

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА УРОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ

ЗБІРНИК
ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ З УРОЛОГІЇ
ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ
для студентів 4 курсу медичних факультетів

м. Запоріжжя

2015

УДК 616.6(079.1)

ББК 56.9

Т 3–41

Рецензенти:

Люлько О. О. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри урології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;

Перцов В. І. - доктор медичних наук, професор; завідувач кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології ЗДМУ.

*Затверджено Центральною методичною Радою
Запорізького державного медичного університету
(Протокол № 6 від 20.05.2015 р)*

Рекомендовано до використання в навчальному процесі.

Бачурін Г. В., Бачурін В. І., Довбиш М. А., Губарь А. О.

Т 3–41 Збірник тестових завдань з урології до підсумкового модульного контролю для студентів 4 курсу медичних факультетів / Г. В. Бачурін, В. І. Бачурін, М. А. Довбиш, А. О. Губарь. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2015. – 74 с.

У збірнику запропоновані тестові завдання для підсумкового тестового контролю теоретичних знань після проходження циклу за фахом «Урологія».

УДК 616.6(079.1)

ББК 56.9

© Г. В. Бачурін, В. І. Бачурін,
М. А. Довбиш, 2015

© Запорізький державний
медичний університет, 2015

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Тематичний план з урології.....	5
Варіант I.....	6
Варіант II.....	27
Варіант III.....	48
Вірні відповіді.....	68
Використана література.....	72

ПЕРЕДМОВА

Мета збірника тестових завдань виявити теоретичну підготовку студентів після проходження циклу «Урологія».

Збірник тестових завдань для студентів 4 курсу медичних факультетів ЗДМУ по спеціальності „лікувальна справа” та „педіатрія”, повністю відповідають вимогам навчальних (типової та робочої) програм за фахом «Урологія» і має комплексне професійне спрямування (направлене на практичне застосування тестових завдань в клінічних умовах).

Три варіанти з 80 тестових питань для підсумкового контролю сформульовані доступною мовою з використанням професійної медичної термінології. Тести відображають всю тематику модуля «Урологія». Кожний варіант тестових завдань дає змогу виявити теоретичну підготовку студентів. Критерії оцінки виконаних завдань студентів логічно обґрунтовуються згідно існуючих нормативних документів.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН З УРОЛОГІЇ

1. Анатомія і фізіологія органів сечової і чоловічої статеві системи. Аномалії розвитку органів сечової і чоловічої статеві системи. Семіотика урологічних захворювань.
2. Рентген-радіонуклідні, термографічні, ультразвукові і інструментальні методи обстеження урологічних хворих.
3. Гострий пієлонефрит. Хронічний пієлонефрит.
4. Цистит, простатит, уретрит, каверніт, епідіміт. Пієлофроз, гострий паранефрит, ретроперитонеальний фіброз. Туберкульоз сечових шляхів і органів чоловічої статеві системи.
5. Сечокам'яна хвороба, гідронефроз. Гостра і хронічна ниркова недостатність.
6. Травматичні пошкодження органів сечової і чоловічої статеві системи.
7. Новоутворення органів сечової і чоловічої статеві системи.
8. Невідкладна допомога при урологічних захворюваннях.

ВАРІАНТ – I

1. Які клінічні ознаки характерні для урологічних захворювань?

- а) порушення сечовиділення
- б) набряки на обличчі
- в) збільшення температури
- г) набряки на ногах
- д) дратування

2. Анурія це:

- а) переповнення сечового міхура
- б) зниження добового діурезу до 500 мл
- в) підвищення креатинину крові
- г) зниження добового діурезу до 50-100 мл
- д) важкувате сечовиділення

3. Для гострої затримки сечі характерні:

- а) біль в животі
- б) безплідні, болісні поклики до сечовиділення
- в) відсутність сечі в сечовому міхурі
- г) важкувате сечовиділення
- д) відсутність поклику до сечовиділення

4. У хворого гострі приступоподібні болі в правій поперековій області ірадіруючи по ходу сечовника, часті поклики до сечовиділення. В сечі – білок 0,033 г/л, лейкоцити – 2-3 в полі зору, еритроцити свіжі-10-20 в полі зору. Як ви вважаєте яке це захворювання?

- а) гострий апендицит
- б) прободна язва шлунка
- в) ниркова колька зправа
- г) гострий холецистит
- д) гострий еднексит

5. За допомогою проби сечі по Зимницькому вивчають:

- а) клубочкову фільтрацію
- б) канальцеву секрецію
- в) концентраційну здатність нирки
- г) клубочкову реасорбцію
- д) величину добового діурезу

6. Зміст формених елементів крові в 1 мл сечі вивчають за допомогою проби:

- а) Амбюрже
- б) Нечипоренко
- в) Адис-Какковського
- г) преднізолонів тест
- д) вісі відповіді вірні

7. У здорових людей в загальному аналізі сечі кількість лейкоцитів:

- а) до 4-5
- б) до 8-10
- в) до 12
- г) до 2
- д) немає

8. Ознакою запального процесу в сечостатевих органах є:

- а) наявність солей в сечі
- б) наявність бактеріурії
- в) наявність кислої реакції сечі
- г) наявність еритроцитурії
- д) наявність лужної реакції сечі

9. Найбільша цінність проби Реберга-Тарєєва в можливості виявити:

- а) ранні стадії ниркової недостатності
- б) термінальну стадію ниркової недостатності
- в) діагностики пієлонефриту

- г) визначення добового діурезу
- д) всі відповіді вірні

10.Рівень креатинину в крові оцінюють як:

- а) електролітовидільну функцію нирок
- б) азотовидільну функцію нирок
- в) еритропоетичну функцію нирок
- г) можливість виведення нирками рідини
- д) гормональну функцію нирок

11.Наявність в сечі активних лейкоцитів та кліток Штернгаймера-Мальбіна є показником:

- а) хронічної ниркової недостатності
- б) активності пієлонефриту
- в) туберкульозу нирок
- г) гострої ниркової недостатності
- д) злоякісного новоутворення сечової системи

12.В загальному аналізі сечі у здорових білка міститься:

- а) 0,66 г/л
- б) 0,099 г/л
- в) 6 г/л
- г) до 0,033 г/л
- д) 1 г/л

13.При яких захворюваннях з'являється еритроцитурія:

- а) тільки при травмах нирок
- б) тільки при сечокам'яній хворобі
- в) всі відповіді вірні
- г) тільки при пухлинах
- д) тільки при гломерулонефриті

14. В добовій сечі білок міститься в кількості:

- а) до 200 мг
- б) не міститься
- в) 50-150 мг
- г) 150 мг
- д) 200-300 мг

15. Екскреторна урографія дозволяє вивчити:

- а) функцію нирок та анатомічну будову
- б) будова нефрона
- в) фільтраційну здатність нирок
- г) анатомію сім'яних бульбашків
- д) анатомію ниркових судин

16. На яких хвилинах слід виконувати екскреторну урографію при нормальній функції нирок?

- а) 40-60 хв.
- б) 5-15 хв.
- в) 1 та 90 хв.
- г) через 30 сек та 120 хв.
- д) 45 хв. та 180 хв.

17. У хворого підозрюють нефрогенну гіпертонію. Екскреторну урографію слід виконувати на:

- а) 5-15 хв.
- б) 3, 5, 15, 45 хв.
- в) 30 та 60 сек.
- г) 5, 15, 180 хв
- д) 180 та 240 хв.

18.Ізотопна ренографія нирок вивчає:

- а) функцію нирок
- б) кількість паренхіми нирки
- в) анатомію нирки та миски
- г) анатомію сечоводів
- д) анатомію сечового міхура

19.Ізотопну ренографію нирок призначають при:

- а) гіпертонії
- б) цукровому діабеті
- в) пієлонефриті
- г) нефроптозі
- д) всіх захворюваннях нирок та інших систем,якщо потрібно знати функцію нирок.

20.Ультразвукове дослідження дозволяє вивчити:

- а) функціональний стан нирок
- б) анатомо-морфологічну будову органів сечостатевої системи
- в) функція сечового міхура
- г) наявність запалень чашково-мискової системи
- д) виявляти рівень ХНН

21.Цистоскопія обов'язково та швидко робиться при:

- а) аденомі простати
- б) безболісній формі гематурії
- в) каменях сечового міхура
- г) гострому циститі
- д) стріктурі уретри

22. По частоті пієлонефрити займають яке місце серед всіх запальних захворювань людини?

- а) перше
- б) друге
- в) третє
- г) четверте
- д) останнє

23. Під пієлонефритом розуміють:

- а) специфічне запалення всієї паренхіми нирок
- б) аутоімунне ураження капілярів клубочка
- в) інфекційне неспецифічне запалення всієї паренхіми нирок
- г) неспецифічні інфекційні запалення паренхіми та миски нирок
- д) всі відповіді вірні

24. Найбільш частим збудником пієлонефриту є:

- а) стафілокок
- б) кишкова паличка
- в) стрептокок
- г) протей
- д) синегнійна паличка

25. Пієлонефритом частіше всього хворіють:

- а) чоловіки
- б) жінки
- в) старі
- г) діти
- д) молоді

26. Який фактор грає ведуче значення для виникнення пієлонефриту?

- а) порушення вуглеводного обміну
- б) порушення згортаємості крові
- в) порушення гемоциркуляції
- г) недосипання
- д) авітаміноз

27. Які клінічні ознаки становлять тріаду гострого пієлонефриту?

