Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 06.11.2024 16:41:38
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«26» 06 2024 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Урология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:
УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:
в профилактической деятельности:
ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а так же направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
в диагностической деятельности:
ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
в лечебной деятельности:
ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;
ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
в реабилитационной деятельности:
ПК-8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
в психолого-педагогической деятельности:
ПК-9 - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Урология»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» -выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено»- выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования:

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно»выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно»выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Урология»

1. Ретро-, антеградная пиелоуретрография. Техника выполнения и виды ее осложнения.
2. Камни мочевого пузыря (симптоматология, течение, диф диагностика, методы диагностики, лечение, прогноз).
3. Функция мочевого пузыря и уретры.
4. Определите значение рентген и УЗИ диагностики при изолированных и комбинированных повреждениях почек.
5. На что следует обращать внимание при сборе анамнеза (почечная колика, травма мочевых путей).
6. Что является лучшим способом для выявления обструкции.
7. Каково давление в мочевых путях в норме и при патологии.
8. Классификация мочекаменной болезни. Виды нефролитиаза.
9. Современные взгляды на диагностику и методов лечения осложненных форм мочекаменной болезни.
10. Где образуются камни почек.
11. Можно ли у всех пациентов с камнями почек применять дистанационную ударно-волновую литотрипсию.
12. Какие существуют малоинвазивные методы деблокирования при острой суправезикальной обструкции.
13. Осложнения острого гнойного пиелонефрита. Классификация. Диагностика и лечение.
14. Что такое приапизм, диагностика и лечение.
15. Что такое первичные и вторичные камни мочевого пузыря.
16. Как установить диагноз рентген-негативного камня мочевого пузыря.
17. Имеется ли связь между степенью гематурии и тяжести повреждения почки.
18. Является ли показанием к оперативному лечению наличия экстравазации мочи.
19. Какие виды разрывов мочевого пузыря бывают.
20. Каков механизм внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота.
21. Какова лечебная тактика при камней в/3 мочеточника, осложненной уретерогидронефрозом II ст, с признаками воспаления.
22. При какой стадии гиперплазии предстательной железы (ГПЖ) возможно развитие острой задержки мочеиспускания.
23. Какие виды анурии вы знаете.
24. Каковы показания к срочному оперативному лечению при закрытой травме почки.
25. Как называется отсутствие мочи в мочевой пузыре.
26. Физиология мочеиспускания. Вид дизурии. Паллакиурия. Олигакиурия. Никтурия. Странгурия.
27. Апостематозный нефрит, карбункул почки (диф диагностика, методы диагностики, лечение, прогноз).
28. Повреждение почек (классификация, симптоматология, диф диагностика, лечение).
29. Травма мочеточника. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Повреждение мочевого пузыря (классификация, симптоматика, диф диагностика, методы диагностики, лечение).
31. Травма органов мошонки. Диагностика. Лечение.
32. Что является показаниям к скрототомии при травме мошонки.
33. Травма полового члена мирного и военного времени. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

34. Дайте определение к видам гематурии. Дифференциальная диагностика, диагностика и тактика врача.
35. Особенности острого пиелонефрита у детей, беременных и лиц пожилого возраста.
36. ДГПЖ. Эндоскопические методы лечения. Гипертермия. ТУР.
37. Какие факторы риска усиливают вероятность формирования конкремента.
38. Какой из указанных симптомов наименее характерен для обструкции выхода камня из мочевого пузыря.
39. Цель подсчета симптомов по системе IPSS ее значение для диагностики и тактики лечения.
40. Диагностика и дифференциальная диагностика причин расстройств мочеиспускания
41. Диагностика и дифференциальная диагностика причин ИВО.
42. Дифференциальная диагностика доброкачественной гиперплазии и рака простаты.
43. Объективная оценка характера и выраженности симптомов заболеваний простаты.
44. Субъективная оценка характера и выраженности симптомов заболеваний простаты.
45. Какова частота сокращений лоханки и мочеточника в 1 минуту (в норме).
46. Зональное строение предстательной железы по Mc Neal .
47. В чем заключается сущность герминативной функции яичек.
48. Сущность понятия острый эпидидимит.
49. Какие факторы способствуют развитию эпидидиита.
50. Какие симптомы подтверждает острый эпидидимит.
51. Отметьте наиболее информативный метод дифференциальной диагностики острого эпидидимита от опухоли яичка.
52. Отметьте причину развития кортикомедуллярного абсцессе почки.
53. Отметьте предрасполагающие факторы, способствущие развитию интраренального абсцесса почки.
54. Отметьте наиболее характерные изменения мочи при интраренальном абсцессе.
55. Отметьте наиболее информативный метод исследования в диагностике интраренального абсцесса почки.
56. С какой целью проводится УЗ исследование больным с интраренальным абсцессом почки.
57. Какой из указанных рентгенологических признаков наиболее характерен для интраренального абсцесса почки.
58. Отметьте клинические симптомы интраренального абсцесса почки.
59. Сущность понятия "паранефральный абсцесс"почки.
60. Согласно существующих классификаций, какие выделяют типы паранефритов.
61. Отметьте общие симптомы острого паранефрита.
62. Отметьте наиболее характерные изменения мочи при остром паранефрите.
63. Какие из исследований имеют значение в диагностике паранефрального абсцесса
64. В диагностике паранефрального абсцесса могут быть проведены какие рентгенологические исследования.
65. Какой из указанных рентгенологических признаков, на экскреторной урограмме, специфичен для паранефрального абсцесса.
66. Отметьте признаки паранефрального абсцесса на компьютерной томографии.
67. Лечение паранефрального абсцесса.
68. Отметьте основные патогенетические факторы развития восходящей ИМТ у женщин
69. Отметьте основные свойства ультразвуковых волн, лежащие в основе диагностических исследований .
70. Какие конкременты выявляются при УЗС почек.
71. Какие почечные кисты возможно пунктировать под УЗ контролем.

72. Какие условия необходимы для выполнения чрескожной (перкутанной) нефростомии под УЗ контролем.
73. Отметьте инвазивные вмешательства выполняемые под УЗ контролем.
74. С какого исследования следует начать рентгенологическое обследование урологического больного.
75. Отметьте контрастные препараты, используемые для рентгенологических исследований в урологии.
76. Показания и противопоказания к экскреторной урографии.
77. В каких случаях показана инфузионная урография.
78. Отметьте препараты, нейтрализующие йодистые контрастные вещества.
79. Отметьте оптимальные сроки выполнения R-снимков при экскреторной урографии.
80. Отметьте показания к выполнению цистографии.
81. Отметьте основные причины появления дефектов наполнения верхних мочевых путей.
82. Показания к ретроградной уретеропиелографии.
83. Показания к антеградной пиелоуретерографии.
84. От чего зависит плотность мочи.
85. В следствии каких причин наиболее часто наблюдается повышение значения РН мочи (выше 7,0).
86. Какой из указанных исследований позволяет оценить суммарную функцию почек.
87. Какой из указанных исследований позволяет оценить раздельную функцию почек.
88. Нормальные значения клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции у здорового человека.
89. Отметьте нормальные значения содержания форменных элементов крови в 1 мл мочи у здорового человека.
90. Цель рутинного бактериологического исследования мочи.
91. Отметьте наиболее общую причину развития почечной колики.
92. С какими наиболее часто встречающимися сходными заболеваниями и синдромами необходимо дифференцировать почечную колику.
93. Отметьте оптимальный метод определения остаточной мочи и ее объема.
94. Отметьте наиболее частую причину острой задержки мочи.
95. Первоочередное действие врача при макрогематурии.
96. Отметьте наиболее частые функциональные нарушения, развивающиеся на фоне хронической задержки мочи.
97. Выделение какого количества мочи за сутки характеризует развитие олигурии.
98. Отметьте локализацию патологического процесса при терминальной гематурии.
99. Отметьте симптомы, относящиеся к расстройствам мочеиспускания.
100. Отметьте симптомы, характеризующие качественные изменения мочи.
101. Современная классификация ИМТ (UTI) .
102. Отметьте наиболее частый этиологический фактор при первичной ИМТ
103. Отметьте наиболее частый путь инфецирования мочевых путей
104. Лабораторная диагностика острого пиелонефрита .
105. Отметьте наиболее значимые этиологические факторы мочекаменной болезни.
106. Какова роль тубулопатий в генезе почечнокаменной болезни.
107. Отметьте анатомические факторы (врожденные или приобретенные), имеющие значение в генезе камнеобразования.
108. Каков механизм гематурии при камнях почек и мочеточников.
109. Какие (по составу) мочевые камни являются рентгеннегативными.
110. Почему мочекислые камни рентгеннегативные
111. Отметьте наиболее оптимальный диагностический метод в распознавании мочекаменной болезни.

113. Отметьте препараты, обладающие литолитическим свойством, используемые в лечении мочекислого нефролитиаза.
114. Отметьте наиболее частые осложнения камней почек и мочеточников.
115. Отметьте оптимальный вариант дренирования мочевого пузыря, если предстоит длительная (свыше 48 часов) катетеризация.
116. Отметьте возможные пути инфицирования мочевых путей при наличии дренажей или катетера.
117. Отметьте показания к замене дренажа.
118. С какой целью проводится катетеризация мочевого пузыря.
119. Отметьте показания к диагностической катетеризации мочевого пузыря.
120. Отметьте наиболее частые осложнения при катетеризации мочевого пузыря.
121. Чем чревато наличие остаточной мочи.
122. Что означает размер инструмента (катетера) по шкале Шарьера.
123. Чем обусловлен патогенез развития доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).
124. Отметьте осложнения, развивающиеся на фоне доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).
125. Отметьте оптимальный скрининговый метод диагностики доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).
126. Какие симптомы относятся к «обструктивным»
127. Какие симптомы относятся к «ирритативным»
128. Отметьте причины, когда превалирование ночного диуреза над дневным не связано с наличием доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).
129. Укажите оптимальный диапазон объема выделенной мочи для оценки максимальной скорости потока мочи (Q max).
130. Какой из урофлоуметрических показателей наиболее достоверно отражает наличие обструкции.
131. Показанием для выполнения цистоскопии больным доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) является:
132. Отметьте патогенетический медикаментозный метод лечения доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП).

Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Урология»

Выберите один вариант ответа

1. Подкожная (поверхностная) фасция переднебоковой стенки живота состоит из

а) одного листка
б) 2-х листков
в) 3-х листков
г) 4-х листков
д) 5-ти листков

2. Количество клеточных слоев в забрюшинном пространстве составляет

а) один
б) два
в) три
г) четыре
д) пять

3. Паранефрон по отношению к брюшной полости является

а) пятым слоем
б) четвертым слоем
в) третьим слоем
г) вторым слоем
д) первым слоем

4. В забрюшинной клетчатке расположена артерия и вена яичка соответственно

а) собственному слою забрюшинного пространства
б) паранефрону
в) околоободочной клетчатке (параколон)
г) ни одному из перечисленных
д) только а) и г)

5. Правильный порядок элементов почечной ножки спереди назад

а) вена, артерия, мочеточник
б) артерия, вена, мочеточник
в) вена, мочеточник, артерия
г) мочеточник, вена, артерия
д) артерия, мочеточник, вена

6. Верхний полюс левой почки находится на уровне следующего позвонка

а) T11
б) T12
в) L1
г) L2
д) L3

7. Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляет

а) почечная артерия
б) яичковая артерия
в) ветви брюшной аорты
г) верхняя брыжеечная артерия
д) правильно а) и б)

8. К левой почке спереди и снаружи примыкают

а) селезенка
б) нисходящая ободочная кишка
в) петли тонкого кишечника
г) поджелудочная железа
д) правильно а) и б)

9. В полости малого таза выделяют

а) один этаж
б) два этажа
в) три этажа
г) четыре этажа
д) пять этажей

10. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен

а) в мочеполовой диафрагме
б) в основании мочевого пузыря
в) в сухожильном центре промежности
г) в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки
д) правильно б) и г)

11. Пузырные артерии отходят

а) от нижней прямокишечной артерии
б) от наружной подвздошной артерии
в) от внутренней подвздошной артерии
г) от артерии яичка
д) от запирательной артерии

12. Срамной и сосудисто-нервный пучок в полости малого таза расположен

а) в нижнем этаже
б) в среднем этаже
в) в верхнем этаже
г) во всех этажах
д) только б) и в)

13. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют

а) нижне-пузырные артерии
б) средне-прямокишечные артерии
в) запирательные артерии
г) нижнее-ягодичные артерии
д) правильно а) и б)

14. Суммарный кровоток в почках составляет

а) 10% минутного объема сердца
б) 20% минутного объема сердца
в) 30% минутного объема сердца
г) 40% минутного объема сердца
д) 50% минутного объема сердца

15. Скорость образования лимфы в почках приблизительно равна скоростиобразования мочи, т.е. составляет около

а) 1 мл/мин
б) 2 мл/мин
в) 3 мл/мин
г) 5 мл/мин
д) 10 мл/мин

16. При остром паренхиматозном простатите боли

а) постоянные ноющие
б) приступообразные
в) интенсивные, вплоть до пульсирующих
г) тупые
д) острые

17. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются

а) над лоном
б) в поясничной области

в) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
г) в промежности и крестце
д) в промежности

18. Дизурия – это

а) частое мочеиспускание
б) частое, болезненное мочеиспускание
в) затрудненное мочеиспускание
г) болезненное мочеиспускание
д) правильно б) и в)

19. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) туберкулеза
б) аденомы предстательной железы
в) опухоли почки
г) цистита

20. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) камня мочеточника
б) опухоли мочевого пузыря
в) камня мочевого пузыря
г) цистита
д) орхита

21. Странгурия – это

а) затрудненное мочеиспускание
б) мочеиспускание, сопровождающееся болью
в) частое мочеиспускание
г) сочетание а) и б)
д) сочетание б) и в)

21. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) инородных тел уретры
б) камня мочевого пузыря
в) камня мочеточника
г) острого простатита
д) аденомы предстательной железы

22. Странгурия встречается

а) при раке предстательной железы
б) при интерстициальном цистите
в) при выраженном фимозе
г) при частичном повреждении уретры
д) при всем перечисленном

23. Никтурия – это

а) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
б) учащение ночного мочеиспускания
в) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
г) дневная олигурия
д) правильно а) и г)

24. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) сердечной недостаточности
б) сахарного диабета
в) хронической почечной недостаточности
г) хронического гломерулонефрита
д) аденомы предстательной железы

25. Поллакиурия – это

а) увеличение диуреза

б) учащение мочеиспускания дневного и ночного
в) учащение ночного мочеиспускания
г) учащение дневного мочеиспускания
д) увеличение ночного диуреза

26. Поллакиурия не встречается

а) при цистоцеле
б) при камне верхней трети мочеточника
в) при неврастении
г) при истерии

27. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) туберкулеза мочевого пузыря
б) цисталгии
в) камня мочевого пузыря
г) опухоли почки

28. Олигурия – это

а) запаздывающее мочеотделение
б) редкое мочеиспускание
в) уменьшение количества мочи
г) увеличение количества мочи
д) количество мочи менее 300 мл в сутки

29. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) микседемы
б) гломерулонефрита
в) сердечной недостаточности
г) опухоли почки
д) обильной рвоты

30. Олигурия не встречается

а) при сердечной недостаточности
б) при поражении вегетативных центров водно-солевого обмена
в) при остром пиелонефрите
г) при хроническом пиелонефрите
д) при сахарном диабете

31. Секреторная анурия – это

а) отсутствие мочи в мочевом пузыре
б) отсутствие выделениея мочи почками
в) отсутствие самостоятельного мочеиспускания
г) правильно а) и б)
д) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

32. Полиурия встречается

а) при острой почечной недостаточности
б) при хронической почечной недостаточности
в) при сахарном диабете
г) при канальцевых нефропатиях
д) при всем перечисленном

33. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме

а) после аллотрансплантации почки
б) при туберкулезе почки
в) после ликвидации препятствия в мочевых путях
г) поражения межуточной доли гипофиза

34. Задержка мочеиспускания – это

а) отсутствие выделения мочи почками
б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

в) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
д) парадоксальная ишурия

35. Парадоксальная ишурия – это

а) невозможность самостоятельного мочеиспускания
б) хроническая задержка мочеиспускания
в) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи
г) недержание мочи
д) сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

36. Парадоксальная ишурия встречается при

а) аденоме предстательной железы II стадии
б) неврогенной дисфункции мочевого пузыря
в) аденоме предстательной железы III стадии
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

37. Неудержание мочи – это

а) непроизвольное выделение мочи без позыва
б) императивные позывы к мочеиспусканию
в) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва
г) непроизвольное выделение мочи
д) непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

38. Недержание мочи – это

а) непроизвольное выделение мочи
б) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию
в) отсутствие позывов к мочеиспусканию
г) непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию
д) правильно а) и г)

39. Реакция мочи (pH) в норме

а) в пределах 3.0-5.0
б) в пределах 5.0-6.0
в) в пределах 7.0-9.0
г) в пределах 6.0-8.0
д) в пределах 2.0-4.0

40. Гематурия – это

а) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
б) выделение крови из мочеиспускательного канала
в) выделение крови с мочой
г) наличие в моче порфирина
д) эритроцитурия

41. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) камней или опухолей шейки мочевого пузыря
б) варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
в) хронического гломерулонефрита
г) колликулита
д) острого цистита

42. Уретроррагия наблюдается при свех перечисленных заболеваниях, кроме

а) хронического уретрита
б) аденомы простаты и камня мочевого пузыря
в) опухоли уретры

г) травмы уретры

43. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря

а) острый уретрит, простатит и эпидидимит
б) хронический простатит
в) внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
г) свежее повреждение уретры
д) правильно а) и г)

44. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные,кроме

а) раздельного получения мочи из каждой почки
б) проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
в) обтурационной анурии
г) дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии
д) секреторной анурии

45. Противопоказаниями к катетеризации мочеточников являются всеперечисленные, кроме

а) острого необструктивного пиелонефрита
б) хронического пиелонефрита
в) острого уретрита и простатита
г) острого эпидидимита
д) емкости мочевого пузыря менее 75 мл

46. Осложнениями катетеризации мочеточников являются

а) перфорация мочеточника
б) перфорация лоханки
в) обострение мочевой инфекции
г) правильно а) и в)
д) все перечисленное

47. Для проведения цистоскопии необходимы

а) проходимость уретры
б) емкость мочевого пузыря более 75 мл
в) прозрачная среда в полости мочевого пузыря
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

48. Показаниями к уретроскопии являются

а) хронические воспалительные заболевания уретры
б) опухоли уретры
в) колликулит
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

49. Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости ровно

а) до 5 см вод. ст.
б) до 10 см вод. ст.
в) до 15-20 см вод. ст.
г) до 20-25 см вод. ст.
д) до 30-40 см вод. ст.

50. Процент выявления рака предстательной железы при пункционнойбиопсии составляет

а) 100%
б) 90%
в) 80%
г) 70%
д) 60%

51. Наличие клеток Штернгаймера-Мальбина и активных лейкоцитов восадке мочи характерно для

а) острого гломерулонефрита
б) хронического гломерулонефрита
в) острого пиелонефрита
г) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии
д) туберкулеза почки

52. В секрете предстательной железы в норме содержатся

а) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
б) макрофаги и амилоидные тельца
в) лецитиновые зерна
г) эпителиальные и гигантские клетки
д) правильно а) и в)

53. При раке мочевого пузыря необходима

а) нисходящая цистография
б) осадочная пневмоцистография
в) полицистография
г) только а) и б)
д) все перечисленное

54. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимопроизвести

а) нисходящую цистографию
б) восходящую цистографию в прямой проекции
в) восходящую цистографию в боковой проекции
г) сочетание а) и б)
д) сочетание б) и в)

55. Ультразвуковые признаки простой кисты почки

а) объемное образование округлой формы
б) объемное образование округлой формы гипоэхогенной структуры
в) солидное (тканевое) образование округлой формы
г) солидное образование округлой формы с ровными контурами
д) объемное образование округлой формы, гипоэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала

56. Ультразвуковые признаки рака почки

а) объемное образование округлой формы
б) объемное образование овоидной формы
в) тонкостенное объемное образование
г) объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
д) гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

57. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, продольный размеркоторого составляет

а) 2-4 см
б) 5-6 см
в) 7-9 см
г) 10-12 см
д) 20-30 см

58. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человекаопределяются в виде образования овоидной формы, поперечный размеркоторого составляет

а) 3,5-4,0 см
б) 4,5-6,5 см
в) 6,5-7,5 см
г) 7,5-8,5 см
д) все верно

59. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна

а) во всех случаях
б) никогда
в) если они не расширены
г) если они содержат мочу
д) правильно в) и г)

60. Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковомсканировании имеет вид

а) треугольной формы
б) зоны повышенной эхогенности
в) правильно а) и б)
г) овоидной формы
д) правильно б) и г)

61. Бактерицидными свойствами обладают

а) тетрациклины
б) пенициллины
в) аминогликозиды
г) цефалоспорины
д) правильно б), в), г)

62. К препаратам, лечебный эффект которых не зависит от реакции мочи,относятся

а) тетрациклин
б) полусинтетические пенициллины
в) левомицетин, ристомицин, фуразолидон
г) канамицин
д) сульфаниламиды

63. Оптимальный курс лечения одним цефалоспориновым антибиотиком(клафоран, цефамезин и др.), аминогликозидами (гентамицин, бруламицини др.) при остром серозном (гнойном) пиелонефрите составляет

а) 2 дня
б) 5-6 дней
в) 10-15 дней
г) 15-20 дней
д) более 20 дней

64. К антибактериальным препаратам, действующим бактерицидно, относятся

а) пенициллины, цефалоспорины
б) тетрациклины
в) аминогликозиды
г) все, кроме б)
д) все, кроме в)

65. При остром пиелонефрите наиболее правильный метод введенияампициллина

а) эндолимфатически
б) внутривенно
в) внутриартериально
г) внутримышечно
д) подкожно

66. При лечении острого простатита наиболее эффективный метод введениягентамицина или цефамезина

а) внутривенно
б) эндолимфатически
в) внутриартериально
г) внутримышечно
д) трансректально

67. При цисталгии показаны

а) гентамицин внутримышечно

б) инстилляции в мочевой пузырь 0,25% раствора азотно-кислого серебра

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

68. После пиелолитотомии сохраняется фосфатурия. Больному следуетрекомендовать

а) курорты Ялты, Сочи

б) Марциальныеминводы, нарзаны Северного Кавказа

в) Боржоми, Джермук

г) курорты общего типа в средней полосе России

д) Байрам-али

69. Больному с острым необструктивным пиелонефритом следует включатьв диету

а) белки (мясо, рыбу)

б) жиры

в) молочные продукты

г) овощи и фрукты

д) все перечисленное

70. Больному хроническим пиелонефритом без нарушения функции почкеследует включать в диету

а) белки (мясо, рыбу)

б) жиры

в) молочные продукты

г) овощи, фрукты

д) все перечисленное

71. Больному хроническим пиелонефритом, осложненным нефросклерозоми хронической почечной недостаточностью 1 и П стадии, не следуетвключать в диету

а) белки (мясо, рыбу)

б) жиры (сливочное, растительное масло)

в) молочные продукты

г) овощи фрукты

д) жареное мясо, ливерные продукты

72. Больному с поликистозом почек без почечной недостаточности можновключать в диету

а) белки

б) жиры, масла

в) молочные продукты

г) овощи, фрукты

д) все перечисленное

73. У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняетсяоксалатурия. Ей следует рекомендовать

а) ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)

б) ограничение продуктов, содержащих лимонную кислоту (цитрусовые)

в) ограничение молочных продуктов

г) увеличение продуктов, содержащих витамины В6, А и магний

д) все перечисленное

74. У больной отходят фосфатные камни и сохраняется фосфатурия. Ейможно рекомендовать все перечисленное, кроме

а) ограничения молочных продуктов

б) увеличения белка, жиров

в) нормального потребления овощей, фруктов

г) лимонов
д) витамина А

75. У больной отходят уратные камни и сохраняется уратурия. Ей можнорекомендовать все перечисленное

а) ограничение белка (мясо до 1 г на 1 кг веса в сутки)
б) молочно-растительная диета
в) ограничение высококалорийной диеты
г) фрукты
д) правильно а), б), в), г)

76. К аномалиям почек относятся

а) дистопиягомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
б) нефроптоз
в) дистопиягетеролатеральная (перекрестная)
г) только а) и б)
д) только а) и в)

77. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

а) с фиксированным нефроптозом
б) с опухолью кишечника
в) с опухолью женских половых органов
г) со всем перечисленным
д) только а) и в)

78. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничнойдистопии почки являются

а) ротация почки
б) извитой, достаточной длины мочеточник
в) низко отходящая, короткая сосудистая ножка
г) только а) и б)
д) только а) и в)

79. Почечные артерии подвздошнодистропированной почки имеют всеперечисленные характеристики, кроме

1) единичных
2) множественных
3) отходящих от общей подвздошной артерии
4) отходящих под бифуркацией аорты
5) отходящих в месте бифуркации
6) отходящих от различных тазовых артерий

а) правильно 1, 2 и 6
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 1, 3 и 6
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 2, 4 и 5

80. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является

а) артериальная гипертензия
б) нагноение кисты
в) нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях
г) все перечисленное
д) только а) и б)

81. Показаниями к операции по поводу солитарной кисты почки являются

а) постоянные боли
б) гематурия

в) малигнизация стенки кисты
г) сочетание кисты и рака почки
д) все перечисленное

82. Поликистоз почек – это заболевание

а) врожденное
б) приобретенное
в) одностороннее
г) двустороннее
д) правильно а) и г)

83. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются

а) длительная микрогематурия
б) нагноение кист
в) хронический пиелонефрит
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

84. Мультикистоз почки – это заболевание

а) одностороннее
б) двустороннее
в) врожденное
г) приобретенное
д) правильно а) и в)

