

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

**Институт урологии и репродуктивного здоровья человека**

**Методические материалы по дисциплине:**

**Урология**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования - программа специалитета  
31.05.02 Педиатрия

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. Фактором риска развития гиперплазии простаты является:
  - A. Пожилой возраст +
  - B. ЗППП
  - C. Курение
  - D. Сахарный диабет
  
2. К симптомам опорожнения относятся:
  - A. учащенное дневное мочеиспускание
  - B. учащенное ночное мочеиспускание
  - C. задержка начала мочеиспускания +
  - D. императивные позывы
  
3. К накопительным симптомам относятся:
  - A. затрудненное мочеиспускание вялой струей
  - B. ночная поллакиурия +
  - C. задержка начала мочеиспускания
  - D. ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
  
4. Что такое императивное недержание мочи:
  - A. затрудненное мочеиспускание вялой струей
  - B. задержка начала мочеиспускания
  - C. дневная поллакиурия
  - D. неконтролируемые позывы, которые могут сопровождаться неудержанием мочи +
  
5. Какие последствия могут быть при большом объеме остаточной мочи:
  - A. присоединение инфекции
  - B. образование конкрементов мочевого пузыря
  - C. образование дивертикулов мочевого пузыря
  - D. все ответы верные +
  
6. У пациента возникла острая задержка мочи. Ваша тактика:
  - A. катетеризация мочевого пузыря
  - B. назначение диуретиков
  - C. троакарная цистостомия
  - D. верные ответы A и C +
  
7. Для количественной оценки выраженности симптомов нарушения мочеиспускания применяют:

- A. анкету МИЭФ
- B. опросник IPSS +
- C. шкалу Апгар
- D. индекс Чарлсона

8. 1-я стадия гиперплазии простаты характеризуется объемом остаточной мочи:

- A. до 30 мл
- B. до 50 мл +
- C. до 80 мл
- D. до 120 мл

9. 2-я стадия гиперплазии простаты характеризуется объемом остаточной мочи:

- A. более 30 мл
- B. до 50 мл
- C. более 50 мл +
- D. более 100 мл

10. 3-я стадия гиперплазии простаты характеризуется:

- A. возникновением парадоксальной ишурии +
- B. объемом остаточной мочи более 300 мл
- C. объемом остаточной мочи более 50 мл
- D. объемом остаточной мочи более 100 мл

11. Что такое парадоксальная ишурия:

- A. учащение мочеиспускание в дневное время
- B. учащение мочеиспускание в ночное время
- C. боль в конце акта мочеиспускания
- D. капельное выделение мочи из уретры на фоне переполненного мочевого пузыря +

12. Урофлоуметрия позволяет оценить:

- A. среднюю скорость мочеиспускания
- B. тип мочеиспускания
- C. максимальную скорость мочеиспускания
- D. все ответы верные +

13. Уровень простатспецифического антигена в норме составляет:

- A. менее 4 нг/мл +

- В. менее 2 нг/мл
- С. менее 5 нг/мл
- Д. более 4,5 нг/мл

14. Какие препараты не применяются при лечении гиперплазии простаты:

- А.  $\alpha 1$ -адреноблокаторы
- В. ингибиторы  $5\alpha$ -редуктазы
- С. ингибиторы протонной помпы +
- Д. комбинация препаратов

15. Какой объем простаты является показанием к оперативному вмешательству:

- А. любой объем больше нормы
- В. более 50 см<sup>3</sup>
- С. более 150 см<sup>3</sup>
- Д. объем простаты не является показанием к операции +

16. Не является показанием к оперативному лечению гиперплазии простаты:

- А. объем остаточной мочи более 50 мл
- В. максимальная скорость мочеиспускания менее 20 мл/с +
- С. камни мочевого пузыря, сформировавшиеся вследствие хронической задержки мочи
- Д. эпизод острой задержки мочи в анамнезе

17. «Золотым стандартом» оперативного лечения гиперплазии простаты является:

- А. трансуретральная резекция +
- В. лапароскопическая аденомэктомия
- С. робот-ассистированная аденомэктомия
- Д. позадилоная аденомэктомия

18. К малоинвазивным методикам лечения гиперплазии простаты не относят:

- А. установку простатических стентов и систем UroLift
- В. лапароскопическую аденомэктомию +
- С. трансуретральное электрочастотное воздействие
- Д. трансуретральную микроволновую термотерапию

19. Для дифференциальной диагностики гиперплазии и рака простаты применяют:

- А. биопсию простаты

- В. определение уровня простатспецифического антигена в крови
- С. мрт органов малого таза с контрастированием
- Д. все ответы верные +

20. У какого процента мужчин старше 70 лет диагностируется аденома простаты:

- А. 25-30
- В. 40-45
- С. 55-60
- Д. 70-80 +

21. У какого процента мужчин старше 60 лет диагностируется аденома простаты:

- А. 25-30
- В. 45
- С. 60 +
- Д. 70-80

22. Под воздействием 5 $\alpha$ -редуктазы тестостерон превращается в:

- А. эстроген
- В. 5 $\alpha$ -дигидротестостерон +
- С.  $\alpha$ -фетопротеин
- Д. альдостерон

23. У какого процента мужчин гиперплазия простаты подвержена прогрессирующему росту:

- А. 20-30%
- В. 35-45%
- С. 65-70%
- Д. 80-90% +

24. Как часто необходимо определять уровень ПСА после оперативного лечения аденомы простаты:

- А. 1 раз в 2 года
- В. 2 раза в год
- С. 1 раз в год +
- Д. 1 раз в 5 лет

25. Удалением гиперплазии простаты из открытого доступа является оперативного лечения гиперплазии простаты является:

- А. чреспузырная аденомэктомия

- В. лапароскопическая аденомэктомия
- С. позадилобная аденомэктомия
- Д. верные ответы А и С +

26. характеризуется непроизвольным подтеканием мочи при любом повышении внутрибрюшного давления.

- А. Стрессовое недержание +
- В. Поллакиурия
- С. Ночное недержание
- Д. Императивное недержание

27.Равномерное содержание лейкоцитов во всех порциях мочи при трёхстаканной пробе свидетельствует о воспалительном процессе:

- А. В почках +
- В. В передней уретре
- С. В предстательной железе
- Д. В мочеиспускательном канале

28.Для ... наиболее характерна острая боль с иррадиацией в поясничную область и по ходу мочеточника

- А. Почечной колики +
- В. Заболеваний мочевого пузыря
- С. Хронического пиелонефрита
- Д. Воспаления предстательной железы

29.Наиболее частой причиной императивного недержания является:

- А. Гиперактивность детрузора +
- В. Травма спинного мозга
- С. Осложнение после аденомэктомии
- Д. Инфравезикальная обструкция

30.... является механизмом возникновения почечной колики после гематурии при злокачественной опухоли почки.

- А. Обтурация просвета мочеточника сгустком крови +
- В. Перегиб мочеточника
- С. Аллергический отек мочеточника
- Д. Обтурация просвета мочеточника почечным камнем

31.Ущемление суженной крайней плоти позади головки полового члена называется:

- А. Парафимоз +
- В. Фимоз
- С. Баланопостит
- Д. Эпидидимоорхит

32.Воспалительный процесс локализуется в передней уретре если повышенное количество лейкоцитов обнаруживают ... порции мочи.

- А. В первой +
- В. Во второй
- С. В третьей

D. Во всех трёх

33.Размер микропениса в состоянии эрекции составляет:

A. Менее 7 см +

B. Менее 10 см

C. Менее 8 см

D. Менее 8.5 см

34.... характеризуется обнаружением в моче лимфы.

A. Хилурия +

B. Пиурия

C. Пневматурия

D. Гидатидурия

35.При гиперплазии простаты с ирритативной симптоматикой частые мочеиспускания беспокоят:

A. Преимущественно ночью +

B. Преимущественно днем

C. В утренние часы

D. В течение всего дня

36.Наиболее частая причина почечной колики — это:

A. Камень мочеточника +

B. Дистопия почки

C. Перегиб мочеточника

D. Опухоль почки

37.... является методом диагностики источника гематурии.

A. МСКТ органов мочевой системы с контрастом +

B. Уретеропиелография

C. Цистография

D. Экскреторная урография

38.Отсутствие эякуляции при половом акте — это:

A. Асперматизм +

B. Аспермия

C. Азооспермия

D. Сперматорея

39.К факторам риска камнеобразования не относится:

A. Высокое содержание уровня мочевой кислоты в крови +

B. Высокое содержание эритроцитов в моче

C. Высокое содержание уксусной кислоты в моче и крови

D. Высокое содержание лецитиновых зёрен в моче

40.Учащенное мочеиспускание малыми порциями называется:

A. Поллакиурия +

B. Ишурия

C. Странгурия

D. Олигурия

41.Симптомы нарушения опорожнения относят к:

- A. Обструктивным +
- B. Деструктивным
- C. Ирритативным
- D. Императивным

42. Асептическая пиурия наиболее часто встречается при:

- A. Туберкулезе мочевой системы +
- B. Филяриозе
- C. Сахарном диабете
- D. Онкологических заболеваниях

43. Ложная протеинурия отличается от истинной наличием ... в моче.