- а) збільшення температури тіла
- б) біль в животі
- в) підвищення кількості лейкоцитів крові
- г) слабкість, адиномія
- д) підвищення температури тіла з ознобом й приливним потом, болі в області нирок та зміни в сечі.

28. У хворого скарги на постійний, ниючий біль в промежині і надлобковій ділянці, вялий струмінь сечі, почащений, утруднений, болючий сечопуск, ніктурію. Хворіє на протязі декількох місяців, коли поступово почав утруднюватись сечопуск, появився біль в промежині. При ректальному дослідженні - простата збільшена в розмірах (більше за рахунок правої долі), щільна, асиметрична, центральна борозна зглажена, права доля кам'янистої щільності, неболюча, бугриста. Про яке захворювання слід думати?

- а) рак простати
- б) склероз простати
- в) сечокам'яна хвороба, камінь правої долі простати
- г) туберкульоз простати
- д) хронічний конгестивний простатит

29. Для гострого пієлонефриту характерні зміни в сечі:

- а) низька удільна вага
- б) лейкоцитурія

- в) солі в сечі
- г) пігменти жовчи в сечі
- д) цукор в сечі

30. На оглядовій рентгенограмі при гострому пієлонефриті виявляють:

- а) відсутність контуру поперекової м'язи
- б) остеофіти позвонків
- в) гладенький контур нирки
- г) зниження аероколії
- д) флеболіти

31. При гострому пієлонефриті призначають антибіотики:

- а) цефалоспоріни
- б) пеніциліни
- в) не призначаються
- г) призначаються за бак. посівом сечі
- д) тетрацикліни

32. Перед призначенням антибіотиків при вторинному гострому пієлонефриті слід:

- а) пасаж сечі не відновлювати
- б) пасаж сечі відновлювати
- в) призначити ампліпульс
- г) на порушений пасаж сечі не зважати уваги
- д) провести голкову біопсію паренхіми нирок

33. Частіше всього при хронічному пієлонефриті болі в області нирок бувають:

- а) гострими
- б) приступоподібними
- в) періодичні, тупі та ниючі в спокої
- г) болі при рухомості

д) пекучі та пекучі

34. Причиною переходу гострого пієлонефриту в хронічний є:

а) підвищена вага хворих

б) довга антибіотикотерапія

в) неадекватна антибіотикотерапія та наявність неустраненого пасажу сечі

г) цукровий діабет

д) зниження імунітету

35. У хворого три дні як з'явилися гострі приступоподібні болі в правій поперековій області з ірадацією в статеві органи. На другу добу захворювання підвищення температури тіла до 40, озноби, проливний піт. Права нирка пальпується, поперекові м'язи напружені, позитивний симптом Пастернацького. В сечі білок 0,033 г/л, лейкоцити на все п/з. На УЗД права нирка збільшена, миска та сечовник розширені. Ваш діагноз?

а) гострий апендицит

б) кишкова непрохідність

в) гострий вторинний правобічний пієлонефрит

г) гострий холецистит

д) правобічна ниркова колька

36. Найбільш оптимальні строки лікування хронічного пієлонефриту

а) 1 місяць

б) 3 місяця

в) 9 місяців

г) 1,5-2 років

д) 3 неділі

37. Хворий 40 років, переніс фурункул на спині 2 неділі позад. Три дні позад як з'явилася висока температура тіла до 39 з ознобом, болу в правій поперековій області. Об'єктивно стан середньої тяжкості, Р-100 в 1 хв. АД 130/80, язик сухий. Живіт м'який, болісний в правій поперековій області. Напряг м'яз

попереку, припухлість. Праве бедро приведене до бедра, його розгибання болісне. Сечовиділення добре. В аналізі сечі – білок 0,033 г/л, лейкоцити 4-5 в п/з, бактерій немає, еритроцити 0-1 в п/з. В аналізі крові лейкоцитоз –15 тис, паличкоядерних нейтрофил-15, ШОЄ-28 мм/год. Який патологічний процес довів до появи даної патології:

- а) гострий пієлонефрит зправа
- б) гострий апендицит
- в) гострий холецистит
- г) гострий панкреатит
- д) гострий паранефрит зправа

38.Етіологічним фактором СКХ є:

- а) тубулопатії
- б) гіпертонічна хвороба
- в) цукровий діабет
- г) туберкульоз
- д) полікістоз

39.Одним з основних симптомів СКХ є:

- а) підвищення температури тіла
- б) олігурія
- в) підвищення АД
- г) біль
- д) поліурія

40. Макрогематурія після гострої болі в поперековій області характерна для:

- а) пухлини нирки
- б) пухлини сечового міхура
- в) СКХ
- г) пієлонефриту
- д) гломерулонефрит

41. Місце первинного утворення каменів:

- а) ниркова миска та чашка
- б) сечовник
- в) уст'є сечовника
- г) уретра
- д) сечовий міхур

42. Ведучим методом діагностики СКХ є:

- а) радіоізотопні методи дослідження
- б) лабораторні методи дослідження сечі
- в) рентгенологічні методи дослідження
- г) лабораторні методи дослідження крові
- д) збір анамнезу

43. Які з перерахованих сечових каменів дають інтенсивну тінь на оглядовій урограмі:

- а) оксалати
- б) фосфати
- в) урати
- г) цистинові каміння
- д) всі відповіді вірні

44. Найбільш патогномонічним для купірування ниркової кольки є:

- а) призначення антибіотиків
- б) анальгетиків та спазмолітиків
- в) фітопрепаратів
- г) спазмолітиків
- д) діуретиків

45. Абсолютною ознакою уролітіазу є:

- а) дізурія
- б) гематурія
- в) відходження конкрементів.
- г) піурія
- д) лейкоцитурія

46. Наявність вторинного еритроцитозу може бути ознакою:

- а) хронічного пієлонефриту
- б) СКХ
- в) рака нирки
- г) гломерулонефриту
- д) всі відповіді вірні

47. Етіологічним фактором виникнення пухлин нирок є:

- а) гормональний, хімічний, променевиий
- б) ензімопатії
- в) порушення відтоку сечі
- г) запальні
- д) всі відповіді вірні

48. Найчастіше рак нирки метастазує:

- а) в легені
- б) сечовий міхур
- в) головний мозок
- г) печінку
- д) всі відповіді вірні

49. Ознакою рака нирки є:

- а) гематурія
- б) лейкоцитурія

- в) бактеріурія
- г) піурія
- д) пілурія

50. Для здавлення ніжньої полої вени пухлиною нирки найбільш характерно:

- а) набряк нижніх кінцівок
- б) варікоцеле, не зникаючи в положенні лежачі
- в) розширення вен ніжних кінцівок
- г) варікоцеле, зникаюча в положенні лежачі
- д) наявність асцити

51. Пухлина Вільмса розвивається:

- а) у дітей, частіше у віці 2-5 років
- б) у віці 20-40 років
- в) у віці 40-60 років
- г) від 60 років та старіше
- д) у віці 80 років

52. При тотальній гематурії показано:

- а) призначення гематостатичних засобів
- б) призначення антибактеріальних засобів
- в) проведення цистоскопії
- г) проведення Rh-скопії черевної порожнини
- д) всі відповіді вірні

53. Хвора 50 років скаржиться на тупу біль в поперековій області, швидку втомлюваність, поліурію. Хворіє рік. У матері хворої була якась-то аномалія розвитку нирки. Обстеження: стан середній тяжкості, шкіра бліда, язик сухий. АД-170/100 мм.рт.ст. Р-80 уд.в 1 хв. Легені та серце в нормі. Живіт м'який в правій та лівій поперековій області пальпується збільшені, плотні, бугристі нирки. Сечовиділення добре. Діурез до 3 літрів. В загальному аналізі сечі –

білок 0,099 г/л.ув.вага-1010,лейкоцити до 100 в сечі,еритроцити свіжі 5-6, бактерії. Креатинин крові –240 мкмоль/л. Ваш діагноз?

- а) гідронефроз нирок
- б) полікістоз нирок
- в) сечокам'яна хвороба
- г) пухлина нирок
- д) ниркова колика

54.ДГП частіше виникає у віці:

- а) 30 років
- б) 40 років
- в) 60 років
- г) 50 років
- д) 80 років

55. Радикальне лікування ДГП:

- а) епіцістостома
- б) кріодеструкція аденоми
- в) ТУР
- г) ч/п простатектомія
- д) призначення адреноблокаторів

56.Основний диференціально діагностичний критерій ДГП та рака простати:

- а) результати сонографії
- б) пальпаторні дані
- в) біопсія простати
- г) дослідження простатспецифічного антигену
- д) всі відповіді вірні

57. Хворий 75 років скаржиться на почащене сечовиділення (4-5 разів за ніч), потоншення струменя сечі. Об'єктивно: при пальпації простата збільшена - 4x6 см, туго-еластичної консистенції, з чіткими контурами, гладенька. Урофлоурометрія: 42 мл/сек. УЗД: в просвіті сечового міхура додаткове утворення з чіткими контурами. Залишкової сечі - 100 мл. Який найбільш імовірний діагноз?

