

ინფორმაცია სპეციალობა „უროლოგიაში“ არაგასაჯაროებელი ტესტებისათვის გამოყენებული ლიტერატურის შესახებ

- ა) <http://uroweb.org/individual-guidelines/oncology-guidelines/>
- ბ) <http://uroweb.org/individual-guidelines/non-oncology-guidelines/>
- გ) <http://uroweb.org/>
- დ) <http://www.EBU.com;>
- ე) <http://auanet.org;>
- ვ) [http://www.uroweb.ru ;](http://www.uroweb.ru;)
- ზ) <http://www.ttmed.com><<http://ttmed.com>>;
- თ) [http://www.medscape.com.](http://www.medscape.com)

შარდსასქესო ორგანოების კლინიკური ანატომია, ფიზიოლოგია და ემბრიოლოგია

1. თირკმლის კარის ელემენტების სწორი განლაგება წინიდან უკან არის

- ა) არტერია, ვენა, მენჯი;
- \*ბ) ვენა, არტერია, მენჯი;
- გ) მენჯი, ვენა, არტერია;
- დ) არტერია, მენჯი, ვენა

2. კავა-კავალური ანასტომოზის წარმოქმნაში დიდ როლს თამაშობს მუცლის ღრუს გარეთა სივრცის შემდეგი ვენები

- ა) წელის;
- \*ბ) კენტი და ნახევრადკენტი;
- გ) თირკმლის;
- დ) სათესლე ჯირკვლის.

3. შარდის ბუშტის არტერიები გამოდიან

- ა) სწორი ნაწლავის ქვემო არტერიიდან;
- ბ) თეძოს გარეთა არტერიიდან;
- \* გ) თეძოს შიგნითა არტერიიდან;
- დ) სათესლე ჯირკვლის არტერიიდან.

4. წინამდებარეჯირკვლის ფუძის მიმდებარეა

- ა) შარდის ბუშტის ყელი;
- ბ) სათესლე ბუშტუკები;
- გ) თესლგამტარი სადინარების ამპულები;
- \* დ) ყველა ჩამოთვლილი;

5. სასქესო ასოს სისხლმომარაგება ხორციელდება

- ა) გარეთა სასქესო არტერიებით;
- \* ბ) შიგნითა და გარეთა სასქესო არტერიებით;
- გ) დამხურავი არტერიებით;
- დ) სწორი ნაწლავის ქვემო არტერიებით.

6. სათესლე ჯირკვალს ფარავს

- ა) სათესლე პარკის ოთხი გარსი;
- ბ) სათესლე პარკის ხუთი გარსი;
- გ) სათესლე პარკის ექვსი გარსი;
- \* დ) სათესლე პარკის შვიდი გარსი.

7. ჰიპერკალემიის ძირითად კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს

- ა) პირღებინება, ფაღარათი;

- ბ) პარკუჭების ციმციმი;
- გ) გულის გაჩერება დიასტოლაში;
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.

8. ჯანმრთელი ადამიანის ამოტვის ბალანსია

- ა) დადებითი;
- \*ბ) ნეიტრალური;
- გ) უარყოფითი;
- დ) სწორია ბ) და გ)

9. ორგანიზმში ამოტვის ბალანსი არის

- ა) ამოტვის დღეღამეში შარდით დაკარგვა;
- ბ) ორგანიზმის მიერ საკვებით ამოტვის მიღება დღეღამეში;
- \*გ) დღეღამეში ამოტვის მიღების და დაკარგვის შეფარდება;
- დ) სისხლში საერთო ცილის შემცველობა.

10. თირკმლები შარდით გამოყოფენ ამოტვის მთელი რაოდენობის

- ა) 20%;
- ბ) 40%;
- გ) 60%;
- \*დ) 80%.

11. თირკმელებში ლიმფის წარმოქმნის სიჩქარე დაახლოებით უდრის შარდის წარმოქმნის სიჩქარეს ე.ი. შეადგენს დაახლოებით

- \*ა) 1 მლ/წთ-ში;
- ბ) 2 მლ/წთ-ში;
- გ) 3 მლ/წთ-ში;

დ) 4 მლ/წთ-ში.

12. სათესლე ჯირკვალი წარმოადგენს მამაკაცის გამრავლების ძირითად ელემენტს და მის დანიშნულებას შეადგენს

ა) სპერმატოზოიდების წარმოქმნა;

ბ) ჰორმონების გამოთქმა;

გ) შთამომავლობის გაგრძელება;

\*დ) სწორია ყველა.

13. აღმიახის თირკმლების ემბრიონური ფორმირება იწყება ემბრიონის განვითარების

ა) IV თვეში

ბ) IV კვირაში

\*გ) III კვირაში

დ) III თვეში

14. ჩანასახის პირველი სამი კვირის განმავლობაში თირკმლის როლის შემსრულებელია

\*ა) პრონეფროსი;

ბ) მეზონეფროსი;

გ) მეტანეფროსი;

დ) არცერთი ჩამოვლილთაგანი.

15. ჩანასახის შუალედური თირკმელი (ვოლფის სხეული) ეს არის

ა) პრონეფროსი;

\*ბ) მეზონეფროსი;

გ) მეტანეფროსი;

დ) არცერთი ჩამოვლილთაგანი.

16. თირკმელი მონაწილეობს ორგანიზმის შემდეგი ფუნქციების რეგულაციაში, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სწორია გარდა ერთისა:

- ა) ელექტროლიტების ბალანსის რეგულაციაში;
- ბ) ერთროპოემის რეგულაციაში;
- გ) არტერიული წნევის რეგულაციაში;
- \*დ) ტემპერატურის მახვენებლების რეგულაციაში.

17. თირკმელში წარმოებს სამი პროცესი: სისხლის პლაზმის ფილტრაცია, რეაბსორბცია, სეკრეცია. აქედან თირკმლის გორგლოვან აპარატში წარმოებს

- \*ა) მხოლოდ ფილტრაცია;
- ბ) მხოლოდ ფილტრაცია და რეაბსორბცია;
- გ) მხოლოდ ფილტრაცია და სეკრეცია;
- დ) ფილტრაცია, რეაბსორბცია და სეკრეცია.

18. თირკმელში წარმოებს სამი პროცესი: სისხლის პლაზმის ფილტრაცია, რეაბსორბცია, სეკრეცია. აქედან კლაკნილ მილაკებში წარმოებს

- ა) ფილტრაცია და სეკრეცია;
- ბ) რეაბსორბცია;
- \*გ) რეაბსორბცია და სეკრეცია;
- დ) ფილტრაცია და რეაბსორბცია.

19. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ჰორმონებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ერთისა

- ა) კორტიზოლი;
- ბ) დეჰიდროეპიანდროსტერონი;
- \*გ) ნორადრენალინი;
- დ) ალდოსტერონი.

20. ჯანმრთელი ადამიანის თირკმლები მდებარეობს შემდეგ ღონებზე

ა) გულმკერდის მე-8-10 მალეები;

\*ბ) გულმკერდის მე-12 და წელის 1-2 მალეები;

გ) წელის 1-5 მალეები;

დ) წელის 4-5 მალეები.

21. ნორმაში მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი მარცხენასთან შედარებით განლაგებულია

\*ა) 1-2 სმ-ით ქვემოთ;

ბ) 3-4 სმ-ით ქვემოთ;

გ) 5-6 სმ-ით ქვემოთ;

დ) 10 სმ-ით ქვემოთ.

გრაფები

22. მუცლის და წელის არეში პირდაპირი გრაფის დროს უფრო ხშირად ბიანდება:

ა) შარლსაწვეთი

ბ) თირკმლის მენჯი

\*გ) თირკმლის პარენქიმა

დ) თირკმლის სისხლძარღვები

23. თირკმლის მოგლეჯის დროს წამყვან სიმპტომებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) შოკი

\*ბ) ჰემატურია

გ) ანურია

დ) ანემია

24. თირკმლის გრავმის დროს ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია, თუ არის:

ა) მაკროჰემატურია

\*ბ) მზარდი რეტროპერიტონეალური ჰემატომა

გ) ოლიგოანურია

დ) კონგრუაგურილ თირკმლის ნორმალური ფუნქცია

25. ავადმყოფს თირკმლის ღია დაზიანების შემდეგ განუვითარდა შარდოვანი ფისგულა, რაც გამოწვეულია შემდეგი სტრუქტურების დარღვევით:

\*ა) თირკმლის გვინოვანი ქსოვილის და მენჯის

ბ) თირკმლის ქერქოვანი ქსოვილის

გ) თირკმლის ახლომდებარე ქსოვილების

დ) თირკმლის ფიბროზული კაპსულის

26. ავადმყოფს თირკმლის იმოლირებული გრავმის შემდეგ აღენიშნება არტერიული წნევის მკვეთრი დაცემა და ანემია ჰემატურის გარეშე, რაც დაკავშირებულია შემდეგი სტრუქტურების დაზიანებასთან:

\*ა) თირკმლის სისხლძარღვების

ბ) თირკმლის ქერქოვანი შრის

გ) თირკმლის გვინოვანი შრის და მენჯის

დ) პარანეფრალური სივრცისა და ქსოვილების

27. თირკმლის გრავმის დროს ორგანოშემნახველი ოპერაცია არაა ნაჩვენები:

ა) თირკმლის სუბკაპსულარული გახეთქვის დროს

\*ბ) თირკმლის დაჩეხქვის დროს

გ) თირკმლის ზემო პოლუსის დაზიანების დროს

დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის დაზიანების დროს

28. შარლსაწვეთის დაზიანება გვხვდება ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) გინეკოლოგიური ოპერაციის შედეგად
- ბ) ინსტრუმენტური გამოკვლევისა
- გ) შარლსაწვეთიდან კენჭის ჩამოგანის ცლის შედეგად
- \*დ) წელის არეში ყრუ გრაფმისა

29. სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში შარლსაწვეთის დაზიანება ყველაზე უფრო ხშირად აღინიშნება:

- ა) ბემო მესამელში
- ბ) შუა მესამელში
- \*გ) ქვემო მესამელში
- დ) შარლის ბუშგის გრაფმასთან ერთად

30. შარლის ბუშგის გრაფმის ღროს ცისტოგრაფიისათვის შარლის ბუშგში შეყვანილი რენტგენოკონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა არ უნდა იყოს ნაკლები:

- ა) 10-20 მლ
- ბ) 30-50 მლ
- გ) 100-150 მლ
- \*დ) 300-350 მლ

31. ურეთრის დაზიანების ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს

- \*ა) ურეთრორაგია
- ბ) მაკროჰემატურია
- გ) ჰემატომა შორისის არეში
- დ) ხშირი, მტკივნეული შარღვა

32. ვრცელი კანქვეშა ჰემატომა დამახასიათებელია შემდეგი დაზიანების ღროს



ა) ურეთრის დაკიდული ნაწილის დაზიანება

\*ბ) ურეთრის შორისის ნაწილის დაზიანება

გ) უკანა ურეთრის არასრული დაზიანება

დ) უკანა ურეთრის სრული დაზიანება

33. ურეთრის სრული დაზიანების დამახასიათებელი სიმპტომს ურეთროგრამაზე წარმოადგენს

\*ა) საკონტრასტო ნივთიერების გაქონვა

ბ) ურეთრაზე გეწოლა საკონტრასტო ნივთიერების გაქონვის გარეშე

გ) ურეთრალურ-ვენური რეფლუქსი

დ) ყველა ჩამოთვლილი

34. ურეთრის დაზიანების აღრეულ გართულებას წარმოადგენს

\*ა) მენჯის და შორისის უროჰემატომა

ბ) ურეთრის სტრიქტურა

გ) მენჯის და შორისის ფლებიტი, უროსეფსისი

დ) შარლოვანი ფისტულები

35. ურეთრის გრაფული დაზიანების შემდეგ სტრიქტურის გამო აღდგენითი ოპერაციები შესაძლებელია შესრულებული იქნეს

ა) 1 თვეში

\*ბ) 3 თვეში

გ) 6 თვეში

დ) 1 წელიწადში

36. სასქესო ასოს გრაფმის დროს ურეთრის დაზიანების დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს

ა) წვა შარდის დროს

ბ) შარდის შეკავება

\*გ) ურეთრორაგია

დ) ღამბახასიათებელი ნიშნები არ აქვს

37. სასქესო ასოს მოგებილობის მკურნალობა ითვალისწინებს

ა) ეპიცისგოსტომიას

ბ) სპონგიო-კავერნოზულ შუნტირებას

\*გ) ღამბიანებული თეთრი გარსის გაკერვას

დ) ურეთრის ღეფექტის გაკერვას

38. თირკმლის ღამბიანების ყველაზე ხშირი სიმპტომია

ა) სისხლჩაქცევები წელის არეში

\*ბ) ჰემატურია

გ) რეტროპერიტონეალური ჰემატომა

დ) თირკმლის კოლიკა

39. რომელი სიმპტომი იძლევა თირკმლის ღამბიანების ღროს ოპერაციისათვის აბსოლუტურ ჩვენებას

