Вопросы для проведения аттестации обучающихся по практике.

Вопрос 1. Предрасполагающие факторы возникновения первичного пиелонефрита;
1. Травма.
2. Приём больших доз витаминных препаратов.
3. Снижение иммунореактивности организма.
4. Нарушение гемодинамики в почке.

Вопрос 2. Путь инфицирования почки при первичном (необструктивном) пиелонефрите:
1. Лимфогенный.
2. По стенке мочеточника.
3. По просвету мочеточника.
4. Гематогенный.

Вопрос 3. Предрасполагающий фактор возникновения вторичного пиелонефрита:
1. Переохлаждение.
2. Инфекция.
3. Нарушение оттока мочи.
4. Иммунодефицит.
5. Нарушение лимфооттока.

Вопрос 4. Частый возбудитель гематогенного пиелонефрита:
1. Стрептококк.
2. Синегнойная палочка.
3. Протей.
4. Стафилококк.
5. Кишечная палочка.

Вопрос 5. Ранний лабораторный симптом, указывающий на серозную фазу воспалительного процесса в почках:
1. Лейкоцитурия.
2. Эритроцитурия.
3. Бактериурия.
4. Цилиндрурия.

Вопрос 6. Лабораторный признак, характеризующий гнойную фазу воспаления в почке:
1. Бактериурия.
2. Цнлиндрурия.
3. Лейкоцитурия.
4. Эритроцитурия.

Вопрос 7. Какое место занимает пиелонефрит среди почечных заболеваний?
1. Второе.
2. Первое.
3. Четвертое.
4. Третье.

Вопрос 8. Какие 2 патогенетических фактора предопределяют тяжесть клинического течения вторичного пиелонефрита?
1. Нарушение лимфооттока.
2. Венозный застой.
3. Массивное инфицирование.

4. Лоханочно-почечные рефлюксы.
5. Вирулентность микробной флоры.

Вопрос 9. Проявлением чего при пиелонефрите является озноб?
1. Инфицирования мочевых путей.
2. Лихорадки.
3. Прорыва бактерий в сосудистое русло.
4. Нарушения оттока мочи.

Вопрос 10. Что играет основную роль в распространении инфекции при уриногенном (восходящем) пиелонефрите?
1. Адгезия бактерий.
2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.
3. Расстройство кровообращения.
4. Гипотония мочевых путей.

Вопрос 11. Острый первичный пиелонефрит наиболее часто осложняется:
1. Сморщенной почкой.
2. Артериальной гипертензией.
3. Апостематозным нефритом.
4. Пионефрозом.

Вопрос 12. Пиелонефрит беременных является часто следствием:

1. Впервые возникшего острого процесса.
2. Бактериями из эндогенных очагов инфекции.
3. Обострением латентно протекающей хронической инфекции.
4. Осложнением воспалительного процесса в гениталиях.

Вопрос 13. Какие антибактериальные препараты применяются для лечения пиелонефрита беременных в первой половине?
1. Пенициллины.
2. Тетрациклины.
3. Аминогликозиды.
4. Цефалоспорины.
5. Фторхинолоны.

Вопрос 14. В какой стадии пиелонефрита масса почки уменьшается?
1. Остром серозном.
2. При карбункуле почки.
3. При жировом перерождении почки.
4. При вторично-сморщенной почке.
5. Пионефрозе.

Вопрос 15. В каких возрастных группах чаще наблюдается пузырно-мочеточниковый рефлюкс?
1. Дети.
2. Подростки.
3. Молодые люди.
4.В среднем возрасте.
5. В пожилом возрасте.

Вопрос 16. Бактериемический шок является:
1. Острой формой течения уросепсиса.
2. Острой формой с 2—3 атаками.
3. Острой формой и последующим затяжным течением.
4. Подострой формой.

5. Хронической формой.

Вопрос 17. С помощью какого метода исследования можно отдифференцировать наличие газа в кишечнике от наличия газа в околопочечной клетчатке?
1. Экскреторная урография.
2. Обзорныи снимок почек.
3. Ультразвуковое исследование почек.
4. Компьютерная томография.
5. Статическая сцинтиграфия.

Вопрос 18. Наиболее частый путь проникновения инфекции при вторичном паранефрите:
1. Из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки),
2. Гематогенный.
3. Лимфогенный.
4. Проникновение инфекции из соседних органов.
5. Уриногенный.

