

1. Олигурия у детей характерна
 - 1) для несахарного диабета
 - 2) для хронического пиелонефрита
 - 3) для острого гломерулонефрита
 - 4) для туберкулеза почек
2. Наиболее часто боли у урологических больных локализуются
 - 1) в поясничной области
 - 2) в наружном крае прямых мышц
 - 3) в надлобковой области
 - 4) в промежности
 - 5) во всех перечисленных областях
3. Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является
 - 1) вторичное сморщивание почки
 - 2) вторичное камнеобразование
 - 3) девиация мочеточника
 - 4) ложный гидронефроз
 - 5) некротический папиллит
4. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала у ребенка являются
 - 1) гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов
 - 2) цистит
 - 3) наличие инородных тел
 - 4) специфический уретрит
 - 5) грибковое поражение уретры
5. Односторонняя макрогематурия у детей является патогномичным симптомом
 - 1) при болезни Верльгофа
 - 2) при узелковом периартериите
 - 3) при остром гломерулонефрите
 - 4) при поликистозе почек
 - 5) при опухоли почки
6. При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить
 - 1) ретроградную пиелографию
 - 2) экскреторную урографию
 - 3) цистоскопию
 - 4) цистоуретерографию
 - 5) радиоизотопные методы
7. Гемоглобинурия у детей является результатом
 - 1) острого пиелонефрита
 - 2) острого гломерулонефрита
 - 3) некротического папиллита
 - 4) паранефрита
 - 5) отравления анилином
8. Не требует лечения у детей

- 1) ренальная форма анурии
- 2) экстраренальная форма анурии
- 3) субренальная форма анурии
- 4) физиологическая анурия новорожденных
- 5) аренальная форма анурии

9. Не является следствием патологического состояния органов мочевой системы у детей

- 1) экстраренальная форма анурии
- 2) субренальная форма анурии
- 3) преренальная форма анурии
- 4) ренальная форма анурии
- 5) аренальная форма анурии

10. Катетеризация является противопоказанной при острой задержке мочи, вызванной

- 1) фимозом
- 2) опухолью мочевого пузыря
- 3) камнем уретры
- 4) разрывом уретры
- 5) камнем мочевого пузыря

11. К патологической подвижности почки у детей предрасполагают

- 1) похудание
- 2) слабость связочного аппарата почки
- 3) снижение мышечного тонуса передней брюшной стенки
- 4) диспропорциональность роста скелета и формирования фиксирующего аппарата почки
- 5) все перечисленное

12. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен

- 1) при клапане задней уретры
- 2) при склерозе шейки мочевого пузыря
- 3) при гипертрофии семенного бугорка
- 4) при стенозе уретры у девочек
- 5) при стриктуре уретры

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

- 1) гематогенным путем
- 2) восходящим (уриногенным путем)
- 3) лимфогенным путем
- 4) смешанным путем
- 5) нейрогенным путем

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

- 1) экскреторная урография
- 2) Ренография
- 3) почечная ангиография
- 4) динамическая сцинтиграфия
- 5) биопсия почки

15. Основным методом диагностики клапана задней уретры является

- 1)восходящая уретрография
- 2)инфузионная урография
- 3)микционная цистоуретрография
- 4)цистоскопия
- 5)урофлоуметрия

16. Происхождение мочекаменной болезни у детей по современным воззрениям определяет

- 1)аномалия развития органов мочевой системы
- 2)нарушение водно-электролитного баланса
- 3)климатический фактор
- 4)полиэтиологическая теория
- 5)эндокринные нарушения

17. Из перечисленных конкрементов являются рентгенонегативными

- 1)оксалаты
- 2)ураты
- 3)фосфаты
- 4)смешанные камни
- 5)карбонаты

18. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является

- 1)болезненное мочеиспускание
- 2)острая задержка мочи
- 3)гематурия
- 4)пиурия
- 5)протеинурия

19. Наибольшая опасность возникновения апостематозного нефрита возникает

- 1)при камне верхней чашечки
- 2)при камне лоханки
- 3)при коралловидном камне почки
- 4)при камне мочеточника
- 5)при камне мочевого пузыря

20. Показанием к применению ангиографического исследования при гидронефрозе является

- 1)снижение функции почки
- 2)"немая" почка
- 3)внутрипочечное расположение лоханки
- 4)вторичный пиелонефрит
- 5)выраженный гидрокаликоз

21. Из перечисленных этиологических факторов чаще всего приводят к "немой" почке

- 1)аберрантный сосуд
- 2)высокое отхождение мочеточника
- 3)истинно врожденная форма
- 4)стеноз прилоханочного отдела мочеточника

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

- 1)тотальная эписпадия
- 2)промежностная гипоспадия

3) субсимфизарная эписпадия

4) клапан задней уретры

5) эктопическое уретероцеле

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

1) новорожденные и дети грудного возраста

2) 1-3 лет

3) 3-5 лет

4) 7 лет

5) старше 7 лет

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

1) гипертрофия семенного бугорка

2) клапан задней уретры

3) врожденный стеноз уретры

4) меатостеноз

25. Оптимальным доступом для удаления клапанов задней уретры у детей является

1) надлобковый доступ

2) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения

3) промежностный доступ

4) трансуретральный с применением уретрорезектоскопа

26. Из перечисленных методов исследования наиболее достоверным в диагностике клапанов задней уретры у детей является

1) цистоскопия

2) уретроскопия

3) микционная цистоуретрография)

