**СЕКСОЛОГИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| **СОДЕРЖАНИЕ** |  |
| **Тестовые задания ..................................................................................................** | **4** |
| Раздел «Терапевтические аспекты сексологии» ............................................... | 4 |
| Раздел «Хирургические аспекты сексологии» ................................................ | 20 |
| **Ответы на тестовые задания ............................................................................** | **54** |
| Раздел: «Терапевтические аспекты сексологии» ............................................ | 54 |
| Раздел «Хирургические аспекты сексологии» ................................................ | 54 |

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Выберите один правильный ответ.

**Раздел «Терапевтические аспекты сексологии»**

001. ФОРМИРОВАНИЕ СТЕРЕОТИПА ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРОИСХОДИТ В

1)парапубертатном периоде

2)препубертатном периоде

3)пубертатном периоде

4)инволюционном периоде

5)переходном периоде

002.ПОЛОВОЕ СОЗНАНИЕ ФОРМИРУЕТСЯ В

1)парапубертатном периоде

2)препубертатном периоде

3)пубертатном периоде

4)инволюционном периоде

5)переходном периоде

003. 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

004. 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

005. СОЧЕТАНИЕ ЭКСЦЕССОВ С ПЕРИОДАМИ АБСТИНЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1)первого периода сексуальности

2)препубертатного периода

3)пубертатного периода

4)инволюционного периода

5)переходного периода

006. ПЛАТОНИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

1) первый период сексуальности

2)препубертатный период

3)пубертатный период

4)инволюционный период

5)переходный период

007. ЭРОТИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

1)первый период сексуальности

2)препубертатный период

3)пубертатный период

4)инволюционный период

5)переходный период

008. 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

009. 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

010. 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

011. ЗА МУЖСКОЙ ИЛИ ЖЕНСКИЙ ТИП ПОВЕДЕНИЯ «ОТВЕЧАЕТ»

1)генетический пол

2)гормональный пол

3)морфологический пол

4)церебральный пол

5)гонадный пол

012. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В

1)первом периоде сексуальности

2)препубертатном периоде

3)пубертатном периоде

4)инволюционном периоде

5) переходном периоде

013. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1)26-55 лет

2)12-18 лет

3)16-26 лет

4)51-70 лет

5)1-7 лет

014. 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

015. 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

016. СПЕРМА ПЕРЕД ВТОРОЙ ФАЗОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ СКАПЛИВАЕТСЯ В

1)придатке яичка

2)семенных пузырьках

3)d. defferens

4)луковичном отделе уретры

5)висячем отделе уретры

017. 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

018. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ К

1)2 годам

2)4 годам

3)7 годам

4)10 годам

5)12 годам

019. ДЛЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ

1)эрекционная, эякуляторная, фрикционная, рефрактерная

2)фрикционная, эрекционная, эякуляторная, рефрактерная, психическая

3)психическая, эрекционная, фрикционная, эякуляторная, рефрактерная

4)эрекционная, психическая, эякуляторная, фрикционная, рефрактерная

5)психическая, фрикционная, рефрактерная эрекционная, эякуляторная

020. 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

021. 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

022.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

023. ФОРМИРОВАНИЕМ «ОРГАСТИЧЕСКОЙ МАНЖЕТКИ» У ЖЕНЩИН ЗАВЕРШАЕТСЯ ОДНА ИЗ СТАДИЙ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА

1)секреторная

2)сенсорная

3)психическая

4)оргастическая

5)спад возбуждения

024. АКТИВАЦИЯ ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНОЙ 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

025. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1)гетеросексуальный коитус

2)гомосексуальный коитус

3)маструбация

4)поллюция

5)фрустрация

026. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1)гетеросексуальный коитус

2)гомосексуальный коитус

3)петтинг

4)поллюция

5)фрустрация

027. К ВИКАРНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1)гетеросексуальный коитус

2)гомосексуальный коитус

3)петтинг

4)поллюции

5)фрустрация

028. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) гетеросексуальный коитус