Вопрос 19. Какое оперативное пособие чаще выполняется при одиночном карбункуле почки?
1. Декапсуляция.
2. Иссечение карбункула, декапсуляция почки.
3. Нефрэктомия.
4. Резекция почки.

Вопрос 20. Какая операция показана при апостематозном нефрите?
1. Нефрэктомия.
2. Декапсуляция почки.
3. Пиело-нефростомия.
4. Резекция почки.

Вопрос 21. Наиболее частая урологическая причина хронической почечной недостаточности:
1. Нефролитиаз.
2. Поликистоз почек.
3. Пиелонефрит.
4. Пионефроз.
5. Паранефрит.

Вопрос 22. Назовите методы исследования, которые можно применять при пиелонефрите беременных.
1. Экскреторная урография.
2. Обзорный снимок мочевых путей.
3. Ультразвуковое исследование.
4. Хромоцистоскопия.
5. Ретроградная пиелография.

Вопрос 23. С какого мероприятия начинается лечение вторичного острого пиелонефрита?
1. Спазмолитическая терапия.
2. Устранение нарушении пассажа мочи.
3. Антибактериальная терапия.
4. Иммунотерапия.

Вопрос 24. С помощью какого исследования можно выявить уменьшенные паренхимы почки на ранних стадиях хронического пиелонефрита?

1. Статическая сцинтиграфия.
2. Ультразвуковое исследование.
3. Ренокортикальный индекс.
4. Хромоцистоскопия.
5. Экскреторная урография.

Вопрос 25. Какие из перечисленных лекарств обладают подкисляющим эффектом?
1. Алмагель.
2. Метионин.
3. Хлористый аммоний.
4. Аевит.
5. Ацетат натрия.

Вопрос 26. Какие из перечисленных лекарств обладают подщелачивающим эффектом?
1. Блемарен.
2. Пиридоксин.
3. Ацетат натрия.
4. Витамин С.
5.Роватинекс.

Вопрос 27. Какие из препаратов относятся к цитратным смесям?
1. Аллопуринол.
2. Пиридоксин.
3. Блемарен.
4. Милурит.
5. Уралит –У

Вопрос 28. Для лечения мочекислого уролитиаза показаны:
1. Этамид.
2. Цитратные смеси.
3. Фитин.
4. Ниерон.
5. Сульфат магния.

Вопрос 29. В результате нарушения пуринового обмена образуются:
1. Карбонаты кальция.
2. Фосфаты кальция.
3. Оксалаты.
4. Ураты.
5. Фосфаты магния.

Вопрос 30. Симптомами надсфинктерной эктопии устья мочеточника является:
1. Недержание мочи.
2. Боли в поясничной области.
3. Поллакиурия.
4. Отсутствие произвольного мочеиспускания,
5. Артериальная гипертензия.

Вопрос 31. Какая операция наиболее радикальна при гидронефрозе?
1. Уретеролиз.
2. Интубационная уретеротомия (Марион).
3. Уретеропиелопластика по Фолею.

4. Уретеропиелонеоанастомоз по Хайнес — Андерсону?
5. Пиелопликация.

Вопрос 3/95. При инфицированном гидронефрозе II стадии показана:
1. Нефрэктомия.
2. Пиелостомия.
3. Уретеролиз.
4. Пиелопликация.
5. Уретеропиелонеоанастомоз.

Вопрос 32. Методы диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса:
1. Экскреторная урография.
2. Ретроградная цистография.
3. Цистоскопия.
4. Микционная цистография.
5. Ретроградная пиелография.

Вопрос 33. Метод выбора лечения гидронефроза при удвоении мочевых путей:
1. Нефрэктомия.
2. Геминефрэктомия.
3. Пластика лоханки.
4. Мочеточниково-лоханочный анастомоз.
5. Межмочеточниковый анастомоз.

Вопрос 34. Метод диагностики солитарной кисты почки:
1. Экскреторная урография.
2. Ретроградная пиелография.
3. Эхография.
4. Люмботомия.
5.Ангиосцинтиграфия.

Вопрос 35. Пластическая операция показана при гидронефрозе:
1. 1 стадии.
2. II стадии.
3. III стадии.
4. Инфицированном.
5. IV стадии.

Вопрос 36. Нефрэктомия показана при гидронефрозе:
1. II стадии.
2. 1 стадии.
3. III стадии.

Вопрос 4/115. Какова скорость роста рака почечной паренхимы у пожилых?
1.1 см в год.
2. 2 см в год.
3. 3 см в год.
4. 4 см в год.

Вопрос 37. С помощью какого метода можно выявить опухоли почечной паренхимы в 2 см и менее?