- A. Крови и гноя +
- B. Крови
- C. Эпителиальных цилиндров
- D. Лимфы

44. Истинная протеинурия чаще связана с:

- A. Повреждением почечных клубочков +
- B. Содержанием бактерий в моче
- C. Нарушением пуринового обмена
- D. Поражением дистального отдела нефрона

45. Баланопостит – это воспаление:

- A. Головки полового члена и крайней плоти +
- B. Головки полового члена
- C. Препуциального мешка
- D. Парауретальных желез

46. При хроническом уретрите боль во время мочеиспускания:

- A. Сопровождается ощущением жжения, зуда +
- B. Сильная и острая
- C. Отсутствует
- D. Возникает периодически

47. Гематурия при опухоли почки чаще носит характер:

- A. Тотальной +
- B. Инициальной
- C. Терминальной
- D. Начальной

48. Выделения ... из мочеиспускательного канала не носят патологический характер.

- A. Секрета желез Литтре +
- B. Спермы до полового акта
- C. Секрета предстательной железы
- D. Крови вне акта мочеиспускания

49. Аномалия развития, при которой одно или оба яичка не находятся в мошонке – это:

- A. Крипторхизм +



- В. Гидроцеле
- С. Парафимоз
- Д. Эпидидимоорхит

50. Лабораторный тест, используемый для определения ориентировочной локализации пиурии, называется:

- А. Трёхстаканная проба +
- В. Проба Зимницкого
- С. Проба Нечипоренко
- Д. Сбор суточной мочи

51. Характеристикой анурии является:

- А. Диурез менее 50 мл в сутки +
- В. Наличие тромба в почечных венах
- С. Пустой мочевого пузырь
- Д. Наличие миоглобина в крови

52. Затрудненное мочеиспускание вялой струей характерно для ... симптома.

- А. Обструктивного +
- В. Деструктивного
- С. Императивного
- Д. Ирритативного

53. Данная последовательность симптомов — ... указывает на почечную колику.

- А. Острая боль, гематурия +
- В. Острая боль, ишурия
- С. Ноющая боль, гематурия
- Д. Гематурия, острая боль

54. При ретроградной эякуляции сперма попадает в:

- А. Мочевой пузырь +
- В. Мочеиспускательный канал
- С. Семенные пузырьки
- Д. Урогенитальную диафрагму

55. Следствием патологического состояния мочевой системы не является ... форма анурии.

- А. Преренальная +
- В. Аренальная
- С. Постренальная
- Д. Ренальная

56. Содержание в моче большого количества щавелевой кислоты наблюдается при:

- А. Оксалатурии +
- В. Хилурии
- С. Фосфатурии
- Д. Уратурии

57. К obstructивным симптомам относится:
- A. Прерывистое мочеиспускание +
  - B. Учащенное мочеиспускание
  - C. Недержание мочи
  - D. Императивные позывы к мочеиспусканию
58. Допустимое количество лейкоцитов в 1 мл мочи в норме, определяемое пробой Нечипоренко составляет ... клет/мл.
- A. До 2000 +
  - B. До 100
  - C. До 1000
  - D. До 500
59. Лабораторный тест, используемый для определения ориентировочной локализации источника гематурии, называется:
- A. Трёхстаканная проба +
  - B. Проба Нечипоренко
  - C. Проба Реберга-Тареева
  - D. Проба Зимницкого
60. При ... наблюдается менее 4% морфологически нормальных форм сперматозоидов.
- A. Тератозооспермии +
  - B. Астенозооспермии
  - C. Олигозооспермии
  - D. Азооспермии
61. Отсутствие мочи в мочевом пузыре характерно для:
- A. Анурии +
  - B. Олигурии
  - C. Ишурии
  - D. Пневматурии
62. Отсутствие эритроцитов в моче при окрашивании её в темно-бордовый цвет наблюдается при таком симптоме как:
- A. Гемоглобинурия +
  - B. Гематурия
  - C. Пиурия
  - D. Хилурии
63. Для ... характерна невозможность мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре.
- A. Острой задержки мочеиспускания +
  - B. Анурии
  - C. Парадоксальной ишурии
  - D. Постренальной анурии
64. Уменьшение в эякуляте зрелых сперматозоидов – это:
- A. Олигозооспермия +
  - B. Олигоспермия
  - C. Азооспермия

D. Астенозоспермия

65. Наиболее информативным методом диагностики при почечной колике является:

A. МСКТ органов мочевой системы +

B. Хромоцистоскопия

C. Рентгенограмма мочевой системы

D. Экскреторная урография

66. Локализация боли над лонным сочленением наиболее вероятно указывает на заболевание:

A. Мочевого пузыря +

B. Предстательной железы

C. Почек

D. Верхних мочевых путей

67. Патологическое состояние, при котором невозможно обнажить головку полового члена называется:

A. Фимоз +

B. Парафимоз

C. Баланопостит

D. Кавернит

68. Червеобразные сгустки крови в моче характерны для:

A. Опухоли почки +

B. Разрыва почки

C. Опухоли мочевого пузыря

D. Гнойного пиелонефрита

69. Воспаление семенных пузырьков называется:

A. Везикулит +

B. Эпидимидит

C. Орхит

D. Фуникулит

70. К причинам возникновения ... не относится патология семявыносящих протоков

A. Олигоспермии +

B. Олигозооспермии

C. Аспермии

D. Асперматизма

71. ... варикоцеле встречается наиболее часто.

A. Левостороннее +

B. Правостороннее

C. Двустороннее

D. Симптоматическое

72. Выделение крови с мочой наблюдается при:

A. Гематурии +

B. Уретроррагии

C. Миоглобинурии

D. Протеинурии

73. Отсутствие почечной ткани характерно для ... формы анурии

A. Аренальной +

B. Ренальной

C. Постренальной

D. Преренальной

74. Локальное уплотнение, пальпируемое в теле полового члена, симптом:

A. Болезни Пейрони +

B. Баланопостита

C. Парафимоза

D. Остроконечных кондилом

75. ... – это непроизвольное мочеиспускание во сне, при нормальном мочеиспускании днём.

A. Ночной энурез +

B. Императивное недержание

C. Ночная поллакиурия

D. Странгурия

76. Наиболее часто МКБ встречается в возрасте \_\_\_\_\_:

A. A 30-50 лет +

B. B 50-70 лет

C. C 70-90 лет

D. D 20-40 лет

77. К эндогенным факторам развития МКБ не относятся \_\_\_\_\_:

A. A алиментарные особенности +

B. B дефицит или передозировка витамином D

C. C стриктура мочеточника или лоханочно-мочеточникового сегмента

D. D инфекции мочевых путей

78. Минимальный срок проведения антибактериальной терапии при остром или хроническом калькулезном пиелонефрите:

A. 7-14 дней +

B. 5-10 дней

C. 14-21 день

D. 3-5 дней

79. Камни лоханки, дающие ветвистые отростки в чашечки носят название \_\_\_\_\_:

A. Акоралловидных +

B. скалистых

C. веточных

D. отростковых

80. Наиболее характерными клиническими симптомами при МКБ является все, кроме \_\_\_\_\_:
- A. ишурии
  - B. дизурии
  - C. пиурии
  - D. боли в пояснице
81. При наличии камней обоих мочеточников или при камнях мочеточника единственной почки может развиваться \_\_\_\_\_:
- A. постренальная анурия +
  - B. ренальная анурия
  - C. преренальная анурия
  - D. ишурия
82. При экскреторной урографии контрастированная моча располагается над камнем в расширенном мочеточнике, как бы указывая на камень (симптом «указательного пальца» - \_\_\_\_\_):
- A. Лихтенберга +
  - B. Ласега
  - C. Лермитта
  - D. Лихтенштерна
83. \_\_\_\_\_ в настоящее время является наиболее совершенным и информативным методом диагностики камней мочевых путей:
- A. МСКТ +
  - B. УЗИ
  - C. ТРУЗИ
  - D. МРТ
84. Почечную колику необходимо дифференцировать с \_\_\_\_\_:
- A. внематочной беременностью +
  - B. дивертикулитом
  - C. гастритом
  - D. проктитом
85. « \_\_\_\_\_ почка» - отсутствие поступления рентгеноконтрастного вещества в ЧЛС при полной окклюзии мочеточника:
- A. белая +
  - B. серая
  - C. черная
  - D. немая
86. Норма pH мочи \_\_\_\_\_:
- A. 6,2-6,8+
  - B. 5,3-6,1
  - C. 6,9-7,5

