

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра урологии, андрологии, сексологии ИПО

УРОЛОГИЯ

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.68 Урология

Красноярск
2018

Составители: д.м.н. доц. Капсаргин Ф.П., к.м.н. доц. Алексеева Е.А.

Рецензенты:

Урология: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.68 Урология/ сост. д.м.н. доц. Ф.П. Капсаргин, к.м.н. доц. Е.А. Алексеева— Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 282 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.68 Урология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.68 Урология

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25 июня 2018 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Тестовые задания

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001.	ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ 1. ноющие 2. тупые 3. острые 4. острые приступообразные 5. постоянные ноющие	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
002.	ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ 1. поясничная область без иррадиации 2. подреберье с иррадиацией под лопатку 3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область 4. паховая область с иррадиацией в бедро 5. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
003.	ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ 1. постоянные ноющие 2. приступообразные 3. интенсивные, вплоть до пульсирующих 4. тупые 5. острые	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
004.	ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ 1. над лоном 2. в поясничной области 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника 4. в промежности и крестце 5. в промежности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
005.	ДИЗУРИЯ – ЛЮБЫЕ НАРУШЕНИЯ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ, НО ЧАЩЕ ВСЕГО ПОД ЭТИМ ТЕРМИНОМ ПОНИМАЮТ 1. частое, затрудненное мочеиспускание 2. частое, болезненное мочеиспускание 3. затрудненное мочеиспускание с болями 4. прерывистое мочеиспускание 5. редкое мочеиспускание	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

006.	ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при варикоцеле 2. при болезни Ормонда 3. при опухоли почки 4. при камне пиелоуретерального сегмента 5. при туберкулезе мочевыделительной системы	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
007.	ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при камне почки 2. при гидронефрозе 3. при парпельвикальной кисте 4. при остром эпидидимоорхите 5. при остром цистите	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
008.	СТРАНГУРИЯ – ЭТО 1. затрудненное мочеиспускание по каплям без болей 2. мочеиспускание, сопровождающееся болью 3. частое мочеиспускание 4. затрудненное, болезненное мочеиспускание (зачастую по каплям., сопровождающееся тенезмами 5. частое, безболезненное мочеиспускание	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
009.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при опухоли почки 2. при камне почки 3. при остром необструктивном пиелонефрите 4. при болезни Ормонда 5. при аденоме простаты	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
010.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при нефролитиазе 2. при опухоли Вильмса 3. при физиологическом фимозе 4. при нефроптозе 5. при раке простаты	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
011.	НИКТУРИЯ - ЭТО 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени 2. учащение мочеиспускания в ночное время суток 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные часы 4. дневная олигурия 5. учащение мочеиспускания в дневное время суток	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК 6
012.	НИКТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при почечной колике 2. при остром цистите 3. при острой почечной недостаточности 4. при нефролитиазе 5. при сердечной недостаточности	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

013.	ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО 1. увеличение диуреза 2. учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном количестве суточной мочи 3. учащение ночного мочеиспускания 4. учащение дневного мочеиспускания 5. увеличение ночного диуреза	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
014.	ДНЕВНАЯ ПОЛЛАКИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при туберкулезе мочевого пузыря 2. при аденоме предстательной железы 3. при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП. 4. при остром орхоэпидидимите 5. при цисталгии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
015.	ОЛИГУРИЯ - ЭТО 1. запаздывающее мочеотделение 2. редкое мочеиспускание 3. уменьшение суточного количества мочи 4. увеличение суточного количества мочи 5. уменьшение количества мочи, выделяемой в дневное время	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
016.	ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при камне мочевого пузыря 2. при хроническом пиелонефрите 3. при сахарном диабете 4. при болезни Мариона 5. при гломерулонефрите	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
017.	ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при нефролитиазе 2. при дивертикуле мочевого пузыря 3. при камне мочевого пузыря 4. при нефроптозе 5. при поражении вегетативных центров водно-солевого обмена	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
018.	АНУРИЯ – ЭТО 1. отсутствие мочи в мочевом пузыре 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
019.	СЕКРЕТОРНАЯ АНУРИЯ – ЭТО 1. отсутствие мочи в мочевом пузыре 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5.невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря			
020.	РЕНОПРИВНАЯ (АРЕНАЛЬНАЯ. АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при гипоплазии почки 2. при удалении одной почки 3. при радикальной нефрэктомии 4.при удалении обеих почек, единственной или единственной функционирующей почки 5. при резекции единственной функционирующей почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
021.	ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при остром пиелонефрите 2. при нефролитиазе 3. при парпельвикальной кисте 4. при поликистозе 5.при заболеваниях, сопровождающихся снижением АД ниже критического (шоке, коллапсе и пр..	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
022.	РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при мочекаменной болезни 2. при хроническом цистите 3. при болезни Мариона 4. при цистолитиазе 5.при переливании несовместимой крови	5	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5, ПК 6
023.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ (ЭКСКРЕТОРНАЯ. АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при камне чашечки второго порядка почки 2. при парпельвикальной кисте 3. при дивертикуле мочевого пузыря 4. при обтурирующем камне мочеточника, единственной функционирующей почки 5. при нефроптозе или тазовой дистопии почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
024.	ПОЛИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1) при уратном или оксалатном нефролитиазе 2) при остром необструктивном пиелонефрите 3) при нефротуберкулезе 4) при нефроптозе 3 ст. 5) при сахарном диабете, канальцевых нефропатиях	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
025.	ОПСОУРИЯ – ЭТО 1. запоздалое (через сутки и более. выделение мочи, после предшествовавшего обильного приема жидкости	1	ВК ТК ГИА	УК 1,, ПК 6

	2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря в ортостазе			
026.	ОПСОУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при хроническом цистите 2. при варикоцеле 3. при болезни Мариона 4. при уретероцеле 5. при заболеваниях сердца, печени	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
027.	ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ – ЭТО 1. отсутствие выделения мочи почками 2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении 5. парадоксальная ишурия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
028.	ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при цистите 2. при почечной колике 3. при болезни Ормонда 4. при варикоцеле 5. при болезни Мариона	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
029.	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ – ЭТО 1. невозможность самостоятельного мочеиспускания 2. хроническая задержка мочеиспускания 3. недержание мочи при переполненном мочевом пузыре 4. недержание мочи 5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
030.	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при хроническом простатите 2. при цистите 3. при опухоли почки 4. при аденоме, раке предстательной железы 5. при гематоцеле	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
031.	НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ – ЭТО 1. непроизвольное выделение мочи без позыва 2. учащенное мочеиспускание 3. непроизвольное выделение мочи в результате	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	императивного позыва 4. непроизвольное выделение мочи при мочеполовых свищах 5. непроизвольное выделение мочи в ортостазе			
032.	НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при цистолитиазе 2. при дивертикуле мочевого пузыря 3. при гипорефлекторном мочевом пузыре 4. при болезни Мариона 5. при остром цистите	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
033.	НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ – ЭТО 1. непроизвольное выделение мочи 2. непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию 3. отсутствие позывов к мочеиспусканию 4. непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию 5. затрудненное, болезненное мочеиспускание	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
034.	НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при почечной колике 2. при болезни Ормонда 3. при болезни Мариона 4. при дивертикуле мочевого пузыря 5. при травме произвольного сфинктера мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
035.	ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ЗАВИСИТ 1. от функции чашечно-лоханочной системы 2. от функции почечных клубочков 3. от функции мочеточника 4. от функции почечных канальцев и молекулярной массы растворенных в моче веществ 5. от функции мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
036.	О ПРОТЕИНУРИИ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ ТОГДА, КОГДА КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В МОЧЕ 1. более чем "следы" 2. менее 0.03 г/л 3. более 0.03 г/л 4. более 0.06 г/л 5. более 0.09 г/л	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
037.	ИСТИННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при нефролитиазе 2. при поликистозе 3. при опухоли почки 4. при хроническом пиелонефрите 5. при нефропатии беременных	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

038.	ЛОЖНАЯ ПРОТЕИНУРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при дивертикуле мочевого пузыря 2. при хроническом цистите 3. при хроническом пиелонефрите 4. при амилоидозе почек 5. при опухоли мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
039.	ГЕМАТУРИЯ – ЭТО 1. наличие в моче гемоглобина 2. выделение крови из мочеиспускательного канала 3. выделение мочи с примесью крови 4. наличие в моче порфирина 5. окрашивание мочи билирубином	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
040.	ИНИЦИАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при тригоните 2. при опухолях мочеиспускательного канала 3. при камне мочевого пузыря 4. при аденоме предстательной железы 5. при раке предстательной железы	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
041.	ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при камне мочеточника 2. при опухоли почки 3. при цистоцеле 4. при хроническом гломерулонефрите 5. при опухоли шейки мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
042.	УРЕТРОРРАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при травме мочевого пузыря 2. при остром цистите 3. при травме мочеиспускательного канала 4. при опухоли шейки мочевого пузыря 5. при опухоли почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
043.	О ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРИНЯТО ГОВОРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ. МОЧИ 1. более 500 2. более 1000 3. более 2000 4. более 4000 5. более 6000	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
044.	ПНЕВМАТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при мочекаменной болезни 2. при пузырно-влагалищных свищах 3. при дисбактериозе 4. при уретеровагинальных свищах 5. при пузырно-кишечных свищах	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

045.	ПРОСТАТОРЕЯ – ЭТО 1) выделение секрета предстательной железы после массажа ее 2) выделение секрета предстательной железы во время массажа ее 3) выделение из мочеиспускательного канала спермы в конце мочеиспускания 4) выделение из мочеиспускательного канала спермы во время акта дефикации 5) выделение из мочеиспускательного канала секрета предстательной железы во время акта дефикации	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
046.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. острый пиелонефрит 2. хронический простатит, хронический эпидидимит 3. аденома, рак предстательной железы 4. острый уретрит, простатит и эпидидимит 5. стриктура уретры	4	ВК ТК ГИА	УК 3, ПК 6
047.	ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМА 1. гематурия 2. емкость мочевого пузыря более 350 мл 3. прозрачность раствора для орошения полости мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. стерильность уретры и препуциального мешка	3	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 6
048.	КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОКАЗАНА 1. при инфравезикальной обструкции 2. при камне мочевого пузыря 3. при остром гломерулонефрите 4. при везикулите 5. при пострентальной анурии	5	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
049.	КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОКАЗАНА 1. при прерентальной анурии 2. при камне в чашечке почки 3. при склерозе предстательной железы 4. при остром цистите 5. при остром гестационном пиелонефрите	5	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
050.	УРЕТРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА 1. при острых воспалительных заболеваниях уретры 2. при опухолях почки 3. при камне мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. при варикоцеле 5. при хронических воспалительных заболеваниях уретры			
051.	ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ 1) для дифференциальной диагностики камня и опухоли лоханки 2) для уточнения источника гематурии 3. для дифференциальной диагностики острого пиелонефрита и гломерулонефрита 4. для дифференциальной диагностики почечной колики и острых хирургических/гинекологических заболеваний 5. для уточнения источника пиурии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
052.	ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ИНДИГОКАРМИН В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ УСТЬЕВ 1. через 15-20 2. через 8-10 мин 3. через 3-5 мин 4. через 1-2 мин 5. через 10-12 мин	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
053.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ХРОМОЦИСТОСКОПИИ 1. острая почечная недостаточность 2. хронический простатит 3. емкость мочевого пузыря менее 50 мл 4. камень мочеточника 5. дивертикул мочевого пузыря	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
054.	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН 1. для опухоли яичка 2. для острого орхоэпидидимита 3. для водянки оболочек яичка 4. для пахово-мошоночной грыжи 5. для хронического эпидидимита	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
055.	КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ 1. опухолью мочевого пузыря 2. инородным телом уретры 3. камнем мочевого пузыря 4. разрывом уретры 5. дивертикулом мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
056.	МЕТОД МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ ИНФОРМАТИВЕН 1. при камне мочеточника	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. при опухоли мочевого пузыря 3. при гидроцеле 4. при клапане задней уретры 5. при варикоцеле			
057.	УРОФЛОУМЕТРИЯ ПОКАЗАНА 1. при острых уретритах 2. при везикулите 3. при остром эпидидимите 4. при камне мочевого пузыря 5. при аденоме, раке предстательной железы	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
058.	НА ХАРАКТЕР УРОФЛОУГРАММЫ ВЛИЯЮТ 1. функциональное состояние чашечно-лоханочной системы 2. проходимость мочеточника 3. функциональное состояние почек 4. нарушение проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента 5. функциональное состояние детрузора, проходимость уретры	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
059.	СРЕДНЯЯ ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В НОРМЕ РАВНА 1. 4-5 мл/сек 2. 6-8 мл/сек 3. 9-10 мл/сек 4. 15-25 мл/сек 5. 60-70 мл/сек	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
060.	ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ПРИ НАПОЛНЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 300-400 МЛ ЖИДКОСТИ РАВНО 1. 5 см вод. ст. 2. 10 см вод. ст. 3. 30-40 см вод. ст. 4. 15-20 см вод. ст. 5. 20-25 см вод. ст.	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
061.	НОРМАЛЬНЫЙ СЕКРЕТ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОДЕРЖИТ 1. лейкоциты (не более 10., единичные эритроциты, лецитиновые зерна в большом количестве 2. макрофаги и амилоидные тельца; лецитиновые зерна в большом количестве 3. лецитиновые зерна в небольшом количестве, единичные эритроциты 4. эпителиальные и гигантские клетки, лейкоциты, сперматозоиды 5. сперматозоиды в большом количестве	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

062.	ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острая задержка мочи 2. уретроррагия 3. макрогематурия 4. хроническая почечная недостаточность 5. аллергические проявления, анафилактический шок	5	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5
063.	ПРЕПАРАТОМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ НА РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1. тиосульфат натрия 2. глюкокортикоиды 3. супрастин 4. 10% раствор хлористого кальция 5. лазикс	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
064.	ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. поликистоз почек 2. губчатая почка 3. острый цистит 4. пузырно-мочеточниковый рефлюкс 5. гидронефроз	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
065.	ПОКАЗАНИЕМ К ВЕЗИКУЛОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. подозрение на опухоль мочевого пузыря 2. нефротуберкулез 3. опухоль яичка 4. аденома предстательной железы 5. подозрение на опухоль, туберкулез семенных пузырьков	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
066.	ПОКАЗАНИЕМ К ЭПИДИДИМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. варикоцеле 2. простаторея 3. гидроцеле 4. бесплодие 5. гематоцеле	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
067.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. нисходящую цистографию + снимок таза после опорожнения мочевого пузыря 2. восходящую цистографию в прямой проекции 3. восходящую цистографию в боковой проекции 4. восходящую цистографию с двойным	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 7

	физиологическим объемом контрастного вещества (400-450 мл. + снимок таза после опорожнения мочевого пузыря 5. цистоскопию			
068.	ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 1. нисходящая цистография 2. лакунарная пневмоцистография 3. восходящая уретрография 4. полицистография 5. осадочная пневмоцистография	5	ВК ТК ГИА	ПК 6
069.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА 1. нисходящая цистография 2. пневмоцистография 3. восходящая уретрография 4. лакунарная пневмоцистография 5. полицистография	5	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5
070.	ПРИ ПАПИЛЛОМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ИМЕЕТ 1. нисходящая цистография 2. пневмоцистография 3. восходящая уретрография 4. полицистография 5. ультразвуковое исследование мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
071.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ 1. обзорная, экскреторная урография 2. ретроградная уретеропиелография 3. ренография 4. пневмопиелография 5. абдоминальная аортография	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 7
072.	ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНУЮ ЖИДКОСТЬ, СОДЕРЖАЩУЮ 1. 60% рентгенконтрастного вещества 2. 15% рентгенконтрастного вещества 3. 70% рентгенконтрастного вещества 4. 35% рентгенконтрастного вещества 5. не имеет значения	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
073.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕННЕГАТИВНОГО КАМНЯ В ЛОХАНКУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ, СОДЕРЖАЩУЮ 1. 60% водорастворимого рентгенконтрастного вещества 2. 15% водорастворимого рентгенконтрастного вещества 3. 70% водорастворимого рентгенконтрастного вещества 4. 35% водорастворимого рентгенконтрастного вещества 5. 7-10мл кислорода			
074.	ОСЛОЖНЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИИ 1. гематоцеле 2. варикоцеле 3. травма слизистой мочевого пузыря 4. гидроцеле 5. перфорация мочеточника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
075.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯТРОГЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В П/О ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей 2. аортографию 3. катетеризацию мочевого пузыря 4. катетеризацию мочеточника с ретроградной уретерографией 5. восходящую цистографию	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
076.	СИМПТОМ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1) наличие рентгенконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии 2. симптом «Ваньки-встаньки» 3. притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ и пастозность тканей над предстательной железой при ректальном исследовании 4. симптом диафаноскопии 5. одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л. и более. при катетеризации мочевого пузыря)	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
077.	КОЛИЧЕСТВО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО РАСТВОРА, ВВОДИМОГО ПРИ ЦИСТОГРАФИИ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. 50-100 мл 2. 150 мл 3. 200 мл (физиологическая емкость. 4. 400-450 мл (двойная физиологическая емкость. 5. 250 мл	4	ВК ТК ГИА	УК 1

078.	«ОТСРОЧЕННАЯ ЦИСТОГРАФИЯ» - ЭТО 1) цистография, выполненная в отдаленные сроки после травмы мочевого пузыря 2) экскреторная урография + цистография, выполненная в через 40 минут 3.восходящая цистография в двух проекциях с контрастной рентгенографией таза 40-45 мин после опорожнения мочевого пузыря 4. цистография после опорожнения мочевого пузыря 5. осадочная пневмоцистография	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
079.	ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. резкая выраженность симптомов раздражения брюшины 2. выраженный гастроинтестинальный синдром 3. быстро развивающийся метеоризм 4. гипертермия с ознобами 5.длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины	5	ВК ТК ГИА	ПК 6
080.	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ РАЗРЫВА ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ (НИЖЕ МОЧЕПОЛОВОЙ ДИАФРАГМЫ). 1. макрогематурия 2. уретрорагия 3. задержка мочеиспускания 4. гематома над лоном или промежностная гематома 5. частое, болезненное мочеиспускание	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
081.	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ОТРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. инициальная гематурия 2. уретроррагия 3. отек и гематома промежности 4.урогематома таза в сочетании с острой задержкой мочи 5. гемоглобинурия	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
082.	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ УРЕТРЫ 1. целесообразна 2.нецелесообразна 3. обязательна 4. только металлическим катетером 5. только эластическим катетером	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
083.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА УРЕТРЫ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. экскреторная урография 2. нисходящая цистоуретрография 3. восходящая уретроцистография 4. пневмоцистография 5. вазовезикулография			
084.	ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА 75% РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА, ИСПОЛЪЗУЕМОГО ДЛЯ БРЮШНОЙ АОРТОГРАФИИ, СОСТАВЛЯЕТ 1. 0.5 мл на 1 кг массы тела больного 2. 1 мл на 1 кг массы тела больного 3. 2 мл на 1 кг массы тела больного 4. 3 мл на 1 кг массы тела больного 5. 4 мл на 1 кг массы тела больного	2	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
085.	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАНСФЕМОРАЛЬНОЙ АОРТОГРАФИИ 1. кардиогенный шок 2. острый пиелонефрит 3. острый кавернит 4. варикоцеле 5. перфорация аорты	5	ВК ТК ГИА	ПК 6
086.	ПОКАЗАНИЕ К ВЕНОКАВАГРАФИИ 1. диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса 2. диагностика гидронефроза 3. оценка функции почек 4. диагностика тромбоза нижней полой вены 5. оценка функции мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
087.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОИЗОТОПНОЙ РЕНОГРАФИИ 1. острый пиелонефрит 2. не имеет противопоказаний 3. почечная недостаточность 4. печеночная недостаточность 5. острый простатит	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
088.	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОИЗОТОПНОЙ РЕНОГРАФИИ 1. камень мочевого пузыря 2. камень мочеточника 3. острый простатит 4. печеночная недостаточность 5. гидроцеле	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
089.	ТРАНСПОРТ ¹³¹ J-ГИПУРАНА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ 1. клубочковой фильтрации 2. канальцевой секреции	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	3. перехода в экстрацеллюлярное пространство 4. канальцевой реабсорбции 5. форникальной секреции			
090.	ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО К РАДИОИЗОТОПНОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ 1. очистительная клизма накануне вечером 2. сухоедение за трое суток до исследования 3. обычный питьевой и пищевой режим 4. обильный прием жидкости 5. голод накануне исследования	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
091.	РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. скрининг-тестом для нарушения уродинамики нижних мочевых путей 2. основным методом диагностики уроандрологических заболеваний 3. методом выявления как нарушений уродинамики верхних мочевых путей, так и динамического контроля за их восстановлением 4. скрининг-тестом для диагностики острого цистита 5. скрининг-тестом для диагностики склероза предстательной железы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
092.	ДИНАМИЧЕСКАЯ Y-НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. скрининг-тестом для диагностики острого цистита 2. методом диагностики нарушений функциональной активности различных участков почечной паренхимы 3. основным методом диагностики уроандрологических заболеваний 4. скрининг-тестом для выявления нарушений уродинамики нижних мочевых путей 5. скрининг-тестом для диагностики склероза предстательной железы, болезни Мариона	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
093.	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОСТОЙ КИСТЫ ПОЧКИ 1) объемное образование округлой формы 2) объемное образование округлой формы без четких контуров гипэхогенной структуры 3) солидное (тканевое. образование округлой формы 4) солидное образование округлой формы с ровными контурами 5) образование с четкими контурами округлой формы, анэхогенной структуры с феноменом	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	дистального усиления эхосигнала			
094.	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ РАКА ПОЧКИ 1. объемное образование округлой формы 2. объемное образование овоидной формы 3. тонкостенное объемное образование гипоехогенной структуры 4. гипоехогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм 5.гетерогенное объемное образование округлой формы полиморфной эхоструктуры	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
095.	ВИЗУАЛИЗИЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ В НОРМЕ ПРИ УЗИ ВОЗМОЖНА 1. во всех случаях 2. невозможна 3. если они не расширены 4. если они расширены (содержат мочу. 5. в 50% случаев всех исследований	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
096.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЧЛС ПРЕДСТАВЛЕНА В НОРМЕ 1. треугольной формы 2. зоны пониженной эхогенности 3. округлой формы 4. наличие акустической тени 5.не визуализируется	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
097.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАДПОЧЕЧНИКОВ В НОРМЕ 1. гипоехогенных образований в области верхнего полюса почки 2. гетерозохогенных образований округлой формы в области ворот почки 3. образований треугольной формы в паренхиме верхнего полюса почки 4. визуализируется только у новорожденных в виде гиперэхогенного образования треугольной формы с гипоехогенным ободком 5. зоны овоидной формы пониженной эхогенности в области верхнего полюса почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
098.	НОРМАЛЬНАЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ 1. изоэхогенного тканевого образования округлой формы 2. гетерозохогенного образования округлой формы 3.однородного умеренно гипоехогенного образования с ровными контурами трапецивидной формы 4. гетерозохогенного образования треугольной формы с ровными контурами	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. образования овоидной формы неоднородной эхогенности			
099.	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ УРАТНЫЕ КАМНИ ЧАШЕЧЕК ДИАМЕТРОМ 0,5 СМ И БОЛЕЕ 1. никогда 2. в 10-20% случаев 3. в 20-50% случаев 4. в 60-70% случаев 5. в 90% случаев и выше	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
100.	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ КАМНИ ЧАШЕЧЕК ДИАМЕТРОМ 1,0 СМ И БОЛЕЕ 1. в 10-20% случаев 2. в 20-50% случаев 3. в 50-90% случаев 4. в 100% случаев 5. не позволяет	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
101.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯТРОГЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей в орто- и клиностазе 2. цистоскопию 3. катетеризацию мочеточника, ретроградную уретерографию 4. УЗИ почек 5. микционную цистографию	3	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
102.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯТРОГЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ИНТРАОПЕРАЦИОННО НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей и орто- и клиностазе 2. хромоцистоскопию 3. катетеризацию мочеточника на стороне предполагаемого повреждения 4. УЗИ почек 5. хромоцистоскопию	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
103.	ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ФАКТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей 2. хромоцистоскопию 3. катетеризацию мочевого пузыря 4. катетеризацию мочеточника	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10

	5. уретроскопию			
104.	ИМЕЕТСЯ ИСПРАВНЫЙ УРЕТРОЦИСТОСКОП (22 Sch.. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ, НЕОБХОДИМО 1. отсутствие гематурии 2. объем мочевого пузыря не менее 75 мл 3. наличие помпы для орошения мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. стерильность препуциального мешка	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10
105.	ИМЕЕТСЯ ИСПРАВНЫЙ УРЕТРОЦИСТОСКОП (22 Sch.. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМО 1. отсутствие гематурии 2. объем мочевого пузыря не более 250 мл 3. прозрачность среды в полости мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. стерильность просвета уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10
106.	ИМЕЕТСЯ ИСПРАВНЫЙ УРЕТРОЦИСТОСКОП (24 Sch.. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМО 1. отсутствие гематурии 2. объем мочевого пузыря не менее 250 мл 3. наличие помпы для орошения мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. проходимость уретры	5	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10
107.	НОКТУРИЯ - ЭТО 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени 2. учащение мочеиспускания малыми порциями в ночное время суток 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные часы 4. дневная олигурия 5. учащение мочеиспускания в дневное время суток	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
108.	НОКТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при почечной колике 2. при остром цистите 3. при острой почечной недостаточности 4. при аденоме простаты 5. при сердечной недостаточности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
109.	ДЛЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРНА 1. ноктурия 2. никтурия 3. полиурия 4. опсоурия 5. хилурия	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

110.	ВИДОМ АНОМАЛИИ ПОЧЕЧНОЙ СТРУКТУРЫ, ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ АНАЛОГИЧНОЙ АПЛАЗИИ ПОЧКИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. поликистоз 2. мультикистоз+ 3. губчатая почка 4. гипоплазия 5. мультилокулярная киста	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
111.	ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ГИПОСПАДИИ 1. 3-5 лет 2. 5-7 лет+ 3. 9-11 лет 4. 12-13 лет 5. 14-15 лет	2	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 6
112.	РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ МОШОНКИ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В ПАХ, НИЗ ЖИВОТА, ПОЯСНИЦУ. БОЛЕЕТ 4 ЧАСА. ПРИ ОСМОТРЕ (ПАЛЬПАЦИИ.: ПРАВОЕ ЯИЧКО БОЛЕЗНЕННО, ПЛОТНОВАТО, ПОДТЯНУТО К ПАХОВОМУ КОЛЬЦУ. ТЕМПЕРАТУРА НОРМАЛЬНА. ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА 1. ущемленная пахово-мошоночная грыжа; лечение оперативное 2. острый орхоэпидидимит; массивная антибиотикотерапия 3. перекрут яичка; консервативная терапия 4. перекрут яичка; операции - эксплоративная скрототомия+ 5. острый орхит; эксплоративная скрототомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
113.	КАКАЯ ИЗ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОТЕКАМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	И ДАЖЕ К АСЦИТУ 1. повздошная дистопия почки 2. S-образная почка 3. L-образная почка 4. подковообразная почка+ 5. тазовая дистопия почки			
114.	ВИД ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЙ ТОЛЬКО ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ 1. фуникулотомия 2. истмотомия 3. игнипунктура 4. калликостомия 5. меатотомия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
115.	ПРИ КАКОЙ АНОМАЛИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПОЧКА НИКОГДА НЕ ПОДНИМАЕТСЯ ВЫШЕ PROMONTORIUM'A? 1. повздошная дистопия почки 2. L-образная почка 3. S-образная почка 4. галетообразная почка+ 5. I-образная почка	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
116.	ЗАКОН ВЕЙГЕРТА-МЕЙЕРА ЭТО 1. при удвоении "основной" лоханкой считается расположенная в верхней половине 2. при полном удвоении мочеточники всегда взаимно перекрещиваются+ 3. при удвоении "основной" лоханкой считается расположенная в нижней половине 4. при неполном удвоении мочеточники соединяются перед впадением в мочевой пузырь 5. добавочный мочеточник крайне редко сливается с	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	мезонефральными структурами			
117.	ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧКИ ОСНОВНОЙ СЧИТАЕТСЯ 1. верхняя лоханка 2. нижняя лоханка+ 3. большая лоханка 4. меньшая лоханка 5. непринципиально	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
118.	ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2. стриктура пиелоуретерального сегмента 3. клапан пиелоуретерального сегмента+ 4. aberrantный сосуд 5. камень мочеточника	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
119.	ПРИ НОРМОТЕНЗИИ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ У БОЛЬНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ III СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. операция Иванисевича 2. рентгенэндоваскулярная окклюзия v.spermaticae internae+ 3. проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз 4. проксимальный тестикулоилиакальный венозный анастомоз 5. иссечение вен семенного канатика	2	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5
120.	СПОСОБ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДОСТОВЕРНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БРЮШНОЙ КРИПТОРХИЗМ И МОНОРХИЗМ 1. радиоизотопная сцинтиграфия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. тестикулоангиография 3. компьютерная томография 4. лапароскопия 5. решающего способа нет, показан комплекс обследований			
121.	ПОЧКУ, ПРИ ЕЕ ТАЗОВОЙ ДИСТОПИИ, У ЖЕНЩИН НЕБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО 1. с фиксированным нефроптозом 2. с опухолью кишечника 3. с опухолью забрюшинного пространства 4. с гидроцеле 5. с опухолью яичника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
122.	ПОЧКУ, ПРИ ЕЕ ПОЯСНИЧНОЙ ДИСТОПИИ, У ВЗРОСЛЫХ НЕБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО 1. с болезнью Ормонда 2. с опухолью яичника, опухолью придатков матки 3. с опухолью Вильмса 4. с гидроцеле 5. с опухолью кишечника, забрюшинного пространства	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
123.	К СИММЕТРИЧНЫМ ФОРМАМ СРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТ 1. S-образную почку 2. подковообразную и галетообразную почку 3. L-образную почку 4. I-образную почку 5. таких форм сращения нет	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
124.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5, ПК 6

	1. мочекаменная болезнь 2. гидронефроз 3. пиелонефрит 4. варикоцеле 5. повреждения			
125.	ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ 1. врожденное 2. приобретенное 3. одностороннее 4. монолатеральное 5. всегда приобретенное	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
126.	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ 1. хроническая почечная недостаточность 2. нефрогенная гипертензия 3. длительная микрогематурия 4. нагноение кист 5. хронический пиелонефрит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
127.	АНГИО(АРТЕРИО)ГРАММЫ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ 1. зонами гиперваскуляризации, патологической извитостью сосудов 2. истончением, удлинением и деформацией сегментарных и субсегментарных сосудов 3. значительным количеством мелких артерий 4. симптомом «озер», симптомом «лужиц» 5. симптомом «пламени»	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
128.	МУЛЬТИКИСТОЗ ПОЧКИ У ВЗРОСЛЫХ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. врожденное 2. двустороннее 3. приобретенное 4. всегда двухстороннее			
129.	ЭТИОЛОГИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ПОЧКИ СВЯЗАНА 1. с отсутствием закладки экскреторного аппарата 2. с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза 3. с неправильной закладкой секреторного аппарата почки 4. с неправильным развитием метанефрогенной бластемы в процессе эмбриогенеза 5. с отсутствием закладки Вольфова протока на стороне поражения	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
130.	В ОТЛИЧИЕ ОТ ПОЛИКИСТОЗА, МУЛЬТИКИСТОЗ ВСЕГДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ КАК 1. почка с неизменной структурой 2. двухстороннее заболевание 3. солитарная киста 4. одностороннее заболевание 5. почка, расположенная в тазу	4	ВК ТК ГИА	УК 1
131.	ОСНОВНЫЕ ОТЛИЧИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ОТ ПОЛИКИСТОЗА 1. двустороннее наследуемое кистозное поражение почек 2. двустороннее не наследуемое кистозное поражение почек 3. наследственный фактор не имеет значения 4. одностороннее не наследуемое кистозное	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	поражение почки 5. одностороннее наследуемое кистозное поражение почки			
132.	МУЛЬТИЛОКУЛЯРНАЯ КИСТА ПОЧКИ – ЭТО 1. однокамерная киста 2. многокамерная киста 3. однокамерная киста, не сообщающаяся с лоханкой 4. многокамерная киста, не сообщающаяся с лоханкой 5. многокамерная или однокамерная киста, сообщающаяся с лоханкой	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
133.	ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНОЙ КИСТЫ 1. консервативное 2. чрескожная пункция кисты 3. нефрэктомия или резекция почки 4. вылушение кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутриваренхиматозных стенок и тампонадой полостей паранефральной клетчаткой 5. пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
134.	ДЛЯ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ 1. в корковом веществе почки 2. в полостях кист мозгового вещества почек 3. в мозговом веществе почки 4. в почечных пирамидах 5. в лоханке почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
135.	ДИАГНОЗ "ГУБЧАТАЯ ПОЧКА" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УСТАНОВЛИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ 1. ультразвукового исследования 2. почечной ангиографии	3	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5