- а) доброякісна гіперплазія простати
- б) хронічний простатит
- в) рак простати
- г) склероз простати
- д) рак сечового міхура

58. Оптимальний спосіб біопсії при раці простати

- а) трансвезікальний
- б) трансректальний
- в) трансуретральний
- г) трансперинеальний (промежносний) під контролем УЗД
- д) трансперитонеальний

59. Найбільш оптимальний метод визначення кількості залишкової сечі:

- а) радіоізотопний метод
- б) катетерізація сечового міхура
- в) цистоскопія
- г) цистографія
- д) УЗД

60. Найбільш часта локалізація метастазів рака простати:

- а) легені
- б) печень
- в) плоскі кістки
- г) головний мозок
- д) всі відповіді вірні

61. Для достовірної діагностики ДГП застосовують:

- а) пальцеве дослідження
- б) бужування уретри
- в) цистоскопію
- г) ізотопна ренографія нирок.
- д) УЗД

62. Набільш ефективні препарати в лікуванні ДГП:

- а) синестрол
- б) альфа-1-адреноблокатори (тамсулозін)
- в) леворин
- г) свічки з метілурацілом
- д) всі відповіді вірні

63. Хворий 76 років скаржиться на почащене, затруднене сечовипускання вночі, до 3-х разів, відчуття неповного випорожнення сечового міхура. Хворіє протягом 2-х років. Об'єктивно: після акту сечовипускання перкуторно над лоном визначається притуплення. С-м Пастернацького від'ємний. Зовнішні статеві органи без особливостей. При дослідженні через пряму кишку: передміхурова залоза збільшена у 2-3 рази, гладка, еластична, симетрична з чіткими контурами. Слизова кишки над нею рухома. Діагноз?

- а) аденома простати
- б) хронічний простатит
- в) абсцес передміхурової залози
- г) туберкульоз простати
- д) рак простати

64. Ознакою травми нирок є:

- а) болі при сечовиділенні
- б) гематурія
- в) пневматурія

- г) збільшення діурезу
- д) зменшення діурезу

65.Ознакою травми нирок є:

- а) початкова гематурія
- б) термінальна гематурія
- в) тотальна гематурія
- г) вибіркова гематурія
- д) всі відповіді вірні

66.Для діагностики травми нирок показано:

- а) в/в урографія
- б) УЗД
- в) КТ
- г) МРТ
- д) всі відповіді вірні

67.Ятрогенні ушкодження сечовників частіше зустрічаються при:

- а) хірургічних операціях
- б) урологічних операціях
- в) гінекологічних операціях
- г) лапароскопічні втручання
- д) всі відповіді вірні

68.Осадочна цистографія є основним методом при підозрі:

- а) розрив сечового міхура
- б) камені сечового міхура
- в) рак сечового міхура
- г) ДГПЗ
- д) всі відповіді вірні

69. При внебрюшинних розривах сечового міхура показано:

- а) встановити постійний уретральний катетер
- б) призначення антибіотиків та гемостатичних засобів
- в) оперативне лікування
- г) відведення сечі накладанням нефростом
- д) катетеризація сечоводів

70. Основним методом діагностики розривів уретри є:

- а) в/в урографія
- б) цистографія
- в) уретрографія
- г) цистоскопія
- д) УЗД

71. Частіше всього полікістоз нирок ускладнюється:

- а) гіпертонією
- б) хронічним пієлонефритом
- в) сечокам'яною хворобою
- г) гематурією
- д) нирковою колькою

72. Консервативне лікування полікістозу нирок міститься в:

- а) профілактиці та ліквідації інфекції в нирках
- б) нормалізації артеріального тиску
- в) нормалізації електролітного балансу організму
- г) пересадка нирок
- д) хронічний гемодіаліз

73. У хворого довго відмічається артеріальна гіпотонія. Добовий діурез 10 мл.

Який вид анурії у хворого:

- а) преренальна
- б) ренальна
- в) аренальна
- г) постренальна
- д) ренопривна

74. К постренальним причинам ОПН відноситься:

- а) розповсюджені опіки
- б) перелив несумісної крові
- в) здавлення чи проростання сечовників пухлиною
- г) бактеріємічний шок
- д) масивна крововтрата

75. При обстеженні у хворого виявлені такі симптоми: добовий діурез 300 мл, середні показники проби Земницького 1,001-1,005. Загальний аналіз сечі: сеча мутна, білок 0,99г/л, еритроцити 40-60 в п/з. Біохімічні показники крові: креатинин 297 ммоль/л, сечовина 10,0ммоль/л. Загальний аналіз крові: лейкоцити $-12,0 \times 10^9$ /л, паличкоядерні-10%, сегментояд-80%. Яка стадія ГНН у хворого:

- а) початкова стадія
- б) стадія олігоанурії
- в) діуретична стадія
- г) стадія вилікування
- д) змішана стадія

76. Хворий Р., 50 років поступив зі скаргами на наявність крові в сечі. Болю, порушення сечопуску не спостерігались. Макрогематурія продовжується протягом 3 днів. Об'єктивно: нирки не пальпуються, надлобкова ділянка без особливостей, зовнішні статеві органи без патології. При ректальному

дослідженні – передміхурова залоза не збільшена, не болюча, нормальної будови . При цистоскопії змін не виявлено. Діагноз?

- а) рак нирки
- б) туберкульоз сечового міхура
- в) варікоцеле
- г) дистопія нирки
- д) некротичний папіліт

77. Одним з показників для швидкого гемодіалізу при ГНН є:

- а) анурія до 1 доби
- б) підвищення креатинину сироватки крові до 500 мкмоль/л
- в) гіперкадіємія до 5,5 ммоль/л
- г) гіперкаліємія більш 6,5 ммоль/л
- д) наявність набряків

78. Хвора поступила в урологічне відділення зі скаргами на різкий приступоподібний біль в лівій поперековій ділянці, незалежний від положення тіла, нудоту, періодичне блювання, червону сечу, почащений сечопуск. Захворіла гостро кілька годин назад, після їзди в машині. Після прийому ванни біль дещо зменшився, але через кілька годин знову різко посилюється. Об'єктивно: різка болючість при пальпації в ділянці лівої нирки, позитивний симптом Пастернацького зліва. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- а) сечокам'яна хвороба, лівобічна ниркова коліка
- б) адісонова хвороба, криз
- в) уретероцеле, гідроуретеронефроз
- г) полікістоз нирки, загострення хронічного пієлонефриту
- д) гострий пієлонефрит, абсцес нирки

79. Хвора 48 років страждає СКХ, хр. пієлонефритом 15 років. При обстеженні добовий діурез до 2-2,5 л. Клубочкова фільтрація до 30-50 мл/хв. Осмолярність сечі знижена. Гіперкаліємія 4,0 ммоль/л. Яка стадія течії ХНН у хворой?

- а) латентна
- б) компенсована
- в) інтермітуюча
- г) термінальна
- д) здорова людина

80. При інтермітуючій стадії ХНН рівень клубочкової фільтрації дорівнює:

- а) більш 50 мл/хв
- б) більш 25 мл/хв
- в) нижче 25 мл/хв
- г) більше 30 мл/хв
- д) нижче 10 мл/хв.

ВАРІАНТ - II

1. Які клінічні ознаки характерні для урологічних захворювань?

- а) біль унизу живота
- б) головна біль
- в) субфебрильна температура
- г) гострі приступоподібні болі в області нирок
- д) пекучі болі в поперековій області

2. Для анурії характерні:

- а) часті безплідні поклики до сечовиділення
- б) виділення сечі по краплям
- в) біль під лоном
- г) пальпірумий сечовий міхур
- д) відсутність сечі в сечовому міхурі.

3. У хворой 30 років раптово з'явилась біль приступоподібна у лівій поперековій області, ірадіруюча в статеві органи, рвота. Живіт м'який, ліва область нирки дуже болить, сечовиділення з різями, часті. Яке захворювання Ви можете припустити?

- а) ниркова колька зліва
- б) тромбоз мезантеріальних судин
- в) внематкова вагітність
- г) каловий завал
- д) кишкова непрохідність

4. До проби сечі на скритну лейкоцитурію відносяться:

- а) загальний аналіз сечі
- б) проба по Нечипоренку
- в) проба по Земницькому
- г) бактеріоскопія сечі
- д) бак. посів сечі.

5. О концентраційній здібності нирок в пробі Зимницького судять по:

- а) величині денного діурезу
- б) величині добового діурезу
- в) величині різниці між максимальною та мінімальною величини
- г) рН сечі
- д) рівні креатини ну сечі

6. Ішурія виникає у наслідку:

- а) травми сечостатевих органів
- б) запалення сечостатевих органів
- в) пухлини нирок.
- г) запалення сечоводів
- д) травми калитки

7. Проби на скритну лейкоцитурію призначають при:

- а) нормальному утримуванню лейкоцитів в загальному аналізі сечі
- б) утримування лейкоцитів в загальному аналізі сечі на $1/3 - 1/2$ доби та більш
- в) незначному (“прикордонному”) збільшенні кількості лейкоцитів в загальному аналізі сечі та нормальному утримуванню лейкоцитів.
- г) появі цукру сечі
- д) відсутності лейкоцитів сечі

8. Патологічною (“Істинною”) вважають бактеріурію:

- а) 100 тис. бактерій в 1 мл. сечі
- б) 50 тис. бактерій в 1 мл. сечі
- в) 10 тис. бактерій в 1 мл. сечі
- г) 10 мільон в 1 мл сечі
- д) відсутності бактерій в сечі

9. Які показники в пробі Реберга-Тареева найбільш цінні?

- а) величина клубочкової фільтрації
- б) рівень креатинину крові
- в) величина реабсорбції
- г) добовий діурез
- д) величина кліренсу ендogenous креатинину

10. Які показники характеризують азотовидільну функцію нирок?