D. 4,6-5,2

87. Из мочевой кислоты состоят \_\_\_\_\_ камни:

- A. Уратные+
- B. оксалатные
- C. фосфатные
- D. карбонатные

88. УЗИ позволяет оценить все, кроме \_\_\_\_\_:

- A. плотности камня+
- B. размера камня
- C. локализации камня
- D. степень дилатации ЧЛС

89. К рентгенонегативным камням относят \_\_\_\_\_:

- A. Уратные+
- B. фосфатные
- C. оксалатные
- D. карбонатные

90. При ультразвуковом исследовании почек конкремент выглядит, как \_\_\_\_\_ образование:

- A. Гиперэхогенное+
- B. Анэхогенное
- C. Гипоэхогенное
- D. Изоэхогенное

91. Вероятность спонтанного отхождения камней размером 4–6 мм достигает \_\_\_\_\_:

- A. 80%+
- B. 90%
- C. 70%
- D. 60%

92. 17 Лекарственному литолузу подвергаются только \_\_\_\_\_ камни:

- A. Уратные+
- B. фосфатные
- C. оксалатные
- D. карбонатные

93. Исследование уровня гормонов \_\_\_\_\_ проводится в диагностике МКБ:

- A. кальцитонина и паратгормона+
- B. тестостерона и ХГЧ
- C. ренина и ангиотензина
- D. вазопрессина и альдостерона

94. Оптимальным для ДЛТ являются камни почки размером \_\_\_\_\_

и камни мочеточника \_\_\_\_\_:

- A. 1,5-2,0 см и до 1 см+
- B. до 1 см и до 0,5 см
- C. 2,5-3 см и до 1,5 см
- D. 0,5-1,5 см и до 0,5 см

95. \_\_\_\_\_ относится к нехирургическому методу дробления камней:

- A. ДЛТ+
- B. ЧНЛТ
- C. РИРХ
- D. УРС

96. \_\_\_\_\_ не применяются для купирования почечной колики:

- A. антибактериальные препараты+
- B. спазмолитики
- C. спазмоанальгетики
- D. НПВС

97. Наиболее частым и грозным осложнением МКБ является \_\_\_\_\_:

- A. острый обструктивный пиелонефрит+
- B. абсцесс почки
- C. уретерогидронефроз
- D. отрыв мочеточника

98. Камни, образующиеся в асептической моче:

- A. Первичные+
- B. вторичные
- C. асептические
- D. стерильные

99. К наиболее распространенным теориям образования камней почек не относится:

- A. теория осколка+
- B. теория матрицы
- C. теория катара лоханки
- D. коллоидная теория

100. Гематурия на фоне острой окклюзии мочеточника возможна по причине \_\_\_\_\_:

- A. венозной гипертензии в почке +
- B. артериальной гипертензии в почке
- C. повреждения камнем слизистой мочеточника
- D. разрыва почки

101. Смешанная антиглобулиновая реакция (MAR-тест) проводится для определения \_\_\_\_\_ в эякуляте.

- A. антиспермальных антител
  - B. концентрации сперматозоидов
  - C. абсолютного числа лейкоцитов
  - D. бактерий
102. В некоторых случаях единственной возможностью дифференцировать секреторную и экскреторную формы азооспермии при нормальных размерах яичек и уровне ФСГ позволяет:
- E. Биопсия яичек
  - F. УЗИ
  - G. Хромосомный анализ
  - H. Спермограмма
103. Показанием к проведению генетического теста у мужчин с бесплодием является:
- A. Выраженная олигозооспермия
  - B. Лейкоспермия
  - C. Повреждение яичка
  - D. Воспаление семявыносящих путей
104. Под бесплодием (инфертильностью) понимается неспособность супружеской пары репродуктивного возраста, не использующей средства контрацепции, зачать ребенка в течение \_\_\_\_\_ при регулярной половой жизни.
- A. 12 и более месяцев
  - B. 9 месяцев
  - C. 6 месяцев
  - D. 3 месяцев
105. Количество сперматозоидов в эякуляте при резко выраженной олигозооспермии \_\_\_\_\_ в 1 мл.
- A. <5 млн
  - B. 6-8 млн
  - C. 10-15 млн
  - D. 50-70 млн
106. Форма бесплодия, при которой нарушен процесс выведения сперматозоидов при их сохранной выработке, называется:
- A. Экскреторной
  - B. Секреторной
  - C. Смешанной
  - D. Обструктивной
107. К тестикулярным нарушениям, приводящим к мужскому бесплодию, относится:
- A. Варикоцеле
  - B. Задержка полового развития
  - C. Эректильная дисфункция
  - D. Гипоспадия
108. Эякулят для исследования получают после \_\_\_\_\_ воздержания.
- A. 2-4 дней
  - B. 8-10 дней
  - C. 14 дней



- D. 1 месяца
109. Нормальным количеством сперматозоидов в эякуляте по данным Руководства ВОЗ [2010 г., 5-е издание] считается:
- A. 40 млн и более
  - B. 10-20 млн
  - C. 5-10 млн
  - D. <5 млн
110. Доля (в процентах) прогрессивно-подвижных сперматозоидов ниже нормальных значений называется:
- A. Астенозооспермией
  - B. Тератозооспермией
  - C. Азооспермией
  - D. Некрозооспермией
111. Тератозооспермия характеризуется изменением \_\_\_\_\_ сперматозоидов.
- A. Морфологии
  - B. Количества
  - C. Подвижности
  - D. Количества и подвижности
112. Длительность лекарственной терапии мужской инфертильности составляет:
- A. Не менее 3 месяцев
  - B. 1-2 недели
  - C. 1 месяц
  - D. не менее 1 года
113. Метод исследования, позволяющий диагностировать крипторхизм:
- A. УЗИ
  - B. Хромосомный анализ
  - C. MER-тест
  - D. Исследование эякулята
114. Группа препаратов, назначаемых с целью медикаментозной коррекции гиперпролактинемии у мужчин:
- A. Агонисты дофаминовых рецепторов
  - B. Антиэстрогены
  - C. Анаболические стероиды
  - D. Гонадотропины
115. Варикоцеле относится к \_\_\_\_\_ факторам бесплодия.
- A. Претестикулярным
  - B. Тестикулярным
  - C. Посттестикулярным
  - D. Сочетанным
116. Наиболее вероятный врожденный порок развития мочеполовой системы, приводящий к бесплодию, у мужчин в браке со здоровой женщиной и при нормальных показателях спермограммы называется:
- A. Гипоспадия
  - B. Варикоцеле
  - C. Монорхизм

- D. Односторонний крипторхизм
117. Нормальной концентрацией сперматозоидов в эякуляте по данным Руководства ВОЗ [2010 г., 5-е издание] считается \_\_\_\_\_ в 1 мл.
- A. 15 млн и более
  - B. 10-14 млн
  - C. 5-10 млн
  - D. 100 тыс.
118. К агенезии семявыносящих протоков приводит мутация гена \_\_\_\_\_.
- A. CFTR
  - B. KRAS
  - C. BRCA1
  - D. EGFR
119. Эффективный метод ВРТ, применяющийся при мужском факторе бесплодия, для осуществления которого достаточно даже одного полноценного сперматозоида:
- A. ИКСИ
  - B. ЭКО
  - C. Искусственная инсеминация спермой мужа
  - D. Искусственная инсеминация спермой донора
120. Длительность сперматогенеза составляет около \_\_\_\_\_ суток.
- A. 60-70
  - B. 100-120
  - C. 10-20
  - D. 2-3
121. В ситуациях, когда при сохраненном у мужчины оргазме нет эякуляции, выполняется исследование:
- A. Посторгазменной мочи
  - B. Общего анализа мочи
  - C. Гормонов крови
  - D. Биохимического анализа крови
122. Цель первого этапа обследования мужчин в бесплодной паре – это:
- A. Установить факт наличия бесплодия или его отсутствие
  - B. Установить причину бесплодия
  - C. Установить патологический механизм бесплодия
  - D. Профилактика бесплодия
123. В норме количество лейкоцитов в эякуляте по данным Руководства ВОЗ [2010 г., 5-е издание] составляет \_\_\_\_\_.
- A. менее 1 млн
  - B. 2-3 млн
  - C. 40 млн и более
  - D. 15 млн и более
124. Посттестикулярным резервуаром для сперматозоидов является:
- A. Хвост придатка яичка
  - B. Семявыносящий проток
  - C. Предстательная железа
  - D. Извитые семенные канальцы
125. Идиопатическое бесплодие выявляется в \_\_\_\_\_ случаев.