	3. обзорной и экскреторной урографии 4. динамической нефросцинтиграфии 5. ретроградной уретеропиелогграфии			
136.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕГАКАЛИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. ультразвуковое исследование 3. ретроградная пиелогграфия 4. динамическая сцинтиграфия 5. ангиография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
137.	ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ПОЧКИ - ЭТО НАЛИЧИЕ 1. двух лоханок 2. двух мочеточников 3. разделения почки на два сегмента, каждый из которых имеет лоханку и отдельное кровоснабжение 4. расщепления или удвоения мочеточника 5. удвоенной полостной системы почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
138.	ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ – ЭТО 1. расщепление мочеточника 2. удвоение лоханок 3. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет лоханку и отдельное кровоснабжение 4. удвоение мочеточника 5. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет чашечно-лоханочную систему, мочеточник, отдельное лимфо- и кровоснабжение	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
139.	ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАПЕЛЬВИКАЛЬНЫХ КИСТ 1. кисты не сообщаются с лоханкой и чашечками	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. кисты связаны с лоханкой или чашечками 3. кисты имеют экстраренальный рост 4. кисты локализуются в области ворот почки 5. кисты локализуются в области почечного синуса			
140.	ЗАКОН ВЕЙГЕРТА - МЕЙЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. в том, что удвоение почки всегда одностороннее 2. в расположении устьев в мочевом пузыре 3. расположение устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки в области верхушки мочевого пузыря 4. в том, что добавочная лоханка открывается устьем мочеточника, располагающимся дистальнее, основная – устьем, располагающимся проксимальнее 5. в том, что удвоенная почка всегда имеет один мочеточник	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
141.	РЕТРОКАВАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ 1. неправильного эмбрионального развития почки 2. неправильного эмбрионального развития аорты 3. неправильного эмбрионального развития задней правой кардиальной вены 4. неправильного эмбрионального развития нижней поллой вены 5. неправильного эмбрионального развития мочеточника	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
142.	ДИАГНОСТИКА РЕТРОКАВАЛЬНОГО МОЧЕТОЧНИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ДАННЫХ 1. экскреторной урографии 2. аортографии 3. венокаваграфии в сочетании с ретроградной уретеропиело-графией 4. ретроградной уретеропиелографии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. ультразвукового исследования			
143.	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. сужение устья 2. сужение интрамурального отдела мочеточника 3. нейромышечная дисплазия нижнего цистоида 4. уретероцеле 5. микроцистис	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
144.	В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. ретроградная уретерография 3. ультразвуковое исследование 4. цистоскопия 5. цистография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
145.	ДЛЯ СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРНО 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника 2. атрофия мышечного слоя мочеточника 3. расширение мочеточника над суженным отделом его 4. давление в тазовом отделе мочеточника больше, чем в вышележащих его отделах 5. снижение концентрационной функции почки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
146.	ДЛЯ СТАДИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. низкое внутримочеточниковое давление 3. сохранение колебания внутримочеточникового давления 4. частичная атрофия мышечного слоя мочеточника 5. высокое давление в лоханке			
147.	ДЛЯ СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРНА 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника 2. низкое внутримочеточниковое давление 3. отсутствие колебаний внутримочеточникового давления 4. частичная атрофия мышечного слоя мочеточника 5. высокое давление в лоханке	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
148.	ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие признаков почечной недостаточности 2. снижение концентрационной способности почек 3. увеличение азотемии 4. нагноение кист 5. лейкоцитурия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
149.	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВНЕПУЗЫРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. недержание мочи 2. недержание мочи 3. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи 4. задержка мочи 5. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

150.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК 1. наличие признаков почечной недостаточности 2. снижение концентрационной способности канальцевой системы почек 3. отсутствие воспалительного процесса в кистах 4. нагноение кист 5. постепенное нарастание азотемии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
151.	ПРИЧИНОЙ УРЕТЕРОЦЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1. стеноз устья мочеточника 2. врожденная нейромышечная слабость подслизистого слоя мочеточника 3. сужение интрамурального отдела мочеточника 4. избыточный диурез 5. нейромышечная дисплазия нижнего цистоида	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
152.	ДОСТАВЕРНО ДИАГНОЗ УРЕТЕРОЦЕЛЕ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ 1. обзорной урографии 2. нефросцинтиграфии 3. восходящей цистографии 4. пневмоцистографии 5. цистоскопии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
153.	НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ, УРЕТЕРОЦЕЛЕ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ В ВИДЕ 1. дилатации мочеточника на всем протяжении 2. дилатации чашечно-лоханочной системы 3. дефекта наполнения по нижнему контуру мочевого пузыря 4. расширения интрамурального отдела мочеточника 5. дефекта наполнения по боковому контуру мочевого		ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	пузыря			
154.	ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК У ВЗРОСЛЫХ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ 1 наследуемое по доминантному типу 2 приобретенное 3 одностороннее 4 двустороннее 5 врожденное, наследуемое по рецессивному типу	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
155.	ДУВСТОРОННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ III СТ. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1) с губчатой почкой 2) с поликистозом 3) с камнем почки 4) с мультилокулярной кистой 5) с дистопированной почкой	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
156.	ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ I-II СТ. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1. с губчатой почкой 2. с камнем почки 3. с парапелъвикальной кистой 4. с мультилокулярной кистой 5. с дистопированной почкой	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
157.	ОДНОСТОРОННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1. с губчатой почкой 2. с мультилокулярной кистой 3. с камнем почки 4. с мультикистозной почкой 5. с дистопированной почкой	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
158.	СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. ультразвуковое исследование почек 2. экскреторная урография	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1

	3. ретроградная уретеропиелография 4. пневмопиелография 5. МСКТ			
159.	МАЛОИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. ультразвуковое исследование почек 2. экскреторная урография 3. радиоизотопная ренография 4. ретроградная уретеропиелография 5. компьютерная томография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
160.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. добавочный сосуд 2. перегиб мочеточника(ов. через паренхиматозный перешеек 3. камни лоханок 4. высокое отхождение мочеточника 5. камни мочеточников	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
161.	ГИДРОНЕФРОЗ III СТ. НА ПОЧВЕ АББЕРАНТНОГО СОСУДА, ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ВАРИАНТ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ 1. операция: антевазальный пиелоуретероанастомоз 2. срочная катетеризация/стентирование мочеточника 3. резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом 4. антибактериальная детоксикационная терапия 5. восстановление оттока мочи из лоханки по	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	показаниям и возможностям			
162.	ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ II-III СТ. НА ПОЧВЕ ВЫСОКОГО ОТХОЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ 1. уретеролиз 2. уретерокаликаноанастомоз 3. операция по Фолею 4. операция по Альбаррану 5. нефрэктомия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
163.	ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ НА ПОЧВЕ СТРИКТУРЫ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И НИЖНЕПОЛЯРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО СОСУДА БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ 1. перемещение сосуда 2. операция Хайнес-Андерсена с пересечением сосуда и резекцией нижнего полюса 3. операция по Фолею с наложением антевазального уретеропиелоанастомоза 4. операция по Фолею 5. операция по Culp de Weerd	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
164.	ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА (ДО 3СМ. ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ 1. нефроуретерэктомия 2. операция по Хайнес-Андерсену 3. операция по Culp de Weerd 4. аутотрансплантация почки 5. операция Альбаррана	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
165.	МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. обзорная урография 2. ретроградная уретерография 3. антеградная пиелография 4. УЗИ почек 5. компьютерная томография			
166.	МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. обзорная урография 2. ретроградная уретерография 3. антеградная пиелография 4. УЗИ почек с ЦДК 5. компьютерная томография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
167.	ПРИ ОТСУТСТВИИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ, ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ, НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. экскреторную урографию повторно 2. ретроградную уретерографию 3. антеградную пиелографию 4. УЗИ почек 5. компьютерная томография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
168.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография в ортро- и клиностазе 2. почечная артериография в вертикальном положении больного (сочетание экскреторной и артериальной фаз. 3. ретроградная уретеропиелография	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. венокавография 5. пневмопиелография			
169.	НЕОБХОДИМОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ III СТАДИИ 1. измерение артериального давления в положении лежа и стоя 2. рентгеноскопии желудка 3. УЗИ почек до и после физической нагрузки 4. диуретическая фармакоурография 5. холецистографии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
170.	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. непостоянные боли в поясничной области 2. гидронефротическая трансформация 3. редкие кризы Дитла 4. редкие обострения хронического пиелонефрита 5. абсолютных показаний к нефропексии нет	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
171.	ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, КАК ПРАВИЛО, СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. расхождением лонного сочленения 2. гипоспадией 3. вторичным камнеобразованием 4. хроническим пиелонефритом 5. ХПН	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
172.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. вторичное камнеобразование 2. гипоспадия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. тотальная эписпадия 4. хронический пиелонефрит 5. ХПН			
173.	ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. создание изолированного мочевого пузыря 2. пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку 3. ничего не предпринимать 4. устранение дефектов мочевого пузыря и передней брюшной стенки путем реконструктивно-пластических операций 5. уретрокутанеостомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
174.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. задержка мочи 2. боль в поясничной области и боли над лоном 3. чувство тяжести внизу живота 4. относительно редкое мочеиспускание в два приема 5. повышение температуры и артериального давления	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
175.	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гидронефроз 2. широкий вход в дивертикул 3. узкий вход в дивертикул 4. мешковидное выпячивание всех слоев стенки мочевого 5. уретроцеле	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
176.	ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВРОЖДЕННОГО	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. деформация пузырно-уретрального сегмента 2. хронический цистит 3. сдавление мочеточника дивертикулом, уретерогидронефроз 4. дивертикулит, вторичное камнеобразование 5. болезнь Мариона			
177.	ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. уретерогидронефроз 2. пиелонефрит 3. сдавление мочеточника дивертикулом 4. хроническая задержка мочи 5. дивертикулит, вторичное камнеобразование	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
178.	ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ЭПИСПАДИИ 1. тотальная (полная. 2. эписпадия головки 3. эписпадия ствола полового члена 4. субсимфизарная 5. венечной борозды	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
179.	ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИИ В ВОЗРАСТЕ 1. до 1 года 2. 1-3 года 3. 4-5 лет 4. 6-8 лет 5. 9-15 лет	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

180.	ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ 1. венечной борозды (околовенечная. 2. «гипоспадия без гипоспадии» 3. стволовая 4. тотальная (полная. 5. мошоночная (промежностная.	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
181.	ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ 1 ЭТАПА ПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ 1. новорожденные и грудные дети 2. 1-2 года 3. 3- 4 года 4. 5- 6 лет 5. 7-10 лет	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
182.	ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ 1. 3-5 лет 2. 6-7 лет 3. 9-10 лет 4. 12-14 лет 5. 13-15 лет	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
183.	ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В ВОЗРАСТЕ 1. 1-2 года 2. 3-5 лет 3. 6-8 лет 4. при установлении диагноза 5. в пубертатном периоде	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
184.	ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ 1. от генетического пола 2. от сроков выполнения операции 3. от степени морфологических нарушений стромы яичка 4. от тяжести нарушения кровоснабжения яичка 5. от сроков прибывания яичка в паховом канале			
185.	ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ 1. от генетического пола 2. от сроков выполнения операции 3. от степени морфологической зрелости герминативного эпителия 4. от тяжести нарушения кровоснабжения яичка 5. от выраженности обструктивных изменений семявыносящих протоков	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
186.	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ОРХИОПЕКСИИ 1. низведение яичка без натяжения элементов семенного канатика 2. надежная фиксация яичка к мясистой оболочке 3. пересечение мышцы, поднимающей яичко 4. создание условий для постоянной тракции и вытяжения 5. надежная фиксация к бедру	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
187.	ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА. ХАРАКТЕРНО 1. смещение яичка при пальпации в сторону бедра 2. умеренное смещение яичка при пальпации по	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ходу пахового канала - отсутствие яичка при пальпации - мошонка развита симметрично - яичко смещается к промежности			
188.	ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА. ХАРАКТЕРНО - смещение яичка при пальпации в сторону бедра - смещение яичка при пальпации на промежность - отсутствие яичка при пальпации - недоразвитие соответствующей половины мошонки - яичко смещается к промежности	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
189.	ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО - яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала - яичко расположено под кожей и смещается в сторону бедра - яичко не пальпируется - яичко определяется на промежности - яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
190.	ПРИЧИНОЙ БОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ СЛЕВА ЯВЛЯЕТСЯ - врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене - аорто-мезентериальный "пинцет" - стеноз почечной вены и почечная венная гипертензия - наличие артерио-венозной фистулы	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. кольцевидная почечная вена			
191.	У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ В МОШОНКЕ ВЫШЕ ЯИЧКА ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, НЕ СПЯЯННОЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ. СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ (.. ВАШ ДИАГНОЗ 1. гидроцеле 2. крипторхизм 3. полиорхизм 4. фуникулоцеле 5. паховая грыжа	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
192.	У МАЛЬЧИКА 13 ЛЕТ НЕОЖИДАННО ПОЯВИЛАСЬ БОЛЬ В ПРАВОМ ЯИЧКЕ. ПРИ ОСМОТРЕ: ОТЕК И ГИПЕРЕМИЯ МОШОНКИ. ПАЛЬПАТОРНО: ЯИЧКО УВЕЛИЧЕНО, УПЛОТНЕНО, РЕЗКО БОЛЕЗНЕННО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. острый орхит 2. спонтанное кровоизлияние в яичко 3. перекрут яичка 4. ущемленная паховая грыжа 5. острый эпидидимит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
193.	СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. цистоскопия 2. восходящая цистография 3. экскреторная урография 4. нисходящая цистография 5. УЗИ мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2
194.	КАМЕНЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ ГЕМАТУРИИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	1. инициальной макрогематурией 2. тотальной макрогематурией без сгустков крови 3. терминальной макрогематурией 4. уретроррагией 5. периодически повторяющимися эпизодами макрогематурии с мелкими червеобразными сгустками крови			
195.	САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЦИСТОЛИТИАЗА У ЖЕНЩИН 1. хронический цистит 2. инородные тела мочевого пузыря 2. выпадение матки 3. хронический пиелонефрит 4. частые омфолиты	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
196.	ВЕДУЩАЯ ТЕОРИЯ ЛИТОГЕНЕЗА 1. Ионная 2. коллоидно-кристаллоидная 3. абактериальная 4. осмодиуретическая 5. иммобилизационная	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
197.	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ УРАТНОМ ЛИТИАЗЕ 1. пиелолитотомия 2. нефролитотомия 3. хемолиз с возможной, в последующем, дистанционной литотрипсией 4. перкутантная литотрипсия 5. нефрэктомия	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

198.	МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО УДАЛЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО КАМНЯ ЛОХАНКИ РАЗМЕРОМ ДО 1,5 СМ В ДИАМЕТРЕ (ОКСАЛАТНЫЙ УРОЛИТИАЗ. ПРИМЕНЯЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ 1. пиелолитотомия 2. нефролитотомия 3. нефрэктомия 4. перкутантная литотрипсия 5. дистанционная литотрипсия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
199.	ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 1. нарушение фосфорно-кальциевого, пуринового обменов 2. периодическая гиподинамия 3. периодическая гиперволемиа 4. простатит 5. солитарные кисты в почках	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
200.	ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ 1. высокое содержание поваренной соли в питьевой воде 2. жаркий, сухой климат 3. врожденные тубуло- и энзимопатии 4. высокое содержание кальция в пище 5. повышенное содержание рубидия в питьевой воде	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
201.	МИКРООРГАНИЗМ, НАИБОЛЕЕ РАСПОЛАГАЮЩИЙ К ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ 1. стрептококк 2. протей	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. стафилококк 4. палочка Коха 5. золотящий стафилококк			
202.	ПРИ СТОЙКОЙ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ 1. мочеислые (уратные. камни 2. цистиновые камни 3. фосфатные камни 4. оксалатные камни 5. реакция мочи не влияет на характер формирования и состав камней	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
203.	ПРИ СТОЙКОЙ КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ 1. мочеислые (уратные. камни 2. цистиновые камни 3. реакция мочи не влияет на характер формирования и состав камней 4. оксалатные камни 5. фосфатные камни	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
204.	МЕСТО ФОРМИРОВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 1. лоханка 2. чашечки первого порядка 3. чашечки второго порядка 4. область сосочков чашечек второго порядка 5. мочеточник	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
205.	ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ 1. нарушение пассажа мочи 2. травма мочеточника мигрирующим камнем	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. спазм лоханки 4. повышение артериального давления 5. инфекция мочевых путей			
206.	ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ СПОСОБСТВУЮТ ОБРАЗОВАНИЮ 1. цистиновых камней 2. мочекислых (уратных. камней 3. ксантиновых камней 4. смешанных по составу камней 5. оксалатных и фосфатных камней	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
207.	НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССОВ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ 1. цистиновых камней 2. мочекислых (уратных. камней 3. оксалатных камней 4. фосфатных камней 5. цистиновых камней	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
208.	ОСНОВНОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЮЩИЙ ОБРАЗОВАНИЮ КОНКРЕМЕНТА 1. высокая концентрация креатинина в крови 2. периодическая гиподинамия 3. периодическая гиперволемиа 4. периодическая дегидратация 5. уростаз	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
209.	ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ЛОХАНКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КАМНЕЙ 1. фосфатных 2. уратных	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. оксалатных 4. смешанного состава 5. холестериновых			
210.	РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ 1. оксалатном уролитиазе 2. уратном уролитиазе 2. фосфатном уролитиазе 3. камнях смешанного состава 4. щавелевокислых камнях	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
211.	РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. при коралловидном камне почки 2. при камне мочевого пузыря 3. при самостоятельно отошедшем камне мочеточника 4. при лоханочном камне без нарушения уродинамики 5. не целесообразна у больных МКБ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
212.	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ РАЗМЕРЫ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА В УСЛОВИЯХ УРОСТАЗА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИХ В 1. верхней трети мочеточника, если это фосфат, оксалат 2. средней трети мочеточника любого состава 3. нижней трети мочеточника, любого состава 4. не удастся ни в одном случае 5. любом отделе мочеточника, если это оксалат	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
213.	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ РАЗМЕРЫ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА В УСЛОВИЯХ УРОСТАЗА ПРИ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ЛОКАЛИЗАЦИИ ИХ В 1. верхней трети мочеточника, если это фосфат, оксалат 2. средней трети мочеточника любого состава 3. нижней трети мочеточника, любого состава 4. не удастся ни в одном случае 5. любом отделе мочеточника, если это оксалат			
214.	ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ 1. суточный диурез 2. изменение структуры почечной паренхимы 3. анатомические особенности ЧЛС и ее взаимоотношение с сосудами почки 4. плотность конкремента, функцию контралатеральной почки 5. локализацию, вид, размеры конкремента, функцию пораженной и контралатеральной почек	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
215.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЛТ ЯВЛЯЕТСЯ 1. коралловидный уролитиаз 2. уратный уролитиаз 3. камни с локализацией в чашечках 4. камни мочеточника находящиеся в проекции костей таза 4. камни подковообразной почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
216.	НА ЭТАПЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МКБ, ПЕРЕД ВРАЧЕМ СТАВИТСЯ ЗАДАЧА 1. оценка метаболических нарушений и их коррекция 2. лечение резидуальных камней	5	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2, ПК 8

	3. проведение камнеизгоняющей терапии, если камень рецидивировал 4. проведение гемолиза 5. лечение и контроль течения хронического пиелонефрита и инфекций мочевых путей, метафилактики МКБ			
217.	НА ДОМУ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАНА ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38,3°C, ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ДНЕЙ. НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ. 1. антибактериальная, спазмолитическая терапия в домашних условиях 2. срочная госпитализация в терапевтическое отделение 3. срочная госпитализация в урологическое/хирургическое отделение 4. детоксикационная инфузионная терапия в домашних условиях 5. консервативная камнеизгоняющая терапия в амбулаторных условиях	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
218.	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА РАЗМЕРОМ ДО 0,5 СМ, 1. уретеролитотомия 2. дистанционно ударно-волновая литотрипсия 3. контактная литотрипсия 4. уретеролитоэкстракция 5. консервативная камнеизгоняющая терапия (медикаменты, физиотерапия.	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
219.	НАЛИЧИЕ ОСЛОЖНЕННОГО СЕРОЗНЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ КАМНЯ ДИАМЕТРОМ 10 ММ, ОБТУРИРУЮЩЕГО ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ, ПОКАЗАНО	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ВЫПОЛНЕНИЕ 1. чрескожной нефролитотомии 2. каликолитотомии 3. открытой нефролитотомии 4. пункционной чрескожной нефростомии 4. контактной ударно- волновой литотрипсии			
220.	ОБТУРИРУЮЩИЙ КАМЕНЬ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ДИАМЕТРОМ 1,5 СМ, ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО 1. чрескожная нефростомия 2. каликолитотомия 3. открытая нефролитотомия 4. открытая пиелолитотомия с нефропиелостомией 5. дистанционная ударно-волновая литотрипсия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
221.	ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КАМНЕ ПОЧКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ 1. пиелолитотомии 2. нефропиелолитотомии с инфундибулопластикой 3. каликолитотомии 4. перкутанной нефролитолапаксии 4. пиелолитотомии из мини-доступа	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
222.	ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ pH МОЧИ 1. 3,5	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. 5.5 3.6.6-6.8 3. 7.5 4. 8,8			
223.	ДЛЯ УРАТНОГО УРОЛИТИАЗА pH МОЧИ РАВНА 1. 3.5 2. 5.5 2. 7,0 3. 7.5 4. 8,5	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
224.	ДЛЯ ФОСФАТНОГО УРОЛИТИАЗА ХАРАКТЕРНА pH МОЧИ 1. 4,0 2. 5.7 3. 7,1 4. 7.8-8,8 4. 8,9	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
225.	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НЕОБХОДИМЫ 1. при камне чашечки почки 2. при камне лоханки почки, не нарушающем уродинамику 3. при двухстороннем коралловидном уролитиазе 4. при камне лоханки почки с умеренным нарушением уродинамики 5. при камне мочеточника, нарушающем уродинамику	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

226.	ЛЕЧЕНИЕ УРАТНОГО КАМНЯ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ, РАЗМЕРАМИ 1510 ММ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С 1. пункционной чрескожной нефролитотрипсии 2. дистанционной ударно-волновой литотрипсии 3. пиелолитотомии 4. орального литолиза 4. контактной нефролитотрипсии, нефролитолапаксии	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
227.	НАЛИЧИЕ ОКСАЛАТНОГО КАМНЯ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ 20X15 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ 1. дистанционной ударно-волновой литотрипсии 2. орального литолиза 3. пиелолитотомии 4. пункционной чрескожной нефролитотомии 5. консервативной терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
228.	КАМЕНЬ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ 1516 ММ, СТРИКТУРА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ 1. орального литолиза 2. дистанционной ударно-волновой литотрипсии 3. пункционной нефролитотомии 4.пластики пиелоуретерального сегмента и пиелолитотомии 4. санаторно-курортного лечения	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
229.	ФОСФАТНЫЙ КАМЕНЬ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ РАЗМЕРАМИ 15X20 ММ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИЙ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. пиелолитотомии 2. вмешательство не показано 3. дистанционной ударно-волновой литотрипсии 3. орального литолиза 4. нефролитотомии			
230.	ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ВНЕПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ РАЗМЕРАМИ 25X30 ММ, С НАРУШЕНИЕМ УРОДИНМИКИ, ПОКАЗАНО 1. литолиз 2. дистанционная ударно-волновая литотрипсия 3. вмешательство не показано 4. пиелолитотомия 5. пункционная нефролитотомия с контактной литотрипсии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
231.	ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20X18 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПОКАЗАНО 1. пункционная чрескожная нефролитотрипсия 2.оральный литолиздистанционная ударно-волновая литотрипсия 2. пункционная нефролитотомия 3. открытая или люмбоскопическая пиелолитотомия 4. санаторно-курортное лечение	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 8
232.	КОРАЛЛОВИДНЫЙ КАМЕНЬ III СТ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ. ГИДРОКАЛИКОЗ. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К 1. пиелолитотомии, нефростомии 2.нефропиелолитотомии (секционной	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	нефролитотомии., нефростомии - чрескожной нефролитолапексии - ударно-волновой литотрипсии - литолizu			
233.	КОРАЛЛОВИДНЫЙ РЕНТГЕНПОЗИТИВНЫЙ КАМЕНЬ II СТ. (ТИП ЛОХАНКИ – ВНЕПОЧЕЧНЫЙ.. ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПЕДУНКУЛИТ. ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ - консервативного лечения - ударно-волновой литотрипсии - секционной нефролитотомии - пиелолитотомии, нефростомии - литолiza	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
234.	ОСНОВНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ, ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ПОКАЗАНИЙ, КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛТ, СЧИТАЮТ - размеры конкремента, инфицированность мочевых путей - рентгеновская плотность, форма камня - локализация конкремента, количество функционирующей паренхимы - конфигурация конкремента, строение лоханки - размер «рабочей фокальной зоны»	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
235.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ДЛТ - неадекватная фокусировка камня почки - недооценка степени активности воспалительного процесса - использование низкоэнергитических режимов дезинтеграции - анатомические особенности чашечно-	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	лоханочной системы почки 4. уменьшение общего количества ударных импульсов			
236.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ДЛТ 1. неадекватная фокусировка камня почки 2. пренебрежение периоперационной антибиотикопрофилактикой 2. использование низкоэнергитических режимов дезинтеграции 3. анатомические особенности чашечно-лоханочной системы почки 4. уменьшение общего количества ударных импульсов	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
237.	НЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ УДАЛЯЕТСЯ (ПРИ ГЛАДКОМ П/О ТЕЧЕНИИ . 1. на 1-2 сутки 2. на 3-7 сутки 3. на 8-10 сутки 4. на 11-12 сутки 5. на 13-14 сутки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
238.	ДЛТ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНА ПРИ 1. крупном коралловидном камне внутривнепочечной лоханки 2. небольшом коралловидном камне и наличии органических изменений верхних мочевых путей 3. небольшом коралловидном камне и отсутствии органических и функциональных	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	изменений верхних мочевых путей 3. крупном коралловидном камне внутрипочечной лоханки и сохранной функции почки 4. крупном, плотном коралловидном камне внепочечной лоханки			
239.	ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ «КАМЕННОЙ ДОРОЖКИ» 1. применение мягких режимов дезинтеграции 2. низкая плотность конкремента 3. применение жестких режимов дезинтеграции 4. единовременный выброс в мочеточник мелких фрагментов конкремента 5. выраженная сократительная активность мочеточника	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
240.	ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИОГРАФИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ 1. камне чашечки почки 2. камне лоханки подковообразной почки 2. камне почечной лоханки 3. множественных мелких камнях в нижней чашечке 4. калькулезном пиелонефрите	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
241.	САМОЙ УЗКОЙ ЧАСТЬЮ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. пиелоуретеральный сегмент 2. верхний цистоид	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. интрамуральный отдел 3. юкставезикальный отдел 4. место перекреста с подвздошными сосудами			
242.	КАМЕНЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ОБРАЗОВАВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РОСТА АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ 1. литолиза 2. цистолитотомии и цистостомии 3. ударно-волновой литотрипсии 4. цистолитотомии, одномоментной чреспузырной аденомэктомии 4. консервативной терапии ДГПЖ и цистолитиаза	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
243.	КАМЕНЬ ДО 15 ММ В ДИАМЕТРЕ РАСПОЛОЖЕННЫЙ ВО ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ 1. лапароскопической пиелолитотомии 2. открытой пиелолитотомии 3. дистанционной ударно-волновую литотрипсии 4. чрескожной нефролитотомии 5. проведению литолиза	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
244.	ПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. камень чашечки низкой рентгеновской плотности 2. камень высокой рентгеновской плотности,	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	расположенный во внепочечной лоханке 3.камень высокой рентгеновской плотности расположенный во внутрипочечной лоханке 3. камень чашечки низкой рентгеновской плотности и наличии кисты почки до 20мм в диаметре 4. камень чашечки низкой рентгеновской плотности единственной функционирующей почки			
245.	ПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. «шиповатый» камень высокой рентгеновской плотности, расположенный во внепочечной лоханке 2. округлый, гладкий камень высокой рентгеновской плотности, расположенный во внепочечной лоханке 3. округлый, гладкий камень высокой рентгеновской плотности, расположенный во внутрипочечной лоханке 3. «шиповатый» камень чашечки низкой рентгеновской плотности и наличии кисты почки до 20мм в диаметре 4. камень чашечки низкой рентгеновской плотности единственной функционирующей почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
246.	КОНТАКТНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ 1. камнях мочеточников размером более 5 мм 2. длительно стоящих камнях нижней и средней трети мочеточника 3. протяженных «каменных дорожках» после ДЛТ 4. камне размером более 5 мм верхней трети мочеточника 4. наличии камня мочевого пузыря и камня мочеточника одновременно	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