- а) білок крові
- б) креатинин крові
- в) калій та натрій крові.
- г) сечова кислота
- д) наявність домішків

11. Еритроцітурія виникає тільки при:

- а) сечокам'яної хвороби
- б) пухлини сечового міхура
- в) пухлини нирок
- г) в багатьох урологічних захворюваннях
- д) нефроптозі

12. Яка кількість білку може виявитись в загальному аналізі сечі?

- а) 1,0 г/л
- б) 0,033 г/л
- в) 0,066-0,099 г/л
- г) 0,99 г/л
- д) 0,33 г/л

13. В нормі еритроцитів в сечі утримується:

- а) 0-1
- б) 5-10
- в) 10-15
- г) на все поле зору
- д) 10-20

14. При не порушенні функції нирок функціонально-анатомічний стан нирок на екскреторній урограмі ліпше вивчати на:

- а) 90-120 хв.
- б) 1-та 2 хвилини
- в) 5-15 хвилин
- г) 2-120 хвилин
- д) 40 та 50 секунд

15. Ліпше всього у урологічних хворих функцію нирок вивчати з допомогою якого метода?

- а) екскреторної урографії
- б) ізотопної ренографії нирок
- в) рівня залишкового азоту крові
- г) КТ
- д) МРТ

16. Скеніровання нирок призначається при яких захворюваннях нирок?

- а) нефроптозі
- б) подвоєнні ниркових мисок
- в) подвоєнні сечоводів
- г) паранефриті
- д) при тих захворюваннях, котрі протікають зі зменшенням кількості функціонуючої паренхіми.

17. За допомогою якого методу можливо вивчати анатомо-морфологічний стан нирок?

- а) ізотопна ренографія нирок
- б) оглядова урографія
- в) ультразвукове дослідження нирок
- г) рівень креатинину крові
- д) рівень креатинину сечі

18. У хворого сеча з домішкою крові на усьому протязі без згустків. Болі при сечовиділенні та в області нирок немає. Виявлено: нирки не пальпуються, область їх безболісна. Що слід назначити хворому?

- а) гемостатичні препарати
- б) кров на креатинин
- в) аналіз сечі по Нечіпоренко
- г) цистоскопію
- д) антибіотики

19. За даними ВООЗ на другому місці після запальних захворювань верхніх дихальних шляхів знаходиться:

- а) гломерулонефрит
- б) амилоїдоз нирок
- в) туберкульоз нирок
- г) пієлонефрит
- д) діабетична нефрангіопатія

20. Переважно яка частина паренхіми нирок вражається при пієлонефриті?

- а) капсула нирки
- б) інтерстиціальна тканина
- в) сосочек
- г) коркова речовина
- д) чашечка

21. Дуже часто пієлонефрит викликає:

- а) граммпозитивна флора
- б) грамнегативна флора
- в) туберкульозна паличка КОХА
- г) однаково часто граммпозитивна та грамнегативна флора
- д) всі відповіді вірні

22. Який місцевий фактор грає ведучу роль у виникненні пієлонефриту?

- а) скелетотомія нирки
- б) розміри нирки
- в) товщина паренхіми
- г) ступінь відбиття та розвиток паранефральної клітчатки
- д) порушення відтоку сечі по сечовим шляхам.

23. Що є основним для виникнення пієлонефриту?

- а) порушення кровообігу у малому колі кровообігу
- б) порушення гемомікроциркуляції
- в) порушення у великому колі кровообігу
- г) порушення сечовипускання
- д) всі відповіді вірні

24. Патогенетичною ознакою гострого пієлонефриту є:

- а) субфебрильна температура тіла
- б) збільшення температури тіла
- в) зниження температури тіла
- г) збільшення температури тіла з лихоманкою та заливним потом
- д) збільшення діурезу

25. У клініці первинного гострого пієлонефриту ведучим є:

- а) збільшення діурезу
- б) збільшення температури тіла з лихоманкою та заливним потом

- в) еритроцитурія
- г) поліцетемія
- д) олигоанурія

26. При пієлонефриті в сечі з'являються:

- а) бактерії
- б) еритроцити
- в) солі
- г) цукор
- д) ліпіди

27. При гострому первинному пієлонефриті на екскреторній урограмі виявляється:

- а) тінь поперекової м'язи
- б) нормальна чи незначно зниження функція нирок
- в) зменшення нирки
- г) «чаши Клойбера»
- д) «велика біла нирка»

28. При гострому вторинному пієлонефриті необхідно перш за все:

- а) зробити біопсію нирки
- б) зробити катетеризацію сечовника
- в) призначити УВЧ на нирки
- г) призначити антибіотики
- д) все вище зазначене

29. Хворий 60 років скаржиться на прискорене, болісне сечовипускання, появу домішок крові зі згортками в кінці сечовипускання. Який метод дослідження допоможе встановити діагноз?

- а) оглядова цистоскопія
- б) оглядова урографія

- в) мазок з уретри
- г) УЗД нирок
- д) комп'ютерна томографія нирок

30. Загальними симптомами хронічного пієлонефриту є:

- а) головна біль
- б) тахікардія
- в) швидка втомлюваність, слабкість, зниження апетиту
- г) емоційна збудженість
- д) депресія

31. Для хронічного пієлонефриту характерні:

- а) гостра біль в нирці
- б) пекуча біль в попереку
- в) періодичні, ниючі у спокою
- г) стреляюча біль
- д) ниючі болі

32. У хворої 30 років десь за 10 днів після перенесеного паратоонзилярного абсцесу збільшилась температура тіла до 39 з лихоманкою, заливним потом, з'явилися тупі болі в правій нирці. При пальпації нирка не пальпується, права область нирки болюча, тут же позитивний симптом Пастернацького. В сечі білок 0,066 г/л бактерії, лейкоцити на все поле зору. На оглядовій рентгенограмі контуре m psoas немає, сколіоз вправо, контур правої нирки збільшені. Яке захворювання викликало такий стан хворого?

- а) гострий паранефрит зправа
- б) межреберна невралгія
- в) гострий холецистит
- г) панкреатит
- д) гострий пієлонефрит

33. У хворої 56 років тупі болі в поперековій області протягом 10 років. Нирки не пальпуються. См. Пастернацького – негативний. В сечі по Нечіпоренко лейкоцити –10 тис. В 1 мл, активні лейкоцити-30%, бактерії 50 тис. Діагностовано хронічний пієлонефрит. Який оптимальний строк лікування хронічного пієлонефриту?

- а) більше року
- б) 1 місяць
- в) 2 місяця
- г) 1,5 місяця
- д) 3 місяця

34. Хвора 50 років надійшла з скаргою на тупі болі в правій поперековій області, періодичні збільшення температури тіла, до 39 з лихоманкою та заливним потом, наявністю прозорої сечі в цей період. В період нормалізації температури тіла та стихання болей, сеча мутна, гнійна. Об'єктивно язик сухий. При пальпації визначається бугриста права нирка. Помірна болюча, малорухома. В сечі лейкоцити на все поле зору, білок 0,099 г/л. При цистоскопії з правого уст'я виділяється гній у виді «пасти з тюба». Який патологічний процес приводить до такого стану?

- а) паранефрит
- б) пієлонефроз
- в) гломерулонефрит
- г) рак нирки
- д) полікістоз

35. Для сечокам'яної хвороби не характерно:

- а) біль
- б) гематурія
- в) лейкоцитурія
- г) збільшення температури тіла
- д) зхуднення

36. Назвіть при якому стані можливо розвиток субренальної анурії:

- а) серцева недостатність
- б) сечокам'яна хвороба
- в) крововтрата
- г) неукротима рвота
- д) травматичне ушкодження мозку

37. Який методів дасть допомогу при диференціальній діагностиці нирковій кольки та гострої хірургічної патології?

- а) оглядова R-скопія черевинної порожнини
- б) хромоцистоскопії
- в) R-скопія органів грудної клітини
- г) оглядова R-скопія поза очеревинного простору
- д) все зазначене

38. Основним методом лікування СКХ є:

- а) консервативне лікування
- б) хірургічне лікування
- в) дистанційна літотрипсія
- г) контактна літотрипсія
- д) все зазначене

39. Ускладнення СКХ може бути:

- а) амілоїдоз нирок
- б) пієлонефрит
- в) гломерулонефрит
- г) полікістоз
- д) нефросклероз

40. Хворого 43 років доставлено в клініку з приводу болю в лівій половині поперекової ділянки, який з'явився після падіння з висоти 2 м. Після травми, під час дворазового сечовипускання помітив наявність макрогематурії. Стан середнього ступеня важкості. АТ та пульс в нормі. Зі сторони органів грудної клітки та черевної порожнини патологічних змін не знайдено. Має місце невелика болюча припухлість в лівій поперековій ділянці. Який попередній діагноз?

