

**Тестовый контроль по специальности
«урология-сексология»
для всех категорий**

**1. ФОРМИРОВАНИЕ СТЕРЕОТИПА ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПРОИСХОДИТ В**

- 1) парапубертатном периоде
- 2) препубертатном периоде
- 3) пубертатном периоде
- 4) инволюционном периоде
- 5) переходном периоде

2. ПОЛОВОЕ СОЗНАНИЕ ФОРМИРУЕТСЯ В

- 1) парапубертатном периоде
- 2) препубертатном периоде
- 3) пубертатном периоде
- 4) инволюционном периоде
- 5) переходном периоде

3. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) при рождении
- 2) в период полового созревания
- 3) при зачатии
- 4) в первый период сексуальности
- 5) на седьмой неделе внутриутробного развития

4. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) при рождении
- 2) в период полового созревания
- 3) при зачатии
- 4) в первый период сексуальности
- 5) на седьмой неделе внутриутробного развития

**5. СОЧЕТАНИЕ ЭКСЦЕССОВ С ПЕРИОДАМИ АБСТИНЕНЦИИ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) первого периода сексуальности
- 2) препубертатного периода
- 3) пубертатного периода
- 4) инволюционного периода
- 5) переходного периода

6. ПЛАТОНИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

- 1) первый период сексуальности
- 2) препубертатный период

- 3) пубертатный период
- 4) инволюционный период
- 5) переходный период

7. ЭРОТИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

- 1) первый период сексуальности
- 2) препубертатный период
- 3) пубертатный период
- 4) инволюционный период
- 5) переходный период

8. ПЕРИОД ЗРЕЛОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- 1) 26-55 лет
- 2) 12-18 лет
- 3) 16-26 лет
- 4) 51-70 лет
- 5) 1 - 7 лет

9. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРЕН ВОЗРАСТ

- 1) 26-55 лет
- 2) 12-18 лет
- 3) 16-26 лет
- 4) 51-70 лет
- 5) 1 - 7 лет

10. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение половой активности
- 2) формирование эротического либидо
- 3) формирование платонического либидо
- 4) формирование эротического либидо
- 5) вхождение в полосу условно физиологического ритма

11. ЗА МУЖСКОЙ ИЛИ ЖЕНСКИЙ ТИП ПОВЕДЕНИЯ «ОТВЕЧАЕТ»

- 1) генетический пол
- 2) гормональный пол
- 3) морфологический пол
- 4) церебральный пол
- 5) гонадный пол

12. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

- 1) первом периоде сексуальности
- 2) препубертатном периоде
- 3) пубертатном периоде
- 4) инволюционном периоде
- 5) переходном периоде

13. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 26-55 лет
- 2) 12-18 лет
- 3) 16-26 лет
- 4) 51-70 лет
- 5) 1-7 лет

14. ЦЕНТР ЭРЕКЦИИ НАХОДИТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ И СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ СЕГМЕНТУ

- 1) L2-L4
- 2) S1-S3
- 3) Th12-L2
- 4) L1-L2
- 5) Th10 - Th12

15. ПЕРВАЯ ФАЗА ЭЯКУЛЯЦИИ – ВЫВЕДЕНИЕ СЕМЕНИ – СОВЕРШАЕТСЯ НЕПРОИЗВОЛЬНО ПОД ДЕЙСТВИЕМ ИМПУЛЬСОВ СЛЕДУЮЩИХ ИЗ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА

- 1) L2-L4
- 2) S1-S3
- 3) Th12-L4
- 4) L1-L2
- 5) Th10 - Th12

16. СПЕРМА ПЕРЕД ВТОРОЙ ФАЗОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ СКАПЛИВАЕТСЯ В

- 1) придатке яичка
- 2) семенных пузырьках
- 3) d. defferens
- 4) луковичном отделе уретры
- 5) висячем отделе уретры

17. ВТОРАЯ ФАЗА - ИЗГНАНИЯ ЭЯКУЛЯТА НАРУЖУ – ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ ВЫХОДЯЩИХ ИЗ СЕГМЕНТОВ

- 1) L2-L4
- 2) S2-S4
- 3) Th12-L4
- 4) L1-L2
- 5) Th10 - Th12

18. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ К

- 1) 2 годам
- 2) 4 годам

- 3) 7 годам
- 4) 10 годам
- 5) 12 годам

19. ДЛЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ

- 1) эрекция, эякуляторная, фрикции, рефрактерная
- 2) фрикции, эрекция, эякуляторная, рефрактерная, психическая
- 3) психическая, эрекция, фрикции, эякуляторная, рефрактерная
- 4) эрекция, психическая, эякуляторная, фрикции, рефрактерная
- 5) психическая, фрикции, рефрактерная эрекция, Эякуляторная

20. ОСОЗНАНИЕ ЖЕНЩИНОЙ ЖЕЛАНИЯ БЛИЗОСТИ И ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ, ПРОИСХОДИТ В

- 1) секреторную стадию
- 2) сенсорную стадию
- 3) психическую стадию
- 4) оргастическую стадию
- 5) в стадию - спад возбуждения

21. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭРОГЕННЫХ ЗОН У ЖЕНЩИН НАСТУПАЕТ В

- 1) секреторную стадию
- 2) сенсорную стадию
- 3) психическую стадию
- 4) оргастическую стадию
- 5) стадию копулятивного цикла - спад возбуждения

22. ДЛЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ

- 1) психическая, сенсорная, секреторная, оргастическая
- 2) психическая, сенсорная, секреторная, оргастическая, спад возбуждения
- 3) психическая, секреторная оргастическая, сенсорная, спад возбуждения
- 4) сенсорная, секреторная, психическая, оргастическая, спад возбуждения
- 5) сенсорная, оргастическая, секреторная, психическая, спад Возбуждения

23. ФОРМИРОВАНИЕМ «ОРГАСТИЧЕСКОЙ МАНЖЕТКИ» У ЖЕНЩИН

ЗАВЕРШАЕТСЯ ОДНА ИЗ СТАДИЙ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА

- 1) секреторная
- 2) сенсорная
- 3) психическая
- 4) оргастическая
- 5) спад возбуждения

24. АКТИВАЦИЯ ГЕНИТОСЕКМЕНТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ У ЖЕНЩИН ПРОИСХОДИТ В

- 1) секреторную стадию копулятивного цикла
- 2) сенсорную стадию копулятивного цикла
- 3) психическую стадию копулятивного цикла
- 4) оргастическую стадию копулятивного цикла
- 5) в стадию копулятивного цикла - спад возбуждения

25. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гетеросексуальный коитус
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) маструбация
- 4) поллюция
- 5) фрустрация

26. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гетеросексуальный коитус
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) петтинг
- 4) поллюция
- 5) фрустрация

27. К ВИКАРНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гетеросексуальный коитус
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) петтинг
- 4) поллюции
- 5) фрустрация

28. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) гетеросексуальный коитус
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) петтинг
- 4) поллюции
- 5) фрустрация

29. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) платоническая любовь
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) петтинг
- 4) поллюции
- 5) фрустрация

30. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) маструбация
- 2) гомосексуальный коитус
- 3) петтинг
- 4) поллюции
- 5) танцы

31. МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЯИЧКА У ЗДОРОВОГО МУЖЧИНЫ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ (2002) СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10 мл
- 2) 12 мл
- 3) 14 мл
- 4) 15 мл
- 5) 20 мл

32. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ГОЛОВКЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3%
- 2) 12%
- 3) 30%
- 4) 60%
- 5) 70%

33. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3%
- 2) 12%
- 3) 30%
- 4) 60%
- 5) 70%

34. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3%
- 2) 12%
- 3) 30%
- 4) 60%
- 5) 70%

35. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ХВОСТЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3%
- 2) 12%
- 3) 30%
- 4) 60%
- 5) 70%

36. У ЧЕЛОВЕКА ЕЖЕДНЕВНО (В СРЕДНЕМ) ОБРАЗУЕТСЯ

- 1) 20 млн сперматозоидов
- 2) 40 млн сперматозоидов
- 3) 63 млн сперматозоидов
- 4) 123 млн сперматозоидов
- 5) 153 млн сперматозоидов

37. В КАЖДОМ ЯИЧКЕ НАХОДИТСЯ

- 1) 600-1200 семенных канальцев
- 2) 200-400 семенных канальцев
- 3) 1500-2000 семенных канальцев
- 4) 2000 - 2500 семенных канальцев
- 5) более 3000 семенных канальцев

38. ДЛЯ НАЧАЛА И ПОДДЕРЖАНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМ

- 1) ФСГ
- 2) ЛГ
- 3) АКТГ
- 4) пролактин
- 5) эстрадиол

39. ИНГИБИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1) клетках Лейдига
- 2) клетках Сертоли
- 3) сперматогенном эпителии
- 4) простате
- 5) семенных пузырьках

40. ВЫРАЖЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЭСТРОГЕНОВ У МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

- 1) нарастанию мышечной массы
- 2) уменьшению жировой массы
- 3) нарастанию костной массы
- 4) атрофии сперматогенного эпителия
- 5) стимуляции сперматогенеза

41. КАКОЙ ГОРМОН КОНТРОЛИРУЕТ СИНТЕЗ ИНГИБИНА

- 1) тестостерон
- 2) ФСГ
- 3) ЛГ
- 4) пролактин
- 5) эстрадиол

42. ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКОМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО СОКРАТИТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

- 1) в два раза
- 2) на 20 дней
- 3) нельзя
- 4) на 10 дней
- 5) на 5 дней

43. ПРИ ГИНЕКОМАСТИИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

- 1) ФСГ
- 2) пролактина
- 3) ЛГ
- 4) тестостерона
- 5) кортизола

44. ПРИ ГАЛАКТОРЕИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

- 1) ФСГ
- 2) тестостерона
- 3) ЛГ
- 4) пролактина
- 5) кортизола

45. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЭЯКУЛЯТА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1) семенных пузырьках
- 2) Куперовых железах
- 3) простате
- 4) яичках
- 5) придатке яичка

46. АНАЛИЗ СПЕРМЫ НОРМАЛЕН, НО ЗАЧАТИЕ СО ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНОЙ В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

- 1) стволовой гипоспадии
- 2) монорхизме
- 3) одностороннем крипторхизме
- 4) варикоцеле
- 5) односторонней гипоплазии яичка

47. В НОРМЕ ОТНОШЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА И ЭСТРАДИОЛА В СЫВОРОТКИ КРОВИ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 : 5
- 2) 5 : 1
- 3) 10:1
- 4) 1:10
- 5) 1:3

48. У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 45 ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ТЕСТОСТЕРОНОМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАДО КОНТРОЛИРОВАТЬ

- 1) ОАК
- 2) тестостерона
- 3) эстрадиола
- 4) ПСА
- 5) ОАМ

49. ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ТЕСТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 3 часа
- 4) 6 – 16 часов
- 5) 16 - 20 часов

50. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 %
- 2) 2 %
- 3) 5 %
- 4) 10%
- 5) 50%

51. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИИ У БОЛЬНЫХ С АЗОСПЕРМИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 %
- 2) 2 %
- 3) 5 %
- 4) 16 %
- 5) 25 %

52. СКОЛЬКО СПЕРМАТИД НА ПОПЕРЕЧНОМ СРЕЗЕ СЕМЕННОГО КАНАЛЬЦА ДОЛЖНО БЫТЬ, ЧТОБЫ ГОВОРИТЬ О ГИПОСПЕРМАТОГЕНЕЗЕ

- 1) до 10 сперматид
- 2) до 20 сперматид

- 3) до 30 сперматид
- 4) до 40 сперматид
- 5) до 50 сперматид

53. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АЗОСПЕРМИЕЙ СИНДРОМА «ТОЛЬКО КЛЕТКИ СЕРТОЛИ» СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5 – 10 %
- 2) 13- 15%
- 3) 25 – 30 %
- 4) 30 - 40%
- 5) 40-50 %

54. ПРИЧИНОЙ АНЭЯКУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повреждение шейки мочевого пузыря
- 2) «разрыв» нервных путей, контролирующих выделение спермы в заднюю уретру
- 3) воспалительный процесс в предстательной железе
- 4) последствия эпидидимита
- 5) везикулит

55. ПРИЧИНОЙ АНЭЯКУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повреждение шейки мочевого пузыря
- 2) поражение спинного мозга
- 3) воспалительный процесс в семенных пузырьках
- 4) последствия эпидидимита
- 5) стриктура уретры

56. ЭНДОКРИННЫЕ СИСТЕМЫ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ ПО ПРИНЦИПУ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

- 1) тиреотропин - тиреоидные гормоны
- 2) аденокортикотропный гормон - кортизол
- 3) ЛГ – тестостерон
- 4) ЛГ – овуляция
- 5) ФСГ – сперматогенный эпителий

57. В ПРОЦЕССЕ СОЗРЕВАНИЯ ФОЛЛИКУЛА ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) три стадии
- 2) четыре стадии
- 3) пять стадии
- 4) шесть стадии
- 5) десять стадии

58. НЕКРОЗ ГИПОФИЗА, КАК СЛЕДСТВИЕ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

СИНДРОМЕ

- 1) Колмана
- 2) Шихена
- 3) Лоренса-Муна
- 4) Прадера Вили
- 5) Шершевского – Тернера

59. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПРОНИКАЮТ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 минут
- 2) 10 минут
- 3) 30 – 60 минут
- 4) через 1- 2 часа
- 5) через 5 часов

60. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПРОНИКАЮТ В МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 минут
- 2) 10 минут
- 3) 30 – 60 минут
- 4) через 1- 2 часа
- 5) через 5 часов

61. СПЕРМАТОЗОИДЫ, ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ, СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИИ

- 1) 5 суток
- 2) 10 суток
- 3) 30 – 60 минут
- 4) 6 - 12 часов
- 5) 24 - 48 часов

62. СПЕРМАТОЗОИДЫ В КРИПТАХ ШЕЕЧНОГО КАНАЛА СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ПРОДВИЖЕНИЮ В ТЕЧЕНИИ

- 1) 5 суток
- 2) 10 суток
- 3) 30 – 60 минут
- 4) 6 - 12 часов
- 5) 24 - 48 часов

63. ОДНОЙ ГЕНЕРАЦИЕЙ СОЗРЕВАЮЩИХ УДЛИНЕННЫХ СПЕРМАТИД ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) I стадия сперматогенеза
- 2) II стадия сперматогенеза
- 3) III стадия сперматогенеза

- 4) V стадия сперматогенеза
- 5) VI стадия сперматогенеза

64. НАЛИЧИЕМ РАННИХ (КРУГЛЫХ) И БОЛЕЕ ПОЗДНИХ (УДЛИНЕННЫХ) СПЕРМАТИД ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) I стадии сперматогенеза
- 2) II стадии сперматогенеза
- 3) IV стадии сперматогенеза
- 4) V стадии сперматогенеза
- 5) VI стадии сперматогенеза