- A. 30-40%
- B. 1-2%
- C. 5-10%
- D. 85-90%

126. При выявлении каких-либо изменений в эякуляте данное исследование повторяют через:

- A. 2-3 недели
- B. 2-3 месяца
- C. 6-12 месяцев
- D. 1-2 дня

127. При нарушении секреции гонадотропинов для исключения аденомы гипофиза выполняют:

- A. МРТ
- B. УЗИ органов малого таза
- C. Хромосомный анализ
- D. Биопсию яичка

128. Основным показателем оплодотворяющей способности сперматозоида является:

- A. Подвижность сперматозоидов
- B. Объем эякулята
- C. Содержание фруктозы в эякуляте
- D. pH эякулята

129. Изолированная аплазия сперматогенного эпителия при нормальном развитии наружных половых признаков у мужчин известна так же, как:

- A. Синдром дель Кастильо
- B. Синдром Шихана
- C. Синдром Паскуалини
- D. Синдром Клайнфельтера

130. «Строгие» критерии Крюгера необходимы для оценки \_\_\_\_\_ сперматозоидов.

- A. Морфологии
- B. Общего количества
- C. Подвижности
- D. Количества живых

131. Дефицит андрогенов у мужчин проявляется:

- A. Окружностью талии более 94 см
- B. Избыточным оволосением на лице и теле
- C. Жирной себореей
- D. Снижение тембра голоса

132. Объем яичка в норме не превышает \_\_\_\_\_ см<sup>2</sup>.

- A. 15
- B. 45
- C. 1-2
- D. 7-10

133. Диагноз «эректильная дисфункция» может быть установлен при отсутствии эрекции в течение:

- A. 3 и более месяцев

- B. 1 месяца
  - C. 6 месяцев
  - D. 12 месяцев
134. Для уточнения состояния органов мошонки, а также структуры предстательной железы, семенных пузырьков и семявыносящих путей выполняется
- A. УЗИ
  - B. Хромосомный анализ
  - C. Биопсия
  - D. Пальпация
135. Мужчине с жалобами на бесплодие и диагностированным варикоцеле показано:
- A. Оперативное лечение
  - B. Терапия агонистами дофаминовых рецепторов
  - C. Терапия антиэстрогенами
  - D. Применение методов ВРТ без предшествующего лечения
136. При неэффективности патогенетической и эмпирической терапии у мужчин с бесплодием для достижения желанной беременности у супружеской пары применяют:
- A. Методы вспомогательных репродуктивных технологий
  - B. Повторное хирургическое лечение
  - C. Длительную консервативную терапию
  - D. Мануальную терапию
137. Лейкоцитоспермия, диагностированная по результатам спермограммы, является показанием к:
- A. Верификации инфекционных агентов
  - B. Исследованию уровня гормонов
  - C. Хромосомному анализу
  - D. Незамедлительной биопсии яичек
138. Задержка полового развития, евнухоидное телосложение, нормальный размер яичек и сниженный базальный и стимулированный уровни ЛГ в сыворотке крови у мужчин с бесплодием являются признаками синдрома:
- A. Паскуалини
  - B. Клайнфельтера
  - C. Рейфенштейна
  - D. Шихана
139. Причиной аутоиммунного бесплодия у мужчин является:
- A. Разрушение гематотестикулярного барьера
  - B. Аденома гипофиза
  - C. Обструкция семявыносящих путей
  - D. Гипоспадия
140. Поражение на уровне яичек, при котором нарушен процесс продукции сперматозоидов при их сохранном выведении, относится к \_\_\_\_\_ форме мужского бесплодия.
- A. Секреторной
  - B. Экскреторной
  - C. Смешанной

- D. Обструктивной
141. Мужской гипогонадизм может проявляться в \_\_\_\_\_ возрасте.
- A. Любом
  - B. Только молодым
  - C. Только зрелом
  - D. Только пожилым
142. За обеспечение и поддержание сперматогенеза отвечают:
- A. сустеноциты
  - B. интерстициальные эндокриноциты
  - C. питуциты
  - D. гонадотропоциты
143. Биохимическое «созревание» сперматозоидов происходит в \_\_\_\_\_.
- A. Придатке яичка
  - B. Извитых семенных канальцах
  - C. Интерстициальной ткани между канальцами яичка
  - D. Семявыносящем протоке
144. Кислотность эякулята в норме:
- A. Слабощелочная
  - B. Слабокислая
  - C. Кислая
  - D. Щелочная
145. При некоторых патологических изменениях в организме мужчин выявление антиспермальных антител возможно благодаря:
- A. Тестам с иммунными шариками
  - B. Гормональному исследованию
  - C. Биопсии яичек
  - D. ПЦР методу
146. К неизлечимой форме мужского бесплодия относится:
- A. Крипторхизм+
  - B. Дефицит секреции гонадотропинов
  - C. Односторонний эпидидимит
  - D. Варикоцеле
147. Показанием к оперативному лечению варикоцеле является:
- A. Нарушение сперматогенеза+
  - B. Возраст пациента
  - C. Результаты гормонального исследования
  - D. Пальпация органов мошонки
148. Процент морфологически нормальных сперматозоидов ниже нормативных значений – это:
- A. Тератозооспермия+
  - B. Аспермия
  - C. Олигозооспермия
  - D. Некрозооспермия
149. Одной из причин агглютинации и нарушения подвижности сперматозоидов выступает:
- A. Патогенные микроорганизмы+
  - B. Дефицит секреции гонадотропинов

- C. Синдром гиперкоагуляции
  - D. Повышенный уровень фруктозы в спермограмме
150. Синдром Рейфенштейна характеризуется:
- A. Частичной нечувствительностью к андрогенам+
  - B. Изолированной аплазией сперматогенного эпителия
  - C. Дефицитом 5 $\alpha$ -редуктазы
  - D. Врожденным дефицитом ГнРГ
151. Гистологический вариант почечноклеточного рака:
- A. Светлоклеточный
  - A. Перстневидноклеточный
  - B. Плоскоклеточный
  - C. Муцинозный
152. Гистологический вариант почечноклеточного рака:
- A. Хромофобный
  - B. Крупноклеточный
  - C. Мелкоклеточный
  - D. Гигантоклеточный
153. Гистологический вариант почечноклеточного рака:
- A. Папиллярный
  - B. Мелкоклеточный
  - C. Муцинозный
  - D. Перстневидноклеточный
154. К доброкачественной опухоли почки относится:
- A. онкоцитома
  - B. опухоль Гравитца
  - C. гипернефрома
  - D. опухоль Панкоста
155. К доброкачественной опухоли почки относится:
- a. ангиомиолипома
  - A. опухоль Панкоста
  - B. опухоль Гравитца
  - C. гипернефрома
156. Рак почки чаще встречается у:
- A. мужчин
  - B. женщин
  - C. людей обоих полов приклонного возраста
  - D. детей
157. Число заболевших почечноклеточным ежегодно увеличивается на:
- A. 2-3%
  - B. 0,5-1%
  - C. 4-5%
  - D. 10-11%

158. Эмбриональная аденомиосаркома носит название опухоли:
- A. Вильмса
  - B. Панкоста
  - C. Крукенберга
  - D. Вирхова
159. При .... повышается риск развития злокачественных опухолей почки:
- A. хронической почечной недостаточности и диализе
  - B. остром восходящем пиелонефрите
  - C. остром сальпингоофорите
  - D. хроническом параметрите
160. Синхронный рак представляет собой двустороннее опухолевое поражение, развивающееся в обеих почках с интервалом времени не более....месяцев:
- A. 6
  - B. 7
  - C. 8
  - D. 12
161. Асинхронный рак представляет собой двустороннее опухолевое поражение, развивающееся в обеих почках с интервалом времени более....месяцев:
- A. 6
  - B. 7
  - C. 8
  - D. 12
162. Первичная опухоль почки, без признаков распространения за пределы органа, размером менее 4 см, соответствует ... стадии по TNM-классификации:
- A. T1a
  - B. T1
  - C. Ta
  - D. T1b
163. Первичная опухоль почки, без признаков распространения за пределы органа, размером менее 7 см, но более 4 см, соответствует ... стадии по TNM-классификации:
- A. T1b
  - B. T1a/b
  - C. T2
  - D. T1
164. Первичная опухоль почки, без признаков распространения за пределы органа, размером более 7 см но менее 10 см , соответствует

... стадии по TNM-классификации:

- A. T2a
- B. T2
- C. T2b
- D. T2a/b

165. Первичная опухоль почки, размером более 10 см, без признаков распространения за пределы органа, соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T2b
- B. T3a
- C. T3
- D. T4

166. Первичная опухоль почки с признаками распространения на сегментарную/основную почечную вену, но не выходит за пределы фасции Героты, соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T3a
- B. T4
- C. T3b
- D. T2c

167. Первичная опухоль почки с признаками распространения на нижнюю полую вену, но ниже диафрагмы, не выходит за пределы фасции Героты, соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T3b
- B. T3c
- C. T3d
- D. T4

168. Первичная опухоль почки с признаками распространения вдоль нижней полую вену выше диафрагмы / или с признаками прорастания нижней полую вену, однако не выходит за пределы фасции Героты, соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T3c
- B. T4
- C. T3b
- D. T3a

169. Первичная опухоль почки с признаками распространения за пределы фасции Героты или вовлечения ипсилатерального надпочечника соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T4
- B. T3c
- C. T4a
- D. T3a

170. Система ядерной градации почечноклеточного рака носит



фамилию ...