247.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРКУТАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. повреждение лоханки 2. повреждение чашечки 3. доступ выполненный только под рентгеновским контролем 4. доступ выполненный через бертиниеву колонну 4. доступ выполненный только под УЗИ контролем	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
248.	ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ 7X9 ММ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПОКАЗАНО 1. литолиз 2. контактная уретеролитотрипсия 2. уретеролитотомия 3. санаторно-курортное лечение 4. консервативная камнеизгоняющая терапия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
249.	ПРИ МИГРИРУЮЩЕМ ОКСАЛАТНОМ ИЛИ ФОСФАТНОМ КАМНЕ 6X7 ММ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА ПОКАЗАНО 1. проведение консервативной терапии 2. ударно-волновая литотрипсия 3. уретеролитотомия 4. контактная уретеролитотрипсия 4. уретеролитоэкстракция	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
250.	ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА, ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНО 1. антибиотики, консервативное лечение 2. пункционная нефролитотомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия). 4. пункционная нефростомия; ударно-волновая литотрипсия оральный литолиз (после купирования пиелонефрита). 4. катетеризация мочеточника			
251.	ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СТОЯНИИ КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, УМЕРЕННОЙ УРЕТЕРЭКТАЗИИ, ПОКАЗАНА 1. уретеролитотомия 2. уретеролитоэкстракция 3. ударно-волновая литотрипсия 4. уретероскопия, контактная литотрипсия 4. консервативная терапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
252.	ПРИ КАМНЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ РАЗМЕРАМИ 1212 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. вмешательство не производить 2. иссечение уретероцеле трансвезикально 3. эндовезикальное рассечение уретероцеле контактная литотрипсия 3. ударно-волновая литотрипсия 4. уретероцистонеостомия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
253.	ВЫБОР ЧРЕСКОЖНОГО ПОСОБИЯ ПЕРЕД ДЛТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ 1. камня рентгеновской плотности выше 1000 HU 2. камня рентгеновской плотности до 800 HU 3. камня рентгеновской плотности до 600 HU 4. камня рентгеновской плотности до 400 HU 5. камня рентгеновской плотности до 300 HU	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
254.	МНОЖЕСТВЕННЫЕ КАМНИ ГИДРОКАЛИКСА В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЯВЛЯЮТСЯ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПОКАЗАНИЕМ К 1. пиелолитотомии нефростомии 2. консервативной терапии 3. нефролитотомии нефростомии 4. резекции нижнего полюса почки, нефростомии 4. пиелолитотомии			
255.	КАМНИ ВТОРИЧНО СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ, НЕФРОГЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СЛУЖИТ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ 1. длительной амбулаторной, противовоспалительной, гипотензивной терапии 2. пиелолитотомии, нефростомии 3. пункционной нефростомии 4. нефрэктомии 4. ударно-волновой литотрипсии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
256.	ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ 22X27 ММ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА РАЗМЕРОМ 14X8 ММ СПРАВА (ФУНКЦИЯ ПОЧКИ СОХРАНЕНА; УМЕРЕННЫЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ. ПРОВОДИТСЯ 1. длительная антибактериальная, спазмолитическая терапия хемолиз 2. контактная уретеролитотрипсия пункционная чрескожная нефропиелостомияоральный литолиз, в последующем ДЛТ камня пиелоуретерального сегмента 2. ударно-волновая литотрипсия камня правой почки и мочеточника 3. пиелолитотомия и уретеролитотомия из одного разреза по Израэлю 4. уретеролитотомия и пиелолитотомия из 2-х	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	разрезом			
257.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ, КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ, ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПОДОЗРЕНИИ НА СЕПСИС СЛЕДУЕТ 1. проводить консервативную терапию 2. выполнить срочную нефрэктомию 3. выполнить срочную пиелолитотомию, нефростомию с декапсуляцией почки, иссечением гнойников, дренированием забрюшинного пространства 4. провести катетеризацию, стентирование мочеточника 5. выполнить пункционную нефролитолапаксию и нефропиелостомию	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
258.	ПРИ КАМНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. уретеролитотрипсию, катетеризацию 2. нефростомию, декапсуляцию почки, дренирование забрюшинного пространства 3. контактную уретеролитотрипсию, стентирование мочеточника 4. пункционную нефростомию с последующим проведением интенсивной антибактериальной и детоксикационной терапии, ДЛТ 5. уретеролитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки, рас/иссечение карбункула дренирование забрюшинного пространства с последующей антибактериальной инфузионной, детоксикационной терапией	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
259.	ПРИ МИГРИРУЮЩЕМ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 54 ММ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ПОКАЗАНО 1. нефростомия и декапсуляция почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. стентирование мочеточника 3. уретеролитоэкстракция стентирование мочеточника интенсивная (внутриаортальная. антибиотикотерапия, 4. консервативная спазмолитическая, антибактериальная, терапия 5. ударно-волновая литотрипсия камня			
260.	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПИЕЛО-НЕФРОЛИТОТОМИИ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ, ОПЕРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАКОНЧИТЬ 1.нефропиелостомией 2. ушиванием лоханки наглухо 3. пиелостомией 4. циркулярной (кольцевой. нефростомией 5. уретеростомией	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
261.	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ, В ЛОХАНКЕ И ЧАШЕЧКАХ ОБНАРУЖЕНЫ СОЛИ, ДЕТРИТ. ОПЕРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАКОНЧИТЬ 1. циркулярной нефростомией 2. нефропиелостомией 3. пиелостомией 4. ушить лоханку наглухо 5. нефропиелостомией двумя трубками	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
262.	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ УРАТНОГО КАМНЯ ИЗ ЛОХАНКИ В ЧАШЕЧКАХ ОБНАРУЖЕНЫ СОЛИ, ДЕТРИТ. ОПЕРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАКОНЧИТЬ 1.нефропиелостомией двумя трубками для проведения в послеоперационном периоде хемолиза 2. нефропиелостомией 3. пиелостомией	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. ушить лоханку наглухо 5. циркулярной нефростомией			
263.	ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫМ ПРЕДСТОИТ ОПЕРАЦИЯ НА ОРГАНАХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, НЕОБХОДИМО 1. произвести посев мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам 2. определить способность к кристаллообразованию 3. определить уровень кальция в моче 4. определить уровень фосфора в моче 5. определить уровень паратгормона в крови	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
264.	ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТАМ 1. с уровнем креатинина плазмы свыше 200 ммоль/л 2. находящимся на лечении метформином 3. с миеломатозом 3. с непереносимостью контрастного вещества 4. с нефроптозом	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
265.	К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КАМНЕЙ ОТНОСИТСЯ 1. компьютерная томография 2. ретроградная уретеропиелография 3. динамическая нефросцинтиграфия 4. уретероскопия 5. обзорная и экскреторная урография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
266.	ПРИ УРАТНОМ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОМ. КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, РАЗМЕРОМ 15X9 ММ, НАРУШАЮЩЕМ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	УРОДИНАМИКУ, ПОКАЗАНО 1. проведение орального хемолиза 2. установление мочеточникового катетера 3. проведение уретеролитотомии 4. уретроскопия, контактная литотрипсия 4. операция из мини-доступа			
267.	ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЦИСТИТОМ И КАМНЕМ (ОКСАЛАТОМ. РАЗМЕРАМИ 30-30 ММ, РАСПОЛОЖЕННОМ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ПОКАЗАНО 1. литолиз 2. первым этапом – цистолитотомия и цистостомия, вторым этапом – аденомэктомия 2. одномоментно – цистолитотомия, аденомэктомия и цистостомия 3. трансуретральная цистолитотрипсия 4. ударно-волновая дистанционная литотрипсия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
268.	У БОЛЬНОГО 65 ЛЕТ КАМЕНЬ ЮКСТАВЕЗИКАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА РАЗМЕРОМ 14X12 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛАТЕНТНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. консервативная терапия 2. уретеролитотомия, возможно стентирование мочеточника 2. уретеролитоэкстракция 3. катетеризация мочеточника 4. стентирование мочеточника, проведение массивной антибактериальной терапии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
269.	У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ КАМЕНЬ 12X10 ММ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЙСЯ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, УМЕРЕННО НАРУШАЮЩИЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	УРОДИНАМИКУ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. консервативная терапия 2. уретеролитотомия 3. уретеролитоэкстракция 4. ударно-волновая дистанционная литотрипсия 4. катетеризация (стентирование. мочеточника			
270.	У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 4X6 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ И ЧАСТЫЕ ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ. ЕЙ ПОКАЗАНА 1. консервативная терапия 2. уретеролитотомия 3. трансуретральная уретеролитотрипсия/экстракция камня 3. катетеризация мочеточника 4. пункционная нефростомия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
271.	ПРИ УРАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА НЕОБХОДИМО 1. рентгенография черепа 2. определение мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче 2. определение щелочной фосфатазы крови 3. УЗИ селезенки и поджелудочной железы 4. ирригоскопия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
272.	ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. у женщин, при размере камня более 6 мм, локализирующимся в нижней трети мочеточника и неосложненном течении 2. у мужчин, при длительном (более 3 месяцев. стоянии камня в нижней и средней трети	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	мочеточника 3. при камнях размерами более 10 мм, локализующихся в верхней трети мочеточника 4. при двусторонних камнях средней трети мочеточника 5. при остром гнойном пиелонефрите на фоне камня почечной лоханки и мочеточника с той же стороны			
273.	ПРИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 ЧАСОВ (МЕЛКИЕ КАМНИ МОЧЕТОЧНИКОВ. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1. внутривенном введении больших доз лазикса, инфузионной терапии 2. проведении катетеризации мочеточников инфузионной терапии 2. проведении гемодиализа 3. проведении ударно-волновой литотрипсии камней мочеточников инфузионной терапии 4. проведении перитонеального диализа	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
274.	ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ 1. для деблокировки и восстановления функции почки перед ДЛТ, уретероскопии, контактной литотрипсии 2. для удаления камня почки 3. для удаления камня мочеточника 4. для удаления «каменной дорожки» 5. перед уретероскопией контактной литотрипсией	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
275.	ПРИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ (КАМЕНЬ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. БОЛЕЕ 72 ЧАСОВ, ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. во внутривенном введении больших доз лазикса, инфузионной терапии 2. в проведении гемодиализа, инфузионной	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	терапии 3. в проведении контактной литотрипсии инфузионной, спазмолитической терапии 4. в проведении ударно-волновой литотрипсии камня инфузионной терапии 5.пункционной нефростомии проведении инфузионной, детоксикационной терапии с последующей – ДЛТ/КЛТ			
276.	КАМЕНЬ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 8Х7 ММ БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ УРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. ЛОХАНКА ВНУТРИПОЧЕЧНАЯ. ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. консервативную терапию 2. уретеролитотомию, ревизию почки, нефропиелостомию 3. пункционную нефростомию дистанционную ударно-волновую литотрипсию 4.катетеризацию/стентирование мочеточника интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию, в последующем дистанционную ударно-волновую литотрипсию 4. контактную ударно-волновую литотрипсию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
277.	ПРИ КАМНЕ РАЗМЕРОМ 25Х30 ММ, ЛОКАЛИЗОВАННОМ В ЛОХАНКЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ, ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. консервативную спазмолитическую, антибактериальную терапию 2.экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефропиелостомию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию 2. контактную ударно-волновую литотрипсию интенсивную антибактериальную и	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	детоксикационную терапию 3. пункционную нефролитотомию, нефростомию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию 4. дистанционную ударно-волновую литотрипсию контактную ударно-волновую литотрипсию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию			
278.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ 20X20 ММ, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. катетеризацию/стентирование чашечно-лоханочной системы интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию 2. дистанционную ударно-волновую литотрипсию под прикрытием интенсивной антибактериальной и детоксикационной терапии 3. экстренно чрескожную пункционную нефропиелостомию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию 4. контактную ударно-волновую литотрипсию интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию 5. экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки, дренирование забрюшинного пространства интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
279.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ РАЗМЕРАМИ 1520ММ, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, БАКТЕРИЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. экстренно нефрэктомию пространства после выведения больного из шока 2. экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки 3. катетеризацию мочеточника противошоковую терапию (кортикостероиды 1-2 г, внутривенную	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	детоксикационную, инфузионную, сердечно-сосудистую терапию. 4. пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки, дренирование забрюшинного пространства после выведения больного из шока 5. катетеризацию мочеточника противошоковую терапию ударно-волновую литотрипсию			
280.	ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ПОЧКИ, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. растворение камня в сочетании с антибактериальной, инфузионной, детоксикационной терапией 2. стентирование проведение антибактериальной, инфузионной, детоксикационной терапии оральным литолиз 3. чрескожную нефролитотомию, нефростомию проведение антибактериальной, инфузионной, детоксикационной терапии оральным литолиз 4. на фоне антибактериальной, инфузионной, детоксикационной терапии проведение дистанционной ударно-волновой литотрипсии оральным литолиз 5. экстренную пиелолитотомию, ревизию почки, декапсуляцию, нефростомию, дренирование забрюшинного пространства проведение антибактериальной, инфузионной, детоксикационной терапии оральным литолиз	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
281.	У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ДВУСТОРОННИЕ КОРАЛЛОВИДНЫЕ КАМНИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВТОРИЧНО СМОРЩЕННЫЕ ПОЧКИ, УРЕМИЯ. ЕЙ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1.гемодиализ; в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки 2. пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон 3. инфузионную противозотемическую терапию	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. катетеризацию мочеточников 5. пункционную нефростомию			
282.	ДИАГНОСТИРОВАН РЕНТГЕНОПОЗИТИВНЫЙ КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ПОЧКИ ДИАМЕТРОМ 1,5 СМ, БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ 1. пиелолитотомия 2. нефролитотомия 3. дистанционная ударно-волновая литотрипсия 3. литолиз 4. консервативный метод: камнеизгоняющая терапия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
283.	ПРИ КАМНЕ ДИАМЕТРОМ 5 ММ, ЛОКАЛИЗОВАННОМ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ, АНУРИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. в уретеролитотомии антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия 2. в экстренной открытой нефростомии антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия 3. в катетеризации/стентировании мочеточника антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия 4. в проведении литолиза на фоне камнеизгоняющей терапии 5. трансуретральная уретеролитозэкстракция/трипсия стентирование мочеточника антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
284.	У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ОБТУРИРУЮЩИЙ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 12

	ЛЕЧЕНИЯ - уретеролитотомия нижней трети правого мочеточника - нефростомия - нефростомия, декапсуляция почки (1 этап., дреннирование забрюшинного пространства) - уретеролитотомия, декапсуляция почки - уретеролитоэкстракция			
285.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПИОНЕФРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ - деформация и дефекты наполнения чашечек, шеек чашечек - обструкция пиелоуретерального сегмента, пиело- каликоектазия, уретероектазия - исчезновение четкости чашечек, деформация форниксов, "изъеденность" сосочков, деформация мочеточника - смещение, деформация шеек чашечек, нечеткость сосочков, увеличение собирательной поверхности почки, стриктуры мочеточников - петрификаты в паренхиме почки; увеличение её размеров, "изъеденность" контуров дополнительных полостей, укорочение, отсутствие тазовой кривизны, «четкообразность» мочеточника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
286.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА - дневная поллакиурия, боли внизу живота - странгурия, боли в промежности - тотальная гематурия, боли внизу живота, в промежности - субфебрилитет, боли в пояснице	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. боль внизу живота, в промежности, дизурия, пиурия/лейкоцитурия			
287.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РЯДОМ ПРИЗНАКОВ 1. мужчины и женщины болеют одинаково часто, возбудители условно-патогенная флора 2. с одинаковой частотой наблюдается у женщин и мужчин, сопровождается лихорадкой 3. чаще болеют женщины, сопровождается лихорадкой гектического типа, часто рецидивирует 4. мужчины и женщины болеют одинаково часто, как правило развивается после травмы 5. чаще болеют женщины, возбудители условно-патогенная флора, редко наблюдается субфебрилитет, часто рецидивирует	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
288.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. рак мочевого пузыря 2. хронический простатит 3. геморрой 4. аденома 5. фимоз	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
289.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. рак мочевого пузыря 2. хронический простатит 3. параректальный свищ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. рак простаты 5. крауроз			
290.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. рак мочевого пузыря 2. хронический простатит 3. геморрой 4. аденома хронический цистит 5. меатостеноз	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
291.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. болезнь Мариона 2. простатит 3. склероз предстательной железы 4. сахарный диабет 5. фимоз	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
292.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. болезнь Мариона 2. простатит 3. стриктура уретры 4. сахарный диабет 5. меатостеноз	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

293.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. болезнь Мариона 2. везикулит 3. склероз предстательной железы 4. сахарный диабет 5. фимоз	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
294.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. меатостеноз 2. везикулит 3. стриктура уретры 4. сахарный диабет 5. болезнь Мариона	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
295.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК 1. сахарный диабет 2. эпидидимит 3. стриктура уретры 4. болезнь Мариона 5. фимоз	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
296.	ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ 1. болезни Мариона 2. эпидидимита 3. склероза предстательной железы 4. сахарного диабета	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. меатостеноза			
297.	ПРИ УРОТУБЕРКУЛЕЗЕ ПЕРВИЧНО ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ 1. почка 2. мочеточник 3. мочевого пузыря 4. предстательная железа 5. яички	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
298.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ 1. отсутствие четких рентгенологических изменений, деформации чашечно-лоханочной системы 2. нарушение изящности, четкости чашечек, деформация их fornixов, "изъеденность" сосочков 3. сужение, нарушение проходимости пиелoureterального сегмента, расширение полостей чашечек, лоханки 4. смещение, деформация шеек чашечек, нечеткость почечных сосочков, увеличение собирательной системы почки 5. отсутствие четкого заполнения контрастным веществом чашечно-лоханочной системы, тазовой кривизны мочеточника, чередование участков расширения и сужений мочеточника	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
299.	ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА 1. гиперплазия (аденома. предстательной железы) 2. склероз простаты 3. везикулит, цистит 4. карбункул 5. крауроз	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
300.	НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ, НАИБОЛЕЕ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ИНФОРМАТИВНЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 1. рентгеноурологические 2. ультразвуковые 3. радиоизотопные 4. бактериологические 5. бактериоскопические			
301.	УКАЖИТЕ ТРИАДУ СИМПТОМОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 1. лейкоцитурия дизурия гематурия 2. "стерильная" лейкоцитурия дизурия бактериурия 3. "стерильная" лейкоцитурия дизурия гематурия 4. "стерильная" стойкая лейкоцитурия при pH>7 дизурия гематурия 5. "стерильная" стойкая лейкоцитурия при pH<6 дизурия гематурия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
302.	ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКУ ПРИ НЕОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ 1. уриногенный (рефлюксный). 2. гематогенный 3. лимфогенный 4. восходящий 5. комбинация вышеперечисленных путей	1	ВК ТК ГИА	ПК 3, ПК 6
303.	ОСНОВНОЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ 1. уриногенный (рефлюксный). 2. гематогенный	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. лимфогенный 4. восходящий 5. комбинация вышеперечисленных путей			
304.	ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПАРЕНХИМУ ПОЧКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ 1. уриногенный (рефлюксный). 2. гематогенный 3. лимфогенный 4. восходящий 5. комбинация вышеперечисленных путей	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
305.	КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА 1. пальпация увеличенной, болезненной почки; (.симптом 12 ребра; выраженный гастроинтестинальный синдром, воспалительные изменения параметров общего и биохимического анализов крови 2. выраженная токсемия, гипертермия, дефанс мышц передней брюшной стенки, (. симптом 12 ребра, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тотальная пиурия 3. гипертермия, дизурия, никтурия, лейкоцитурия 4. субфебрилитет, сменяющийся потрясающим ознобом, лихорадка до 40°C, «проливной» пот, лейкоцитоз 5. никтурия, лейкоцитурия, пальпация увеличенной болезненной почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
306.	СПОСОБ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК 1. санаторно-курортное консервативное лечение 2. оперативное консервативное лечение	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 8

	3. санаторно-курортного лечения достаточно 4. комбинированное лечение (антибактериальное хирургическое санаторно-курортное. 5. комбинированное лечение лучевая терапия			
307.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ "СИМУЛИРОВАТЬ" ОСТРЫЙ ЦИСТИТ 1. камень интрамурального отдела мочеточника 2. острый эпидидимит 3. гидроцеле 4. фуникулит 5. рак простаты I стадии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
308.	ФОРМОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. межуточный нефрит 2. неспецифический папиллит 3. пионефроз 4. эмфизематозный пиелонефрит 5. апостематозный пиелонефрит	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
309.	ФОРМОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. межуточный нефрит 2. неспецифический папиллит 3. пионефроз 4. эмфизематозный пиелонефрит 5. карбункул	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
310.	ФОРМОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. межуточный нефрит 2. неспецифический папиллит	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. пионефроз 4. эмфизематозный пиелонефрит 5. абсцесс			
311.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ БЫВАЕТ 1. кишечная палочка 2. протей 3. палочка сине-зеленого гноя 4. стафилококк 5. энтерококк	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
312.	ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. полиурия 2. перегревание организма 3. нарушения пассажа мочи из почки 4. нарушение притока артериальной крови к почке 5. ХПН	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
313.	ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. полиурия 2. перегревание организма 3. нарушения оттока венозной крови из почки 4. нарушение притока артериальной крови к почке 5. ХПН	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
314.	ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ 1. нарушением проницаемости интратенальных сосудов, отеком почечной паренхимы 2. воспалительной инфильтрацией межуточной	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ткани 3. скоплением микробов в межуточной ткани 4. деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков. 5. артериальной гипоксией коры, флестостазом и лимфостазом медуллярного вещества, деструкцией почечной ткани на фоне воспалительных изменений			
315.	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ 1. нарушением проницаемости интратенальных сосудов, отеком почечной паренхимы 2. воспалительной инфильтрацией межуточной ткани 3. скоплением микробов в межуточной ткани 4. деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков. 5. лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани, скоплением микробов в просвете канальцев	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
316.	НА НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТУРИИ УКАЗЫВАЕТ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ "СРЕДНЕЙ" ПОРЦИИ МОЧИ 1. менее 1000 2. от 1000 до 2000 3. от 2000 до 4000 4. больше 4000 5. больше 5000	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
317.	О НАЛИЧИИ ИСТИННОЙ БАКТЕРИУРИИ ГОВОРЯТ МИКРОБНОЕ ЧИСЛО (КОЛИЧЕСТВО БАКТЕРИЙ В 1 МЛ МОЧИ., РАВНОЕ 1. 1000 2. 5000 3. более 10000	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. более 50000 5. более 100000			
318.	БОЛЬНАЯ 37 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СПРАВА В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК. 12 ЧАСОВ НАЗАД - ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА СПРАВА С ЛИХОРАДКОЙ, ОЗНОБОМ И "ОБМОРОКОМ". НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. состояние после приступа правосторонней почечной колики 2. камень правого мочеточника, острый обструктивный гнойный пиелонефрит 3. пиелит 4. острый гематогенный пиелонефрит 5. острый серозный пиелонефрит, камень правого мочеточника	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
319.	БОЛЬНОЙ 27 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38°С С ОЗНОБОМ, УЧАЩЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, ИНТЕНСИВНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СПРАВА В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ. СУТКИ ТОМУ НАЗАД - ПРИСТУП ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ СПРАВА, КУПИРОВАННЫЙ СПАЗМОЛИТИКАМИ, АНАЛГЕТИКАМИ. ДИАГНОЗ 1. состояние после приступа правосторонней почечной колики 2. камень отдела правого мочеточника, острый обструктивный пиелонефрит 3. острый цистит 4. острый рефлюксогенный пиелонефрит 5. самостоятельно отошедший камень правого мочеточника, острый серозный пиелонефрит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
320.	БОЛЬНАЯ 57 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, СУБФЕБРИЛИТЕТ, ДИЗУРИЮ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СЛЕВА В	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. 3 ЧАСА ТОМУ НАЗАД СОСТОЯНИЕ УХУДИЛОСЬ, ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 40°C, С ОЗНОБОМ, КРАТКОВРЕМЕННЫМ "ОБМОРОКОМ". ДИАГНОЗ 1. острый цистит 2. острый восходящий (необструктивный. гнойный пиелонефрит 3. пиелит 4. острый гематогенный серозный пиелонефрит 5. камень левого мочеточника, острый калькулезный серозный пиелонефрит			
321.	МУЖЧИНА 64 ЛЕТ БОЛЕЕТ 3 ДНЯ. ДИАГНОСТИРОВАН КАРБУНКУЛ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЛЕВОЙ ПОЧКИ 2Х3 СМ. ПАССАЖ МОЧИ СЛЕВА НЕ НАРУШЕН. ТАКТИКА ВРАЧА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ 1. срочную операцию (декапсуляция почки, ис(рас.сечение карбункула, нефростомия, дренирование п/о раны., массивную антибактериальную и детоксикационную терапию в п/о периоде 2. плановую операцию (ревизию почки, ис(рас.сечение карбункула, дренирование п/о раны., антибактериальную терапию 3. нефростомию, антибактериальную терапию 4. чрескожную пункцию карбункула, антибактериальную терапию 5. нефрэктомию, антибактериальную терапию	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
322.	БОЛЬНОМУ 32 ГОДА. БОЛЕН 10 ДНЕЙ ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ: ПРАВАЯ ПОЧКА НЕ "ФУНКЦИОНИРУЕТ" В ТЕЧЕНИЕ 1.5 ЧАСОВ. УЗИ: КАМЕНЬ Н/3 ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ, ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ ПРАВОЙ ПОЧКИ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1. плановое обследование с целью уточнения	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	функции почек - катетеризация мочеточника - уретеролитотомия - срочная операция - ревизия правой почки, рассечение карбункула, нефропиелостомия, дренирование забрюшинного пространства, в послеоперационном периоде - интенсивная антибактериальная и детоксикационная терапия - интенсивная антибактериальная терапия			
323.	БОЛЬНАЯ 24 ГОДА. БЕРЕМЕННОСТЬ 25 НЕДЕЛЬ. ВЫЯВЛЕНА ЭКТАЗИЯ ЛОХАНКИ И ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА ДО ТАЗОВОГО ОТДЕЛА. ДИАГНОЗ: ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ СПРАВА. ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО НАЧАТЬСЯ - с правосторонней нефрэктомии - с прерывания беременности, антибактериальной терапии - с постоянного пребывания больной в коленно-локтевом положении - со стентирования/катетеризации мочеточника (возможно перкутанной нефростомии. - с постоянного пребывания больной на противоположном боку, антибактериальной терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
324.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕР МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В - диффузном поражении почки - очаговом, полиморфном поражении почки - очаговом мономорфном поражении почки - поражении клубочков почки - поражении канальцев почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
325.	СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. клинического анализа мочи 2. метода Каковского - Аддиса 3. пробы Нечипоренко 4. преднизолонового теста 5. 3-х стаканной пробы			
326.	СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ 1. клинического анализа мочи 2. метода Каковского - Аддиса 3. пробы Нечипоренко 4. пирогеналового теста 5. 3-х стаканной пробы	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
327.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1. нарушение функции канальцев 2. нарушение функции клубочков 3. нарушение функции чашечек 4. нарушение фильтрационной функции почки 5. нарушение функции почечной лоханки	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
328.	БОЛЬНАЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СТРАДАЕТ ЦИСТИТОМ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ. РЕАКЦИЯ МОЧИ КИСЛАЯ. СТОЙКАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ, НЕСМОТРЯ НА ПРИМЕНЕНИЕ УРОАНТИСЕПТИКОВ. ДИАГНОЗ 1. хронический цистит 2. хронический пиелонефрит 3. туберкулез мочевого пузыря 4. туберкулез почки 5. цисталгия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
329.	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ФАКТОР (ПРИЧИНА. В	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ 1. несоблюдение личной гигиены во время беременности 2. несоблюдение диеты, режима труда и отдыха во время беременности 3. понижение реактивности организма 4. инфицированность половых путей до беременности 5. дилатация мочеточников за счет гормональных изменений во время беременности			
330.	ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ИМЕЕТ 1. несоблюдение личной гигиены во время беременности 2. несоблюдение диеты, режима труда и отдыха во время беременности 3. понижение реактивности организма 4. инфицированность половых путей до беременности 5. сдавление мочеточников (правого в большей степени. увеличенной маткой или яичниковой веной	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
331.	ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. несоблюдение личной гигиены во время беременности 2. несоблюдение диеты, режима труда и отдыха во время беременности 3. понижение реактивности организма 4. инфицированность половых путей до беременности 5. инфицированность мочевых путей до беременности	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
332.	ДЛЯ СТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАНЕФРИТА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРНАЯ РЕАКЦИЯ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. повышением температуры до 39-40°C с ознобом, 2. лихорадкой постоянного типа 3. лихорадкой интермиттирующего характера 4. субфебрильной температурой 5. сохранением нормальной температуры тела			
333.	ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПАРАНЕФРИТЕ 1. тупые, ноющие 2. приступообразные 3. колюще-режущие 4. давящие 5. пульсирующие	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
334.	ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ПАРАНЕФРИТЕ 1. в области ложных ребер и поясничной области 2. в подреберьях, иррадиируют в область лопатки 3. в правой половине живота, иррадиируют кпереди и книзу в область бедра 4. в правом подреберье, иррадиируют в шею 5. в эпигастральной области, иррадиируют в область пупка	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
335.	НА ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАНЕФРИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. исчезновение теней поперечных отростков 2. деформация позвоночника 3. ротация позвоночника 4. отсутствие четких контуров поясничной мышцы 5. люмбализация XII грудного позвонка	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
336.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ 1. обзорная урография 2. экскреторная урография 3. радиоизотопная ренография 4. ультразвуковое исследование 5. фармаурография			
337.	ВАЖНУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ 1. местные расстройства кровообращения 2. физические факторы 3. инфекции 4. химические факторы 5. общие факторы	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
338.	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЦИСТИТАХ ПРОТИВОПОКАЗАНА 1. диетотерапия 2. фитотерапия 3. инстилляций мочевого пузыря 4. лучевая терапия 5. антибактериальная терапия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
339.	ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦИСТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. язвенными изменениями слизистой оболочки пузыря 2. псевдополипозом слизистой оболочки пузыря 3. инкрустацией слизистой оболочки пузыря солями 4. наличием плоской белесой пластинки неправильной формы на слизистой оболочке пузыря	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. буллезным отеком слизистой оболочки			
340.	ПРИ ПРОСТОЙ ЯЗВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ 1. медикаментозную терапию 2. диетотерапию 3. лучевую терапию 4. санаторно-курортное лечение 5. инстилляции мочевого пузыря антисептиками	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
341.	ПРИ ПРОСТОЙ ЯЗВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ 1. медикаментозную терапию 2. диетотерапию 3. лучевую терапию 4. санаторно-курортное лечение 5. субмукозные инъекции стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами с новокаином	2	ВК ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5
342.	ПРИ ЦИСТАЛГИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ 1. антибактериальное лечение 2. лучевую терапию 3. десенсибилизирующую терапию 4. седативную терапию 5. инстилляции мочевого пузыря	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
343.	ПРИ ЦИСТАЛГИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ 1. антибактериальную терапию 2. лучевую терапию 3. десенсибилизирующую терапию 4. физиолечение	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. инстилляцией мочевого пузыря			
344.	ПРИ ЦИСТАЛГИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ 1. антибактериальную терапию 2. лучевую терапию 3. десенсибилизирующую терапию 4. иглорефлексотерапию 5. инстилляцией мочевого пузыря	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
345.	ПРИ ЦИСТАЛГИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ 1. антибактериальную терапию 2. лучевую терапию 3. десенсибилизирующую терапию 4. гормонотерапию 5. инстилляцией мочевого пузыря	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
346.	В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ИГРАЮТ РОЛЬ 1. специфический возбудитель 2. условия труда 3. общее состояние организма 4. перенесенные болезни 5. условно патогенные микроорганизмы	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
347.	В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИГРАЮТ РОЛЬ 1. хронические очаги инфекции 2. условия труда 3. общее состояние организма, 4. ранее перенесенные болезни 5. инфекции, передаваемые половым путем	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
348.	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ЦИСТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ МОЧУ, ПОЛУЧЕННУЮ ПУТЕМ 1. катетеризации мочевого пузыря 2. исследования суточной мочи 3. из средней порции струи мочи при самостоятельном мочеиспускании 4. флотации 5. по Нечипоренко			
349.	ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАЗНАЧАЮТ ПОД КОНТРОЛЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ МОЧИ В СВЯЗИ 1. с быстрым развитием кандидоза мочевых путей 2. с изменением pH мочи 3. со снижением активности антибиотиков при наличии сахара в моче 4. с быстрым появлением резистентных к антибиотикам микроорганизмов 5. с появлением L-форм бактерий	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
350.	ПРИ ВСКРЫТИИ ПЕРЕДНЕГО ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО АБСЦССА ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП 1. надлобковый 2. промежностный 3. по Буяльскому - МакУортеру 4. трансвезикальный 5. трансректальный	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
351.	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. дрожжеподобные грибы 2. L-формы бактерий	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. простейшие класса жгутиковых 4. амебы 5. вирусы			
352.	УРЕТРОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ 1. острым уретрите 2. острым простатите и везикулите 3. подозрении на стриктуру уретры 4. торпидном течении уретрита 5. колликулите	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
353.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. приапизм 2. геморрой 3. простатит 4. везикулит 5. баланопостит	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
354.	ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО 1. установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией 2. интенсивная антибактериальная и местная терапия 3. цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией 4. лучевая терапия 5. физиотерапевтическое лечение	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
355.	БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ 1. семенных пузырьков 2. семенного бугорка	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. парауретральных желез 4. крайней плоти и головки полового члена 5. кожи мошонки			
356.	БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ 1. семенных пузырьков 2. семенного бугорка 3. парауретральных желез 4. головки полового члена и крайней плоти 5. кожи мошонки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
357.	КАВЕРНИТ - ЭТО 1. воспаление пещеристых тел полового члена 2. фибропластическая индурация полового члена 3. флеботромбоз кожи полового члена 4. воспаление спонгиозного тела уретры 5. крайней плоти полового члена	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
358.	ПАРАФИМОЗ - ЭТО 1. сужение отверстия крайней плоти полового члена 2. ущемление головки полового члена суженным отверстием крайней плоти 3. воспаление пещеристого тела полового члена 4. воспаление вен полового члена 5. воспаление кожи мошонки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
359.	ПРИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НАБЛЮДАЕТСЯ 1. отсутствие эрекции 2. наличие бляшек хрящевой консистенции в белочной оболочке кавернозных тел полового члена 3. гиперемия кожи полового члена	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. абсцедирование кавернозных тел 5. наличие бляшек хрящевой консистенции в спонгиозном теле полового члена			
360.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИАПИЗМА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С 1. перемежающимися ночными эрекциями 2. кавернитом 3. гангреной Фурнье 4. пролонгированной эрекцией 5. болезнью Пейрони	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
361.	ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ ПРИ ПРИАПИЗМЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. разрез белочной оболочки кавернозных тел полового члена 2. резекция пещеристых тел полового члена 3. наложение сафено-кавернозного анастомоза 4. гофрирование белочной оболочки 5. эмускулинизацию	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
362.	ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА ХАРАКТЕРНО 1. повышение температуры тела с первых дней заболевания 2. повышение температуры тела на 3-4-е сутки заболевания 3. повышение температуры тела на 5-6-е сутки заболевания 4. нормальная температура тела в течение всего заболевания 5. пониженная температура тела в течение всего заболевания	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
363.	ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И В ЖИВОТЕ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗНИКНОВЕНИИ 1. простатита 2. фуникулита 3. острого аппендицита 4. колита 5. орхоэпидидимита			
364.	ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С 1. перекрутом и некрозом гидатид Морганьи 2. простатитом 3. кавернитом 4. гангреной Фурнье 5. баланопоститом	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
365.	ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С 1. простатитом 2. перекрутом яичка 3. кавернитом 4. колликулитом 5. кистой придатка	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
366.	В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ 1. хронические очаги инфекции 2. условия труда 3. общее состояние организма 4. ранее перенесенные болезни 5. инфекции, передающиеся половым путем	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
367.	ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. гематогенным путем 2. лимфогенным путем 3. восходящим путем 4. алиментарным 5. уриногенным			
368.	ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ 1. острый холецистит 2. уретрит 3. артрит 4. абсцесс предстательной железы 5. баланопостит	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
369.	ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ЧАЩЕ СТРАДАЮТ 1. дети 2. лица пожилого возраста 3. мужчины 4. женщины 5. лица старческого возраста	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
370.	ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ 1. одну неделю 2. три недели 3. три месяца 4. шесть месяцев 5. не требуется	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
371.	ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ ПОПАДАЮТ В ПОЧКУ 1. гематогенным путем	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. контактным путем с соседних органов 3. восходящим путем 4. лимфогенным путем 5. по стенкам мочеточников			
372.	ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЧКЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ 1. поражением почечного сосочка (специфический папиллит. 2. изъязвлением слизистой оболочки чашечек и лоханки 3. туберкулезными инфильтратами, бугорками в паренхиме коркового слоя почки 4. специфическими воспалительными инфильтратами в мозговом слое почки 5. туберкулезными кавернами в области пирамид почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
373.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ 1. с вазорезекцией 2. с эпидидимэктомией 3. с вазорезекцией и эпидидимэктомией 4. с орхиэктомией 5. оперативное лечение не показано	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
374.	К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ 1. цилиндрурия 2. отсутствие цилиндров в осадке мочи 3. лейкоцитурия при нормальной рН мочи 4. гематурия 5. стойкая лейкоцитурия при кислой реакции мочи	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