65. НАЛИЧИЕ СОЗРЕВАЮЩИХ СПЕРМАТИД И ИХ ВЫДЕЛЕНИЯ В ПРОСВЕТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) I стадии сперматогенеза
- 2) II стадии сперматогенеза
- 3) III стадии сперматогенеза
- 4) IV стадии сперматогенеза
- 5) VI стадии сперматогенеза

66. НАЛИЧИЕ ТОЛЬКО ОДНОЙ ГЕНЕРАЦИИ СПЕРМАТИД – ЗРЕЛЫЕ СПЕРМАТИДЫ, ВЫСВОБОЖДАЮЩИЕСЯ В ПРОСВЕТ КАНАЛЬЦА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) I стадии сперматогенеза
- 2) II стадии сперматогенеза
- 3) III стадии сперматогенеза
- 4) IV стадии сперматогенеза
- 5) V стадии сперматогенеза

67. ПЕРВИЧНЫМИ И ВТОРИЧНЫМИ СПЕРМАТОЦИТАМИ, ПОДВЕРГАЮЩИМИСЯ ПЕРВОМУ И ВТОРОМУ МЕЙОТИЧЕСКОМУ ДЕЛЕНИЮ, А ТАКЖЕ НАЛИЧИЕМ ВТОРИЧНЫХ СПЕРМАТОЦИТОВ В ИНТЕРФАЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) I стадия сперматогенеза
- 2) III стадия сперматогенеза
- 3) IV стадия сперматогенеза
- 4) V стадия сперматогенеза
- 5) VI стадия сперматогенеза

68. ЧАСТОТА ЭЯКУЛЯЦИЙ ВЛИЯЕТ НА СКОРОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) тормозит
- 2) ускоряет
- 3) подавляет
- 4) не влияет
- 5) стимулирует

69. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

- 1) хламидиоз
- 2) трихомониаз
- 3) уреаплазмоз
- 4) гонорея
- 5) сифилис

70. НА У-ХРОМОСОМЕ РАСПОЛОЖЕНО

- 1) 24 гена
- 2) 34 гена
- 3) 42 гена
- 4) 44 гена
- 5) 26 генов

71. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЦЕПЛЕННОЕ С X-ХРОМОСОМОЙ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СПИНАЛЬНАЯ И БУЛЬБАРНАЯ МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) синдром Колмана
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) болезнь Кеннеди
- 4) синдром Прадера Вили
- 5) синдрома Дель-Кастильо

72. ОЖИРЕНИЕ, ОЛИГОФРЕНИЯ, ИНФАЛЬТИВНАЯ ГИПОТОНИЯ, ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) синдрома Колмана
- 2) синдрома Клайнфельтера
- 3) болезни Кеннеди
- 4) синдрома Прадера Вили
- 5) синдрома Дель-Кастильо

73. СИНДРОМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ВЫРАЖЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ СИНУСИТ; БРОНХОЭКТАЗЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) синдром Колмана
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) болезнь Кеннеди
- 4) синдром Прадера Вили
- 5) синдром Картагенера

74. К ВРОЖДЕННЫМ ВИДАМ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) синдром Колмана
- 2) синдром Клайнфельтера

- 3) синдром Лоренса-Муна
- 4) синдром Прадера Вили
- 5) гипофизарный нанизм

75. ПРОТОК ПРИДАТКА ОБРАЗУЮТ

- 1) 3-5 семявыносящих канальцев
- 2) 6-12 семявыносящих канальцев
- 3) 20-30 семявыносящих канальцев
- 4) 15- 20 семявыносящих канальцев
- 5) 25 - 30 семявыносящих канальцев

76. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) мужская маточка
- 2) придаток яичка
- 3) семявыносящий проток
- 4) уретра
- 5) семенные пузырьки

77. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) Бартолиновы железы
- 2) маточная труба
- 3) мочевого пузырь
- 4) уретра
- 5) яичник

78. ИЗ ВОЛЬФОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) мужская маточка
- 2) придаток яичка
- 3) половой член
- 4) уретра
- 5) мошонка

79. ИЗ ВОЛЬФОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) мужская маточка
- 2) мошонка
- 3) семявыносящий проток
- 4) уретра
- 5) мочевого пузырь

80. ИЗ МОЧЕПОЛОВОГО СИНУСА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) мужская маточка
- 2) сеть яичка
- 3) семявыносящий проток
- 4) мочевого пузыря
- 5) мошонка

81. МОНОРХИЗМ, ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМБРИОГЕНЕЗА, ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ У МУЖЧИН С

- 1) аплазией почки
- 2) истинным гермафродитизмом
- 3) гидронефрозом
- 4) удвоением почки
- 5) ложным гермафродитизмом

82. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 70%
- 2) 100%
- 3) 50 %
- 4) 40 %
- 5) 10 %

83. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕВОЧЕК С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 70%
- 2) 100%
- 3) 50 %
- 4) 40%
- 5) 10%

84. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-10%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 10-15%
- 5) до 1%

85. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-10%
- 2) 20-30%
- 3) 35-40%
- 4) 10-15%
- 5) до 1%

86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА

- 1) атрофия яичка
- 2) рецидив варикоцеле
- 3) гидроцеле
- 4) кровотечение
- 5) эпидидимит

87. ПРИ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЛИГИРОВАНИЕМ ЛИМФОТИЧЕСКИХ СОСУДОВ РАЗВИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) атрофия яичка
- 2) рецидив варикоцеле
- 3) гидроцеле
- 4) кровотечение
- 5) эпидидимит

88. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ГИПОСПАДИИ

- 1) 3-5 лет
- 2) 5-7 лет
- 3) 9-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) 14-15 лет

89. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 2) стриктура пиелoureтерального сегмента
- 3) клапан пиелoureтерального сегмента
- 4) аберрантный сосуд
- 5) камень мочеточника

90. ПРИ НОРМОТЕНЗИИ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ У БОЛЬНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ III СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) операция Иванисевича
- 2) рентгенэндоваскулярная окклюзия v. spermaticae internaе
- 3) проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз
- 4) проксимальный тестикулоилиакальный венозный анастомоз
- 5) иссечение вен семенного канатика

91. СПОСОБ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БРЮШНОЙ КРИПТОРХИЗМ И МОНОРХИЗМ

- 1) радиоизотопная сцинтиграфия
- 2) тестикулоангиография

- 3) компьютерная томография
- 4) лапароскопия
- 5) решающего способа нет, показан комплекс обследований

92. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) расхождением лонного сочленения
- 2) гипоспадией
- 3) вторичным камнеобразованием
- 4) хроническим пиелонефритом
- 5) ХПН

93. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) вторичным камнеобразованием
- 2) гипоспадией
- 3) тотальной эписпадией
- 4) хроническим пиелонефритом
- 5) ХПН

94. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) создание изолированного мочевого пузыря
- 2) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку
- 3) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки
- 4) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой
- 5) уретерокутанеостомия

95. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ЭПИСПАДИИ

- 1) тотальная (полная)
- 2) эписпадия головки
- 3) эписпадия ствола полового члена
- 4) субсимфизарная
- 5) венечной борозды

96. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИИ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 года
- 3) 4-5 лет
- 4) 6-8 лет
- 5) 9-15 лет

97. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

- 1) венечной борозды (околовенечная)
- 2) «гипоспадия без гипоспадии»
- 3) стволовая
- 4) тотальная (полная)
- 5) мошоночная (промежностная)

98. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ 1 ЭТАПА ПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ

- 1) новорожденные и грудные дети
- 2) 1-2 года
- 3) 3- 4 года
- 4) 5- 6 лет
- 5) 7-10 лет

99. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ

- 1) 3-5 лет
- 2) 6-7 лет
- 3) 9-10 лет
- 4) 12-14 лет
- 5) 13-15 лет

100. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ

- 1) 1-2 год
- 2) 3-5 лет
- 3) 6-8 лет
- 4) при установлении диагноза
- 5) в пубертатном периоде

101. ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

- 1) от генетического пола
- 2) от сроков выполнения операции
- 3) от степени морфологических нарушений стромы яичка
- 4) от тяжести нарушения кровоснабжения яичка
- 5) от сроков пребывания яичка в паховом канале

102. ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

- 1) от генетического пола

- 2) от сроков выполнения операции
- 3) от степени морфологической зрелости герминативного эпителия
- 4) от тяжести нарушения кровоснабжения яичка
- 5) от выраженности обструктивных изменений семявыносящих протоков

103. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ОРХОПЕКСИИ

- 1) низведение яичка без натяжения элементов семенного канатика
- 2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3) пересечение мышцы, поднимающей яичко
- 4) создание условий для постоянной тракции и вытяжения
- 5) надежная фиксация к бедру

104. ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА) ХАРАКТЕРНО

- 1) смещение яичка при пальпации в сторону бедра
- 2) умеренное смещение яичка при пальпации по ходу пахового канала
- 3) отсутствие яичка при пальпации
- 4) мошонка развита симметрично
- 5) яичко смещается к промежности

105. ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА) ХАРАКТЕРНО

- 1) смещение яичка при пальпации в сторону бедра
- 2) смещение яичка при пальпации на промежность
- 3) отсутствие яичка при пальпации
- 4) недоразвитие соответствующей половины мошонки
- 5) яичко смещается при пальпации в сторону полового члена

106. ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО

- 1) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала
- 2) яичко расположено под кожей и смещается в сторону бедра
- 3) яичко не пальпируется
- 4) яичко определяется на промежности
- 5) яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

107. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ СЛЕВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене
- 2) аорто-мезентериальный "пинцет"
- 3) стеноз почечной вены и почечная венная гипертензия

- 4) наличие артерио-венозной фистулы
- 5) кольцевидная почечная вена

108. РЕБЕНОК 1,5 ЛЕТ. ВЫШЕ ЯИЧКА ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, НЕ СПАЯННОЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ. СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ (). ВАШ ДИАГНОЗ

- 1) гидроцеле
- 2) крипторхизм
- 3) полиорхизм
- 4) фуникулоцеле
- 5) паховая грыжа

109. МАЛЬЧИК 13 ЛЕТ. ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ БОЛЬ В ПРАВОМ ЯИЧКЕ. ПРИ ОСМОТРЕ: ОТЕК И ГИПЕРЕМИЯ МОШОНКИ. ПАЛЬПАТОРНО: ЯИЧКО УВЕЛИЧЕНО, УПЛОТНЕНО, РЕЗКО БОЛЕЗНЕННО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ

- 1) острый орхит
- 2) спонтанное кровоизлияние в яичко
- 3) перекрут яичка
- 4) ущемленная паховая грыжа
- 5) острый эпидидимит

110. ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫШЕ ЯИЧКА В ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

- 1) тепловые процедуры
- 2) компресс с мазью Вишневского
- 3) скрототомия и ревизия семенного канатика
- 4) суспензорий
- 5) физиолечение антибиотиками

111. ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫШЕ ЯИЧКА В ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ МОШОНКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК, ПО ДАННЫМ УЗ-ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

- 1) тепловые процедуры
- 2) компресс с мазью Вишневского
- 3) скрототомия, ревизия мошонки, опорожнение гематомы
- 4) суспензорий
- 5) физиолечение антибиотиками

112. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) надлобковый доступ
- 2) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения
- 3) промежностный доступ
- 4) трансуретральный доступ
- 5) позадилонный

113. РЕБЕНОК 3 ГОДА. ПАХОВАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С КРИПТОРХИЗМОМ, ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) гормональную терапию
- 2) оперативное лечение в плановом порядке
- 3) экстренное оперативное вмешательство
- 4) оперативное лечение в возрасте старше 5 лет
- 5) короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение

114. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ВЫДЕРЖАТЬ МЕЖДУ ВЫПОЛНЕНИЕМ I-ГО И II-ГО ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ (ПРИ УСЛОВИИ ПОЗДНЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВОГО ЭТАПА), СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не менее 1 месяца
- 2) не менее 3 месяцев
- 3) не менее 6 месяцев
- 4) до 1 года
- 5) до 2 лет

115. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У ГОДОВОЛОГО МАЛЬЧИКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутриутробным давлением
- 2) диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка брюшины
- 5) инфекцией мочевых путей

116. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИОРХИЗМА ДОСТАТОЧНО

- 1) пальпации наружных мужских половых органов
- 2) перкуссии наружных мужских половых органов
- 3) данных осмотра, пальпации наружных мужских половых органов и лапароскопии
- 4) рентгенографии брюшной полости
- 5) диафаноскопии наружных мужских половых органов

117. СИНОРХИДИЗМ - ЭТО

- 1) перекрестная дистопия яичек
- 2) врожденное отсутствие яичек

- 3) внутрибрюшинное сращение яичек
- 4) наличие одного яичка
- 5) гипотрофия яичек

118. АНОРХИЗМ - ЭТО

- 1) двустороннее неопущение яичек
- 2) гермафродитизм
- 3) гонадная агенезия
- 4) врожденная гипоплазия яичек
- 5) синдром феминизирующих яичек

119. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) фимозом, меатостенозом
- 2) гипоспадией, крипторгизмом
- 3) меатостенозом, стриктурой уретры
- 4) склерозом шейки мочевого пузыря
- 5) расхождением лонного сочленения, тотальной эписпадией

120. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) микро- и макрогематурия
- 2) мочевые диатезы
- 3) пиелонефрит и камни почек
- 4) артериальная гипертензия
- 5) хилурия

121. ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ПРИ ГИПОСПАДИИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО КЛИТОРА ПРИ ЛОЖНОМ ЖЕНСКОМ ГЕРМАФРОДИТИЗМЕ

- 1) отсутствием крайней плоти на волярной поверхности
- 2) крайняя плоть переходит с тыльной поверхности на волярную
- 3) крайняя плоть сохранена только на волярной поверхности
- 4) сколько-нибудь достоверных отличий нет; требуется определение генетического пола
- 5) показан комплекс обследований для определения истинного Пола

122. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

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

123. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цистоскопия
- 2) уретроскопия
- 3) микционная цистоуретрография
- 4) микционная цистоуретрокинематография
- 5) полипозиционная цистография

124. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКЦИИ УРЕТРЫ КЛАПАНОМ ХАРАКТЕРНО В ВОЗРАСТЕ

- 1) новорожденности и грудном
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-5 лет
- 4) 5-7 лет
- 5) старше 7 лет

125. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У МАЛЬЧИКА 1.5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) повышенным внутриутробным давлением
- 2) диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами
- 3) травмой пахово-мошоночной области
- 4) незаращением вагинального отростка брюшины
- 5) инфекцией мочевых путей

126. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2-Х ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) наблюдение в динамике
- 2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
- 3) повторные пункции с введением гидрокортизона
- 28
- 4) оперативное лечение в плановом порядке
- 5) назначение гормональных препаратов