85. Этиология мультикистоза почки связана

а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата
б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

86. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является

а) одностороннее поражение
б) двустороннее поражение
в) наследственный фактор значения не имеет
г) наследственный фактор имеет значение
д) правильно а) и в)

87. Возможны следующие варианты мультикистоза почек

а) мочеточник не изменен
б) мочеточник атрофирован и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
в) мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе
г) мочеточник атрофичен
д) правильно б) и в)

88. Мультилокулярная киста почки – это

а) однокамерная киста
б) многокамерная киста
в) не сообщающаяся с лоханкой киста
г) правильно а) и в)
д) правильно б) и в)

89. Лечение мультилокулярной кисты

а) консервативное
б) чрезкожная пункция кисты
в) нефрэктомия или резекция почки

г) вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой

д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

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

а) мультикистоз и поликистоз почки

б) мультикистоз мозгового вещества

в) медуллярная губчатая почка

г) кистозное расширение почечных пирамид

д) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

91. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

а) в корковом веществе почки

б) в корковом и мозговом веществе почки

в) в почечных пирамидах

г) в воротах почки

д) в одном из полюсов почки

92. Удвоение почки – это наличие

а) двух лоханок

б) двух мочеточников

в) разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение

г) расщепление мочеточника

д) правильно а) и б)

93. Удвоение верхних мочевых путей – это

а) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение

б) удвоение лоханки

в) расщепление мочеточника

г) удвоение мочеточника

д) сочетание б) и г)

94. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточникаявляется

а) недержание мочи

б) неудержание мочи

в) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

г) задержка мочи

д) сочетание нормального акта мочеиспускания с неудержанием мочи

95. При эктопии устья мочеточника выполняются все перечисленные типыопераций, кроме

а) уретероцистонеостомии

б) пиелоуретероанастомоза

в) интестинальной пластики

г) геминефрэктомии

д) уретероуретероанастомоза

96. Наиболее распространенными заболеваниями, приходящими кобразованию ивертикула мочевого пузыря, являются

1) стриктура уретры

2) аденома предстательной железы

3) рак предстательной железы

4) склероз шейки мочевого пузыря

5) рак мочевого пузыря

6) хронический простатит

а) правильно 1,2 и 4

б) правильно 1,3 и 6

в) правильно 1,2,5 и 6
г) правильно 1,2,5 и 4
д) правильно 2,3 и 5

97. Для дивертикула мочевого пузыря наиболее распространенными ихарактерными симптомами являются

а) задержка мочи, мочеиспускание в два приема
б) боль в поясничной области
в) повышение температуры и артериального давления
г) чувство тяжести внизу живота
д) правильно а) и г)

98. Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием

а) всех слоев стенки мочевого пузыря
б) широкого входа в дивертикул
в) узкого входа в дивертикул
г) правильно а) и в)
д) правильно а) и б)

99. Врожденное нарушение акта мочеиспускания имеет место

а) при миелодисплазии
б) при агенезии или недоразвитии крестца и копчика
в) при менингоцеле
г) при всем перечисленном
д) только б) и в)

100. Развитие приобретенной дисфункции мочевого пузыря возможно привсех перечисленных состояниях, кроме

а) приобретенного поражения головного мозга
б) травматического повреждения позвоночника
в) травматического повреждения спинного мозга
г) миелодисплазии
д) после оперативных вмешательств – при анестезии прямой кишки изаднего прохода, ректоуретральных свищей, тератомах копчика

101. Формы острого гнойного пиелонефрита

а) межуточный гнойный
б) апостематозный
в) абсцесс
г) карбункул
д) все перечисленное

102. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать

а) протей
б) кишечная палочка
в) палочка сине-зеленого гноя
г) энтерококк
д) стафилококк

103. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита,являются

а) полиурия
б) перегревание
в) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
г) нарушение притока артериальной крови к почке
д) все перечисленное

104. При остром пиелонефрите с нарушением оттока мочи из почки отмечаетсяследующая последовательность развития симптомов:

1) озноб
2) боли в области почки

3) высокая температура
4) обильный пот
5) слабость
а) правильно 1,2,3,4 и 5
б) правильно 2,1,3,4 и 5
в) правильно 1,3,4,5 и 2
г) правильно 3,2,1,5 и 4
д) правильно 5,1,3,2 и 4

105. Применять непрерывно один и тот же антибиотик при остром пиелонефрите не следует более
а) 3-х дней
б) 5-7 дней
в) 8-10 дней
г) 10-14 дней
д) больше 14-ти дней

106. Антибактериальное лечение при остром пиелонефрите следует проводить
а) до нормализации температуры
б) до исчезновения пиурии
в) до исчезновения бактериурии
г) до выписки больного из стационара
д) длительно, в течение нескольких месяцев

107. Количество жидкости, которое следует употреблять больному острымпиелонефритом
а) резко ограничено
б) ограниченное количество
в) обычное количество
г) повышенное количество
д) большое количество

108. Количество поваренной соли, которое следует употреблять больномуострым пиелонефритом
а) бессолевая диета
б) ограниченное количество
в) обычное количество
г) повышенное количество
д) большое количество

109. Ингибиторами протеолиза являются
а) антипирин
б) бруфен
в) метиндол
г) контрикал и Е-аминокапроновая кислота

110. Аналогами индометацина являются
а) трасилол
б) метиндол и индоцид
в) вольтарен натрия
г) все перечисленное

111. Проницаемость капилляров и клеточных мембран снижают витамины
а) В1
б) В6
в) С и Р
г) А
д) только а) и б)

112. Исходы хронического пиелонефрита

а) хроническая почечная недостаточность
б) пионефроз
в) сморщенная почка
г) все перечисленное
д) правильно б) и в)

113. Чаще всего вызывают хронический пиелонефрит
а) стафилококк
б) кишечная палочка
в) протей
г) энтерококк
д) палочка сине-зеленого гноя

114. При хроническом пиелонефрите наиболее характерно
а) диффузное поражение почки
б) очаговое, полиморфное поражение почки
в) очаговое мономорфное поражение почки
г) поражение клубочков почки
д) поражение канальцев почки

115. Для острого паранефрита в начале заболевания характерна
а) септическая лихорадка
б) лихорадка постоянного типа
в) интермиттирующая лихорадка
г) субфебрильная температура

116. Боли в пояснице при остром паранефрите
а) отсутствуют
б) появляются в первый день заболевания
в) появляются спустя 1-3 дня после появления первых симптомов
г) появляются спустя 5 дней после появления первых симптомов
д) появляются спустя 7 дней после появления первых симптомов

117. Боли при остром паранефрите
а) локализуются в поясничной области
б) иррадиируют в область лопатки
в) иррадиируют кпереди и книзу в область бедра
г) иррадиируют в спину
д) иррадиируют в область пупка

118. При циститах не следует применять
а) диетотерапию
б) физиотерапию
в) местное лечение
г) лучевую терапию
д) медикаментозное лечение

119. Этиологическими факторами в возникновении простатита являются
а) бактерии и вирусы
б) микоплазмы и хламидии
в) трихомонады
г) микобактерии туберкулеза
д) все перечисленное

120. К этиологическим факторам в возникновении простатитов не относятся
а) химические агенты
б) лучевое воздействие
в) алиментарно-дистрофические факторы
г) нейрогенные факторы
д) все перечисленное

121. Инфицирование предстательной железы возникает

а) гематогенным путем
б) лимфогенным путем
в) восходящим путем
г) всеми перечисленными путями
д) только а) и б)

122. Для острого простатита характерно

а) равномерное увеличение предстательной железы
б) каменистая консистенция предстательной железы
в) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
г) атрофия предстательной железы
д) правильно а) и в)

123. Осложнениями острого простатита могут быть

а) острый холецистит
б) уретрит
в) артрит
г) абсцесс предстательной железы
д) правильно б) и г)

124. Признаками абсцесса предстательной железы являются

а) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
б) уменьшение размеров предстательной железы
в) наличие очагов размягчения и флюктуации
г) симптомы раздражения брюшины
д) правильно а) и в)

125. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме

а) интенсивной антибактериальной терапии
б) установления постоянного катетера
в) цистостомии при задержке мочи
г) дренирование полости абсцесса
д) дезантоксикационной терапии

126. Хронический простатит может быть диагностирован

а) при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита
б) при альбуминурии и цилиндрурии
в) при наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств
г) при гипотрофии яичек
д) правильно а) и в)

127. При щелочной реакции мочи могут образоваться

а) мочекислые (уратные) камни
б) цистиновые камни
в) фосфатные камни
г) оксалатные камни
д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

128. Пиелонефрит способствует

а) нарушению лимфооттока из почки
б) нарушению уродинамики
в) повышению вязкости мочи
г) нарушению стабильности pH мочи
д) всему перечисленному

129. Образованию почечных камней способствуют следующиеанатомоморфологические изменения в почках

а) хронический гломерулонефрит
б) внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки

в) венозное полнокровие
г) внепочечная лоханка
д) ренальная артериальная гипертензия

130. К факторам, не влияющим на образование и рост мочевых камней, относятся

а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови
б) уростаз
в) высокая вязкость мочи
г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче
д) высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

131. К факторам риска камнеобразования не относятся

а) уратурия, оксалатурия
б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови
в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевойкислоты
г) лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче
д) фосфатурия

132. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен

а) при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе
б) при коралловидных камнях почек и пиурии
в) при остром гнойном пиелонефрите
г) во всех случаях
д) ни в одном случае

133. Посев мочи на микрофлору целесообразен

а) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
б) при сотром серозном пиелонефрите и камне почки
в) при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления
г) во всех случаях
д) ни в одном случае

134. Проба по Зимницкому целесообразна

а) при камне чашечки почки
б) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику
в) при коралловидных камнях почек
г) при камне лоханки почки без нарушения уродинамики
д) при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

135. Туберкулезом почки чаще страдают

а) дети
б) женщины
в) мужчины
г) лица пожелого возраста
д) лица старческого возраста

136. Туберкулезная диссеминация почек происходит, как правило

а) одновременно обеих почек
б) одной почки
в) первичное поражение почек
г) вторичное, из других органов, поражение почек
д) правильно а)и г)

137. При мочеполовом туберкулезе изолированное поражение чаще всегопроисходит

а) в простате
б) в мочевом пузыре
в) в мочеточниках
г) в паренхиме почки
д) в почечной лоханке

138.Травма почки чаще встречается

а) у женщин
б) у мужчин
в) правой почки
г) левой почки
д) верно б) и в)

139. При травме почки наиболее часто повреждаются

а) верхний полюс
б) нижний полюс
в) задняя поверхность
г) передняя поверхность
д) сосудистая ножка

140. Наиболее частым осложнением после травмы почки бывает

а) пиелонефрит и гидронефроз
б) пиелонефрит и нефролитиаз
в) закономерность не установлена
г) пиелонефрит и артериальная гипертензия
д) пиелонефрит и венозная гипертензия

141. Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается

а) порокам развития почек и мочевых путей
б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме
в) гормональному дисбалансу
г) травме почки
д) гломерулонефрит

142. При раке почки метастазы чаще наблюдаются

а) в печени
б) в легких
в) в контралатеральной почке
г) в головном мозгу
д) в надпочечнике

143. Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются

а) в средостении
б) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах
в) в подвздошных лимфоузлах
г) в шейных лимфоузлах
д) в надключичных лмфоузлах

144. При раке почки отсутствует

а) полицитемия
б) артериальная гипертензия
в) гиперпирексия
г) анемия
д) эозинофилия

145. Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является

а) боль в пояснице
б) прощупываемая увеличенная почка
в) гематурия
г) анемия
д) субфебрильная температура

146. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать

а) с аортографии
б) с экскреторной урографии
в) с радиоизотопной ренографии

г) с ультрасонографии
д) с реторограднойуретеропиелографии

147. Длительная выживаемость (10 и более лет) после нефрэктомии при злокачественной опухоли почки

а) является критерием полного выздоровления, если нет метастазов
б) не является критерием полного выздоровления
в) не является критерием при выявленных метастазах
г) возможна только у молодых больных
д) возможна у пожилых людей

148. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся

а) курение
б) нарушение иммунной реакции организма
в) хронические воспалительные заболевания
г) аналиновые красители
д) все перечисленное

149. Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречаются

а) саркома
б) фиброма
в) гематома
г) папиллома и рак
д) миома

150. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря – это

а) гиперпирексия
б) дизурия
в) боли
г) гематурия
д) затрудненное мочеиспускание

151. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать

а) с обзорной рентгенографии мочевых путей
б) с компьютерной томографии
в) с ультразвукового исследования
г) с экскреторной урографии
д) с цистоскопии

152. Развитию аденомы предстательной железы способствуют

а) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
б) гормональные нарушения в организме
в) наследственность
г) вирусная инфекция
д) половые излишества

153. Острую задержку мочеиспускания при аденоме предстательной железы вызывают все перечисленные факторы, кроме

а) венозного застоя (конгестия) в малом тазу
б) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации
в) деформация и сдавления уретры аденомой простаты
г) отека слизистой уретры и простаты
д) внезапного снижения тонуса детрузора (передержка мочи)

