчивый к тетрациклину, чувствителен к эритромицину?

1. хламидия

2. уреаплазма

3. гонококк

4. вирус герпеса

5. трихоманада

351. 35-летний мужчина поступил с односторонним увеличением паховых лимфоузлов. Лимфоузлы болезененные, нагнаиваются. В воспалительный процесс вовлечена прямая кишка. Больной отрицает какую-либо патологию половых органов в прошлом. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. венерическая лимфогранулема

2. мягкий шанкр

3. герпес

4. донаваноз

5. нет верных вариантов

352. При подозрении диагноза закупорки мочевыводящих путей необходимо:

1. катетеризация мочевого пузыря

2. цистоскопия

3. рентгенологическое исследование

4. УЗИ

5. все варианты верны

353. У здорового новорожденного мужского пола оба яичка не пальпируются, мошонка плоская, но складчатая. С чего следует начать обследование и лечение?

1. рекомендовать консультацию уролога в возрасте 6 мес.

2. ввести ХГ и определить уровни ЛГ, ФСГ и тестостерона

3. исключить присутствие матки пальцевым ректальным исследованием и УЗИ таза

4. безотлагательно выполнить орхипексию

5. УЗИ почек и м/п

354. У новорожденного мальчика имеются выраженная членомошоночная гипоспадия и односторонний крипторхизм (яичко не пальпируется). Каков вероятный диагноз?

1. врожденная гиперплазия надпочечников

2. резистентность к андрогенам

3. истинный гермафродитизм

4. истинный гермафродитизм или смешанная дисгенезия гонад

5. ложный гермафродитизм

355. Проявлениями нефротического синдрома являются все, кроме:

1. гематурия;

2. протеинурия (>3г/сут)

3. гипопротенемия

4. отеки

5. нет верных вариантов

356. У мальчика 4-х лет, половой член уменьшен в размерах, искривлен к низу, мошонка расщеплена на две половины, нарушенное отверстие мочеиспускательного канала находится на промежности, мочится сидя. Ваш диагноз?

1. гипоспадия, промежностная форма

2. эписпадия

3. острый фимоз

4. гипоспадия, головчатая форма

5. крипторхизм

357. Укажите, что означает термин протеинурия и как ее определяют?

1. содержание белка в моче, обнаруживается с помощью индикаторной полоски

2. содержание глюкозы в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью

3. содержание кетоновых тел в моче, обнаруживается Фелинговой жидкостью

4. содержание кетоновых тел в моче, определяется экспресс-методом

5. нет верных вариантов

358. Для микробиологической диагностики гонореи исследуют:

1. испражнения

2. мочу, отделяемое уретры и влагалища

3. спинномозговую жидкость

4. слизь из носоглотки

5. кровь

359. Больная 36 лет, жалуется на слабость, снижение трудоспособности, жажду, полиурию. Кожные покровы бледные, питание нормальное, отеков нет. С обеих сторон прощупываются увеличенные неподвижные почки. Симптом Гольдфлама отрицателен. Дизурии нет. В моче низкий удельный вес, единичные эритроциты в поле зрения. В крови нормохромная анемия, СОЭ – 40 мм/ч, мочевина крови – 0,80 г/л, креатинин – 0, 025 г/л. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

1. несахарный диабет

2. заболевания, сопровождающихся ХПН

3. ангина

4. гломерулонефрит

5. пиелонефрит

360. Укажите абсолютные признаки туберкулеза мочеполовых органов:

1. микобактерии туберкулеза в моче

2. наличие каверны в почках

3. наличие туберкулезных бугорков в биоптате

4. все ответы верны

5. нет верных вариантов

361. У пациентки 45 лет, признаки хронического цистита с упорным течением, при цистоскопии: ограниченный участок поражения с белыми серебристого оттенка плоскими бляшками неправильной формы с отчетливыми краями, слегка возвышаются над слизистой мочевого пузыря, местами подрыты, окружены четкой зоной гиперемии. Ваш диагноз?