4) микционная цистоуретрокинематография

5) полипозиционная цистография

27. Симптом канального недержания мочи при добавочном мочеточнике удвоенной почки характерен

1) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

2) для эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

3) при эктопическом уретероцеле

4) при двустороннем уретероцеле

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

1) новорожденные и грудные дети

2) 1-2 года

3) 3-4 года

4) 5-6 лет

5) 7-10 лет

29. Оптимальным сроком выполнения пластики уретры при гипоспадии является

1) 3-5 лет

2) 6-7 лет

3) 9-10 лет

4) 12-14 лет

5)13-15 лет

30. Оптимальным сроком выполнения меатотомии при гипоспадии у детей является

1)1-2 года

2)3-5 лет

3)по установлении диагноза

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

1)до 1 месяца

2)до 3-х месяцев

3)до 6 месяцев

4)до 1 года

32. Оптимальным сроком оперативного лечения тотальной эписпадии является возраст

1)до 1 года

2)1-3 лет

3)4-5 лет

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

1)цистоуретрография

2)цистоскопия

3)экскреторная урография

4)цистография;

5)ренография

34. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является

1)экскреторная урография

2)цистоскопия

3)цистография

35. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является

1)гематурия

2)пиурия

3)острая задержка мочи

4)дизурия

5)протеинурия

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

1)экскреторная урография

2)восходящая уретрография

3)цистоскопия

4)урофлоуметрия

37. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен

1)при цистоскопии

2)при нисходящей цистографии

3)при микционной цистоуретрографии

4)при цистометрии

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

1) для нейрогенного мочевого пузыря

2) для клапана задней уретры

3) для тотальной эписпадии

4) для эктопии устья добавочного мочеточника

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

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона

4) оперативное лечение в плановом порядке

5) назначение гормональных препаратов

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

1) гормональную терапию

2) оперативное лечение в плановом порядке

3) экстренное оперативное лечение

4) оперативное лечение в возрасте старше 5 лет

5) короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение

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

1) повышенным внутриутробным давлением

2) диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка

5) инфекцией мочевых путей

42. Осложнением крипторхизма является

1) бесплодие

2) малигнизация

3) перекрут яичка

4) аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка

5) все перечисленные

6) водянка яичка

43. Фертильность больных с односторонним крипторхизмом составляет

1) 100 % за счет здорового яичка

2) не превышает 60-65 %

3) менее 20 %

4) в большинстве случаев больные инфертильны

5) зависит от формы крипторхизма

44. Фертильность больных с двусторонним крипторхизмом составляет

1) 100%

2) 40-60 %

3) 25-40 %

45. Основным принципом орхипексии является

1) низведение яичка без натяжения его элементов

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4)создание условий для постоянной тракции и вытяжения

5)все перечисленное

46. Для паховой ретенции яичка характерно

1)смещение яичка при пальпации в сторону бедра

2)смещение яичка по ходу пахового канала

3)не определяющееся при пальпации яичко

4)все перечисленное

5)ничего из перечисленного

47. Для паховой эктопии яичка характерно

1)яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала

2)яичко расположено под кожей и смещается к бедру

3)яичко не пальпируется

4)яичко определяется на промежности

5)яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

48. Ложная ретенция яичка обусловлена

1)нарушением процессов опускания яичка

2)гормональным дисбалансом

3)нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз-гипоталамус

4)повышением кремастерных рефлексов

5)антенатальной патологией

49. Протезирование мошонки силиконовыми эндопротезами производится с целью

1)профилактики дисморфофобических переживаний

2)исправления косметического дефекта

3)улучшения возможности социальной адаптации

4)профилактики психопатизации личности

5)всего перечисленного

50. Для перекрута яичка в мошонке характерны

1)постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром

2)внезапное начало, затем светлый промежуток, после отек, гиперемия, постепенное нарастание отека

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

51. К аномалиям положения почек относятся:

1)Подковообразная почка

2)Нефроптоз

3)Дистопия гетеролатеральная (перекрестная)

4)L-образная почка

52. Дистопированную почку необходимо дифференцировать от

1)Фиксированного нефроптоза

2)Опухоли кишечника

3)Опухоли женских гениталий

4)Новообразования почки

5)Всего перечисленного

53. Точный диагноз дистопии почки можно установить на основании

1)Экскреторной урографии

2)Ангиографии

3)Ретроградной пиелографии

4)УЗИ + доплерографии

5)Ангиографии и УЗИ

54. К симметричным формам сращения относят

1)S-образную почку

2)Подковообразную почку

3)L-образную почку

4)Галетообразную почку

5)Подковообразную и галетообразную почки

55. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

1)Латеральным расположением чашечно-лоханочной системы

2)Изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек

3)Наличием симптома "рыболовного крючка"

56. При подковообразной почке с соединительнотканым перешейком, камне лоханки 25мм показана

1)Пиелолитотомия

2)Пиелолитотомия, уретропиелонеостомия, нефростомия

3)Пункционная нефролитотомия

4)Ударно-волновая литотрипсия

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

57. Патогенез солитарной кисты связан

1)С канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)