2) гомосексуальный коитус

3)петтинг

4)поллюции

5)фрустрация

029. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1)платоническая любовь

2)гомосексуальный коитус

3)петтинг

4)поллюции

5)фрустрация

030. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ

1)маструбация

2)гомосексуальный коитус

3)петтинг

4)поллюции

5)танцы

031. 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

032. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ГОЛОВКЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1)3%

2)12%

3)30%

4)60%

5)70%

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

1)3%

2)12%

3)30%

4)60%

5)70%

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

1)3%

2)12%

3)30%

4)60%

5)70%

035. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ХВОСТЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1)3%

2)12%

3)30%

4)60%

5)70%

036. 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

037.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

038.ДЛЯ НАЧАЛА И ПОДДЕРЖАНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМ

1)ФСГ

2)ЛГ

3)АКТГ

4)пролактин

5)эстрадиол

039. ИНГИБИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

1)клетках Лейдига

2)клетках Сертоли

3)сперматогенном эпителии

4)простате

5)семенных пузырьках

040.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

041. КАКОЙ ГОРМОН КОНТРОЛИРУЕТ СИНТЕЗ ИНГИБИНА

1)тестостерон

2)ФСГ

3)ЛГ

4)пролактин

5)эстрадиол

042.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

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

1)ФСГ

2)пролактина

3)ЛГ

4)тестостерона

5)кортизола

044.ПРИ ГАЛАКТОРЕИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

1)ФСГ

2)тестостерона

3)ЛГ

4)пролактина

5)кортизола

045. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЭЯКУЛЯТА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

1) семенных пузырьках

2)Куперовых железах

3)простате

4)яичках

5)придатке яичка

046.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

047. 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

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

1)ОАК

2)тестостерона

3)эстрадиола

4)ПСА

5)ОАМ

049.ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ТЕСТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

1)1 час

2)2 часа

3)3 часа

4)6 – 16 часов

5)16 - 20 часов

050. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

1)1 %

2)2 %

3)5 %

4)10%

12

5) 50%

051. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИИ У БОЛЬНЫХ С АЗООСПЕРМИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1)1 %

2)2 %

3)5 %

4)16 %

5)25 %

052. 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

053.ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АЗООСПЕРМИЕЙ СИНДРОМА «ТОЛЬКО КЛЕТКИ СЕРТОЛИ» СОСТАВЛЯЕТ

1)5 – 10 %

2)1315%

3)25 – 30 %

4)30 - 40%

5)40-50 %

054.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

055.ПРИЧИНОЙ АНЭЯКУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1)повреждение шейки мочевого пузыря

2)поражение спинного мозга

3)воспалительный процесс в семенных пузырьках

4)последствия эпидидимита

5)стриктура уретры

056. ЭНДОКРИННЫЕ СИСТЕМЫ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ ПО ПРИНЦИПУ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

1)тиреоторопин - тиреоидные гормоны

2)адренокортикотропный гормон - кортизол

3)ЛГ – тестостерон

4)ЛГ – овуляция

5)ФСГ – сперматогенный эпителий

057. В ПРОЦЕССЕ СОЗРЕВАНИЯ ФОЛЛИКУЛА ВЫДЕЛЯЮТ

1)три стадии

2)четыре стадии

3)пять стадии

4)шесть стадии

5)десять стадии

058.НЕКРОЗ ГИПОФИЗА, КАК СЛЕДСТВИЕ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

1)Колмана

2)Шихена

3)Лоренса-Муна

4)Прадера Вили

5)Шершевского - Тернера

059. 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

060.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

061. 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

063. 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

064.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

065. 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

066. 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

067. 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

068. ЧАСТОТА ЭЯКУЛЯЦИЙ ВЛИЯЕТ НА СКОРОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

1)тормозит

2)ускоряет

3)подавляет

4)не влияет

5) стимулирует

069. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1)хламидиоз

2)трихомониаз

3)уреаплазмоз

4)гонорея

5)сифилис

070.НА У-ХРОМОСОМЕ РАСПОЛОЖЕНО

1)24 гена

2)34 гена

3)42 гена

4)44 гена

5)26 генов

071. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЦЕПЛЕННОЕ С Х-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