1. хронический цистит

2. простая язва мочевого пузыря

3. рак мочевого пузыря

4. лейкоплакия мочевого пузыря

5. нет верных вариантов

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

1. наблюдение в динамике

2. пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3. повторные пункции с введением гидрокортизона

4. оперативное лечение в плановом порядке

5. нет верных вариантов

363. Препаратом выбора лечения больных с ноктурией при гиперактивном мочевом пузыре является:

1. Омник (ɑ-адреноблокатор)

2. прозерин

3. папаверина гидрохлорид

4. но-шпа

5. диклофенак

364. Препаратом выбора лечения больных детей старше 6 лет с ночным энурезом является:

1. минирин (десмопрессин)

2. прозерин

3. омник

4. но-шпа

5. диклофенак

365.Какие виды гематурии могут быть проявлением рака паренхимы почки:

1. микрогематурия

2. тотальная

3. физиологическая

4. тотальная со сгустками

5. все варианты верны

366.Содержание в сыворотке крови простатического специфического антигена в норме:

1. 0 – 4 нг/мл

2. более 6 нг/мл

3. более 10 нг/мл

4. более 18 нг/мл

5. нет правильных вариантов

367.Укажите наиболее вероятную причину нефротического синдрома:

1. сифилис

2. поликистоз почек

3. диабетическая нефропатия

4. амилоидоз

5. нет правильных вариантов

368.В пробе Зимницкого оценивают:

1. колебания относительной плотности мочи

2. уровень протеинурии

3. скорость клубочковой фильтрации

4. соотношение креатинина

5. все варианты верны

369.Женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Локально: признаки воспаления слизистой. Какие дополнительные лабораторные исследования позволяют выявить этиологию заболевания:

1. цитологическое исследование мазков из уретры и цервикального канала

2. УЗИ органов малого таза

3. культивирование и ПЦР-диагностика бактерий и простейших в материале

4. кольпоскопия

5. все варианты верны

370.При диабетической нефропатии в стадии протеинурии суточная потеря белка с мочой составляет:

1. менее 30 мг за сутки

2. от 30 до 300 мг за сутки

3. 300 и более мг за сутки

4. менее 100 мг за сутки

5. более 500 мг за сутки

371.В первой фазе менструального цикла:

1. секреция прогестерона достигает максимальных значений

2. происходит рост и интенсивное развитие базального слоя эндометрия

3. секреция ЛГ нарастает постепенно, достигая максимальных значений

4. происходит разрастание гранулезных клеток фолликула

5. ничего не происходит

372.Зрелость фолликула можно определить:

1. по уровню ФСГ в крови

2. по уровню прогестерона в крови

3. по уровню прегнандиола в моче

4. при УЗИ

5. все варианты верны

373.В каких из перечисленных видов томографии используется рентгеновское излучение:

1. компьютерная томография (КТ)

2. магнитно-резонансная томография (МРТ)

3. однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ)

4. позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

5. обзорная урография

374.Для изучения скорости кровотока в сосудах используют:

1. рентгеноскопию

2. допплерографию

3. кимографию

4. термографию

5. КТ

375.При подозрении на гидронефроз наиболее рациональной методикой диагностики является:

1. обзорная рентгенография

2. экскреторная урография

3. ретроградная пиелография

4. ультразвуковое исследование

5. нет верных вариантов

376.Определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек позволяет:

1. сцинтиграфия почек

2. экскреторная урография и УЗИ

3. обзорная рентгенография органов брюшной полости

4. томография в условиях пневморетроперитонеума

5. восходящая уретрография

377. Рак – это:

1. злокачественная опухоль из мезенхимальной ткани

2. злокачественная опухоль из меланинобразующей ткани

3. злокачественная опухоль из эпителиальной ткани

4. злокачественная опухоль из кроветворной ткани

5. доброкачественная опухоль.

378. Анафилактический шок ведет к понижению АД за счет первичного снижения:

1. сердечного выброса

2. объема циркулирующей крови

3. ударного объема

4. общего периферического сопротивления

5. нет правильных вариантов

379. Для выявления различий в химическом составе клеточной стенки грациликутных и фирмикутных бактерий используют следующие методы:

1. окраска по методу Грама

2. окраска по методу Романовского-Гимзы

3. окраска по методу Циля-Нильсена

4. окраска гематоксилином-эозином

5. нет правильных вариантов

380. Наибольшей устойчивостью к действию неблагоприятных факторов среды обитания обладают:

1. вегетативные формы бактерий

2. споры бактерий

3. L-формы бактерий

4. дремлющие формы бактерий

5. все варианты верны

381. Для сложных вирусов характерны следующие структурные особенности:

1. имеют спиральный тип симметрии капсида

2. имеют сердцевинные ферменты

3. имеют суперкапсид

4. лишены капсида

5. не имеют сердцевинные ферменты

382. Для простых вирусов характерны следующие физиологические особенности:

1. высокая скорость репродукции

2. способность к биосинтезу нуклеиновых кислот

3. высокая чувствительность к детергентам

4. способность к длительному сохранению во внешней среде

5. нет правильных вариантов

383. Бета-лактамные антибиотики активны в отношении следующих групп микроорганизмов:

1. грибы

2. L-формы бактерий

3. молликутные бактерии

4. фирмикутные бактерии

5. все варианты верны

384. На бактерии, расположенные внутри клетки хозяина, действуют следующие антибиотики:

1. ампициллин

2. амоксициллин + клавуланат

3. гентамицин

4. тетрациклин

5. цефазолин

385. Отрицательный результат бактериологического исследования крови может быть получен не ранее следующего срока:

1. 3 часа

2. 24 часа

3. 72 часа

4. 10 суток

5. 20 суток

386. Определение активности внутриклеточных ферментов в сыворотке крови при биохимическом анализе позволяет установить

1. факт разрушения клеток, для которых определяемый фермент является специфичным

2. недостаточность биосинтеза того или иного фермента

3. наличие гиповитаминоза К

4. нарушения свертывания крови

5. все варианты верны

387. В ткани почек происходят реакции образования:

1. мочевой кислоты

2. кальцитриола

3. мочевины

4. натрийуретического фактора

5. все варианты верны

388. В процессе ультрафильтрации в мочу попадают:

1. все компоненты плазмы крови

2. только компоненты небелковой природы

3. низкомолекулярные соединения и вещества белковой природы массой до 50кДа

4. только те вещества, которые не могут быть подвергнуты реабсорбции

5. все варианты верны

389. Какое из приведённых утверждений относительно раковых клеток не соотвествует действительности?

1. они синтезируют белки в 10 раз быстрее, чем нормальные клетки

2. они продуцируют теломеразу

3. они утрачивают способность контролировать пролиферацию

4. они утрачивают способность к окислительному фосфорилированию АТФ

5. правильны 1. и 2..

390. Фенилкетонурия развивается при

1. неспособности клеток синтезировать фенилаланин

2. неспособности клеток утилизировать кетоновые тела

3.неспособности клеток обеспечивать превращение фенилаланина в тирозин

4. недостатке белков в питании ребёнка

5. недостатке витаминов в питании ребенка

391. Мочевина синтезируется в организме человека преимущественно…

1. в головном мозге

2. в почках

3. в печени

4. в тонкой кишке

5. в легких

392. Выдается ли листок нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы в период очередного отпуска?

1. нет

2. да

3. в зависимости от тяжести заболевания

4. в зависимости от места нахождения

5. правильны 2. и 4.

393. Имеет ли право гражданин в системе обязательного медицинского страхования на получение медицинской помощи вне постоянного места жительства?

1. нет

2. да

3. в зависимости от тяжести заболевания

4. в зависимости от места нахождения

5. правильны 2. и 4.

394. Как определить стоимость лечения:

1.стоимость койко-дня х средняя длительность пребывания больного на койке

2. расходы за год / число койко-дней

3. расходы за год / число лечившихся за год

4. расходы по счет фактуре со стационара

5. правильны 1. и 4.

395. Какие элементы включает цена медицинской услуги?

1. себестоимость и прибыль

2. стоимость и себестоимость

3. стоимость и прибыль

4. прибыль

5. нет верных вариантов

396. Какие синдромы выделяют в урологии и андрологии:

1. болевой, гематурический, нефротический, дизурический и отечный

2. болевой, синдром качественных и количественных изменений, дизурический и патологических выделений из уретры

3. болевой и дизурический

4. болевой, гипертонический и дизурический

5. нет верных вариантов

397. Образованию коралловидных камней в мочевых путях чаще способствует:

1. ангина

2. гиперпаратиреоз

3. инфекция мочевыводящих путей

4. нарушение уродинамики

5. ДГПЖ

398. Предположение о нефролитиазе может возникнуть при наличии:

1. макрогематурии

2. микрогематурии

3. пиурии

4. почечной колики

5. бактериурии

399. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является

1. болезненное мочеиспускание

2. острая задержка мочи

3. гематурия

4. пиурия

5. бактериурии

400. Назовите показатель, который наиболее надежно позволяет отличить почечную гиперкальциурию от гиперкальциурии из-за усиленного всасывания кальция в кишечнике:

1. гипоцитратурия

2. суточная экскреция кальция с мочой

3. повышенный уровень ПТГ в сыворотке крови

4. повышенное содержание кальция в сыворотке

5. бактериурия

401.Какое заболевание не принимают во внимание при дифференциальной диагностике у больных с МКБ, состоящими только из фосфата кальция:

1. гиперпаратиреоз

2. инфекция мочевых путей

3. гипоцитратурия

4. почечный канальцевый ацидоз

5. бактериурия

402. Какие камни образуются при щелочной среде?

1. оксалатные и фосфатные

2. фосфатные и карбонатные

3. оксалатные и уратные

4. уратные и фосфатные

5. нет верных вариантов

403. У больного 20-ти лет камень правого мочеточника, острый правосторонний пиелонефрит, бактериемический шок. Провести мочеточниковый катетер выше камня не удалось. В этом случае целесообразно:

1. проводить более интенсивную антибактериальную терапию

2. назначить в/в введение антибиотиков

3. провести эндолимфатическое введение антибиотиков

4. произвести операцию – ревизию почки, нефростомию

5. катетеризацию мочевого пузыря.

404. Больной ребенок 3-х лет поступил по поводу почечной колики, камня н/з правого мочеточника, с развитием гнойного пиелонефрита. Болеет 10 дней. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение 1,5 ч наблюдения. Больному необходимы:

1. плановое обследование с целью уточнения функции почек

2. катетеризация мочеточника

3. уретеролитотомия

4. срочная операция – ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия

5. наблюдение

405.Симптом, наиболее информативный при приступе колики:

1. наличие гематурии

2. наличие солей в осадке мочи

3. протеинурия

4. четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии

5. оксалурия

406.При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, характерной локализацией и иррадиацией боли является:

1. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

2. подреберье с иррадиацией под лопатку

3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область

4. паховая область с иррадиацией в бедро

5. за грудиной с иррадиацией в левую лопатку

407. Какие камни образуются в почках в кислой среде?

1. оксалатные и уратные

2. фосфатные и карбонатные

3. оксалатные и фосфатные

4. уратные и фосфатные

5. верны все варианты

408. Рентгеноэндоскопическими методами удаления камней являются все, кроме:

1. трансуретральная рентгенэндоскопическая эндохирургия

2. трансуретральная уретеролитотрипсия и литоэкстракция

3. перкутанная рентгенэндоскопическая хирургия

4. ДУВЛ

5. верны все варианты

409. Наибольшая опасность возникновения апостематозного нефрита возникает

1. при камне верхней чашечки

2. при камне лоханки

3. при коралловидном камне почки

4. при камне мочеточника

5. при камне мочевого пузыря

410. Укажите возможные причины почечной колики, не связанных с МКБ:

1. эмболия почечной артерии и ее ветвей

2. венозный тромбоз

3. острое повышение внутрипочечного венозного давления при внезапном смещении почки у больных нефроптозом

4. оторвавшаяся опухоль лоханки

5. все перечисленное

411. Максимальный размер камней, от которых можно ожидать самостоятельного отхождения на фоне консервативной терапии:

1. 5-7 мм

2. до 5 мм

3. до 12 мм

4. 2-4 мм

5. до 20 мм.

412. Укажите какие заболевания и состояния являются фактором риска повторного камнеобразования:

1. болезнь Крона

2. резекция тонкой кишки

3. синдром мальабсорбции

4. гиперпаратиреоз

5. все перечисленное

413. Экскреция кальция при гиперкальциурии составляет:

1. ˃ 5 ммоль/сут

2. ˃ 10 ммоль/сут

3. ˃ 8 ммоль/сут

4. ˃ 12 ммоль/сут

5. ˃ 18 ммоль/сут

414. Экскреция оксалатов при гипероксалурии составляет:

1. ˃ 5 ммоль/сут

2. ˃ 0,5 ммоль/сут

3. ˃ 8 ммоль/сут

4. ˃ 12 ммоль/сут

5. ˃ 18 ммоль/сут

415. Экскреция мочевой кислоты при гиперурикозурии составляет:

1. ˃ 5 ммоль/сут

2. ˃ 0,5 ммоль/сут

3. ˃ 4 ммоль/сут

4. ˃ 12 ммоль/сут

5. ˃ 18 ммоль/сут

416. Экскреция фосфатов при гиперфосфатурии составляет:

1. ˃ 5 ммоль/сут

2. ˃ 0,5 ммоль/сут

3. ˃ 35 ммоль/сут

4. ˃ 12 ммоль/сут

5. ˃ 18 ммоль/сут

417. Укажите наиболее часто встречающие возбудителей пиелонефрита:

1. кишечная палочка

2. протей

3. стафилококки

4. трихоманада

5. стрептококки

418. Каким методом проводят дифференциальную диагностику хронического бактериального простатита с синдромом хронической тазовой боли (СХТ2.:

1. общий анализ мочи

2. мазок из уретры

3. ИФА крови

4. двух стаканная проба

5. секрет простаты

419. Укажите наиболее благоприятный для больного путь самостоятельного опорожнения абсцесса простаты

1. полость прямой кишки

2. промежность

3. брюшная полость

4. поясничная область

5. мочевой пузырь

420. Выберите методы оперативного лечения абсцесса простаты

1. некрэктомия

2. вскрытие и дренирование

3. пунктирование

4. лампасные разрезы

5. пункция абсцесса

421. Наиболее частой локализацией метастазов рака простаты являются:
1. кости таза
2. легкие
3. печень
4. регионарные лимфатические узлы

5. головной мозг

422. Методом подтверждения рака простаты является:
1. экстреторная урография
2. биопсия простаты
3. уретроскопия
4. УЗИ

5. цистоскопия

423. Обтурационную анурию вызывают:
1. киста почки
2. инфаркт почки
3. камни мочеточников
4. сморщивание почек

5. все варианты верны

424. Для дифференциальной диагностики секреторной и экскреторной форм анурии применяются:

1. УЗИ мочевой системы
2. радиоизотопная ренография
3. экскреторная урография
4. почечная артериография

5. все варианты верны

425. При опухоли почки наиболее характерной является гематурия:
1. инициальная
2. терминальная
3. тотальная
4. микрогематургия

5. нет верных вариантов

426. При острой травме мочеиспускательного канала уретрография:
1. показана обязательно в первые часы
2. не обязательна
3. не показана

4.показана через 3 дня

5. показана через 5 дней

427. Для выявления наружных контуров почки не информативен:
1. пневмоперитонеум
2. ретропневмоперитонеум
3. ретроградная пиелография
4. УЗИ почек

5. все варианты верны

428. Остеобластические метастазы в костях таза наиболее характерны для:
1. рака паренхимы почки
2. рака лоханки почки
3. рака мочевого пузыря
4. рака простаты

5. рака мочеточника

429. Причинами постренальной анурии могут быть:
1. острый гломерулонефрит
2. острый уретрит
3. хронический эпидидимит
4. рак шейки матки

5. все варианты верны

430. Хромоцистоскопия применяется для:
1. определения проходимости мочеточников
2. диагностики рака почки
3. диагностики камней почек
4. диагностики стриктур уретры

5. диагностики рака простаты

431. Катетеризация мочевого пузыря используется с целью:
1. оказания помощи при почечной колике.
2. оказания помощи при анурии.
3. оказания помощи при острой задержки мочеиспускания.
4. диагностики разрыва уретры.

5. все варианты верны

432. Какое рентгеноконтрастное вещество не применяется для выполнения экстреторной урографии?

1. верографин
2. уротраст
3. иодолипол
4. ультравист

5. триомбраст

433. Нижняя каваграфия выполняется с целью:
1. уточнения состояния почечных вен
2. диагностики опухолевого тромба в полой вене при раке почки
3. диагностики нефроптоза
4. диагностики острого пиелонефрита

5. верны все варианты

434. Медикаментозное лечение почечной колики:
1. спазмолитики
2. аналгетики
3. нейролептики
4. спазмолитик + аналгетик + нейролептик

5. антибиотики

435. Показания для удаления камня из мочеточника в нижней трети:
1. гидроуретеронефроз
2. острый пиелонефрит
3. карбункул почки
4. доброкачественная гиперплазия простаты