2)С ретенцией мочи

3)С ишемией почечной ткани

4)С обструкцией мочеточника

5)С симптомом Froleу

58. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является все кроме

1)Локализация кисты в почечном синусе

2)Нагноение кисты

3)Нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях

4)Простой кисты нижнего или среднего сегмента почки

59. Поликистоз почек — это заболевание

1)Врожденное

2)Приобретенное

3)Одностороннее

4)Двустороннее

5)Врожденное и двустороннее

60. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются

1)Длительная микрогематурия

2)Нагноение кист

3)Хронический пиелонефрит

4)Артериальная гипертония

5)Все перечисленное

61. Мультикистозная почка — это заболевание

1)Одностороннее

- 2) Врожденное
- 3) Приобретенное
- 4) Одностороннее и приобретенное

62. Отличием мультикистозной почки от поликистоза является

- 1) Одностороннее поражение
- 2) Двустороннее поражение
- 3) Отсутствие нефронов в почке
- 4) Не полное поражение почки
- 5) Одностороннее поражение и отсутствие нефронов в почке

63. Основным из перечисленных признаков мультикистозной почки является

- 1) Мочеточник не изменен
- 2) Мочеточник слепо заканчивается, не доходя до лоханки
- 3) Облитерация устья мочеточника
- 4) Гидроуретер
- 5) Экстраренальная лоханка

64. У больного поликистоз почек. Камень лоханки почки 25 мм, нарушающий уродинамику, о. пиелонефрит. Ему следует рекомендовать

- 1) Ударно-волновую литотрипсию
- 2) Пункционную нефролитотомию, нефростомию
- 3) Консервативное лечение
- 4) Пиелолитотомию, нефростомию, вскрытие кист
- 5) Нефростомию

65. Мультилокулярная киста почки — это

- 1) Однокамерная киста
- 2) Множественные кисты почки
- 3) Не сообщающаяся с лоханкой киста
- 4) Кистозно измененный сегмент почки без нефронов
- 5) Парапельвикальные кисты

66. Лечение мультилокулярной кисты

- 1) Консервативное
- 2) Чрескожная пункция кисты
- 3) Нефрэктомия
- 4) Оперативное лечение
- 5) Введение склерозирующих растворов в полость кист

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

- 1) Мультикистоз и поликистоз почки
- 2) Мультикистоз мозгового вещества
- 3) Медуллярная губчатая почка
- 4) Кистозное расширение почечных пирамид
- 5) Врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

68. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

- 1) В корковом веществе почки
- 2) В мозговом веществе почки
- 3) В почечных пирамидах
- 4) В воротах почки
- 5) В одном из полюсов почки

69. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов

- 1) В чашечках
- 2) В лоханке
- 3) В измененных канальцах почек
- 4) В мочеточнике
- 5) В корковом слое почки

70. Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью

- 1) Ультразвукового исследования
- 2) Почечной ангиографии
- 3) Допплерографии
- 4) Динамической нефросцинтиграфии
- 5) Ретроградной уретеропиелогрaфии

71. Лечение больных с губчатой почкой

- 1) Динамическое наблюдение
- 2) Оперативное лечение
- 3) ДЛТ
- 4) Консервативное
- 5) Правильно А и Г

72. Истинное удвоение почки — это наличие

- 1) Удвоенная лоханка
- 2) Только удвоенные мочевые пути
- 3) Раздельное кровоснабжение сегментов почки
- 4) Подковообразная почка
- 5) S-образная почка

73. Удвоение верхних мочевых путей — это

- 1) Разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение
- 2) Внутрпочечное удвоение лоханки
- 3) Расщепление мочеточника
- 4) Полное удвоение мочеточника
- 5) Расщепление, удвоение мочеточника

74. Закон Вейгерта-Мейера действует

- 1) При удвоении лоханки
- 2) При удвоении почки
- 3) При расщеплении мочеточника
- 4) При неполном удвоении почки
- 5) При полном удвоении мочеточника

75. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

- 1) Экскреторной урографии
- 2) Аортографии
- 3) Венокавографии
- 4) Спирального КТ
- 5) Всего перечисленного

76. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме

- 1) Ахалазии
- 2) Гидрокаликоза и пиелоэктазии

3)Мегауретера

4)Гидроуретеронефроза

77. Наиболее характерным признаком экстравезикальной эктопии устья мочеточника у женщин является

1)Постоянное недержание мочи

2)Неудержание мочи

3)Боли в поясничной области

4)Задержка мочи

5)Учащенное мочеиспускание

78. Наиболее достоверными методами диагностики уретероцеле являются

1)Ультразвуковое исследование

2)Экскреторная урография

3)Восходящая цистография

4)Цистоскопия

5)УЗИ +цистоскопия

79. У больного уретероцеле 5х4 см, гидроуретеронефроз, показаны

1)Оперативное лечение

2)Пункционная нефростомия

3)Уретеросигмостомия

4)Электрокоагуляция уретероцеле

5)Трансвезикальное иссечение уретероцеле

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

1)Почечная артериография

2)Экскреторная урография

3)Ретроградная уретерография

4)ЧПНС

5)Динамическая сцинтиграфия

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

1)Операция по Culp de Weerd

2)Резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом

3)Чрескожная пункционная нефростомия

4)Операция по Фолею

5)Антевазальный пиелоуретероанастомоз

82. При высоком отхождении мочеточника целесообразна операция

1)Уретеролиза

2)Латеро-латеральный уретеропиелоанастомоз

3)Операция по Фолею

4)Операция по Альбаррану

5)Нефрэктомия

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

1)Перемещения сосуда

2)Пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса

3)Антевазального уретеропиелоанастомоза с резекцией сегмента

4)Операция по Фолею

5)Операция по Culp de Weerd

84. Наиболее частой причиной гидронефроза при подковообразной почке является все кроме

- 1)Расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки
- 2)Врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья
- 3)Добавочный сосуд
- 4)Периуретерит
- 5)Синдрома Froleу