ა) მაკროჰემატურია

ბ) გულის რევა, პირღებინება

\*გ) მზარდი რეტროპერიტონეალური ჰემატომა

დ) ცხელება, შემცივნება

40. შარდის ბუშტის ღამბიანების სადიაგნოსტიკოდ რომელია უმჯობესი ტესტი

ა) ცისტოსკოპია

ბ) ესქრეტორული უროგრაფია

გ) შარდის ბუშტიდან უფრო ნაკლები რაოდენობის სითხის მიღება შეყვანასთან შედარებით

\*დ) ცისტოგრაფია

41. რა არის თირკმლის სუბკაფსულარული დაზიანება

- ა) თირკმლის ახლომდებარე ქსოვილის დაზიანება
- ბ) თირკმლის ღრუ ნაწილების პერფორაცია
- \* გ) თირკმლის დაზიანება ზედაპირული კაფსულის შენარჩუნებით
- დ) თირკმლის პარენქიმის დაზიანება კაფსულის ჩახვევით 1 სმ-მდე

42. ურეთრის გრავმის დროს წამყვანი სიმპტომებია

- ა) ინიციალური ჰემატურია
- ბ) ურეთრორაგია და შარდის შეკავება
- გ) შორისის ჰემატომა
- \* დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

43. ურეთრის გრავმის დროს დიაგნოსტიკური კათეტერიზაცია

- \* ა) არამიზანშეწონილია
- ბ) აუცილებელია
- გ) მხოლოდ ლითონის კათეტერით
- დ) მხოლოდ ელასტიური კათეტერით

44. შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონიალური გახეთქვის ყველაზე ხშირი მიზეზია

- ა) შარდის ბუშტის გადავსება
- ბ) ღარტყმა მუცელში
- გ) სიმალიდან ვარღნა
- \* დ) მენჯის ძვლების მოგეხილობა შეცილებით

45. შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონიალური გახეთქვის ყველაზე ხშირი მიზეზია

ა) იატროგენული გრაფმა

ბ) საზარღულის ჩაჭედილი თიაქარი

გ) შარღის ბუშღის გადაღსება

\*ღ) ღარღმა მუცელში გადაღსებული შარღის ბუშღის პირობებში

46. შარღის ბუშღის გრაფმის ღროს პირველადი რენღგენოლოღიური გამოკვლევა მოიცავს

ა) მიმოხილვითი უროგრაფიას

ბ) ურეთროგრაფიას

გ) ექსკრეტორულ უროგრაფიას

\*ღ) რეგროგრადულ ცისტოგრაფიას

47. თირკმლის გრაფმული ღაზიანების ძირითად ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარღა

ა) ჰემატურიის

\*ბ) ცხელების

გ) წელის არეში ტკივილის

ღ) წელის არეში შესიების

48. თირკმლის და მუცლის ღრუს ორღანოების კომბინირებული გრაფმის ღროს ნეფრექტომიის ჩვენება არის

ა) ღიღი რეგროპერიტონეალური ჰემატომა

\*ბ) თირკმლის გაღლეჯა, ღაჩეჩქვა

გ) თირკმლის ქვეღა პოლუსის გახეთქვა

ღ) სუბკაფსულური ჰემატომა

49. შარღსაწვეთის და ნაწლაგების ერთღროულად ღანით ღაზიანება და ღიღი რეგროპერიტონეალური უროჰემატომის ღროს შარღის გადაყვანა ხორციელღება

ა) შარღსაწვეთის კათეგერიზაციით

ბ) ურეთროსტიმით

გ) პიელოსტომით

\*დ) ნეფროსტომით, რეტროპერიტონეალური სივრცის ღრენირებით

50. შარდის შეკავების გამომწვევი რომელი დაავადების დროს არის უკუნაჩვენები შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია:

ა) ფიმოზის დროს

ბ) შარდის ბუშტის სიმსივნის დროს

გ) ურეთრის კენჭის დროს

\*დ) ურეთრის გრავმის დროს

51. ჩამოთვლილი სიმპტომების რომელი ჯგუფია მეტად დამახასიათებელი შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონეალური დაზიანების დროს?

ა) ჰემატურია, ოლიგურია, თირკმლის ჭვალი

ბ) ანურია, ჰემატურია, ტემპერატურის მომატება

გ) გულსრევა, ლებინება, შარდის მწვავე შეკავება

\*დ) ჰემატურია, ღებურია, პარავეზიკალური ჰემატომა

52. მიუთითეთ შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონეალური დაზიანების მთავარი ნიშნები:

ა) შარდის მწ. შეკავება, პარავეზიკალური ჰემატომა

ბ) ანურია ჰემატურია

\*გ) პერიტონეალური სიმპტომატოზი, ოლიგურია

დ) თირკმლის კოლიკა

დიაგნოსტიკა

53. ურეთრიტის დიაგნოსტიკა ემყარება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა

- ა) ანამნეზსა და კლინიკის მონაცემების;
- ბ) სისხლის კლინიკურ ანალიზს და წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტის გამოკვლევას;
- \*გ) შარდის ერთი ულუფის ნალექის გამოკვლევის შედეგებს;
- დ) ურეთრის ჩირქოვანი გამონაღენის ნათესის და მიკროსკოპულ გამოკვლევას.

54. ავადმყოფი შემოვიდა ჩივილებით: გემპერაგურის მომაგება, შემცივნება, გკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარსა და გულმკერდში, გამოკვლევით დადგინდა მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმულობა, მტკივნეულობა მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ლიფერენციული ღიაგნომის ღროს მსგავსი კლინიკური სურათი აქვს:

- ა) მწვავე ქოლერისტიგს
- ბ) პარანეფრიტს
- გ) მწვავე აპენდიციტს
- \*დ) სწორია ყველა

55. ავადმყოფი შემოვიდა ჩივილებით უეცრად აღმოცენებულ გკივილებზე მუცლის ქვედა არეში და მარჯვენა საზარდულის მიღამოში, გულის რევაზე, ლებინებაზე, მსგავსი კლინიკური სურათი აქვს

- ა) მწვავე აპენდიციტს
- ბ) საზარდულის ჩაჭედულ თიაქარს
- გ) სათესლე ბაგირაკის და სათესლე ჯირკვლის შემოგრებას
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილს

56. ავადმყოფი ანამნეზში აღნიშნავს თირკმლის კენჭებს და კონკრემენტების თავისთავად გამოყოფას. შემოვიდა "მწვავე მუცლის" კლინიკით, შარდის ანალიზში შეუცვლელი ერთიტროციტებია. პირველ რიგში მას უნდა ჩაუტარდეს

- ა) ლაპარატომია
- ბ) თირკმლის რადიომოგოპური სკანირება
- გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- \*დ) თირკმლის ულტრაბგერითი სკანირება

57. შარდის ბუშტის დივერტიკულის დროს ცისტოგრაფიის რომელი სახეა მეტად ინფორმაციული?

ა) ღალბავალი

ბ) ალბავალი

გ) პნევმოცისტოგრაფია

\*დ) პოლიპომიციური

58. მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიულ დაავადებების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში რომელ გამოკვლევას შეუძლია დაადასტუროს ან გამოირიცხოს თირკმლის ჭვალის არსებობა

ა) ანგიოგრაფია;

ბ) უროფლუმეგრია;

\*გ) სონოგრაფია;

დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.

59. პროსტატის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ობსტრუქციულ მოშარდვაზე მიუთითებს

ა) ჯირკვლის დიდი ზომები;

ბ) ჯირკვლის არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა;

\*გ) შარდის ბუშტის ტრაბეკულობა.

დ) პროსტატის შარდის ბუშტში შეჭრის ხარისხი;

60. შესაძლებელია თუ არა ექოლოგიურად თირკმლის კენჭის შემადგენლობის გარკვევა

ა) შესაძლებელია;

ბ) შესაძლებელია, თუ კონკრემენტი დიდი ზომისაა (10 მმ და მეტი);

გ) შესაძლებელია, თუ კონკრემენტი მარჯნისებრია.

\*დ) არ არის შესაძლებელი;

61. თუ თირკმლის სიმაღლე 20 მმ-ზე მეტი ზომისაა, მისი ექოლოგიური დიაგნოსტიკა შესაძლებელია

ა) თუ სცილდება თირკმლის კონტურს;

\*ბ) ნებისმიერ შემთხვევაში.

გ ) თუ სიმსივნე მოთავსებულია შუა მესამედში;

დ ) თუ სიმსივნე მოთავსებულია ზედა პოლუსით;

62. შარლსაწვეთის კონკრემენტის ექოლოგიური ვიზუალიზაცია შედარებით რთულია

ა ) პიელოურეტრალურ სეგმენტში;

ბ ) იუქსტავეზიკალურ ნაწილში.

გ ) შარლსაწვეთის ქვედა მესამედში;

\*დ) შარლსაწვეთის შუა მესამედში;

63. პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკისათვის შედარებით მგრძობიარე ექოლოგიური მეთოდია

ა ) ტრანსაბდომინალური ექოსკოპია;

ბ ) ტრანსპერინეალური ექოსკოპია;

\*გ) ტრანსრექტალური ექოსკოპია;

დ ) ტრანსურეტრული ექოსკოპია.

64. ქალებში შარლის დაძაბვით შეუკავებლობის დიაგნოსტიკისას რომელი ექოლოგიური პარამეტრია მნიშვნელოვანი

ა ) შარლის ბუშტის გვეჯობა.

ბ ) შარლის ბუშტის ასიმეტრია;

გ ) შარლის ბუშტის კედლების ერთგვაროვნება;

\*დ) ვეზიკოურეტრალური კუთხე

65. რა პირობაა იმისათვის საჭირო, რომ ექოლოგიურად ინახოს შარლსაწვეთის ქვედა მესამედის კენჭი?

ა ) ნაწლავების გაწმენდა;

ბ ) თირკმლის მენჯფიალათა სისტემის დილაგაცია;



\*ე) საფსე შარდის ბუშტი;

დ) 10 მმ-ზე მეტი ზომის კენჭი.

66. ყოველთვის ისახება თუ არა ექოლოგიურად შარდსაწვეთის კენჭის არსებობისას თირკმლის მენჯუიალათა სისტემის დილაგაცია

ა) ყოველთვის ისახება, თუ კონკრემენტი მდებარეობს შარდსაწვეთის ზედა მესამელში.

ბ) ყოველთვის ისახება;

გ) ყოველთვის ისახება, თუ კონკრემენტის ზომა მეტია 10 მმ-ზე;

\*დ) ყოველთვის არ ისახება;

67. საშარდე სისტემის მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე შარდის ბუშტის ჩრდილი

ა) კარგად ისახება;

ბ) ყოველთვის ვლინდება;

გ) არასდროს არ ვლინდება;

\*დ) იშვიათად ვლინდება.

68. კისტისთვის, უროგრაფიის გამოყოფის ფაზაში დამახასიათებელია

ა) ფიალებზე მეწოლის სურათი

\*ბ) ფიალებზე მეწოლა და ცლომა.

გ) ფიალებისა და მენჯის ინფილტრაცია;

დ) ფიალის ცლომა

69. ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან თირკმელში ყველაზე უფრო ხშირად გვხდება

ა) სარკომა;

ბ) კიბო;

გ) პაპილომა;

\*დ) კისტა.