- а) закриті пошкодження нирки
- б) сечокам'яна хвороба
- в) туберкульоз нирок
- г) пухлина нирки
- д) гострий пієлонефрит

41. Варікоцеле може бути ознакою:

- а) хронічного пієлонефриту
- б) раку нирки
- в) раку сечового міхура
- г) хронічного гломерулонефриту
- д) СКХ (сечокам'яної хвороби)

42. Безболісна макрогематурія може бути ознакою:

- а) пухлини нирки
- б) СКХ
- в) хронічного пієлонефриту
- г) гострого пієлонефриту
- д) амілоїдозу

43. Для діагностики пухлин сечового міхура найбільш інформативно є:

- а) цистоскопія
- б) уретероцистографія
- в) мікціонна цистографія

- г) в/в урографія
- д) оглядова урографія

44. Основним методом лікування раку сечового міхура є:

- а) операційне
- б) хіміотерапія
- в) променева терапія
- г) комбіноване лікування
- д) імунотерапія

45. ДГП розвивається з:

- а) сіменної бульбашки
- б) передміхурової залози
- в) парауретральної залози
- г) слизової оболонки сечового міхура
- д) слизової оболонки сечоводу

46. Дані пальцевого дослідження при раці простати:

- а) наявність розмягчення в простаті
- б) болючість при пальпації
- в) зменшення передміхурової залози у розмірі
- г) щільні ділянки хрящової консистенції без чітких меж.
- д) збільшення передміхурової залози у розмірі

47. Хвора 55 років скаржиться на відсутність сечовиділення протягом 2-х діб, відсутність покликів до сечовипускання, тупі болі в лівій поперековій ділянці. Дві доби тому був напад лівоторонньої ниркової кольки. Десять років тому з приводу пієлонефрозу видалено праву нирку. Об'єктивно: стан задовільний, сечовина 27 ммоль/л, креатин - 0,2 ммоль/л. Оглядова урограма: зліва на рівні тіла - тінь конкремента розмірами 1x0.5см. Яке лікування слід призначити хворій?

- а) оперативне лікування
- б) уретролітоекстракція
- в) дистанційна літотрепсія
- г) літотична терапія
- д) санаторно-курортне лікування

48. Основна причина ОЗМ при ДГП:

- а) обструкція уретри
- б) зниження укороченої здібності детрузору
- в) флебостаз шийки сечового міхура
- г) розмір передміхурової залози
- д) велика кількість сечі

49. Наявністю залишкової сечі обумовлено:

- а) наявність каменів сечового міхура
- б) збільшенням ємкості сечового міхура
- в) ступенню декомпенсації детрузору
- г) дівертікулами сечового міхура
- д) все зазначене

50. Основною ознакою при пальцевому ректальному дослідженні простати в нормі:

- а) слизова прямої кишки нерухома, має складчаті утворення, простата щільна
- б) слизова прямої кишки рухома, оточуюча клітчатка вільна, простата еластична
- в) слизова прямої кишки рухома, оточуюча клітчатка уплотнена, простата щільно-еластичної консистенції
- г) слизова прямої кишки рухома, простата збільшена
- д) слизова прямої кишки рухома, простата різко болюча

51. Достовірна діагностика раку простати базується на:

- а) визначення кіслотної фосфатази крові
- б) ПСА (простатоспецифічний антиген)
- в) біопсії простати
- г) пальцевое ректальное дослідження
- д) УЗД

52. Діференціальна діагностика ДГП з раком простати:

- а) УЗД простати
- б) цитологічне дослідження секрет простати
- в) пункційна біопсія простати
- г) дослідження ПСА
- д) всі відповіді вірні

53. Чоловік 44 років хворіє протягом одного року, коли вперше з'явився біль у поперековій ділянці та лівій здухвинній частині живота різкого характеру. Біль знімався після прийому спазмолітичних препаратів та гарячої ванни. Місяць тому біль в ділянці поперека та живота зник, але почали турбувати різі при почащеному сечовипусканні. Біль ірадіює в головку статевого члену. Струмін сечі часто перервний, в положенні стоячи сечовипускання різко обмежене. Періодично відмічається тотальна або термінальна гематурія. Який попередній діагноз?

- а) сечокам'яна хвороба. Камінь сечового міхура ниркового походження
- б) пухлина сечового міхура
- в) дивертикул сечового міхура
- г) гіперплазія передміхурової залози
- д) рак простати

54. При якій стадії ДГП відсутня залишкова сеча:

- а) 2
- б) 3
- в) 1
- г) 0
- д) 4

55. Для травм нирок характерно:

- а) важке дихання
- б) симптоми дратування черевини
- в) біль в поперековій області
- г) затримка сечі
- д) анурія

56. Самою достовірною ознакою відкритих уражень нирок є:

- а) гематурія
- б) локалізація ран
- в) урогематома
- г) витік сечі з рани
- д) зменшення діурезу

57. Хворий отримав тупу травму надлобкової ділянки внаслідок падіння з висоти. Перелому кісток тазу не виявлено. Відмічає різкий біль, сеча виділяється з домішками крові. Наявні ознаки подразнення очеревини. У черевній порожнині при УЗД виявлено наявність вільної рідини. Який найбільш інформативний метод необхідно застосувати для встановлення діагнозу?

- а) висхідну цистографію
- б) екскреторну урографію
- в) катетеризацію сечового міхура
- г) цистоскопію
- д) хромоцистоскопію

58. Перелом кісток тазу характерен при:

- а) внечеревинних розривах сечового міхура
- б) внутрішньочеревинних розривах сечового міхура
- в) забіях нирок
- г) забіях сечового міхура
- д) всі відповіді вірні

59. Для внутрішньочеревинного розриву сечового міхура характерно:

- а) термінальна гематурія
- б) неможливість самостійного сечовиділення
- в) наявністю ознаків сечового затьоку
- г) симптому дратування черевини
- д) зниження діурезу

60. При проведенні ретроградної цистографії при підозрі на розрив сечового міхура необхідно:

- а) введення до 50 мл контрастної речовини
- б) введення до 150 мл контрастної речовини
- в) туге наповнення сечового міхура
- г) введення не більше 10 мл контрастної речовини
- д) всі відповіді вірні

61. При підозрі на розрив сечового міхура показано:

- а) амбулаторний нагляд
- б) амбулаторне лікування у поліклініці
- в) планова госпіталізація в стаціонарі
- г) негайна госпіталізація в стаціонар
- д) диспансерізація

62.Симптом розриву уретри:

- а) тотальна макрогематурія
- б) уретроррагія
- в) наявність згустків крові в сечі
- г) анурія
- д) поліурія

63.Хворий довгий час приймав сульфоніламідні препарати. Який від анурії можна вважати?

- а) преренальна
- б) ренальна
- в) постренальна
- г) аренальна
- д) ренопривна

64.К преренальному фактору ГНН відносяться:

- а) застосування діуретиків
- б) отруєння нефротоксичною отрутою
- в) оклюзія верхніх сечових шляхів конкрементами
- г) травматичне розмноження обох нирок
- д) зниження АТ

65.Хворий випадково випив 150 мл сулеми (1:1000).У поліклініці промили шлунок та перші 12 годин стан був задовільний. На слідуючий день-головна біль,відсутність позивів до сечовиділення. Язик сухий. Нирки не пальпуються. Аналіз крові: Нв 140 г/л,ерит.3,5 . 10 г/л, Л 10 .10 г/л, ШОЕ 33 мм/г, сечовина 21,6 ммоль/л, калій 6,7ммоль/л, натрій 127 ммоль/л. Ваш діагноз:

- а) ГНН початкова стадія
- б) ГНН діуретична стадія
- в) ХНН інтермітуюча стадія
- г) ГНН олігоанурічна стадія
- д) ХНН діуретична стадія

66. Хворий К., 65 років отримує консервативну терапію з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Після вживання алкогольних напоїв скаржиться на неможливість самотійного сечовипускання при наявності інтенсивного позиву. Якою має бути невідкладна допомога?

- а) катетеризація сечового міхура
- б) призначення спазмолітиків
- в) призначення теплових процедур
- г) призначення діуретинів
- д) масаж передміхурової залози

67. Визначте тактику лікування ХНН з клінічної характеристики: видільна функція збережена (діурез 1 л та більш), різко знижен кліренс до 10-15 мл/хв, гіперазотемія 16-25 ммоль/л по сечовині з тенденцією до зросту, помірний ацидоз.

- а) перитонеальний діаліз, гемосорбції
- б) гемодіаліз чи перитонеальний діаліз
- в) гемодіаліз, пересадка нирки
- г) гемодіаліз, пересадка нирки з тепловою ішемією до 15 хв.
- д) гемосорбція

68. Етіологічним фактором ХНН при обструктивних захворюваннях сечових шляхів є:

- а) сечокам'яна хвороба
- б) стеноз ниркових артерій
- в) амілоїдоз
- г) сечовий туберкульоз
- д) гломерулонефрит

69. Хворого 28-ми років доставлено в приймальне відділення з діагнозом гострого простатиту. Сечовипускання, незважаючи на інтенсивні позиви відсутнє. Над лоном пальпується збільшений, болісний сечовий міхур. Якою має бути першочергова допомога?

- а) троакарна цистостомія
- б) катетеризація сечового міхура
- в) призначення спазмолітиків
- г) масаж передміхурової залози
- д) призначення сечогінних засобів

70. У хворого довго страждаючого СКХ відмічаються такі симптоми: загальна слабкість, гіподінамія, анорексія, поліурія, гіпоізостенурія. Креатинин крові до 354 мкмоль/л, відзначається артеріальна гіпертензія. Зниження клубочкової фільтрації до 30 мл/хв., канальцева реабсорбція до 96%. На радіоізотопній ренограмі зниження функція нирок. Яка клінічна стадія ХНН.