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

- 1)Нефроптоза с периодическими тупыми болями в пояснице
- 2)Нефроптоза с периодической макрогематурией
- 3)Нефроптоза, с частыми атаками пиелонефрита
- 4)Резко выраженного болевого синдрома

86. Экстрофия мочевого пузыря часто сочетается с

- 1)Паховой грыжей
- 2)Пороками развития верхних мочевых путей
- 3)Удвоением влагалища, наличием двурогой матки
- 4)Отсутствием лонных костей
- 5)Атрезией ануса

87. Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием

- 1)Всех слоев стенки мочевого пузыря
- 2)Широкого входа в дивертикул
- 3)Узкого входа в дивертикул
- 4)Наличия выраженной трабекулярностью слизистой пузыря
- 5)Правильно А и В

88. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме

- 1)Головчатой
- 2)Стволовой
- 3)Дорзальной
- 4)Мошоночной
- 5)Промежностной

89. Оптимальным возрастом для оперативного лечения крипторхизма является

- 1)8-10 месяцев
- 2)1 год
- 3)6 лет
- 4)3-4 года
- 5)12 лет

90. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является все кроме

- 1)Невозможность его низведения
- 2)Гипоплазия яичка
- 3)Подозрение на опухоль яичка
- 4)Малого объема мошонки

91. У больного 20 лет гидроцеле. Ему следует рекомендовать

- 1)Наблюдение
- 2)Пункцию гидроцеле

- 3) Оперативное лечение
- 4) Физиотерапию
- 5) Орхидэктомия

92. Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является все кроме:

- 1) Врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене
- 2) Аорто-мезентериальный пинцет
- 3) Почечная венозная гипертензия
- 4) Опухоль почки
- 5) Гемангиомы почки

93. Показаниями к оперативному лечению варикоцеле является все, кроме

- 1) Варикоцеле 3 ст.
- 2) Варикоцеле + олигозооспермия
- 3) Неосложненное варикоцеле 1 ст.
- 4) Варикоцеле + выраженный болевой симптом
- 5) Варикоцеле в сочетании с почечной венозной гипертензией

94. Мышечный каркас поясничной области состоит из

- 1) трех слоев мышц
- 2) двух слоев мышц
- 3) четырех слоев мышц
- 4) одного слоя

95. Средний мышечный слой поясничной области представлен

- 1) нижней задней зубчатой мышцей и наружной косой мышцей живота
- 2) широчайшей мышцей спины и наружной косой мышцей живота
- 3) наружной косой мышцей живота и поперечной мышцей живота
- 4) разгибателем позвоночника, нижней задней зубчатой мышцей и внутренней косой мышцей живота
- 5) всем перечисленным

96. Анатомически слабым местом поясничной области является поясничный треугольник (треугольник Пити), дном которого служит

- 1) поперечная мышца живота
- 2) наружная косая мышца живота
- 3) внутренняя косая мышца живота
- 4) нижняя задняя зубчатая мышца
- 5) широчайшая мышца спины

97. Стенками анатомически слабого места поясничной области — поясничного ромба (ромба Лесгафта-Грюнфельда) являются

- 1) разгибатель позвоночника, нижняя задняя зубчатая мышца и внутренняя косая мышца живота
- 2) поперечная мышца живота, нижняя задняя зубчатая мышца и наружная косая мышца живота, гребень подвздошной кости
- 3) широчайшая мышца спины, наружная косая мышца живота и гребень подвздошной кости
- 4) нижняя задняя зубчатая мышца, внутренняя косая мышца живота, разгибатель позвоночника, и XII-ребро.
- 5) ни одно из приведенных

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

- 1) наружной косой мышцы живота и передним листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
- 2) задним листком апоневроза внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы живота.
- 3) наружной косой мышцы живота, внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы живота.
- 4) поперечной мышцы живота
- 5) ни одним из перечисленных.

99. Облитерированный мочево́й проток (урахус) располагается в

- 1) средних паховых складках брюшины
- 2) латеральных паховых складках брюшины
- 3) срединной паховой складке брюшины

100. Границами пахового канала являются: 1 — апоневроз наружной косой мышцы живота; 2 — поперечная фасция; 3 — внутренняя косая мышца живота; 4 — поперечная мышца живота; 5 - паховая (пупартова) связка

- 1) правильно 1, 2, 4, 5
- 2) правильно 1, 2, 3, 5
- 3) правильно 1, 3, 4, 5
- 4) все правильно

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ГИА ОРДИНАТОРОВ

(специальность «Детская урология-андрология»)

2 вариант

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

- 1) медиальной паховой ямке
- 2) латеральной паховой ямке
- 3) надпузырной ямке
- 4) пупочному кольцу
- 5) запирательному отверстию

2. Количество жировых клетчаточных слоев в забрюшинном пространстве составляет:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

3. Фасция Тольдта (fascia Toldt) — это

- 1) предпочечная фасция
- 2) позадипочечная фасция
- 3) позадибрюшинная фасция
- 4) внутрибрюшинная фасция
- 5) позадиободочная фасция

4. Собственное забрюшинное жировое клетчаточное пространство ограничено

- 1) предпочечной фасцией и позадипочечной фасцией
- 2) позадипочечной фасцией и фасцией квадратной мышцы
- 3) позадибрюшинной фасцией и внутрибрюшинной фасцией
- 4) позадипочечной фасцией и внутрибрюшинной фасцией

5. В полости малого таза различают:

- 1) один этаж
- 2) два этажа
- 3) три этажа
- 4) четыре этажа
- 5) пять этажей

6. Предпузырное (Retzii) клетчаточное пространство отграничено

- 1) задней поверхностью лобковых костей, поперечной фасцией и предпузырной фасцией
- 2) между передним и задним листками предпузырной фасции и стенкой мочевого пузыря
- 3) задней поверхностью лонных костей, симфиза и стенкой мочевого пузыря
- 4) между предпузырной фасцией и брюшиной
- 5) правильно а) и г)

7. Пути распространения гнойных затеков из предпузырного пространства могут быть следующими:

- 1) через бедренный и запирающий канал - на бедро
- 2) в боковые пристеночные пространства таза
- 3) в брюшную полость
- 4) во влагалище прямых мышц живота и область пупка.
- 5) все правильно

8. Перфорировать запирающую мембрану при дренировании предпузырного пространства по Буяльскому-Мак-Уортеру необходимо:

- 1) в верхнем наружном отделе
- 2) в верхнем внутреннем отделе
- 3) в нижнем наружном отделе
- 4) в нижнем внутреннем отделе
- 5) допустимо в любом отделе

9. В состав мышц мочепоолового треугольника включаются:

- 1) седалищно-пещеристые мышцы
- 2) луковично-губчатые мышцы
- 3) поверхностная поперечная мышца промежности
- 4) глубокая поперечная мышца промежности
- 5) все правильно

10. Мышечной основой диафрагмы таза является:

- 1) внутренняя запирающая мышца
- 2) мышца, поднимающая задний проход
- 3) большая ягодичная мышца
- 4) глубокая поперечная мышца промежности
- 5) наружный сфинктер ануса

11. Срамной сосудисто-нервный пучок выходит из ягодичной области через

- 1) запирающую мембрану
- 2) большое седалищное отверстие
- 3) малое седалищное отверстие
- 4) седалищно-прямокишечную ямку

12. Какому слою передней брюшной стенки соответствует мышца, поднимающая яичко:

- 1) наружной косой мышце живота
- 2) внутренней косой мышце живота
- 3) поперечной мышце живота
- 4) все правильно
- 5) внутренней косой мышце живота и поперечной мышце живота

13. Порядок элементов почечной ножки спереди назад следующий:

- 1) Вена, артерия, лоханка
- 2) артерия, вена, лоханка
- 3) вена, лоханка, артерия
- 4) лоханка, вена, артерия
- 5) лоханка, артерия, вена

14. Правая почечная артерия располагается:

- 1) впереди нижней полой вены
- 2) позади нижней полой вены
- 3) впереди брюшной аорты
- 4) позади брюшной аорты
- 5) между нижней полой веной и брюшной аортой

15. Кровоснабжение мочевого пузыря осуществляется из бассейна:

- 1) внутренней подвздошной артерии
- 2) наружной подвздошной артерии
- 3) общей подвздошной артерии
- 4) нижней брыжеечной артерии
- 5) правильно а) и б)

16. Кровоснабжение полового члена осуществляется:

- 1) луковичной артерией
- 2) тыльной артерией полового члена
- 3) глубокой артерией полового члена
- 4) все правильно

17. Лимфоотток из яичек осуществляется

- 1) в поверхностные паховые лимфатические узлы
- 2) в глубокие паховые лимфатические узлы
- 3) паракавальные и парааортальные лимфоузлы
- 4) околоподвздошные лимфоузлы
- 5) околоподвздошные, паракавальные и парааортальные лимфоузлы

18. Наружный (произвольный) сфинктер уретры иннервируется:

- 1) подвздошно-паховым нервом
- 2) подвздошно-подчревным нервом
- 3) седалищным нервом
- 4) запирательным нервом
- 5) срамным нервом

19. Топография нормального положения почек в забрюшинном пространстве:

- 1) ориентиром служит XI-ребро, которое делит левую и правую почки на 2/3 и 1/3
- 2) ориентиром служит XII-ребро, которое делит левую почку на 1/3 и 2/3, а правую почку - пополам.
- 3) ориентиром служит XII-ребро, которое делит правую почку на 1/3 и 2/3, а левую почку — пополам.
- 4) ориентиром служит XII-ребро, которое делит обе почки пополам
- 5) правильно б) и в)

20. Наиболее узкий просвет мочеточника — до 2 мм. отмечается:

- 1) в области лоханочно-мочеточникового сегмента
- 2) на уровне перекреста с подвздошными сосудами

3)предпузырном отделе

4)интрамуральном отделе

21. Левый мочеточник у пограничной линии таза пересекает:

1)общую подвздошную артерию

2)наружную подвздошную артерию

3)внутреннюю подвздошную артерию

4)запирательную артерию

5)подчревную артерию

22. Нижняя треть (тазовый отдел) мочеточника кровоснабжается:

1)подчревной артерией

2)верхними пузырными артериями

3)маточными артериями

4)средними геморроидальными артериями

5)все правильно

23. М-холинергические рецепторы располагаются:

1)диссеминированно в детрузоре

2)избирательно в шейке мочевого пузыря

3)преимущественно в проксимальном отделе уретры

4)в предстательной железе

24. α -адренорецепторы расположены:

1)диссеминированно в детрузоре

2)избирательно в шейке мочевого пузыря

3)преимущественно в проксимальном отделе уретры

4)в предстательной железе

5)все, кроме детрузора

25. Наиболее узким участком уретры является

1)переход мочевого пузыря в уретру

2)в месте прохождения через мочеполовую диафрагму

3)область наружного сфинктера уретры

4)в области наружного отверстия уретры

5)правильно б) и в)