70. დიზურია – ესაა:

ა) ხშირი შარდვა

ბ) მტკივნეული შარდვა

\*გ) ხშირი, მტკივნეული, გაძნელებული შარდვა

დ) გაძნელებული შარდვა

71. სტრანგურია – ესაა:

ა) გაძნელებული შარდვა წვეთობით

ბ) შარდვა ტკივილით

გ) ხშირი შარდვა

\*დ) გაძნელებული მტკივნეული შარდვა წვეთობით

72. სტრანგურია გვხვდება

ა) ინტერსტიციული ცისტიტის დროს

ბ) გამოხატული ფიმოზის დროს

გ) ურეთრის ნაწილობრივი დაზიანების დროს

\*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

73. სტრანგურია გვხვდება

ა) ინტერსტიციული ცისტიტის დროს

ბ) გამოხატული ფიმოზის დროს

გ) ურეთრის ნაწილობრივი დაზიანების დროს

\*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

74. ოლიგურია - არის

- ა) შარდის გამოყოფის დაგვიანება
- ბ) იშვიათად შარდვა
- \*გ) დღე-ღამური შარდის რაოდენობის შემცირება
- დ) შარდის რაოდენობის გაზრდა

75. სეკრეტორული ანურია არის:

- ა) შარდის არსებობა შარდის ბუშტში
- \*ბ) თირკმელების მიერ შარდის გამოყოფის შეწყვეტა
- გ) შარდის დამოუკიდებლად გამოყოფის შეუძლებლობა
- დ) შარდის ბუშტის დამოუკიდებლად დაცლის შეუძლებლობა

76. შარდის შეკავება არის:

- ა) თირკმელების მიერ შარდის გამოყოფილობა
- \*ბ) შარდის ბუშტის დამოუკიდებლად დაცლის შეუძლებლობა
- გ) შარდის ბუშტში შარდის არარსებობა მისი კათეგორიზაციის დროს
- დ) დამოუკიდებლად მოშარდვის შეუძლებლობა ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში

77. პარადოქსალური იშურია არის:

- ა) დამოუკიდებლად მოშარდვის შეუძლებლობა
- ბ) შარდვის ქრონიკული შეკავება
- \*გ) შარდის შეკავების შერწყმა უნებლიედ შარდის გამოყოფასთან
- დ) შარდის შეუკავებლობა

78. შარდის იმპერატიული შეუკავებლობა არის:

- ა) უნებლიე შარდის გამოყოფა მოშარდვის სურვილის გარეშე
- ბ) მოშარდვის იმპერატიული სურვილი

\*გ) შარდის უნებლიედ გამოყოფა იმპერატიული სურვილის შემდეგ

დ) უნებლიედ შარდის გამოყოფა

79. გერმინალური ჰემატურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადებების დროს, გარდა:

ა) შარდის ბუშტის კენჭების დროს

ბ) შარდის ბუშტის ყელის სიმსივნის დროს

\*გ) ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დროს

დ) მწვავე ცისტიტის დროს

80. ურეთრორაგია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილის დროს, გარდა:

ა) ქრონიკული ურეთრიტის დროს

\*ბ) წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის და შარდის ბუშტის კენჭების დროს

გ) ურეთრის სიმსივნეების დროს

დ) ურეთრის გრავიმის დროს

81. პნემატურია გვხვდება

ა) შარდაწვეთ-ნაწლავის ფისტულის დროს

ბ) შარდისგბუშტ-საშოს ფისტულის დროს

გ) შარდისგბუშტ-ნაწლავის ფისტულის დროს

\*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

82. ურეთროსკოპიის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

ა) მწვავე ცისტიტი, ურეტრიტი

ბ) ფიმოზი

გ) მწვავე პროსტატიტი

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

83. უროფლოუმეტრიის ჩვენებად ითვლება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ურეთრის სტრიქტურა, ურეთრის სარქველები
- ბ) წინამდებარე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- \* გ) მწვავე პროსტატიტი
- დ) შარდის ბუშტის ნეიროგენული დისფუნქცია

84. უროფლოუმეტრიის შედეგებზე მოქმედებს

- ა) დეგრუსორების ფუნქციური მდგომარეობა
- ბ) ურეთრის გამტარებლობის დარღვევა
- გ) ბუშტის ყელის გამტარებლობის დარღვევა
- \* დ) ყველა ჩამოთვლილი

85. უროფლოუმეტრიის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) შარდის ბუშტის ექსტროფია
- ბ) შარდის ბუშტ-საშოს ფისტულა, შარდის ბუშტ-რექტალური ფისტულა
- გ) ცისტოსტომის არსებობა
- \* დ) ყველა ჩამოთვლილი

86. სფინქტერომეტრიის ჩვენებას წარმოადგენს;

- ა) უნებლიე შარდვა
- ბ) შარდის იმპერატიული შეუკავებლობა
- გ) შარდის ბუშტის ნეიროგენული დისფუნქცია
- \* დ) ყველა ჩამოთვლილი

87. რენგგენოკონტრასტული ნივთიერების ვენაში შეყვანის დროს შესაძლებელია ყველა რეაქცია, გარდა:

ა) თავის ტკივილი და თავბრუსხვევა

ბ) სიმხურვალის შეგრძნება

გ) პირში შეგალის გემოს შეგრძნება

\*დ) მაკროჰემატურია

88. რენგენოკონტრასტული ნივთიერების ვენაში შეყვანის შედეგად განვითარებულ გართულებას მიეკუთვნება ყველა, გარდა:

ა) ანაფილაქსიური შოკი

ბ) ალერგიული გამოვლინებანი (გამონაყარი, ან მიონეკროტიული შეშუპებები, ბრონქო- და ლარინგოსპაზმი, ხველება)

\*გ) თვალის ბაღურის ჩამოფცქენა

დ) კოლაფსი, თირკმელების მწვავე უკმარისობა

89. რეტროგრადული ურეთეროპიელოგრაფიის გართულებას წარმოადგენს

ა) თირკმლისა და შარლსაწვეთის პერფორაცია

ბ) მწვავე პიელონეფრიტი

გ) თირკმელების მწვავე უკმარისობა

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

90. ავადმყოფის რადიოიზოტოპური გამოკვლევის ათვის მოსამზადებლად გამოიყენება:

ა) გამწმენდი ოყნა

ბ) მშრალი საკვები

\*გ) საკვებისა და სითხის მიღების ჩვეულებრივი რეჟიმი

დ) პრეპარატის სასინჯი დოზის შეყვანა

91. შარლსაწვეთის ვიმუალიზება მისი ულტრაბგერითი სკენირების დროს შესაძლებელია

ა) ყველა შემთხვევაში

ბ) არასოდეს

გ) თუ ის არაა გაფართოებული

\*დ) თუ ის დილატირებულია

92. ულტრაბგერით სკენირებას აქვს შესაძლებლობა გამოავლინოს თირკმლის აპოსტემატოზი

ა) 10-20% შემთხვევაში

ბ) 20-30% შემთხვევაში

გ) 35-50% შემთხვევაში

\*დ) არა აქვს შესაძლებლობა

93. დაასახელეთ შარდის ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო გავრცელებული მეთოდი:

ა) ცისტოსკოპია

\*ბ) მიქციური ცისტოგრაფია

გ) ექსკრეტორული უროგრაფია

დ) ურეთროგრაფია

94. რომელი დებულებაა სწორი დეტრუმორის წნევის (Pdet) შესახებ?

ა) ის არის ბუშგის წნევის კომპონენტი, რომელიც იქმნება ექსტრავეზიკალური ძალებით

ბ) ის გამოითვლება ინტრავეზიკალური (Pdet) და აბდომინალური (Pabd) წნევების შეჯამებით

გ) დეტრუმორის (Pdet) წნევის ცვლილება არ არის დამოკიდებული (Pves) ბუშგის წნევის ცვლილებაზე

\*დ) არცერთი ზემოთხაზოთვლილი

95. ვიდო-უროლინამიკის უპირატესობებია:

ა) თბსტრუქციის და მისი ლოკალიზაციის განსაზღვრის შესაძლებლობა

ბ) ბუშგის ყელის გახსნის სიდიდის განსაზღვრა

გ ) სპინქტერის დისინერგის დიაგნოსტიკის შესაძლებლობა

\*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

96. ქალებში შარდის შეუკავებლობის სახეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება

\*ა) სტრესული

ბ ) იმპერატიული

გ ) შერეული

დ ) შეუკავებლობის დანარჩენი სახეები

ოპერაციული უროლოგია

97. თირკმლის კიბოს დროს რადიკალური ნეფრექტომის წარმოება გულისხმობს:

ა ) თირკმლის სისხლარღებთან წინასწარ მიღვამას, მათ გადაკვანძვას და გადაკვეთას

ბ ) თირკმლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ერთდროულად ამოკვეთას

\*გ) თირკმლის ამოკვეთას გეროგას ფასციასთან, პერირენულ ცხიმოვან ქსოვილთან და თირკმელზედა ჯირკვალთან ერთად

დ ) ნეფრექტომიასთან ერთად ლიმფადენექტომის წარმოებას

98. ავადმყოფს აქვს წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია, შარდის მწვავე შეკავებით.

კათეტერიზაცია შეუძლებელია, სხეულის გემპერაგურაა 37.9 ცელსიუსით. მას მიზანშეწონილია ჩაუტარდეს:

ა ) შარდის ბუშგის პუნქცია წვრილი ნემსით

ბ ) აღენომექტომია

გ ) ოპერაციული ცისტოსტომია

\*დ) ტროაკარული ცისტოსტომია

99. ავადმყოფს პროსტატის აბსცესის შემდეგ განუვითარდა ურეთრორექტალური ფისტულა, რომელიც არსებობს 10 თვეა. მისთვის მიზანშეწონილია:



ა) ნაწარმოები იქნას ცისგოსტომია

ბ) ფისგულის შეხორცება ნაწარმოები იქნას მუღმივ კათეგორზე

გ) ნაწარმოები იქნას ფისგულის გრანსრექტალური ელექტროკოაგულაცია

\*დ) ნაწარმოები იქნას ურეთორექტალური ფისგულის პლასტიკა შორისიდან მიღებით და ცისგოსტომია

100. 30 წლის ქალს აქვს 5სმ ზომის პარაურეთრალური კისტა დაჩირქების გარეშე. მისთვის აუცილებელია:

ა) კისტის ელექტროკოაგულაცია

\*ბ) ოპერაცია - კისტის ამოკვეთა გრანსვაგინალურად

გ) კისტაში მუღმივი კათეგორის ირიგატორის დაყენება

დ) უროლოგის და გინეკოლოგის მეთვალყურეობა

101. ავადმყოფს აქვს სათესლე პარკის დაჟეჟილობა, ღილი ჰემატომა, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) კონსერვატიული მკურნალობა, სუსპენზორის გარება

ბ) ჰემატომის პუნქცია

\*გ) ოპერაციული მკურნალობა, რევიზია და ღრენირება

დ) ანტიბიოტიკები ამბულატორიულ პირობებში

102. ავადმყოფი 70 წლისაა, აქვს პროსტატის ჰიპერპლაზია, პარადოქსული იშურია, კრეატინინი სისხლში 450 მკმოლ/ლ, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) პროსტატის ტურ-ი

ბ) ნელატონის მუღმივი კათეგერი

\*გ) ტროაკარული ეპიცისგოსტომია

დ) ოპერაციული ეპიცისგოსტომია

103. პროსტატის ჰიპერპლაზიის მქონე ავადმყოფს აქვს პროფუზული ჰემატურია, ჰემოლინამიკის დარღვევით. მისთვის ნაჩვენებია:

\*ა) სასწრაფო გრანსურეთრული ოპერაცია, კოაგულაცია

ბ) სასწრაფო აღენომექტომია

გ) შარდის ბუშტში ფოლვის კათეტერის ჩაღმა

დ) კონსერვატული მკურნალობა (ვიკასოლი, ამინოკაპრონის მუავა)

104. თირკმლის კიბოს ღროს, ქველა ღრუ ვენის სანათურში (ვენის კელელში ჩაზრდის გარეშე) სიმსივნური თრომბის არსებობისას, მართებულია ყველა ჩამოთვლილი გარდა ერთისა:

ა) პროგნოზი უკეთესია, ვიდრე სიმსივნის გეროტას ფასციაში ჩაზრდისას

ბ) ექვემდებარება ქირურგიულ ამოკვეთას იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი თრომბი მარჯვენა წინაგულამდე ვრცელდება

გ) ხუთ წლიანი მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის 50%-მდე

\*დ) პროგნოზი უკიდურესად ცუდია, ხუთ წლიანი მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის 10%-ზე ნაკლები.