- а) ХНН-0
- б) ХНН-I
- в) ХНН-II
- г) ХНН-III
- д) ХНН-IV

71. Проба Реберга-Тареева найбільш інформативний тест для визначення тяжкості:

- а) гострого пієлонефриту
- б) ХНН
- в) ступеня гідронефрозу
- г) ДГП
- д) СКХ

72. Основною клінічною ознакою ХНН є:

- а) протеїнурія
- б) лейкоцитоз
- в) збільшення креатинину крові
- г) лейкоцитурія
- д) бактеріурія

73. Аплазія нирки відноситься до:

- а) аномалії кількості
- б) аномалії положення
- в) аномалії взаємовідношення
- г) аномалії структури
- д) всі відповіді вірні

74. При аплазії нирки в контрлатеральній нирці:

- а) розвивається ГНН
- б) залишається незмінною
- в) розвивається гіпертрофія
- г) розвивається ХНН
- д) розвивається гіпотрофія

75. Кінцевий діагноз аплазії нирки встановлюють за допомогою:

- а) видільної урографії
- б) скенювання нирок
- в) ангіографії
- г) УЗД нирок
- д) КТ

76. Подвоєння нирок серед аномалій зустрічається:

- а) найбільш частіше
- б) рідко
- в) не зустрічається

- г) ніколи не зустрічається
- д) всі відповіді вірні

77. Подвоєння нирок чаще усього ускладнюється:

- а) СКХ
- б) амілоїдозом нирок
- в) анурією
- г) винекненням кіст
- д) гломерулонефрит

78. Найбільш інформативний метод в диференціальній діагностиці нефроптозу та дістопії нирок:

- а) артеріографія
- б) ретроградна пієлографія
- в) ізотопна ренографія
- г) УЗД
- д) сцинтиграфія нирок

79. Губчата нирка відноситься к аномаліям:

- а) кількості
- б) розташування
- в) структури
- г) взаємовідношення
- д) всі відповіді вірні

80. Найбільш достовірним методом діагностики при перехрестній дістопії нирок:

- а) УЗД
- б) ангіографія
- в) екскреторна урографія
- г) ретроградна уретеропієлографія
- д) антеградна пієлографія

ВАРІАНТ - III

1. Які клінічні ознаки характерні для урологічних захворювань?
 - а) патологічні виділення з уретри
 - б) неукротима рвота
 - в) зміни сперми
 - г) анатомічні зміни зовнішніх сечостатевих органів
 - д) тахікардія,гіпотонія.

2. Анурія буває:
 - а) рефлекторною
 - б) преренальною
 - в) екскреторною
 - г) ренальною
 - д) гіпотонічною

3. Причинами екскреторної анурії частіше всього буває:
 - а) падіння АТ
 - б) камені сечовників
 - в) пухлини жіночих статевих органів
 - г) отруєння
 - д) травми сечовників під час акушерсько-гінекологічних операціях

4. У хворого 20 років раптово з'явилися приступоподібні болі в правій поперековій області з ірадацією в пахову-підвздошну область, часте сечовиділення, рвота. В сечі сліди білку, лейкоцити 2-4 в п/з, еритроцити 10-12 свіжі в п/з. На УЗД нирок миска зправа розширена, візуалізується сечовник до півздошної кістки, при хромоцистоскопії – зліва індигокармін з'являється на 5 хвилині, зправа на 14 хв. Ваш діагноз?
 - а) динамічна кишкова непрохідність
 - б) камінь нижньої третини зправа, ниркова колька
 - в) внутрібрюшинна кровотеча

- г) внематкова вагітність
- д) гострий панкреатит.

5. Проба сечі по Зимницькому збирається через кожні:

- а) 8 годин
- б) 6 годин
- в) 4 години
- г) 3 години
- д) 2 години

6. Підвищення змісту лейкоцитів в сечі виникає при:

- а) пієлонефриті
- б) кісті нирки
- в) циститі
- г) пухлини нирки
- д) уретритах

7. Проба сечі по Нечипоренко призначається для діагностики:

- а) скритних форм пієлонефриту
- б) пієнефрозу
- в) пухлини нирки
- г) варікоцеле
- д) орхоепідідіміт

8. Проба Реберга-Тарєєва вивчає:

- а) фільтраційно-реабсорбційну здібність нирки
- б) електролітовивідну функцію нирок
- в) величина добового діурезу
- г) характер сільового осаду
- д) добове виділення глюкози

9. Знаходження яких речовин в крові свідчить про азотовивідну функцію нирок?

- а) калій та натрій крові
- б) креатинін та сечовина крові
- в) білірубін крові
- г) загальний білок крові
- д) гематокрит крові.

10. Добова протеїнурія дорівнює:

- а) 50-100 мг
- б) 10-20 мг
- в) 5-10 мг
- г) 5-2 мг
- д) 0-2 мг

11. Кількість еритроцитів в сечі здорових осіб досягає:

- а) 2-5
- б) 5-10
- в) 0-1
- г) 10-15
- д) 25-30

12. Ступінь активності пієлонефриту можливо встановити по змісту:

- а) активних лейкоцитів
- б) солі
- в) слізі
- г) кліток Штернгеймера-Мальбіна
- д) жовчних пігментів

13. В нормі в загальному аналізі сечі зберігається білка?

- а) 0 г/л
- б) 0,033 г/л
- в) 0,066-0,099 г/л
- г) 0,33 г/л
- д) 0,99 г/л

14. Чи достатньо інформативно буде вивчено функціонально-анатомічний стан нирок на екскреторній урограмі при нормальній роботі нирок, якщо знимки зробити на:

- а) 180 та 240 хв.
- б) 5 та 15 хв.
- в) 1 та 2 хв.
- г) 120 та 240 хв.
- д) 60 та 120 хв.

15. При піонефрозі який варіант екскреторної урографії слід виконати:

- а) інфузійну урографію
- б) ортостатичну
- в) на 5 та 15 хв
- г) урографію с лазиксом
- д) на 60 та 120 хв.

16. Екскреторна урографія виконана на 3,5,15,45 хв. Дозволяє діагностувати:

- а) нефроптоз
- б) нефрогенну гіпертонію
- в) СКХ
- г) пієлонефрит
- д) пухлини нирки

17. Сканування нирок дозволяє вивчити:

- а) анатомію миски
- б) кількість функціонуючої паренхіми
- в) будову нефрону
- г) азот-видільну функцію нирки
- д) електролітновидільну функцію нирки

18. Що є абсолютним протипоказанням для екскреторної урографії?

- а) указання на непереносимість йодистих препаратів
- б) підвищення температури тіла
- в) підвищення АТ
- г) гострий серозний пієлонефрит
- д) єдина нирка

19. Хворому з безболісною гематурією в швидкому порядку проводять:

- а) промивання сечового міхура
- б) знайдення джерела та бік кровотечі
- в) зупинка кровотечі
- г) RT
- д) екскреторну урографію

20. Серед усіх запальних хвороб людини, на якому ж місці знаходиться пієлонефрит?

- а) на другому
- б) на першому
- в) на третьому
- г) на останньому
- д) на четвертому

21. Яке звено нефрона вражається при пієлонефриті?

- а) капсула Богушена-Шумлянського
- б) клубочок
- в) канальці
- г) капіляри клубочка
- д) базальна мембрана капілярів клубочка

22. Яка мікрофлора найбільш часто викликає пієлонефрит?

- а) стрептококова
- б) кишкова паличка
- в) клабсиела
- г) паличка Коха
- д) менингокок

23. Яким захворюванням обумовлено збільшення частоти пієлонефриту у чоловіків похилого віку?

- а) нефроптозом
- б) захворюванням простати
- в) аномалії нирок
- г) сечокам'яною хворобою
- д) полікістозом нирок.

24. Які клінічні ознаки складають клініку гострого пієлонефриту.

- а) болі в епігастрії
- б) болі в області нирок
- в) підвищення температури тіла з ознобом та проливним потом
- г) болі при сечовиділенні
- д) зміни в сечі

25. Функція нирки при гострому пієлонефриті на екскреторній урограмі:
- а) покращується
 - б) не змінюється
 - в) знижується чи відсутня
 - г) відсутня
 - д) виявляється лише на відстрочених знімках
26. Який антибіотик краще призначити при гострому пієлонефриті?
- а) вузького ряду
 - б) широкого ряду
 - в) антибіотикотерапія протипоказана
 - г) тільки інфузія і спазмолітики
 - д) антибіотики призначають після 5-6 доби
27. Катетеризація сечовника показана при:
- а) гострому первинному пієлонефриті
 - б) гострому вторинному пієлонефриті
 - в) хронічному циститі
 - г) гострій затримці сечі
 - д) анурії
28. При пієлонефриті вагітних необхідно призначити:
- а) антибіотики пеніцилінового ряду
 - б) тетрациклін
 - в) левоміцетин
 - г) антибіотики не призначати
 - д) аміноглікозиди
29. Для хронічного пієлонефриту характерно:
- а) активні лейкоцити в сечі
 - б) клітини Штернгаймера-Мальбіна

- в) бактеріурія
- г) еритроцитурія
- д) епітеліальні клітини в сечі

30. Для профілактики переходу гострого пієлонефриту в хронічний необхідно:

- а) убрати порушення відтоку сечі
- б) призначити полівітаміни
- в) призначати адекватну антибіотикотерапію
- г) профілактично встановити стент
- д) санірувати сечовий міхур стерильним фіз. розчином

31. У хворого після переохолодження виникли часті, болісні сечовиділення. Температура в нормі. Нирки не пальпуються, симптом Пастернацького негативний з обох боків. В аналізі сечі – білок 0,066 г/л, лейкоцити на все поле зору. В аналізі сечі білок 0,066 г/л лейкоцити на все п/з. Яке захворювання у хворого?