5. рак простаты

436. Радикальным лечением рака почки является:
1. радикальная нефрэктомия
2. гормонотерапия
3. иммунотерапия
4. лучевая терапия

5. антибактериальная терапия

437. Адекватным лечением рака простаты Т3, 4N1 М1 является:
1. антиандрогенная терапия
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. простатэктомия

5. антибактериальная терапия

438. По клиническому течению на сколько стадий делят ДГПЖ
1. 2
2. 3
3. 4

4. 5

5. 6

439. При какой стадии ДГПЖ определяется наличие «остаточной мочи»
1. 1
2. 3

3. 2
4. такого симптома нет

5. нет верных вариантов

440. Укажите простейший метод скринингового теста при инфравезикальной обструкции:

1. УФМ
2. цистоманометрия
3. цистография

4. биопсия простаты

5. цистоскопия

441. Цистоманометрией при ДГПЖ можно определить
1. внутрибрюшное давление
2. внутрипузырное давление
3. состояние уретрального сфинктера
4. состояние шейки мочевого пузыря

5. состояние слизистой мочевого пузыря

442. При каком увеличении ПСА крови больному показана биопсия простаты?

1. до 4 нг/мл
2. выше 20 нг/мл
3. выше 10 нг/мл
4. выше 30 нг/мл

5. ниже 4 нг/мл

443. Какой препарат является селективным адрено-блокатором:
1. финастерид
2. палин
3. афала

4. тамсулозин

5. правильных вариантов нет

444. Какие препараты назначают для уменьшения тонуса гладких мышц простаты:
1. селективные ɑ-адреноблокаторы
2. ингибиторы 5-ɑ-редуктазы
3. антибиотики
4. уроантисептики

5. НПВС

445. Какой препарат назначают с целью уменьшения массы простаты:
1. селективные ɑ-адреноблокаторы
2. ингибиторы 5-ɑ-редуктазы
3. антибиотики
4. уроантисептики

5. НПВС

446. Одним из преимуществ ТУР метода в лечении ДГПЖ является:
1. большая травматизация тканей

2. дороговизна метода
3. малоинвазивность
4. ограниченное поле зрения

5. верны все варианты

447. Укажите радикальный метод оперативного лечения ДГПЖ:
1. позадилонная аденомэктомия
2. ТУР
3. промежностная аденомэктомия
4. чреспузырная аденомэктомия

5. все варианты верны

448. Выполнение вне плановой операции при ДГПЖ по ургентным показаниям называется:

1. неотложная аденомэктомия
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. простатэктомия

5. ТУР

449. Адекватным лечением рака простаты Т3, 4N1М1является:
1. антиандрогенная терапия
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. простатэктомия

5. ТУР

450. Экстренная аденомэктомия выполняется в течение:
1. 2 суток
2. 24ч с момента заболевания
3. 3 суток
4. сразу при поступлении

5. 6 суток

451. Срочную аденомэктомию необходимо выполнить не позднее:
1. суток
2. недели
3. 72ч с момента поступления больного в стационар
4. в течение 3 суток

5. в течение 6 суток

452. Добавочная почка относится к аномалиям:
1. количества
2. расположения
3. структуры

4. сосудов

5. верны все варианты

453. По классификации Лопаткина и Люлько, дермоидная киста относится к:
1. мультикистозной почке
2. диспластической почке
3. солитарной кисте почки
4. сочетанным аномалиям

5. все варианты верны

454. Олигомеганефрония - это:
1. уменьшение размеров почки и количества клубочков, увеличенных в размерах
2. увеличение чашечек
3. удвоение лоханок
4. стеноз сосудов

5. такого понятия нет

455. У кого чаще всего встречается тотальная простая дисплазия почки:
1. взрослые женщины
2. девочки

3. у мальчиков
4. юношей

5. взрослые мужчины

456. Размеры рудиментарной почки колеблется в пределах:
1. от 1 до 2 см
2. до 0,5 см

3. до 5 см
4. до 20 см

5. до 40 см

457. При какой патологии определяется симптом «серпа» или симптом «открытой пасти»:

1. поликистоз почек
2. камень мочеточника
3. солитарная киста
4. болезнь Ормонда

5. мультикистоз

458. Синдром яичковой вены это:
1. пережатие мочеточника венами яичка справа
2. пережатие мочеточника добавочным почечным сосудом
3. пережатие мочеточника опухолью
4. варикоцеле вен лозовидного сплетения