26. Гидроцеле — это скопление жидкости между:

1)наружной и внутренней семенной фасциями

2)внутренней семенной фасциями и собственной влагалищной оболочкой яичка

3)наружной семенной фасциями и мясистой оболочкой мошонки

4)белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка

5)париетальным и висцеральными листками собственной влагалищной оболочки яичка

27. Гландулоциты яичка (клетки Лейдига) располагаются

1)в извитых семенных канальцах яичка

2)в прямых семенных канальцах яичка

3)в интерстициальной ткани яичка

4)в семявыносящем протоке

28. Клетки сперматогенного эпителия - сперматогонии располагаются:

1)в извитых семенных канальцах яичка

2)в прямых семенных канальцах яичка

3) в интерстициальной ткани яичка

4) в семявыносящем протоке

29. Выделительная функция почек состоит из:

1) фильтрации и проксимальной реабсорбции

2) дистальной реабсорбции

3) осмотического концентрирования мочи

4) форникальной реабсорбции

5) все ответы правильные

30. Процесс фильтрации зависит от:

1) величины артериального давления

2) фильтрационного давления

3) объема циркулирующей крови

4) величины артериального и фильтрационного давления

31. Процесс образования окончательной мочи складывается

1) канальцевой реабсорбции

2) простой диффузии

3) канальцевой экскреции

4) канальцевой секреции

5) все ответы правильные

32. Основные клинические признаки гипокалиемии:

1) астенизация.

2) мышечная слабость.

3) дыхательные нарушения.

4) уплощение зубца Т, удлинение интервала PQ.

5) все ответы правильные.

33. Резервуаром для сперматозоидов являются:

1) семенные пузырьки

2) головка придатка яичка

3) хвост придатка яичка

4) предстательная железа

5) семявыносящие протоки

34. Мужские половые гормоны-андрогены продуцируются

1) в яичках (клетками Лейдига).

2) в клетках предстательной железы.

3) в коре надпочечников.

4) в яичках и коре надпочечников

35. В процессе нейро-эндокринной регуляции мужских половых гормонов участвуют:

1) гипофиз

2) гипоталамус

3) яички

4) кора надпочечников

5) все ответы правильные

36. Клубочковая фильтрация является:

1) активным процессом;

2) пассивным процессом;

- 3) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах;
- 4) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах;
- 5) сочетанием активных и пассивных процессов.

37. Онкотическое давление плазмы:

- 1) повышает клубочковую фильтрацию;
- 2) не повышает клубочковую фильтрацию;
- 3) понижает клубочковую фильтрацию;
- 4) повышает только в юкстамедуллярных нефронах;
- 5) понижает только в кортикальных нефронах.

38. Фильтрационное давление в клубочке составляет:

- 1) 10 мм рт. ст.;
- 2) 30 мм рт. ст.;
- 3) 50 мм рт. ст.;
- 4) 70 мм рт. ст.;
- 5) свыше 100 мм рт. ст.

39. Онкотическое давление плазмы в норме составляет:

- 1) 10 мм рт. ст.;
- 2) 25 мм рт. ст.;
- 3) 40 мм рт. ст.;
- 4) 50 мм рт. ст.;
- 5) 60 мм рт. ст.

40. Внутривисцеральное давление в норме равно:

- 1) 5 мм рт. ст.;
- 2) 15 мм рт. ст.;
- 3) 25 мм рт. ст.;
- 4) 30 мм рт. ст.;
- 5) 50 мм рт. ст.

41. Фильтром для форменных элементов крови являются:

- 1) поры эндотелиального слоя;
- 2) поры базальной мембраны;
- 3) щелевые мембраны;
- 4) ножки подоцитов;
- 5) щеточная кайма.

42. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочках:

- 1) полностью;
- 2) частично;
- 3) не фильтруются;
- 4) полностью фильтруется только глюкоза;
- 5) полностью фильтруется только креатинин.

43. Фосфаты в виде NaH_2PO_4 :

- 1) фильтруются в клубочках;
- 2) не фильтруются в клубочках;
- 3) в зависимости от состояния клубочковой мембраны;
- 4) в зависимости от состояния эндотелия клубочков;
- 5) в зависимости от состояния и сохранности подоцитов.

44. Реабсорбция бикарбонатов осуществляется в:

- 1) проксимальном канальце;
- 2) петле Генле;
- 3) дистальном канальце;
- 4) собирательной трубочке;
- 5) канальце Беллини.

45. Действие осмотических диуретиков осуществляется:

- 1) в проксимальном канальце;
- 2) в восходящем отделе петли Генле;
- 3) в дистальном канальце;
- 4) по ходу всего нефрона;
- 5) в собирательной трубке.

46. Под действием производных ренина происходит:

- 1) сужение приносящей артериолы клубочка;
- 2) расширение приносящей артериолы клубочка;
- 3) уменьшение размеров пор базальной мембраны;
- 4) гипертрофия сосудистых петель клубочка;
- 5) уменьшение реабсорбции белка.

47. Карбоксипептидаза способствует образованию:

- 1) ангиотензиногена;
- 2) ангиотензина I;
- 3) ангиотензина II;
- 4) простагландинов;
- 5) карбоангидразы.

48. Образование ангиотензина II происходит в:

- 1) легких;
- 2) сердце;
- 3) почках;
- 4) печени;
- 5) легких и почках.