- A. Фурман
- B. Вильмса
- C. Панкоста
- D. Абрикосова

171. Этиологическим фактором рака почки является:

- A. Артериальная гипертензия
- B. Хронический сальпингоофорит
- C. стеноз ветвей почечной артерии
- D. резекция контрлатеральной почки по неонкологической причине

172. Наследственный рак почки встречается в рамках:

- A. 1 синдрома Гиппеля-Линдау
- B. 2 болезни Вильсона-Коновалова
- C. 3 синдрома Киммелстила-Уилсона
- D. 4 болезни Иценко-Кушинга

173. Наследственный рак почки встречается в рамках:

- A. синдрома Бёрта-Хога-Дьюба
- B. синдрома Шарпа
- C. болезни Фабри
- D. болезни Стилла

174. Наследственный рак почки встречается в рамках:

- A. синдроме Рида
- B. болезни Вильсона-Коновалова
- C. синдроме Шарпа
- D. болезни Иценко-Кушинга

175. Ренальные симптомы рака почки включают в себя классическую триаду:

- A. боль, пальпируемое образование, гематурия
- B. гематурия, почечная колика, нарушение мочеиспускания
- C. вздутие фланковой области на стороне опухоли, почечная колика, нарушение мочеиспускания
- D. боль, странгурия, гематурия

176. Экстраренальные симптомы рака почки включают такие патологические состояния, как:

- A. амилоидоз
- B. гиперлипидемия
- C. дисгидроз
- D. эксикоз

177. Экстраренальные симптомы рака почки включают такие патологические состояния, как:

- A. полицитемия

- В. пойкилоцитоз
- С. гиполипидемия
- Д. гемосидероз

178. Экстраренальные симптомы рака почки включают такие патологические состояния, как:

- А. гиперкальциемия
- В. гиперхлоремия
- С. гипернатриемия
- Д. гипофосфатемия

179. Экстраренальные симптомы рака почки включают такие патологические состояния, как:

- А. артериальная гипертензия
- В. диастолическая дисфункция миокарда
- С. регургитация на митральном клапане
- Д. регургитация на трикуспидальном клапане

180. Экстраренальные симптомы рака почки включают такие патологические состояния, как:

- А. нейромиопатия
- В. дисгевзия
- С. полинейропатия
- Д. демиелинизация

181. Для метастатического рака почки может быть характерно наличие:

- А. кровоизлияния
- В. кардиомиопатии
- С. митральной регургитации
- Д. недостаточности аортального клапана

182. Для метастатического рака почки может быть характерно наличие:

- А. персистирующего кашля
- В. недостаточности клапана лёгочной артерии
- С. диффузного кардиосклероза
- Д. рецидивирующей пурпуры

183. Для метастатического рака почки может быть характерно наличие:

- А. патологических переломов
- В. копелитов
- С. дисгевзии
- Д. анкилозирующего спондилоартрита

184. Для метастатического рака почки может быть характерно наличие:

- А. кахексии
- В. эксикоза
- С. очагового кардиосклероза

D. анкилозирующего спондилоартрита

185. Для метастатического рака почки может быть характерно наличие:

- A. персистирующей головной боли
- B. уменьшения подвижности в суставах
- C. привычного вывиха головки бедренной кости
- D. привычного вывиха головки плечевой кости

186. Характерной для опухоли почки с гематурией может являться следующая последовательность симптомов:

- A. кровь в моче - боль в боку
- B. боль в боку - кровь в моче
- C. боль в боку - кровь в моче-лейкоциты в моче-повышение СОЭ
- D. повышение СОЭ-кровь в моче-лихорадка-боль в боку

187. Повышение концентрации щелочной фосфатазы в крови при раке почки может быть признаком:

188. метастатического поражения костной системы

- A. вторичного гиперпаратиреоза
- B. холестаза
- C. остеомиелита

189. Для описания плотности опухолевого узла в почки при компьютерной томографии используется шкала:

- A. Хаунсфилда
- B. Глазго
- C. PUCAI
- D. RENAL

190. Убедительным признаком контрастирования опухолевого узла является наличие разницы до и после введения контрастного вещества в ...единиц HU:

- A. 20
- B. 15
- C. 10
- D. 5

191. Опухоли верхних мочевых путей могут локализоваться в:

- A. Чашечке почки
- B. паренхиме почки
- C. мочевом пузыре
- D. паранефральной клетчатке

192. Рак верхних мочевых путей развивается из ...ткани:

- A. эпителиальной
- B. соединительной
- C. нервной
- D. мышечной

193. Рак верхних мочевых путей развивается из ... эпителия:

- A. многорядного
- B. неороговевающего многослойного
- C. железистого
- D. цилиндрического

194. У 30–50 % больных с одиночной опухолью верхних мочевых путей развивается рак ....:

- A. мочевого пузыря
- B. надпочечника
- C. паренхимы почки
- D. контрлатерального мочеточника

195. Наиболее агрессивным раком верхних мочевых путей является:

- A. carcinoma in situ
- B. G3 уротелиальный рак
- C. G2 уротелиальный рак
- D. G1 уротелиальный рак

196. Рак верхних мочевых путей развивается из :

- A. переходного эпителия
- B. рыхлой волокнистой соединительной ткани
- C. ретикулярной ткани
- D. цилиарного эпителия

197. Первичный рак верхних мочевых путей с вовлечением субэпителиальной соединительной ткани соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T1
- B. Ta
- C. Tis
- D. T2

198. Первичный рак верхних мочевых путей с вовлечением мышечного слоя соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T2
- B. T1
- C. T3
- D. T4

199. Первичный рак верхних мочевых путей с вовлечением перимельвикальной жировой ткани соответствует ... стадии по TNM-классификации:

- A. T3
- B. Tis
- C. T2
- D. T4

200. Ведущим этиопатогенетическим фактором риска развития рака верхних мочевых путей является употребление:

- A. табака
- B. алкоголя
- C. опиатных анальгетиков
- D. вэйпов

201. Отличительной чертой рака верхних мочевых путей является ...метастазирование:

- A. субэпителиальное
- B. гематогенное
- C. лимфогенное
- D. трансмиссивное

202. Нормальные размеры почки взрослого человека:

- A. 12х6 см +
- B. 5х3 см
- C. 15х8 см
- D. 20х15 см

203. Средняя длина мочеточника взрослого человека:

- A. 35-40 см
- B. 8-14 см
- C. 25-30 см+
- D. 45-50 см

204. Нормальная емкость мочевого пузыря взрослого человека:

- A. 50 мл
- B. 100 мл
- C. 250 мл+
- D. 500 мл

205. Канальцевый аппарат нефронов расположен в:

- A. Кортикальном веществе почки
- B. Мозговом веществе почки+
- C. Капсуле почки
- D. Чашечно-лоханочной системе

206. В мочевом пузыре имеется треугольник:

- A. Лесгафта
- B. Леонардо
- C. Лъето +
- D. Ласега

207. 6. Взрослый человек в норме мочится в сутки:

- A. 1-2 раза
- B. 4-6 раз +

- C. 8-10 раз
- D. 15-20 раз

208. Увеличение количества выделяемой за сутки мочи называется:

- A. Поллакиурия
- B. Анурия
- C. Полиурия +
- D. Олигурия

209. Для исследования относительной плотности мочи применяют:

- A. Пробу Зимницкого +
- B. Анализ по Нечипоренко
- C. Пробу Реберга
- D. Пробу Каковского-Аддиса

210. Нормальное содержание лейкоцитов в анализе по Нечипоренко:

- A. . 2-4 в поле зрения
- B. 8-10 в поле зрения
- C. . Более 10000 в 1 мл
- D. До 4000 в 1 мл +

211. Пальпация почек осуществляется в положении больного:

- A. На спине
- B. На боку
- C. Стоя
- D. Во всех перечисленных положениях +

212.