072. 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

073. 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

074. К ВРОЖДЕННЫМ ВИДАМ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ

1)синдром Колмана

2)синдром Клайнфельтера

3)синдром Лоренса-Муна

4)синдром Прадера Вили

5)гипофизарный нанизм

075. ПРОТОК ПРИДАТКА ОБРАЗУЮТ

1)3-5 семявыносящих канальцев

2)6-12 семявыносящих канальцев

3)20-30 семявыносящих канальцев

4)1520 семявыносящих канальцев

5)25 - 30 семявыносящих канальцев

076. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕСЯ

1)мужская маточка

2)придаток яичка

3)семявыносящий проток

4)уретра

5)семенные пузырьки

077. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕСЯ

1)Бартолиновы железы

2)маточная труба

3)мочевой пузырь

4)уретра

5)яичник

078. ИЗ ВОЛЬФОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕТСЯ

1)мужская маточка

2)придаток яичка

3)половой член

4)уретра

5)мошонка

079. ИЗ ВОЛЬФОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ ФОРМИРУЕСЯ

1)мужская маточка

2)мошонка

3)семявыносящий проток

4)уретра

5)мочевой пузырь

080. ИЗ МОЧЕПОЛОВОГО СИНУСА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1)мужская маточка

2)сеть яичка

3)семявыносящий проток

4)мочевой пузырь

5)мошонка

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

1)аплазией почки

2)истинным гермафродитизмом

3)гидронефрозом

4)удвоением почки

5)ложным гермафродитизмом

082.ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1)70%

2)100%

3)50 %

4)40 %

5)10 %

083. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕВОЧЕК С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1)70%

2)100%

3)50 %

4)40%

5)10%

084. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

1)2-10%

2)20-30%

3)30-40%

4)10-15%

5)до 1%

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

1)2-10%

2)20-30%

3)35-40%

4)10-15%

5)до 1%

086. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА

1) атрофия яичка

2)рецедив варикоцеле

3)гидроцеле

4)кровотечение

5)эпидидимит

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

1)атрофия яичка

2)рецедив варикоцеле

3)гидроцеле

4)кровотечение

5)эпидидимит

# Раздел «Хирургические аспекты сексологии»

088.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

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

1)пузырно-мочеточниковый рефлюкс

2)стриктура пиелоуретерального сегмента

3)клапан пиелоуретерального сегмента

4)аберрантный сосуд

5)камень мочеточника

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

1)операция Иваниссевича

2)рентгенэндоваскулярная окклюзия v. spermaticae internae

3)проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз

4)проксимальный тестикулоилиакальный венозный анастомоз

5)иссечение вен семенного канатика

091.СПОСОБ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БРЮШНОЙ КРИПТОРХИЗМ И МОНОРХИЗМ

1)радиоизотопная сцинтиграфия

2)тестикулоангиография

3)компьютерная томография

4)лапароскопия

5)решающего способа нет, показан комплекс обследований

092.ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1)расхождением лонного сочленения

2)гипоспадией

3)вторичным камнеобразованием

4)хроническим пиелонефритом

5)ХПН

093.ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1)вторичным камнеобразованием

2)гипоспадией

3)тотальной эписпадией

4)хроническим пиелонефритом

5)ХПН

094. 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

095. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ЭПИСПАДИИ

1)тотальная (полная)

2)эписпадия головки

3)эписпадия ствола полового члена

4)субсимфизарная

5)венечной борозды

096.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

097. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

1)венечной борозды (околовенечная)

2)«гипоспадия без гипоспадии»

3)стволовая

4)тотальная (полная)

5)мошоночная (промежностная)

098.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

099. 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 года

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.РЕБЕНК 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 антибиотики

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 антибиотики

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 СОЧЕТАНИЕ 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 ГОДОВАЛОГО МАЛЬЧИКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