5. все варианты верны

459. Что представляют собой клапаны мочеточника:
1. перегиб мочеточника
2. дубликатуру слизистой оболочки
3. деформацию мочеточника
4. укорочение мочеточника

5. стриктура мочеточника

460. Уретероцеле еще называют
1. опухолью мочевого пузыря
2. опухолью простаты
3. уретеровезикальная киста
4. простатодиния

5. нет верного варианта

461. Какую цель надо преследовать при лечении аномалий строения и формы мочеточников:

1. восстановление пассажа мочи
2. реконструкция мочеточника
3. антибактериальная терапия
4. диспозиция мочеточника

5. все варианты верны

462. Ахалазия мочеточника - это
1. мегауретер

2. расширение нижнего цистоида мочеточника
3. гидронефроз
4. уретероцеле

5. стриктура мочеточника

463. Лечение мегауретера
1. антиандрогенная терапия
2. лучевая терапия
3. только хирургическое
4. консервативная

5. противовоспалительная терапия

464. Сколько степеней пузырно-мочеточникового рефлюкса выделяют по классификации Лопаткина и Пугачева:
1. 5
2. 4
3. 3
4. 6

5. 7

465. При гиперактивности детрузора мочевого пузыря назначают:
1. антиандрогенную терапию
2. лучевую терапию
3. М - холинолитики
4. оперативное

 5. НПВС

466. При ПМР выполняют операцию:
1. Иваниссевича
2. Боари
3. Винкельману
4. по Личу-Грегуару

5. верны все варианты

467. Клинический симптом, характерный удвоению мочевого пузыря:
1. постоянное недержание мочи
2. неудержание мочи
3. императивные позывы
4. ОЗМ

5. цистит

468. Болезнь Мариона - это:
1. семинома
2. врожденная контрактура шейки мочевого пузыря
3. уретероцеле

4. дивертикулы мочевого пузыря

5. фимоз

469. Укажите локализацию врожденного клапана уретры:
1. висячий отдел
2.головка полового члена

3. ниже или выше семенного бугорка

4. в семенном бугорке

5. в простатическом отделе

470. Какой метод лечения врожденного клапана уретры:
1. не требуется
2.консервативное
3. физиотерапия

4. только хирургическое

5. нет верных вариантов

471. Какие 2 клинические формы эписпадии выделяют:
1. тотальная и субтотальная
2. с недержанием мочи и без
3. клиническая и сочетанная

4. с нарушением ЭД и без

5. нет верных вариантов

472. Клиника гипертрофии семенного бугорка схожа с клиникой:
1. семиномы
2.врожденная контрактура шейки мочевого пузыря
3. уретероцеле

4. врожденный склероз семенного бугорка

5. ГПЖ

473. Истинная эктопия яичек - это:
1. расположение яичка вне нормального пути его физиологического перемещения
2.крипторхизм
3. уретероцеле

4. гидроцеле

5. паховая грыжа

474. Опущение обоих яичек в одну половину мошонки называется:
1. гидроцеле
2. инверсия

3. грыжа

4. полиорхидия

5. крипторхизм

475. Гипогонадизм является синдромом какого заболевания:
1. Такаясу
2.Марфана
3. Клайнфельтера

4. Тея – Сакса

5. все варианты верны

476. Истинный крипторхизм - это:
1. семинома
2.агенезия яичек
3. эктопия яичек

4. не опущение из-за задержки в брюшной полости или в паховом канале

5. гидроцеле

477. Втягивающее яичко отражает состояние:
1. активизации кремастерного рефлекса
2.крипторхизм
3. эктопия яичка

4. гидроцеле

5. варикоцеле

478. Микрофаллос - это:
1. гиперплазия полового члена
2. гипоплазия полового члена
3. втянутый фаллос

4. агенезия полового члена

5. гипоспадия

479. Какие виды фимоза выделяют:
1. открытый и закрытый
2.не ясной этиологии

3. гипертрофический и атрофический

4. дивертикулы и облитерация

5. нет правильных вариантов

480. Как происходит заражение человека эхинококкозом:
1. воздушно-капельным путем
2.внутриутробноеинфицирование
3. половым путем

4. контакт с инфицированными животными

5. через кровь

481. Кожно-аллергическая реакция Казони применяется при:
1. эхинококкозе почек
2.филяритозе
3. лейшманиозе