375.	ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН С ПОМОЩЬЮ 1. выделения из мочи туберкулезных бактерий, гистологического исследования почечной ткани 2. цистоскопии 3. УЗИ 4. обзорной, экскреторной урографии 5. нефросцинтиграфии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
376.	ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОВОКАЦИОННОГО ТУБЕРКУЛИНОВОГО ТЕСТА УЧИТЫВАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В МОЧЕ 1. эритроцитов 2. белка 3. лейкоцитов 4. амилоидных телец 5. микробов	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
377.	ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОВОКАЦИОННОГО ТУБЕРКУЛИНОВОГО ТЕСТА УЧИТЫВАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В МОЧЕ 1. эритроцитов 2. цилиндров 3. лейкоцитов 4. амилоидных телец 5. микробов	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
378.	ВЕРОЯТНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МОЧЕ ВЫШЕ ПРИ 1. исследовании пузырной мочи, полученной при самостоятельном мочеиспускании 2. исследовании мочи, полученной путем надлобковой пункции мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. исследовании мочи, полученной из почки путем чрезкожной пункции ЧЛС 4. при исследовании мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря после его промывания 5. при проведении трехстаканной пробы			
379.	ВЕРОЯТНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МОЧЕ ВЫШЕ ПРИ 1. исследовании пузырной мочи, полученной при самостоятельном мочеиспускании 2. исследовании мочи, полученной путем надлобковой пункции мочевого пузыря 3. исследовании мочи, полученной из почки путем катетеризации ЧЛС 4. при исследовании мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря после его промывания 5. при проведении трехстаканной пробы	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
380.	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПАПИЛЛИТА ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. деформация чашечек, их форниксов, "изъеденность" сосочков 2. наличие правильной формы с ровными контурами небольшой полости в мозговом слое почки 3. нечеткость контура почки 4. общее увеличение почки 5. нечеткость контура поясничной мышцы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
381.	РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ ПОКАЗАНА ПРИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. "мобильной" почке 2. стриктуре мочеточника, "немой" почке 3. туберкулезе почечной паренхимы 4. остром (милиарном. нефротуберкулезе 5. коховском диффузном нефросклерозе			
382.	В УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИЗОБРАЖЕНИИ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. расширение чашечно-лоханочной системы почки 2. дополнительные полости с нечеткими контурами, неомогенной структуры в области чашечек 3. отсутствие четких контуров почки 4. наличие гипэхогенного образования с четкими контурами в корковом слое почки 5. увеличение размеров почки, зоны пониженной эхогенности в паренхиме	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
383.	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ПО ДАННЫМ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ 1. общее увеличение почки, расширение чашечек 2. нечеткость контура почки, сглаженность контура m. psoas mj. 3. сглаживание и закругление форниксов, «уплощение» сосочков за счет атрофии 4. нечеткость контура поясничной мышцы 5. удлинение, деформация шеек чашечек	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
384.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ 1. витамин С 2. витамин В2	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. витамин Е 4. витамин А 5. гепатопротекторы			
385.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ 1. витамин С 2. витамин В2 3. витамин Е 4. витамин РР (никотиновая к-та. 5. тиосульфат натрия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
386.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ 1. витамин С 2. витамин В2 3. витамин Е 4. витамин Р 5. витамины В6	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
387.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ 1. витамин С 2. витамин В2 3. витамин Е 4. витамин D 5. витамины В12	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
388.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминкапроновую кислоту 2. глютаминовую кислоту 3. никотиновую кислоту	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. кофеин-бензоат натрия 5. аскорбиновую кислоту			
389.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминакапроновую кислоту 2. диазепам 3. никотиновую кислоту 4. кофеин-бензоат натрия 5. аскорбиновую кислоту	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
390.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминакапроновую кислоту 2. витамин В1 3. никотиновую кислоту 4. р-р натрия аденозинтрифосфата 5. аскорбиновую кислоту	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
391.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминакапроновую кислоту 2. витамины В6 3. никотиновую кислоту 4. кофеин-бензоат натрия 5. аскорбиновую кислоту	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
392.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминакапроновую кислоту 2. АТФ 3. никотиновую кислоту 4. кофеин-бензоат натрия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. аскорбиновую кислоту			
393.	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ 1. аминокaproновую кислоту 2. глyтаминoвую кислоту 3. витаминy B12 4. кофеин-бензоат натрия 5. аскорбиновую кислоту	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
394.	ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРОИЗВОДЯТ ПОСЛЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В ТЕЧЕНИЕ 1. 1-го месяца 2. 3-х месяцев 3. 4-6-х месяцев 4. 8-12-ти месяцев 5. 2-х лет	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
395.	ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО 1. проводить более интенсивную антибактериальную терапию 2. произвести нефрэктомия 3. произвести пластику мочеточника 4. ликвидировать очаг деструкции в почке оперативным путем 5. ранняя хирургическая ликвидация очага деструкции с одновременной пластикой стриктуры мочеточника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
396.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ НЕФРЭКТОМИЯ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА ПРИ 1. выключенном туберкулезном пионефрозе 2. открытом туберкулезном пионефрозе 3. поликавернозном туберкулезе почки 4. отшнурованной каверне почки 5. туберкулезе почки и сужении мочеточника			
397.	У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА, СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ 1. туберкулез 2. нефросклероз 3. болезнь Ормонда 4. опухоль 5. хронический пиелонефрит	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
398.	У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА, СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ 1. туберкулез 2. нефросклероз 3. болезнь Ормонда 4. опухоль 5. нефролитиаз	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
399.	ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ 1. не проводится 2. проводится в течение одной недели 3. проводится не менее 2-х недель 4. проводится не менее 2-х месяцев	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. проводится не менее 6-ти месяцев			
400.	КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ СЧИТАЮТСЯ 1. отсутствие в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 1-го года после прекращения лечения 2. отсутствие в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 3-х лет после прекращения лечения 3. отсутствие развития очагов деструкции почечной паренхиме, микобактерий в моче в течение 5-ти лет после прекращения лечения 4. стабилизация очагов деструкции 5. отсутствие явных признаков прогрессирования нефротуберкулеза	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
401.	КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ СЧИТАЮТСЯ 1. отсутствию в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 2-го года после прекращения лечения 2. отсутствию в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 4-го года после прекращения лечения 3. отсутствию явных признаков прогрессирования очагов деструкции после прекращения лечения в течение года 4. стабилизации очагов деструкции после прекращения лечения в течение года 5. стабилизации или обратном развитии очагов деструкции и отсутствию в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после прекращения лечения	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
402.	ПОСЕВ МОЧИ С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ПРОИЗВОДИТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. каждую неделю 2. каждый месяц 3. раз в 2 месяца 4. 1 раз в 3 месяца 5. раз в 6 месяцев			
403.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАПРАВЛЕНИЮ В СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФТИЗИОУРОЛОГИЧЕСКИЕ САНАТОРИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ 1. бактериурия 2. лейкоцитурия 3. мочевого свищ 4. недержание мочи 5. поздние стадии ХПН	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
404.	К ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ ЦИСТОСКОПИИ, ОТНОСЯТ 1. любые инфильтраты в области шейки мочевого пузыря 2. одиночные язвы в области верхушки мочевого пузыря 3. рубцовые изменения слизистой, в области треугольника 4. очаговая гиперемия слизистой оболочки 5. просовидные высыпания, буллезный отек в области устьев мочеточников	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
405.	ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ВЫЯВЛЯЕМАЯ ВО ВРЕМЯ ЦИСТОСКОПИИ 1. в области верхушки мочевого пузыря 2. в области дна мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. в области шейки мочевого пузыря 4. в области треугольника Льюто 5. в области устьев мочеточников			
406.	. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. терминальная гематурия при кислой реакции мочи 2. повышение температуры с ознобом 3. пневматурия 4. инициальная макрогематурия 5. оксалатурия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
407.	ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1. "асептическая" лейкоцитурия при кислой реакции мочи 2. повышение температуры с ознобом 3. пневматурия 4. инициальная макрогематурия 5. оксалатурия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
408.	ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфравезикальная обструкция 2. сморщивание мочевого пузыря 3. хронический гломерулонефрит 4. болезнь Ормонда 5. дивертикулез мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
409.	ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфравезикальная обструкция 2. пузырно-мочеточниковый рефлюкс	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. хронический гломерулонефрит 4. болезнь Ормонда 5. дивертикул мочевого пузыря			
410.	ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфравезикальная обструкция 2. хроническая почечная недостаточность 3. хронический гломерулонефрит 4. болезнь Ормонда 5. дивертикулез мочевого пузыря	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
411.	ПРИ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ СМОРЩЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ 1. фрагмент подвздошной кишки 2. фрагмент поперечно-ободочной кишки 3. фрагмент нисходящего отдела толстой кишки 4. фрагмент восходящего отдела толстой кишки 5. прямую кишку	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
412.	ПЕРВИЧНО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОРАЖАЮТСЯ 1. корковый слой почки 2. мочеиспускательный канал 3. мочевой пузырь 4. мочеточник 5. почечная лоханка	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
413.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. никтурия 2. олигурия 3. инициальная гематурия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. боли в эпигастральной области 5. боли в промежности и прямой кишке			
414.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. никтурия 2. олигурия 3. инициальная гематурия 4. боли в эпигастральной области 5. выделение гноя из уретры во время дефикации	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
415.	К МЕСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯИЧКА И ЕГО ПРИДАТКА, ОТНОСЯТ 1. увеличение, уплотнение, болезненность придатка яичка 2. реактивную водянку оболочек яичка 3. сращение придатка и яичка плотными спайками 4. утолщенный, болезненный семенной канатик 5. увеличение, уплотнение, бугристость хвоста придатка яичка, четкообразный семявыносящий проток	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
416.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ 1. тело придатка 2. хвост придатка 3. головка придатка 4. весь придаток 5. придаток и ткань яичка	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
417.	НЕДОСТОВЕРНО ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИДАТКА ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. бактериологическое исследование эякулята	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. пункционная биопсия 3. бактериологическое исследование отделяемого из уретры 4. исследование мочи 5. операционная биопсия			
418.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРО ПРОТЕКАЮЩЕГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИДАТКА ЯИЧКА 1. незначительная боль в области мошонки, пальпируемая опухоль в яичке 2. резко напряженный, болезненный, увеличенный придаток, интимно спаянный с яичком, гиперемия кожи мошонки 3. увеличенная в размерах мошонка за счет отека яичка, резко болезненного, гиперемия кожи мошонки 4. слабо болезненная, увеличенная за счет мягкоэластического образования мошонка, яичко и придаток четко не дифференцируются 5. интенсивная боль, отек кожи мошонки, уплотнение в области хвоста придатка яичка, болезненный утолщенный семенной канатик, яичко не изменено	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
419.	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО 1. покой 2. иммобилизации мошонки (суспензорий. 3. антибактериальной терапии 4. тепловые процедуры и физиотерапевтического лечения 5. блокада семенного канатика с антибиотиками	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
420.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ПРОИЗВОДЯТ 1. эпидидимэктомию	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. гемикастрацию 3. эпидидимэктомию с резекцией яичка 4. двустороннюю эпидидиэктомию 5. эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны			
421.	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПОСЛЕ БЕЗУСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИДАТКА ЯИЧКА В ТЕЧЕНИЕ 1. 1 месяца 2. 2-х месяцев 3. 3-х месяцев 4. 6-ти месяцев 5. 1 года	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
422.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С ЗАТИХШИМ ИЛИ ИЗЛЕЧЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК 1. не имеет значения 2. имеет относительное значение 3. имеет некоторое значение 4. имеет значение 5. имеет важное значение	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
423.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. равномерным расширением лоханки и мочеточника 2. гипотонией мочеточника, лоханки 3. неправильной формой с неровными контурами маленькой лоханкой, четкообразный, втянутый в лоханку мочеточник, с облитерацией в нижней трети 4. в сужении просвета мочеточника за счет сдавления	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	его снаружи 5. трансформацией, медиальным смещением верхней трети мочеточника, гидронефротической трансформацией почки			
424.	РЕТРОГРАДНАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА С 1. нефроптозом 2. поликистозом 3. гидронефрозом 4. подковообразной почкой 5. мегакалинозом	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
425.	ДИЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ 1. мало белков, мало углеводов 2. мало белков, умеренное количество углеводов 3. много белков, мало углеводов 4. много белков, много углеводов 5. как можно больше жиров	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
426.	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО 1. частое, императивное и болезненное мочеиспускание 2. учащенное императивное мочеиспускание в дневное время суток 3. редкое мочеиспускание большими порциями мочи 4. частое императивное мочеиспускание малыми порциями в ночное время 5. отсутствие самостоятельного мочеиспускани	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
427.	ВЕРОЯТНОСТЬ ИНФИЦИЦИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С 1. гидронефрозом 2. стриктурой уретры 3. туберкулезом 4. пузырно-мочеточниковым рефлюксом 5. фимозом			
428.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО 1. нарушение функции канальцев 2. нарушение функции клубочков 3. нарушение функции чашечек 4. нарушение фильтрационной функции почки 5. нарушение функции почечной лоханки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
429.	БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА УЧАЩЕННОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ. РЕАКЦИЯ МОЧИ КИСЛАЯ. СТОЙКАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ, НЕСМОТРИ НА ПРИМЕНЕНИЕ УРОАНТИСЕПТИКОВ. В АНАМНЕЗЕ ЭПИДИДИМЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА. ДИАГНОЗ 1. хронический цистит 2. хронический простатит 3. туберкулез мочевого пузыря 4. склероз простаты 5. болезнь Мариона	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
430.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. нарушение уродинамики 2. несоблюдение режима труда и отдыха 3. понижение реактивности организма	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. несоблюдение личной гигиены 5. несоблюдение диеты			
431.	ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПАРАНЕФРИТА 1. боли в эпигастрии, слабость, септическая лихорадка 2. гипертермия, озноб, недомогание, боли ноющего характера в поясничной области, сколиоз 3. интермиттирующая лихорадка, ознобы, слабость, боли в грудной клетке, кашель 4. повышение температуры тела до 38°C, тошнота, рвота, интенсивные боли опоясывающего характера 5. постоянного типа лихорадка, боли в правом подреберье, тошнота, рвота съеденной пищей	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
432.	ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПАРАНЕФРИТЕ 1. острые боли в правом подреберье, иррадиируют в область лопатки 2. острые боли в поясничной области, иррадиируют по задней поверхности бедра 3. боли интенсивного ноющего характера в эпигастрии, сопровождаются тошнотой, рвотой съеденной пищей 4. ноющие боли в грудной клетке, усиливаются во время кашля 5. незначительные боли в поясничной области с характерным положением больного: приведенным к животу бедром, усиливающиеся при разгибании ноги	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
433.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАНЕФРИТА 1. переломы поперечных отростков поясничных позвонков, стертость контуров поясничных мышц 2. сколиоз позвоночника в сторону поражения,	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	отсутствие четкости контуров поясничной мышцы 3. смещение позвонков поясничного отдела, стертость контуров поясничных мышц 4. переломы X, XI, XII ребер, наличие жидкости в плевральной полости 5. наличие подозрительных на камни теней, локализующихся на уровне почки, в проекции желчного пузыря, стертость контуров поясничных мышц			
434.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ 1. обзорная рентгенография мочевых путей 2. МСКТ 3. динамическая нефросцинтиграфия 4. уродинамическое исследование 5. паранефральная пункция	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
435.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. МРТ 3. изотопная ренография 4. ультразвуковое исследование 5. паранефральная пункция	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
436.	РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ГНОЙНОГО ПАРАНЕФРИТА 1. септическая лихорадка неясного генеза 2. постоянного типа лихорадка неясного генеза 3. интермиттирующая лихорадка неясного генеза	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. субфебрильная температура неясного генеза 5. потеря трудоспособности, нарастающая слабость в условиях стойко нормальной температура тела			
437.	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЦИСТИТАХ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО 1. употребление мясной пищи 2. ограничение физического труда 3. ограничение употребления воды 4. употребление жирной пищи 5. комплексное лечение	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
438.	ЦИСТОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ЯВЛЯЮТСЯ 1. полиморфный характер изменений слизистой оболочки пузыря 2. язвенные изменения слизистой оболочки пузыря 3. псевдополипоз слизистой оболочки пузыря 4. наличие белесоватой пластинки неправильной формы на слизистой оболочки пузыря 5. буллезный отек, кровоизлияния слизистой оболочки	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
439.	ЦИСТОСКОПИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ И ПРОСТОЙ ЯЗВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В 1. характере язвенных изменений слизистой оболочки пузыря 2. наличии буллезного отек слизистой оболочки, псевдополипоза в области шейки пузыря 3. особенностях инкрустации слизистой оболочки пузыря солями 4. наличие плоской белесой пластинки неправильной формы на слизистой оболочке пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. локализации язв, полиморфности цистоскопических изменений			
440.	К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ 1. высокую сексуальную активность 2. гипоэстрогения 3. пролапс тазовых органов 4. раннее начало половой жизни 5. ранее перенесенные урогенитальные инфекции	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
441.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ЦИСТИТА 1. стрептококк 2. микоплазмы 3. вирусы 4. хламидии 5. кишечная палочка	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
442.	ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 1. только на фоне локального лечения эстриолом 2. использование антибактериальных препараты с низкой мочевой экскрецией 3. сочетанное применение антибактериальной и противовоспалительной терапии 4. сочетанное применение местной антибактериальной и противовоспалительной терапии 5. применение местной антибактериальной терапии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
443.	ПРИ ВСКРЫТИИ ЗАДНЕБОКОВОГО ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. надлобковый 2. промежностный 3. по Буяльскому - МакУортеру 4. трансперитонеальный 5. трансректальный			
444.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА 1. микроскопия нативных препаратов уретрального отделяемого 2. цитологическое исследование 3. серологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
445.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА 1. бактериологическое исследование мазков из уретры 2. цитологическое исследование 3. серологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
446.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОГО УРЕТРИТА 1. ПЦР 2. цитологическое исследование 3. серологические методы	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами			
447.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА 1. микроскопия нативных и окрашенных препаратов спермы 2. культуральное исследование 3. иммунологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
448.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАДНЕГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ 1. приапизм 2. геморрой 3. простатит 4. болезнь Пейрони 5. баланопостит	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
449.	ВЕРОЯТНЫМ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. колит 2. геморрой 3. артрит 4. везикулит 5. баланопостит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
450.	ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОКАЗАНА 1. интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. интенсивная антибактериальная и местная терапия 3. цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией 4. физиотерапевтические мероприятия 5. физиотерапевтическое лечение			
451.	ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО 1. установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией 2. интенсивная антибактериальная и местная терапия 3. цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией 4. лучевая терапия 5. физиотерапевтическое лечение	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
452.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием болезненных уплотнений в кавернозных телах полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. отсутствием эрекции 5. деформацией головки полового члена	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
453.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием уплотнений в кавернозных телах, искривлением полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. искривление полового члена при эрекции	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. болезненной эрекцией			
454.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. отсутствием эрекции 5. наличием «бляшек» хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
455.	ПРИАПИЗМ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ 1. перемежающихся ночных эрекций 2. фимоза 3. гангрены Фурнье 4. неадекватного оттока и притока крови в кавернозные тела полового члена 5. перелома полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
456.	ПРИЧИНЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭПИДИДИМООРХИТА У МУЖЧИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ 1. травмы органов мошонки 2. половые излишества 3. переохлаждения 4. расстройства мочеиспускания 5. грамотрицательные уропатогены	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
457.	ПРИЧИНЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭПИДИДИМООРХИТА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 1. травмы органов мошонки 2. половые излишества	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. переохлаждения 4. расстройства мочеиспускания 5. инфекции, передаваемые половым путем			
458.	ФАКТОРАМИ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРОСТАТИТА, ЯВЛЯЮТСЯ 1. переохлаждения 2. расстройства мочеиспускания 3. венозный стаз органов малого таза 4. застой секрета предстательной железы 5. инфекционные агенты	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
459.	ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО 1. установление постоянного катетера антибактериальная терапия 2. инстилляции уретры антибактериальная терапия 3. интенсивная антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия 4. вскрытие и дренирование полости абсцесса предстательной железы антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия 5. трансуретральная резекция предстательной железы антибактериальная инфузионная и детоксикационная терапия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
460.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. анализ секрета предстательной железы 3. уретроцистография 4. ультразвуковое исследование семенных пузырьков	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. микционная цистография			
461.	РАЗВИТИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при нарушении лимфооттока из почки 2. при нарушении уродинамики 3. при повышении вязкости мочи 4. при нарушении стабильности pH мочи 5. при проникновении микроорганизмов в почку	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
462.	ПРИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ 1. поражение почечного сосочка (специфический папиллит. 2. изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки 3. туберкулезные бугорки в корковом слое почки 4. специфический воспалительный инфильтрат в пиелoureterальном сегменте 5. туберкулезная каверна	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
463.	. ПРОВОКАЦИОННАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ 1. увеличение глобулинов 2. повышение мочевины крови 3. нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию 4. появление фибинурии 5. появление клеток Штерггеймера-Мальбина	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
464.	ПРИ НЕПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПОКАЗАНО 1. санаторно-курортное лечение специфическая терапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. медикаментозная терапия климатотерапия 3. физиотерапевтические мероприятия специфическая терапия 4. на фоне специфической терапии пластика мочеточника 5. нефруретерэктомия			
465.	ПРИ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА И ОТШНУРОВАВШЕЙСЯ КАВЕРНЕ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО 1. проводить более интенсивную антибактериальную терапию 2. произвести нефроуретерэктомию 3. произвести пластику мочеточника 4. ликвидировать очаг деструкции в почке оперативным путем 5. оперативно ликвидировать очаг деструкции с одновременной пластикой стриктуры мочеточника	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
466.	КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭПИДИДИМИТА СЧИТАЕТСЯ 1. отсутствие в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 1-го года после прекращения лечения 2. отсутствие в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 2-х лет после прекращения лечения 3. отсутствие в моче микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после лечения в сочетании со стабилизацией или обратным развитием очагов деструкции в почке 4. обратное развитие или отсутствие новых очагов деструкции в придатке яичка, отсутствие в моче, эякуляте, секрете предстательной железы микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после лечения 5. стабильность рентгенологической картины,	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	клинико-биохимических показателей			
467.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ЦИСТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ ИНСТИЛЛЯЦИИ 1. колларгола 2% 2. ляписа 1:1000 3. дибунола 4. адриамицина 5. вакцины БЦЖ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
468.	ПРИ АБСЦЕССЕ МОШОНКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПОКАЗАНО 1. пункция абсцесса, проведение специфической терапии 2. иммобилизации мошонки (суспензорий., проведение специфической терапии 3. противовоспалительная терапии (применение НПВС. 4. вскрытие абсцесса мошонки, проведение специфической терапии 5. блокады по Лорен-Эпштейну с антибиотиками	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
469.	ОСТРОЕ НАЧАЛО ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИИ 1. гематогенным путем 2. уриногенным путем 3. лимфогенным путем 4. нейрогенным путнм 5. смешанным путем	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
470.	СИМПТОМ, ОТСУТСТВУЮЩИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТРЫВЕ ПОЧКИ 1. боли в поясничной области. 2. притупление перкуторного звука по флангу живота	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. пальпируемое опухолевидное образование в правом подреберье 4. макрогематурия с червеобразными сгустками 5. боли при глубоком вдохе			
471.	ТРАВМА В АНАМНЕЗЕ. ПРИ ЛАПАРАЦЕНТЕЗЕ ПОЛУЧЕНА ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ. ЛАПАРОТОМИЯ. ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ПОВРЕЖДЕНЫ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА ПО ПРАВОМУ ФЛАНГУ ЖИВОТА. ЗАПОДОЗРЕН РАЗРЫВ ПРАВОЙ ПОЧКИ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПЕРАТОР ОБЯЗАН 1 опорожнить гематому и начать ревизию забрюшинного пространства справа 2 убедиться в наличии левой почки, ее функциональной полноценности 3 послойно ушить лапаротомную рану 4 начать ревизию забрюшинного пространства, наложив сосудистый зажим на почечную ножку правой почки 5 произвести правостороннюю нефрэктомия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
472.	ЛУЧШЕЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. глубокое изучение анатомии органов малого таза 2. тщательный предоперационный отбор больных 3. тщательная подготовка кишечника 4. 2-сторонняя катетерезация мочеточников 5. отказ от выполнения таких операций	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
473.	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА ПРОМЕЖНОСТНЫМ ДОСТУПОМ СЛУЧАЙНО ПЕРЕСЕЧЕН ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК. ПОВРЕЖДЕНИЕ ОБНАРУЖЕНО НА 3-и СУТКИ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1. дренировать мочеточник и вывести дренаж через операционную рану 2. уретероцистонеостомия 3. сшивание мочеточника "конец в конец", наложение нефростомического дренажа 4. уретероцистонеостомия с наложением нефростомического дренажа 5. перкутанная нефростомия слева и широкое дренирование полости малого таза			
474.	СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА НАЗЫВАЕТСЯ 1. несоответствие количества введенной и полученной жидкости при катетеризации мочевого пузыря 2. пиелолимфатические рефлюксы на ретроградной пиелограмме 3. резкая болезненность при сильном надавливании на симфиз 4. симптом "кровавая анурия" 5. затекание контраста за пределы мочевого пузыря при проведении ретроградной цистографии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
475.	СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА НАЗЫВАЕТСЯ 1. получение мочи при катетеризации мочевого пузыря дробными порциями 2. пиелолимфатические рефлюксы на ретроградной пиелограмме 3. резкая болезненность при сильном надавливании на симфиз 4. симптом "кровавая анурия" 5. затекание контраста за пределы мочевого пузыря при проведении ретроградной цистографии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
476.	СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА НАЗЫВАЕТСЯ 1. получение равных порций мочи при	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	катетеризации мочевого пузыря через разные промежутки времени 2. пиелолимфатические рефлюксы на ретроградной пиелограмме 3. резкая болезненность при сильном надавливании на симфиз 4. симптом "кровавая анурия" 5. затекание контраста за пределы мочевого пузыря при проведении ретроградной цистографии			
477.	ПЕРЕЛОМ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА. УРЕТРОРРАГИИ НЕТ. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ИЗ "МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ" – КРОВЬ. ПРИ ВВЕДЕНИИ 30% РАСТВОРА РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА (300 мл. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАТЕК КОНТРАСТА В КЛЕТЧАТКУ ТАЗА. ВАШ ДИАГНОЗ 1. внебрюшный разрыв задней стенки мочевого пузыря 2. внутрибрюшный разрыв мочевого пузыря 3. смешанный (внутри- внебрюшинный. разрыв мочевого пузыря 4. отрыв мочевого пузыря от уретры 5. разрыв мембранозного отдела уретры	4	ВК ТК ГИА	ПК 7, ПК 12
478.	ТРАВМА В АНАМНЕЗЕ. ПРИ ЛАПАРОЦЕНТЕЗЕ ПОЛУЧЕНА ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ. ЛАПАРОТОМИЯ. ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ПОВРЕЖДЕНЫ. ПО ПРАВООМ ФЛАНГУ - БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА. ЗАПОДОЗРЕН РАЗРЫВ ПРАВОЙ ПОЧКИ. ЛЕВОЙ ПОЧКИ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1. нефрэктомия справа 2. вскрыть гематомы и начать ревизию правой	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	почки 3. наложить на выделенную ножку правой почки турникет или сосудистый зажим и ревизовать гематому 4. ушить лапаротомный разрез, начать ревизию правой почки через люмботомический разрез 5. выполнить нефрэктомию справа, в дальнейшем - хронический гемодиализ			
479.	СИМПТОМ "КРОВАВОЙ АНУРИИ" ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ 1. внебрюшинном разрыве мочевого пузыря 2. разрыве уретры 3. отрыве единственной функционирующей почки от сосудистой ножки 4. разрыве луковичного отдела уретры 5. аденоме парауретральных желез	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
480.	ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, КОТОРЫЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ПОЧКИ 1. боли в поясничной области 2. тахикардия 3. падение артериального давления 4. бледность кожных покровов 5. выраженный метеоризм	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
481.	ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫШЕ ЯИЧКА В ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1. тепловые процедуры 2. компресс с мазью Вишневского 3. скрототомия и ревизия семенного канатика 4. суспензорий 5. физиолечениеантибиотики			
482.	МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ВО ВРЕМЯ БУРНОГО ПОЛОВОГО АКТА ОЩУТИЛ РЕЗКУЮ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ЭРЕКЦИЯ ИСЧЕЗЛА. НА ГЛАЗАХ НАРОСЛА ГЕМАТОМА В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ДИАГНОЗ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1. разрыв уретры – первичный шов уретры – эпицистостомия 2. перелом кавернозного тела – холод – антибиотики 3. острый кавернит – тепловые процедуры – антибиотики 4. перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела 5. перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела – антикоагулянты – антибиотики	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
483.	ТРАВМА ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. БОЛЬНОЙ БЛЕДЕН. ПУЛЬС 88 УД/МИН. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТАБИЛЬНО. МАКРОГЕМАТУРИЯ. В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ НЕПОДВИЖНОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ДИАГНОЗ 1. подкапсульный разрыв почки 2. отрыв почки от сосудистой ножки 3. разрыв почки, сообщающийся с полостной системой	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. разрыв почки, не сообщающийся в полостной системой 5. разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки			
484.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВНЕБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. симптом "пламени" 2. симптом "бабочки" 3. симптом "фигурной скобки" 4. симптом "обгорелого дерева" 5. симптом "озер и лужиц"	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
485.	ТРАВМА ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. у женщин, чаще слева 2. у мужчин, чаще слева 3. чаще слева, у детей 4. справа 5. у мужчин; чаще справа	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
486.	ПРИ ПРЯМОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ 1. паренхима почки 2. почечная лоханка 3. мочеточник 4. сосуды почки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. фиброзная капсула почки			
487.	МОЧЕТОЧНИК ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ 1. в верхней трети 2. в средней трети 3. в нижней трети 4. в интрамуральной части 5. в лоханочно-мочеточниковом сегменте	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
488.	ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕМАТОМЫ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПОМОГАЕТ 1. пальпация плотного образования в подреберно-поясничной области 2. отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорной урограмме 3. не смещаемая при перемене положения туловища граница притупления перкуторного звука на стороне пораженной почки 4. затек контрастного вещества за пределы почки по данным аортографии, экскреторной урографии, ретроградной пиелографии 5. нарушение уродинамики по данным радиоизотопной ренографии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
489.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД 1. хромоцистоскопии 2. обзорной урографии 3. экскреторной урографии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. ретроградной уретеропиелографии, пневмопиелографии 5. трансфеморальной аортографии; селективной ангиографии сосудов почки			
490.	БОЛЬНОЙ С ПОДКАПСУЛЬНЫМ РАЗРЫВОМ ПОЧКИ. 7 ДНЕЙ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА. АНАЛИЗ МОЧИ НОРМАЛЕН. РАЗРЕШЕНО ВСТАВАТЬ И ХОДИТЬ. ЧЕРЕЗ 1-1.5 ЧАСА ПОСЛЕ НАЧАЛА ХОДЬБЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ. ЭТО ТРЕБУЕТ 1. наложения давящей повязки 2. соблюдения постельного режима 3. дополнения в лечении назначением уроантисептиков 4. экстренной операции 5. УЗИ продления сроков постельного режима продолжения гемостатической и антибактериальной терапии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
491.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД 1. хромоцистоскопии 2. обзорной урографии 3. экскреторной урографии 4. ретроградной уретеропиелографии, пневмопиелографии 5. трансфеморальной аортографии; селективной ангиографии сосудов почки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
492.	ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ 1. нефростомией 2. пиелостомией 3. без дренирования лоханки 4. интубацией мочеточника 5. кольцевым дренированием лоханки			
493.	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАЗРЫВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. послойное ушивание раны с дренированием забрюшинного пространства 2. 8-образные шелковые швы на рану с дренированием забрюшинного пространства 3. глухой шов раны 4. открытое ведение раны 5. отсроченный шов на рану поясничной области	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
494.	ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНА 1. боль 2. микрогематурия 3. забрюшинная урогематома 4. кратковременная макрогематурия 5. удовлетворительное общее состояние	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
495.	ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЗАВИСИТ 1. от силы и направления удара 2. от места приложения удара 3. от анатомического положения почки	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. от развитости мускулатуры больного 5. от состояния чашечно-лоханочной системы почки			
496.	У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИК МОЧЕВОЙ СВИЩ. ЭТО СВЯЗАНО С РАНЕНИЕМ 1. околопочечной клетчатки 2. коркового слоя почки 3. мозгового слоя почки и лоханки 4. сосудов почки 5. фиброзной капсулы почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
497.	У БОЛЬНОГО С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ ПОЧКИ НАБЛЮДАЮТСЯ РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АД, АНЕМИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГЕМАТУРИИ. ЭТО СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ 1. околопочечной клетчатки 2. коркового слоя почки 3. мозгового слоя почки и лоханки 4. сосудов почки 5. капсулы почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
498.	. ПОКАЗАНИЯ К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ СОМНИТЕЛЬНЫ 1. при субкапсулярном разрыве почки 2. при повреждении нижнего полюса почки 3. при повреждении верхнего полюса почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. при размозжении почки 5. при повреждении в центральном сегменте почки			
499.	ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧКИ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАЦИИ 1. лапаротомии, ревизии органов брюшной полости 2. люмботомии 3. нефрэктомии 4. нефростомии 5. ушивания разрыва почки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
500.	ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ 1. ультразвуковое исследование, обзорную, экскреторную урографию (при стабильном АД. 2. цистоскопию, хромоцистоскопию, ультразвуковое исследование 3. радиоизотопную ренографию, ультразвуковое исследование 4. лапароскопию 5. уродинамическое исследование	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
501.	В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО 1. в нижней трети 2. в средней трети 3. в сочетании с травмой мочевого пузыря	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. в верхней трети 5. одновременно обоих мочеточников			
502.	СЛУЧАЙНО НАЛОЖЕННАЯ ЛИГАТУРА СНЯТА С МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. пункционную нефростомию 2. пиелостомию антеградное «шинирование» 3. интубацию мочеточника 4. ничего не предпринимать 5. стентирование мочеточника пункционную нефростомию	5	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 9
503.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ ПОЧКИ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ 1. наблюдение амбулаторное ежедневное 2. амбулаторное наблюдение через день 3. немедленное обследование больного в приемном покое для решения вопроса о госпитализации в хирургическое/урологическое отделение 4. госпитализацию для наблюдения в терапевтическое отделение 5. госпитализацию в реанимационное отделение	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
504.	ЯТРОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ 1. удар в живот 2. перелом костей таза	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. катетеризация мочевого пузыря 4. падение с высоты 5. ножевое ранение в живот			
505.	ПРИ ВНЕБРЮШНОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. ретроградная цистография 2. восходящая уретрография 3. цистоскопия 4. пневмоцистография 5. обзорная урография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
506.	СИМПТОМОМ ВНЕБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. затек рентгеноконтрастной жидкости в брюшную полость при цистографии 2. симптом "Ваньки-встаньки" 3. "нависание" передней стенки прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании 4. одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше. при катетеризации мочевого пузыря 5. затек рентгеноконтрастной жидкости в паравезикальное пространство при цистографии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
507.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕБРЮШНОЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. катетеризация мочевого пузыря 3. восходящая цистография 4. проба Зельдовича 5. восходящая пневмоцистография			
508.	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЛИШЬ ТОГДА, КОГДА ИМЕЕТСЯ 1. паравезикальная гематома и разрыв мочевого пузыря до 1 см 2. флегмона забрюшинной клетчатки и неполный разрыв мочевого пузыря 3. разрыв слизистой оболочки мочевого пузыря 1-2 см 4. разрыв внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см 5. разрыв внутрибрюшной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
509.	ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. самостоятельное мочеиспускание 2. постоянный катетер 3. катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки 4. цистостомия 5. установление кольцевого дренажа	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
510.	ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЛЕЧИТСЯ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. медикоментозно 2. катетерным дренированием 3. наложением траокарной цистостомы 4. ушиванием разрыва стенки мочевого пузыря 5. ушиванием разрыва стенки мочевого пузыря, цистостомией и дренировании брюшной полости			
511.	ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ УРЕТРЫ - ЭТО 1. разрыв слизистой оболочки 2. разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела 3. интерстициальный разрыв 4. разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела 5. разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
512.	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ 1. макрогематурия 2. уретроррагия 3. задержка мочеиспускания 4. гематома над лоном или промежностная гематома 5. частое, болезненное мочеиспускание	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
513.	ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА УРЕТРЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. повышением температуры тела 2. выделением крови из мочеиспускательного канала вне акта мочеиспускания	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. выделением мочи окрашенной кровью при мочеиспускании 4. наличием мочи в ране 5. вздутием живота 6. болью в области травмы с распространением в низ живота			
514.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ 1. экскреторная урография 2. нисходящая цистоуретрография 3. восходящая уретроцистография 4. пневмоцистография 5. обзорная урография	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
515.	ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ УРЕТРЫ ПОКАЗАН 1. при обширных повреждениях уретры 2. при значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме 3. при полном разрыве уретры, общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности 4. при множественных переломах костей таза, шоке, полном разрыве уретры 5. при непроникающих разрывах уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
516.	ПРИ ДИАГНОСТИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОМ УРОГЕМАТОМой, ПОКАЗАНО 1. цистостомия 2. установка постоянного катетера	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. цистостомия дренирование малого таза 4. цистостомия дренирование урогематомы через промежность строгий постельный режим 5. цистостомия дренирование урогематомы проведение по уретре постоянного катетера			
517.	К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСИТСЯ 1. уросепсис 2. стриктура уретры 3. флебиты таза и промежности, уросепсис 4. кровотечение 5. мочеые свищи	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
518.	УРЕТРОРРАГИЯ ПРИ ТРАВМЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ МОЖЕТ ПРИНЯТЬ УГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ 1. слизистой уретры 2. пещеристых тел 3. предстательной железы 4. интерстиции уретры 5. уретроррагия при травме уретры никогда не принимает угрожающего характера	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
519.	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАЦИИ ХОЛЬЦОВА 1. радикальное иссечение рубцов, четкое сопоставление концов уретры, надлобковое дренирование мочевого пузыря 2. после восстановления проходимости уретры для дренирования мочевого пузыря устанавливают уретральный катетер	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. для ушивания раны уретры можно использовать различный шовный материал 4. после восстановления проходимости уретры для дренирования мочевого пузыря устанавливают уретральный стент 5. после восстановления проходимости уретры в мочевой пузырь устанавливают два мочеточниковых катетера			
520.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ 1. разрыв белочной оболочки 2. ненарастающая гематома в подкожной клетчатке 3. уретроррагия 4. боль при отсутствии гематомы 5. отек крайней плоти	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
521.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ 1. рези при мочеиспускании 2. задержка мочи 3. уретроррагия 4. вялая струя мочи 5. характерных признаков нет	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
522.	ПОКАЗАНИЕ К АМПУТАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА 1. глубокое пересечение кавернозных тел и уретры 2. глубокие колото-резаные раны кавернозных	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	тел 3. посттравматическая гангрена полового члена 4. травматический отрыв полового члена 5. глубокие укушенные раны кавернозных тел			
523.	ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОШОНКИ КРОВЬ (ГЕМАТОМА. РЕДКО СКАПЛИВАЕТСЯ 1. в мошоночном пространстве 2. снаружи влагалищной оболочки яичка 3. во влагалищной оболочке яичка 4. в перегородке мошонки 5. одинаково часто в любом перечисленном отделе	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
524.	ПРИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. показана не позднее 2-3 часов после травмы 2. показана спустя 6 часов после травмы 3. показана не позднее 12 часов после травмы 4. не показана совсем 5. показана при отсутствии признаков уретрита	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
525.	МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. цистостомия 2. первичный шов уретры 3. бужирование уретры	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. пластика уретры по Хольцову 5. пластика уретры по Соловову			
526.	ПРИ УШИБЕ ПОЧКИ ПОКАЗАНО 1. резекция почкидренирование забрюшинного пространства 2. нефрэктомиядренирование забрюшинного пространства 3. нефростомиядренирование паранефральной клетчатки 4. постельный режим антибактериальная и гемостатическая терапия 5. стентирование верхних мочевых путей антибактериальная терапия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
527.	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1. боль над лоном и недержание мочи 2. отсутствие позывов к мочеиспусканию, симптомы раздражения брюшины 3. пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь 4. пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании 5. недержание мочи и пиурия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
528.	НЕОБХОДИМЫМИ ЭТАПАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1. лапаротомия, цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря,	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	цистостомия и дренирование клетчатки малого таза 2. лапаротомия, цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, клетчатки малого таза 3. выведение из шока, внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, дренирование клетчатки малого таза 4. лапаротомия, цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, дренирование мочевого пузыря двумя мочеточниковыми катетерами, на дренирование клетчатки малого таза 5. выведение из шока, внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия, дренирование клетчатки малого таза			
529.	ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА 1. при подкапсульном разрыве 2. при повышенном артериальном давлении 3. при большой забрюшинной гематоме 4. при размозжении почки 5. при венозном кровотечении из почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
530.	ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 1. сердечно-сосудистой системы 2. функции поврежденной почки 3. функции остающейся (нетравмированной).	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	почки - общего анализа крови, мочи - биохимических параметров крови			
531.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ОБЛАСТИ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ БРЮШИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ - симптом "падающей капли" - симптом "бабочки" - симптом "олимпийского факела" - симптом "обгорелого дерева" - симптом Лихтенберга	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
532.	ПРИЧИНА ТРАВМЫ ПОЧКИ - прямое воздействие травмирующего предмета на область почки - остро наступившая окклюзия мочеточника - внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы - острый тромбоз почечной вены - тяжелый гипертонический криз	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
533.	ПО ДАННЫМ ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЫ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ С РАЗВИТИЕМ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ УРОГЕМАТОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ - отсутствие переломов, деформации тел и поперечных отростков поясничных позвонков, ребер - отсутствие тени (контура. наружного края поясничной мышцы, аэроколия - отсутствие сколиоза, деформации	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	позвоночника 4. нефрограмма без ореола «разрежения» вокруг почки 5. сохранность дыхательной подвижности почки			
534.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ НА УРЕТРОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. сдавление уретры без затеков контрастного вещества 2. заполнение контрастным веществом уретры без заполнения мочевого пузыря 3. наличие уретровенозных рефлюксов 4. затеки контрастного вещества за пределы просвета уретры 5. заполнение контрастным веществом уретры с заполнением мочевого пузыря, нижней трети мочеточников	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
535.	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. мочевые свищи 2. стриктура уретры 3. мочевые затеки таза и промежности 4. бактериемический шок 5. уросепсис	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
536.	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. мочевые свищи 2. стриктура уретры 3. кровотечение	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. бактериемический шок 5. уросепсис			
537.	ПОВРЕЖДЕНИЕ УРЕТРЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ИЛИ ВЫВИХЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА 1. в обоих случаях возможно 2. в обоих случаях невозможно 3. возможно только при вывихе 4. возможно только при переломе 5. возможно только при вывихе в момент вправления	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
538.	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. самостоятельное мочеиспускание 2. постоянный катетер 3. катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки 4. цистостомия 5. установление кольцевого дренажа	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
539.	К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ 1. быстрое развитие катастрофических нарушений гемодинамики 2. отечность тканей передней брюшной стенки 3. гиперкалиемия и остановка сердца в систоле 4. выраженный метеоризм 5. длительное отсутствие симптомов	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	раздражения брюшины			
540.	ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ КАЗУИСТИЧЕСКИ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. боль 2. припухлость поясничной области 3. макрогематурия 4. ускоренное СОЭ 5. микрогематурия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
541.	ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУАЛЬСКОМУ - МАК-УОРТЕРУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1. через мочеполовую диафрагму 2. через глубокую поперечную мышцу промежности 3. через запирательную мембрану (внутреннюю и наружную запирательные мышцы. 4. через переднюю часть тазовой и мочеполовой диафрагм 5. через подвздошную мышцу	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
542.	ПУЗЫРНЫЕ АРТЕРИИ ОТХОДЯТ 1. от нижней прямокишечной артерии 2. от наружной подвздошной артерии 3. от внутренней подвздошной артерии 4. от артерии яичка 5. от запирательной артерии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
543.	К ЛЕВОЙ ПОЧКЕ СПЕРЕДИ И СНАРУЖИ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПРИМЫКАЮТ 1. желудок 2. нисходящая ободочная кишка 3. петли тонкого кишечника 4. поджелудочная железа 5. селезенка, селезеночный угол толстой кишки			
544.	НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. селективная почечная венография 2. лапароскопия 3. ультразвуковое сканирование 4. пневморетроперитонеум 5. лапароцентез	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
545.	ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гематома в области ворот почки, имбибирующая клетчатку почечного синуса 2. сдавление почечной паренхимы организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой 3. повреждение питающих почку сосудов 4. периуретерит 5. артериальная гипертензия нехарактерна для отдаленных осложнений травмы почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
546.	РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОЧИ, ГНОЯ НА БЕДРО, ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА И В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРОИСХОДИТ ИЗ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	СЛЕДУЮЩЕГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ТАЗА 1. позадипрямокишечного 2. предпузырного 3. боковых клетчаточных пространств таза 4. всех вышеперечисленных 5. только из собственного забрюшинного клетчаточного пространства			
547.	ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА ПЕРЕКРЕЩИВАЕТСЯ 1. с общей подвздошной артерией 2. с наружной подвздошной артерией 3. с внутренней подвздошной артерией 4. с подчревной артерией 5. с запирающей артерией	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
548.	ЯТРОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ 1. удар в живот 2. перелом костей таза 3. катетеризация мочевого пузыря 4. падение с высоты 5. ножевое ранение в живот	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
549.	ПРИ ВНЕБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. ретроградная цистография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. уретрография 3. цистоскопия 4. пневмоцистография 5. обзорная урография			
550.	ПЕРФОРИРОВАТЬ МЕМБРАНУ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ДРЕНИРОВАНИИ МАЛОГО ТАЗА ПО МЕТОДУ БУЯЛЬСКОГО-МС-WORTER'А СЛЕДУЕТ 1. в верхнемедиальной части 2. в нижнемедиальной части 3. в верхнелатеральной части 4. в нижнелатеральной части 5. в любой из приведенных выше	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
551.	ОБШИРНЫЕ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ 1. висячего отдела уретры 2. луковичного отдела уретры 3. головки полового члена 4. непроникающих повреждений висячей части уретры 5. проникающих повреждений висячей части уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
552.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. нисходящая цистоуретрография 3. восходящая уретроцистография 4. пневмоцистография 5. урофлоуметрия			
553.	АКТИВИЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО С УШИБОМ ПОЧКИ И РАЗРЕШИТЬ ЕМУ ХОДИТЬ МОЖНО 1. на 15-й день с момента травмы 2. не ранее 8-го дня с момента травмы при двухкратном нормальном анализе мочи с суточным перерывом 3. закономерность не установлена 4. на 5-й день с момента травмы при трехкратном нормальном анализе мочи с суточными перерывами 5. на 8-й день с момента травмы	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
554.	ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ВОЗНИКШАЯ ТУПАЯ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПУПКА, ИРРАДИИРУЮЩАЯ В ПОДВЗДОШНО-ПАХОВУЮ ОБЛАСТЬ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ГЕМАТУРИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ 1. травмы дистопированной почки 2. повреждения мочевого пузыря 3. травмы уретры 4. болезни Ормонда 5. болезни Мариона	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
555.	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ 1. ретроградную уретеропиелографию	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. обзорную урографию 3. радиоизотопную ренографию 4. экскреторную урографию 5. МСКТ с контрастированием			
556.	У БОЛЬНОГО С ПОДКАПСУЛЬНЫМ РАЗРЫВОМ ПОЧКИ НА 6-Й ДЕНЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ ПОЯВИЛИСЬ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГИПОТОНИЯ, МАКРОГЕМАТУРИЯ. ЭТО ТРЕБУЕТ 1. планового контрольного ультразвукового исследования почек 2. строго соблюдения постельного режима усиления гемостатической терапии 3. строго соблюдения постельного режима усиления антибактериальной терапии 4. экстренной операции – ревизии почки в связи с двухфазным разрывом ее 5. УЗИ продления сроков постельного режима продолжение гемостатической и антибактериальной терапии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
557.	СЛУЧАЙНО НАЛОЖЕННАЯ ЛИГАТУРА НА МОЧЕТОЧНИК ЧЕРЕЗ 20 МИНУТ БЫЛА СНЯТА С НЕГО. С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. пункционную нефропиелостомию 2. открытую пиелостомию 3. уретеростомию 4. ничего не предпринимать 5. стентирование/катетеризацию мочеточника	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
558.	ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	БОЛЬНОМУ С ТРАВМОЙ ПОЧКИ БЕССМЫСЛЕННО 1. при повреждении спинного мозга 2. при разрыве полого органа брюшной полости 3. при переломе ребер 4. при нестабильном артериальном давлении 5. при разрыве нижнего полюса почки с проникновением в полостную систему			
559.	У БОЛЬНОГО ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ТРАВМА ПОЧКИ. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТАБИЛЬНО. НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ "ФУНКЦИИ" ПОЧКИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕТ. НЕОБХОДИМЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ 1. диагностическая люмботомия 2. постельный режим антибиотики гемостатики 3. ретроградная пиелография 4. динамическое наблюдение с контролем пульса и АД ежедневно 5. радиоизотопная ренография	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
560.	ТРАВМА В АНАМНЕЗЕ. ПРИ ЛАПАРАЦЕНТЕЗЕ ПОЛУЧЕНА ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ. ЛАПАРОТОМИЯ. ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ПОВРЕЖДЕНЫ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА ПО ЛЕВОМУ ФЛАНГУ ЖИВОТА. ЗАПОДОЗРЕН РАЗРЫВ ЛЕВОЙ ПОЧКИ. ЧТО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО? 1. опорожнить гематому и начать ревизию забрюшинного пространства справа слева 2. убедиться в наличии и функциональной полноценности правой почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. послойно ушить лапаротомную рану 4. начать ревизию забрюшинного пространства, наложив сосудистый зажим на почечную ножку левой почки 5. произвести левостороннюю нефрэктомию			
561.	ПРИЧИНА ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО СВЯЗАНА 1. с запущенностью патологического процесса в малом тазу. 2. с индивидуальными особенностями строения малого таза. 3. с анатомической близостью маточных сосудов и мочеточника в толще широкой связки матки. 4. с тазовым изгибом мочеточника. 5. с дислокацией забрюшинно расположенных органов переполненной содержимым толстой кишкой	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
562.	ЛУЧШАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА СОСТОИТ 1. в глубоком изучении анатомии органов малого таза 2. в тщательном предоперационном отборе больных 3. в тщательной подготовке кишечника 4. в двусторонней катетерезации мочеточников 5. в отказе выполнения таких операций	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 9
563.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕТРОГРАДНОЙ ПИЕЛОГРАФИИ ПОЛУЧЕН ЗАТЕК	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОЛОСТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧКИ - ДИАГНОСТИРОВАНА ПЕРФОРАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА В ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ 1. холод на живот, постельный режим 2. повторную попытку катетерезации, установку мочеточникового катетера в лоханку 3. люмботомию, дренирование почки, ушивание мочеточника, дренирование забрюшинного пространства 4. люмботомию, ушивание перфорации 5. динамическое наблюдение за больным			
564.	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА ПРОМЕЖНОСТНЫМ ДОСТУПОМ СЛУЧАЙНО ПЕРЕСЕЧЕН МОЧЕТОЧНИК. ПОВРЕЖДЕНИЕ ОБНАРУЖЕНО НА 5-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ВАШИ ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ 1. дренирование мочеточника с выведением дренажа через операционную рану 2. выполнение уретероцистонеостомии 3. восстановление проходимости мочеточника , выполнив уретероуретероанастомоз "конец в конец", дренирование почки нефропиелостомическим дренажом 4. уретероцистонеостомия с наложением нефростомического дренажа 5. дренирование чашечно-лоханочной системы (нефростомия. и полости малого таза)	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
565.	ПЕРЕЛОМ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА. НАД ЛОНОМ ПАЛЬПИРУЕТСЯ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ.	2	ВК ТК ГИА	ПК 7, ПК 12