- а) уретрит.
- б) гострий цистит
- в) гострий пієлонефрит
- г) сальпінгофорит
- д) гострий бактеріальний вагініт

32. Лікування хронічного пієлонефриту повинно проводитися не менш:

- а) 1 місяць
- б) 2 місяця
- в) 3 місяця
- г) 1,5-2 року
- д) 3 неділі

33. У хворой 40 років часті (кожного місяця) дизурічні явища протягом 5 років. Консервативне неспецифічне лікування антибіотиками та хіміопрепаратами діагностованого "хронічного цистита" мало ефективно. В аналізі сечі білок-0,066 г/л, лейкоцити на все поле зору, лужна реакція. Посів сечі - роста немає.

Який патологічний у хворой найбільш вірогідний при подібному анамнезі?

- а) аномалія розвитку сечового міхура
- б) туберкульоз сечової системи
- в) пухлина сечового міхура
- г) дивертикул сечового міхура
- д) хр. пієлонефрит, фаза латентного запалення

34. Біль при нирковій кольки обумовлена:

- а) травматизацією слизової оболонки
- б) підвищенням внутрішньомискового тиску
- в) дратування больових рецепторів
- г) порушення внутрішньо ниркової гемодинаміки
- д) набряк сечоводу біля каміння

35. Який метод більш вірогідний при рентгеннегативних каміннях:

- а) ангіографія
- б) ретроградна пієлографія
- в) оглядова урографія
- г) радіоізотопна реографія
- д) рентгенівська комп'ютерна томографія

36. Для купірування ниркової кольки застосовують:

- а) антибіотики
- б) сечогонні препарати
- в) спазмолітини
- г) гідрокортизон
- д) в/в інфузія протягом 3,5 годин стерильним фіз.розчином

37. При повній обструкції сечовника показана:

- а) катетерізація сечовника
- б) призначення спазмолітиків
- в) призначення антибіотиків
- г) сечовивідні препарати
- д) неогемодез з метою детоксикації

38. При наявності каменів сечового міхура можливо розвиток:

- а) олігакіурії
- б) нетримання сечі
- в) неутримання сечі
- г) енурез
- д) гострої затримки сечі

39. Основним методом лікування каменів сечового міхура є:

- а) консервативна терапія
- б) літотрипсія
- в) оперативне лікування
- г) літоліз
- д) літоекстракція

40. Найбільш часто пухлини сечового міхура локалізуються:

- а) дно сечового міхура
- б) правий бік стінки
- в) лівий бік стінки
- г) трикутник Л'єто
- д) везико-уретральний сегмент

41. Ініціальна гематурія є ознакою:

- а) рака уретри
- б) рака сечового міхура

- в) рака нирки
- г) гострий пієлонефрит
- д) орхоепідіміт

42. Для діагностики пухлин нирки найбільш інформативним буде:

- а) УЗД
- б) оглядова урографія
- в) радіоізотопна реографія
- г) видільна урографія
- д) КТ нирок з в/в контрастируванням

43. При пухлинах нирок буде спостерігатися:

- а) початкова гематурія
- б) тотальна гематурія
- в) термінальна гематурія
- г) гематурії не буде
- д) лейкоцитурія

44. Радикальним методом лікування рака нирки є:

- а) гормонотерапія
- б) хіміотерапія
- в) променева терапія
- г) оперативне лікування
- д) анти андрогенне лікування

45. Основними ознаками пальцевого ректального дослідження ДГП

- а) хрящева консистенція
- б) м'яка, дряпка залоза
- в) тугоеластична консистенція
- г) залоза дерев'янистої щільності
- д) відсутність міждолівої бороздки

46. Основним симптомом II стадії ДГП:

- а) нетримання сечі
- б) швидкісне сечовиділення
- в) ніктурія, странгурія
- г) олігурія, поллакіурія
- д) відчуття неповного випростання сечового міхура при сечовипусканні

47. Радикальним методом лікування ДГП:

- а) застосування “Проскара”
- б) застосування альфа₁-адреноблокаторів
- в) простатектомія
- г) ТУВ (вапарізіція)
- д) орхектомія з максимальною андрогенною блокадою

48. Частіше зустрічаємим ускладненням ДГП є:

- а) цистит
- б) пієлонефрит
- в) уретрит
- г) камені сечового міхура
- д) дивертикул сечового міхура

49. При якій стадії раку простати, пухлина розповсюджується за межі капсули:

- а) T₃
- б) T₁
- в) T₂
- г) T₀
- д) T₄
- е)

50. Для раку простати при пальцевому ректальному дослідженні характерно:

- а) болісність
- б) рівномірне збільшення простати

- в) бугриста поверхня простати та хрящевої щільності вузлів
- г) наявність ділянок з флуктуацією
- д) різка болісність при пальпації

51. Для достовірної діагностики ДГП застосовують:

- а) пальцеве дослідження
- б) УЗД простати
- в) показники сечовини та креатинину
- г) східну цистографію
- д) МРТ органів тазу

52. В генезі розвитку ДГП рішучу роль грає:

- а) статева дисфункція
- б) дисфункція передньої долі гіпофіза
- в) хронічний простатит
- г) гіпофункція яєчок
- д) запалення процесів простати в анамнезі

53. Найбільш ефективний метод лікування раку передміхурової залози:

- а) променева терапія
- б) гормональна терапія
- в) кастрація
- г) розширена простатектомія
- д) комбінація α_{a1} - адреноблокаторів та інгібіторів 5α -редуктиси

54. В наслідок чого виникає гематурія при ДГП:

- а) варикозного розширення вен шейки сечового міхура
- б) із'язвлення слизової сечового міхура в області пухлин
- в) вступ крові з верхніх сечових шляхів
- г) травма каменем сечового міхура
- д) наявність дивертикула у стінці сечового міхура

55. Відсутність контуру поперекової м'язи на оглядовій урографії може свідчити про:

- а) травму нирки
- б) хр.пієлонефрит
- в) СКХ
- г) хвороба Оромонда
- д) хвороба Пейроні

56. При наявності профузної макрогематурії при травмах нирки показано:

- а) призначення гемостатичних засобів
- б) переливання крові
- в) оперативне лікування
- г) швидка антибіотикотерапія
- д) катетеризація обох нирок

57. При порушенні цілості стінки сечовника лікування:

- а) консервативне
- б) оперативне
- в) короткочасна катетеризація
- г) тривале стентування
- д) пункцій на нефростома

58. Для внутрібрюшинних розривів сечового міхура характерно:

- а) симптоми дратування брюшини
- б) біль над лоном
- в) наявність рідини в брюшній порожнині
- г) гостра затримка сечі
- д) профузна гематурія

59. Найбільш інформативним методом дослідження при розривах сечового міхура є:

- а) ретроградна цистографія
- б) в/в урографія
- в) нисходяща цистографія
- г) цистоскопія
- д) уретроскопія

60. Лікування розривів сечового міхура:

- а) консервативне
- б) оперативне
- в) антибіотикотерапія
- г) гемостатики
- д) дезинтоксикаційна терапія

61. При проникаючих пораненнях уретри показана:

- а) гемостатична терапія
- б) встановити уретральний катетер
- в) оперативне лікування
- г) антибіотикотерапія
- д) інфузійна та дезинтоксикаційна терапія

62. При підозрі на розрив оболонок яєчка показано:

- а) призначення гемостатичних засобів
- б) антибактеріальна терапія
- в) оперативне лікування
- г) орхектомія
- д) операція Бергмана

63. На фоні ниркової колики у хворого розвилась анурія. Який вид анурії можна вважати:

- а) преренальна
- б) ренальна
- в) аренальна
- г) постренальна
- д) ретропривна

64. К ренальному фактору ГНН відноситься:

- а) розмозження обох чи однієї нирки
- б) отруєння нефротоксичними ядами
- в) електротравми
- г) вдалення єдиної нирки
- д) перелив іногрупної крові

65 . Робітник рудовища попав під завал, де знаходився 12 годин зі здавленими нижніми кінцівками. Під час визволення АТ 140/80 мм.рт.ст. Пульс 84 уд.в хв. Яке ускладнення розвивається у хворого з боку нирок?

- а) ХНН
- б) гострий пієлонефрит
- в) ГНН
- г) гломерулонефрит
- д) гостра затримка сечі

66. В патогенезі постренальної ГНН важливу роль грає:

- а) артеріо-венозне шунтування крові
- б) мисочно-ниркові рефлюкси
- в) ураження нирки
- г) кількість паренхіми
- д) обструкція сечоводів

67. Одним з показників для термінового гемодіалізу при ГНН є:

- а) гіперкаліємія до 6,0 ммоль/л
- б) гіперкреатининемія до 600 мкмоль/л
- в) гіпергідратація та загроза розвитку набряку легенів
- г) похилий вік
- д) анемія

68. Етіологічним фактором ХНН при обструктивних захворюваннях сечових шляхів є:

- а) двобічний нефросклероз
- б) доброякісна гіперплазія простати
- в) нейро-м'язова дисплазія сечовників
- г) хр.пієлонефрит
- д) гіперактивний сечовий міхур

69. Хворий довго страждає хр. гломерулонефритом. При обстеженні: гіперазотемія по сечовини 16 ммоль/л, по креатинину 400 мкмоль/л. Клубочкова фільтрація знижена до 25 мл/хв. Хворий відмічає періодичне покращення чи погіршення загального стану. Яка стадія течії ХНН у хворого?