1. Экскреторная урография.
2.УЗИ.
3. Ретроградная пиелография.
4. Нефросцинтиграфия.
5. Фармакоангиография.

Вопрос 38. Какой метод исследования в диагностике рака почки применяется в виде скрининг-теста?
1. Нефросцинтиграфия.
2. Эхскреторная урография.
3. Ультразвуковое исследование.
4. Компьютерная томография.

Вопрос 39. Первое место по частоте занимают метастазы рака почечной паренхимы в:
1. Кости.
2. Легкие.
3 Печень.
4 Головной мозг.

Вопрос 40. При раке лоханки применяется следующая операция:
1. Нефрэктомия.
2. Нефрэктомия + лимфаденотомия.
3. Нефроуретерэктомия.
4. Расширенная нефрэктомия.

Вопрос 41. Проведение лучевой терапии допустимо при:
1. Острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности.
2. Профузной гематурии с резко выраженной анемией.
3. Локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря.
4. Резко выраженной раковой кахексии.
5. При двух опухолевых образованиях.

Вопрос 42. Химиотерапия:
1. В сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко.
2. Наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения.
3. Применяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью.
4. Проводимая в предоперационном периоде направлена на уменьшение опухоли, облегчает ее удаление.
5. Проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани.

Вопрос 43. Показания к плановой аденомэктомии:
1. Выраженная атония мочевого пузыря с парадоксальной ишурией.
2. Подозрение на рак в аденоме.
3. II стадия АПЖ.
4. ХПН.
5. Острый пиелонефрит, уросепсис.

Вопрос 44. Показания к ТУР (2):
1. Масса аденомы до 50—70 г.

2. Большой размер аденомы (масса больше 70 г).
3. Плотная консистенция, пузырная форма АПЖ.
4. Опухоль мочевого пузыря.
5. Дивертикулы мочевого пузыря.

Вопрос 45. Осложнения вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии:
1. Кровотечение.
2. Рак почки.
3. Рецидив АПЖ.
4. Рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря.
5. Образование предпузыря.

Вопрос 46. Преимущества бесшовного ведения ложа при аденомэктомии:
1. Меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа АПЖ фибринолитических веществ.
2. Радикальное удаление АПЖ.
3. Удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции.
4. Возможность тщательной ревизии мочевою пузыря для исключения опухоли и дивертикулов.
5. Физиологическое сокращение ложа предстательной железы, уменьшающее кровотечение.

Вопрос 47. Тромбоэмболические осложнения после адено-мэктомии наиболее часто встречаются у пациентов с:
1. Хроническим тромбофлебитом.
2. Варикозным расширением вен нижних конечностей.
3. Ректальной формой АПЖ.
4. Дивертикулами мочевого пузыря.
5. Малыми размерами АПЖ.

Вопрос 48. Острый пиелонефрит после аденомэктомии чаще наблюдается у больных (2):
1. Которым проводилась вазорезекция.
2. С камнями почек.
3. После неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде.
4. При небольших размерах ДГПЖ с ненарушенной функцией почек.

Вопрос 49, Наиболее вероятный этиологический фактор РПЖ:
1. Микробный.
2. Вирусный.
3. Генетический, наличие маркеров щелочной и кислой фосфатазы.
4. Воспалительный.
5. Гормональный.

Вопрос 50. При операции Шевассю предполагается удаление:
1. Пораженных лимфоузлов.
2. Пораженной клетчатки.
3. Пораженных лимфоузлов, клетчатки и внутренней семенной вены.
4. Зона предполагаемого метастазирования.
5. Все перечисленное входит в задачу.

Вопрос 51. Особенностью рака полового члена является:

1. Отсутствие распада опухоли.
2. Узловатая форма.
3. Папиллярная форма.
4. Наличие сопутствующего фимоза.
5. Частое метастазирование.

Вопрос 52. Профилактикой опухолей полового члена является:
1. Ликвидация фимоза.
2. Исключение курения.
3. Исключение употребления алкоголя.
4. Гигиена половых органов.
5. Соблюдение ритма половой жизни.

Вопрос 53. Причиной возникновения опухолей яичка является:
1. Травма.
2. Гипоплазия яичка.
3. Крипторхиэм.
4. Гормональные нарушения в системе яичко-гипофиз.
5. Все вышеперечисленное.

Вопрос 54. Для туберкулеза половых органов характерно:
1. Хроническое течение.
2. Рецидивирующий характер заболевания.
3. Наличие свищей.
4. Вторичное поражение.
5. Все вышеперечисленное.