	УРЕТРОРРАГИИ НЕТ. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ИЗ "МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ" - КРОВЬ. НА РЕТРОГРАДНОЙ ЦИСТОГРАММЕ ПУЗЫРЬ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ; ЗАТЕК КОНТРАСТА В ПАРАВЕЗИКАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря 2. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря 3. комбинированный разрыв мочевого пузыря 4. отрыв мочевого пузыря от уретры 5. разрыв мембранозного отдела уретры			
566.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕТРОГРАДНОЙ ЦИСТОГРАФИИ (ВВЕДЕНО 200 МЛ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА. ЗАТЕКОВ НЕ ОБНАРУЖЕНО. БОЛЬНОЙ С КЛИНИКОЙ ПЕРИТОНИТА ОПЕРИРОВАН ЧЕРЕЗ 3 СУТОК ПОСЛЕ ТРАВМЫ И НА 7 ДЕНЬ УМЕР. ПРИЧИНА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОШИБКИ 1. разрыв мочевого пузыря "прикрылся" петлей тощей кишки и большим сальником 2. недостаточное количество введенного контрастного вещества 3. атипичная клиническая картина течения мочевого перитонита 4. позднее присоединение вторичной инфекции . отсутствие клинических признаков перитонита при поступлении	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
567.	ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ ПО КОЛЬПОСТОМЕ ОТТЕКАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО "СЕРОЗНОГО" ОТДЕЛЯЕМОГО. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ПО ДАННЫМ УЗИ ВЫЯВЛЕН ЛЕВОСТОРОННИЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ. ПРИЧИНА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОГО	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ОСЛОЖНЕНИЯ 1. пельвиоперитонит 2. травма брыжейки сигмовидной кишки 3. ранение левого мочеточника 4. ранение мочевого пузыря 5. ранение забрюшинной части прямой кишки			
568.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ ПОЧКИ, СТАБИЛЬНОМ АД, ОТСУТСТВИИ "ФУНКЦИИ" ПОЧКИ НА СТОРОНЕ ТРАВМЫ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМО 1. диагностическая люмботомия 2. динамическое наблюдение 3. УЗИ почек и забрюшинного пространства 4. паранефральная блокада 5. в диагностике не нуждается; строгий постельный режим антибиотики гемостатики	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
569.	ПРИ РАЗРЫВЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ ИСКЛЮЧЕН СИМПТОМ 1. уретроррагия 2. острая задержка мочи 3. пальпируемая на промежности урогематома 4. простаторея 5. гематома на промежности	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
570.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. макрогематурия	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 12

	2. урогематома 3. падение артериального давления 4. интенсивные боли в подреберье 5. выраженный гастроинтестинальный синдром			
571.	ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫШЕ ЯИЧКА В ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА 1. тепловые процедуры 2. компресс с мазью Вишневского 3. скрототомия и ревизия семенного канатика 4. суспензорий 5. физиолечениеантибиотики	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
572.	ТРАВМА МОШОНКИ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ. ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ МОШОНКИ. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА 1. суспензорий с мазью Вишневского 2. антибиотики 3. холод на мошонку 4. динамическое наблюдение 5. скротомия, ревизия яичка	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
573.	ТРАВМА ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. БОЛЬНОЙ БЛЕДЕН. ПУЛЬС 88 УД/МИН. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТАБИЛЬНО. МАКРОГЕМАТУРИЯ БЕЗ СГУСТКОВ. В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ НЕПОДВИЖНОЕ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	БОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. подкапсульный разрыв почки 2. отрыв почки от сосудистой ножки 3. разрыв почки, сообщающийся в полостной системой 4. разрыв почки, не сообщающийся с полостной системой 5. разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки			
574.	НЕПРОНИКАЮЩИЙ РАЗРЫВ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА – ЭТО 1. повреждение кавернозных тел полового члена 2. разрыв все слоев уретры по всей окружности 3. разрыв все слоев уретры на ограниченном участке 4. разрыв слизистой оболочки уретры 5. повреждение головки полового члена	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
575.	ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНА 1. почечная артериография 2. ретроградная пиелография 3. обзорная, экскреторная урография 4. уретрография 5. цистография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
576.	ПРИ ПРЯМОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. почка 2. почечная лоханка 3. мочеточник 4. сосуды почки 5. фиброзная капсула почки			
577.	ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ПОМОГАЕТ 1. динамическая нефросцинтиграфия 2. радиоизотопная ренография 3. хромоцистоскопия 4. экскреторная урография 5. пневмопиелография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
578.	ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА 1. при субкапсулярном разрыве почки 2. при ушибе почки 3. при изолированных не проникающих в чашечно-лоханочную систему ранах почки 4. при размозжении почки 5. при повреждении окружающей почку жировой клетчатки и фиброзной капсулы	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
579.	ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА 1. при макрогематурии 2. при повышенном артериальном давлении 3. венозном кровотечении из раны почки 4. при мочевом затеке в забрюшинное пространство	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. при размождении почки			
580.	ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ИНФОРМАЦИЮ 1. о состоянии гемодинамики 2. о характере повреждения удаляемой почки 3. о функции остающейся почки 4. о результатах клинического анализа крови 5. о результатах биохимического анализа крови	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
581.	ПРИЗНАКИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. нарушение акта мочеиспускания, боль над лоном 2. нарушение акта мочеиспускания, симптом «ваньки-встаньки», позднее появление симптомов раздражения брюшины 3. мочевой затек в клетчатку малого таза 4. почечная недостаточность 5. нарушение акта мочеиспускания, недержание мочи	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
582.	ПРИЗНАКИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ расстройства мочеиспускания, «кровавая анурия», мочевой затек в клетчатку малого таза недержание мочи и боли над лоном симптомы раздражения брюшины интоксикация и азотемия симптом "ваньки-встаньки"	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

583.	НЕОБХОДИМЫЕ ЭТАПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. лапаротомия, ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия, дренирование паравезикального пространства 2. лапаротомия, ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия 3. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря и ушивание дефекта, эпицистостомия и дренирование малого таза по Буяльскому - Мак-Уортеру 4. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта его стенки, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером 5. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта его стенки, дренирование мочевого пузыря уретральным стентом	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
584.	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2. деформация контуров мочевого пузыря 3. затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря 4. "башенный" мочевой пузырь 5. дивертикул мочевого пузыря	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
585.	РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. цистостомия 2. первичный шов уретры 3. дренирование мочевого пузыря уретральным катетером уретры	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. пластика уретры по Хольцову 5. пластика уретры по Соловому			
586.	СИМПТОМОМ, НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАЗРЫВА ПРОСТАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. боли в промежности, над лоном 2. острая задержка мочи 3. пальпируемая урогематома на промежности 4. уретроррагия 5. тяжелый шок	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
587.	ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА КРАЙНЕ МАЛОВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ 1. атрофии яичка 2. инфаркта яичка 3. невралгии 4. злокачественного перерождения 5. варикоцеле	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
588.	ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЕ МОШОНКИ У ЮНОШИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. динамическое наблюдение 2. антибактериальнаягемостатическая терапия 3. эксплоративная скрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровоточащего сосуда 4. постельный режим, холодные компрессы на область мошонки, ношение суспензория 5. ношение суспензория, физиолечение	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

589.	МЕТОДОМ ПАЛЛИАТИВНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. цистостомияустановка катетера 2. первичный шов уретры 3. дренирование мочевого пузыря уретральным катетером 4. пластика уретры по Хольцову 5. пластика уретры по Соловому	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
590.	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ 1. вывих 2. скальпирование 3. организовавшаяся гематома 4. ущемление полового члена 5. отрыв головки, перелом полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
591.	ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОЦЕЛЕ У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ ПОКАЗАНО 1. динамические наблюдение 2. холодные компрессы на мошонку антибиотикигемостатики 3. эксплоративная скрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровоточащего сосуда, при повреждении яичка: иссечение пролабирующей паренхимы яичка 4. ушивание белочной оболочки пункция гематоцеле гемостатики антибиотики 5. пункция гематоцеле холодные компрессы на мошонкугемостатики антибиотики	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

592.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ОПУХОЛИ ПОЧЕК 1. похудание 2. гематурия 3. гипертония 4. эритроцитоз 5. анемия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
593.	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1. микрогематурия 2. макрогематурия 3. пиурия 4. количество остаточной мочи 5. поллакиурия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
594.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЛОХАНКИ 1. лимфогенный 2. гематогенный 3. имплантационный 4. смешанный 5. отсутствие метастазирования	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
595.	ПОКАЗАНИЯ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ 1. наличие аденомы 1-ой степени 2. наличие больших размеров аденомы 2 ст. 3. наличие уретерогидронефроз	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. наличие дивертикула мочевого пузыря 5. изнуряющая ноктурия			
596.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. обзорная урография 2. экскреторная урография с нисходящей цистографией 3. осадочная пневмоцистография 4. лакунарная пневмоцистография по Кнайзе-Шоберу 5. ретроградная уретроцистография	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
597.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. боли внизу живота 2. безболевая макрогематурия, стойкая микрогематурия 3. дизурия, странгурия 4. прерывистость акта мочеиспускания, ноктурия 5. пиурия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
598.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРОСТАТЫ 1. в диафизах крупных трубчатых костей, ребрах, грудине 2. в легких, печени, головном мозге 3. в костях таза, поясничного отдела позвоночника, шейке бедра	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. в печени, селезенке, кардиальном отделе желудка 5. в костях черепа, ребрах, груди			
599.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ 1. динамическая Y-нефросцинтиграфия 2. ретроградная пиелография 3. УЗИ 4. уретеропиелоскопия 5. ангиография	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
600.	РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. эндовезикальная электрокоагуляция 2. трансвезикальная электрокоагуляция 3. резекция мочевого пузыря химиотерапия 4. резекция мочевого пузыря иммунотерапия 5. радикальная цистэктомия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
601.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ 3-ЕЙ СТАДИИ 1. спонтанный разрыв мочевого пузыря 2. ХПН 3. постренальная анурия острый гнойный пиелонефрит 4. хронический обструктивный пиелонефрит ХПН 5. острый необструктивный пиелонефрит	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 11
602.	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФАРМАКОАНГИОГРАФИИ С АДРЕНАЛИНОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. денервация сосудов злокачественной опухоли 2. атония патологических сосудов 3.отсутствие инфильтрирующего типа роста злокачественной опухоли 4. отсутствие капсулы у злокачественной опухоли 5. склонность к распаду злокачественной опухоли			
603.	СОЕДИНИТЕЛЬНОВУЗЛОВЫМИ ПЕРЕМЫЧКАМИ МОЧЕТОЧНИК ДОСТАТОЧНО ПРОЧНО СВЯЗАН С 1. брюшиной 2. параколон 3. забрюшинной частью толстой кишки 4. апоневрозом поперечной мышцы живота 5. m.ileopsoas m.	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
604.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ. ВРОЖДЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 8X10 СМ И АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II СТАДИИ. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ 1. дивертикулэктомию и цистостомию как первый этап 2. аденомэктомию и цистостомию 3. дивертикулэктомию и аденомэктомию с глухим швом пузыря 4. цистостомию, как первый этап 5. консервативное лечение	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
605.	ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДИАГНОСТИРОВАНО ПОВРЕЖДЕНИЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, ЗАБРЮШИННАЯ ТАЗОВАЯ УРОГЕМАТОМА. НАЛОЖЕНА	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	НЕФРОСТОМА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ДИАГНОСТИРОВАНА ОБЛИТЕРАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 7 СМ. НЕФРОСТОМА ФУНКЦИОНИРУЕТ. БОЛЬНОЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. уретероцистостомию 2. нефрэктомию 3. уретерокутанеостомию 4. операцию Боари 5. уретеросигмостомию			
606.	ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПРАВОЙ ПОЧКИ, ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НВ=50 Г/Л. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ С МИНИМАЛЬНЫМ РИСКОМ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО 1. нефрэктомия 2. восстановление кровопотери кровью, плазмой 3. восстановление кровопотери кровезаменителями 4. селективная рентгенэндоваскулярная окклюзия сосудов правой почки 5. лапаротомия, перевязка сосудов опухоли	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
607.	ПО ДАННЫМ УЗИ В ПАРЕНХИМЕ ПОЧКИ ЛОЦИРУЕТСЯ ТКАНЕВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ 4 СМ В ДИАМЕТРЕ. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОКАЗАНО 1. обзорная, экскреторная урография 2. пресакральный пневморетроперитонеум 3. цветное доплеровское картирование 4. ренография 5. ретроградная пневмопиелография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

608.	ПРИ ЦИСТОСКОПИИ ОБНАРУЖЕНЫ НЕСКОЛЬКО МЕЛКИХ ОПУХОЛЕЙ ВОРСИНЧАТОГО СТРОЕНИЯ, ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО 1. обзорная, экскреторная урография 2. УЗИ почек с ЦДК или ЭД 3. уретеропиелоскопия со стентированием мочеточника 4. радиоизотопная ренография или Y-нефросцинтиграфия 5. КТ, МСКТ с контрастированием	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
609.	НЕОБХОДИМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ЯИЧКА 1. реакция спермоагглюцинации 2. реакция спермоиммобилизации 3. определение хорионического гонадотропина (реакция Ашгейма-Цондека. 4. реакция иммунодиффузии по Манчини 5. реакция Е-розеткообразования	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
610.	РАДИКАЛЬНАЯ ВНЕБРЮШИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧЕК ПО АВТОРУ НОСИТ НАЗВАНИЕ ОПЕРАЦИИ 1. Янова 2. Мицубиси 3.Шевассю 4. Ашгейма-Цондека 5. Нагамацу	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
611.	ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ЯИЧКА 1. паракавальные лимфоузлы 2. парааортальные лимфоузлы 3. паховые лимфоузлы 4. лимфоузлы корня брыжейки 5. область ворот левой почки			
612.	ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ 1. верхний сегмент и центральный сегмент 2. нижний сегмент и центральный сегмент 3. только центральный сегмент 4. все сегменты с одинаковой частотой 5. частота не установлена	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
613.	ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ 1. инициальная (начальная. с червеобразными сгустками 2. тотальная с мелкими червеобразными сгустками 3. терминальная (конечная. с бесформенными сгустками 4. микрогематурия 5. гемоглобинурия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
614.	ЦИСТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПРИ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. деформация устья мочеточника 2. нарушение функции пораженной почки (при хромоцистоскопии. 3. зияние устья мочеточника 4. сохранность функции здоровой почки (при	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	хромоцистоскопии. 5.выделение крови из устья пораженной почки во время гематурии			
615.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С 1. аортографии 2. экскреторной урографии 3. радиоизотопной ренографии 4. ультрасонографии 5. ретроградной уретеропиелогрaфии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
616.	РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕМ 1. общепринятым 2. необходимым 3. необязательным 4. безопасным 5. ненадежным	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
617.	АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА ПОЧКИ 1. аваскулярные зоны в паренхиме почки 2. симптом «обгорелого дерева» и наличие гиповаскулярных зон паренхимы 3. стеноз устья почечной артерии и гиповаскулярных зон паренхимы 4. отклонение и деформация внутриорганных сосудов 5.наличие гипер- и гиповаскулярных зон паренхимы, «озерца» в отдельных частях почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