154. Стадию аденомы простаты определяют

а) по величине аденомы предстательной железы
б) по степени нарушения функции почек
в) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи

г) по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)
д) по длительности заболевания

155. В предстательной железе чаще встречается

а) рак
б) аденома
в) фиброма
г) лейомиома
д) саркома

156. Рак в предстательной железе возникает вследствие

а) вирусного заболевания
б) гормональных нарушений
в) хронического воспаления
г) аденомы
д) экзогенных канцерогенных веществ

157. Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется

а) в краниальной части предстательной железы
б) в каудальной части предстательной железы
в) вблизи семенного бугорка
г) по периферии предстательной железы под капсулой
д) в центральной зоне, прилежащей к уретре

158. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся

а) половое воздержание или половые излишества, онанизм
б) травма органов мошонки
в) эпидидимит на почве вирусной инфекции
г) крипторхизм
д) правильно б) и г)

159. К герминогенным опухолям яичка относятся

а) злокачественная лейдигома и сертолиома
б) хорионэпителиома
в) фиброаденома
г) ретикулосаркома и рабдомиосаркома

160. К негерминогенным опухолям яичка относятся

а) железистый рак и аденокарцинома
б) семинома
в) эмбриональный рак
г) хорионэпителиома и тератобластома
д) ни одна из перечисленных

161. К негирминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, исключая

а) злокачественную лейдигому
б) фиброаденому
в) злокачественную сертолиому
г) рабдомиосаркому
д) ретикулосаркому

162. Для опухоли яичка характерны следующие симптомы

а) пальпируемая опухоль в мошонке
б) увеличенные паховые лимфоузлы
в) увеличенные забрюшинные лимфоузлы
г) гемоспермия
д) хронический приапизм

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

а) эндокринных
б) температурных
в) механических
г) нейрогуморальных

164. Нормальная функция мочевого пузыря восстанавливается после родов

а) на 1-3-й неделе
б) на 4-6-й неделе
в) на 9-10-й неделе
г) на 11-15-й неделе
д) на 16-20-й неделе

165. Наиболее щадящим методовм диагностики урологической патологии прибеременности является

а) инструментальный
б) радиологический
в) рентгенологический
г) ультразвуковой
д) ядерно-магнитный

166. Наибольшее влияние на беременность оказывает

а) удвоение мочевых путей
б) поясничная дистопия почек
в) тазовая дистопия почек
г перекрестная поясничная дистопия
д) нефроптоз

167. Причинами возникновения недержания мочи при напряжении является все перечисленное, кроме

а) патологических родов
б) многократных родов
в) физического перенапряжения
г) послеоперационной травмы

168. Способствуют возникновению недержания мочи при напряжении

а) врожденная неполноценность тканей тазового дна
б) нейрогенные причины
в) недостаточность эстрогенных гормонов
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

169. Наиболее типичными признаками недержания мочи являются все перечисленные, кроме

а) укорочения функциональной длины уретры
б) снижения максимального внутриуретрального давления
в) повышения внутриуретрального давления
г) значительного превышения внутрипузырного давления над внутриуретральным во время напряжения

170. Анорхизм – это

а) двустороннее неопущение яичек
б) гермафродитизм
в) гонадная агенезия
г) врожденная гипоплазия яичек
д) синдром феминизирующих яичек

171. Истинный гермафродитизм – это

а) наличие двойственного строения (по мужскому и женскому типу) наружных половых органов
б) развитие элементов яичниковой и яичковой ткани в половых железах с

признаками бисексуальности
в) гонадная агенезия
г) правильно а) и в)

172. Ложный гермафродитизм – это

а) развития наружных половых органов по женскому типу при гонадной агенезии
б) развития наружных половых органов по женскому или интерсексуальному типу при наличии яичек
в) развития наружных половых органов по женскому типу при синдроме феминизирующих яичек
г) дисгенезия семенных канальцев (синдром Клайнфельтера)
д) правильно б) и в)

173. Синдром Клайнфельтера – это

а) дисгенезия половых желез
б) герминальнаяанегезия
в) дисгенезия семенных канальцев
г) врожденная гипоплазия яичек
д) врожденное недоразвитие губчатой части уретры

174. Синдром Шеришевского – Тернера (дисгенезия половых желез) наблюдается

а) только у женщин
б) только у мужчин
в) одинаково часто у мужчин и женщин
г) чаще у женщин
д) чаще у мужчин

175. Нарушения сперматогенеза вследствие нервно-психических факторов возникают при нарушении нейроэндокринной регуляции

а) системой кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – семенники
б) системой мозжечок – семенники
в) вследствие заболевания или травмы спинного мозга
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

176. Бесплодие у мужчин может возникнуть

а) при врожденных и хромосомных аномалиях развития половых органов
б) при тяжелых инфекционно-токсических воздействиях
в) при экзогенных и привычных интоксикациях
г) правильно а) и б)
д) правильно все перечисленное

177. На сперматогенез оказывают влияние следующие факторы

а) алиментарный
б) магнитное поле земли
в) ионизирующее излучение
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

178. При обследовании яичек обращают внимание

а) на степень их отвисания
б) на вес
в) на размеры
г) на форму
д) правильно б) и в)

179. Решающее значение для диагностики плодовитости мужчин имеет

а) исследование секрета простаты
б) определение уровня андрогенов

в) исследование эякулята
г) исследование содержимого семенных пузырьков
д) правильно б) и г)

180. Климакс у мужчин возникает вследствие

а) гипофункции половых желез, обусловленной их возрастной инволюцией
б) развития аденомы предстательной железы
в) изменения гормональной регуляции в системе гипоталамус – гипофиз – яичко
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

181. Лечение климакса у мужчин осуществляется

а) за счет устранения гиподинамии, повышения физических нагрузок, уменьшения избыточной массы тела
б) путем проведения ежегодно 2-3 курсов лечения небольшими дозами андрогенов
в) путем проведения нейроседативной и стимулирующей терапии
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

182. Аденомэктомию простаты больному 65 лет натболее целесообразно выполнить

а) под электроанальгезией
б) под перидуральной анестезией
в) под эндотрахеальным наркозом
г) под местной анестезией
д) возможны варианты а) и в)

183. При простой кисте среднего сегмента почки 7г8г8 см без нарушения уродинамики и без признаков воспаления больной 40 лет целесообразно рекомендовать

а) оставить под наблюдением в поликлинике
б) операцию – иссечение кисты почки
в) пункцию кисты, кистографию и введение склерозирующего раствора в полость кисты
г) нефроэктомию
д) постоянный дренаж в кисту во время ее пункции

184. У больной 40 лет после 2-х перенесенных ранее операций на почке по поводу нефролитиаза выявлен пиенефроз. Наиболее целесообразнам методом операции у нее является

а) нефростомия операционная
б) оперативное лечение не проводить
в) катетеризация мочеточника
г) нефростомия пункционная
д) нефрэктомия

185. У больного 40 лет рак надпочечника T2NoMo, не связанный с почкой. Ему следует рекомендовать

а) нефрэктомию и адреналэктомию
б) адреналэктомию
в) нефрэктомию + лучевую терапию
г) оперативное лечение не проводить
д) только лучевую терапию

186. У больного 60 лет истинный дивертикул мочевого пузыря 8г10 см и аденома предстательной железы П стадии. Оптимальным вариантом лечения у него следует считать

а) дивертикулэктомию и цистостомию, как первый этап

б) аденомэктомию и цистостомию
в) дивертикулэктомию и аденомэктомию с глухим швом пузыря
г) цистостомию, как первый этап
д) оперативное лечение не применять

187. У больного 35 лет склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча 150 мл. Ему следует

а) провести электростимуляцию мочевого пузыря
б) лечить консервативно простатит и склероз шейки пузыря (противовоспалительная, рассасывающая терапия)
в) выполнить траокарнуюцистостомию, как первый этап
г) провести бужирование задней уретры
д) выполнить транурет ральнуюэлектрорезекцию или клиновидную резекцию шейки пузыря

188. Через 12 часов после травмы промежности диагностирован разрыв перепончатой части уретры. В качестве оперативного вмешательства целесообразны

а) первичный шов уретры, постоянный катетер
б) первичный шов уретры, цистостомия, катетер Фолея по уретре
в) цистостомия
г) первичный шов уретры без дренирования мочевого пузыря
д) установка постоянного катетера по уретре

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

а) произвести цистостомию как первый этап
б) установить противоестественный анус
в) проводить заживление свища на постоянном катетере
г) произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией
д) произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постонном катетере

190. У женщины 30 лет парауретральная киста размером 5 см без нагносния. Ей необходимы

а) пунктирование кисты
б) операция – иссечение кисты трансвагинально
в) электрокоагуляция кисты
г) установка кисты в постоянный катетер-ирригатор
д) выписка под наблюдение уролога, гинеколога

191. У больного ушиб мошонки, пальпаторно и по данным ультразвукового исследования гематома 8г6г9 см. Ему следует рекомендовать

а) суспензорий, антибиотики
б) холод на мошонку
в) пункцию гематомы
г) пункцию гематомы с постоянной ирригацией раствором фурациллина
д) операцию – вскрытие и дренирование гематомы

192. У больного 16 лет врожденный фимоз. Ему целесообразно

а) оперативное лечение не показано
б) расширение крайней плоти инструментально
в) иссечение крайней плоти
г) пластическая операция с сохранением крайней плоти
д) возможны варианты в) и г)

193. У больного 55 лет аденома предстательной железы, фиброзная форма II стадии. Ему показана

а) трансуретральнаяэлектрорезекция
б) трансвезикальнаяаденомэктомия
в) цистостомия
г) эстрогены, рассасывающая терапия (лидаза, алоэ и др.)
д) грязелечение

194. У больной 60 лет рак матки с вовлечением мочеточников. Гидроуретеронефроз. Ей показаны

а) уретеросигмостомия
б) уретерокутанеостомия
в) операционная нефростомия с 2-х сторон
г) пункционная нефростомия с 2-х сторон
д) возможны варианты б), в) и г)

195. У больной 50 лет папиллярный рак боковой стенки мочевого пузыря T3NoMo. Ей показаны

а) цистэктомия
б) плоскостная резекция мочевого пузыря
в) электрокоагуляция опухоли
г) лучевая и химиотерапия
д) резекция мочевого пузыря

196. У больного 70 лет аденома простаты П стадии. Истинный дивертикул мочевого пузыря 5г6 см. Ему следует рекомендовать

а) дивертикулэктомию и цистостомию
б) аденомэктомию, дивертикулэктомию и цистостомию
в) аденомэктомию, цистостомию
г) цистостомию
д) оперативное лечение не показано

197. У больного 35 лет хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча – 100 мл. Ему показана

а) цистостомия
б) простатэктомия
в) трансуретральнаяэлектрорезекция шейки пузыря
г) пункционная цистостомия
д) санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

198. У больного 50 лет рак простаты 1 стадии. Ему показаны все перечисленные методы лечения, кроме

а) криодеструкции простаты
б) простатэктомии
в) трансуретральнойэлектрорезекции простаты
г) эстрогенотерапии
д) цистостомии

199. У больного аденома простаты. Острая задержка мочеиспускания на фоне острого инфаркта миокарда. Экстренно ему необходимы

а) цистостомия
б) троакарнаяцистостомия
в) катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером или двумя мочеточниковыми катетерами
г) капиллярная пункция мочевого пузыря
д) катетеризация металлическим катетером

200. У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии. Ему необходимо

а) увеличить дозу антибиотиков
б) промывать рану раствором антибиотиков
в) раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, тампоны с

гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии
г) тампоны в рану с мазью Вишневского

Ответы тестовых заданий для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Урология»