4. слоновости половых органов

5. гидроцеле

482. При выполнении любого типа операции эхинококкоза почек необходимо:
1. сделать биопсию
2. строгое соблюдение правила обеззараживания и герметической аспирации содержимого кисты
3. выполнить нефрэктомию

4. энуклеацию кист

5. нет верных вариантов

483. Природным резервуаром мочеполового шистосоматоза является:
1. домашнее животное
2.птицы
3. человек

4. дикие животные

5. рыбы

484. Какой патогномичный признак характерен мочеполовому шистосомозу при цистоскопии:
1. признака нет
2.язвы Гуннера
3. в виде цветной капусты

4. «мушки» - крапинки на слизистой

5. песок в мочевом пузыре

485. Какой препарат назначают при мочеполовом шистосомозе:
1. Празиквантел
2.Ципрфлоксацин
3. Эритромицин

4. Цефтриаксон

5. Диклофенак

486. На чем основана окончательная диагностика филяритоза:
1. общий анализ крови
2. биопсия пораженной ткани

3. КТ

4. лучевая диагностика

5. ОАМ

487. Какой препарат обладает специфическим действием на филярии:
1. Празиквантел
2.Рыбий жир
3. Диэтилкарбамазин

4. Цефтриаксон

5. Диклофенак

488. Актиномикоз мочеполовых органов еще называют:
1. сенной лихорадкой
2.Базедова болезнь
3. уретероцеле

4. лучистогрибковая болезнь

5. трихомониаз

489. Длительность инкубационного периода актиномикоза мочеполовых органов:
1. 1 мес.
2.3 сут.
3. неизвестна

4. более года

5. более 2 лет

490. Иммунотерапия при актиномикозе проводится:
1. не проводится
2. Актинолизат п/к
3. Интерферон

4. прием иммунодепрессантов

5. НПВС

491. Внутренняя уретротомия при стриктуре выполняется при:
1. стриктуре менее 1 см

2.стриктура более 2 см
3. облитерации

4. протяженных стриктурах

5. не применяют

492. При лечении стриктуры уретры какой метод является наиболее оптимальным:
1. внутренняя уретротомия
2. иссечение стриктуры с наложением первичного анастомоза
3. уретротомия холодным ножом

4. дилатация уретры

5. нет верных вариантов

493. Какой из препаратов относится к антихолинэргическим:
1. Имипрамин
2.Тамсулозин
3. Финастерид

4. Оксибутинин

5. Канефрон

494. Нехирургическая парауретральная компрессия при лечение нарушения мочеиспускания (патологии шейки мочевого пузыря) это:
1. поведенческая терапия
2. парауретральные инъекции тефлоновой пасты или коллагена
3. имплантация влагалищной ленты

4. катетеризация мочевого пузыря

5. бужирование уретры

495. Стрессовое недержание мочи - это:
1. непроизвольная утечка мочи при напряжении без позыва на мочеиспускание
2.гиперактивный мочевой пузырь
3. подкапывание мочи

4. неудержание мочи

5. задержка мочи

496. Какая обычно используется пластическая операция при лечении ургентного недержания мочи:
1. цистэктомия
2. аугментация
3. замещение трансплантатом

4. не используется

5. ТУР

497. Свободную синтетическую петлю используют при лечении:
1. гиперактивного мочевого пузыря
2. недержания мочи при напряжении
3. нейрогенном мочевом пузыре

4. микроцистисе

5. энуреза

498. Для дифференциальной диагностики гидронефроза между обструктивным и необструктивным расширением ЧЛС и мочеточника применяют:

1. перфузионная пиеломанометрия (тест Уитакер1.
2.ретроградная уретеропиелография
3. диапевтическая уретеропиелоскопия

4. УЗИ

5. экскреторная урография

499. Синдром Гоувернера (боль в надлобковой области, дизурия, тенезмы) отмечается при каких свищах:

1. пузырно-влагалищные

2. пузырно-кишечные
3. мочеточниково-влагалищные

4. пузырно-придатковые

5. все варианты верны

500. При лечении эректильной дисфункции проводят внутрикавернозные инъекции каким препаратом:

1. Тестостерон
2.Физиологический раствор
3. Дротаверин

4. Алпростадил

5. Но-шпа