1)повышенным внутриутробным давлением

2)диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами

3)травмой пахово-мошоночной области

4)незаращением вагинального отростка брюшины

5)инфекцией мочевых путей

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

1.5ЛЕТ 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

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 индурация полового члена

3)флеботромбоз кожи полового члена

4)воспаление спонгиозного тела уретры

5)краиней 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-ДИАГНОСТИЧЕСКИМПРИЗНАКОМ 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

35

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

541.ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ УРЕТРЫ ПОКАЗАН

1)при обширных повреждениях уретры

2)при значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме

3)при полном разрыве уретры, общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности

4)при множественных переломах костей таза, шоке, полном разрыве уретры

5)при непроникающих разрывах уретры

177. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОМОМ 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)мочевые 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 УШИБА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1)разрыв белочной оболочки

2)ненарастающая гематома в подкожной клетчатке

3)уретроррагия

4)боль при отсутствии гематомы

5)отек крайней плоти

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)мочевые свищи

2)стриктура уретры

3)мочевые затеки таза и промежности

4)бактериемический шок

5)уросепсис

188.РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1)мочевые 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 урогематома

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 кровоточащего 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 установление 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)динамические наблюдение

2)холодные компрессы на мошонку антибиотики гемостатики

3)эксплоративная скрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровоточащего сосуда, при повреждении яичка: иссечение пролабирующей паренхимы яичка

4)ушивание белочной оболочки пункция гематоцеле гемостатики антибиотики

5)пункция гематоцеле холодные компрессы на 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)50лет 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 Т2NОМО

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)Т1N2Мо

2)Т2NхМо

3)Т3N1М1

4)Т4N1М2

5)Т1NoMo

227.РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ

1)Т1N2Мо

2)Т2NхМо

3)Т3N1М1

4)Т4N1М2

5)Т1NхMo

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

1)вазорезекции, уретероцистонеостомии, 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 Т2NХM0. 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 Т4NХM0 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

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)орхэктомию

5)орхэфуниколоэпидидимэктомию 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 Т3NХМО 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 Т2NХМО 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 Т2NХМО 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 любрикантами

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 Т1NОМО 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 Т1NОМО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1)ампутацию полового члена

2)частичная ампутация головки полового член

3)тотальная пенэктомия

4)операция Шевассю

5)лучевая терапия

250.ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА Т2-3NХМО 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 Т3NОМ1 (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

**ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ Раздел: «Терапевтические аспекты сексологии»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **21** | **2** | **41** | **2** | **61** | **5** | **81** | **1** |
| **2** | **1** | **22** | **2** | **42** | **3** | **62** | **4** | **82** | **1** |
| **3** | **1** | **23** | **1** | **43** | **2** | **63** | **4** | **83** | **2** |
| **4** | **3** | **24** | **1** | **44** | **4** | **64** | **1** | **84** | **4** |
| **5** | **5** | **25** | **3** | **45** | **1** | **65** | **2** | **85** | **3** |
| **6** | **3** | **26** | **3** | **46** | **1** | **66** | **3** | **86** | **3** |
| **7** | **3** | **27** | **4** | **47** | **3** | **67** | **5** | **87** | **3** |
| **8** | **1** | **28** | **2** | **48** | **4** | **68** | **4** |  |  |
| **9** | **4** | **29** | **1** | **49** | **4** | **69** | **1** |  |  |
| **10** | **1** | **30** | **5** | **50** | **3** | **70** | **2** |  |  |
| **11** | **4** | **31** | **4** | **51** | **4** | **71** | **3** |  |  |
| **12** | **1** | **32** | **1** | **52** | **2** | **72** | **4** |  |  |
| **13** | **1** | **33** | **2** | **53** | **2** | **73** | **5** |  |  |
| **14** | **2** | **34** | **3** | **54** | **2** | **74** | **2** |  |  |
| **15** | **3** | **35** | **4** | **55** | **2** | **75** | **2** |  |  |
| **16** | **4** | **36** | **4** | **56** | **4** | **76** | **1** |  |  |
| **17** | **3** | **37** | **2** | **57** | **1** | **77** | **2** |  |  |
| **18** | **1** | **38** | **1** | **58** | **2** | **78** | **2** |  |  |
| **19** | **3** | **39** | **2** | **59** | **1** | **79** | **3** |  |  |
| **20** | **3** | **40** | **4** | **60** | **3** | **80** | **5** |  |  |