618.	ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В НИЖНЕМ ПОЛЮСЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ 1. нефрэктомия 2. резекцию почки 3. наблюдение за больным 4. энуклеацию опухоли 5. эмболизацию почечной артерии	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
619.	ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕР ОСТАНОВКИ МАКРОГЕМАТУРИИ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОЧКИ РЕКОМЕНДОВАНО 1. продолжить консервативное и симптоматическое лечение 2. производить частые переливания свежей крови 3. произвести эмболизацию почечной артерии 4. произвести нефрэктомия 5. наложить нефростому	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
620.	ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ 1. является критерием полного выздоровления, если нет метастазов 2. не является критерием полного выздоровления 3. не является критерием при выявленных метастазах 4. возможна только у молодых больных 5. возможна только у пожилых больных	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

621.	ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА СОСТОИТ 1. из эпителиальных клеток 2. из соединительнотканых клеток 3. из недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани 4. из хрящевой и мышечной ткани 5. из мышечных и жировых клеток	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
622.	РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1. радикальной нефрэктомии лапаротомным доступом 2. лучевой терапии 3. полихимиотерапии 4. комплексном использовании хирургического лечения и лучевой терапии 5. радикальной нефрэктомии, лучевой, химиотерапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
623.	ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП 1. поясничный 2. трансторакальный (через 9 межреберье. 3. трансперитонеальный (срединная лапаротомия. 4. торакоабдоминальный 5. по Нагомацу	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
624.	ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ 1. боль 2. прощупываемая почка 3. гематурия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. протеинурия 5. субфебрильная температура			
625.	В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ (ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ, ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ И ОПУХОЛЕВОМ ТРОМБЕ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. чрескожную радиочастотную абляцию 2. микроволновую или ультразвуковую (сфокусированную высокой интенсивности. абляцию 3. лучевую терапию после радикальной нефрэктомии 4. криоабляцию 5. лучевую терапию	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
626.	ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА. ПОСЛЕ НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ УГЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОКАЗАНО 1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. гормонотерапия 4. диспансерное наблюдение 5. все вышеперечисленное	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
627.	НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЧКИ И ЕДИНИЧНОМ МЕТАСТАЗЕ В ВЕРХНЕМ СЕГМЕНТЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО 1. показана 2. не показана 3. показана только у молодых 4. показана только у больных пожилого возраста	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. не показана больным пожилого возраста			
628.	МУЖЧИНА 56 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ КРОВИ В МОЧЕ. В МОЧЕ МЕЛКИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЕ СГУСТКИ КРОВИ. ДРУГИХ ЖАЛОБ НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. геморрагический цистит 2. опухоль мочевого пузыря 3. опухоль мочеточника 4. опухоль почки 5. мочекаменная болезнь	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
629.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ 1. опухоль почки радиорезистента 2. иммунотерапия малоэффективна при генерализованном раке почки 3. метастазы рака почки не чувствительны к противоопухолевой химиотерапии 4. опухоль почки химиорезистентна 5. для купирования болевых симптомов при метастазах в кости скелета показана лучевая терапия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
630.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ 1. опухоль почки радиорезистента 2. иммунотерапия малоэффективна при генерализованном раке почки 3. метастазы рака почки не чувствительны к	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	противоопухолевой химиотерапии 4. опухоль почки химиорезистентна 5. для купирования болевых симптомов при метастазах в кости скелета показано назначение оксипрогестерона капронат			
631.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ 1. опухоль почки радиорезистентна 2. иммунотерапия малоэффективна при генерализованном раке почки 3. метастазы рака почки не чувствительны к противоопухолевой химиотерапии 4. опухоль почки химиорезистентна 5. для купирования болевых симптомов при метастазах в кости скелета показано назначение депо-провера	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
632.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ 1. опухоль почки радиорезистентна 2. иммунотерапия малоэффективна при генерализованном раке почки 3. метастазы рака почки не чувствительны к противоопухолевой химиотерапии 4. опухоль почки химиорезистентна 5. для купирования болевых симптомов при метастазах в кости скелета показано назначение провера	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
633.	ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СТАДИЯ T2 ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОЗНАЧАЕТ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. имеется поверхностная инвазия эпителия 2. опухоль распространяется на поверхностный мышечный слой 3. опухоль инфильтрирует околопузырные ткани 4. опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку 5. опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки, распространяется на соседние структуры, органы			
634.	ПЕРВЫЙ ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ СИМПТОМОВ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ЭТО 1. гиперпирексия 2. дизурия 3. боли 4. гематурия 5. затрудненное мочеиспускание	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
635.	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ИСТОЧНИКА МАКРОГЕМАТУРИИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ 1. с цистоскопии 2. с экскреторной урографии 3. с ультразвукового исследования 4. с общего анализа мочи 5. с радиоизотопного сканирования	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
636.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1. с обзорной рентгенографии мочевых путей 2. с компьютерной томографии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. с ультразвукового исследования 4. с экскреторной урографии 5. с цистоскопии			
637.	ГЛУБИНУ ОПУХОЛЕВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ 1. поперечным сканированием конвексным датчиком 2. сканированием секторальным датчиком 3. с помощью ректального датчика 4. с помощью трансвезикального датчика 5. комбинацией ультразвукового и рентгенологического исследований	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
638.	ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СТАДИЯХ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. T1 – T3 2. T2 – T4 3. T3 4. T4 5. T1, T2	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
639.	РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ 1. на левой боковой стенке 2. на правой боковой стенке 3. на верхушке 4. в области шейки	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. в области треугольника Льео			
640.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1. боли в сочетании с поллакиурией 2. гематурия в сочетании с опсиурией 3. странгурия 4. гиперпирексия 5. странгурия в сочетании с макрогематурией	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
641.	ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ T4NxM0 ПОКАЗАНА 1. трансуретральная электрорезекция 2. электрокоагуляция 3. резекция мочевого пузыря 4. цистэктомия 5. консервативное лечение	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
642.	ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С УРЕТЕРОЦИСТОНЕОСТОМИЕЙ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫЕ СТАНОВЯТСЯ ИНВАЛИДАМИ 1. I группы 2. II группы 3. III группы 4. временно нетрудоспособными 5. переводятся на другую работу	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
643.	ИЗ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. фиброма 2. остроконечная кондилома 3. карункул 4. полипы 5. папилломы			
644.	РАЗВИТИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЮТ 1. хронический воспалительный процесс предстательной железы 2. гормональные нарушения в организме 3. наследственность 4. вирусная инфекция 5. половые излишества	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
645.	НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТЕН ДЛЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ТИП РОСТА АДЕНОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ 1. субвезикальный 2. интравезикальный 3. диффузный 4. субтригональный 5. смешанный	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
646.	. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. только в I стадии 2. только во II стадии 3. только в III стадии 4. в I и II стадиях	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. во всех стадиях			
647.	СТАДИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ 1. по величине (весу. аденомы предстательной железы 2. по степени нарушения функции почек (ХПН. 3. по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи 4. по имеющимся осложнениям (дивертикулез, камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.. 5. по длительности заболевания	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
648.	ПЕРЕД АДЕНОМЭКТОМИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ 1. клинический анализ мочи 2. цитологическое исследование осадка мочи 3. посев мочи на флору и антибиограмму 4. посев мочи на ВК на РЗА 5. урофлоуметрию	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
649.	ПЕРЕД ПЛАНИРУЕМОЙ АДЕНОМЭКТОМИЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА 1. микционная цистография с уретрографией 2. осадочная пневмоцистография 3. радиоизотопная ренография 4 обзорная, экскреторная урография с нисходящей цистографией 5. вазовезикулография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
650.	ПРИ ВЫБОРЕ ТИПА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. ультразвуковое исследование почек и мочевых	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	путей 2. радиоизотопную ренографию 3. динамическую сцинтиграфию почек 4. сканирование костей таза и позвоночника 5. сканирование предстательной железы			
651.	РАННИЙ СИМПТОМ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ 1. ноктурия 2. азотемия 3. остаточной мочи >100 мл 4. резкая болезненность предстательной железы 5. боли в промежности	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
652.	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ III СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. затрудненное мочеиспускание 2. парадоксальная ишурия 3. остаточной мочи 300 мл 4. боли в промежности 5. предстательная железа каменистой плотности, безболезненная	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
653.	АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ 1. аденомы предстательной железы I стадии 2. аденомы предстательной железы II стадии 3. аденомы предстательной железы III стадии, осложненной камнем мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. эндовезикального типа роста аденоматозных узлов 5. субтригональной локализацией аденомы со сдавлением мочеточников			
654.	ПОКАЗАНИЕМ К ЦИСТОСТОМИИ (I ЭТАП АДЕНОМЭКТОМИИ. ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. аденома II стадии 2. аденома, осложненная острым пиелонефритом 3. субтригональная локализация аденомы 4. пожилой возраст больного 5. аденома и подозрение на рак предстательной железы	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
655.	ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. субтригональный тип роста 2. аденома, осложненная хронической почечной недостаточностью 3. фибромиоаденома 4. аденома больших размеров 5. аденома II стадии, осложненная острым пиелонефритом	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
656.	ВАЗОРЕЗЕКЦИЯ БОЛЬНЫМ СТАРШЕ 75 ЛЕТ, ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. во всех случаях 2. при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит. 3. при одномоментной чреспузырной аденомэктомии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. при двухмоментной операции 5. при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой системы			
657.	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРОКИ УДАЛЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЛИГАТУРЫ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПО СИТДЫКОВУ 1. через 6-12 часов 2. через 12 часов 3. через 24-36 часов 4. через 72 часа 5. через 3 суток	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
658.	БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ. ПОСТУПИЛ ВПЕРВЫЕ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ. ПОСЛЕ 3-Х КРАТНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ВОССТАНОВИЛОСЬ. ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ >300 МЛ. ПРИ УЗИ: ПРИЗНАКИ ДВУХСТОРОННЕГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНА 1. цистостомиякатетеризация мочеточников 2. электрорезекция 3. аденомэктомия 4. перкутанная нефростомия 5. установка постоянного катетера	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
659.	БОЛЬНОЙ 77 Л. ЖАЛОБЫ НА НОКТУРИЮ. БОЛЕН 1 ГОД. ПРИ ОСМОТРЕ: ПРОСТАТА УВЕЛИЧЕНА, НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННА, АСИММЕТРИЧНА, ПО ПЕРИФЕРИИ ЛЕВОЙ ДОЛИ РЕЗКО УПЛОТНЕНА. ГРАНИЦЫ ЖЕЛЕЗЫ НЕЧЕТКИЕ СЛЕВА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ 1. аденома простаты II стадии 2. болезнь Мариона	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. рак предстательной железы 4. хронический простатит 5. туберкулез предстательной железы			
660.	. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ 1. 10 лет и старше 2. 20 лет и старше 3. 30 лет и старше 4. 40 лет и старше 5. 50лет и старше	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
661.	ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ 1. железа увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна 2. железа увеличена, поверхность гладкая, эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы четкие, пальпация безболезненная 3. железа увеличена, плотная, незначительно болезненна, поверхность бугристая, границы нечеткие 4. железа плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения 5. железа увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
662.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1. осмотр и пальпация наружных половых органов 2. пальпация предстательной железы 3. цистоскопия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. биопсия предстательной железы 5. биопсия костного мозга			
663.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 1. лакунарная цистография в сочетании с ирригоскопией 2. осадочная пневмоцистография 3. лимфография 4. рентгенография костей таза и легких 5. рентгенография легких и костей таза в сочетании с радиоизотопным исследованием скелета и лимфографией	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
664.	ПРИЗНАК РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T2NOMO 1. задержка мочи, выраженная ноктурия 2. предстательная железа каменистой плотности без четких границ 3. недержание мочи 4. одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие 5. боли в области крестца	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
665.	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T2NOM1 1. парадоксальная ишурия, предстательная железа небольших размеров, междолевая бороздка сглажена 2. боли в области крестца, безболезненное увеличение железы преимущественно за счет одной доли, в которой пальпируется деревянистой плотности узел 3. уретроррагия, предстательная железа умеренно увеличена, туго эластической консистенции,	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	безболезненна, бороздка сглажена 4. боли в промежности, гипертермия, болезненное увеличение железы преимущественно за счет одной доли, в которой определяются участки флюктуации 5. умеренно увеличенная шаровидной формы, туго эластической консистенции предстательная железа, отсутствие междолевой бороздки			
666.	РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острая задержка мочи 2. безболевая гематурия 3. пульсирующие боли в промежности 4. выраженная дизурия, изнуряющая ноктурия 5. ранних признаков не существует	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
667.	ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T1NOMO 1. частое мочеиспускание 2. боли в промежности 3. боли в крестце 4. субфебрильную температуру 5. специфические жалобы отсутствуют	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
668.	ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T1NOMO 1. частое мочеиспускание 2. боли в промежности 3. боли в крестце 4. субфебрильную температуру 5. специфические жалобы отсутствуют	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
669.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	МОЧИ, КАТЕТЕРИЗИРУЕМОГО В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. биопсия промежностным доступом 2. биопсия трансректальным доступом 3. трансуретральная электрорезекция 4. цистостомия с чреспузырной биопсией простаты 5. биопсия позадилобковым доступом			
670.	АНТИАНДРОГЕНАМИ (ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ. ЯВЛЯЮТСЯ 1. диэтилстилбестрол, бактисубтил 2. флутамид, флуцином 3. эстрадин, финастерид 4. фосфестрол, эстрадиол 5. трианол, норбактин	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
671.	РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ 1. T1N2Mo 2. T2NxMo 3. T3N1M1 4. T4N1M2 5. T1NoMo	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
672.	. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ 1. T1N2Mo 2. T2NxMo 3. T3N1M1 4. T4N1M2	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. T1NxMo			
673.	ПРИМЕНИМОЕ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1. вазорезекции, уретероцистонеостомии 2. активном наблюдении, контроле уровня ПСА 3. уретероцистоанастомозировании, цистостомии 4. троакарной цистостомии, чрескожной нефростомии, гормональной, химиотерапии 5. симптоматической терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
674.	ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ 1. перенесенный гломерулонефрит 2. острый пиелонефрит 3. хронический пиелонефрит 4. уретерогидронефроз 5. метастазы	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
675.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ БОЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T4N2M1 ПОКАЗАНЫ 1. гемодиализ 2. перитониальный диализ 3. нефростомия 4. цистостомия 5. простатэктомия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
676.	ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАКЕ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ 1. экскреторная урография 2. хромоцистоскопия 3. ультразвуковое исследование 4. биохимический анализ крови 5. ультразвуковые исследование			
677.	ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК. УСТАНОВЛЕН РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2NXM0. БОЛЬНОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. трансуретральная электрорезекция 2. цистостомия и чреспузырная биопсия простаты 3. промежностная биопсия простаты 4. позадилобковая биопсия предстательной железы 5. ТУР (при отсутствии сопутствующей патологии и осложнений., эпицистостомия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
678.	. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ 1. в ее краниальной части 2. в ее каудальной части 3. вблизи семенного бугорка 4. в периферической зоне предстательной железы 5. в центральной зоне, прилежащей к уретре	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
679.	. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T4NXM0 ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ И ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗОМ, ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. трансуретральной электрорезекциигормонотерапия 2. эпицистостомии антиандрогены 3. нефростомиигормонотерапия 4. эстрогенотерапии 5. применения антиандрогено			
680.	К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА, ОТНОСЯТСЯ 1. половое воздержание или половые излишества, онанизм 2. травма полового члена, костей таза 3. эпидидимит на почве вирусной или специфической инфекции 4. варикоцеле 5. крипторхизм, травма яичка	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
681.	РАННИЕ СИМПТОМЫ ОПУХОЛИ ЯИЧКА 1. пальпируемое безболезненное уплотнение в яичке 2. увеличенные болезненные паховые лимфоузлы, 3. увеличенные забрюшинные лимфоузлы 4. гемоспермия 5. хронический приапизм	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
682.	ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА ПРИМЕНЯЮТ ОПЕРАЦИИ 1. удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика (только при герминогенных опухолях яичка. 2. удаление забрюшинных лимфоузлов 3. эмаскуляцию (удалении мошонки, полового члена и яичек.	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. орхиэктомия 5. орхифуниколоэпидидимэктомиюзабрюшинную лимфаденэктомию (только при негерминогенных опухолях яичка.			
683.	ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА К ХИМИО - И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА 1. семинома 2. хорионэпителиома 3. тератома 4. тератобластома 5. эмбриональная карцинома	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
684.	. ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ Т3NXMO ПОКАЗАНЫ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ 1. дооперационная химио- и лучевая терапия 2. послеоперационная лучевая терапия 3. орхифуникулэктомия 4. операция Шевассю 5. орхэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
685.	ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ Т2NXMO ПОКАЗАНЫ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ 1. дооперационная химио- и лучевая терапия 2. послеоперационная лучевая терапия 3. орхифуникулэктомия 4. операция Шевассю 5. орхифуникулэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

686.	ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА РАЗМЕРОМ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ ПОКАЗАНЫ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ 1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. орхифуникулэктомия 4. орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия 5. фуникулотомия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
687.	ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАКЕ ЯИЧКА В СТАДИИ T2NXMO ПОКАЗАНЫ 1. послеоперационная полихимиотерапия 2. орхиэктомия послеоперационная лучевая терапия 3. орхифуникулэктомия операция Шевассю полихимиотерапия 4. орхиэктомия полихимиотерапия 5. орхэктомия послеоперационная лучевая терапия полихимиотерапия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
688.	ЮНОША 16 ЛЕТ. ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ ЯИЧЕК В МОШОНКЕ И ПАХОВЫХ КАНАЛАХ. ЕВНУХОИДНОСТЬ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. динамическое наблюдение 2. гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон. 3. ревизия брюшной полости, низведение яичек в мошонку, ЗГТ 4. двусторонняя орхиэктомия, ЗГТ 5. в лечении не нуждается	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
689.	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ОТНОСЯТ 1. болезнь Пейрони 2. короткую уздечку полового члена 3. хронический баланопостит 4. меатостеноз, крауроз 5. лейкоплакию, эритроплазию Кейра			
690.	ПРИ НЕВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМАХ ПРИМЕНЯЮТ 1. антибиотики 2. электрокоагуляцию 3. антибиотики в комбинации с лучевой терапией 4. резекцию уретры 5. динамическое наблюдение	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
691.	ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СПОСОБСТВУЮТ 1. хронический уретрит любой этиологии 2. применение противозачаточных средств с синтетическими смазками 3. хронические воспаления органов мошонки 4. хронический простатит 5. хронические воспалительные заболевания препуциального мешка любой этиологии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
692.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ 1. тазовых и паравертебральных 2. парааортальных 3. тазовых и паракавальных	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. подвздошных и медиастинальных 5. паховых			
693.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ 1. тазовых и паравертебральных 2. парааортальных 3. паракавальных 4. подвздошных и медиастинальных 5. тазовых	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
694.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ 1. тазовых и паравертебральных 2. парааортальных 3. паракавальных 4. подвздошных и медиастинальных 5. забрюшинных	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
695.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1NOMO ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1. ампутацию полового члена 2. частичная ампутация головки полового члена 3. тотальная пенэктомия 4. операция Шевассю 5. обрезание крайней плоти	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
696.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1NOMO ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1. ампутацию полового члена 2. частичная ампутация головки полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. тотальная пенэктомия 4. операция Шевассю 5. химиотерапия			
697.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1NOMO ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1. ампутацию полового члена 2. частичная ампутация головки полового члена 3. тотальная пенэктомия 4. операция Шевассю 5. лучевая терапия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
698.	ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T2-3NXMO ПРИМЕНЯЮТ 1. химиотерапию ампутацию полового члена 2. лучевую терапию операцию Шевассю 3. ампутацию полового члена операцию Дюкена 4. операцию Дюкена 5. операцию Шевассю	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
699.	ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3NOM1 (ЛЕГКИЕ). ПОКАЗАНО 1. динамическое наблюдение 2. химиотерапия 3. лучевая терапия 4. ампутация полового члена химиотерапия 5. цистостомия ампутация полового члена	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
700.	РАННИЕ ПРИЗНАКИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА 1. дизурия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. гематурия 3. варикоцеле 4. деформация живота ребенка 5. гипертермия, пальпируемая в животе опухоль			
701.	ДЛЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. почечная колика 2. увеличение почки 3. безболевая гематурия 4. дизурия 5. нефротический синдром	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
702.	ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В 1. легкие 2. печень 3. лимфатические узлы 4. кости 5. головной мозг	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
703.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при опухоли Вильмса 2. необструктивном остром пиелонефрите 3. 2-стороннем папиллярном раке верхних мочевых путей 4. при вторично-сморщенных почках 5. инфравезикальной обструкции	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
704.	КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЯТЬ ВО ВРЕМЯ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. уретрографии 2. уретеропиелографии 3. УЗИ мочевого пузыря после мочеиспускания 4. цистостомии 5. везикулографии			
705.	МЕТОД ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ 1. экскреторная урография 2. биопсия простаты 3. уретроскопия 4. УЗИ 5. урофлоуметрия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
706.	РАННИМ ХАРАКТЕРНЫМ ПАЛЬПАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. равномерное увеличение предстательной железы 2. неоднородность консистенции предстательной железы 3. сглаженность срединной бороздки предстательной железы 4. нечеткость границ предстательной железы 5. наличие участков "деревянистой" плотности в предстательной железе	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
707.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1. кости таза 2. легкие 3. печень 4. регионарные лимфатические узлы 5. кости черепа	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

708.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА И ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1. клинические 2. лабораторные 3. эндоскопические 4.определение уровня ПСА, пальцевое ректальное исследование, морфогистологическая картина биоптата предстательной железы, посев мочи, секрета предстательной железы на ВК 5. рентгенологические	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
709.	РАДИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1. динамическое наблюдение 2. трансуретральная игольчатая абляция простаты 3. аденомэктомия (ТУР. 4. интерстициальная лазерная коагуляция простаты 5. бужирование уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
710.	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ 1.ишемия травмированной почки вследствие сдавления организовавшейся параренальной гематомой или посттравматическое "сморщивание" ее 2. вторичное камнеобразование 3. девиация мочеточника 4. ложный гидронефроз 5. некротический папиллит	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
711.	ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. надлобковый доступ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения 3. промежностный доступ 4. трансуретральный доступ 5. позадилобковый			
712.	РЕБЕНОК 3 ГОДА. ПАХОВАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С КРИПТОРХИЗМОМ, ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 1. гормональную терапию 2. оперативное лечение в плановом порядке 3. экстренное оперативное вмешательство 4. оперативное лечение в возрасте старше 5 лет 5. короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
713.	. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ВЫДЕРЖАТЬ МЕЖДУ ВЫПОЛНЕНИЕМ I-ГО И II-ГО ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ (ПРИ УСЛОВИИ ПОЗДНЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВОГО ЭТАПА., СОСТАВЛЯЕТ 1. не менее 1 месяца 2. не менее 3 месяцев 3. не менее 6 месяцев 4. до 1 года 5. до 2 лет	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
714.	КИСТОЗНОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПИРАМИД ПОЧЕК ВРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРА НОСИТ НАЗВАНИЕ 1. пещеристой почки 2. мультикистозной почки 3. губчатой почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. поликистозной почки 5. такая аномалия вовсе не описана			
715.	ДЛЯ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ В 1. чашечках 2. лоханке 3. полостях мелких кист, расположенных в почечных пирамидах 4. мочеточнике 5. шейках чашечек второго порядка	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
716.	МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ "ЗАКРЫТОГО" ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. почечная артериография 2. экскреторная урография 3. ретроградная уретерография 4. пункционная антеградная пиелография 5. динамическая сцинтиграфия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
717.	ДЛЯ ОДНОСТОРОННЕГО ПЕРЕМЕЖАЮЩЕГОСЯ ГИДРОНЕФРОЗА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНО 1. низкая относительная плотность мочи 2. постоянная ноющая боль в поясничной области 3. кратковременная олигакиурия 4. кратковременная анурия 5. появление после обильного приема жидкости, боли в пояснице, эритроцитурии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
718.	ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ПОЧКИ - ЭТО НАЛИЧИЕ 1. двух лоханок 2. двух мочеточников	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение 4. расщепление мочеточника 5. сочетание наличия двух лоханок, двух мочеточников, двух почечных артерий			
719.	ЦИСТОСКОПИЧЕСКИ ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ОБЕИХ ПОЧЕК ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ: 1. уретероцеле 2. дивертикула мочевого пузыря 3. деформации треугольника Льето 4. трёх устьев мочеточников 5. четырёх устьев мочеточников	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
720.	НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У ГОДОВАЛОГО МАЛЬЧИКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА 1. повышенным внутриутробным давлением 2. диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами 3. травмой пахово-мошоночной области 4. незаращением вагинального отростка брюшины 5. инфекцией мочевых путей	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
721.	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИОРХИЗМА ДОСТАТОЧНО 1. пальпации наружных мужских половых органов 2. перкуссии наружных мужских половых органов 3. данных осмотра, пальпации наружных мужских половых органов и лапароскопии 4. рентгенографии брюшной полости 5. диафаноскопии наружных мужских половых органов	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

722.	СИНОРХИДИЗМ - ЭТО 1. перекрестная дистопия яичек 2. врожденное отсутствие яичек 3. внутрибрюшинное сращение яичек 4. наличие одного яичка 5. гипотрофия яичек	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
723.	АНОРХИЗМ - ЭТО 1. двустороннее неопущение яичек 2. гермафродитизм 3. гонадная агенезия 4. врожденная гипоплазия яичек 5. синдром феминизирующих яичек	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
724.	ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. фимозом 2. гипоспадией 3. меатостенозом 4. склерозм шейки мочевого пузыря 5. расхождением лонного сочленения, тотальной эписпадией	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
725.	ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ 1. микро- и макрогематурия 2. мочевые (солевые. диатезы 3. пиелонефрит и камни почек 4. артериальная гипертензия 5. хилурия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
726.	ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ПРИ ГИПОСПАДИИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	КЛИТОРА ПРИ ЛОЖНОМ ЖЕНСКОМ ГЕРМАФРОДИТИЗМЕ 1. отсутствием крайней плоти на волярной поверхности 2. крайняя плоть переходит с тыльной поверхности на волярную 3. крайняя плоть сохранена только на волярной поверхности 4. сколько-нибудь достоверных отличий нет; требуется определение генетического пола 5. показан комплекс обследований для определения истинного пола			
727.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У РЕБЕНКА 1. гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов 2. цистит 3. наличие инородных тел 4. специфический уретрит 5. грибковое поражение уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
728.	ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ НЕБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1. ретроградную пиелографию 2. экскреторную урографию 3. цистоскопию 4. цистоуретерографию 5. радиоизотопные методы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
729.	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНО СМОРЩЕННОЙ И ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПОЧКИ РЕШАЮЩИМ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. ренография 3. почечная ангиография 4. динамическая сцинтиграфия 5. биопсия почки			
730.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. восходящая уретрография 2. инфузионная урография 3. микционная цистоуретрография 4. цистоскопия 5. урофлоуметрия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
731.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. цистоскопия 2. уретроскопия 3. микционная цистоуретрография 4. микционная цистоуретрокинематография 5. полипозиционная цистография	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
732.	СИМПТОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ В СОЧЕТАНИИ С НОРМАЛЬНЫМ АКТОМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при эктопии устья добавочного мочеточника в уретру 2. при эктопическом уретероцеле 3. при латеральной пузырной эктопии устья 4. при двустороннем уретероцеле	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. при шеечной эктопии устья мочеточника			
733.	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1. анатомические аномалии развития органов мочевой системы 2. нарушения водно-электролитного баланса 3. климатический и алиментарный факторы 4. врожденные тубуло-энзимопатии 5. эндокринные факторы	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
734.	. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРИВОДЯЩИМ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ К РАЗВИТИЮ "НЕМОЙ" ПОЧКИ 1. аберрантный сосуд 2. высокое отхождение мочеточника 3. истинно врожденная форма гидронефроза 4. стеноз прилоханочного отдела мочеточника 5. клапан прилоханочного отдела мочеточника	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
735.	ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ "НЕМОЙ" ПОЧКИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 1. невозможна 2. возможна в 100% случаев 3. возможна в 70% случаев 4. возможна в 50% случаев 5. возможна в 20-40% случаев	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
736.	ПОЛНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ДЕТЕЙ ВСЕГДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. тотальная эписпадия 2. промежностная гипоспадия 3. субсимфизарная эписпадия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. клапан задней уретры 5. эктопическое уретероцеле			
737.	ФОРМОЙ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СО СТОРОНЫ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. гипертрофия семенного бугорка 2. клапан задней уретры 3. врожденный стеноз уретры 4. меатостеноз 5. склероз шейки мочевого	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
738.	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КЛАПАННОЙ ОБСТРУКЦИИ УРЕТРЫ ХАРАКТЕРНО В ВОЗРАСТЕ 1. новорожденных и дети грудного возраста 2. 1-3 лет 3. 3-5 лет 4. 5-7 лет 5. старше 7 лет	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
739.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. радиоизотопная ренография 2. цистоуретрография 3. цистоскопия 4. экскреторная урография 5. микционная цистография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
740.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ У	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. радиоизотопная ренография 2. цистоуретрография 3. цистоскопия 4. УЗИ почек 5. микционная цистография			
741.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. цистоскопия 3. полипозиционная цистография 4. катетеризация мочевого пузыря 5. хромоцистоскопия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
742.	АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН 1. при цистоскопии 2. при нисходящей цистографии 3. при микционной цистоуретрографии 4. при урофлоурометрии 5. при цистометрии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
743.	НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У МАЛЬЧИКА 1.5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА 1. повышенным внутриутробным давлением 2. диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами 3. травмой пахово-мошоночной области 4. незаращением вагинального отростка брюшины 5. инфекцией мочевых путей	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

744.	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	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
745.	ЛОЖНАЯ РЕТЕНЦИЯ ЯИЧКА ОБУСЛОВЛЕНА 1. нарушением процессов опускания яичка в мошонку 2. гормональным дисбалансом 3. нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз гипоталамус 4. повышением кремастерного рефлекса 5. антенатальной патологией	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
746.	ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО 1. постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром 2. внезапное начало, «светлый» промежуток, далее гиперемия мошонки, постепенное нарастание отека 3. внезапное начало, быстро нарастающий отек мошонки, выраженный болевой синдром, гиперемия мошонки 4. умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого симптома 5. симптоматика зависит от возраста	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
747.	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН 1. для опухоли яичка 2. для острого орхита 3. для водянки оболочек яичка	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. для пахово-мошоночной грыжи 5. для гематоцеле			
748.	ЭКСКРЕЦИЯ ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ РЕНОГРАФИИ ¹³¹I-ГИППУРАНА ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ 1. клубочковой фильтрации 2. канальцевой секреции 3. перехода в экстрацеллюлярное пространство 4. канальцевой реабсорбции 5. форникальной секреции	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
749.	ОЛИГУРИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА 1. для несахарного диабета 2. для хронического пиелонефрита 3. для острого гломерулонефрита 4. для узелкового периартериита 5. для туберкулеза почек	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
750.	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА 1. объемное образование округлой формы 2. объемное образование овоидной формы 3. тонкостенное объемное образование гипоехогенной структуры 4. неоднородной структуры объемное образование в паренхиме, деформирующее контуры почки и чашечно-лоханочной системы 5. неоднородное объемное образование с кистовидными (гипоехогенными) участками	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
751.	НАИБОЛЕЕ ПОЗДНИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОПУХОЛИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ВИЛЬМСА 1. пальпируемое опухолевидное образование в подреберье 2. увеличение и асимметрия живота 3. макрогематурия 4. субфебрилитет 5. метеоризм			
752.	ПРИ ЛИГИРОВАНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ВО ВРЕМЯ МОБИЛИЗАЦИИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА И ВЫДЕЛЕНИИ БОКОВЫХ СТенок ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ 1. оба мочеточника 2. левый мочеточник 3. правый мочеточник 4. левый семявыносящий проток 5. правый семенной пузырек	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
753.	ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОИСХОДЯТ В СВЯЗИ С 1. эндокринными, гормональными сдвигами 2. температурными факторами 3. механическим давлением беременной матки 4. генетическими факторами 5. изменениями положения тела женщинами	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
754.	ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОИСХОДЯТ В СВЯЗИ С 1. эндокринными, гормональными сдвигами 2. температурными факторами 4. механическим давлением беременной матки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. генетическими факторами 6. изменением положения тела женщины			
755.	НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЮТСЯ 1. с 2-4-й недели беременности 2. с 5-6-й недели беременности 3. с 7-10-й недели беременности 4. с 11-20-й недели беременности 5. с 21-30-й недели беременности	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
756.	УВЕЛИЧЕНИЕ ДИУРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПРОИСХОДИТ 1. в первом триместре 2. во втором триместре 3. в третьем триместре 4. в первом и втором триместре 5. во втором и третьем триместре	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
757.	. УМЕНЬШЕНИЕ ДИУРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. в первом триместре 2. во втором триместре 3. в третьем триместре 4. в первом и втором триместре 5. в первом и третьем триместре	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
758.	. ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БЕРЕМЕННЫХ МАКСИМАЛЬНО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ 1. к 1-2 месяцам беременности 2. к 3-4 месяцам беременности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. к 5-6 месяцам беременности 4. к 7-8 месяцам беременности 5. к 9 месяцам беременности			
759.	ПРИ КАКОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОИСХОДИТ НАИБОЛЬШЕЕ СМЕЩЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. при ягодичном предлежании плода 2. при головном предлежании плода и глубоком стоянии головки 3. при поперечном предлежании плода 4. при головном предлежании плода и высоком стоянии головки 5. ягодичном предлежании плода	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
760.	КОГДА ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РОДОВ 1. на 1-3-й неделе 2. на 4-6-й неделе 3. на 9-10-й неделе 4. на 11-15-й неделе 5. на 16-20-й неделе	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
761.	УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ДЛЯ ПЛОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ 1. инструментальных методов 2. радиологических методов 3. рентгенологических методов 4. ультразвуковых методов 5. магнито-резонансной томографии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