127. ЛОЖНАЯ РЕТЕНЦИЯ ЯИЧКА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) нарушением процессов опускания яичка в мошонку
- 2) гормональным дисбалансом
- 3) нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз гипоталамус
- 4) повышением кремастерного рефлекса
- 5) антенатальной патологией

128. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО

- 1) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром
- 2) внезапное начало, «светлый» промежуток, далее гиперемия

мошонки, постепенное нарастание отека

- 3) внезапное начало, быстро нарастающий отек мошонки, выраженный болевой синдром, гиперемия мошонки
- 4) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого симптома
- 5) симптоматика зависит от возраста

129. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН

- 1) для опухоли яичка
- 2) для острого орхита
- 3) для водянки оболочек яичка
- 4) для пахово-мошоночной грыжи
- 5) для гематоцеле

130. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) болезни Мариона
- 2) простатита
- 3) склероза предстательной железы
- 4) сахарного диабета
- 5) фимоза

131. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК

- 1) меатостеноз
- 2) везикулит
- 3) стриктура уретры
- 4) сахарный диабет
- 5) болезнь Мариона

132. ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

- 1) гиперплазия (аденома) предстательной железы
- 2) склероз простаты
- 3) везикулит, цистит
- 4) карбункул
- 5) крауроз

133. СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) клинического анализа мочи
- 2) метода Каковского - Аддиса
- 3) пробы Нечипоренко
- 4) преднизолонового теста
- 5) 3-х стаканной пробы

134. СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) клинического анализа мочи

- 2) метода Каковского - Аддиса
- 3) пробы Нечипоренко
- 4) пирогеналового теста
- 5) 3-х стаканной пробы

135. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дрожжеподобные грибы
- 2) L-формы бактерий
- 3) простейшие класса жгутиковых
- 4) амебы
- 5) вирусы

136. УРЕТРОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) остром уретрите
- 2) остром простатите и везикулите
- 3) подозрении на стриктуру уретры
- 4) торпидном течении уретрита
- 5) колликулите

137. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) приапизм
- 2) геморрой
- 3) простатит
- 4) везикулит
- 5) баланопостит

138. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) семенных пузырьков
- 2) семенного бугорка
- 3) парауретральных желез
- 4) крайней плоти
- 5) кожи мошонки

139. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) семенных пузырьков
- 2) семенного бугорка
- 3) парауретральных желез
- 4) головки полового члена
- 5) кожи мошонки

140. КАВЕРНИТ - ЭТО

- 1) воспаление пещеристых тел полового члена
- 2) фибропластическая индукция полового члена
- 3) флеботромбоз кожи полового члена

- 4) воспаление спонгиозного тела уретры
- 5) крайней плоти полового члена

141. ПАРАФИМОЗ - ЭТО

- 1) сужение отверстия крайней плоти полового члена
- 2) ущемление головки полового члена суженным отверстием крайней плоти
- 3) воспаление пещеристого тела полового члена
- 4) воспаление вен полового члена
- 5) воспаление кожи мошонки

142. ПРИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) отсутствие эрекции
- 2) наличие бляшек хрящевой консистенции в белочной оболочке кавернозных тел полового члена
- 3) гиперемия кожи полового члена
- 4) абсцедирование кавернозных тел
- 5) наличие бляшек хрящевой консистенции в спонгиозном теле полового члена

143. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИАПИЗМА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1) перемежающимися ночными эрекциями
- 2) кавернитом
- 3) гангреной Фурнье
- 4) пролонгированной эрекцией
- 5) болезнью Пейрони

144. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ ПРИ ПРИАПИЗМЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1) разрез белочной оболочки кавернозных тел полового члена
- 2) резекция пещеристых тел полового члена
- 3) наложение спонгио-кавернозного анастомоза
- 4) гофрирование белочной оболочки
- 5) эмускулинизацию

145. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) повышение температуры тела с первых дней заболевания
- 2) повышение температуры тела на 3-4-е сутки заболевания
- 3) повышение температуры тела на 5-6-е сутки заболевания
- 4) нормальная температура тела в течение всего заболевания
- 5) пониженная температура тела в течение всего заболевания

146. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И В ЖИВОТЕ ПРИ

ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗНИКНОВЕНИИ

- 1) простатита
- 2) фуникулита
- 3) острого аппендицита
- 4) колита
- 5) орхоэпидидимита

147. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) перекрутом яичка и некрозом гидатид Морганьи
- 2) простатитом, везикулитом, колликулитом
- 3) кавернитом, болезнью Пейрони
- 4) гангреной Фурнье
- 5) баланопоститом

148. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) простатитом
- 2) перекрутом яичка
- 3) кавернитом
- 4) колликулитом
- 5) кистой придатка

149. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) хронические очаги инфекции
- 2) условия труда
- 3) общее состояние организма
- 4) ранее перенесенные болезни
- 5) инфекции, передающиеся половым путем

150. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ

- 1) гематогенным путем
- 2) лимфогенным путем
- 3) восходящим путем
- 4) алиментарным
- 5) уриногенным

151. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) острый холецистит
- 2) уретрит
- 3) артрит
- 4) абсцесс предстательной железы
- 5) баланопостит

152. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) никтурия
- 2) олигурия
- 3) инициальная гематурия
- 4) боли в эпигастральной области
- 5) выделение гноя из уретры

153. К МЕСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯИЧКА И ЕГО ПРИДАТКА, ОТНОСЯТ

- 1) увеличение, уплотнение, болезненность придатка яичка, болезненность семенного канатика
- 2) реактивную водянку оболочек яичка
- 3) сращение придатка и яичка плотными спайками
- 4) утолщенный, болезненный семенной канатик
- 5) увеличение, уплотнение, бугристость хвоста придатка яичка, четкообразный семявыносящий проток

154. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) тело придатка
- 2) хвост придатка
- 3) головка придатка
- 4) весь придаток
- 5) придаток и ткань яичка

155. ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) покой
- 2) иммобилизации мошонки (суспензорий)
- 3) антибактериальной терапии
- 4) тепловые процедуры и физиотерапевтического лечения
- 5) блокада семенного канатика с антибиотиками

156. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ПРОИЗВОДЯТ

- 1) эпидидимэктомию
- 2) гемикастрацию
- 3) эпидидимэктомию с резекцией яичка
- 4) двустороннюю эпидидиэктомию
- 5) эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной
Стороны

157. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПОСЛЕ БЕЗУСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИДАТКА ЯИЧКА В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1 месяца
- 2) 2-х месяцев
- 3) 3-х месяцев
- 4) 6-ти месяцев
- 5) 1 года

158. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов уретрального отделяемого
- 2) культуральное исследование
- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами

159. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов секрета предстательной железы
- 2) культуральное исследование
- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными Аутовакцинами

160. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов спермы
- 2) культуральное исследование
- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными Аутовакцинами

161. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАДНЕГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) приапизм
- 2) геморрой
- 3) простатит
- 4) болезнь Пейрони
- 5) баланопостит

162. ВЕРОЯТНЫМ ЭКТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колит

- 2) геморрой
- 3) артрит
- 4) везикулит
- 5) баланопостит

163. ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОКАЗАНА

- 1) интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия
- 2) интенсивная антибактериальная и местная терапия
- 3) цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией
- 4) физиотерапевтические мероприятия
- 5) физиотерапевтическое лечение

164. ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО

- 1) установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией
- 2) интенсивная антибактериальная и местная терапия
- 3) цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией
- 4) лучевая терапия
- 5) физиотерапевтическое лечение

165. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции
- 5) деформацией полового члена

166. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции
- 5) болезненной эрекцией

167. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции

5) наличием «бляшек» хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена

168. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИАПИЗМА И ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) латеральное искривление полового члена
- 2) фимоз
- 3) гангрена Фурнье
- 4) отсутствие кровенаполнения спонгиозного тела уретры
- 5) отсутствие кровенаполнения одного из кавернозных тел

169. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭПИДИДИМООРХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) травма органов мошонки
- 2) половые излишества
- 3) переохлаждение
- 4) расстройство мочеиспускания
- 5) грамотрицательные уропатогены

170. ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

- 1) установление постоянного катетера антибактериальная терапия
- 2) инстилляции уретры антибактериальная терапия
- 3) интенсивная антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия
- 4) вскрытие и дренирование полости абсцесса предстательной железы антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия
- 5) трансуретральная резекция предстательной железы антибактериальная инфузионная и детоксикационная терапия

171. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экскреторная урография
- 2) анализ секрета предстательной железы
- 3) уретроцистография
- 4) ультразвуковое исследование семенных пузырьков
- 5) микционная цистография

172. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ВО ВРЕМЯ БУРНОГО ПОЛОВОГО АКТА ОЩУТИЛ РЕЗКУЮ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ЭРЕКЦИЯ ИСЧЕЗЛА. НА ГЛАЗАХ НАРОСЛА ГЕМАТОМА В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ДИАГНОЗ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

- 1) разрыв уретры – первичный шов уретры – эпицистостомия
- 2) перелом кавернозного тела – холод – антибиотики

- 3) острый кавернит – тепловые процедуры – антибиотики
- 4) перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела
- 5) перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела – антикоагулянты – антибиотики

173. ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ УРЕТРЫ - ЭТО

- 1) разрыв слизистой оболочки
- 2) разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела
- 3) интерстициальный разрыв
- 4) разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела
- 5) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности

174. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ

- 1) макрогематурия
- 2) уретроррагия
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) гематома над лоном или промежностная гематома
- 5) частое, болезненное мочеиспускание

175. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА УРЕТРЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) повышением температуры тела
- 2) выделением крови из мочеиспускательного канала вне акта мочеиспускания
- 3) выделением мочи окрашенной кровью при мочеиспускании
- 4) наличием мочи в ране
- 5) вздутием живота
- 6) болью в области травмы с распространением в низ живота

176. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ

- 1) экскреторная урография
- 2) нисходящая цистоуретрография
- 3) восходящая уретроцистография
- 4) пневмоцистография
- 5) обзорная урография

177. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОМ УРОГЕМАТОМой, ПОКАЗАНО

- 1) цистостомия
- 2) установка постоянного катетера
- 3) цистостомия дренирование малого таза
- 4) цистостомия дренирование урогематомы через промежность строгий постельный режим
- 5) цистостомия дренирование урогематомы проведение по уретре постоянного катетера

178. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСИТСЯ

- 1) уросепсис
- 2) стриктура уретры
- 3) флебиты таза и промежности, уросепсис
- 4) кровотечение
- 5) мочевиальные свищи

179. УРЕТРОРРАГИЯ ПРИ ТРАВМЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ МОЖЕТ ПРИНЯТЬ УГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1) слизистой уретры
- 2) пещеристых тел
- 3) предстательной железы
- 4) интерстиции уретры
- 5) уретроррагия при травме уретры никогда не принимает угрожающего характера

180. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ УШИБЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) разрыв белочной оболочки
- 2) нарастающая гематома в подкожной клетчатке
- 3) уретроррагия
- 4) боль при отсутствии гематомы
- 5) отек крайней плоти

181. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рези при мочеиспускании
- 2) задержка мочи
- 3) уретроррагия
- 4) вялая струя мочи
- 5) характерных признаков нет

182. ПОКАЗАНИЕ К АМПУТАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- 1) глубокое пересечение кавернозных тел и уретры
- 2) глубокие колото-резаные раны кавернозных тел
- 3) посттравматическая гангрена полового члена
- 4) травматический отрыв полового члена
- 5) глубокие укушенные раны кавернозных тел

183. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОШОНКИ КРОВЬ (ГЕМАТОМА) РЕДКО СКАПЛИВАЕТСЯ

- 1) в мошоночном пространстве
- 2) снаружи влагалищной оболочки яичка
- 3) во влагалищной оболочке яичка

- 4) в перегородке мошонки
- 5) одинаково часто в любом перечисленном отделе

184. ПРИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- 1) показана не позднее 2-3 часов после травмы
- 2) показана спустя 6 часов после травмы
- 3) показана не позднее 12 часов после травмы
- 4) не показана совсем
- 5) показана при отсутствии признаков уретрита

185. МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) цистостомия
- 2) первичный шов уретры
- 3) бужирование уретры
- 4) пластика уретры по Хольцову
- 5) пластика уретры по Соловову

186. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ НА УРЕТРОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сдавление уретры без затеков контрастного вещества
- 2) заполнение контрастным веществом уретры без заполнения мочевого пузыря
- 3) наличие уретровенозных рефлюксов
- 4) затеки контрастного вещества за пределы просвета уретры
- 5) заполнение контрастным веществом уретры с заполнением мочевого пузыря, нижней трети мочеточников

187. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мочеые свищи
- 2) стриктура уретры
- 3) мочеые затеки таза и промежности
- 4) бактериемический шок
- 5) уросепсис

188. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мочеые свищи
- 2) стриктура уретры
- 3) кровотечение
- 4) бактериемический шок
- 5) уросепсис

189. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экскреторная урография
- 2) нисходящая цистоуретрография
- 3) восходящая уретроцистография
- 4) пневмоцистография
- 5) урофлоуметрия

190. ПРИ РАЗРЫВЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ ИСКЛЮЧЕН СИМПТОМ

- 1) уретроррагия
- 2) острая задержка мочи
- 3) пальпируемая на промежности уругематома
- 4) простаторея
- 5) гематома на промежности

191. ТРАВМА МОШОНКИ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ. ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ МОШОНКИ. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

- 1) суспензорий с мазью Вишневского
- 2) антибиотики
- 3) холод на мошонку
- 4) динамическое наблюдение
- 5) скротомия, ревизия яичка

192. НЕПРОНИКАЮЩИЙ РАЗРЫВ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА – ЭТО

- 1) повреждение кавернозных тел полового члена
- 2) разрыв все слоев уретры по всей окружности
- 3) разрыв все слоев уретры на ограниченном участке
- 4) разрыв слизистой оболочки уретры
- 5) повреждение головки полового члена

193. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цистостомия
- 2) первичный шов уретры
- 3) дренирование мочевого пузыря уретральным катетером уретры
- 4) пластика уретры по Хольцову
- 5) пластика уретры по Соловому

194. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА КРАЙНЕ МАЛОВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- 1) атрофии яичка
- 2) инфаркта яичка
- 3) невралгии

- 4) злокачественного перерождения
- 5) варикоцеле

195. ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЕ МОШОНКИ У ЮНОШИ
НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) динамическое наблюдение
- 2) антибактериальная гемостатическая терапия
- 3) эксплоративная скрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровотока сосуда
- 4) постельный режим, холодные компрессы на область мошонки, ношение суспензория
- 5) ношение суспензория, физиолечение

196. МЕТОДОМ ПАЛЛИАТИВНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ
РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цистостомия установка катетера
- 2) первичный шов уретры
- 3) дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- 4) пластика уретры по Хольцову
- 5) пластика уретры по Соловому

197. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вывих, гематома
- 2) скальпирование, кровотечение
- 3) организовавшаяся гематома
- 4) ущемление полового члена
- 5) отрыв головки, перелом полового члена

198. ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОМ ГЕМАТОЦЕЛЕ У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ
ПОКАЗАНО

- 1) динамическое наблюдение
- 2) холодные компрессы на мошонку антибиотики гемостатики
- 3) эксплоративная скрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровотока сосуда, при повреждении яичка: иссечение пролабирующей паренхимы яичка
- 4) ушивание белочной оболочки пункция гематоцеле гемостатики антибиотики
- 5) пункция гематоцеле холодные компрессы на мошонку гемостатики антибиотики

199. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
КАК

- 1) рак мочевого пузыря
- 2) хронический простатит
- 3) геморрой
- 4) аденома
- 5) фимоз

200. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК

- 1) рак мочевого пузыря
- 2) хронический простатит
- 3) параректальный свищ
- 4) рак простаты
- 5) крауроз

201. ПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие аденомы 1-ой степени
- 2) наличие больших размеров аденомы 2 ст.
- 3) наличие уретерогидронефроз
- 4) наличие дивертикула мочевого пузыря
- 5) изнуряющая ноктурия

202. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРОСТАТЫ

- 1) в диафизах крупных трубчатых костей, ребрах, грудине
- 2) в легких, печени, головном мозге
- 3) в костях таза, поясничного отдела позвоночника, шейке бедра
- 4) в печени, селезенке, кардиальном отделе желудка
- 5) в костях черепа, ребрах, грудине

203. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ 3-ЕЙ СТАДИИ

- 1) спонтанный разрыв мочевого пузыря
- 2) ХПН
- 3) постренальная анурия + острый гнойный пиелонефрит
- 4) хронический обструктивный пиелонефрит + ХПН
- 5) острый необструктивный пиелонефрит

204. НЕОБХОДИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ЯИЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реакция спермоагглюцинации
- 2) реакция спермоиммобилизации
- 3) определение хорионического гонадотропина (реакция Ашгейма-Цондека)

- 4) реакция иммунодиффузии по Манчини
- 5) реакция Е-розеткообразования

205. РАДИКАЛЬНАЯ ВНЕБРЮШИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧЕК ПО АВТОРУ НОСИТ НАЗВАНИЕ ОПЕРАЦИИ

- 1) Янова
- 2) Мицубиси
- 3) Шевассю
- 4) Ашгейма-Цондека
- 5) Нагамацу

206. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ЯИЧКА

- 1) паракавальные лимфоузлы
- 2) парааортальные лимфоузлы
- 3) паховые лимфоузлы
- 4) лимфоузлы корня брыжейки
- 5) область ворот левой почки

207. ИЗ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) фиброма
- 2) остроконечная кондилома
- 3) карункул
- 4) полипы
- 5) папилломы

208. РАЗВИТИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЮТ

- 1) хронический воспалительный процесс предстательной железы
- 2) гормональные нарушения в организме
- 3) наследственность
- 4) вирусная инфекция
- 5) половые излишества

209. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТЕН ДЛЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ТИП РОСТА АДЕНОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

- 1) субвезикальный
- 2) интравезикальный
- 3) диффузный
- 4) субтригональный
- 5) смешанный

210. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) только в I стадии
- 2) только во II стадии
- 3) только в III стадии
- 4) в I и II стадиях
- 5) во всех стадиях

211. СТАДИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1) по величине (весу) аденомы предстательной железы
- 2) по степени нарушения функции почек (ХПН)
- 3) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи
- 4) по имеющимся осложнениям (дивертикулез, камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)
- 5) по длительности заболевания

212. ПЕРЕД АДЕНОМЭКТОМИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ

- 1) клинический анализ мочи
- 2) цитологическое исследование осадка мочи
- 3) посев мочи на флору и антибиограмму
- 4) посев мочи на ВК
- 5) урофлоуметрию

213. ПРИ ВЫБОРЕ ТИПА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей
- 2) радиоизотопную ренографию
- 3) динамическую сцинтиграфию почек
- 4) сканирование костей таза и позвоночника
- 5) сканирование предстательной железы

214. РАННИЙ СИМПТОМ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ

- 1) ноктурия
- 2) азотемия
- 3) остаточной мочи >100 мл
- 4) резкая болезненность предстательной железы
- 5) боли в промежности

215. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ III СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) затрудненное мочеиспускание
- 2) парадоксальная ишурия

- 3) остаточной мочи 300 мл
- 4) боли в промежности
- 5) предстательная железа каменистой плотности, безболезненная

216. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ

- 1) аденомы предстательной железы I стадии
- 2) аденомы предстательной железы II стадии
- 3) аденомы предстательной железы III стадии, осложненной камнем мочевого пузыря
- 4) эндовезикального типа роста аденоматозных узлов
- 5) субтригональной локализацией аденомы со сдавлением Мочеточников

217. ПОКАЗАНИЕМ К ЦИСТОСТОМИИ (I ЭТАП АДЕНОМЭКТОМИИ) ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аденома II стадии
- 2) аденома, осложненная острым пиелонефритом
- 3) субтригональная локализация аденомы
- 4) пожилой возраст больного
- 5) аденома и подозрение на рак предстательной железы

218. ВАЗОРЕЗЕКЦИЯ БОЛЬНЫМ СТАРШЕ 75 ЛЕТ, ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПОКАЗАНА

- 1) во всех случаях
- 2) при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит)
- 3) при одномоментной чреспузырной аденомэктомии
- 4) при двухмоментной операции
- 5) при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой Системы

219. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 10 лет и старше
- 2) 20 лет и старше
- 3) 30 лет и старше
- 4) 40 лет и старше
- 5) 50 лет и старше

220. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2) пальпация предстательной железы

- 3) цистоскопия
- 4) биопсия предстательной железы
- 5) биопсия костного мозга

221. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) лакунарная цистография в сочетании с ирригоскопией
- 2) осадочная пневмоцистография
- 3) лимфография
- 4) рентгенография костей таза и легких
- 5) рентгенография легких и костей таза

222. ПРИЗНАК РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T2N0M0

- 1) задержка мочи, выраженная ноктурия
- 2) предстательная железа каменистой плотности без четких границ
- 3) недержание мочи
- 4) одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие
- 5) боли в области крестца

223. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ (СКРИНИНГ) РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) исследование гормонального баланса
- 2) пальцевое ректальное исследование предстательной железы
- 3) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет
- 4) ультразвуковое исследование простаты с биопсией
- 5) ПСА

224. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ, КАТЕТЕРИЗИРУЕМОГО В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) биопсия промежностным доступом
- 2) биопсия трансректальным доступом
- 3) трансуретральная электрорезекция
- 4) цистостомия с чреспузырной биопсией простаты
- 5) биопсия позадилобковым доступом

225. АНТИАНДРОГЕНАМИ (ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диэтилстилбестрол, бактисубтил
- 2) флутамид, флуцином
- 3) эстрадурин, финастерид

- 4) фосфестрол, эстрадиол
- 5) трианол, норбактин

226. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ

- 1) T1N2Mo
- 2) T2NxMo
- 3) T3N1M1
- 4) T4N1M2
- 5) T1NoMo

227. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ

- 1) T1N2Mo
- 2) T2NxMo
- 3) T3N1M1
- 4) T4N1M2
- 5) T1NxMo

228. ПРИМЕНИМОЕ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) вазорезекции, уретероцистостомии, гормональной, химиотерапии
- 2) активном наблюдении, контроле уровня ПСА
- 3) уретероцистоанастомозировании, цистостомии
- 4) троакарной цистостомии, чрескожной нефростомии, гормональной, химиотерапии
- 5) симптоматической терапии

229. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) перенесенный гломерулонефрит
- 2) острый пиелонефрит
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) уретерогидронефроз
- 5) метастазы

230. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО
ПУЗЫРЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК. УСТАНОВЛЕН РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ T2NXM0. БОЛЬНОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) трансуретральная электрорезекция
- 2) цистостомия и чреспузырная биопсия простаты
- 3) промежностная биопсия простаты
- 4) позадилобковая биопсия предстательной железы
- 5) ТУР (при отсутствии сопутствующей патологии и

осложнений), эпицистостомия

231. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в ее краниальной части предстательной железы
- 2) в ее каудальной части предстательной железы
- 3) вблизи семенного бугорка
- 4) в периферической зоне предстательной железы
- 5) в центральной зоне, прилежащей к уретре

232. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T4NXM0 ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ И ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗОМ, ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) трансуретральной электрорезекции гормонотерапия
- 2) эпицистостомии антиандрогены
- 3) нефростомии гормонотерапия
- 4) эстрогенотерапии
- 5) применения антиандрогенов

233. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) половое воздержание или половые излишества, онанизм
- 49
- 2) травма полового члена, костей таза
- 3) эпидидимит на почве вирусной или специфической инфекции
- 4) варикоцеле
- 5) крипторхизм, травма яичка

234. РАННИЕ СИМПТОМЫ ОПУХОЛИ ЯИЧКА

- 1) пальпируемое безболезненное уплотнение в яичке
- 2) увеличенные болезненные паховые лимфоузлы,
- 3) увеличенные забрюшинные лимфоузлы
- 4) гемоспермия
- 5) хронический приапизм

235. ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА ПРИМЕНЯЮТ ОПЕРАЦИИ

- 1) удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика (только при герминогенных опухолях яичка)
- 2) удаление забрюшинных лимфоузлов
- 3) эмаскуляцию (удалении мошонки, полового члена и яичек)
- 4) орхэктомия
- 5) орхэфуниколоэпидидимэктомия забрюшинную лимфаденэктомию (только при негерминогенных опухолях яичка)

236. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА К ХИМИО - И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ
НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА

- 1) семинома
- 2) хорионэпителиома
- 3) тератома
- 4) тератобластома
- 5) эмбриональная карцинома

237. ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T3NXMO ПОКАЗАНА

- 1) дооперационная химио- и лучевая терапия
- 2) послеоперационная лучевая терапия
- 3) орхифуникулэктомия
- 4) операция Шевассю
- 5) орхэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

238. ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T2NXMO ПОКАЗАНА

- 1) дооперационная химио- и лучевая терапия
- 2) послеоперационная лучевая терапия
- 3) орхифуникулэктомия
- 4) операция Шевассю
- 5) орхифуникулэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

239. ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА РАЗМЕРОМ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ
ПОКАЗАНЫ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) орхифуникулэктомия
- 4) орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия
- 5) фуникулотомия

240. ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАКЕ ЯИЧКА В СТАДИИ T2NXMO
ПОКАЗАНЫ

- 1) послеоперационная полихимиотерапия
 - 2) орхиэктомия послеоперационная лучевая терапия
 - 3) орхифуникулэктомия операция Шевассю полихимиотерапия
 - 4) орхиэктомия полихимиотерапия
 - 5) орхэктомия послеоперационная лучевая терапия
- Полихимиотерапия

241. ЮНОША 16 ЛЕТ. ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ ЯИЧЕК В МОШОНКЕ
И ПАХОВЫХ КАНАЛАХ. ЕВНУХОИДНОСТЬ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)
- 3) ревизия брюшной полости, низведение яичек в мошонку, ЗГТ
- 4) двусторонняя орхиэктомия, ЗГТ

5) в лечении не нуждается

242. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТНОСЯТ

- 1) болезнь Пейрони
- 2) короткую уздечку полового члена
- 3) хронический баланопостит
- 4) меатостеноз, крауроз
- 5) лейкоплакию, эритроплазию Кейра

243. ПРИ НЕВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМАХ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антибиотики
- 2) электрокоагуляцию
- 3) антибиотики в комбинации с лучевой терапией
- 4) резекцию уретры
- 5) динамическое наблюдение

244. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СПОСОБСТВУЮТ

- 1) хронический уретрит любой этиологии
- 2) применение противозачаточных средств с синтетическими смазками
- 3) хронические воспаления органов мошонки
- 4) хронический простатит
- 5) хронические воспалительные заболевания препуциального мешка любой этиологии

245. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

- 1) тазовых и паравертебральных
- 2) парааортальных
- 3) тазовых и паракавальных
- 4) подвздошных и медиастинальных
- 5) паховых

246. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

- 1) тазовых и паравертебральных
- 2) парааортальных
- 3) паракавальных
- 4) подвздошных и медиастинальных
- 5) тазовых

247. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

- 1) тазовых и паравертебральных

- 2) парааортальных
- 3) паракавальных
- 4) подвздошных и медиастинальных
- 5) забрюшинных

248. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1NOMO ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) ампутацию полового члена
- 2) частичная ампутация головки полового члена
- 3) тотальная пенэктомия
- 4) операция Шевассю
- 5) химиотерапия

249. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1NOMO ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) ампутацию полового члена
- 2) частичная ампутация головки полового члена
- 3) тотальная пенэктомия
- 4) операция Шевассю
- 5) лучевая терапия

250. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T2-3NXMO ПРИМЕНЯЮТ

- 1) химиотерапию ампутацию полового члена
- 2) лучевую терапию операцию Шевассю
- 3) ампутацию полового члена операцию Дюкена
- 4) операцию Дюкена
- 5) операцию Шевассю

251. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3NOM1 (ЛЕГКИЕ) ПОКАЗАНО

- 1) динамическое наблюдение
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) ампутация полового члена химиотерапия
- 5) цистостомия ампутация полового члена

252. КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЯТЬ ВО ВРЕМЯ

- 1) уретрографии
- 2) уретеропиелографии
- 3) УЗИ мочевого пузыря после мочеиспускания
- 4) цистостомии
- 5) везикулографии

253. РАННИМ ХАРАКТЕРНЫМ ПАЛЬПАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА

ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) равномерное увеличение предстательной железы
- 2) неоднородность консистенции предстательной железы
- 3) сглаженность срединной бороздки предстательной железы
- 4) нечеткость границ предстательной железы
- 5) "деревянистой" плотности участки в предстательной железе

254. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) кости таза
- 2) легкие
- 3) печень
- 4) регионарные лимфатические узлы
- 5) кости черепа

255. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) трансуретральная игольчатая абляция простаты
- 3) аденомэктомия (ТУР)
- 4) интерстициальная лазерная коагуляция простаты
- 5) бужирование уретры

256. ПРИ ГАНГРЕНЕ ФУРНЬЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСЕВАЕТСЯ

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) кишечная палочка
- 4) клостридиальная флора
- 5) гонококк

257. ГАНГРЕНУ ФУРНЬЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) эпидидимитом
- 2) анасаркой
- 3) рожей
- 4) фимозом
- 5) парафимозом

258. ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) парафимоза
- 2) баланопостита
- 3) гнилостного парапроктита
- 4) фуникулита
- 5) варикоцеле