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
в	в	г	а	а	б	д	д	в	а	в	а	д	б	а
16.	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**	**21.**	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
в	г	д	в	д	г	д	б	б	б	б	г	в	г	д
31.	**32.**	**33.**	**34.**	**35.**	**36.**	**37.**	**38.**	**39.**	**40.**	**41.**	**42.**	**43.**	**44.**	**45.**
б	д	б	б	в	в	в	г	в	в	в	б	д	д	б
46.	**47.**	**48.**	**49.**	**50.**	**51.**	**52.**	**53.**	**54.**	**55.**	**56.**	**57.**	**58.**	**59.**	**60.**
д	д	д	д	б	в	д	д	д	д	г	г	б	г	д
61.	**62.**	**63.**	**64.**	**65.**	**66.**	**67.**	**68.**	**69.**	**70.**	**71.**	**72.**	**73.**	**74.**	**75.**
д	в	б	г	г	б	г	б	д	д	д	г	д	г	д
76.	**77.**	**78.**	**79.**	**80.**	**81.**	**82.**	**83.**	**84.**	**85.**	**86.**	**87.**	**88.**	**89.**	**90.**
д	г	д	г	г	д	д	б	д	г	д	д	д	в	а
91.	**92.**	**93.**	**94.**	**95.**	**96.**	**97.**	**98.**	**99.**	**100.**	**101.**	**102.**	**103.**	**104.**	**105.**
в	в	д	в	в	а	д	г	г	г	д	д	в	б	б
106.	**107.**	**108.**	**109.**	**110.**	**111.**	**112.**	**113.**	**114.**	**115.**	**116.**	**117.**	**118.**	**119.**	**120.**
д	г	в	г	б	в	д	б	б	б	в	а	г	д	д
121.	**122.**	**123.**	**124.**	**125.**	**126.**	**127.**	**128.**	**129.**	**130.**	**131.**	**132.**	**133.**	**134.**	**135.**
г	д	д	д	б	д	в	д	б	а	б	д	г	в	б
136.	**137.**	**138.**	**139.**	**140.**	**141.**	**142.**	**143.**	**144.**	**145.**	**146.**	**147.**	**148.**	**149.**	**150.**
а	г	д	г	в	в	б	б	д	в	г	б	д	г	г
151.	**152.**	**153.**	**154.**	**155.**	**156.**	**157.**	**158.**	**159.**	**160.**	**161.**	**162.**	**163.**	**164.**	**165.**
д	б	б	в	б	б	г	д	б	д	б	а	б	б	г
166.	**167.**	**168.**	**169.**	**170.**	**171.**	**172.**	**173.**	**174.**	**175.**	**176.**	**177.**	**178.**	**179.**	**180.**
в	б	г	в	в	б	б	в	г	д	д	д	в	в	д
181.	**182.**	**183.**	**184.**	**185.**	**186.**	**187.**	**188.**	**189.**	**190.**	**191.**	**192.**	**193.**	**194.**	**195.**
д	б	в	д	б	а	д	в	г	б	д	д	а	д	д
196.	**197.**	**198.**	**199.**	**200.**										
а	в	а	в	в										

Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Урология»

Выберите один вариант ответа

1. К аномалиям положения почек относятся

а)дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
б) нефроптоз
в) дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
г) только а) и б)
д) только а) и в)

2. Дистопии почек встречаются с частотой

а)1:600
б) 1:800
в) 1:1000
г) 1:1200
д) 1:10000

3. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

а) с фиксированным нефроптозом
б) с опухолью кишечника
в) с опухолью женских половых органов
г) со всем перечисленным
д) только а) и в)

4. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются

а)ротация почки
б) извитой, достаточной длины мочеточник
в) низко отходящая, короткая сосудистая ножка
г) только а) и б)
д) только а) и в)

5. Почечные артерии подвздошно дистропированной почки имеют все перечисленные характеристики, кроме:

1)единичных
2) множественных
3) отходящих от общей подвздошной артерии
4) отходящих под бифуркацией аорты
5) отходящих в месте бифуркации
6) отходящих от различных тазовых артерий

а)правильно 1, 2,6
б) правильно 2, 4,6
в) правильно 1, 3,6
г) правильно 2, ,3,5
д) правильно 2, 4,5

6. Диагноз дистопии почки основывается на данных

а)экскреторной урографии
б) ангиографии
в) ультразвукового исследования
г) правильно а) и б)
д) правильно все перечисленное

7. Аномалии взаимоотношения почек составляют ко всем почечным аномалиям

а)6-8%

б) 10%
в) 13%
г) 18%
д) 20%

8. К симметричным формам сращения относят

а)S-образную почку
б) подковообразную и галетообразную почку
в) L-образную почку
г) Y-образную почку

9. Возможные варианты сращения полюсов в подковообразной почке

а)посредством паренхиматозного перешейка нижних полюсов почки
б) посредством перешейка верхних полюсов почки
в) сращение только за счет фиброзной ткани
г) сращение полюсов перешейка позади аорты и нижней полой вены
д) ответы а), б), в), г)правильные

10. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает

а)мочекаменная болезнь
б) гидронефроз
в) пиелонефрит
г) артериальная гипертензия
д) гематурия

11. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

а)ротацией чашечно-лоханочных систем
б) изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек
в) наличием симптома"рыболовного крючка"
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

12. При S-образной почке ворота расположены

а) *медиально*
б) латерально
в) одни - медиально, другие - краниально
г) одни - медиально, другие - латерально
д) краниально

13. При L-образной почке ворота расположены

а)латерально
б) медиально
в) краниально
г) одни - медиально, другие -краниально
д) одни - медиально, другие - латерально

14. Патогенез солитарной кисты связан

а) с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)
б) с ретенцией мочи
в) с ишемией почечной ткани
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

15. Пункция кисты и кистография предусматривает определенную последовательность этапов:

1)пункция кисты
2) введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты
3) аспирация содержимого кисты
4) введение в полость кисты склерозирующих растворов
5)цитологическое и бактериологическое исследование

б) эвакуация рентгеноконтрастных веществ из кисты

а)правильно 1, 2, 5, 6, 3 и 4

б) правильно 1, 3, 5, 2, 6 и4

в) правильно 1, 2, 3, 6, 4 и 5

г) правильно 1, 3, 2, 6, 5 и 4

д) правильно 1, 2, 3, 5, 6 и 4

16. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является

а)артериальная гипертензия

б) нагноение кисты

в) нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях

г) все перечисленное

д) только а) и б)

17. Показаниями к операции по поводу солитарной кисты почки являются

а)постоянные боли

б) гематурия

в) малигнизация стенки кисты

г) сочетание кисты и рака почки

д) все перечисленное

18. Поликистоз почек -это заболевание

а)врожденное

б) приобретенное

в) одностороннее

г) двустороннее

д) правильно а) и г)

19. Поликистоз почек встречается

а) в1:200 аутопсий

б) в 1:300 аутопсий

в) в 1:350-400 аутопсий

г) в 1:600 аутопсий

д) в 1:800 аутопсий

20. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются

а)бессосудистыми зонами

б) истонченными и удлиненными магистральными сосудами

в) значительным количеством мелких артерий

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

21. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе ночек являются

а)длительная микрогематурия

б) нагноение кист

в) хронический пиелонефрит

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

22. Мультикистоз почки- это заболевание

а)одностороннее

б) двустороннее

в) врожденное

г) приобретенное

д) правильно а) и в)

23. Этиология мультикистоза почки связана

а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата

б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов

почки в процессе эмбриогенеза
в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

24. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является

а)одностороннее поражение
б) двустороннее поражение
в) наследственный фактор значения не имеет
г) наследственный фактор имеет значение
д) правильно а) и в)

25. Возможны следующие варианты мультикистоза почек

а) мочеточник не изменен
б) мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
в) мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе
г) мочеточник атрофичен
д) правильно б) и в)

26. Мультилокулярная киста почки - это

а)однокамерная киста
б) многокамерная киста
в) не сообщающаяся с лоханкой киста
г) правильно а) и в)
д) правильно б) и в)

27. Лечение мультилокулярной кисты

а) консервативное
б) чрезкожная пункция кисты
в) нефрэктомия или резекция почки
г) вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой
д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

28. Синонимами термина"губчатая почка" является все перечисленное, кроме

а) мультикистоз и поликистоз почки
б) мультикистоз мозгового вещества
в) медуллярная губчатая почка
г) кистозное расширение почечных пирамид
д) дврожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

29. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

а) в корковом веществе почки
б) в корковом и мозговом веществе почки
в) в почечных пирамидах
г) в воротах почки
д) в одном из полюсов почки

30. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов

а) в чашечках
б) в лоханке
в) в полостях кист
г) в мочеточнике
д) правильно а) и б)

31. Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью

а)ультразвукового исследования
б) почечной артериографии
в) обзорной и экскреторной урографии
г) динамической нефросцинтиграфии
д) ретроградной уретеропиелографии

32. Лечение больных с губчатой почкой

а)специального лечения не требуется
б) оперативное
в) оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению
г) консервативное
д) правильно а) и в)

33. Мегакаликоз является результатом

а) очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы
б) медуллярной дисплазии
в) отсутствия закладки экскреторного аппарата
г) расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему
д) недоразвития мочеточникового зачатка

34. Основным методом диагностики мегакаликоза является

а)экскреторная урография
б) ультразвуковое исследование
в) ретроградная пиелография
г) динамическая сцинтиграфия
д) ангиография

35. Лечение неосложненного мегакаликоза

а)консервативное
б) специального лечения не требуется
в) нефрэктомия
г) резекция полюса почки
д) пластические операции

36. Удвоение почки -это наличие

а)двух лоханок
б) двух мочеточников
в) разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение
г) расщепление мочеточника
д) правильно а) и б)

37. Удвоение верхних мочевых путей - это

а)разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение
б) удвоение лоханки
в) расщепление мочеточника
г) удвоение мочеточника
д) сочетание б) и г)

38. Парапельвикальные кисты характеризуются тем, что

а) не сообщаются с лоханкой и чашечками
б) связаны с лоханкой или чашечками
в) локализуются в области почечного синуса
г) не локализуются в области почечного синуса
д) правильно а) и в)

39. Удвоенная почка имеет

а)две самостоятельные почечные артерии
б) одну общую артерию
в) один мочеточник
г) два мочеточника
д) правильно а) и г)

40. Закон Вейгерта -Мейера заключается

а) в перекрещивании мочеточников
б) в расположении устья мочеточника, отходящего от верхней лоханки дистальнее устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
в) в дистальном расположении устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

41. Закон Вейгерта -Мейера действует

а)при удвоении лоханки
б) при удвоении почки
в) при расщеплении мочеточника
г) при неполном удвоении почки
д) при удвоении мочеточника

42. Наиболее часто встречающимся осложнением при удвоении мочеточников является

а)пузырно-мочеточниковый рефлюкс
б) недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника
в)гидроуретеронефроз
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

43. Ретрокавальное расположение мочеточника является результатом

а)неправильного эмбрионального развития почки
б) неправильного эмбрионального развития аорты
в) неправильного эмбрионального развития задней правой кардиальной вены
г) неправильного эмбрионального развития нижней полой вены
д) правильно в) и г)

44. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

а)экскреторной урографии
б) аортографии
в) венокавографии
г) всего перечисленного
д) правильно а) и в)

45. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

а) ретроградной уретерографии
б) ультразвукового исследования
в) сцинтиграфии
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

46. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме

а)ахалазии
б) гидрокаликоза и пиелоэктазии
в) мегауретера
г)гидроуретеронефроза
д) правильно б) и г)

47. Патоморфологической основой нейромышечной дисплазии мочеточника являются

а)врожденное сужение устья мочеточника
б) врожденное сужение интрамурального отдела мочеточника
в) стриктура уретры
г) склероз шейки мочевого пузыря
д) правильно а) и б)

48. Патоморфологической основой нейромышечной дисплазии мочеточника являются

а)нейрогенные нарушения мочевого пузыря
б) уретероцеле
в) нейромышечная дисплазия нижнего цистоида
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

49. Для II стадии нейромышечной дисплазии мочеточника характерны все перечисленные признаки, кроме

а)общей слабости
б) быстрой утомляемости
в) головных болей
г) приступов почечной колики

50. При II стадии нейромышечной дисплазии мочеточника возможно все перечисленное, кроме

а)повышения температуры и ознобов
б) стойкой лейкоцитурии
в) повышения артериального давления
г) тупых болей в животе и пояснице
д) частого жидкого стула

51. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника наиболее информативными являются

а)экскреторная урография
б) ретроградная уретерография
в) ультразвуковое исследование
г) правильно а) и в)
д) правильно а) и б)

52. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника из перечисленных методов наиболее информативным является

а)динамическая нефросцинтиграфия
б) аортография
в) венокавография
г) цистография
д) урокинематография

53. Для стадии компенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

а)гипертрофия мышечного слоя мочеточника
б) атрофия мышечного слоя мочеточника
в) давление в тазовом отделе мочеточника больше, чем в вышележащих его отделах
г) правильно а) и в)
д) правильно б) и в)

54. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения

а)частичная атрофия мышц
б) отсутствие колебания давления

в) сохраняются колебания внутримочеточникового давления
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

55. Для стадии декомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

а) атрофия мышц мочеточника
б) гипертрофия мышечного слоя мочеточника
в) колебания давления в мочеточнике отсутствуют
г) правильно а) и в)
д) правильно б) и в)

56. Операция при нейромышечной дисплазии мочеточника должна отвечать следующим требованиям

а) быть антирефлюксной
б) устранять инфравезикальную обструкцию
в) сокращать длину и диаметр мочеточника без нарушения целостности его нейромышечного аппарата
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

57. Эктопированное устье мочеточника не открывается в производных урогенитального синуса

а)при шеечно-пузырной эктопии
б) при уретральной эктопии
в) при парауретральной (вестибулярной) эктопии
г) при маточной и влагалищной эктопии

58. Эктопированное устье мочеточника не открывается в производные мюллеровых протоков или кишечную трубку

а)при влагалищной эктопии
б) при шеечно-пузырной и парауретральной эктопии
в) при маточной эктопии
г) при кишечной эктопии

59. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является

а)недержание мочи
б) неудержание мочи
в) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи
г) задержка мочи
д) сочетание нормального акта мочеиспускания с неудержанием мочи

60. При эктопии устья мочеточника выполняются все перечисленные типы операций, кроме