762.	УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ДЛЯ ПЛОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ 1. инструментальных методов 2. радиологических методов 3. рентгенологических методов 4. ультразвуковых методов 5. магнито-резонансной томографии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
763.	НА КАКОМ СРОКЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ 1. в 1-2-й месяц беременности 2. на 2-3-м месяце беременности 3. на 4-5-м месяце беременности 4. на 6-7-м месяце беременности 5. на 8-9-м месяце беременности	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
764.	НА КАКОМ СРОКЕ ПОВТОРНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ 1. в 1-2-й месяц беременности 2. на 2-3-м месяце беременности 3. на 4-5-м месяце беременности 4. на 6-7-м месяце беременности 5. на 8-9-м месяце беременности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
765.	НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ, ПРИЗНАКОМ ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ 1. увеличение размеров почек, гипотония полостей почек	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. билатеральное «отставание» функции, нефрограммы на "поздних" минутах исследования 3. значительное расширение шеек чашечек, «извитость» мочеточников 4. деформация, сдавление шеек и/или «ампутация» чашечек на фоне пиелозктазии 5. патогномоничных признаков пиелонефрита нет			
766.	ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ДОЛЖНО СООТВЕСТВОВАТЬ НЕСКОЛЬКИМ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИНЦИПАМ 1. деэскалационная рациональная антибиотикотерапия 2. сочетанное применение уроантисептиков и диуретиков 3. рациональная антибиотикотерапия форсирование диуреза 4. рациональная антибиотикотерапия санация очагов инфекции 5. деэскалационная антибиотикотерапия после восстановления уродинамики	5	ВК ТК ГИА	ПК 3, ПК 6
767.	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ 1. олигурии 2. высокой лихорадке 3. явлениях уретерогидронефроза 4. явлениях хронической почечной недостаточности 5. диагнозе «острый гнойный пиелонефрит»	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
768.	УРОДИНАМИКА ПОСЛЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН НОРМАЛИЗУЕТСЯ 1. через неделю 2. через 2-4 недели	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. через 1,5 - 2 месяца 4. через 4 месяца 5. не ранее 6 месяцев			
769.	ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО ПРИ 1. камне лоханки почки 2. оксалатурии 3. камне чашечки почки 4. камне мочеточника (размером 3-3 мм. 5. двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
770.	ФИБРОМИОМА МАТКИ ВЫЗЫВАЕТ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ В 1. 10% случаев 2. 20% случаев 3. 30-40% случаев 4. 50-60% случаев 5. 70% случаев и более	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
771.	АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ 1. дизурия 2. цисталгия 3. хронический цистит 4. частные обострения обструктивного пиелонефрита 5. острый цистит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
772.	ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ 1. 10-20 лет	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. 21-30 лет 3. 31-50 лет 4. 41-50 лет 5. 51-60 лет			
773.	СПОСОБОМ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. ультразвуковое исследование 2. экскреторная урография 3. нисходящая цистография 4. восходящая цистография 5. неоднократная цистоскопия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
774.	СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инстиляция дибунола 2. ТУ-коагуляция стенки мочевого пузыря 3. резекция мочевого пузыря 4. цистэктомия 5. лучевая и гормональная терапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
775.	ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОБНАРУЖЕНИИ ПРИСТИНОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ТАКТИКА ХИРУРГА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ 1. деривацию мочи 2. восстановление целостности мочеточника на катетере, дренирование забрюшинного пространства 3. восстановление целостности брюшины 4. дренирование брюшной полости 5. цистостомию	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

776.	ПРИ НЕПОЛНОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕТОЧНИКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ОТВЕДЕНИЕ МОЧИ ПОСРЕДСТВОМ 1. пункционной нефростомии 2. уретерокутанеостомии 3. постоянного мочеточникового катетера 7-10 дней 4. стентирования мочеточника 2-4 недели 5. уретеросигмостомии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
777.	ПОКАЗАНИЕМ К ДРЕНИРОВАНИЮ ПО БУАЛЬСКОМУ-MCWORTER'У ЯВЛЯЕТСЯ 1. перевязка мочеточника 2. рассечение мочеточника в нижней трети без урогематомы 3. резекция мочеточника в средней трети 4. резекции мочеточника в нижней трети 5. ранение нижней трети мочеточника и урогематома таза	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
778.	ЕДИНСТВЕННЫМ ВАРИАНТОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА И МОЧЕВОЙ ФЛЕГМОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. анастомоз мочеточника «конец-в-конец» 2. уретрокутанеостомия 3. нефростомия 4. широкое дренирование парауретеральной клетчатки 5. нефростомия в сочетании с широким дренированием парауретеральной и паравезикальной клетчатки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
779.	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА, НА 5-Е СУТКИ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	И ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. снятие лигатуры 2. уретероцистоанастомоз 3. перкутанная нефростомия 4. пиелостомия 5. нефростомия открытая			
780.	ПОВРЕЖДЕНИЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА МАТКИ IV СТАДИИ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНО 1. уретероцистоанастомоз 2. нефростомия 3. пиелостомия 4. уретерокутанеостомия 5. перевязка мочеточника	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
781.	ПРИ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ 1. передняя стенка мочевого пузыря 2. боковые стенки мочевого пузыря 3. задняя стенка мочевого пузыря 4. треугольник Льева мочевого пузыря 5. шейка пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
782.	ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, (ДЕФЕКТ БОЛЕЕ 5 СМ. ДАВНОСТЬЮ МЕНЕЕ 4 ЧАСОВ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО 1. ушивание дефектаэпицистостомия 2. цистостомиядренирование брюшной полости 3. дренирование катетером Фолея с активной	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	аспирацией (вакуум. мочи 4. ушивание дефекта, санация брюшной полости с обязательным дренированием катетером Фолея 5. ушивание дефекта, санация брюшной полости, эпицистостомия, при признаках перитонита дренирование брюшной полости			
783.	РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЮКСТАВЕЗИКАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. анастомоз мочеточника "конец-в-конец" ушивание дефекта мочевого пузыря 2. уретероцистоанастомозушивание дефекта мочевого пузыря дренирование околомочеточниковой клетчатки дренирование брюшной полости 3. только ушивание дефекта мочевого пузыря 4. только дренирование околомочеточниковой клетчатки 5. ушивания дефекта мочевого пузыряперкутанная нефростомия дренирование околомочеточниковой клетчаткидренирование брюшной полости	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
784.	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБШИРНОМ РАНЕНИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ 1. раздельное ушивание уретры и влагалища 2. установка катетера Фолея 3. нефростомия 4. использование синтетического шовного материала 5. ушивание влагалища трехрядным швом	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
785.	НЕОБХОДИМОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. цистография 2. вагинография 3. цистоскопия 4. обзорная урграфия 5. уретрография			
786.	НЕОБХОДИМОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ 1. цистография 2. вагинография 3. обзорная урграфия 4. осмотра влагалища в зеркалах 5. уретрография	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
787.	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ 1. дизурия 2. недержание мочи 3. недержание мочи 4. истечение мочи из влагалища 5. менструация через мочевого пузырь	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
788.	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПУЗЫРНО- МАТОЧНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ 1. дизурия 2. недержание мочи 3. недержание мочи 4. подтекание мочи во влагалище 5. менструальное кровотечение через мочевого пузырь	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
789.	ВЛАГАЛИЩНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПУЗЫРНО-	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ПОКАЗАН ПРИ 1. локализации свища диаметром более 2 см, расположенного в зоне устьев мочеточников в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря 2. локализации свища ниже устьев мочеточников 3. локализации пузырно-уретро-влагалищного свища в зоне дна мочевого пузыря 4. сочетании пузырно-влагалищного свища с проксимальным уретро-влагалищным свищем 5. сочетании пузырно-влагалищного свища со стриктурой нижней трети мочеточника			
790.	ЧРЕСПУЗЫРНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ, ПОКАЗАН ПРИ 1. локализации рецидивного свища в зоне устьев мочеточников 2. локализации свища небольших размеров ниже межмочеточниковой складки 3. сочетании пузырно-влагалищного свищанебольших размеров с уретро-влагалищным свищем 4. сочетании пузырно-влагалищного свища с влагалищно-ректальным свищем 5. сочетании пузырно-влагалищного свища с уретеро-влагалищным свищем	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
791.	ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ПОКАЗАН ПРИ 1. локализации свища в зоне устьев мочеточников 2. локализации свища ниже межмочеточниковой складки 3. локализации свища выше межмочеточниковой складки в сочетании с сохраненной емкостью мочевого пузыря 4. сочетании пузырно-влагалищного и дистального	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	уретро-влагалищного свищей 5. наличии пузырно-влагалищно-ректального свища			
792.	ВАЖНЕЙШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ УРЕТРО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экскреторная урография 2. цистоскопия 3. цистография 4. вагинография 5. осмотр влагалища в зеркалах	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
793.	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ 1. постоянное выделение мочи из влагалища, боли в области почки 2. недержание мочи 3. боли в области почки 4. почечная колика 5. недержание мочи в сочетании с болями в области почки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
794.	МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫЙ СВИЩ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ 1. цистоскопия 2. цистография 3. экскреторная урография и вагинография 4. ретроградная уретрография 5. все перечисленное	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
795.	ПОКАЗАНИЕМ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ, ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. удовлетворительная функция пораженной почки 2. нефункционирующая почка 3. признаки хронической почечной недостаточности 4. мацерация кожных покровов промежности 5. гидронефроза 2 ст. пораженной почки			
796.	ПОКАЗАНИЕМ К УРЕТЕРОЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗУ ЯВЛЯЕТСЯ 1. свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки 2. свищ средней трети мочеточника 3. нефункционирующая почка 4. микроцистис 5. терминальный уретерогидронефроз	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
797.	ОПЕРАЦИЯ БОАРИ ПОКАЗАНА ПРИ 1. при облитерации нижней трети мочеточника 2. при наружном свище средней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки 3. при нефункционирующей почке 4. при малой емкости мочевого пузыря 5. при терминальном уретерогидронефрозе	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
798.	ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН 1. цисталгия 2. цистит 3. уретрит 4. родовая травма 5. вульвовагинит	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
799.	ВОЗНИКНОВЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН ЧАЩЕ ВСЕГО	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	СПОСОБСТВУЮТ 1. гипертонус мышц тазового дна 2. нейрогенные цисталгия 3. избыток эстрогенов или прогестинов 4. ситуационные атонии мышц тазового дна 5. патологические роды			
800.	АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ 1. увеличение функциональной длины уретры 2. уменьшение величины заднего уретровезикального угла (менее 100°). 3. повышение внутриуретрального давления 4. значительное превышение внутриуретрального давления над внутрипузырным, во время напряжения 5. цистоцеле, опщение стенок влагалища	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
801.	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. укорочения функциональной длины уретры 2. снижения максимального внутриуретрального давления 3. повышение внутриуретрального давления 4. значительное превышение внутрипузырного давления над внутриуретральным во время напряжения 5. цистоцеле	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
802.	АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. увеличение функциональной длины уретры 2. увеличение максимального внутрипузырного	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	давления 3. повышение внутриуретрального давления 4. увеличение заднего уретровезикального угла (более 110°). 5. цистоцеле			
803.	. ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. увеличение максимальной скорости потока мочи (более 25 мл/сек. 2. положительный симптом О'Доннела-Хиршхорна 3. увеличение времени мочеиспускания 4. напряжение мышц тазового дна 5. уретро-вагинальный рефлюкс	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
804.	ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. положительный симптом О'Доннела-Хиршхорна 2. уменьшение времени мочеиспускания 3. увеличение времени мочеиспускания 4. напряжение мышц тазового дна 5. уретро-вагинальный рефлюкс	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
805.	ПРИЗНАКОМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. уменьшение максимальной скорости потока мочи (менее 16 мл/сек. 2. непроизвольное выделение («потеря»). мочи без позыва к мочеиспусканию 3. увеличение времени мочеиспускания 4. напряжение мышц тазового дна 5. пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
806.	ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ДАВЛЕНИЕ ОТКРЫТИЯ. РАВНО 1. 100 см вод. ст.	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. 60-80 см вод. ст. 3. 40-60 см вод. ст. 4. 20-40 см вод. ст. 5. менее 20 см вод. ст.			
807.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ НЕОБХОДИМА 1. с экстравезикальной эктопией устья мочеточника 2. со стриктурой уретры 3. с экстрофией мочевого пузыря 4. с субсимфизарной эписпадией 5. камнем интрамурального отдела мочеточника	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
808.	РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ 1. укрепление мышц тазового дна специальными упражнениями 2. назначение эстрогенов и альфа-адреномиметиков 3. "навязывание" ритма мочеиспускания 4. оперативное лечение (операции TOT и TVT. 5. поведенческая терапия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
809.	ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА НАПРАВЛЕНА НА УКРЕПЛЕНИЕ 1. мышц тазового дна и промежности 2. сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки 3. мышц передней брюшной стенки и диафрагмы 4. мышц тазового дна, промежности и непроизвольного сфинктера мочевого пузыря 5. мышц передней брюшной стенки и поясничной	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	области			
810.	ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ 1. выраженном уретероцеле 2. выраженном цистоцеле 3. увеличении пузырно-уретрального угла свыше 120 4. мобильной уретре 5. сочетании комплекса причин	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
811.	ОПЕРАЦИЯ TVT ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬЮ 1. укорочение уретры 2. уменьшение пузырно-уретрального угла 3. уменьшение угла наклона уретры к оси лобкового симфиза, одномоментное приподнимание шейки мочевого пузыря и коррекция заднего пузырно-уретрального угла 4. понижение эндоуретрального давления 5. сужение шейки мочевого пузыря за счет сдавления парауретральных тканей	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
812.	ОПЕРАЦИЯ TOT ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬЮ 1. удлинение уретры 2. коррекцию пузырно-уретрального угла 3. увеличение угла наклона уретры к лобковому симфизу и коррекция заднего пузырно-уретрального угла 4. реусиливание субуретрального влагалищного «гамака» и повышение эндоуретрального давления 5. сужение шейки мочевого пузыря	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
813.	ВАЖНЕЙШИМ УСЛОВИЕМ В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОЙ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИНАПРЯЖЕНИИ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	(«СТРЕССОВОЕ» НЕДЕРЖАНИЕ. ЯВЛЯЕТСЯ 1. полное урологическое, гинекологическое, неврологическое обследование 2. длительная подготовка (санация, мочеполовых органов и кожи промежности 3. комплексное уродинамическое обследование для исключения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 4. полное гинекологическое обследование 5. неврологическое обследование			
814.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ (ОЖИДАЕМЫМ. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ TVT ЯВЛЯЕТСЯ 1. задержки мочеиспускания 2. острого цистита 3. острого пиелонефрита 4. формирования уретро-влагалищного свища 5. формирования мочеточниково-влагалищного свища	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
815.	ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ДАВЛЕНИЕ ОТКРЫТИЯ. РАВНО 1. 100 см вод. ст. 2. 60-80 см вод. ст. 3. 40-60 см вод. ст. 4. 20-40 см вод. ст. 5. менее 20 см вод. ст.	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
816.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ НЕОБХОДИМА 1. с экстравезикальной эктопией устья мочеточника	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. уетро-вагинальным свищом 3. с эсктрофией мочевого пузыря 4. с субсимфизарной эписпадией 5. камнем интрамурального отдела мочеточника			
817.	ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА НАПРАВЛЕНА НА УКРЕПЛЕНИЕ 1. мышц тазового дна и промежности 2. сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки 3. мышц передней брюшной стенки и диафрагмы 4. мышц тазового дна, промежности и непроизвольного сфинктера мочевого пузыря 5. мышц передней брюшной стенки и поясничной области	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
818.	ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ 1. небольшом уретероцеле 2. умеренно выраженном цистоцеле 3. увеличении пузырно-уретрального угла свыше 120 4. гипермобильной уретре 5. транзиторная инконтиненция	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
819.	ОПЕРАЦИЯ TVT ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬЮ 1. удлинение уретры 2. коррекцию пузырно-уретрального угла 3. уменьшение угла наклона уретры к оси лобкового симфиза и заднего пузырно-уретрального угла 4. повышение эндоуретрального давления 5. сужение шейки мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

820.	ОПЕРАЦИЯ ТОТ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬЮ 1. удлинение уретры 2. коррекцию пузырно-уретрального угла 3. уменьшение угла наклона уретры к лобковому симфизу при одновременном приподнимании шейки мочевого пузыря и коррекции этим заднего пузырно-уретрального угла 4. повышение эндоуретрального давления 5. сужение шейки мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
821.	ВАЖНЕЙШИМ УСЛОВИЕМ В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОЙ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ («СТРЕССОВОЕ» НЕДЕРЖАНИЕ. ЯВЛЯЕТСЯ 1. полное урологическое обследование 2. тщательная подготовка (санация. мочеполовых органов и кожи промежности 3. комплексное уродинамическое обследование для исключения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 4. полное гинекологическое обследование 5. неврологическое обследование	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
822.	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И КРАЙНЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ TVT ЯВЛЯЕТСЯ 1. задержки мочеиспускания 2. острого цистита 3. острого пиелонефрита 4. формирования пузырно-влагалищного свища 5. формирования мочеточниково-влагалищного свища	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
823.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ TVT ЯВЛЯЕТСЯ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	1. задержка мочеиспускания, острый цистит 2. острый вагинит 3. формирование уретро-влагалищного свища 4. формирование пузырно-влагалищного свища 5. формирование мочеточниково-влагалищного свища			
824.	ПРИ ЛИГИРОВАНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ВО ВРЕМЯ МОБИЛИЗАЦИИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА И ВЫДЕЛЕНИИ БОКОВЫХ СТЕНОК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ 1. оба мочеточника 2. левый мочеточник 3. правый мочеточник 4. левый семявыносящий проток 5. правый семенной пузырек	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
825.	В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРИ ПОСЕВАХ ПОЛУЧЕН РОСТ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ, В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО 1. произвести капитальный ремонт со сменой кафеля, установить бактерицидное облучение 2. закрыть операционную на 3 месяца 3. произвести генеральную уборку, дезинфекцию, бактерицидное облучение и трехкратный бактериологический анализ 4. установить кварцевые лампы, произвести дезинфекцию 5. продолжать обычную работу	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
826.	ДЛЯ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ В	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. даксон 0000 на атравматической игле 2. хромированный кетгут 000 3. обыкновенный кетгут 00 на атравматической игле 4. перлон - 000 на атравматической игле 5. капрон - 000 на атравматической игле			
827.	ПРИ КОРАЛЛОВИДНОМ КАМНЕ ПРАВОЙ ПОЧКИ, ГИДРО- КАЛИКСЕ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ,У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1. резекция 12 ребра, люмботомия в XI межреберье, нефролитотомия 2. люмботомия по Федорову, задняя поперечная внутрисинусная пиелокаликолитотомия, нефростомия 3. торакофренотомия, резекция верхнего полюса почки, каликопиелолитотомия, нефростомия 4. люмботомия в XI межреберье; задняя поперечная внутрисинусовая пиелокаликолитотомия; резекция верхнего полюса; нефростомия 5. люмботомия по Федорову, нефрэктомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
828.	БОЛЬНАЯ 30 ЛЕТ. КАМЕНЬ (2х3 СМ. ЛОХАНКИ СМЕШАННОГО ТИПА. ПИЕЛОТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА 1. передним продольным доступом 2. нижним продольным доступом 3. верхним поперечным доступом 4. задним поперечным внутрисинусным доступом 5. задним продольным доступом	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

829.	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ. ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ АПОСТЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, КОРАЛЛОВИДНЫЙ КАМЕНЬ 1СТ. ЛЕВОЙ ПОЧКИ. ФУНКЦИЯ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ СОХРАНЕНА. ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1. чрескожная контактная нефролитотрипсия, нефростомия антибактериальная, детоксикационная терапия 2. люмбоскопическая задняя продольная внутрисинусная пиелолитотомия, нефростомия, декапсуляция почки антибактериальная, детоксикационная терапия 3. торакофренотомия, задняя продольная внутрисинусная пиелолитотомия, нефростомия, декапсуляция почки антибактериальная, детоксикационная терапия 4. люмботомия по Федорову, задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия, нефростомия, декапсуляция почки 5. люмботомия в XI межреберье, задняя поперечная внутрисинусовая пиелолитотомия; нефропиелостомия; декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
830.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ. КОРАЛЛОВИДНЫЙ КАМЕНЬ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ОСТРЫЙ ДИФУЗНЫЙ АПОСТЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ФУНКЦИЯ ПРАВОЙ ПОЧКИ СОХРАНЕНА. ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1. чрескожная контактная нефролитотрипсия, нефростомия 2. люмботомия в XI межреберье; задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия 3. торакофренотомия, декапсуляция почки,	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	нефростомия 4. люмботомия по Федорову, задняя поперечная внутрисинусная пиелокаликотомия, нефростомия 5. люмботомия в XI межреберье, нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства			
831.	БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ. СОЛИТАРНАЯ КИСТА 7X8X8 СМ, СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ, БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. наблюдение в поликлинике 2. люмботомию, иссечение кисты почки, цитологическое исследование содержимого кисты, цито-гистоисследование стенок кисты 3. пункцию кисты, цитологическое исследование аспирированного пунктата, введение склерозанта в полость кисты, экспозиция склерозанта, дренирование полости кисты 4. нефрэктомия 5. пункцию кисты, постоянный дренаж кисты после ее пункции	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
832.	ПРИ СТРИКТУРЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА, ГИДРОНЕФРОЗЕ II СТАДИИ И СОХРАНЕННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧКИ, БОЛЬНОМУ 40 ЛЕТ ПОКАЗАНА 1. нефрэктомия 2. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Фолею 3. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Хайнес- Андерсену, Кучере 4. нефростомия как первый этап операции	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. оперативное лечение не показано			
833.	БОЛЬНАЯ 40 ЛЕТ. РАНЕЕ НЕОДНОКРАТНО ОПЕРИРОВАНА НА ПОЧКЕ ПО ПОВОДУ НЕФРОЛИТИАЗА. ВЫЯВЛЕН ПИОНЕФРОЗ. ФУНКЦИЯ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ СОХРАНЕНА. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД ОПЕРАЦИИ 1. нефростомия операционная 2. оперативное лечение не проводить 3. катетеризация мочеточника 4. нефрэктомия 5. нефростомия пункционная	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
834.	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН РАК НАДПОЧЕЧНИКА T2N0M0, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ПОЧКОЙ. ЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. нефро- адреналэктомию 2. адреналэктомию 3. нефрэктомия лучевую терапию 4. оперативное лечение не проводить 5. только лучевую терапию	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
835.	БОЛЬНОЙ ПРОИЗВЕДЕНА НЕФРОСТОМИЯ И ДЕКАПСУЛЯЦИЯ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ АПОСТЕМАТОЗНОГО НЕФРИТА. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ 1. раневой трансмембранный диализ 2. резиновые "выпускники" 3. тампоны с мазью Вишневского 4. трубчатые дренажи 5. тампоны с медом	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

836.	БОЛЬНОМУ ПРОИЗВЕДЕНА ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ "НЕИНФИЦИРОВАННОГО" ГИДРОНЕФРОЗА (УРЕТЕРОПИЕЛОАНАСТОМОЗ, НЕФРОСТОМИЯ.. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ 1) 1.установить целлофано(резино.марлевый тампон 2) установить 2 резиновых "страховых" дренажа 3) ушить рану наглухо без дренажей 4) не ушивать задний угол раны в пределах 5-7 см установить дренажи для постоянного капельного орошения раны	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
837.	БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ. ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ДОПУЩЕНА ТРАВМА НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА. НАЛОЖЕНА НЕФРОСТОМА. ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ДИАГНОСТИРОВАНА ОБЛИТЕРАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 7 СМ. НЕФРОСТОМА ФУНКЦИОНИРУЕТ. ЕЙ НЕОБХОДИМА 1. уретероцистонеостомия 2. нефрэктомия 3. уретерокутанеостомия 4. операция Боари 5. уретеросигмостомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
838.	БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ. АДЕНОМА ПРОСТАТЫ, ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НЕВОЗМОЖНА. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37.9 С. НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. пункцию мочевого пузыря тонкой иглой антибактериальная терапия 2. троакарную (пункционную. цистостомию антибактериальная терапия 3. эпицистостомию антибактериальная терапия 4. аденомэктомию цистостомиюантибактериальная	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	терапия 5. перевести больного в больницу по месту жительства антибактериальная терапия			
839.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ НЕФРОПЕКСИИ ПО РИВОИРУ - ПЫТЕЛЮ - ЛОПАТКИНУ ЯВЛЯЕТСЯ 1. зашить рану наглухо без дренажей 2. установить резино-марлевые тампоны 3. установить 1 резиновый дренаж 4. установить 2 резиновых дренажа 5. не ушивать задний угол раны	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
840.	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ. ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК БОКОВОЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Т3NXM0. УРОДИНАМИКА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ НАРУШЕНА. ЕМУ НЕОБХОДИМОВЫПОЛНИТЬ 1. трансуретральную электрокоагуляцию опухоли 2. трансуретральную электрорезекцию стенки пузыря с опухолью 3. резекцию стенки мочевого пузыря с опухолью 4. плоскостную резекцию стенки мочевого пузыря 5. полихимиотерапию	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
841.	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ. СКЛЕРОЗ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ 150 МЛ. ЕМУ ПОКАЗАНА 1. проведение электростимуляции мочевого пузыря 2. консервативное лечение простатита и склероз шейки пузыря (противовоспалительная, рассасывающая терапия.	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. выполнение траокарной цистостомии, как первый этап 4. проведение бужирования задней уретры 5. ТУР или клиновидной резекции шейки пузыря			
842.	БОЛЬНОМУ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОИЗВЕДЕНА ЛАПАРОТОМИЯ, УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ДО 5 СМ., УСТАНОВЛЕНА ЦИСТОСТОМА. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. рану зашить наглухо 2. установить 2 марлевых тампона в паравезикальное пространство 3. дренировать по Буяльскому 4. ушить лапаротомическую рану, установить 2 резиновых дренажа в cav. Retzii 5. установить систему для капельного орошения паравезикальной клетчатки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
843.	ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ ДИАГНОСТИРОВАН РАЗРЫВ ПЕРЕПОНЧАТОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ. РЕКОМЕНДОВАНО 1. первичный шов уретры, постоянный катетер 2. первичный шов уретры, цистостомия, уретральный катетер Фоллея 3. цистостомия, установка постоянного уретрального катетера (циркулярно., вскрытие промежностной урограматомы 4. первичный шов уретры без дренирования мочевого пузыря 5. установка постоянного катетера	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
844.	В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ У БОЛЬНОГО СОХРАНЯЕТСЯ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫЙ СВИЩ, РАЗВИВШИЙСЯ ПОСЛЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО ВСКРЫВШЕГОСЯ АБСЦЕССА ПРОСТАТЫ. ЕМУ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. произвести цистостомию как первый этап 2. установить противоестественный анус 3. проводить заживление свища на постоянном катетере 4. произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией 5. произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере			
845.	У ЖЕНЩИНЫ 30 ЛЕТ ПАРАУРЕТРАЛЬНАЯ КИСТА РАЗМЕРОМ 5 СМ БЕЗ НАГНОЕНИЯ. ЕЙ НЕОБХОДИМЫ 1. пунктирование кисты 2. операция - иссечение кисты трансвагинально 3. электрокоагуляция кисты 4. установка кисты в постоянный катетер-ирригатор 5. выписка под амбулаторное наблюдение	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
846.	У БОЛЬНОГО 19 ЛЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ СЛЕВА II СТАДИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. рентгенэндоваскулярную окклюзию v. spermaticae int. при нормотензии в v. renalis sin. 2. ношение суспензория 3. введение склерозирующего раствора (варикоцид. в расширенные вены мошонки 4. операцию Иванисевича в любом случае 5. иссечение варикоэнозрасширенных вен	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
847.	У БОЛЬНОГО 18 ЛЕТ ПАРАФИМОЗ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. оперативное лечение не показано 2. расширение крайней плоти инструментально	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. иссечение крайней плоти 4. пластическая операция с сохранением крайней плоти 5. вправление головки полового члена, при неудаче, продольное рассечение ущемляющего кольца крайней плоти с последующим вправлением			
848.	ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3N0M0 ПОКАЗАНА 1. лучевая терапия 2. полихимиотерапия 3. ампутация полового члена в пределах нормальных тканей операция Дюкена 4. иссечение опухоли 5. операция Дюкена	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
849.	У БОЛЬНОГО РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T4 (ВОВЛЕЧЕНЫ МОШОНКА И ЯИЧКО. N0M0. ЕМУ ПОКАЗАНЫ 1.симптоматическая терапия 2. эмаскуляцияформирование уретропромежностного свища (бутоньер. 3. ампутация полового члена 4. лучевая терапияформирование уретро-промежностного свища 5. химиотерапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
850.	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ. ОСТРЫЙ ПРИАПИЗМ. БОЛЕН 24 ЧАСА. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1.пункционная аспирация содержимого кавернозных тел и промывание их изотоническим раствором натрия хлорида с гепарином 2.спонгио-кавернозный анастомоз 3.консервативное лечение: гепарин, холод, спазмолитики 4. пресакральная новокаиновая блокадагепарин в/в	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	капельно по 20000-50000ед/сутки 5. спинномозговая/перидуральная анестезияпиявки к корню полового члена			
851.	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ. ГИДРОЦЕЛЕ 6X8 СМ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. пункция и введение склерозирующего раствора в гидроцеле 2. операция Бергмана 3. операция Винкельмана 4. суспензорий, рассывающая терапия 5. периодическое пункционное опорожнение гироцеле	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
852.	ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА В МОШОНКУ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ 1.до 1 года 2.до 2-х лет 3.17 лет 4.25 лет 5.любой возраст	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
853.	. ОБТУРАЦИОННАЯ АЗООСПЕРМИЯ НА УРОВНЕ ХВОСТА ПРИДАТКА. ПОКАЗАНО 1.санаторно-курортное лечение 2.андрогены, витамин Е, хориогонадотропин 3.рассасывающую терапию(лидаза, алоэ и др.. 4.вазоэпидидимоанастомоз 5.наблюдение	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
854.	БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ. МАССА ТЕЛА 88 КГ. АДЕНОМА ПРОСТАТЫ II СТАДИИ (ОБЪЕМ БОЛЕЕ 80 Г.. УМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ. ЕМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ 1.андрогенотерапии 2.эстрогенотерапии 3.цистостомии 4.одномоментной чреспузырной аденомэктомии 5.в лечении не нуждается			
855.	БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ. МАССА ТЕЛА 68 КГ. АДЕНОМА ПРОСТАТЫ II СТАДИИ (ОБЪЕМ БОЛЕЕ 80 Г.. НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕТ. ЕМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ 1.антиандрогенотерапии 2.терапии блокаторами 5-альфа-редуктазы 3.цистостомии 4.позадилонной аденомэктомии 5.одномоментной чреспузырной аденомэктомии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
856.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ. БЕСПОКОИТ НОКТУРИЯ ДО 5 РАЗ ЗА НОЧЬ. ОБЪЕМ ПРОСТАТЫ 30СМІ, ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ 10МЛ. ЛЕЧИЛСЯ КОНСЕРВАТИНО АЛЬФАБЛОКАТОРАМИ. ДВАЖДЫ БЫЛА ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1.капиллярную пункцию мочевого пузыря 2.аденомэктомию 30пенриодическую катетеризацию мочевого пузыря 4.ТУР простаты 5.продолжение консервативной терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
857.	ВО ВРЕМЯ ПРОФОСМОТРА У 55- ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНО НЕБОЛЬШОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. В ПРАВОЙ ДОЛЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПЛОТНЫЙ УЗЕЛ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1.аденомэктомию 2.трансуретральную электрорезекцию простаты 3.цистостомию 4.промежностную или трансректальную биопсию простаты 5.консервативное лечение блокаторами 5-альфа-редуктазы, наблюдение			
858.	БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ. ЛЕЧИЛСЯ АМБУЛАТОРНО ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА. ПО ДАННЫМ ПАЛЬПАТОРНОГО РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ТРУЗИ ДИАГНОСТИРОВАН АБСЦЕСС ПРОСТАТЫ. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1.трансвезикальное вскрытие абсцесса 2.промежностная пункция абсцесса, аспирация гноя, постоянная ирригация 3.трансректальное вскрытие, дренирование абсцесса 4.продолжение противовоспалительного лечения 5.трансуретральное вскрытие абсцесса	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
859.	БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ, ДИАГНОСТИРОВАН РАК МАТКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ, ДВУХСТОРОННИЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ. ЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1.уретеросигмостомия 2.уретерокутанеостомия 3.операционная нефростомия с 2-х сторон 4.пункционная нефростомия с 2-х сторон	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5.катетеризация мочеточников			
860.	БОЛЬНАЯ 50 ЛЕТ. ВЫЯВЛЕН ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК БОКОВОЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТЗНОМО. ЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. цистэктомию 2. плоскостную резекцию мочевого пузыря 3. электрокоагуляцию опухоли 4. лучевую или химиотерапию 5. резекцию мочевого пузыря	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
861.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ. АДЕНОМА ПРОСТАТЫ II СТАДИИ, ДИВЕРТИКУЛЕЗ, КАМЕНЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. открытую цистолитотомию, цистостомию (1-й этап. 2. аденомэктомию, дивертикулэктомию и цистостомию 3. аденомэктомию, цистостомию 4. цистостомию 5. оперативное лечение не показано	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
862.	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ. ДЛИТЕЛЬНО ЛЕЧИТСЯ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА. ДИАГНОСТИРОВАН СКЛЕРОЗ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ - 200 МЛ. НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕТ. ЕМУ НЕОБХОДИМА 1. 1.цистостомия 2. простатэктомия	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. трансуретральная электрорезекция шейки пузыря 4. пункционная цистостомия 5. санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия			
863.	ЧЕРЕЗ 12 ЧАСОВ ПОСЛЕ ТРАНСФЕМОРАЛЬНОЙ АОРТОГРАФИИ У БОЛЬНОГО ПОХОЛОДАНИЕ, БЛЕДНОСТЬ, ПАРЭСТЕЗИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ 1. 1.внутривенно гепарин 20 тыс. ед. грелка к нижней конечности 2. грелка к нижней конечности атропин подкожно 3. папаверин, атропин подкожно 4. паравазальная новокаиновая блокада 0,5% раствором в зоне пункции бедренной артерии, папаверин внутривенно 5. массаж нижней конечности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
864.	БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ЛЕЧИЛСЯ КОНСЕРВАТИВНО ПО ПОВОДУ АДЕНОМА ПРОСТАТЫ II СТАДИИ. ОТ ОПЕРАЦИИ ОТКАЗЫВАЛСЯ. ДОСТАВЛЕН С ТАМПОНАДОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ 1. во введении викасола, хлористого кальция 2. во введении катетера Фолея в мочевой пузырь, орошении 3. в экстренной цистотомии, удалении сгустков крови, аденомэктомии, эпицистостомии 4. в отмывании сгустков крови по эвакуатору 5. в троакарной цистостомии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
865.	ПЛАНИРУЕТСЯ СЕКЦИОННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ ПО ПОВОДУ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПРИ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ. С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ НЕОБХОДИМО 1.предварительно внутривенно эпсилонаминокапроновая кислота 2. гемотрансфузия 3. гипотермия почки 4. выделение почечной артерии и пережатие ее на время секции почки 5. тампонада разреза почки гемостатической губкой			
866.	ПЛАНИРУЕТСЯ СЕКЦИОННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПРИ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ. ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НАЛОЖЕНИЕ СОСУДИСТОГО ЗАЖИМА НА ПОЧЕЧНУЮ АРТЕРИЮ. ЭТО ВОЗМОЖНО НА 1. 10 минут 2. 15 минут 3. 30 минут 4. 2 часа 5. 47 минут	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
867.	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ. РАК ПОЧКИ, ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. установка кава-фильтра; в дальнейшем нефрэктомия с тромбэктомией (по возможности. из нижней полой вены 2. нефрэктомия без удаления тромба из почечной вены 3. эмболизация почечной артерии 4. установка кава-фильтраэмболизация почечной артерии 5. нефрэктомия с эмболизацией нижней полой	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	вены в зоне почечной вены			
868.	БОЛЬНОЙ АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ. ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ЭКСТРЕННО ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. эпицистостомия 2. троакарная цистостомия 3. постоянный эластический катетер (Фолея. 4. капиллярная пункция мочевого пузыря 5. периодическая катетеризация металлическим катетером	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
869.	У БОЛЬНОГО НАГНОЕНИЕ ПОЯСНИЧНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. увеличить дозу антибиотиков 2. промывать рану раствором антибиотиков 3. раскрыть рану, тампоны с гипертоническим раствором 4. раскрыть рану, тампоны на рану с мазью Вишневского 5. раскрыть рану, тампоны в рану с мазью Конькова	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
870.	У БОЛЬНОГО НАГНОЕНИЕ ПОЯСНИЧНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. увеличить дозу антибиотиков 2. промывать рану раствором антибиотиков 3. раскрыть рану, тампоны с «Левомеколем» 4. раскрыть рану, тампоны на рану с мазью Вишневского 5. раскрыть рану, тампоны в рану с мазью Конькова	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