- а) латентна
- б) компенсована
- в) інтермітуюча
- г) термінальна
- д) стадія разрешение

70. Хворий страждає полікістозом 5 років. Відмічається сухість шкіри, недомагання, креатинин сироватки крові 700 мкмоль/л, сечовини крові 16 ммоль/л. Діурез до 600 мл/добу. Назвіть найбільш інформативний тест для визначення функціональної здібності нирок:

- а) метод Амбурже
- б) проба Зимницького

- в) проба Реберга –Тореева
- г) метод Нечипоренко
- д) бак посів сечі

71. Хворі які мають в анамнезі запальні процеси в нирках, а також раніше оперовані на верхніх сечових шляхах повинні:

- а) приймати фітотерапію
- б) постійно приймати сан-кукортне лікування
- в) бути під постійним диспансерним спостереженням
- г) лікуватися по схемі Тіктінського
- д) три рази на рік проводити цистоскопію

72. Який з факторів впливає на розвиток аплазії нирок:

- а) порушення розвитку про- та метонефрозу
- б) вірусний гепатит матері
- в) гідроцефалія плоду
- г) прийом антибіотиків при вагітності матері
- д) шкідливі звички матері під час вагітності

73. Однобічну аплазію нирки необхідно диференціювати з:

- а) атрофією нирки
- б) губчатою ниркою
- в) дістопірованою ниркою
- г) нефроптозом
- д) полікістозом

74. Кінцевий діагноз аплазії нирки ставлять при:

- а) скануванні нирок
- б) ХЦС
- в) пневморетроперітонеума
- г) УЗД нирок
- д) проба Реберга-Тареева

75. Подвоєння нирок частіше буває:

- а) двобічним
- б) однобічним
- в) завжди сочитається з полікістозом
- г) в подвоєній нирці є мільтікістоз
- д) при супутнім гідронефрозі

76. Подвоєння нирки частіше усього ускладнюється:

- а) нетриманням сечі
- б) нефрогенною гіпертензією
- в) ГНН
- г) гідронефрозом
- д) полікістозом

77. Найбільш часті ускладнення при підковоподібній нирці:

- а) гідронефроз
- б) СКХ
- в) пієлонефрит
- г) кіста нирки
- д) ГНН

78. Мультікістозна нирка відноситься до аномалії:

- а) розташування
- б) взаємовідношення
- в) кількості
- г) структури
- д) судинної архітектоники

79. Найбільш часто зустрічається аномалія - кількість сечовників:

- а) аплазія сечовників
- б) подвоєння сечовників
- в) потроєння сечовників
- г) перехресне впадіння в сечовий міхур
- д) дивертикул сечоводу

80. Причини порушення пасажу сечі у хворих з підковоподібною ниркою:

- а) стеноз мисочно-сечовникового сегменту
- б) наявність додаткових судин
- в) високе відходження сечовників
- г) міхурносечовивідний рефлекс
- д) мегауретер

ВІРНІ ВІДПОВІДІ**Варіант I**

1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

Варіант II

1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

Варіант III

1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

<u>Підсумковий</u>			
<u>контроль,</u>	1	А Б В Г Д	28
<u>варіант №</u>	2	А Б В Г Д	29
<u>Відмітка:</u>	3	А Б В Г Д	30
	4	А Б В Г Д	31
	5	А Б В Г Д	32
	6	А Б В Г Д	33
	7	А Б В Г Д	34
	8	А Б В Г Д	35
	9	А Б В Г Д	36
	10	А Б В Г Д	37
	11	А Б В Г Д	38
	12	А Б В Г Д	39
	13	А Б В Г Д	40
	14	А Б В Г Д	41
	15	А Б В Г Д	42
	16	А Б В Г Д	43
	17	А Б В Г Д	44
	18	А Б В Г Д	45
	19	А Б В Г Д	46
	20	А Б В Г Д	47
	21	А Б В Г Д	48
	22	А Б В Г Д	49
	23	А Б В Г Д	50
	24	А Б В Г Д	51
	25	А Б В Г Д	52
	26	А Б В Г Д	53
	27	А Б В Г Д	54
			55
			56
			57
			58
			59
			60
			61
			62
			63
			64
			65
			66
			67
			68
			69
			70
			71
			72
			73
			74
			75
			76
			77
			78
			79
			80

Список літератури:

1. Аляев Ю. Г., Крапивин А.А., Резекция почки при раке. - М.: Медицина, 2001.
2. Аляев Ю. Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. Гидронефроз.- М., 2002.
3. Атлас-руководство по урологии. / Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2008.- Т.1, 2, 3.
4. Бабуния Р. И. Компьютерная томография в клинической диагностике. М., 1995.
5. Возіанов О. Ф. Урологія. Підручник. К., "Вища школа"., 1993.
6. Возіанов А. Ф. Герминативные опухоли яичка. К., 1991.
7. Возіанов А. Ф. Пузырно и урогенитальные свищи у женщин. К. 1991.
8. Возіанов О. Ф. Сексологія і андрологія. К., "Вища школа"., 1997.
9. Веденко Б. Г. Гостра кровотеча в урології. Вінниця, 1999.
10. Веденко Б. Г. Посібник з невідкладної урології для лікарів ШМД, Вінниця, 1999.
11. Гаспарян А. М. Очерки по истории отечественной урологии. М., 1997.
12. Демидов В. А. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998.
13. Дзюрак В. С. Статева функція у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози до і після простатектомії. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика"; Вип. 7, книга 2; К., 1998, С. 39 – 42.
14. Дзюрак В. С. Оцінка копулятивної і репродуктивної функції хворих з гострим неспецифічним епідидиміто у видалені терміни після оперативного лікування. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика" ; Вип.7, книга 2; К., 1998. - С.43 – 47.
15. Дзюрак В. С. Застосування цитратної суміші "Блемарен" у комплексному лікуванні сечокам'яного нефролітазу. "Урологія"., 1999,1, С.29.
16. Дзюрак В. С. Частота и особенности клинического течения острого

- гнойного пиелонефрита. Збірник наукових праць Вип. 11, кн. 2, Київ, 2002, С. 606-609.
17. Есипенко Б. Е. Физиологическое действие минеральной воды "Нафтуся". К., 1998.
 18. Жила В. В. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь"., под ред. И. С. Зозули и И. С. Чекмана. К., "Здоров'я" 2002. - С. 255.
 19. Ищенко Б. И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы. - Санкт-Петербург. - 2004 г.
 20. Камышан И. С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. - К. - Нічлава,-2003.-496 с.
 21. Клара С. Почки и гемостаз в норме и при патологии. М., 1987.
 22. Краснопольский В. И. Генитальные свищи. М., "Медпресс", 2001.
 23. Крикун А. С. Этиологические и патогенетические основы нефролитиаза. Краснодар., 1997.
 24. Лопаткин Н. А. Руководство по клинической урологии. Т. 1-3 М., 1998.
 25. Лопаткин Н. А. Оперативная урология. Л., 1986.
 26. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008 г.
 27. Лоран О.Б., Синякова Л.А. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. - Москва. - 2008 г.
 28. Люлько А. В. Неотложная урология и нефрология. К."Здоров'я", 1998
 29. Люлько А. В. Атлас - руководство по урологии. К., "Вища школа", 1990.
 30. Люлько А. В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. М., 1972.
 31. Мавров И. Половые болезни. "АСТ-Пресс", К-М., 1994.
 32. Мазаник Н. А. Искусство общения с больными. М., 1991.
 33. Мазо Е.Б. Гиперактивный мочевой пузырь.-М.: РГМУ.-2003.
 34. Матвеев Б.М., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы.- М.: -1999.

- 35.Матвеев Б.М. Клиническая онкоурология.-М., 2003.
- 36.Мартов А. Г. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрорезекции доброкачественной гиперплазии простаты. М., "ПриродаХ ", 1997.
- 37.Наточин Ю. В. Основы физиологии почек. Л.,1982.
- 38.Осипов С. Неотложная урология. С.-Петербург., 1999.
- 39.Пак-Колоха Д. Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина"1997.
- 40.Переверзев А. С. Аденома предстательной железы. К.,1998.
- 41.Переверзев А. С. Клиническая урогинекология. Х., "Факт",2000.
- 42.Перушков А. И. Варикоцеле и некоторые вопросы мужского бесплодия. К., 2002.
- 43.Пасичников С.П. Урологія. Київ.- 2013.
- 44.Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т. 1, 2, 3.
- 45.Русаков В. И. Хирургия мочеиспускательного канала. М., 1991.
- 46.Савченко Н.Е. Нехирургические методы лечения ДГПЖ, Минск,1998.
- 47.Сергеев П. В. Рентгеноконтрастные вещества. М.,1980.
- 48.Стаховський Є.О. Оперативне лікування ортостатичного уретероцеле. "Клінічна хірургія",1996.
- 49.Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь.-С.-Пб: Питер, 2000.-384 с.
- 50.Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
- 51.Урологія. За ред. О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2010.
- 52.Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
- 53.Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.
- 54.Фітотерапія в урології. Навчальний посібник / Колесник Ю.М., Бачурін Г.В., Сербін А.Г. та ін. / – Запоріжжя. - 2014.