**Раздел «Хирургические аспекты сексологии»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **88** | **2** | **118** | **3** | **148** | **2** | **178** | **4** | **208** | **2** | **238** | **5** |
| **89** | **3** | **119** | **5** | **149** | **5** | **179** | **2** | **209** | **4** | **239** | **3** |
| **90** | **2** | **120** | **3** | **150** | **3** | **180** | **2** | **210** | **5** | **240** | **3** |
| **91** | **5** | **121** | **1** | **151** | **4** | **181** | **3** | **211** | **3** | **241** | **3** |
| **92** | **1** | **122** | **3** | **152** | **5** | **182** | **3** | **212** | **5** | **242** | **5** |
| **93** | **3** | **123** | **2** | **153** | **5** | **183** | **4** | **213** | **1** | **243** | **2** |
| **94** | **4** | **124** | **1** | **154** | **2** | **184** | **4** | **214** | **1** | **244** | **5** |
| **95** | **5** | **125** | **4** | **155** | **4** | **185** | **1** | **215** | **2** | **245** | **5** |
| **96** |  | **126** | **4** | **156** | **1** | **186** | **4** | **216** | **5** | **246** | **5** |
| **97** | **4** | **127** | **4** | **157** | **2** | **187** | **3** | **217** | **2** | **247** | **5** |
| **98** | **3** | **128** | **3** | **158** | **1** | **188** | **3** | **218** | **1** | **248** | **5** |
| **99** | **2** | **129** | **3** | **159** | **1** | **189** | **3** | **219** | **5** | **249** | **5** |
| **100** | **4** | **130** | **1** | **160** | **1** | **190** | **4** | **220** | **4** | **250** | **3** |
| **101** | **5** | **131** | **1** | **161** | **3** | **191** | **5** | **221** | **5** | **251** | **4** |
| **102** | **3** | **132** | **2** | **162** | **3** | **192** | **4** | **222** | **4** | **252** | **3** |
| **103** | **1** | **133** | **4** | **163** | **1** | **193** | **2** | **223** | **5** | **253** | **5** |
| **104** | **2** | **134** | **4** | **164** | **3** | **194** | **5** | **224** | **4** | **254** | **1** |
| **105** | **4** | **135** | **3** | **165** | **5** | **195** | **3** | **225** | **2** | **255** | **3** |
| **106** | **1** | **136** | **3** | **166** | **5** | **196** | **1** | **226** | **5** | **256** | **4** |
| **107** | **2** | **137** | **3** | **167** | **5** | **197** | **5** | **227** | **5** | **257** | **3** |

54

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **108** | **4** | **138** | **4** | **168** | **4** | **198** | **3** | **228** | **4** | **258** | **3** |
| **109** | **3** | **139** | **4** | **169** | **5** | **199** | **4** | **229** | **4** |  |  |
| **110** | **3** | **140** | **1** | **170** | **4** | **200** | **4** | **230** |  |  |  |
| **111** | **3** | **141** | **1** | **171** | **4** | **201** | **2** | **231** | **4** |  |  |
| **112** | **4** | **142** | **2** | **172** | **5** | **202** | **3** | **232** | **2** |  |  |
| **113** | **3** | **143** | **2** | **173** | **5** | **203** | **4** | **233** | **5** |  |  |
| **114** | **3** | **144** | **3** | **174** | **2** | **204** | **3** | **234** | **1** |  |  |
| **115** | **4** | **145** | **1** | **175** | **2** | **205** | **3** | **235** | **5** |  |  |
| **116** | **3** | **146** | **2** | **176** | **3** | **206** | **2** | **236** | **1** |  |  |
| **117** | **3** | **147** | **1** | **177** | **5** | **207** | **2** | **237** | **5** |  |  |