871.	МУЖЧИНА 30 ЛЕТ. ДИАГНОСТИРОВАН ГИДРОНЕФРОЗ НА ФОНЕ ВЫСОКОГО ОТХОЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА И КАМЕНЬ ЛЕВОЙ ЛОХАНКИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ. ПЕРЕШЕЕК 0,7 СМ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. пиелолитотомия 2. пиелолитотомия, уретропиелонеостомия, нефростомия 3. пункционная нефролитотомия 4. ударно-волновая литотрипсия 5. истмотомия; пиелолитотомия, пластика пиелоуретерального сегмента (по Фолею, Хайнес-Андерсену, Кучере., нефростомия	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
872.	ГИДРОНЕФРОЗ 2 СТ., СТРИКТУРА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА, АКТИВНАЯ ФАЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ПОСЛЕДУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ 1. пластику лоханочно-мочеточникового сегмента, нефростомию 2. катетеризацию лоханки постоянным катетером, стентом 3. вмешательство не производить 4. нефрэктомию 5. пункционную нефростомию, антибактериальную, инфузионную терапию; пластическая операция в последующем	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
873.	БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ. ГИДРОНЕФРОЗ II СТАДИИ НА ПОЧВЕ АББЕРАНТНОГО НИЖНЕПОЛЯРНЫЙ СОСУДА. ДАННЫХ ЗА ПИЕЛОНЕФРИТ НЕТ. СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. вмешательство не производить 2. пункционную нефростомию 3. пересечение добавочного сосуда 4. антевазальный уретеропиелоанастомоз с	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента 5. нефрэктомию			
874.	БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ. ГИДРОНЕФРОЗ II СТАДИИ НА ПОЧВЕ АББЕРАНТНОГО НИЖНЕПОЛЯРНЫЙ СОСУДА. ДАННЫХ ЗА ПИЕЛОНЕФРИТ НЕТ. СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. вмешательство не производить 2. пункционную нефростомию 3. пересечение добавочного сосуда 4. антевазальную пластику пиелоуретерального сегмента (по Кучере, Хайнес-Андерсену., возможно пересечение сосуда, резекцию нижнего полюса почки 5. нефрэктомию	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
875.	. БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ, ПОДОЗРЕНИЕ НА НАГНОЕНИЕ КИСТ ПОЧКИ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. 1.нефростомия 2. пункция кист 3. нефрэктомия 4. иссечение кист, игнипунктура 5. пункционная нефростомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
876.	МУЖЧИНА 20 ЛЕТ. ГИДРОЦЕЛЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. 1.вмешательство не производить 2. пункцию гидроцеле 3. операцию по Винкельману 4. операцию по Бергману 5. орхиэктомию	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

877.	УШИБ МОШОНКИ, ОБШИРНАЯ ГЕМАТОМА, ЧЕТКО ЯИЧКО НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ. ЕМУ ПОКАЗАНО	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
	1. консервативное лечение; суспензорий 2. пункция гематомы 3. скрототомия, удаление гематомы и дренирование 4. антибиотики в амбулаторных условиях 5. холод на мошонку			
878.	ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T2NOMO С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, УРЕТЕРОЭКТАЗИЕЙ СПРАВА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
	1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. трансуретральная электрорезекция 4. резекция мочевого пузыря 5. резекция мочевого пузыря; уретероцистонеостомия			
879.	РАК БОКОВОЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T1-2NOMO БЕЗ УРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. РЕКОМЕНДУЕТСЯ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
	1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. трансуретральная электрорезекция 4. резекция мочевого пузыря 5. открытая резекция мочевого пузыря			
880.	БОЛЬНОЙ 80-ЛЕТ. РАК ПРОСТАТЫ T2-3NOMO. МОЧИТСЯ С ТРУДОМ. ОСТАТОЧНАЯ МОЧА - 200 МЛ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
	1. гормонотерапию трансуретральную			

	электрорезекцию 2. трансректальную биопсию простаты 3. цистостомию 4. лучевую терапию 5. простатэктомию			
881.	ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЛОХАНКИ T2NOMO ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. нефрэктомию 2. лучевую терапию 3. радикальную нефроуретерэктомию, резекцию мочевого пузыря с устьем мочеточника 4. полихимиотерапию 5. нефроуретерэктомию с последующим динамическим наблюдением (цистоскопический контроль.	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
882.	БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ. ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА T2-3NOMO. ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. 1.резекцию мочеточника с опухолью 2. лучевую терапию 3. химиотерапию 4. радикальную нефроуретерозэктомию 5. пункционную нефростомию	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
883.	ПРИ РАКЕ НАДПОЧЕЧНИКА (ГОРМОНАЛЬНО ЗАВИСИМОМ. T3-4NXMO С ПЕРЕХОДОМ НА ВЕРХНИЙ ПОЛЮС ПОЧКИ НЕОБХОДИМЫ 1. адреналэктомия 2. адреналэктомия нефрэктомия 3. лучевая терапия 4. полихимиотерапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. вмешательство не производить			
884.	БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ. РАК ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ T2-3NXMO. ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. нефростомию 2. предоперационную лучевую терапию 3. предоперационную полихимиотерапию 4. радикальную нефрэктомию с лимфаденэктомией 5. вмешательство не производить	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
885.	РАК ПОЧКИ T2NXM(.. ПРОФУЗНАЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ. В КАЧЕСТВЕ МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. симптоматическая терапия 4. эмболизация почечной артерии 5. усиление гемостатической терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
886.	РАК ПОЧКИ T2NXM(.. ПРОФУЗНАЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ. В КАЧЕСТВЕ МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. лучевая терапия 2. химиотерапия 3. симптоматическая терапия 4. нефрэктомия 5. усиление гемостатической терапии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
887.	РАК ВИСЯЧЕГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ T2-3NOMO. ЦЕЛЕСООБОАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. ампутация полового члена в пределах здоровых тканей 2. лучевая терапия 3. химиотерапия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. резекция уретры 5. цистостомия			
888.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ. РАК ПОЧКИ Т3NXMO, МИКРОГЕМАТУРИЯ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. нефрэктомия 2. радикальная нефрэктомия 3. лучевая терапия 4. симптоматическая терапия 5. химиотерапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
889.	ПРИ РАКЕ НАРУЖНОГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ T1-2NO ЦЕЛЕСООБРАЗНА 1. циркумцизия лучевая терапия 2. ампутация полового члена 3. химиотерапия 4. лучевая терапия 5. циркумцизио	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
890.	АДЕНОМЭКТОМИЮ БОЛЬНОМУ 65 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ 1. под электроанальгезией 2. под перидуральной анестезией 3. под эндотрахеальным наркозом 4. под местной анестезией 5. под местной анестезией	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
891.	РАК СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПРАВОЙ ПОЧКИ Т3NMO, ОПУХОЛЕВОМ ТРОМБЕ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОСТУП 1. люмболапаротомический по Петровскому 2. по Израэлю 3. по Нагамацу	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. по Федорову 5. лапаротомный			
892.	НЕФРЭКТОМИЮ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ЛЕВОЙ ПОЧКИ T2NMO ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ДОСТУПОМ 1. 1.по Израэлю 2. лапаротомический 3. по Нагамацу 4. по Федорову 5. торакофренолюмболапаротомический	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
893.	ПРОИЗВЕДЕНА РАДИКАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ РАКА T3NXMO. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ 1. зашить ее наглухо люмботомический разрез 2. марлевым тампоном 3. 4-мя резиновыми дренажами 4. одним резиновым дренажом 5. двумя резиновыми дренажами: к ножке почки, и в нижний угол раны	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
894.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ И НЕФРОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. два резиновых дренажа: к лоханке и в нижний угол раны 2. установить 2 резиново-марлевые тампона 3. установить 1 резиновый дренаж 4. установить 2 резиновых дренажа 5. не ушивать задний угол раны	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

895.	ПРОИЗВЕДЕНО УШИВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ПОВОДУ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА, ЭПИЦИСТОСТОМИЯ. НЕОБХОДИМО 1. рану зашить наглухо 2. установить 2 марлевых тампона в околопузырное пространство 3. дренировать по Буяльскому 4. установить 2 резиновых дренажа в cav. Retzii 5. установить систему для капельного орошения паравезикальной клетчатки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
896.	ЧЕРЕЗ СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ ДИАГНОСТИРОВАН РАЗРЫВ ПЕРЕПОНЧАТОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ. В КАЧЕСТВЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ 1. первичный шов уретры, постоянный катетер 2. первичный шов уретры, эпицистостомия, катетер Фолея 3. цистостомия, дренирование урогематомы 4. первичный шов уретры без дренирования мочевого пузыря 5. установка постоянного уретрального катетера	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
897.	БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ. РАК ПОЧКИ T2NXM (ЕДИНИЧНЫЙ МЕТАСТАЗ В ЛЕГКОМ.. ЕМУ ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ 1. нефрэктомия 2. радикальной нефрэктомия, вторым этапом – резекция легкого 3. лучевая терапия 4. симптоматическая терапия 5. химиотерапия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

898.	БОЛЬНОЙ 6 ЛЕТ. ПАХОВЫЙ КРИПТОРХИЗМ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. хориогонадотропин, анаболики, ЛФК 2. орхипексия 3. санаторно-курортное лечение 4. метилтестостерон 5. лечение не показано, наблюдение до возраста 16-17 лет	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
899.	МОЧЕТОЧНИК ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. ушивать танталовыми скрепками 2. ушивать кетгутом 3. ушивать нейлоном 4. ушивать шелком 5. склеивать синтетическим клеем	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
900.	. ЧЕРЕЗ 12 ДНЕЙ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ СФОРМИРОВАЛСЯ МОЧЕТОЧНИКО- ВЛАГАЛИЩНЫЙ СВИЩ. В КАЧЕСТВЕ НЕОТЛОЖНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО 1. уретероцистонеостомия или операция Боари 2. пункционная нефростомия 3. уретерокутанеостомия 4. открытая нефростомия 5. катетеризация мочеочника	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
901.	КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С БОЛЬШОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ. ПРОШИТЫ ОБА МОЧЕТОЧНИКА. ЧЕРЕЗ СУТКИ ДИАГНОСТИРОВАНА АНУРИЯ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО 1. повторная операция - ревизия раны, снятие швов с мочеочников 2. уретерокутанеостомия с одной или двух	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	сторон 3. пункционная или обычная нефростомия с одной стороны 4. уретероцистонеостомия или операция Боари 5. продолжение консервативного лечения			
902.	НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. ПОВРЕЖДЕНА ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ И ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИЯ. ИНТЕНСИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. КОНТРАЛАТЕРАЛЬНАЯ ПОЧКА НОРМАЛЬНА. ЭТАПЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ: 1. лапаротомия, ушивание дефекта кишки, нефрэктомия 2. ушивание кишки, ушивание дефекта почечной артерии 3. лапаротомия, нефрэктомия, ушивание дефекта кишки 4. продолжение консервативной терапии 5. лапаротомия, ушивание дефекта почечной артерии, ушивание дефекта кишки, дренирование брюшной полости	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
903.	У БОЛЬНОГО НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА 12 ЧАСОВ НАЗАД, МОЧЕВОЙ ЗАТЕК В ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. катетеризация мочеточника 2. нефростомия, дренирование забрюшинного пространства 3. пункционная нефростомия 4. ревизия, ушивание и стентирование мочеточника, нефростомия, дренирование забрюшинного пространства 5. дренирование забрюшинного пространства	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	установка стента в мочеточник			
904.	БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ. РАНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И СИГМОВИДНОЙ КИШКИ 12 ЧАСОВ НАЗАД. ЕМУ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ 1. ушивание дефекта сигмы, ушивание пузыря, катетер Фолея 2. ушивание сигмы, дренирование брюшной полости, постоянный катетер в мочевой пузырь 3. ушивание сигмы, наложение anus preternaturalis, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта пузыря, цистостомия 4. ушивание дефекта сигмы, дренирование брюшной полости, цистостомия 5. ушивание сигмы, цистостомия, постоянный	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
905.	БОЛЬНАЯ 40 ЛЕТ. ПЛАНИРУЕТСЯ ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ. КАМЕНЬ ЛОХАНКИ 3030 ММ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ. ЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. ампутацию матки 2. пиелолитотомию 3. пиелолитотомию 4. ампутацию матки и пиелолитотомию одномоментно 5. пункционную нефростомию	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
906.	ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК, КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 25-25 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ. РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. ударно-волновая литотрипсия 2. пункционная нефролитотомия, нефростомия 3. консервативное лечение 4. пиелолитотомия, игнипунктура 5. нефростомия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

907.	У БОЛЬНОГО УРЕТЕРОЦЕЛЕ ДИАМЕТРОМ 1,5 СМ. ЕМУ ПОКАЗАНО 1.иссечение уретероцеле на открытом пузыре 2. эндовезикальное рассечение уретероцеле 3.баллонная дилатация устья мочеточника 4.цистоуретеронеоанастомоз 5.вмешательство не показано	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
908.	У БОЛЬНОГО УРЕТЕРОЦЕЛЕ 4-5 СМ В ДИАМЕТРЕ, ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗ. ЕМУ ПОКАЗАНО 1. антирефлюксная уретероцистонеостомия 2. пункционная нефростомия, как I-ый этап 3. цистоуретеронеоанастомоз с антирефлюксной защитой и одновременно пункционная нефростомия 4. эндовезикальное рассечение уретероцеле 5. трансвезикальное иссечение уретероцеле	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
909.	БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ. 2 НЕБОЛЬШИХ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ЦИСТИТА. РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. ударно-волновая литотрипсию 2. аденомэктомия, цистолитотомия, цистостомия 3. трансуретральную литотрипсия аппаратом "Урат-II" 4. растворение камней 5. вмешательство не показано	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
910.	СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, НЕФРОСКЛЕРОЗ, ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. нефрэктомия 2. пластика почечной артерии	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. вмешательство не показано 4. длительно гипотензивная терапия 5. баллонная дилатация почечной артерии			
911.	ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ И ЭПИСПАДИИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ: 1. в грудном возрасте 2. в дошкольном возрасте 3. в школьном возрасте 4. в период полового созревания 5. после полового созревания до призыва в армию	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
912.	ЛОХАНКУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УШИВАТЬ 1. танталовыми скрепками 2. кетгутом 3. нейлоном 4. шелком 5. склеивать синтетическим клеем	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
913.	ДРЕНИРОВАНИЕ ПО МЕТОДУ БУЯЛЬСКОГО-МАК-УОРТРА ПОКАЗАНО 1. при перевязке мочеточника 2. при рассечении мочеточника в нижней трети без урогематомы 3. при резекции мочеточника в средней трети 4. при резекции мочеточника в нижней трети 5. при ранении мочеточника в нижней трети и урогематоме таза	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
914.	ПРИ ПЕРЕСЕЧЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА НА УРОВНЕ СОСУДОВ ТАЗА В ХОДЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ 1. нефростомию	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. уретероуретероанастомоз на интубационной трубке/катетере 3. дренирование мочи из почки мочеточниковым катетером 4. стентирование мочеточника 5. операцию Боари			
915.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ И МОЧЕВОЙ ФЛЕГМОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. нефростомия 2. уретрокутанеостомия 3. анастомоз мочеточника «конец-в-конец» 4. широкое дренирование парауретеральной клетчатки 5. нефростомия в сочетании с широким дренированием парауретеральной и паравезикальной клетчатки	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
916.	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА НА 5-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. снятие лигатуры 2. уретероцистоанастомоз 3. перкутанная нефростомия 4. пиелостомия 5. люмботомия, ревизия декапсуляция почки, нефростомия, дренирование забрюшинного пространства	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
917.	. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ 1. передняя стенка мочевого пузыря 2. боковые стенки мочевого пузыря	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. задняя стенка мочевого пузыря 4. треугольник Льео мочевого пузыря 5. шейка пузыря			
918.	ИЗОЛИРОВАННОЕ ВНУТРИБРЮШИННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ДЕФЕКТ БОЛЕЕ 5 СМ. ПРИ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ. НЕОБХОДИМО 1. ушивание дефекта 2. цистостомия 3. дренирование катетером Фоллея 4. ушивание дефекта с обязательным дренированием катетером Фоллея 5. ушивание дефекта, санация брюшной полости, цистостомия при признаках перитонита - дренирование брюшной полости	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
919.	ПРИ ОБШИРНОМ РАНЕНИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО 1. раздельное ушивание уретры и влагалища 2. катетер Фоля 3. цистостома 4. раздельное ушивание уретры и влагалища с обязательным дренированием мочевого пузыря катетером Фоля 5. раздельное ушивание уретры и влагалища с обязательной эпицистостомией	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
920.	ПОКАЗАНИЕМ К ВЛАГАЛИЩНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. локализация свища в зоне устьев мочеточников 2. локализация свища ниже устьев мочеточников 3. локализация свища в зоне дна мочевого	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	пузыря 4. сочетание пузырно-влагалищного свища с уретро-влагалищным свищом, локализованным в проксимальном отделе уретры 5. сочетание пузырно-влагалищного свища и стриктура мочеточника в нижней трети			
921.	ПОКАЗАНИЕМ К ПУЗЫРНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. локализация свища в зоне устьев мочеточников 2. локализация свища ниже межмочеточниковой складки 3. супратригональный пузырно-уретро-влагалищный свищ в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря 4. пузырно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным свищем 5. пузырно-влагалищный свищ небольших размеров в сочетании с уретеро-влагалищным свищем, локализующимся в дистальном отделе уретры	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
922.	ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. локализация свища в зоне устьев мочеточников 2. локализация свища ниже межмочеточниковой складки 3. супратригональный пузырно-уретро-влагалищный свищ в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря 4. сочетание небольших размеров пузырно-влагалищного свища и уретро-влагалищного свища, локализованных в дистальном отделе уретры 5. комбинированный мочеточниково-пузырно-влагалищный свищ	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

923.	НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ПОКАЗАНА 1. при удовлетворительной функции пораженной почки 2. при нефункционирующей почке 3. при хронической почечной недостаточности 4. при мацерации кожных покровов промежности 5. при явлениях гидронефроза 2 ст.	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
924.	УРЕТЕРОЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗ ПОКАЗАН ПРИ 1. свищ верхней трети мочеточника 2. свище средней трети мочеточника 3. нефункционирующей почке 4. свище нижней трети мочеточника и удовлетворительной функции почки 5. терминальный уретерогидронефроз	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
925.	ОПЕРАЦИЯ БОАРИ ПОКАЗАНА 1. при облитерации юкставезикального отдела нижней трети мочеточника 2. при наружном свище средней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки 3. при стриктуре нижней трети мочеточника и нефункционирующей почке 4. при облитерации нижней трети мочеточника и удовлетворительной функции почки 5. при терминальном уретерогидронефрозе	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
926.	ОПЕРАЦИЯ ПЕТЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ НАПРАВЛЕНА 1. на сдавление уретры	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. на коррекцию заднего пузырно-уретрального угла 3. на уменьшение угла наклона внутреннего отверстия уретры к лобковому симфизу при одновременном приподнимании шейки мочевого пузыря и коррекции этим заднего пузырно-уретрального угла 4. на сдавление парауретральных тканей 5. на сужение шейки мочевого пузыря			
927.	КИСТА УРАХУСА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРЕДПУЗЫРНОЙ ФАСЦИИ РАСПОЛОЖЕНА 1. кпереди к предпузырной фасции 2. в толще предпузырной фасции 3. позади предпузырной фасции 4. сбоку от предпузырной фасции 5. интраабдоминально	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
928.	ПРИ НЕФРОПЕКСИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОДНА ИЗ МЫШЦ ГЛУБОКОГО ОТДЕЛА ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ 1. квадратная мышца поясницы 2. мышца, выпрямляющая позвоночник 3. большая поясничная мышца 4. поперечная мышца живота 5. подвздошная мышца	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
929.	ПРАВИЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ПОЧЕЧНОЙ НОЖКИ СПЕРЕДИ НАЗАД 1. вена, артерия, лоханка 2. артерия, вена, мочеточник 3. вена, мочеточник, артерия 4. мочеточник, вена, артерия 5. артерия, мочеточник, вена	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
930.	. ПИТАНИЕ МОЧЕТОЧНИКА В ЕГО ВЕРХНЕМ	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	(БРЮШНОМ. ОТДЕЛЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1. почечная артерия 2. яичковая артерия 3. ветви брюшной аорты 4. верхняя брыжеечная артерия 5. почечная и яичковая (яичниковая. артерии			
931.	РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГНОЯ НА БЕДРО, ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА И В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРОИСХОДИТ ИЗ СЛЕДУЮЩЕГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ТАЗА 1. позадипрямокишечного 2. предпузырного 3. боковых клетчаточных пространств таза 4. всех вышеперечисленных 5. только из собственно забрюшинного клетчаточного пространства	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
932.	ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ - МАК-УОРТЕРУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1. через мочеполовую диафрагму 2. через глубокую поперечную мышцу промежности 3. через внутреннюю и наружную запирающие мышцы, запирающую мембрану 4. через переднюю часть тазовой и мочеполовой диафрагмы 5. через подвздошную мышцу	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
933.	. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СУЖЕНИЕ МУЖСКОЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ КОРОТКИМ И НАИБОЛЕЕ УЗКИМ 1. у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. в области наружного отверстия уретры 3. в области перепончатой части мочеиспускательного канала 4. во всех указанных местах сужения уретры 5. в области заслонки наружного отверстия уретры			
934.	В ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЕРОЗНАЯ ЖИДКОСТЬ (ВОДЯНКА ЯИЧКА. МОЖЕТ СКАПЛИВАТЬСЯ 1. между наружной и внутренней семенной фасцией 2. между внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка 3. между наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой 4. между белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка 5. между париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
935.	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВНУТРИТАЗОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ШКОЛЬНИКОВУ НОВОКАИН ВВОДЯТ В ФАСЦИАЛЬНЫЙ ФУТЛЯР 1. подвздошно-поясничной мышцы 2. наружной запирательной мышцы 3. внутренней запирательной мышцы 4. мышцы, поднимающей задний проход 5. грушевидной мышцы	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
936.	БЫСТРОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ КЛЕТОК ОПУХОЛИ ЯИЧКА ВОЗМОЖНО 1. в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	2. во внутренние подвздошные лимфатические узлы 3. в поясничные лимфатические узлы 4. в общие подвздошные лимфатические узлы 5. в запирающие лимфатические узлы			
937.	ПРАВАЯ СЕМЕННАЯ ВЕНА ВПАДАЕТ 1. во внутреннюю подвздошную вену 2. в общую подвздошную вену 3. в нижнюю полую вену 4. в почечную вену 5. в воротную вену	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
938.	ОРГАН ПРИЛЕЖАЩИЙ СПЕРЕДИ К ОБЛАСТИ ВОРОТ ПРАВОЙ ПОЧКИ 1. желчный пузырь 2. печень 3. двенадцатиперстная кишка 4. селезенка 5. хвост поджелудочной железы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
939.	ОРГАН, ПРИЛЕЖАЩИЙ К ОБЛАСТИ ВОРОТ ЛЕВОЙ ПОЧКИ 1. желчный пузырь 2. печень 3. двенадцатиперстная кишка 4. селезенка 5. хвост поджелудочной железы	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
940.	"БЕССОСУДИСТАЯ" ЗОНА ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НАХОДИТСЯ 1. строго по "ребру" почки 2. на 1 см кзади от "ребра" почки	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. на 1 см кпереди от "ребра" почки 4. под передней "губой" 5. под задней "губой"			
941.	ДРЕНИРОВАНИЕ ПАРАВЕЗИКАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ПО КУПРИЯНОВУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1. через мочеполовую диафрагму 2. через глубокую поперечную мышцу промежности 3. через внутреннюю и наружную запирающие мышцы, запирающую мембрану 4. через переднюю часть тазовой и мочеполовой диафрагм 5. через подвздошно-поясничную мышцу	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
942.	КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ КПЕРЕДИ ОТ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, НОСИТ НАЗВАНИЕ 1. cavum Retzii 2. cavum Tysoni 3. cavum Amussat 4. cavum Tirelli 5. cavum Buck'i	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
943.	ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ТЕРМИНАЛЬНОГО МОНОЛАТЕРАЛЬНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА ОТКРЫЛСЯ МОЧЕВОЙ СВИЩ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ФУНКЦИЯ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ НЕ НАРУШЕНА. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА И МОЧЕВОГО СВИЩА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. стриктура пиелоуретерального сегмента 2. стриктура юкставезикального отдела	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	мочеточника 3. пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс 4. болезнь Мариона 5. клапан задней уретры			
944.	КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ 1. фимозом 2. опухолью мочевого пузыря 3. инородным телом уретры 4. разрывом уретры 5. камнем мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
945.	ОПЕРАТИВНЫЙ ЛЮМБОТОМИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПО ФЕДОРОВУ ПОКАЗАН 1. при реконструктивных операциях по поводу гидронефроза 2. при радикальной нефрэктомии по поводу опухоли почки 3. при повторных операциях на почке, пиелоуретеральном сегменте 4. при многокамерной кисте в нижнем сегменте почки, операции на пояснично-дистопированной почке, по поводу камня в верхней или средней трети мочеточника 5. при пионефрозах, острых и хронических гнойно-деструктивных процессах в паранефрии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
946.	ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ АНТЕВАЗАЛЬНОГО ПИЕЛОУРЕТЕРОАНАСТОМОЗА ПОВРЕЖДЕНА ДОБАВОЧНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ВЕНА. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	ПЕРИОДЕ 1. развитие ренального флебостаза 2. развитие почечной венной гипертензии 3. развитие инфаркта нижнего полюса почки 4. серьезных осложнений не будет из-за множественности венозных стволов 5. развитие варикоцеле			
947.	ВО ВРЕМЯ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПИЕЛЮЛИТОМИИ, В СВЯЗИ С ОБИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В ПОЧЕЧНОМ СИНУСЕ ПЕРЕВЯЗАН ШИРОКИЙ ВЕНОЗНЫЙ СТЕНОЗ. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 1. развитие ренального флебостаза 2. развитие почечной венной гипертензии 3. развитие инфаркта почки 4. серьезных осложнений не будет из-за множественных венозных анастомозов 5. развитие варикоцеле	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
948.	ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАБРЮШИННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ 1. нарушение питания верхней части прямой кишки 2. нарушение питания сигмовидной кишки 3. нарушение питания нисходящей поперечно-ободочной кишки 4. некроз большей части толстого кишечника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. серьезных осложнений не будет в связи с обширным коллатеральным кровоснабжением из других артериальных сосудов			
949.	НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРОСТАТЫ 1. венозное кровотечение 2. перфорация капсулы простаты 3. экстравазация мочи 4. ТУР-синдром 5. склероз шейки мочевого пузыря	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
950.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ УРЕТРОТОМИИ 1. рецидив стриктуры 2. эректильная дисфункция 3. экстравазация ирригационного раствора в периспонгиозные ткани 4. кровотечение 5. уретрит	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
951.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СТЕНОЗИРОВАНИЯ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ ЗАДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ 1. разрыв стенки лоханки 2. длительные поиски камня, мигрировавшего в чашечку 3. повреждение лоханочно-мочеточникового сегмента 4. повреждение почечной губы	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. кровотечение из вен почечной губы			
952.	а. при одиночных камнях в экстраренальной лоханке 2. при коралловидном камне 1ст. и камне верхней чашечке 3. при коралловидном камне 2ст. внутривнепочечной лоханке 4. при рецидивирующем уролитиазе, выраженном педункулите, 5. при множественных и не вполне сформировавшихся камнях лоханки и чашечек	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
953.	ОСНОВНОЙ НЕДОСТАТОК ПОЯСНИЧНЫХ ЛЮМБОТОМИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОЛИТИАЗА 1. трудности удаления камня верхней трети мочеточника 2. технические трудности удаления одиночного камня из экстраренальной лоханки 3. трудности удаления коралловидного камня 1ст из экстраренальной лоханки 4. трудности удаления камня пиелоуретерального сегмента почки 5. пересечение больших массивов мышц и нервов	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 11
954.	НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕЦИДИВНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ СПРАВА 1. повреждение париетальной брюшины 2.ранение нижней полой вены 3. кровотечение из вен почечной губы 4. повреждение плеврального синуса	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. пересечения n.intercostalis и n.hypogastrics			
955.	ПОКАЗАНИЯ К НИЖНЕЙ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ 1. камень внутрипочечной лоханки, осложненный педункулитом 2. коралловидный камень ХИст. 3. стриктура шейки нижней чашечки 4. камень нижней чашечки 5. синдром Фрейли, камень чашечки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
956.	ДЛЯ НЕФРЭКТОМИ ПО ПОВОДУ ПИОНЕФРОЗА, СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПАРАНЕФРИТА ПОКАЗАНА 1. нефропиелостомия 2. стандартная открытая нефрэктомия 3. лапароскопическая нефрэктомия 4. субкапсулярная нефрэктомия 5. нефрэктомия из минидоступа	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6