49. Реабсорбция белка осуществляется в:

- 1) проксимальных канальцах;
- 2) петлях Генле;
- 3) дистальных извитых канальцах;
- 4) собирательных трубочках;
- 5) канальцах Беллини.

50. Реабсорбция глюкозы осуществляется в:

- 1) проксимальных канальцах;
- 2) петлях Генле;
- 3) дистальных канальцах;
- 4) собирательных трубочках;
- 5) на протяжении всего нефрона.

51. Реабсорбция глюкозы осуществляется:

- 1) активно;
- 2) пассивно;
- 3) вторично активно;
- 4) активно — в проксимальном канальце, пассивно в дистальном;

5) пассивно — в проксимальном канальце, активно в дистальном.

52. Образование аммиака происходит в:

- 1) печени;
- 2) стенке кишечника;
- 3) почках;
- 4) селезенке;
- 5) во всех перечисленных органах.

53. В условиях метаболического ацидоза в здоровых почках:

- 1) повышается аммонийный коэффициент;
- 2) понижается аммонийный коэффициент;
- 3) повышается клиренс мочевины;
- 4) повышается секреция калия;
- 5) указанные показатели не меняются.

54. Никтурия — это:

- 1) увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени;
- 2) учащение ночного мочеиспускания;
- 3) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные;
- 4) дневная олигурия;

55. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) сердечной недостаточности;
- 2) сахарного диабета;
- 3) хронической почечной недостаточности;
- 4) хронического гломерулонефрита;
- 5) аденомы предстательной железы.

56. Поллакиурия — это:

- 1) увеличение диуреза;
- 2) учащение мочеиспускания дневного и ночного;
- 3) учащение ночного мочеиспускания;
- 4) учащение дневного мочеиспускания;
- 5) увеличение ночного диуреза.

57. Поллакиурия не встречается при:

- 1) цистоцеле;
- 2) камне верхней трети мочеточника;
- 3) неврастении;
- 4) истерии.

58. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- 1) туберкулеза мочевого пузыря;
- 2) цисталгии;
- 3) камня мочевого пузыря;
- 4) опухоли почки.

59. Задержка мочеиспускания — это:

- 1) отсутствие выделения мочи почками;
- 2) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря;
- 3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации;
- 4) невозможность самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении;
- 5) парадоксальная ишурия.

60. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

- 1) атрезии наружного отверстия уретры;
- 2) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;
- 3) обтурации мочеточников;
- 4) аденомы предстательной железы.

61. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

- 1) рака предстательной железы;
- 2) острой почечной недостаточности;
- 3) стриктуры уретры;
- 4) камня уретры;
- 5) фимоза.

62. Парадоксальная ишурия — это:

- 1) невозможность самостоятельного мочеиспускания;
- 2) хроническая задержка мочеиспускания;
- 3) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи;
- 4) недержание мочи;
- 5) сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи.

63. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных:

- 1) ретроградной уретерографии;
- 2) ультразвукового исследования;
- 3) сцинтиграфии;

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

- 1) ахалазии;
- 2) гидрокаликоза и пиелоэктазии;
- 3) мегауретера;
- 4) гидроуретеронефроза;

65. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника наиболее информативными являются:

- 1) экскреторная урография;
- 2) ретроградная уретерография;
- 3) ультразвуковое исследование;

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

- 1) динамическая нефросцинтиграфия;
- 2) аортография;
- 3) венокавография;
- 4) цистография;
- 5) урокинематография.

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

- 1) частичная атрофия мышц;
- 2) отсутствие колебания давления;
- 3) сохраняются колебания внутримочеточникового давления;

68. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является:

- 1) недержание мочи;
- 2) недержание мочи;

- 3) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи;
- 4) задержка мочи;
- 5) содержание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи.

69. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных:

- 1) ультразвукового исследования;
- 2) экскреторной урографии;
- 3) нисходящей цистографии;
- 4) восходящей цистографии;

70. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных:

- 1) цистоскопии;
- 2) нефросцинтиграфии;
- 3) аортографии;
- 4) всего перечисленного.

71. На экскреторных урограммах при уретероцеле могут определяться:

- 1) дилатация мочеточника;
- 2) дилатация чашечно-лоханочной системы;
- 3) дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря;
- 4) булавовидное расширение дистального отдела мочеточника, заполненное контрастным веществом и окруженное ободком просветления;

72. Облитерирован мочеточник в нижней трети на протяжении 7 см, сделана нефростомия у больной 30 лет после кесарева сечения. В дальнейшем ей необходимы:

- 1) уретероцистостомия;
- 2) нефрэктомия;
- 3) уретерокутанеостомия;
- 4) операция Боари;
- 5) уретеросигмостомия.

73. При парауретральной кисте размером 5 см без нагноения необходимо:

- 1) пунктирование кисты;
- 2) иссечение кисты трансвагинально;
- 3) электрокоагуляция кисты;
- 4) установка в кисту постоянного катетера-ирригатора;
- 5) выписка больной под наблюдение уролога, гинеколога.

74. Ложная протеинурия не характерна для:

- 1) туберкулеза почки;
- 2) пиелонефрита;
- 3) опухоли почки;
- 4) гломерулонефрита;

75. Сухая уретроскопия применяется для осмотра:

- 1) передней части уретры;
- 2) задней уретры;
- 3) семенного бугорка;

76. Наличие клеток Штернгеймера—Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для:

- 1) острого гломерулонефрита;
- 2) хронического гломерулонефрита;
- 3) острого пиелонефрита;

- 4) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии;
- 5) туберкулеза почки.