105. ავადმყოფს აქვს შარდის ბუშტის კიბო T1N0M0 G3 ცარცინომა ინ სიგუ-ს უბნებით მისთვის ნაჩვენებია:

ა) სხივური თერაპია

\*ბ) გრანსურეთრული რეზექცია და ინტარვეზიკალური BCG-თერაპია

გ) გრანსურეთრული რეზექცია

დ) ქიმიოთერაპია

106. ავადმყოფს აქვს შარდის ბუშტის კიბო T2bN0M0 გვერდით კელელზე, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) სხივური თერაპია

\*ბ) რადიკალური ცისტექტომია

გ) გრანსურეთრული რეზექცია

დ) შარდის ბუშტის რეზექცია

107. 60 წლის ავადმყოფს აქვს პროსტატის კიბო T2N0M0, ობსტრუქციული ქვედა საშარდე სიმპტომებით, PSA=12ნგ/მლ, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) გრანსურეთრული რეზექცია
- ბ) კრიოთერაპია
- \*გ) რადიკალური პროსტატექტომია
- დ) ჰორმონ-თერაპია

108. ავადმყოფი 55 წლისაა. აქვს მაკროჰემატურია, დაუღინდა თირკმლის პარენქიმის კიბო T3NXM0, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ნეფროსტომია
- ბ) ოპერაციამდე სხივური თერაპიის ჩატარება
- \*გ) რადიკალური ნეფრექტომია
- დ) ოპერაციამდე ქიმიოთერაპიის ჩატარება

109. ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს თავის კიბო T2N0M0, მისთვის ნაჩვენებია:

- \*ა) ასოს პარციალური ამპუტაცია ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში, ლიმფადენექტომია
- ბ) კრიოთერაპია
- გ) ქიმიოთერაპია
- დ) ცისტოსტომია

110. 30 წლის ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს ჩუჩის გარეთა ფურცლის კიბო T1-2N0M0, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) კრიოთერაპია
- ბ) სასქესო ასოს ამპუტაცია
- \*გ) ცირკუმციზიო + სხივური თერაპია
- დ) ცირკუმციზიო

111. ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს კიბო T3NX (საზარღულის) M0, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) სხივური თერაპია

ბ) ქიმიოთერაპია

\*გ) სასქესო ასოს ამპუტაცია, ლიმფაღენექტომია

დ) სიმპტომური მკურნალობა

112. ავადმყოფს 65 წლისაა და მისთვის ნაჩვენებია შარლსაწვეთის ჭრილობა, რეგროპერიტონეულ სივრცეში შარლის ჩაღვრით. მისთვის ნაჩვენებია:

ა) შარლსაწვეთის კათეტერიზაცია

ბ) ოპერაციული ნეფროსტომია

გ) პერკუტანული ნეფროსტომია

\*დ) რევიზია, რეგროპერიტონეუმის ღრენირება, შარლსაწვეთის ინგუბაცია და გაკერვა

113. ავადმყოფი 65 წლისაა, აქვს შარლის ბუშის მრავლობითი კენჭები, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია (სონოგრაფიულად პროსტატის წონაა 40გრ), მისთვის ნაჩვენებია:

ა) ექსტრაკორპორალური ღარცემითი ტალღოვანი ლითოტრიფსია

ბ) აღენომექტომია, ცისტოლითოტომია, ცისტოსტომია

\*გ) პროსტატის გრანსურეგრული რეზექცია და ლითოლაპასია

დ) კენჭების ქიმიოლიზი

114. პერკუტანული ნეფროსტომიის საშუალებით შესაძლებელია თირკმელთან მიდგომა და შემდეგი მანიპულაციების ჩატარება, გარდა ერთისა:

ა) თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევა

ბ) თირკმლის კისის ღრენირება

\*გ) ურეთერული სტენტის ჩადგმა

დ) შესაძლებელია კონკრემენტის ქიმიური ლიზისი

115. რომელია პერკუტანული ნეფროსტომის უკუჩვენება:

- ა) ინსულინ-დამოკიდებული დიაბეტი
- \*ბ) კოაგულოპათია
- გ) პაციენტი ერთადერთი თირკმელით
- დ) პიონეფროზი

116. რეგროპერიტონეული ფიბროზის (ორმონდის დაავადება) ქირურგიული მკურნალობისას სრულდება შემდეგი მანიპულაციები, გარდა ერთისა:

- ა) ურეგეროლიზისი
- ბ) რეგროპერიტონეული პროცესის არეში ბიოფსიური მასალის აღება
- \*გ) შარლსაწვეთების გადანაცვლება ლაგერალურად
- დ) შარლსაწვეთების ინტრაპერიტონიზაცია

117. თირკმლის გაღანერგვის შემდეგ პერიოდში შარლსაწვეთი უხშირესად სტენოზირდება:

- ა) ნებისმიერ ღონებზე
- ბ) მენჯ-შარლსაწვეთის კუთხეში
- გ) შარლსაწვეთის შუა ნაწილში
- \*დ) ურეგეროცისტოანასტომოზის ადგილში

118. თირკმლის გაღანერგვის შემდეგ ურეგეროცისტოანასტომოზის სტენოზისას პირველ ეტაპზე მკურნალობის მეთოდად ყველაზე ხშირად გამოიყენება:

- ა) ნეფრექტომია
- \*ბ) პერკუტანული ნეფროსტომია
- გ) ურეგეროცისტორეინპლანტაცია
- დ) სტენოზის უბნის დილატაცია და სტენტირება

119. 60 წლის მამაკაცს გამოუვლინდა თირკმლის მენჯის გარდამავალუჯრედოვანი კიბო (ვერიფიცირებული ციტოლოგიური გამოკვლევით), ფილგვში სოლიტარული მეტასტაზით, ამ შემთხვევაში მართებულია შემდეგი:

ა) ნეფროურეტერექტომია

ბ) ლობექტომია

\*გ) პროგნოზი უკიდურესად ცუდია

დ) სიმულტანურად შესრულებული ნეფროურეტერექტომია და ლობექტომია

120. პიელოპლასტიკის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

ა) სისხლდენა

ბ) კონტრალატერალური პიელოუტერული კუთხის ობსტრუქცია, ბილატერალური პათოლოგიისას

\*გ) ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პიელოურეტერული კუთხის ობსტრუქცია

დ) ტკივილი ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

121. შარდის სუპრავიკალური ღერივაციის მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა გარდა ერთისა:

ა) ურეტეროკუტანოსტომია

ბ) ურეტერორექტოსტოსტომია

\*გ) ურეტეროცისტონოსტომია

დ) ბრიკერის ოპერაცია

122. აბერენტული სისხლძარღვით გამოწვეული ჰიდრონეფროზის დროს რომელი ოპერაციაა ნახვენები:

ა) პერკუტანული ბალონ-დილატაცია

ბ) ენდოპიელოტომია, პერკუტანული მიდგომით

\*გ) ანგევაზალური პიელოურეტეროანასტომოზი

დ) ფოლეთის V-Y ნაფლეთოვანი პლასტიკა

123. რომელი მიდგომაა მიზანშეწონილი უკანა ურეთრის სარქველების მოსაცილებლად:

ა) ბოქვენზედა

ბ) ბოქვენის სიმფიზის გათიშვით

გ) პერინეული

\*დ) გრანსურეთრული, რეზექტოსკოპის გამოყენებით

124. პრიაპიზმის დროს ისეთი შეუქცევადი სტრუქტურული ცლილებები, როგორებიცაა გლუვი-კუნთოვანი უჯრედების მასიური ნეკროზი და ფიბრობლასტური გრანსფორმაცია, სისხლის კოაგულების წარმოქმნა კავერნოზული სხეულების ლაკუნარულ სივრცეში, გრაბეკულური ფიბროზი, ვითარდება:

ა) 6სთ-ის შემდეგ

ბ) 24სთ-ის შემდეგ

\*გ) 48სთ-ის შემდეგ

დ) 72სთ-ის შემდეგ

125. გრანსპერიტონული მიდგომით ოპერაციის წარმოება ნაჩვენებია:

ა) პიონეფროზის დროს

ბ) ინფიცირებული ჰიდრონეფროზის დროს

გ) თირკმლის ტუბერკულოზის დროს

\*დ) თირკმლის კიბოს დროს

126. სეგმენტური ურეგეროჰიდრონეფროზის დროს, თირკმლის სრული გაორებისას რომელი ოპერაციაა ნაჩვენები:

ა) ურეგეროკუტანეოსტომია

ბ) შარდსაწვეთის რეზექცია და შარდის ბუშგში რეიმპლანტაცია

გ) ნეფრექტომია

\*დ) ჰემინეფრექტომია

127. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება ბოარის ოპერაციას:

ა) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთების გაღანაცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, გრანსვემიკალური მიდგომით

ბ) შარდსაწვეთის ანგირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად

გ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწქვეშა გვირაბში

\*დ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან ნაფლეთის გამოჭრით

128. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება პოლიგანო-ლელბეგერის ოპერაციას:

ა) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთების გაღანაცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, გრანსვემიკალური მიდგომით

ბ) შარდსაწვეთის ანგირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად

\*გ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწქვეშა გვირაბში

დ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

129. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება კოენის პერაციას:

\*ა) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთების გაღანაცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, გრანსვემიკალური მიდგომით

ბ) შარდსაწვეთის ანგირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად

გ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწქვეშა გვირაბში

დ) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

130. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება გრეგუარის ოპერაციას:

ა) ურეტროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთების გაღანაცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, გრანსვემიკალური მიდგომით



\*ბ) შარდსაწვეთის ანტირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად

გ) ურეგულაციისგონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწოქვეშა გვირაბში

დ) ურეგულაციისგონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

131. რომელი ქვემოთ აღწერილი ოპერაცია შეესაბამება ბერგმანის ოპერაციას სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის დროს:

ა) მუცლის ფარის ვაგინალური მორჩის გაკერვა, საზარლულის არხის პლასტიკა

ბ) სათესლე გარსების გაკვეთა და გადმობრუნება

\*გ) სათესლე გარსების გაკვეთა, მოკვეთა და კიდეების ამოკერვა

დ) სათესლე ჯირკვლის არტერიის და ვენის გადაკვანძვა და გადაკვეთა

132. სათესლე ჯირკვლის შემოგრების დროს როგორია მკურნალობის გაქტიკა:

ა) კონსერვატული

\*ბ) აქტიური-ოპერაციული

გ) სათესლე ბაგირაკის ბლოკადა

დ) ფიზიოთერაპია

133. რის შედეგად ვითარდება იზოლირებული ჰიდროცელე

\*ა) ბულობრივი მორჩის პროქსიმალური ნაწილის შეხორცების შედეგად

ბ) ბულობრივი მორჩის დისტალური ნაწილების შეხორცებლობის შედეგად

გ) ბულობრივი მორჩის მთელ სიგრძეზე შეხორცებლობის შედეგად

დ) სათესლე ჯირკვლის პარკში ჩამოუსვლელობის შედეგად

134. შეერთებული ჰიდროცელეს სამკურნალოდ მოწოდებულია

ა) სითბური პროცედურები

ბ) წლითი რეჟიმი

\*გ) ოპერაცია

დ) წყალმანკის ჩაბრუნება და ბანდაჟი

135. ვარიკოცელე უფრო ხშირია

ა) მარჯვენა მხარეზე

\*ბ) მარცხენა მხარეზე;

გ) ორივე მხარეზე ერთნაირი სიხშირით;

დ) პრეპუბერტალ ასაკში

136. როლის, სად და ვის მიერ იქნა ჩატარებული კლინიკურ პირობებში პირველი ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსია?

ა) 1979 წ., მანჰეიმი, პ. ალკენი;

ბ) 1980 წ., მაინცი, რ. ჰოპენფელნერი.

\*გ) 1980 წ., მიუნჰენი, ქ. ჩოსი;

დ) 1981 წ., ვენა, მარბერგერი;

137. ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსის წინააღმდეგეზვებებს წარმოადგენს:

ა) ორმხრივი კენჭოვანი დაავადება;

ბ) ერთაღერთი ან ერთაღერთი მოფუნქციე თირკმლის კენჭი;

გ) რეციდიული ნეფროლითიაზი.

\*დ) მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის და ურიფიციუმის შევიწროება, მწვავე პიელონეფრიტი, ნეფროფტოზი;

138. ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსის შემდგომი ძირითადი გართულებაა:

ა) პარანეფრალური ჰემატომა;

ბ) გრაფიული ინგრარენული ჰემატომა.

გ ) ჰიდრონეფროზი;

\*დ) საშარღე გზების ობსტრუქცია დაშლილი კენჭის ფრაგმენტებით;

139. ნაწლავისაგან ფორმირებულ საშარღე რეზერვუარებში კონტინენტური სტომით დაბალი წნევა მიიღწევა

\*ა) ღეგუბულაციის გზით

ბ ) ნაწლავის საკმარისად გრძელი მარყუკის გამოყენების გზით

გ ) შარღის მუღმივიღრენებით

ღ ) ანტიქოლინერგული პრეპარატების მეშვეობით

140. უროღინამიკური კვლევის მეთოღების გამოყენება მიზანშეწონიღია შემღეგი ტიპის ღერივაციების ღროს, გარღა ერთისა;

ა ) ნაწლავოვანი რეზერვუარებში კონტინენტური სტომით (მაგ: მაინციის ტოპრაკი I, თბიღისის ტოპრაკი და ა.შ.)

ბ ) ურეგეროსიგმოიღოსტომიის სხვაღასხვა მოღიფიკაციებისას

გ ) შარღის ბუშგის ორთოტოპული რეკონსტრუქციების ღროს

\*ღ) კონღეიგური ღერივაციებისღროს (მაგ: ბრიკერის ოპერაცია, კოღონ კონღეიგი)

141. რამღენია მაქსიმაღური დასაშევი ბაზაღური წნევა "დაბალი წნევის" საშარღე რეზერვუარებში:

ა ) 20 მმH<sub>2</sub>Oსვ

\*ბ) 40 მმH<sub>2</sub>Oსვ

გ ) 60 მმH<sub>2</sub>Oსვ

ღ ) 80 მმH<sub>2</sub>Oსვ

142. რა მეთოღითაა ყვეღაზე უფრო შესაღლებელი წარმატებული ურეგერონგესტინური ანასტომოზის სტრიქტურის კორექცია:

ა ) ბაღონ-ღიღაგაციით

ბ) პერკუტანული ნეფროსტომით

გ) სტრიქტურის ჩაკვეთით ოპტიკური ურეთროტომის მეშვეობით

\*დ) განმეორებითი ოპერაციით და ახალი ურეთროინტესტინური ანასტომოზის ფორმირებით

143. რა არის განივი კოლინჯის გამოყენების ჩვენება შარდის ღერივაციისას,

ა) თირკმელების ფუნქციის დაქვეითება

\*ბ) ოპერაციამდე ჩატარებული მენჯის სხივური თერაპია

გ) დილატირებული შარდსაწვეთების არსებობა

დ) ერთაღერთი თირკმლის არსებობა

144. შარდის ღერივაციის შემდეგ რომელი ტიპის მეორადი სიმსივნე ვითარდება უზშირესად:

ა) ბრტყელუჯრელოვანი კიბო

ბ) გარდამავალ უჯრელოვანი კიბო

\*გ) აღენოკარცინომა

დ) არადიფერენცირებული კიბო

145. შარდის ღერივაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებული ჰიპერქლორემიული აცილოზის კორექცია შესაძლებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდით, გარდა ერთისა:

ა) ბიკარბონატების მიღებით

ბ) ციტრატების მიღებით

\*გ) სითხეების ჭარბი რაოდენობით მიღებით

დ) რემერვიარის ხშირი დაცლით

146. ჰიპერქლორემიული აცილოზის განვითარების რისკი ყველაზე უფრო მაღალია:

ა) ილეუმ კონდუიტის დროს

ბ) კოლონ კონდუიტის დროს

გ) მაინცის ტოპრაკი I-ის დროს

\*დ) მაინცის გოპრაკი II-ის დროს

147. რა ზეგავლენას ახდენს ნაწლავის დეგუბულაცია მის მოცულობაზე?