а) уретероцистонеостомии
б) пиелоуретероанастомоза
в) интестинальной пластики
г) геминефрэктомии
д) уретероуретероанастомоза

61. Причинами уретероцеле являются

а) узость устья мочеточника
б) врожденная нейромышечная слабость подслизистого слоя мочеточника
в) сужение интрамурального отдела мочеточника
г) нейромышечная дисплазия нижнего цистоида
д) правильно а) и б)

62. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

а)ультразвукового исследования
б) экскреторной урографии
в) нисходящей цистографии

г) восходящей цистографии
д) правильно а) и в)

63. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

а) цистоскопии
б) нефросцинтиграфии
в) аортографии
г) только б) и в)
д) всего перечисленного

64. На экскреторных урограммах при уретероцеле может определяться

а)дилатация мочеточника
б) дилатация чашечно-лоханочной системы
в) дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря
г) булавовидное расширение дистального отдела мочеточника, заполненное контрастным веществом и окруженное ободком просветления
д) правильно а) и б)

65. Раньше всего при гидронефротической трансформации возникают

а)эктазия почечной лоханки
б) эктазия лоханки или чашечек
в) эктазия чашечек
г) уплощение почечных сосочков
д) сужение почечной артерии

66. При гидронефрозе наиболее часто встречается осложнение

а)артериальная гипертензия
б) венозная гипертензия
в) пиелонефрит
г) почечно-каменная болезнь
д) гематурия

67. Гидронефротическая трансформация у детей осложняется хроническим пиелонефритом

а) в50% случаев
б) в 60% случаев
в) в 70% случаев
г) в 75% случаев
д) в 85% случаев

68. Гидронефротическая трансформация у взрослых осложняется хроническим пиелонефритом

а) в30% случаев
б) в 35% случаев
в) в 45% случаев
г) в 55-60% случаев
д) в 70-80% случаев

69. Наиболее частой причиной гидронефротической трансформации при подковообразной почке является

а) расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки
б) врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья
в) добавочный сосуд
г) периуретерит
д) клапаны мочеточника

70. Причинами врожденного гидронефроза является все перечисленное,кроме

а) периуретерита
б) высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника
в) рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза
г) нижнеполярного добавочного сосуда
д) правильно а) и в)

71. Основными рентгенологическими методами диагностики гидронефротической трансформации являются все перечисленные, кроме

а) экскреторной урографии
б) цистографии
в) почечной артериографии
г) ретроградной пиелографии

72. Методами диагностики "закрытого" гидронефроза при резком снижении функции почки являются

а) почечная артериография
б) экскреторная урография
в) ретроградная уретерография
г) пункционная антеградная пиелография
д) динамическая сцинтиграфия

73. Методами диагностики гидронефротической трансформации при почечной недостаточности являются

а) экскреторная урография
б) инфузионная урография
в) сканирование изотопное
г) ультразвуковое сканирование
д) правильно б) и г)

74. При гидронефротической трансформации, обусловленной добавочным нижнеполярным сосудом, осложненной острым серозным пиелонефритом, целесообразна

а) операция по Culp de Weerd
б) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом
в) чрезкожная пункционная нефростомия
г) операция по Фолею
д) д) антеваз альный пиелоуретероанастомоз

75. При высоком отхождении мочеточника целесообразна операция

а) уретеролиза
б) уретерокаликоанастомоза
в) операция по Фолею
г) операция по Альбаррану
д) нефрэктомия

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

а) перемещения сосуда
б) пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса
в) антеваз ального уретеропиелоанастомоза
г) операция по Фолею
д) операция по Culp de Weerd

77. При протяженной стриктуре мочеточника показана

а) операция по Фолею
б) аутотрансплантация почки
в) интестинальная пластика мочеточника

г) резекция мочеточника и уретеропиелоанастомоз
д) лоскут из лоханки по Скардино - Принс

78. Для одностороннего перемежающегося гидронефроза характерны

а) низкая относительная плотность мочи
б) интермиттирующая боль в пояснице
в) эритроцитурия при повышении температуры тела
г) кратковременная полиурия
д) правильно б) и г)

79. При II и III стадии нефроптоза имеют место следующие изменения в сосудах почки

а) растяжение сосудов
б) перекрут сосудистой ножки
в) уменьшение просвета сосудов
г) только а) и б)
д) все перечисленное

80. При III стадии нефроптоза необходимо произвести все перечисленные исследования, кроме

а) измерения артериального давления
б) рентгеноскопии желудка
в) холецистографии
г) анализа мочи по Нечипоренко
д) экскреторной урографии с пробой Вальсальвы

81. Наиболее информативными рентгенологическими методами при нефроптозе являются

а) экскреторная урография с пробой Вальсальвы
б) почечная артериография в вертикальном положении больного
в) ретроградная уретеропиелография
г) венокавография
д) правильно а) и б)

82. Показаниями к оперативному лечению нефроптоза является все перечисленное, за исключением

а) вазоренальной гипертонии
б) гидронефротической трансформации
в) I стадии нефроптоза
г) болей в области почки, лишающих больного трудоспособности

83. При экстрофии мочевого пузыря наиболее частым осложнением бывает

а) микро- и макрогематурия
б) мочевые (солевые)диатезы
в) пиелонефрит и камни почек
г) артериальная гипертензия
д) хилурия

84. Экстрофия мочевого пузыря сопровождается

а) расхождением лонного сочленения
б) гипоспадией
в) тотальной эписпадией
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

85. При экстрофии мочевого пузыря оптимальным является

а) а)создание изолированного мочевого пузыря
б) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку
в) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки

г) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой
д) правильно б) и г)

86. Наиболее распространенными заболеваниями, приводящими к образованию дивертикула мочевого пузыря, являются:

1)стриктура уретры
2) аденома предстательной железы
3) рак предстательной железы
4)склероз шейки мочевого пузыря
5) рак мочевого пузыря
6)хронический простатит

а) правильно 1, 2 и 4
б) правильно 1, 3 и6
в) правильно 1, 2, 5и 6
г) равильно 1, 2, 5и 4
д) правильно 2, 3 и 5

87. Для дивертикула мочевого пузыря наиболее распространенными и характерными симптомами являются

а) задержка мочи, мочеиспускание в два приема
б) боль в поясничной области
в) повышение температуры и артериального давления
г) чувство тяжести внизу живота
д) правильно а) и г)

88. Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием

а) всех слоев стенки мочевого пузыря
б) широкого входа в дивертикул
в) узкого входа в дивертикул
г) правильно а) и в)
д) правильно а) и б)

89. Врожденное нарушение акта мочеиспускания имеет место

а) при миелодисплазии
б) при агенезии или недоразвитии крестца и копчика
в) при менингоцеле
г) при всем перечисленном
д) только б) и в)

90. Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря можно осуществлять лишь тогда, когда имеется

а) забрюшинная гематома и неполный разрыв мочевого пузыря
б) флегмона забрюшинной клетчатки и неполный разрыв мочевого пузыря
в) разрыв слизистой оболочки мочевого пузыря
г) разрыв внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
д) разрыв внутрибрюшной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см

91. Для гипорефлекторной формы неврогенного мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

а) отсутствия или слабой выраженности позыва к мочеиспусканию
б) задержки мочи
в) недержания мочи
г) продолжительного мочеиспускания или мочеиспускания в несколько приемов

92. Для гипорефлекторной формы неврогенного мочевого пузыря характерны

а) парадоксальная ишурия

б) наличие большого количества остаточной мочи
в) наличие везикоренального рефлюкса
г) хроническая почечная недостаточность
д) все перечисленное

93. Существуют следующие формы нейрогенного мочевого пузыря, кроме

а) рефлекторной
б) арефлекторной
в) гипорефлекторной и арефлекторной
г) гиперрефлекторной
д) декомпенсированной

94. Существуют следующие формы нейрогенного мочевого пузыря (по А.В.Лифшицу)

а) гипертонический и нормотонический мочевой пузырь
б) гипотонический мочевой пузырь
в) атонический мочевой пузырь с остаточной мочой
г) атонический мочевой пузырь без остаточной мочи
д) все перечисленные формы

95. Наиболее частыми осложнениями нейрогенного мочевого пузыря являются

а) хронический пиелонефрит
б) гидронефротическая трансформация
в) хроническая почечная недостаточность
г) везикоренальный рефлюкс
д) все перечисленное

96. Различают все перечисленные формы эписпадии, кроме

а) тотальной
б) эписпадии головки
в) стволовой
г) субсимфизарной

97. Наиболее частое осложнение гипоспадии

а) камни почек
б) гематурия
в) пиелонефрит
г) импотенция
д) закономерность не установлена

98. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме

а) головчатой
б) стволовой
в) тотальной
г) мошоночной

99. Различают следующие формы гипоспадии

а) субсимфизарную
б) промежностную
в) гипоспадию без гипоспадии
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

100. Двусторонний крипторхизм диагностируется

а) ав20% случаев
б) в 30% случаев
в) в 40% случаев
г) в 50% случаев
д) в 80% случаев

101. К осложнениям крипторхизма относятся

а) атрофия герминативного эпителия
б) злокачественные опухоли
в) ущемление неопустившегося яичка
г) правильно б) и в)
д) правильно все перечисленное

102. Оптимальным возрастом для начала лечения крипторхизма является

а) 8-10 месяцев
б) 1 год
в) 2 года
г) 3-4 года
д) 6 лет

103. Нормальная способность к оплодотворению в случае, если лечение крипторхизма проведено в возрасте 3-4 года, сохраняется

а) в50% случаев
б) в 60% случаев
в) в 70% случаев
г) в 87% случаев
д) в 96% случаев

104. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является

а) невозможность его низведения
б) гипоплазия яичка
в) подозрение на опухоль яичка
г) правильно а) и в)
д) правильно все перечисленное

105. Прогноз при крипторхизме зависит

а) от формы
б) от сроков выполнения операции
в) от степени морфологических нарушений стромы яичка
г) от нарушения кровоснабжения
д) от всего перечисленного

106. Положительные результаты при односторонней паховой форме крипторхизма отмечаются

а) в50% случаев
б) в 60% случаев
в) в 70% случаев
г) в80% случаев
д) в 90% случаев

107. Положительные результаты при односторонней брюшной форме крипторхизма отмечаются

а) в40% случаев
б) в 50% случаев
в) в 60% случаев
г) в 70% случаев
д) в 80% случаев

108. Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является

а) врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене
б) аорто-мезентериальный пинцет
в) почечная венная гипертензия
г) наличие артерио-венозной фистулы
д) правильно а) и б)

109. Возможными осложнениями операции Иваниссевича являются

а) водянка оболочек яичка
б) рецидив варикоцеле
в) тромбоз тестикулосафенного анастомоза
г) кровотечение из раны вследствие несостоятельности венозного анастомоза
д) правильно а) и б)

110. Клубочковая фильтрация является

а) активным процессом
б) пассивным процессом
в) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах
г) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах
д) сочетанием активных и пассивных процессов

111. Онкотическое давление плазмы

а) повышает клубочковую фильтрацию
б)не повышает клубочковую фильтрацию
в) понижает клубочковую фильтрацию
г) повышает только в юкстамедуллярных нефронах
д) понижает только в кортикальных нефронах

112. Фильтрационное давление в клубочке составляет

а) 10 мм рт. ст.
б) 30 мм рт. ст.
в) 50 мм рт. ст.
г) 70 мм рт. ст.
д) свыше 100 мм рт.ст.

113. Онкотическое давление плазмы в норме составляет

а) 10 мм рт. ст.
б) 25 мм рт. ст.
в) 40 мм рт. ст.
г) 50 мм рт. ст.
д) 60 мм рт. ст.

114. Внутрипочечное давление в норме равно

а) 5 мм рт. ст.
б) 15 мм рт. ст.
в) 25 мм рт. ст.
г) 30 мм рт. ст.
д) 50 мм рт. ст.