212 СТРУВИТНЫЕ КАМНИ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ

- A нейрогенном мочевом пузыре+
- B гиперпаратиреозе
- C болезни Крона
- D сахарном диабете

213 ПРИ РЕЗКО КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ КАМНИ

- A уратные +
- B фосфатные
- C оксалатные
- D смешанные

214 СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ТОРМОЗИТ

- A Аллопуринол+
- B вольтарен
- C пиримидин
- D каптоприл

215 ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДЕФЕКТА КОНТРАСТИРОВАНИЯ В ЧЛС НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ

- ДИАГНОСТИКУ С
- A уратным нефролитиазом и папиллярным раком лоханки+
  - B ангиолипомой и поликистозом почек
  - C онкоцитомой и острым пиелонефритом
  - D почечноклеточным раком и кистой почки
- 216 СТРУКТУРНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧЕВОГО КАМНЯ  
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
- A МСКТ +
  - B МРТ
  - C Обзорного снимка мочевых путей
  - D УЗИ
- 217 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧЕВОГО  
КАМНЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
- A Инфракрасную спектроскопию +
  - B МРТ
  - C Микроскопию
  - D Эластометрию
- 218 ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МКБ ЯВЛЯЕТСЯ
- A ультразвуковое исследование +
  - B ретроградная пиелография
  - C динамическая нефросцинтиграфия
  - D МРТ
- 219 САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ КАМНИ МОЧЕТОЧНИКА  
РАЗМЕРОМ
- A 4 мм +
  - B 15 мм
  - C 20 мм
  - D 18 мм
- 220 ПРИ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ
- A альфа-адреноблокаторы +
  - B цитраты
  - C простагландины
  - D бисфосфонаты
- 221 РЕНТГЕН-НЕГАТИВНЫМИ КАМНЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- A Ураты +
  - B вевеллиты
  - C гидроксилapatиты
  - D фосфат кальция
- 222 ДЛЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ
- A иррадиация боли на заднюю поверхность бедра +
  - B дизурия

- С озноб  
D иррадиация боли в наружные половые органы
- 223 ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ МЕТАФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВНОГО КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  
A коррекция метаболических нарушений +  
B противовоспалительная терапия  
C физиотерапия  
D антибактериальная терапия
- 224 ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С КАМНЕМ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ  
A единственная почка +  
B лейкоцитоз  
C бактериурия  
D хронический пиелонефрит
- 225 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТРАТНОГО ЛИТОЛИЗА МОЖНО РАСТВОРИТЬ КАМНИ  
A состоящие из мочевой кислоты +  
B смешанные  
C кальций-оксалатные  
D фосфатные
- 226 ПРИ РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА УРОГРАФИН НЕОБХОДИМО  
A ввести тиосульфат натрия +  
B ввести протамин-сульфат  
C назначить антигистаминовые препараты  
D назначить комплексную детоксикационную терапию
- 227 ПРОВЕДЕНИЕ ДЛТ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ  
A остром пиелонефрите +  
B подковообразной почке  
C единственной почке  
D почечной колике
- 228 ПРОВЕДЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ РАЗМЕРЕ КАМНЯ ПОЧКИ РАВНОМ  
A 1- 2 см +  
B 2,5 – 3 см  
C 3,5 – 4 см  
D 4,5 – 5 см
- 229 ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛТ КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ  
A Уретероскопию (КУЛТ) +  
B РИРХ



- С ЧНЛТ  
D Традиционную уретеролитотомию
- 230 ЭКСТРЕННАЯ ДЛТ БЕЗ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВОЗМОЖНА ПРИ КАМНЕ  
A нижней трети мочеточника +  
B лоханки  
C верхней трети мочеточника  
D лоханочно-мочеточникового сегмента
- 231 ЛИТОКИНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВОДИТ К  
A отхождению камня +  
B растворению камня  
C изменению химического состава камня  
D изменению плотности камня
- 232 ПРИ ДЛТ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДВЕРГАЮТСЯ ФРАГМЕНТАЦИИ  
A смешанные камни +  
B оксалатные камни  
C уратные камни  
D цистиновые камни
- 233 ПРИ ДЛТ ПЛОХО ФРАГМЕНТИРУЮТСЯ КАМНИ  
A Цистиновые +  
B уратные  
C фосфатные  
D смешанные
- 234 АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЛТ ЯВЛЯЕТСЯ  
A стриктура мочеточника +  
B хронический пиелонефрит  
C нефроптоз  
D подковообразная почка
- 235 К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДЛТ ОТНОСИТСЯ  
A субкапсулярная или паранефральная гематома +  
B анурия  
C почечная колика  
D острый пиелонефрит
- 236 ПРИЗНАКОМ ТРАВМАТИЧНОСТИ СЕАНСА ДЛТ ЯВЛЯЕТСЯ  
A Макрогематурия +  
B острый пиелонефрит  
C анурия  
D почечная колика
- 237 СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНЫХ ГЕМАТОМ ПОСЛЕ ДЛТ ЯВЛЯЕТСЯ

- A ультразвуковое исследование +
- B экскреторная урография
- C МСКТ
- D динамическая нефросцинтиграфия

238 ПРИ РАЗМЕРЕ КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА ДО 10 ММ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A ДЛТ +
- B КУЛТ
- C лапароскопическая уретеролитотомия
- D ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия

239 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КУЛТ ЯВЛЯЕТСЯ

- A острый пиелонефрит +
- B перфорация мочеточника
- C отрыв мочеточника
- D стриктура мочеточника

240 ПРИ ЦИСТИНОВОМ КАМНЕ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 2 СМ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- A ЧНЛТ +
- B ДЛТ
- C Традиционная пиелолитотомия
- D Лапароскопическая пиелолитотомия

241 ДЛЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- A иррадиация боли +
- B уретроррагия
- C ишурия
- D приапизм

242 ЦИТРАТНЫЙ ЛИТОЛИЗ ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- A Блемарена +
- B глютамина
- C роватинекса
- D уролесана

243 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА КУПИРУЕТСЯ

- A кетоналом +
- B доксициклином
- C аспирином
- D блемареном

244 НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛТ ЯВЛЯЕТСЯ

- A гематома почки +
- B перфорация мочеточника
- C отрыв мочеточника
- D почечная колика

- 245 ПЕРВЫЙ СЕАНС ДЛТ ВЫПОЛНЕН В  
A Германии +  
B США  
C СССР  
D Японии
- 246 ЦИТРАТНЫЙ ЛИТОЛИЗ ПРОВОДИТСЯ ПРИ КАМНЯХ  
A Уратных +  
B оксалатных  
C фосфатных  
D кремниевых
- 247 УРАТНЫЕ КАМНИ СОСТОЯТ ИЗ  
A мочевой кислоты +  
B вевеллита  
C гидроксилапатита  
D струвита
- 248 ВЕВЕЛЛИТ СОСТОИТ ИЗ  
A моногидрата оксалата кальция +  
B тригидрата оксалата кальция  
C дигидрата оксалата кальция  
D урата аммония
- 249 «КАМЕННАЯ ДОРОЖКА» ПОСЛЕ ДЛТ - ЭТО СКОПЛЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ КАМНЯ В  
A Мочеточнике +  
B уретре  
C мочевом пузыре  
D забрюшинном пространстве
- 250 ПАЦИЕНТУ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКО ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО  
A купировать приступ колики +  
B выполнить ДЛТ  
C выполнить литолитическую терапию  
D назначить мочегонные препараты
- 251 ПРИ КАМНЕ МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ  
A почечная колика +  
B пиурия  
C артериальная гипертензия  
D ишурия
- 252 К РЕНТГЕН-ПОЗИТИВНЫМ КАМНЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- A Уратов +
- B фосфатов кальция
- C вевеллитов
- D ведделлитов

253 ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ

- A фосфатные камни +
- B оксалатные камни
- C уратные камни
- D кремниевые камни

254 ПРИ КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ

- A уратные камни +
- B фосфатные камни
- C карбонатные камни
- D литиевые камни

255 ВЕДДЕЛЛИТ СОСТОИТ ИЗ

- A дигидрата оксалата кальция +
- B тригидрата оксалата кальция
- C моногидрата оксалата кальция
- D урата аммония

256 ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ОКСАЛАТНЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНЫМ PH-МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A 5.5 +
- B 6.8
- C 7.2
- D 8.0

257 ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ УРАТНЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНЫМ PH-МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A 5.0 +
- B 6.2
- C 7.0
- D 8.0

258 ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ФОСФАТНЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНЫМ PH-МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A 7.0 и выше +
- B 6.2
- C 5.0
- D 5.8

259 ПРИ РАЗМЕРЕ КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА БОЛЬШЕ 10 ММ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A КУЛТ +
- B ДЛТ

- C Лапароскопическая уретеролитотомия
- D Ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия

260 ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ЧАШЕЧКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A ЧНЛТ +
- B ДЛТ
- C Традиционная пиелокаликотомия
- D Литокинетическая терапия

261 ПРИ РАЗМЕРЕ КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА БОЛЬШЕ 10 ММ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A ДЛТ +
- B Уретероскопия
- C Традиционная уретеролитотомия
- D Ретроперитонеоскопическая уретеролитотомия

262 ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ЧАШЕЧКИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A ДЛТ +
- B РИРХ
- C Традиционная пиелокаликотомия
- D ЧНЛТ

263 ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ БОЛЬШЕ 20 ММ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- A ДЛТ +
- B ЧНЛТ
- C РИРХ
- D Традиционная пиелолитотомия

264 ПЕРВИЧНЫЕ КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ

- A инфравезикальной обструкции +
- B остром простатите
- C миграции камня из почки
- D хроническом цистите

265 ВТОРИЧНЫЕ КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ

- A миграции камня из почки +
- B гематурии
- C хроническом цистите
- D ишурии

266 СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A Эндоскопическая цистолитотрипсия +
- B ДЛТ
- C РИРХ
- D Традиционная цистолитотомия

- 267 Распространенность мочекаменной болезни в мире составляет
- A 1-20%+
  - B менее 1%
  - C 25-40%
  - D до 70%
- 268 Частота рецидивов мочекаменной болезни у мужчин \_\_\_\_\_ по отношению к женщинам
- A Ниже+
  - B Выше
  - C Не отличается
  - D Не исследована
- 269 Рецидивы после отхождения или удаления камня тем или иным способом в течение первого года отмечаются у \_\_\_\_\_ пациентов
- A 10%+
  - B 50%
  - C 80%
  - D 100%
- 270 Рецидивы после отхождения или удаления камня тем или иным способом в течение 5–10 лет наблюдения достигает\_\_\_\_\_.
- A 50–80 %+
  - B 20-30%
  - C 10%
  - D 100%
- 271 Уровень колебаний pH мочи у здорового человека составляет
- B 5,0-7,0+
  - C Менее 5,0
  - D 7,0-8,5
  - A Выше 10
- 272 К «инфекционным» относят камни состоящие из \_\_\_\_\_

- A Урата аммония+
- B Брушита
- C Мочевой кислоты
- D Кальция оксалата моногидрата

273 К «инфекционным» относят камни состоящие из \_\_\_\_\_

- A Струвита (гексагидрат магний-аммоний фосфат)+
- B Кальция оксалата моногидрата
- C Кальция оксалата дигидрата
- D брушита

274 «Инфекционные» камни формируются в результате \_\_\_\_\_ мочи уреазапродуцирующей микрофлорой

- A Ощелачивания+
- B окисления
- C нейтрализации
- D разведения

275 При нарушении обмена пуринов и аминокислот формируются камни, состоящие из \_\_\_\_\_

- A мочевой кислоты и дигидрата мочевой кислоты+
- B кальция оксалата
- C кальция фосфата
- D струвита

276 При нарушении обмена пуринов и аминокислот формируются камни, состоящие из \_\_\_\_\_

- A урата аммония+
- B струвита
- C кальция оксалата
- D кальция фосфата

277 При нарушении обмена пуринов и аминокислот формируются

камни, состоящие из \_\_\_\_\_

- A Ксантина+
- B кальция оксалата
- C кальция фосфата
- D струвита

278 При нарушении обмена пуринов и аминокислот формируются камни, состоящие из \_\_\_\_\_

- A Цистина+
- B струвита
- C кальция оксалата
- D кальция фосфата

279 При нарушении обмена пуринов и аминокислот формируются камни, состоящие из \_\_\_\_\_

- A 2,8 – дигидроксиаденина+
- B витлокита
- C брушита
- D опала

280 Камни лоханки, дающие ветвистые отростки в чашечки, нередко причудливой формы, носят название \_\_\_\_\_ камни

- A Коралловидные+
- B оленьи
- C гребешковые
- D древовидные

281 Наиболее характерными клиническими симптомами мочекаменной болезни является

- A боль в поясничной области+
- B частое мочеиспускание
- C редкое мочеиспускание



D появление запаха мочи

282 Острая боль в поясничной области наблюдается у \_\_\_\_\_ больных МКБ

A подавляющего большинства+

B подавляющего меньшинства

C всех

D единичных

283 Причиной острой и сильной боли при МКБ является \_\_\_\_\_

A внезапное нарушение оттока мочи по верхним мочевым путям.+

B повреждение слизистой мочеточника при прохождении камня

C истероидная реакция

D давление камня на стенку лоханки или мочеточника

284 При почечной колике пациент находится в \_\_\_\_\_

A беспокойном состоянии+

B вынужденном положении

C расслабленном состоянии

D сопоре

285 Наиболее выраженная дизурия отмечается при нахождении камня в \_\_\_\_\_ мочеточника

A интрамуральном отделе+

B верхней трети

C средней трети

D нижней трети

286 Почечная колика это \_\_\_\_\_

A Симптомокомплекс+

B симптом

C синдром

- D реакция пациента
- 287 Проба Зимницкого предназначена для оценки \_\_\_\_\_
- A концентрационной способности почек+
- B протеинурии
- C кальциурии
- D урикурии
- 288 УЗИ не позволяет оценить \_\_\_\_\_ камня
- A плотность +
- B размер
- C локализацию
- D форму
- 289 УЗИ не позволяет оценить \_\_\_\_\_ камня
- A химический состав+
- B линейный размер
- C форму
- D локализацию
- 290 Ультразвуковая картина камня почки характеризуется наличием
- A гиперэхогенного участка с акустической тенью (дорожкой)+
- B аногенного образования
- C гиперэхогенного участка без акустической тени
- D гипоехогенного образования
- 291 Наиболее информативным методом исследования при МКБ является \_\_\_\_\_
- A мультиспиральная компьютерная томография+
- B магнитнорезонансная томография
- C ретроградная уретеропиелография

D обзорная урография

292 Магнитно-резонансная урография позволяет определить \_\_\_\_\_ у пациентов с почечной коликой

A уровень обструкции мочевых путей камнем без контрастирования+

B плотность камня

C размеры конкремента

D химическую структуру камня

293 Наиболее частым и грозным осложнением МКБ является \_\_\_\_\_

A острый обструктивный пиелонефрит+

B острый цистит

C острый панкреатит

D реактивный плеврит

294 Хромоцистоскопия это метод \_\_\_\_\_

A диагностики нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям +

B окраски макропрепарата

C осмотра органов мошонки

D окраски слизистой мочевого пузыря

295 Выделение индигокармина в норме при хромоцистоскопии (в/в введение) происходит на \_\_\_\_\_ минуте из обоих мочеточников

A 5-7 +

B 1-3

C 10-15

D более 20

296 Выделение индигокармина в норме при хромоцистоскопии (в/м введение) \_\_\_\_\_.

A увеличивается вдвое +

- В уменьшается вдвое
- С не изменяется
- D появляется не ранее чем через 30 минут

297 Показанием к дренированию верхних мочевыводящих путей является \_\_\_\_\_

- A не купируемая почечная колика +
- В камень мочеточника на любом уровне
- С камень мочеточника в верхней трети
- D камень мочеточника в нижней трети

298 Показанием к дренированию верхних мочевыводящих путей является \_\_\_\_\_

- A угроза развития атаки острого пиелонефрита +
- В острая задержка мочи
- С секреторная (ренальная) анурия
- D гиперактивный мочевой пузырь

299 Формирование фосфатных "инфекционных" камней происходит при pH мочи \_\_\_\_\_

- A выше 7,0-7,2 +
- В 5,0-6,0
- С 6,5-6,8
- D 6,0-6,5

300 Одной из наиболее частых причин рецидивирования кальций содержащих камней является \_\_\_\_\_

- A гиперпаратиреоз
- В недостаток или дефицит витамина Д
- С гипervитаминоз А
- D гиповитаминоз В<sub>6</sub>

## Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

### Экзаменационные вопросы

1. Ишурия. Диагностика. Действия врача. Показания и противопоказания к катетеризации. Цистостомия  
Ответ: Острая задержка мочи. Нужно катетеризировать. Если нельзя катетризовать (указывают противопоказания, то цистостомия. Рассказывает как делать
2. Цистит. Классификация. Диагностика. Лечение  
Ответ: Что такое цистит и у кого он бывает. Причины. Этиология. Диагностика. Рассказывает лечение
3. Мужское бесплодие. Классификация причин. Диагностика. Лечение  
Ответ: первичное и вторичное бесплодие мужское. Что такое аспермия. В диагностике указывает, что необходима биопсия яичка
4. Анурия. Виды. Диагностика. Первая врачебная помощь  
Ответ: Отсутствие мочи в мочевом пузыре. Преренальная, Ренальная и постренальная формы анурии
5. Рак полового члена. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.  
Ответ: удаление полового члена и регионарная лимфаденэктомия. Химиотерапия
6. Острый простатит. Симптомы. Диагностика. Действия врача. Лечение  
Ответ: поллакиурия, лихорадка и изменение в анализах мочи и спермы. Болезненная простата. ТРУЗИ. Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.
7. Скрининг рака простаты. Диагностика. Классификация рака простаты. Показания к динамическому наблюдению при раке простаты.  
Ответ: Всем мужчинам старше 50 лет ПСА, ТРУЗИ и ПРИ
8. МКБ. Коралловидный камень. Классификация. Диагностика и методы лечения.  
Ответ: по форме – слепок ЧЛС. Лечение исключительно перктанная нефролитотрипсия
9. Приапизм. Перелом полового члена. Диагностика. Первая врачебная помощь. Выбор метода лечения. Показания и противопоказания  
Ответ: патологическая эрекция полового члена. Холод, дренирование если не помогает первое, медикаментозная терапия
10. Классификация рака простаты. Альтернативные методы лечения рака простаты. Показания, противопоказания к каждому.  
Ответ: По ТНМ, а также локализованный рак по степеням онкологического риска. Брахитерапия, дЛТ
11. Травма уретры. Классификация. Диагностика. Действия врача.  
Ответ: исключительно ретроградная уретрография. Нужно ставить цистостому в дальнейшем пластическая операция

12. Лечение недержания мочи у женщин  
Ответ: медикаментозная терапия альфа адреноблокаторами и холинолитиками, оперативное лечение, слинговые операции
13. Гидронефроз. Классификация. Диагностика. Лечение.  
Ответ: стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, классификация по степени нарушения почечной функции
14. Недержание мочи у женщин. Классификация. Диагностика.  
Ответ: стрессовое и ургентное. Стрессовое- лечение оперативное, ургентное- медикаментозное. КУДИ
15. Опухоль мочевого пузыря. Классификация. Диагностика. Лечение.  
Ответ: диагностика окончательная только тур биопсия и морфологическая верификация
16. Эректильная дисфункция. Классификация. Диагностика. Лечение.  
Ответ: васкулогенная, когнитивная. Допплерография полового члена. Медикаментозно и оперативно
17. Диагностика опухолей мочевого пузыря. Стадирование. Выбор метода лечения. Показания. Противопоказания.  
Ответ: диагностика окончательная только тур биопсия и морфологическая верификация. Лечение – химиотерапия и цистэктомия при распространенных формах
18. Признаки туберкулеза мочевых путей. Первичная диагностика.  
Ответ: кислая рН и пиурия, асептическая пиурия
19. Симптомы нижних мочевых путей. Причины. Диагностика. Лечение. Показания к комплексному уродинамическому исследованию.  
Ответ: поллакиурия, ургентное недержание мочи
20. Опухоли верхних мочевых путей. Симптомы. Особенности диагностики и лечения.  
Ответ: диагностика – уретеропиелоскопия с биопсией
21. МКБ. Дистанционная литотрипсия в лечении камней почек и верхних мочевых путей. Показания. Противопоказания.  
Ответ: показание это камень менее 15 мм, противопоказание- высокая плотность конкремента по КТ и воспаление мочевых путей
22. Почечная колика. Действия врача. Диагностика. Лечение.  
Ответ: острое нарушение оттока мочи по верхним мочевым путям. Обезболивание, дренирование ВМП
23. Воспалительные заболевания органов мошонки. Причины. Диагностика. Принципы лечения  
Ответ: причины- простатит, уретрит. Диагностика по клинике и УЗИ, лечение - антибактериальное
24. Травмы мочевого пузыря. Классификация. Диагностика и лечение  
Ответ: внутрибрюшинный и внебрюшинный. Диагностика – цистография. Лечение - оперативное
25. Гиперплазия предстательной железы. Симптоматика. Диагностика. Выбор метода лечения.

Ответ: это увеличение простаты более 30 см.куб. Ирритативное и или обструктивная симптоматика Диагностика – урофлоуметрия и УЗИ, определение объема простаты и остаточной мочи

26. Метафилактика МКБ.

Ответ: Общая и специфическая профилактика. Анализ конкремента. Общие биохимические анализы включающие креатинин, мочевую кислоту, уровень кальция. Общие меры метайилактики при низком риске камнеобразования и выявление нарушения обмена веществ при высоком риске камнеобразования

27. Варикоцеле. Причины. Классификация. Диагностика. Показания к оперативному лечению

Ответ: варикоцеле бывает идиопатическое и симптоматическое. Включает обследование почек так как варикоцеле у пожилых людей может быть проявлением опухолевого тромбоза почечной вены при опухоли почки

28. Симптомы нижних мочевых путей. Возможные причины. Действия врача. Диагностика.

Ответ: нарушение наполнения мочевого пузыря и нарушение его опорожнения. Диагностика заболеваний мочевого пузыря и предстательной железы, у женщин – обследование у гинеколога. При ирритативных симптомах - КУДИ

29. Травма почки. Классификация. Принципы диагностики и лечения

Ответ: травма почки и верхних мочевых путей и травма мочевого пузыря и уретры. Верхние мочевые пути – КТ с контрастированием, УЗИ. Нижние мочевые пути – ретроградная цисто и уретрография. Наблюдение за уродинамикой, оперативное лечение остановка кровотечения и или цистостомия

30. Опухоли мочевого пузыря. Диагностика. Принципы лечения

Ответ: трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с опухолью, открытая резекция мочевого пузыря или цистэктомия.

31. Гематурия. Виды. Действия врача при микро и макрогематурии. План обследования.

Ответ: микро и макро. Инициальная тотальная или терминальная. Заболевания почки по типу нефритов или симптом урологических заболеваний, включающих опухоль почки и мочевых путей. КТ и цистоскопия

32. МКБ. Камень мочеочника. Действия врача. Диагностика. Лечение.

Ответ: диагностика – кт. Лечение либо ДЛТ, либо контактная уретеролитотрипсия

33. Скрининг и диагностика рака предстательной железы. Принципы выбора метода лечения.

Ответ: всем мужчинам старше 50 лет трузи, ПРИ и ПСА 1 раз в 6 месяцев

34. Гематурия. Виды. Действия врача при микро и макрогематурии. План обследования.

Ответ: инициальная тотальная и терминальная. Цистоскопия и КТ почек и мочевых путей с контрастированием

35. Скрининг и диагностика рака предстательной железы. Принципы выбора метода лечения.
36. Ответ: всем мужчинам старше 50 лет трузи, ПРИ и ПСА 1 раз в 6 месяцев. В зависимости от стадии – золотым стандартом локализованных форм является радикальная простатэктомия. Альтернативные методы ДЛТ, брахитерапия, криоабляция.
37. МКБ. Классификация конкрементов. Диагностика. Методы лечения камней (ка мня) почки.
- Ответ: по химическому составу, по локализации, по форме. Диагностика с помощью КТ. Растворение, ДЛТ, удаление эндоскопическое. Открытые оперативные вмешательства не проводятся
38. Методы лечения рака предстательной железы. Классификация рака простаты. Показания, противопоказания и выбор метода лечения.
- Ответ: Основной локализованных форм- радикальная простатэктомия. Альтернативные – брахитерапия, ДЛТ, криоабляция. В зависимости от стадии. До 70 лет – простатэктомия. При распространенных формах – химиотерапия и гормональная терапия, блокаторы андрогенных рецепторов
39. Хронический цистит
- Ответ. Диагностика – цистоскопия. Дифференциальная диагностика с опухолью мочевого пузыря и интерстициальным циститом. Цистоскопическая картина – язва Гунера
40. Показания и противопоказания к биопсии предстательной железы. Выбор метода взятия материала.
- Ответ: противопоказания – острые воспалительные заболевания нижних мочевых путей и простаты. Показание – одно из подозрений на рак простаты выявленное при ПРИ ТРУЗИ, ПСА или мп МРТ
41. Острый пиелонефрит. Классификация. Диагностика. Лечение
- Ответ: обструктивный или необструктивный. При обструктивном – дренирование верхних мочевых путей, затем назначение антибактериальных препаратов. При необструктивном – дренирование не нужно. Назначение антибактериальных препаратов и дезинтоксикационной терапии. КТ обязательно
42. Опухоли яичка. Классификация. Диагностика. Лечение
- Ответ: Диагностика с помощью пальпации, УЗИ или можно МРТ. Биопсия или удаление яичка. Биохимические маркеры в виде альфа фетопротеина, ХГЧ, ЛДГ. В дальнейшем при лимфаденопатии- химиотерапия при неудаче - лимфаденэктомия