Вопрос 55. При подозрении на поражение туберкулезом половых органов показана:
1. Цистоскопия.
2. Туберкулостатическая терапия.
3. Оперативное лечение.
4. Пункция.
5. Ничего из вышеперечисленного.

Вопрос 56. Оперативное лечение при туберкулезе половых органов производится:
1. Одновременно с туберкулостатической терапией.
2. До туберкулостатической терапии.
3. После туберкулостатической терапии.
4. После назначения антибиотиков широкого спектра действия.
5. В любом из перечисленных вариантов.

Вопрос 57. При каком из перечисленных повреждений почки, развивается почечная колика?
1. Отрыв почечной ножки.
2. Перфорация полостной системы почки.
3. Субкапсулярное повреждение почки.
4. Множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы.
5. Гематома в области ворот почки.

Вопрос 58. Гематурия при травмах почки может наблюдаться:
1. 1—2 часа.
2. 48 часов.
3. 3—4 недели.
4. 3 месяца.
5. До 1 года.

Вопрос 59. Что является наиболее важным для решения вопроса о возможности нефрэктомии при травме почки?
1. Степень кровопотери.
2. Функция контралатеральной почки.
3. Степень повреждения почки.
4. Продолжающееся кровотечение.
5. Наличие урогематомы.

Вопрос 60. Закрытые повреждения почек — это:
1. Повреждения почек без нарушения целостности полостной системы.
2. Травмы почек без повреждения сосудистой ножки.
3. Повреждения почек без сочетанной травмы органов брюшной полости.
4. Травмы почек без повреждения кожных покровов
5. Субкапсулярные повреждения почек.

Вопрос 61. Какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывов мочевою пузыря?
1. Полицистография.
2. Ультрасонография.
3. Цистография в прямой и боковой проекциях.
4. Осадочная цистографил.
5. Обзорная и экскреторная урография.

Вопрос 62. В каких случаях допустимо дренирование мочевого пузыря через уретру?
1. При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря.
2. При ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин).
3. При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря.
4. При сроках менее 24 часов после травмы.
5. При линейных разрывах мочевого пузыря длиной не более 3 см.

Вопрос 63. Что это такое — ложная (кровавая) анурия?
1. Отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 часов.
2. Непроизвольное подтекание мочи из уретры.
3. Выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания.
4. Отсутствие (невозможность) мочеиспускания при перепол- ненном мочевом пузыре.
5. Постоянное выделение капель крови из уретры.

Вопрос 64. В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?
1. При явлениях гнойного перитонита.
2. При наличии крови в брюшной полости.
3. При всех внутрибрюшных разрывах мочевого пузыря.
4. При сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника.

Вопрос 65 . Какие восстановительные операции показаны для закрытия дефекта кожи полового члена?
1. Операция Иваниссевича.
2. Операция Винкельмана.
3. Операция Диттена и Рейха.
4. Операция Нечипоренко.
5. Операции по Лопаткину.

Вопрос 66. Характерные признаки пересечения одного из кавернозных тел являются:
1. Подъем температуры.
2. Озноб.

3. Импотенция.
4. Искривление полового члена в противоположную сторону.
5. Уретроррагия.

Вопрос 67. Экстравагинальная гематома мошонки связана с:
1.Повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика.
2. Разрывом белочной оболочки придатка яичка.
3. Повреждением межтканевых промежутков, не проникающее в общую влагалищную оболочку.
4. Повреждение кожи мошонки.
5. Повреждением подкожной жировой клетчатки мошонки.

Вопрос 68. Образование интравагинальных гематом при повреждении органов мошонки связано с:
1. Разрывом белочной оболочки придатка яичка.
2. Повреждением кожи мошонки.
3. Повреждением подкожно-жировой клетчатки мошонки.
4. Повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика.
5. Повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку.

Вопрос 69. При повреждении яичка удаление его производится:
1. Всегда.
2.Только в крайнем случае при отрыве от сосудов и обширном размозжении.
3. Никогда.
4. При повреждении придатка яичка.
5. При повреждении белочной оболочки.

Вопрос 70. Аутоиммунное бесплодие при повреждении яичка связано с:
1. Нарушением оттока артериальной крови из яичка.
2. Нарушением гематотестикулярного барьера.
3. Нарушением лимфооттока от яичка.
4. Выпадением яичка.
5. Перенесенными операциями.