115. Фильтром для форменных элементов крови являются

а) поры эндотелиального слоя
б) поры базальной мембраны
в) щелевые мембраны
г) ножки подоцитов
д) щеточная кайма

116. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочках

а) полностью
б) частично
в) не фильтруются
г) полностью фильтруется только глюкоза
д) полностью фильтруется только креатинин

117. Фосфаты в виде NaH_2PO_4

а) фильтруются в клубочках
б) не фильтруются в клубочках

в) в зависимости от состояния клубочковой мембраны
г) в зависимости от состояния эндотелия клубочков
д) в зависимости от состояния от сохранности подоцитов

118. Реабсорбция бикарбонатов осуществляется в основном

а) в проксимальном канальце
б) в петле Генле
в) в дистальном канальце
г) в собирательной трубке
д) в беллиниевом протоке

119. Действие осмотических диуретиков осуществляется

а) в проксимальном канальце
б) в восходящем отделе петли Генле
в) в дистальном канальце
г) по ходу всего нефрона
д) в собирательной трубке

120. Под действием ренина происходит

а) сужение приносящей артериолы клубочка
б) расширение приносящей артериолы клубочка
в) уменьшение размеров пор базальной мембраны
г) гипертрофия сосудистых петель клубочка
д) уменьшение реабсорбции белка

121. У больного хронической почечной недостаточностью выраженная гиперкалиемия. В анамнезе следует обратить внимание в первую очередь на

а) состав пищи
б) наличие рвоты
в) наличие диарреи
г) жалобы на опорно-двигательную систему
д) длительность артериальной гипертензии

122. Прогрессирование хронической почечной недостаточности ускоряет

а) артериальная гипертензия
б) гиперпаратиреоз
в) активность основного заболевания
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

123. . Карбоксипептидаза способствует образованию

а) ангиотензиногена
б) ангиотензина I
в) ангиотензина II
г) простагландина
д) карбонгидразы

124. Образование ангиотензина II происходит

а) только в легких
б) только в сердце
в) только в почках
г) только в печени
д) в основном в легких и почках

125. Реабсорбция белка осуществляется

а) в проксимальных канальцах
б) в петлях Генле
в) в дистальных извитых канальцах
г) в собирательных канальцах
д) в беллиниевом протоке

126. Реабсорбция глюкозы осуществляется

а) в проксимальных канальцах
б) в петлях Генле
в) в дистальных канальцах
г) в собирательных трубках
д) на протяжении всех нефронов

127. Реабсорбция глюкозы осуществляется

а) активно
б) пассивно
в) вторично активно
г) активно - в проксимальном канальце, пассивно - в дистальном
д) пассивно - в проксимальном канальце, активно - в дистальном

128. Образование аммиака происходит

а) в печени
б) в стенке кишечника
в) в почках
г) в селезенке
д) во всех перечисленных органах

129. В условиях метаболического ацидоза в здоровых почках

а) повышается аммонийный коэффициент
б) понижается аммонийный коэффициент
в) повышается клиренс мочевины
г) повышается секреция калия
д) указанные показатели на меняются

130. Вода реабсорбируется только

а) в проксимальных канальцах
б) в дистальных извитых канальцах
в) в собирательных трубках
г) в клубочках
д) на протяжении всех нефронов

131. Реабсорбция воды отсутствует

а) в проксимальных канальцах
б) в нисходящих отделах петель Генле
в) в восходящих отделах петель Генле, дистальных канальцах
г) в собирательных трубках
д) на протяжении всех нефронов

132. Наиболее точно отражает выраженность хронической почечной недостаточности уровень

а) мочевины плазмы
б) остаточного азота
в) креатинина плазмы
г) калия плазмы
д) кальция плазмы

133. При хронической почечной недостаточности уровень креатинина плазмы

а) может нормализоваться
б) нормализоваться не может
в) неизвестен
г) возможность нормализации не зависит от артериального давления
д) возможность нормализации зависит от уровня артериального давления

134. Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является

а) повышение артериального давления
б) полиурия, полидепсия

в) гиперкалиемия
г) гиперкальциемия
д) гипофосфатемия

135. Для хронической почечной недостаточности характерны

а) гипокальциемия в сочетании с гипофосфатемией
б) гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
в) гиперкальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
г) гиперкальциемия в сочетании с гипофосфатемией
д) любые сочетания

136. Уровень паратгормона при хронической почечной недостаточности, как правило

а) повышен
б) понижен
в) не изменен
г) зависит от уровня артериального давления
д) зависит от pH крови

137. У больного хронической почечной недостаточностью рвота в течение 2недель. Нарастает мочевина и креатинин плазмы крови. Ему следует применить

а) коррекцию диеты
б) внутривенное вливание 10%раствора хлористого натрия
в) гемодиализ
г) внутривенное вливание 5% раствора глюкозы
д) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы

138. В качестве животного белка больному лучше всего рекомендовать

а) говядину
б) яйца
в) творог
г) мясо птицы
д) сыр

139. При составлении диеты больному хронической почечной недостаточностью в первую очередь следует

а) ограничить белок
б) обеспечить достаточную калорийность диеты
в) ограничить фосфаты
г) ограничить кальций
д) ограничить натрий

140. У больных хронической почечной недостаточностью и диареей происходит потеря главным образом

а) калия
б) натрия
в) водорода
г) кальция
д) всех указанных ионов

141. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствуют

а) артериальная гипертензия
б) анемия
в) перегрузка жидкостью и натрием
г) высокий уровень триглицеридов плазмы
д) все указанные факторы

142. После внутривенного вливания 40% раствора глюкозы с инсулином у больного в сыворотке крови может наблюдаться

а) понижение содержания калия
б) повышение содержания калия
в) понижение содержания натрия
г) повышение содержания натрия
д) содержание калия и натрия не меняется

143. У больного хронической почечной недостаточностью калий сыворотки крови 7.5 мэкв/л. В первую очередь ему следует рекомендовать

а) вливание физиологического раствора
б) вливание 5%раствора глюкозы
в) вливание 40%раствора глюкозы с инсулином
г) внутривенно препараты кальция
д) внутривенно лазикс

144. Всасываемость кальция в желудочно-кишечном тракте при хронической почечной недостаточности

а) повышена
б) понижена
в) понижена при вторичном гиперпаратиреозе
г) понижена при гипофосфатемии
д) не изменена

145. Для лечения артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности целесообразно использовать

а) дибазол
б) папаверин
в) магнезию
г) любой из перечисленных препаратов
д) ни один из перечисленных препаратов

146. Больному хронической почечной недостаточностью и недостаточностью кровообращения планируется лечение строфантином. При этом в первую очередь следует обратить внимание на

а) уровень натрия плазмы
б) уровень калия плазмы
в) уровень креатинина плазмы
г) уровень мочевины

147. К азотемической интоксикации не имеет отношения

а) кожный зуд
б) бессонница
в) полиурия, полидепсия
г) потеря аппетита
д) тошнота, рвота

148. Показано срочное оперативное лечение при травме мочевого пузыря

а) при катетеризации мочевого пузыря выделилось до 1500 мл мочи,
до катетеризации над лоном перкуторно тимпанический звук
б) после удара в живот в боковых отделах брюшной полости определяется
притупление перкуторного звука
в) макрогематурия, ложные позывы и переполненный мочевой пузырь
г) перелом костей таза со смещением, большая забрюшинная гематома
при нормальном мочеиспускании и макрогематурии
д) во всех случаях

149. К особенностям перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря относятся

а) резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
б) тошнота, рвота

в) выраженный метеоризм
г) высокая температура тела
д) длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

150. При травме мочевого пузыря для ушивания дефекта наиболее целесообразен

а) однорядный шов кетгутом
б) двухрядный шов кетгутом
в) трехрядный шов кетгутом
г) двухрядный шов шелком
д) трехрядный шов хромированным кетгутом

151. При биопсии пахового лимфоузла выявлен рак. На половом члене бородавчатое образование 1 см в диаметре. Больному рекомендуется

а) ампутация полового члена
б) биопсия новообразования полового члена
в) лучеваая терапия
б) полихимиотерапия
в) операция Дюкена

152. У больного диагностирована гнойная полость (каверна). Яичко 2г3 см. Ему рекомендуется

а) антибактриальная терапия
б) вскрытие и дренирование полости
в) орхиэктомия
г) УВЧ, грязелечение
д) биопсия

153. У больного 6 лет паховый крипторхизм. Ему целесообразны

а) хориогонадотропин, анаболиты, ЛФК
б) операция низведения яичка или орхиэктомия
в) санаторно-курортное лечение
г) метилтестостерон
д) лечение не показано, наблюдение до возраста 16-17 лет

154. У больного 9 лет анорхизм (крипторхизм абдоминальный). Ему показаны

а) динамическое наблюдение, лечение и вмешательство не показано
б) хориогонадотропин, андрогены, витамин Е
в) ревизия паховых каналов - низведение яичек или оставление их на месте
г) ревизия паховых каналов – семенной канатик короткий. Двусторонняя кастрация
д) санаторно-курортное лечение, ЛФК

155. Мочеточник (лоханку) можно

а) ушивать танталовыми скрепками
б) ушивать кетгутом
в) ушивать нейлоном
г) ушивать шелком
д) склеивать синтетическим клеем

156. Больному 16 лет с истинным врожденным анорхизмом следует рекомендовать

а) пролонгированные андрогены
б) трансплантация яичка
в) лечение и вмешательство не показаны
г) подсадка (имплантация) ткани яичка
д) возможны варианты а) и б)

157. После ампутации матки через 12 дней сформировался мочеточниково-влагалищный свищ. Больной необходимы

а) срочно уретероцистонеостомия или операция Боари
б) пункционная нефростомия

в) уретерокутанеостомия
г) уретероцистонеостомия или операция Боари через 3-4 месяца после нефростомии
д) уретероцистонеостомия или операция Боари через 6-8 месяцев после нефростомии

158. Во время кесарева сечения с большой кровопотерей у больной прошиты оба мочеточника, развилась анурия. Ей необходимы

а) повторная ревизия раны, снятие швов с мочеточников
б) уретерокутанеостомия с одной или двух сторон
в) пункционная или операционная нефростомия с одной стороны
г) уретероцистонеостомия или операция Боари
д) продолжение консервативного лечения

159. У больного ножевое ранение мочеточника 12 часов назад, мочевой затек в забрюшинное пространство. Ему необходимы

а) катетеризация мочеточника
б) операционная нефростомия
в) пункционная нефростомия
г) ревизия, ушивание мочеточника, нефростомия

160. У больного поликистоз почек. Камень лоханки почки 25г25 мм, нарушающий уродинамику. Ему следует рекомендовать

а) ударно-волновую литотрипсию
б) пункционную нефролитотомию, нефростомию
в) консервативное лечение
г) пиелолитотомию, игнипунктуру
д) нефростомию

161. У больного 65 лет множественные камни мочевого пузыря, аденома предстательной железы. Ему следует рекомендовать

а) ударно-волновую литотрипсию
б) аденомэктомию, цистолитотомию, цистостомию
в) трансуретральную литотрипсию аппаратом «Урат-П»
г) растворение камней
д) вмешательство не показано

162. К развитию инфекционно-токсического шока приводит:

1) массивный прорыв инфекта
2) высокая вирулентность флоры
3) иммунодепрессия
4) нарушения гемодинамики
5) сахарный диабет

а) правильно 1 и 2
б) правильно 4 и 5
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 3

163. Основными звеньями патогенеза сепсиса являются:

1) гиповолемия
2) снижение сердечного выброса
3) коагулопатия
4) полиорганная недостаточность

а) все ответы верные, кроме 1
б) все ответы верные, кроме 2
в) все ответы верные, кроме 3
г) все ответы верные, кроме 4

164. Явная клиническая картина возникает при кровопотере, равной

а) 250 мл
б) 500 мл
в) 1000 мл
г) 1500 мл
д) 2000 мл

165. Клубочковая фильтрация является

а) активным процессом
б) пассивным процессом
в) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах
г) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах
д) сочетанием активных и пассивных процессов

166. Внутрипочечное давление в норме равно

а) 5 мм рт. ст.
б) 15 мм рт. ст.
в) 25 мм рт. ст.
г) 30 мм рт. ст.
д) 50 мм рт. ст.

167. Мочевина, креатинин глюкоза фильтруются в клубочках

а) полностью
б) частично
в) не фильтруются
г) полностью фильтруется только глюкоза
д) полностью фильтруется только креатинин

168. У больного хронической почечной недостаточностью выраженная гиперкалиемия. В анамнезе следует обратить внимание в первую очередь

а) на состав пищи
б) на наличие рвоты
в) на наличие диареи
г) на жалобы на опорно-двигательную систему
д) на длительность артериальной гипертензии

169. Прогрессирование хронической почечной недостаточности ускоряет

а) артериальная гипертензия
б) гиперпаратиреоз
в) активность основного заболевания
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

170. Реабсорбция белка осуществляется

а) в проксимальных канальцах
б) в петлях Генле
в) в дистальных извитых канальцах
г) в собирательных канальцах
д) в беллиниевом протоке

171. Реабсорбция глюкозы осуществляется

а) в проксимальных канальцах
б) в петлях Генле
в) в дистальных канальцах
г) в собирательных трубках
д) на протяжении всех нефронов

172. Реабсорбция глюкозы осуществляется

а) активно
б) пассивно
в) вторично активно

г) активно - в проксимальном канальце, пассивно - в дистальном
д) пассивно - в проксимальном канальце, активно - в дистальном

173. Образование аммиака происходит

а) в печени
б) в стенке кишечника
в) в почках
г) в селезенке
д) во всех перечисленных органах

174. Вода реабсорбируется только

а) в проксимальных канальцах
б) в дистальных извитых канальцах
в) в собирательных трубках
г) в клубочках
д) на протяжении всех нефронов

175. Наиболее точно отражает выраженность хронической почечной недостаточности уровень

а) мочевины плазмы
б) остаточного азота
в) креатинина плазмы
г) калия плазмы
д) кальция плазмы

176. При хронической почечной недостаточности уровень креатинина плазмы

а) может нормализоваться
б) нормализоваться не может
в) неизвестен
г) возможность нормализации не зависит от артериального давления
д) возможность нормализации зависит от уровня артериального давления

177. Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является

а) повышение артериального давления
б) полиурия, полидепсия
в) гиперкалиемия
г) гиперкальциемия
д) гипофосфатемия