77. Наиболее частый источник инфицирования почек при туберкулезе:

- 1) лимфатические узлы;
- 2) кости;
- 3) легкие и кишечник;
- 4) плевра;
- 5) гортань.

78. Пути проникновения туберкулезной инфекции в почки:

- 1) лимфогенный;
- 2) гематогенный;
- 3) континуитатный;
- 4) уриногенный;
- 5) все перечисленные.

79. Проявление мочевого туберкулеза:

- 1) болезненное мочеиспускание;
- 2) частое мочеиспускание;
- 3) стерильная пиурия;
- 4) гематурия;
- 5) сочетание этих признаков.

80. Ранний симптом туберкулеза почки:

- 1) почечная колика;
- 2) гематурия;
- 3) пиурия;
- 4) частое мочеиспускание;
- 5) гидронефроз.

81. Абактериальная пиурия — признак:

- 1) острого гломерулонефрита;
- 2) острого пиелонефрита;
- 3) хронического пиелонефрита;
- 4) интерстициального нефрита;
- 5) туберкулеза почки.

82. Отличия туберкулеза почек от гематурической формы ХГН:

- 1) несоответственно низкая протеинурия при выраженных изменениях мочевого осадка (пиурия, гематурия);
- 2) дизурия;
- 3) выраженные отеки;
- 4) злокачественная гипертензия;
- 5) стойкая щелочная реакция мочи.

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

- 1) рак почки;
- 2) хронический пиелонефрит;
- 3) аномалию почек;
- 4) туберкулез почек;
- 5) подагрическую нефропатию.

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

- 1) цистоскопии;
- 2) внутривенной урографии;
- 3) анализа мочи;
- 4) УЗИ почек, изотопной ренографии.

85. Ложная протеинурия не характерна для:

- 1) туберкулеза почки;
- 2) пиелонефрита;
- 3) опухоли почки;
- 4) гломерулонефрита;

86. Показания к ретроградной пиелоуретрографии:

- 1) уратный камень почки или мочеточника;
- 2) папиллярная опухоль лоханки;
- 3) туберкулез почки;
- 4) все перечисленное;

87. Синтез мочевой кислоты тормозит:

- 1) вольтарен;
- 2) ретаболил;
- 3) аллопуринол;
- 4) инсулин;
- 5) аспирин.

88. Симптом, наиболее информативный при приступе колики:

- 1) наличие гематурии;
- 2) наличие солей в осадке мочи;
- 3) протеинурия;
- 4) лейкоцитурия;
- 5) четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии.

89. Наиболее частое осложнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии:

- 1) острый пиелонефрит;
- 2) гематома;
- 3) разрыв почки;
- 4) почечная колика;
- 5) макрогематурия.

90. Противопоказание к дистанционной ударно-волновой литотрипсии:

- 1) нефроптоз;
- 2) микрогематурия;
- 3) камень размером 1,5 см;
- 4) поясничная дистопия почки;
- 5) острый пиелонефрит.

91. Характер боли при почечной колике?

- 1) Колющий
- 2) Постоянный, на фоне которого возникают приступообразные боли
- 3) Режущий
- 4) Схваткообразный
- 5) Постоянный

92. Оперативное вмешательство при первичном гнойном пиелонефрите?

- 1)Иссечение карбункула
- 2)Резекция почки
- 3)Декапсуляция почки
- 4)Нефропексия
- 5)Цистостомия

93. Назовите вид злокачественной опухоли яичек:

- 1)Феохромоцитомы
- 2)Фиброаденома
- 3)Семинома
- 4)Папиллярный рак
- 5)Гемангиома

94. Что определяется с помощью анализа мочи по Нечипоренко?

- 1)Раздельная функция почек
- 2)Терминальная гематурия
- 3)Функциональное состояние мочевого пузыря
- 4)Скрытая лейкоцитурия
- 5)Суммарная функция почек

95. При осмотре родившегося ребенка врач обнаружил у него дефект передней брюшной стенки ниже пупка с отсутствием передней стенки мочевого пузыря и пролабированием задней его стенки: видны устья мочеточников - из них ритмично поступает моча, выливаясь на кожу лобка и внутреннюю поверхность бедер. Консультация уролога: экстрофия мочевого пузыря, показано оперативное лечение. В какие сроки?

- 1)в юношеском возрасте
- 2)в течение 3-5 лет
- 3)в течение первого года жизни ребенка
- 4)при появлении менструации или первых половых признаков
- 5)по достижении половой зрелости

96. С какого метода следует начинать рентгенологическое исследование при подозрении на камни почки или мочеточника?

- 1)Экскреторная урография
- 2)Томография
- 3)Обзорная урография
- 4)Почечная ангиография
- 5)Восходящая пиелография

97. Для повреждения какого отдела мочеполовой системы характерна инициальная гематурия:

- 1)мочевого пузыря
- 2)простаты
- 3)уретры
- 4)почек
- 5)мочеточников

98. Какой орган наиболее часто поражается при гематогенном метастазировании рака почки:

- 1)желудок
- 2)селезенка

3)сердце

4)печень

99. Наиболее часто встречаемые камни при мочекаменной болезни:

1)фосфаты

2)цистиновые

3)ураты

4)карбонаты

5)оксалаты

100. Какое сочетание симптомов характерно для почечной колики, обусловленной камнем мочеточника?

1)возникновение болей после макрогематурии

2)симптом Ортнера

3)эритроцитурия после стихания болей

4)иррадиация болей в паховую область

5)тошнота, рвота