178. Для хронической почечной недостаточности характерны

а) гипокальциемия в сочетании с гипофосфатемией
б) гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
в) гиперкальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
г) гиперкальциемия в сочетании с гипофосфатемией
д) любые сочетания

179. Уровень паратгормона при хронической почечной недостаточности, как правило

а) повышен
б) понижен
в) не изменен
г) зависит от уровня артериального давления
д) зависит от pH крови

180. У больного хронической почечной недостаточностью рвота в течение 2 недель. Нарастает мочевина и креатинин плазмы крови. Ему следует применить

а) коррекцию диеты
б) внутривенно вливание 10% раствора хлористого натрия
в) гемодиализ
г) внутривенное вливание 5% раствора глюкозы
д) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы

181. В качестве животного белка больному лучше всего рекомендовать

а) говядину
б) яйца
в) творог
г) мясо птицы
д) сыр

182. При составлении диеты больному хронической почечной недостаточностью в первую очередь следует

а) ограничить белок
б) обеспечить достаточную калорийность диеты
в) ограничить фосфаты
г) ограничить кальций
д) ограничить натрий

183. К факторам риска камнеобразования не относятся

а) уратурия, оксалатурия
б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови
в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты
г) лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче
д) фосфатурия

184. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен

а) при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе
б) при коралловидных камнях почек и пиурии
в) при остром гнойном пиелонефрите
г) во всех случаях
д) ни в одном случае

185. Посев мочи на микрофлору целесообразен

а) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
б) при сотром серозном пиелонефрите и камне почки
в) при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления
г) во всех случаях
д) ни в одном случае

186. Проба по Зимницкому целесообразна

а) при камне чашечки почки
б) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику
в) при коралловидных камнях почек
г) при камне лоханки почки без нарушения уродинамики
д) при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

187. Формы острого гнойного пиелонефрита

а) межуточный гнойный
б) апостематозный
в) абсцесс
г) карбункул
д) все перечисленное

188. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать

а) протей
б) кишечная палочка
в) палочка сине-зеленого гноя
г) энтерококк
д) стафилококк

189. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются

а) полиурия

б) перегревание
в) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
г) нарушение притока артериальной крови к почке
д) все перечисленное

190. Поликистоз почек – это заболевание

а) врожденное
б) приобретенное
в) одностороннее
г) двустороннее
д) правильно а) и г)

191. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются

а) длительная микрогематурия
б) нагноение кист
в) хронический пиелонефрит
г) правильно а) и б)
д) правильно а) и в)

192. Мультикистоз почки – это заболевание

а) одностороннее
б) двустороннее
в) врожденное
г) приобретенное
д) правильно а) и в)

193. Этиология мультикистоза почки связана

а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата
б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

194. В секрете предстательной железы в норме содержатся

а) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
б) макрофаги и амилоидные тельца
в) лецитиновые зерна
г) эпителиальные и гигантские клетки
д) правильно а) и в)

195. При раке мочевого пузыря необходима

а) нисходящая цистография
б) осадочная пневмоцистография
в) полицистография
г) только а) и б)
д) все перечисленное

196. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря

а) острый уретрит, простатит и эпидидимит
б) хронический простатит
в) внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
г) свежее повреждение уретры
д) правильно а) и г)

197. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме

а) раздельного получения мочи из каждой почки
б) проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
в) обтурационной анурии

г) дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии
д) секреторной анурии

198. Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается

а) порокам развития почек и мочевых путей
б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме
в) гормональному дисбалансу
г) травме почки
д) гломерулонефрит

199. При раке почки метастазы чаще наблюдаются

а) в печени
б) в легких
в) в контралатеральной почке
г) в головном мозгу
д) в надпочечнике

200. При раке почки отсутствует

а) полицитемия
б) артериальная гипертензия
в) гиперпирексия
г) анемия
д) эозинофилия

Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Урология»

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
д	б	г	д	г	д	в	б	д	в	г	а	г	д	б
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
г	д	в	д	б	б	д	г	д	д	д	в	а	в	в
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.
в	д	б	а	б	в	д	д	д	г	д	д	г	д	а
46.	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
б	д	в	г	д	г	д	г	д	г	д	г	б	в	в
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.	75.
д	д	а	д	б	в	д	г	а	д	б	г	д	в	в
76.	77.	78.	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
в	б	д	д	в	д	в	в	д	д	а	д	г	г	в
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.	103.	104.	105.
в	д	д	д	д	г	д	в	д	б	д	д	г	д	д
106.	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.
д	в	в	д	б	б	б	б	б	а	а	б	а	а	а
121.	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.	129.	130.	131.	132.	133.	134.	135.
в	г	в	д	а	а	в	в	а	г	в	в	б	б	б
136.	137.	138.	139.	140.	141.	142.	143.	144.	145.	146.	147.	148.	149.	150.
а	б	б	б	а	д	а	г	б	д	б	в	д	д	б
151.	152.	153.	154.	155.	156.	157.	158.	159.	160.	161.	162.	163.	164.	165.
б	в	б	в	б	д	г	в	г	г	б	а	а	в	б
166.	167.	168.	169.	170.	171.	172.	173.	174.	175.	176.	177.	178.	179.	180.
б	а	в	г	а	а	в	в	г	в	б	б	б	а	б
181.	182.	183.	184.	185.	186.	187.	188.	189.	190.	191.	192.	193.	194.	195.
б	б	б	д	г	в	д	д	в	д	б	д	г	д	д
196.	197.	198.	199.	200.										
д	д	в	б	д										

Ситуационные задачи по дисциплине «Урология»

Вариант №1

Ситуационная задача №1

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.
Поставьте диагноз. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Эталон ответа.

Учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лоном, возникшие после переохлаждения, характерны для острого воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря - цистита. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи. При наличии пиурии диагноз становится окончательным.

Ситуационная задача №2

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи - единичные эритроциты.
Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные исследования?

Эталон ответа.

Клиническая картина характерна для синдрома почечной колики. Однако наличие болей в правой половине живота, тошноты, рвоты требует проведения дифференциального диагноза с острым аппендицитом, холециститом. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевой системы или хромоцистоскопия. Если при УЗИ будет выявлена уретеропиелоэктазия справа, то причина болей — нарушение пассажа мочи. Если выделение индигокармина при хромоцистоскопии из устья правого мочеточника отсутствует, подтверждается урологический генез заболевания.

Ситуационная задача №3

Больную, 48 лет, беспокоят слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 л в сутки. Эти явления появились 3 мес. назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больной хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия.
Какие изменения произошли в почках у больной? Результатами каких исследований можно подтвердить эти изменения?

Эталон ответа.

Хронический пиелонефрит приводит к прогрессирующему снижению функции почек и развитию хронической почечной недостаточности. В связи со снижением концентрационных возможностей почек для выделения продуктов азотистого обмена им приходится выделять большее количество мочи. С этим связана имеющаяся у больной полиурия. Рекомендуется провести пробу Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию. Следует установить содержание в крови остаточного азота, мочевины, уровень которых, очевидно, повышен.

Ситуационная задача №4

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 х 0,5 см.

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Эталон ответа.

Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом «указательного пальца» (Симптом Лихтенберга). При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенографией мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

Ситуационная задача №5

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Эталон ответа.

В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно- резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

Ситуационная задача №6

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен втечение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Эталон ответа.

У больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно, для чего производится экскреторная урография. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

Ситуационная задача №7

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 х 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину- Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.

Что следует предпринять для купирования почечной колики?

Эталон ответа.

Почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрипочечного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутрипочечного давления позволит купировать приступ почечной колики.

Ситуационная задача №8

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4−С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 х 0.4 см.

Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Эталон ответа.

Так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным, назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной терапией, а также дезинтоксикацией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

Ситуационная задача №9

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6х0,4 см, подозрительная на конкремент.

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

Эталон ответа.

Клиническая картина и выявленная на рентгенограмме тень позволяют предположить наличие камня правой почки. Экскреторная урография дает возможность уточнить локализацию камня в чашечно-лоханочной системе и функциональное состояние почки, что крайне важно при определении тактики лечения. При наличии

выраженной ретенции чашечно-лоханочной системы правой почки целесообразно оперативное лечение.

Ситуационная задача №10

Больной «*А*», 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.

Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

Эталон ответа.

Клиническая картина и данные обзорной рентгенографии позволяют заподозрить опухоль левой почки. Для уточнения диагноза показана КТ, а при сомнительных ее данных — МРТ забрюшинного пространства.

Ситуационная задача №11

У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками.

Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Эталон ответа.

Для решения вопроса о характере оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря необходимо уточнить функциональное состояние почек и стадию заболевания. С этой целью следует провести экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря и при необходимости – КТ.

Ситуационная задача №12

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Ваша лечебная тактика?

Эталон ответа.

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию клетчатки таза по Буяльскому-МакУортеру, либо по Куприянову.

Ситуационная задача №13

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску.

Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

Эталон ответа.

Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию.

Ситуационная задача №14

Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

Какой ваш предварительный диагноз, диагностические и лечебные рекомендации?

Эталон ответа.

Учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (аденомой) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация Тиммана. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – одготовка больного к аденомэктомии.

Ситуационная задача №15

Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчата, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл.

Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надо предпринять для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

Наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при овышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом ректальном исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

Ситуационная задача:№16

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена. Поставьте диагноз. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Эталон ответа.

Учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лоном, возникшие после переохлаждения, характерны для острого воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря - цистита. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи. При наличии пиурии диагноз становится окончательным.

Ситуационная задача:№17

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи - единичные эритроциты.

Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные исследования?

Эталон ответа.

Клиническая картина характерна для синдрома почечной колики. Однако наличие болей в правой половине живота, тошноты, рвоты требует проведения дифференциального диагноза с острым аппендицитом, холециститом. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевой системы или хромоцистоскопия. Если при УЗИ будет выявлена уретеропиелоэктазия справа, то причина болей - нарушение пассажа мочи. Если выделение индигокармина при хромоцистоскопии из устья правого мочеточника отсутствует, подтверждается урологический генез заболевания.

Ситуационная задача: №18

3. Больную, 48 лет, беспокоят слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 л в сутки. Эти явления появились 3 мес. назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больной хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия. Какие изменения произошли в почках у больной? Результатами каких исследований можно подтвердить эти изменения?

Эталон ответа.

Хронический пиелонефрит приводит к прогрессирующему снижению функции почек и развитию хронической почечной недостаточности. В связи со снижением концентрационных возможностей почек для выделения продуктов азотистого обмена им приходится выделять большее количество мочи. С этим связана имеющаяся у больной полиурия. Рекомендуется провести пробу Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию. Следует установить содержание в крови остаточного азота, мочевины, уровень которых, очевидно, повышен.

Ситуационная задача: №19

4. В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 х 0,5 см. Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Эталон ответа.

Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом "указательного пальца" (Симптом Лихтенберга). При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенографией мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

Ситуационная задача: №20

5. У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно- лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Эталон ответа.

В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как "скрининг-тест", а затем компьютерную, магнитно- резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

Ситуационная задача: №21

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется. Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Эталон ответа.

У больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно, для чего производится экскреторная урография. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

Ситуационная задача: №22

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 х 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи. Что следует предпринять для купирования почечной колики?

Эталон ответа.

Почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрипочечного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутрипочечного давления позволит купировать приступ почечной колики.

Ситуационная задача: №23

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4°С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 х 0.4 см. Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Эталон ответа.

Так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным, назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной.

Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной терапией, а также дезинтоксикацией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

Ситуационная задача: №24

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6х0,4 см, подозрительная на конкремент. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

Эталон ответа.

Клиническая картина и выявленная на рентгенограмме тень позволяют предположить наличие камня правой почки. Экскреторная урография дает возможность уточнить локализацию камня в чашечно-лоханочной системе и функциональное состояние почки, что крайне важно при определении тактики лечения. При наличии выраженной ретенции чашечно-лоханочной системы правой почки целесообразно оперативное лечение.

Ситуационная задача: №25

Больной, 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

Эталон ответа.

Клиническая картина и данные обзорной рентгенографии позволяют заподозрить опухоль левой почки. Для уточнения диагноза показана КТ, а при сомнительных ее данных - МРТ забрюшинного пространства.

Ситуационная задача: №26

У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Эталон ответа.

Для решения вопроса о характере оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря необходимо уточнить функциональное состояние почек и стадию заболевания. С этой целью следует провести экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря и при необходимости – КТ.

Ситуационная задача: №27

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ваша лечебная тактика?

Эталон ответа.

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию клетчатки таза по Буяльскому-МакУортеру, либо по Куприянову.

Ситуационная задача: №28

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску. Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

Эталон ответа.

Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию.

Ситуационная задача: №29

Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов. Какой ваш предварительный диагноз, диагностические и лечебные рекомендации?

Эталон ответа.

Учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (аденомой) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация Тиммана. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – подготовка больного к аденомэктомии.

Ситуационная задача: №30

Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчата, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл. Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надо предпринять для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

Наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом ректальном исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.