ა) არ ცვლის მოცულობას;

ბ) ამცირებს მოცულობას;

\*გ) ზრდის მოცულობას;

დ) გამოიყენება მხოლოდ პერისგალტიკური შეკუმშვების მოხსნის მიზნით.

148. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის რომელი სეგმენტის გამოყენება არ არის სასურველი შარდის ღერივაციის დროს?

ა) კუჭის;

\*ბ) მღივი ნაწლავის;

გ) თედოს ნაწლავის;

დ) მსხვილი ნაწლავის.

149. რა არის შარდის ბუშტის აუგმენტაციის დროს ზეგაურეგერის გამოყენების უპირატესობა?

ა) იწვევს მინიმალურ მეტაბოლურ ცვლილებებს;

\*ბ) არ იწვევს არავითარ მეტაბოლურ ცვლილებებს;

გ) ყოველთვის არის შესაძლებელი ამ მეთოდის გამოყენება;

დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

150. რომელი გიპის ღერივაციის დროს არის ნაჩვენები ოპერაციის წინა პერიოდში ანალური სფინქტერის შეფასება?

ა) მაინცის გოპრაკი I;

\*ბ) მაინცის გოპრაკი II;

გ) ილეუმკონდუიტი;

დ) კოლონ კონდუიტი.

151. შარდის ბუშტის აუგუმენტაციისას:

- ა) არ არსებობს მეორადი კიბოს განვითარების რისკი;
- ბ) კიბოს განვითარების რისკი ისეთივეა, როგორც ილეუმკონდუიტის დროს;
- გ) გარდამავალ-უჯრედოვანი კიბო გვხვდება ყველაზე უფრო ხშირად;
- \*დ) მეორადი სიმსივნე ლოკალიზდება შარდის ბუშტისა და ნაწლავის ანასტომოზის ადგილზე.

152. ურეთეროსკოპიის გამოყენება ოპტიმალურია

- \*ა) შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის კონკრემენტის მკურნალობისათვის
- ბ) შარდსაწვეთის ზემო და შუა მესამედის კონკრემენტის მკურნალობისათვის
- გ) მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხეში ჩატყედილი კონკრემენტის მკურნალობისათვის
- დ) მარჯნისებური კონკრემენტის მკურნალობისათვის

153. თირკმლის ქვემო პოლუსის 3 სმ ზომის კონკრემენტის ოპტიმალური მკურნალობის მეთოდია:

- ა) ურეთერორენოსკოპია
- ბ) ღია ოპერაცია
- \*გ) პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსია
- დ) არცერთი არ არის სწორი

154. მარჯნისებური კონკრემენტის მკურნალობისათვის უკუნაჩვენებია:

- \*ა) მხოლოდ ექსტრაკორპორალური ლითოტრიპსიის გამოყენება
- ბ) ექსტრაკორპორალური ლითოტრიპსია + პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსია
- გ) ღია ოპერაცია
- დ) პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსია

155. მარჯნისებური კონკრემენტის პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსიის გამოყენებით მკურნალობისას პროცედურის შედეგების გასაუმჯობესებლად ნაჩვენებია:

- ა) პროტოპერაციულად შარსაწვეგის სტენტირებით
- \*ბ) ღრეკალი ურეთერორენოსკოპის გამოყენებით
- გ) სუპრაკოსტალური ნეფროსტომის ჩაღმით
- დ) რიგილული ურეთერორენოსკოპის გამოყენებით

156. ნაწლავის დეგუბულაცია შარდის ღერივაციის ღროს:

- ა) განაპირობებს დაბალ წნევას რეზერვუარში;
- ბ) ზრდის რეზერვუარის ფორმირებისას გამოყენებული ნაწლავის სეგმენტის მოცულობას;
- \*გ) იწვევს პერისტალტიკური შეკუმშვების უნარის დაქვეითებას;
- დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი.

157. შარდის ღერივაციის რომელი მეთოდის ღროს არის მეორადი მალიგნიზაციის ყველაზე უფრო მაღალი რისკი?

- ა) ილეუმკონდუიტი;
- ბ) კოლონკონდუიტი;
- \*გ) ურეტეროსიგმოიდოსტომა;
- დ) ნაწლავოვანი რეზერვუარი კონტინენტური სტომით.

უროტუბერკულოზი

158. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული შარდსაწვეთის ტუბერკულოზური სტრიქტურის სალიკვიდაციო ქირურგიული-პლასტიკური ოპერაცია:

- ა) მკურნალობის პირველივე დღეებში;
- \*ბ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;
- გ) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;
- დ) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე.

159. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული ტუბერკულოზური მიკროცისტის ქირურგიული მკურნალობა -შარდის ბუმტის აუგმენტაცია-წვრილნაწლავოვანი პლასტიკა:

ა) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;

ბ) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე;

გ) მკურნალობის პირველივე დღეებში;

\*დ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;

160. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული ტუბერკულოზური ეპიდდომიტის ქირურგიული მკურნალობა:

\*ა) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;

ბ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;

გ) მკურნალობის პირველივე დღეებში;

დ) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე;

161. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული თირკმლის ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობა -ნეფრექტომია:

ა) მკურნალობის პირველივე დღეებში;

\*ბ) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;

გ) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე;

დ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;

162. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული ტუბერკულოზური პიონეფროზის ქირურგიული მკურნალობა - ნეფრექტომია:

\*ა) მკურნალობის პირველივე დღეებში;



ბ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;

გ) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;

დ) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე;

163. ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებიდან რა პერიოდშია რეკომენდებული შარდსაწვეთის სტენტირება ან პუნქციური ნეფროსტომია შარდსაწვეთის ტუბერკულოზური სტრუქტურით განპირობებული ჰიდრონეფროზის დროს:

ა) მკურნალობის დაწყებიდან 4 თვის თავზე;

ბ) მკურნალობის კურსის დასასრულს, ან მის შემდეგ;

\*გ) მკურნალობის პირველივე დღეებში;

დ) მკურნალობის დაწყებიდან 2 თვის თავზე;

164. შარდსასქესო ორგანოთა გუბერკულოზის დროს იზოლირებულად ყველაზე უფრო ხშირად ზიანდება

ა) შარდის ბუშგი

\*ბ) თირკმლის პარენქიმა

გ) შარდსაწვეთები

დ) თირკმლის მენჯი

165. თირკმლების გუბერკულოზი, როგორც წესი ვითარდება:

ა) ყოველთვის ერთ თირკმელში

ბ) შემთხვევათა 35%-ში ერთ თირკმელში

\*გ) ორივე თირკმელში ერთდროულად, უპირატესად ცალმხრივი კლინიკით

დ) ორივე თირკმელში ერთდროულად, ყოველთვის თანაბარი ორმხრივი კლინიკით

166. თირკმელში გუბერკულოზური მიკრობაქტერიები ხვდებიან ყველაზე უფრო ხშირად

ა) ლიმფური გზით

ბ) აღმავალი გზით

\*გ) ჰემატოგენური გზით

დ) შარდსაწვეთების კელებიდან

167. თირკმლების ტუბერკულოზის დროს შარდში დამახასიათებელ ცვლილებებს მიეკუთვნება

ა) მჟავე რეაქცია

ბ) პიურია

გ) ერთროციტურია

\*დ) შესაძლებელია ყველა

168. უროტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში ყველაზე მგრძობიარეა ჩამოთვლილთაგან

ა) შარდის საერთო ანალიზი

ბ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შარდში აღმოჩენა ბაქტერიოსკოპიით

\*გ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენა შარდის ნათესით

დ) ტუბერკულინის ტესტი

169. შარდის ბუშტის ტუბერკულოზის დროს ცისტოსკოპიით გამოვლენილ ლორწოვანი გარსის ცვლილებებს განეკუთვნებიან

ა) ტუბერკულოზური ხორკლები

ბ) ტუბერკულოზური წყლულები

გ) ლორწოვანის ნაწიბუროვანი ცვლილებები, რომელიც უპირატესად მღებარეობს დაზიანებული თირკმლის შარდსაწვეთის ხვრელის მიდამოში

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1700. შარდის ბუშტის ტუბერკულოზის გართულებებს წარმოადგენს

ა) შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი

ბ) შერდის ბუშტის შეჭმუხვნა

გ ) შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის შერთულის სტრიქტურა

\*დ) სწორია ყველა

170. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის შესაძლო ადგილობრივ ცვლილებებს მიეკუთვნებიან

ა ) სათესლე ჯირკვლის დანამატის გადიდება, გამკვრივება, ხორლიანობაა

ბ ) სათესლე ჯირკვლის რეაქტიული წყალმანკი

გ ) სათესლე პარკის კანზე ჩირქმდენი ფისგულა

\*დ) ყველა მემოთ ჩამოთვლილი

171. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის დროს ყველაზე უფრო ხშირად მიახლება

ა ) დანამატი და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილი

ბ ) მთლიანად დანამატი

გ ) დანამატის თავი

\*დ) დანამატის კული

172. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის დროს აწარმოებენ

ა ) ვაზორეპეცთას

ბ ) ჰემიკასტრაცთას

გ ) ეპიდლიმექტომთას სათესლე ჯირკვლის რეპეცთით

\*დ) ეპიდლიმექტომთას

173. თირკმლის ტუბერკულოზით უფრო ხშირად ავადმყოფობენ

ა ) ბავშვები

ბ ) მამაკაცები

\*გ) ქალები

დ ) ხანშიშესული ასაკის ადამიანები

174. ტუბერკულოზური მიკროცისტის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა

ა) გროაკალური ეპიცისტოსტომია

ბ) ოპერაციული ეპიცისტოსტომია

გ) პერიოდული თვითკათეგერიზაცია

\*დ) შარდის ბუშის აუგმენტაცია - ნაწლავოვანი პლასტიკა

175. რომელი დაავადებისთვისაა დამახასიათებელი ჰემაგურიის შერწყმა ასეპტიურ პიურიასთან:

ა) ჰიდრონეფროზი

ბ) კალკულოზი

გ) ნეფროფტოზი

\*დ) თირკმლის ტუბერკულოზი

ინფექციები

176. ყველაზე ხშირად პიელონეფრიტს იწვევს:

\*ა) ნაწლავის ჩხირი

ბ) პროტეუსი

გ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბალი ჩხირი

დ) სტაფილოკოკი

177. მწვავე პიელონეფრიტის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ:

ა) პოლიურია

ბ) გადახურება

\*გ) შარდის პასაჟის დარღვევა

დ) თირკმელებში არტერიული სისხლის დინების დარღვევა

178. მწვავე პიელონეფრიტის დროს, როდესაც თირკმელებიდან შარდის პასაჟი დარღვეულია, სიმპტომების განვითარება აღინიშნება შემდეგი თანმიმდევრობით: 1) შემცივნება; 2) თირკმლის არეში ტკივილები; 3) მაღალი გემპერაგურა; 4) ძლიერი ოფლიანობა; 5) სისუსტე;

ა) სწორია თანმიმდევრობა 1;2;3;4;5

\*ბ) სწორია თანმიმდევრობა 2;1;3;4;5

გ) სწორია თანმიმდევრობა 1;3;4;5;2

დ) სწორია თანმიმდევრობა 3;2;1;5;4

179. ავადმყოფი - 64 წლის მამაკაცი. დაუდგინდა მარცხენა თირკმლის ქვემო პოლუსის კარბუნკული 2X3სმ. შარდის პასაჟი და თირკმლის ფუნქცია შეცვლილი არ არის. ავაღაა 3 ღღეა. არ უმკურნალია. ექიმის გაქცევა ითვალისწინებს:

\*ა) ანტიბაქტერიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაციას - მარცხენა თირკმლის რეზექციით, კარბუნკულია ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სიფრცის დრენირებით,

ბ) გეგმიური ოპერაცია - თრკმლის რეზექციით, კარბუნკულის ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სიფრცის დრენირებით, ანტიბაქტერიულ თერაპიას

გ) კარბუნკულის გრანსკუტანულ პუნქციას, ანტიბაქტერიულ მკურნალობას

დ) ნეფროექტომიას

180. ავადმყოფს დაუდგინდა მარჯვენა თირკმლის ქვემო პოლუსის აბსცესი ზომით 4X4 სმ, მისთვის აუცილებელია:

ა) ინტენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა

ბ) ნეფრექტომია

\*გ) ოპერაცია - აბსცესის გახსნა და დრენირება, ან აბსცესის პერკუტანული პუნქცია და მისი დრუს დრენირება

დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის დრენირება

181. მწვავე პიელონეფრიტის გართულებას წარმოადგენს

ა) თირკმლის დერილების ნეკროზი, პარანეფრიტი

ბ) ენდოგოქსიური შოკი, თირკმლის მწვავე უკმარისობა

გ) სეფსისი, სეპტიკოპიემია, მეტასტაზური ჩირქგროვების განვითარებით

\*დ) სწორია ყველა

182. ქრონიკული პიელონეფრიტი უფრო ხშირად ვითარდება:

ა) აღრეულ ბავშვთა ასაკში

ბ) ახალგაზრდულ ასაკში

გ) საშუალო ასაკში

\*დ) ხნიერთა და მოხუცთა შორის

183. ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს ყველაზე უფრო მიანდება

ა) თირკმლის გორგლების სისხლძარღვოვანი ქსელი

ბ) ბოუმანის კაფსულა

\*გ) თირკმლის მილაკები

დ) ჰენლეს მარყუქის ასწვრივი მუხლი

184. ქრონიკული პიელონეფრიტისთვის უფრო დამახასიათებელია

\*ა) მილაკების ფუნქციის დარღვევა

ბ) გორგლების ფუნქციის დარღვევა

გ) ფიალების ფუნქციის დარღვევა

დ) მილაკების ფილტრაციული ფუნქციის დარღვევა

185. ქალს მთელი წლის განმავლობაში აქვს ცისტიტის მოვლენები. შარდი მკავე რეაქციისაა. მიუხედავად იმისა, რომ ღებულობს ანტიბაქტერიულ პრეპარატებს, ლეიკოციტურია მყარია. ყველაზე უფრო შესაძლო დიაგნოზია

ა) ქრონიკული ცისტიტი

ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

\*გ) შრდის ბუშტის ტუბერკულოზი

დ) თირკმლის ტუბერკულოზი

ე) ცისტალგია

186. 42 წლის მამაკაცს პროფილაქტიკური გამოკვლევის დროს დაუდგინდა ლეიკოციტურია (35-40 ლეიკოციტი მხედველობის არეში) ლეიკოციტების წყაროს დასადგენად (ურეთრა, წინამდებარე ჯირკვალი, თირკმელი ან შარდის ბუშტი) მას აუცილებელია ჩაუტარდეს:

ა) შარდის საერთო ანალიზი

\*ბ) ორ ჭქიანი ან სამ ჭქიანი სინჯი

გ) შარდის გამოკვლევა, რომელიც მიღებულია შრდის ბუშტის კათეტერიზაციის შედეგად

დ) პერდნიზოლონის საპროფოკაციო სინჯი

187. პარანეფრიტის ყველაზე უფრო ხშირ გამომწვევეს წარმოადგენს

ა) პნემოკოკი

ბ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერია

\*გ) სტაფილოკოკი და ნაწლავის ჩხირი

დ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბალი ჩხირი და ენტეროკოკი

ე) ვირუსი

188. პარანეფრალური აბსცესის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს:

ა) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია

გ) იზოტოპური რენტგრაფია

\*დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა

ე) პარანეფრალური პუნქცია

189. ცისტატი აღინიშნება ყველაზე უფრო ხშირად ასაკში

- ა) 11-20 წელი
- \*ბ) 21-40 წელი
- გ) 41-50 წელი
- დ) 51-60 წელი
- ე) 60 წლის შემდეგ

190. ცისტიტის განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება

- ა) სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივ დარღვევას
- ბ) ფიზიკურ ფაქტორებს
- \*გ) ინფექციას
- დ) ქიმიურ ფაქტორებს
- ე) საერთო ფაქტორებს

191. შარდის ბუშტში ინფექციის შეჭრის ყველაზე უფრო ხშირ გზას წარმოადგენს

- ა) ურეთრალური
- ბ) ღაღმაფალი
- გ) ლიმფოგენური
- \*დ) ჰემატოგენური
- ე) კონტაქტური

192. შარდის ბუშტის ლეიკოპლაკიის განვითარების მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ქიმიური აგენტებით ზემოქმედება
- ბ) შარდის ბუშტის სხივური დაზიანება
- გ) შარდის ბუშტის ტუბერკულოზი
- \*დ) ქრონიკული ცისტიტი



193. პირველადი პარაცისტიკი გვხვდება:

- ა) ძალიან ხშირად
- ბ) ხშირად
- გ) იშვიათად
- \*დ) ძალზე იშვიათად

194. ინფექციურ ურეთრიტს მიეკუთვნება:

- ა) ალერგიული
- ბ) გრავმატული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული
- გ) ქიმიური
- \*დ) მიკობურია

195. შარდსასქესო გრიქომონიამის გამომწვევს წარმოადგენს:

- ა) საფუარას მსგავსი სოკოები
- \*ბ) უმარტივესები შოლტისებრთა კლასიდან
- გ) ამეზა
- დ) ვირუსი

196. ურეთრიტის დიაგნოსტიკა ემყარება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ანამნეზისა და კლინიკის მონაცემების
- ბ) შარდის პირველი ულუფის ნალექის გამოკვლევის შედეგების
- \*გ) სისხლის კლინიკურ ანალიზს და წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტის გამოკვლევას
- დ) ურეთრის ჩირქოვანი გამონადენის ნათესის და მიკროსკოპულ გამოკვლევას

197. შარდსადენი მილის რენდგენოლოგიური გამოკვლევა ნაჩვენებია

- ა) მწვავე ურეთრიტის დროს

ბ) პროსტატიტის და ვეზიკულიტის დროს

\*გ) ურეთრის სტრიქტურაზე ეჭვის შემთხვევაში

დ) ურეთრიტის გორპილული მიმდინარეობის შემთხვევაში

198. კავერნიტი – ესაა:

\*ა) სასქესო ასოს კავერნოზული სხეულის ანთება

ბ) სასქესო ასოს ფიბროპლასტიკური ინლურაცია

გ) სასქესო ასოს კანის ფლებოთრომბოზი

დ) სწორია ყველა

199. პარაფიმოზის მკურნალობა მდგომარეობს: 1) ცდაში ჩასწორებული იქნას სასქესო ასოს თავი; 2) ჩაიჭრას ჩუჩა; 3) დაელოს ღრულოვან მღვიმეოვანი ანასტომოზი; 4) ჩაიჭრას ჩაჭედილი რგოლი

ა) 1;3

ბ) 2;3

\*გ) 1;4

დ) 4

200. პრიაპიზმი – ესაა სასქესო ასოს ხანგრძლივი ერექცია, გამოწვეული

\*ა) სასქესო ასოს კავერნოზული სხეულის დაჭიმვით

ბ) ურეთრის კავერნოზული სხეულის დაჭიმვით

გ) შრდის ბუშგის გარეთა სფინქტერის შეკუმშვით

დ) ყველა ჩამოთვლილი

201. მწვავე ეპილითმიტისათვის დამახასიათებელია:

\*ა) სხეულის გემპერატურის მომაგება დაავადების პირველ დღეზე

ბ) სხეულის გემპერატურის მომაგება დაავადების მესამე-მეოთხე დღეზე

გ) სხეულის გემპერატურის მომაგება დაავადების მეხუთე-მეექვსე დღეზე

დ) სხეულის გემპერატურა მომატებულია დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში

202. ქრონიკული ინფექციური ეპიდემიოგენი და ორხიტი საჭიროა დიფერენცირებული იქნას ყველა ჩამოთვლილისაგან, გარდა:

ა) სათესლე ჯირკვლის და დანამაგის ტუბერკულოზის

ბ) სათესლე ჯირკვლის და დანამაგის სიმსივნის

გ) სპერმატოცელს

\*დ) ვარიკოცელს

203. პროსტატიტის გამომწვევ ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენენ:

ა) ბაქტერიები და ვირუსები

ბ) მიკოპლაზმები და ქლამიდიები

გ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

204. წინამდებარე ჯირკვლის ინფიცირება ვითარდება:

ა) ჰემატოგენური გზით

ბ) ლიმფოგენური გზით

გ) აღმავალი გზით

\*დ) ყველა ჩამოთვლილით

205. მწვავე პროსტატიტისათვის დამახასიათებელია: 1) წინამდებარე ჯირკვლის თანაბარი გადიდება; 2) წინამდებარე ჯირკვლის ძალზე მკვრივი (ქვის მაგვარი) კონსისტენცია; 3) წინამდებარე ჯირკვლის მისი პალპაციის დროს ძალზე მკვივნეულია; 4) წინამდებარე ჯირკვლის აგროფირებულია

ა) 1

ბ) 2;4

გ) 3

\*დ) 1; 3

206. მწვავე პროსტატიტის გართულება შეიძლება იყოს:

ა) მწვავე ქოლესისტიტი

ბ) ურეთრიტი

გ) ართრიტი

\*დ) ურეთრიტი და წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესი

207. წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესის ნიშნებს წარმოადგენს: 1) წინამდებარე ჯირკვლის მკვეთრი მტკივნეულობა მისი პალპაციის დროს; 2) წინამდებარე ჯირკვლის ზომაში შემცირება; 3) წინამდებარე ჯირკვალში ჩარბილებული და ფლუქტუაციური კერების არსებობა; 4) მუცლის ფარის გაღიზიანების სიმპტომი

ა) 1;4

ბ) 2;3

გ) 3

\*დ) 1;3

208. წინამდებარე ჯირკვალში აბსცესის დროს ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ინტენსიური ანგიბაქტერიული მკურნალობა

\*ბ) მუდმივი კათეტერის ჩადგმა

გ) აბსცესის დრუსი ღრენირება

დ) დეზინტოქსიკაციური თერაპია

209. პიელონეფრიტი წარმოადგენს დაავადებას:

ა) ავტომუნურს

ბ) ალერგიულს

გ) სისხლძარღვოვანს

\*დ) ინფექციურ ანთებას

210. პირველადი (არაობსტრუქციული) პიელონეფრიტის დროს თირკმელის ინფიცირება ხდება

ა) ლიმფოგენურად

ბ) შარლსაწვეთების კელეების საშუალებით

გ) შარლსაწვეთის არხის საშუალებით

\*დ) ჰემატოგენურად

ე) კონტაქტური გზით

211. აპოსტემატოზური პიელონეფრიტის დროს მორფოლოგიური ცვლილებები უფრო მეტად გამოხატულია:

\*ა) ქერქოვან შრეში

ბ) გვინოვან შრეში

გ) ფიალებში

დ) მენჯში

212. თირკმლის დვრილების ნეკროზის დროს ხშირ დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს:

ა) პროტეინურია

\*ბ) მაკროჰემატურია

გ) ლეიკოციტურია

დ) ბაქტერიურია

213. რა უნდა იყოს უპირატესი მეორადი მწვავე პიელონეფრიტის მკურნალობაში

ა) სპაზმოლიტური თერაპიით

\*ბ) შარლის პასაჟის აღდგენა

გ) ანტიბაქტერიული მკურნალობით

დ) იმუნოთერაპიით

214. უროსეფისის მქონე ავადმყოფთა ანტიბაქტერიული თერაპიისას უნდა შეექმნათ პრეპარატის მაღალი კონცენტრაცია:

ა) შარდში

\*ბ) სისხლში

გ) ჩირქოვან კერაში

დ) თირკმლის პარენქიმაში

215. სამჭიქიანი სინჯის ღროს ურეთრიგის არსებობის უეჭველ ნიშანს წარმოადგენს:

\*ა) ლეიკოციტების არსებობა შარდის პირველ ულუფაში

ბ) ლეიკოციტების არსებობა შარდის მეორე ულუფაში

გ) ლეიკოციტების არსებობა შარდის მესამე ულუფაში

დ) ლეიკოციტების არსებობა შარდის ყველა ულუფაში

216. დაასახელეთ მწვავე ცისტიტის ყველაზე უფრო ხშირი გამომწვევი:

ა) სტაფილოკოკი

ბ) სტრეპტოკოკი

გ) პროტეუსი

\*დ) ნაწლავის ჩხირი

უროლითიაზი

217. კენჭოვანი დაავადებებიდან რომელი ტიპი არ გადაეცემა მემკვიდრულად:

ა) ცისტინურია

\*ბ) ნაწლავური ჰიპეროქსალურია

გ) ქსანტინურია

დ) თირკმლის ტუბულარული აციდოზი

218. რომელი გამონათქვამია სწორი შარდ-კენჭოვანი დაავადების სქესობრივი განსხვავების მიმართ:

ა) გვხვდება თანაბრად

ბ) ჭარბობს ქალებში

\*გ) ჭარბობს მამაკაცებში

დ) არც-ერთი ჩამოთვლილთაგანი

219. შარდკენჭოვანი დაავადების გამოვლინების პიკი ხდება:

ა) იანვარი-თებერვალი-მარტი

ბ) აპრილი-მაისი-ივნისი

\*გ) ივლისი-აგვისტო-სექტემბერი

დ) ოქტომბერი-ნოემბერი-დეკემბერი

220. შარდ-კენჭოვანი დაავადების გამოვლინების პიკი ემთხვევა:

ა) მაღალ ტენიანობას

ბ) ნალექების სიჭარბეს

გ) ატმოსფეროში ოზონის რაოდენობის კლებას

\*დ) მაქსიმალურ ტემპერატურას

221. თბილ სეზონში შარდ-კენჭოვანი დაავადების გამოვლინებას ხელს უწყობს:

ა) დიეტური ფაქტორების შეცვლა

\*ბ) სხეულის მიერ სითხის დაკარგვა ოფლის სახით და სუნთქვით

გ) ატმოსფეროში ოზონის რაოდენობის მატება

დ) სანიტარული მდგომარეობის გაუარესება

222. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან დღე-ღამეში შეიწოვება კალციუმის შემდეგი რაოდენობა:

ა) 20 - 50 მგ

\*ბ) 100 - 300 მგ

გ) 500 - 1000 მგ

დ) 2000 - 3000 მგ

223. ნაწლავებში კალციუმის შეწოვას ასტიმულირებს:

ა) C ვიტამინი

ბ) D1 ვიტამინი

\*გ) D3 ვიტამინი

დ) E ვიტამინი

224. საკვებიდან ოქსალატს დიდი რაოდენობით შეიცავს:

ა) ძეხვი

ბ) თევზი

\*გ) ისპანახი

დ) ლობიო

225. შარდში გამოყოფილი ოქსალატის რა ნაწილია საკვებიდან შეთვისებული:

ა) 10%

ბ) 20%

\*გ) 50%



დ) 80%

226. სითხეებიდან ოქსალატს დიდი რაოდენობით შეიცავს:

ა) ალკოჰოლური სასმელი

ბ) რძე

\*გ) ჩაი და უნალექო ყავა

დ) არაალკოჰოლური სასმელები

227. ენდოგენური ოქსალატი მიიღება შემდეგი ნივთიერების ფერმენტული დაშლით:

\*ა) ასკორბინის მჟავა

ბ) რიბონუკლეინის მჟავა

გ) შეუცვლელი ამინომჟავები

დ) მაღალ მოლეკულური ლიპოპროტეინი

228. ენდოგენური ოქსალატი სინთეზირდება:

\*ა) ღვიძლში

ბ) ფარისებრახლო ჯირკვლებში

გ) თირკმელებში

დ) ნაწლავის სანათურში ბაქტერიების ზემოქმედებით

229. ოქსალატი შარდში გამოიყოფა ნეფრონის შემდეგ ნაწილში:

\*ა) ნეფრონის ყველა უბანში

ბ) პროქსიმალურ მილაკში

გ) დისტალურ მილაკში

დ) გორგალში

230. ჰიპერკალციურიის რომელი ფორმა არ არსებობს:

- ა) აბსორბციული (ძირითადად ნაწლავებიდან დიდი რაოდენობით შეწოვის გამო)
- ბ) თირკმლისმიერი (ძირითადად თირკმლის მიერ კალციუმის დიდი რაოდენობით კარგვით)
- გ) რეზორბციული (ძირითადად ძვლების დემინერალიზაციის ხარჯზე)
- \*დ) მეტაბოლური (ძირითადად ორგანიზმის მეტაბოლური თავისებურებების გამო)

231. თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიის დროს სისხლში კალციუმის დისბალანსს არეგულირებს:

- ა) ანტიდიურეზული ჰორმონი
- \*ბ) პარატ-ჰორმონი
- გ) მირერალო-კორტიკოიდები
- დ) პროსტაგლანდინები

232. ჰიპერკალციემიის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) კალციუმის ჭარბი მოხმარება
- ბ) ჰიპერთირეოიზმი
- გ) შაქრიანი დიაბეტი
- \*დ) ჰიპერპარათირეოიზმი

233. კალციუმის შემზღუდავი დიეტის შემდეგ შარდში კალციუმის მაღალი შემცველობა დამახასიათებელია:

- ა) აბსორბციული ჰიპერკალციურიისათვის
- \*ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიისათვის

გ) რეზორბციული ჰიპერკალციურიისათვის

დ) იდიოპათური ჰიპერკალციურიისათვის

234. ონკოლოგიური დაავადებით გამოწვეული ჰიპერკალცემიის მიზეზია:

\*ა) სიმსივნის მიერ პარატ-ჰორმონის მაგვარი ნივთიერების სინთეზი

ბ) სიმსივნის სამკურნალოდ ქიმიო და სხივიური თერაპიის გამოყენება

გ) ძვლებში მეეტასტაზები არსებობა

დ) ზოგადი კახექსია

235. ჰიპერკალცემიის მიზეზი არ შეიძლება იყოს:

ა) ჰიპერთირეოიზმი

ბ) სარკოიდოზი

გ) გლუკოკორტიკოიდებით მკურნალობა

\*დ) ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი

236. რომელი მედიკამენტი იწვევს ყველაზე ხშირად ე.წ. იატროგენულ ჰიპერკალცემიას:

ა) კაპტოპრილი

ბ) სპირონოლაქტონი

\*გ) თიაზიდები

დ) ვიტამინები

237. რომელი მედიკამენტი გამოიყენება ჰიპერკალციურიის დროს:

ა) ასკორბინის მჟავა

ბ) პირიდოქსინი

\*გ) თიაზიდები

დ) სპირონოლაქტონი

238. პირველადი ჰიპეროქსალურია არის:

ა) იატროგენული (მედიკამენტური)

ბ) ინფექციის ფონზე გართულება

\*გ) მემკვიდრული დაავადება

დ) ასაკობრივი პათოლოგია

239. ქვემოთმოყვანილი განსაზღვრებებიდან რომელი არ შეესაბამება სინამდვილეს:

ა) ნაწლავისმიერი ოქსალურია

ბ) იდიოპათური ზომიერი ოქსალურია თანდართული ერითროციტების მიერ ოქსალატების გაძლიერებული ტრანსპორტი

გ) პირველადი (გენეტიკური) ჰიპეროქსალურია

\*დ) მეორადი (შემენილი) ჰიპეროქსალურია

240. სუფთა კალციუმის ფოსფატის კენჭები დამახასიათებელია:

ა) ჰიპერ-პარათირეოიზმისათვის

ბ) ენდოგენური ჰიპეროქსალურისათვის

\*გ) თირკმლის ტუბულური აციდოზისათვის

დ) პარანეოპლასტიური ჰიპერკალცემიისათვის

241. ქვემოთმოყვანილი ფაქტორებიდან რომელი არ ახდენს ზეგავლენას შარდმჟავა კენჭების ჩამოყალიბებაზე:

ა) შარდის მჟავიანობა მაღალია (დაბალი PH)

ბ) შარდი შეიცავს მეტ შარდმჟავას

გ) დღე-ღამური შარდის რაოდენობა ნაკლებია

\*დ) შარდში კალციუმის კონცენტრაცია მაღალია

242. შარდმჟავა კენჭების გაჩენის მიზეზია:

ა) ჰიპერურიკურია (>750 მგ/დღე)

ბ) შარდის მჟავე რეაქცია

გ) შარდის შემცირებული რაოდენობა

\*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

243. როდის არ არის გაძლიერებული შარდმჟავას სინთეზი ორგანიზმში:

ა) პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)

ბ) მიელოპროლიფერატიული დარღვევები

\*გ) თირკმლის ტუბულარული აციდოზი

დ) ქიმოთერაპიის დროს

244. მეორადი შარდმჟავა კენჭების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

ა) მალაბსორბცია

ბ) ჰიპერ-პარათირეოიზმი

\*გ) ნიკრისის ქარი (პოდაგრა)

დ) შაქრიანი დიაბეტი

245. ონკოლოგიური დაავადებებიდან შარდმჟავა კენჭების გაჩენას იწვევს:

\*ა) მიელოპროლიფერატიული დაავადებები (ლეიკოზები)

ბ) შარდის ბუშტის კიბო

გ) პროსტატის კიბო

დ) პეჯეტის სიმსივნე

246. შარდმჟავა კენჭების საპროფილაქტიკო შარდის pH-ის ოპტიმალური დონეა:

ა) 4.0 - 5.0

ბ) 5.0 - 6.0

\*გ) 6.5 - 7.0

დ) 7.0 - 10.0

247. შარდმჟავა ნეფროლითიაზისას ალოპურინოლის (300-600 მგ დღეში) დანიშვნის ჩვენებას არ წარმოადგენს:

\*ა) სისხლში შარდმჟავას ნორმალური დონე

ბ) სისხლში შარდმჟავას მომატებული დონე

გ) როდესაც შარდით შადმჟავას ექსკრეცია აღემატება 1200 მგ-ს

დ) სწორია ა და გ

248. სტრუვიტული კენჭი არის:

ა) ოქსალატის და შარდმჟავას შემცველი

ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიის ფონზე გაჩენილი კენჭი

\*გ) ინფექციის გამო გაჩენილი კენჭი

დ) ჰიპერურიკოზურიის ფონზე გაჩენილი შერეული შენების კენჭი

249. სტრუვიტული კენჭი შეიცავს შემდეგ ელემენტებს:

ა) კალციუმს და ოქსალატს

ბ) კალციუმს, ოქსალატსა და შარდმჟავას

\*გ) მაგნიუმს, ამონიუმსა და ფოსფატს

დ) ცისტინს

250. სტრუქტული კენჭის გაჩენის წინაპირობას წარმოადგენს:

ა) სისხლში შარდმჟავას მომატებული დონე

ბ) შაქრიანი დიაბეტი

გ) ჰიპერკალციურია

\*დ) შარდის მაღალი PH (7,2-ზე მეტი) და შარდში ამონიუმის არსებობა

251. ამონიუმი არის შემდეგი ნივთიერების დაშლის პროდუქტი:

\*ა) შარდოვანასი

ბ) ოქსალატის

გ) ურობილინოგენის

დ) კრეატინინის

252. ამონიუმის წარმოქმნას აკატალიზებს შემდეგი ფერმენტი:

\*ა) ურეაზა

ბ) პროტეაზა

გ) ამილაზა

დ) ფოსფოკინაზა

253. ამონიუმის დაშლის შედეგად მიღებული შარდის რეაქცია არის:

\*ა) ტუტე

ბ) მჟავე

გ) ნეიტრალური

დ) ზომიერად მჟავე

254. რომელი მიკრო-ორგანიზმი არ გამოიმუშავებს ურეაზას:

ა) ურეაპლაზმა

ბ) ოქროსფერი სტაფილოკოკი

\*გ) ნაწლავის ჩხირი

დ) პროტეუსი

255. რომელი ტიპის კენჭი არ ჩანს მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე:

ა) კალციუმის ოქსალატი

ბ) სტრუვიტი

\*გ) სუფთა შარდმჟავა კენჭი

დ) კალციუმის ფოსფატი

256. თირკმლის მენჯში ლოკალიზებული 1 სმ-იანი კენჭის სპონტალურად გამოძევების ალბათობა არის:

ა) 5-10%

\*ბ) 20-25%

გ) 50%

დ) 70%

257. თირკმლის მენჯში ლოკალიზებული 0.5 სმ-იანი კენჭის სპონტალურად გამოძევების ალბათობა არის:



ა) 5-10%

ბ) 20-25%

გ) 40%

\*დ) 65%

258. თირკმლის მენჯში ლოკალიზებული 3 მმ-იანი კენჭის სპონტანურად გამოძევების ალბათობა არის:

ა) 5-10%

ბ) 20-25%

გ) 45%

\*დ) 90%

259. თირკმლის ან შარდსაწვეთის ქვალის დროს შარდის ანალიზი უხშირესად გამოავლენს:

ა) პიურიას

\*ბ) ერითროციტურიას

გ) ცილინდრურიას

დ) ბაქტერიურიას

260. კვლევის რომელი რენტგენოლოგიური მეთოდი ავლენს რენტგენოუხილავ კონკრემენტებს კონტრასტირების გარეშე:

ა) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია

\*ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

გ) დამიზნებითი რენტგენოგრაფია

დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

261. ჯანმრთელი თირკმელისათვის სრული ინფარენული მექანიკური ობსტრუქციის პირობებში ყოფნა (თანდართული გართულებების არარსებობის შემთხვევაში) დასაშვებია:

ა) ერთი კვირა

ბ) ორი კვირა

\*გ) ერთი თვე

დ) ექვსი თვე

262. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახდენს შარდში შარდმჟავას კონცენტრაციაზე:

ა) არ მოქმედებს

ბ) ამცირებს

გ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს

\*დ) ზრდის

263. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახდენს შარდში ოქსალატის კონცენტრაციაზე:

ა) არ მოქმედებს

ბ) ამცირებს

გ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს

\*დ) ზრდის

264. რძის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახდენს შარდში კალციუმის კონცენტრაციაზე:

ა) არ მოქმედებს

ბ) ამცირებს

\*გ) ზრდის

დ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს

265. პაციენტის იმობილიზაციისას გაჩენილი კენჭების მიზეზია:

ა) ნაწლავისმიერი აბსორბციული ჰიპერკალციურია

ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურია

\*გ) ძვლების დემინერალიზაციით რეზორბციული ჰიპერკალციურია

დ) დიეტით გამოწვეული ჰიპერკალციურია

266. შარდ-კენჭოვანი დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებას მიეკუთვნება სითხის ჭარბი მიღება, რომ შარდის დღე-ღამური რაოდენობა გახდეს:

ა) 1 ლიტრზე მეტი

ბ) 1.5 ლიტრზე მეტი

\*გ) 2 ლიტრზე მეტი

დ) 4 ლიტრზე მეტი

267. ფეხმძიმე ქალში შარდსაწვეთის კენჭის დასადგენად რენტგენოლოგიური კვლევა ყველაზე მეტად სახიფათოა:

\*ა) პირველ ტრიმესტრში

ბ) მეორე ტრიმესტრში

გ) მესამე ტრიმესტრში

დ) მთელი ორსულობის განმავლობაში

268. ფეხმძიმე ქალებში შარდ-კენჭოვანი დაავადების სამკურნალოდ არ გამოიყენება შემდეგი პროცედურა:

ა) ნეფროსტომია ადგილობრივი ანესთეზიით

ბ) შარდსაწვეთის სტენტირება

გ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

\*დ) ექსტრაკორპორალური დისტანციური ლითოტრიპსია

269. ექსტრაკორპორალური დისტანციური ლითოტრიპსია ნაკლებად ეფექტურია შემდეგი ლოკალიზაციის თირკმლის კენჭის დასამსხვრევად:

\*ა) ქვედა ფიალის კენჭი

ბ) ზედა ფიალის კენჭი

გ) შუა ფიალის კენჭი

დ) ყველა პასუხი სწორია

270. ჰიდრონეფროზის დასაწყის სტადიაში მაკროსკოპულად ცვლილებები შეინიშნება:

ა) თირკმლის მენჯის შემცირების სახით

ბ) თირკმლის დვრილების გაფართოების სახით

გ) თირკმლის ფიალების გაფართოების სახით

\*დ) თირკმლის მენჯსა და ფიალებში, მათი ზომიერი გაფართოების სახით

271. შარდ-კენჭოვანი დაავადებების ეტიოპათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს:

ა) ცხელ კლიმატს

ბ) სასმელი წყლის შემადგენლობას

გ) საკვებ ნივთიერებას

\*დ) ყველა ჩამოთვლილს

272. შარდ-კენჭოვანი დაავადების კონსერვატული მკურნალობის მიზანია:

ა) ტკივილის მოხსნა

ბ) ინფექციის ლიკვიდაცია

გ) კენჭების დაშლისა და მათი სპონტანური გამოძევების პირობების შექმნა

\*დ) სწორია ყველა

273. შარდმჟავა უროლითიაზის სამკურნალოდ ნაჩვენებია

ა) შიმშილი

ბ) მისაღები სითხის რაოდენობის შეზღუდვა

გ) ასკორბინის მჟავა

\*დ) ურალიტი "ს"

274. ჯანმრთელი ადამიანის შარდში კალციუმის შემცველობა

ა) 0,98 მმოლ/ლ

ბ) 3,82 მმოლ/ლ

\*გ) 4,75 მმოლ/ლ

დ) 5,74 მმოლ/ლ.

275. ურატული კენჭების დროს არ არის რეკომენდირებული

\*ა) ხორცის პროდუქტებისგან დამზადებული კერძები

ბ) რძის პროდუქტებისგან დამზადებული კერძები

გ) მინერალური წყალი "ბორჯომი"

დ) ბურღულეული.

276. ურატების დროს ეფექტურია

\*ა) ბლემარენი.

ბ) ომეპრაზოლი

გ) დამწვარი მაგნეზია

დ) ალმაგელი

277. რომელი პრეპარატები მიეკუთვნება ციტრატულ ნაერთებს

ა) ალოპურინოლი

ბ) პირიდოქსინი

\*გ) ურალიტი "ს".

დ) მილურიტი

278. რომელი კენჭები ექვემდებარება მედიკამენტოზურ ლითოლიზს

ა) კალციუმის ოქსალატი

ბ) ოქსალურია

\*გ) შარდმჟავა უროლითიაზი

დ) ფოსფატები.

279. პურინული ცვლის მოშლის დროს წარმოიქმნება

ა) კალციუმის კარბონატები

ბ) კალციუმის ფოსფატები

\*გ) ურატები.

დ) მაგნიუმის ფოსფატები

280. შარდის ტუტე რეაქციის დროს შეიძლება განვითარდეს

ა) შარდმჟავა (ურატული) კენჭები

ბ) ცისტინური კენჭები

\*გ) ფოსფატური კენჭები

დ) ოქსალატური კენჭები

ე) შარდის ტუტე რეაქციას არ აქვს გავლენა კენჭის ხასიათთან

281. თირკმლის ულტრაბგერითი სკენირება მიზანშეწონილია

ა) თირკმლის მილაკის ურატულ კენჭზე ეჭვის დროს

ბ) თირკმლის მარჯნისებურ კენჭის დროს

გ) შარდსაწვეთის კენჭის დროს

\*დ) ყველა შემთხვევაში

282. 50 წლის ავადმყოფს აქვს ურატული კენჭები ორივე თირკმელების ფიალებში, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტი. მისთვის ნაჩვენებია:

ა) ოპერაციული მკურნალობა

ბ) დარტყმითი ტალღოვანი ლითოტრიფსია

\*გ) ლითოლიზი

დ) პუნქციური ნეფროლითოტომია

283. ურეთეროცელეში 21X12 მმ ზომის კენჭის არსებობისას, რომელიც არ აღვევს უროდინამიკას, უფრო მიზანშეწონილია:

ა) ურეთეროცელეს გაკვეთა ტრანსვეზიკალურად

\*ბ) ურეთეროცელეს გაკვეთა ტრანსვეზიკულარულად

გ) დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია

დ) ურეთეროცისტოსტომია

284. ავადმყოფი 55 წლისაა, აქვს 6X9 მმ ზომის კენჭი შარდსაწვეთის შუა მესამედში, უროდინამიკა დარღვეული, ნაჩვენებია:

ა) კონსერვატიული მკურნალობა

\*ბ) ურეთერორენოსკოპია და ლითოტრიპსია

გ) ურეთეროლითოექსტრაქცია

დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

285. ავადმყოფი 30 წლისაა, აქვს 5X9 მმ ზომის კენჭი შარდსაწვეთის ქვემო მესამედში, რომელიც იწვევს უროდინამიკის დარღვევას. ნაჩვენებია:

ა) კონსერვატიული მკურნალობა

\*ბ) ურეთერორენოსკოპია და ლითოტრიპსია

გ) ურეთეროლითოექსტრაქცია

დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

286. მყარი ურატურის დროს მკურნალობაში რთავენ: 1) რძის დიეტას; 2) მცენარეულ დიეტას; 3) ხორცეულის დიეტას; 4) დიურეზის გაძლიერება 2-2,5 ლიტრამდე; 5) დიურეზი 1ლიტრზე ნაკლები; 6) ციტრატული პრეპარატები; 7) პურინის ცვლის ბლოკატორები (ალოპურინოლი; სინპურიკი და სხვ. )

ა) სწორია ყველა, გარდა 1;3;5

ბ) სწორია ყველა, გარდა 1;2;3;4

გ) სწორია ყველა, გარდა 1;3;4;6

\*დ) სწორია ყველა, გარდა 3;5

288. ავადმყოფი 30 წლისაა. აქვს ორმხრივი მარჯნისებური კენჭები, ქრონიკული პიელონეფრიტი, მეორედად შეჭმუხნული თირკმელები, ურემია. მას შეიძლება ერჩიოს:



\*ა) ჰემოდიალიზი, პერსპექტივაში ორმხრივი ნეფრექტომია და თირკმელების ტრანსპლანტაცია

ბ) პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია, თანმიმდევრულად ორივე მხარეზე

გ) ინფუზიური აზოტემიის საწინააღმდეგო მკურნალობა

დ) სარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

289. შარდ-კენჭოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივი უფრო ხშირია:

ა) ოქსალატური კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ

\*ბ) ფოსფატური კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ

გ) ურატული კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ

დ) კენჭების შემადგენლობას მნიშვნელობა არ აქვს

290. რომელია ყველაზე უფრო სწორი პეირონის დაავადების ეტიოლოგიის მიმართ:

\*ა) ფიბროზული კვანძები არის ადგილობრივი ანთების პროცესის შედეგი

ბ) პეირონის დაავადების დროს სახეზეა ავტოიმუნური დაავადებების სხვა გამოვლინებებიც

გ) პეირონის დაავადებებისას პაციენტთა უმრავლესობას შეუძლია გაიხსენოს, რომ პენისის არეში მიღებული ტრავმა უსწრებდა წინ პენისის გადაღუნვას

დ) პეირონის დაავადება გამოწვეულია ადგილობრივი დისცირკულაციური პრობლემებით, რასაც ადასტურებს ლოკალური მტკივნეულობა

291. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი ნაწილიდან შეიწოვება კალციუმი მაქსიმალური რაოდენობით?

ა) კუჭი

ბ) მღივი ნაწლავი

\*გ) მღივი ნაწლავი და თემოს ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილი

დ) აღმავალი კოლინჯი

292. შარდმჟავა კენჭების ჩამოყალიბებაზე მოქმედი ფაქტორებია:

ა) შარდის PH

ბ) შარდში შარდმჟავას კონცენტრაცია

გ) შარდმჟავას ექსკრეცია

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

293. უროლითიაზით ავად მყოფი პაციენტებისათვის გამოყოფილი შარდის დღე-ღამური რაოდენობა რეკომენდირებული იყოს:

ა) 500მლ/დღეში

ბ) 1 ლ/დღეში

\*გ) 3 ლ/დღეში

დ) 4 ლ/დღეში

294. არაინფიცირებული შარდის პირობებში შარდის ბუმტის კენჭი ყველაზე ხშირად შედგება:

ა) კალციუმის ოქსალატისაგან

ბ) კალციუმის ფოსფატისაგან

გ) სტრუვიტისაგან

\*დ) შარდმჟავასაგან

295. გამოკვლევის რომელი მეთოდია ყველაზე მგძნობიარე და სპეციფიური თირკმლის ქვალის დიაგნოსტიკისათვის?

\*ა) არაკონტრასტული სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფია

- ბ) ულტრასონოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი უროგრაფია
- დ) ინტრავენური უროგრაფია

296. ჩამოთვლილთაგან რომელი ფაქტორი არ არის ასოცირებული შარდსაწვეთის კენჭების დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიპსიის გამოსავალთან?

- ა) კენჭის ზომა
- \*ბ) კენჭის მხარე
- გ) კენჭის მდებარეობა
- დ) სხეულის აღნაგობა

297. 29 წლის ქალმა გამოაძევა ორი კენჭი, კენჭების ანალიზმა აჩვენა კალციუმის ფოსფატური შენება. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი დაავადებაა მეტად სავარაუდო?

- ა) ნალისებრი თირკმელი
- ბ) მწვავე ინფექციური კენჭი
- \*გ) თირკმლის ტუბულარული აციდოზი
- დ) ჰიპერკალციურია

298. დარტყმითი ტალღის რომელი ფიზიკური პარამეტრი არის პასუხისმგებელი კენჭის ფრაგმენტაციაზე?

- ა) დადებითი წნევის პიკი
- ბ) უარყოფითი წნევის პიკი
- გ) ენერჯის სიმკვრივე
- \*დ) ენერჯია

299. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელია პერკუტანული ნეფროლითოტომიის აბსოლუტური უკუჩვენება?

ა) ავადმყოფური სიმსუქნე

\*ბ) არაკორეგირებული კოაგულოპათია

გ) ნეიროგენული შარდის ბუშტი

დ) არცერთი ზემოთჩამოთვლილიდან

300. პაციენტს დადგენილი აქვს ფიალის დივერტიკულის კენჭი. მკურნალობის რომელი მეთოდია ეფექტური?

ა) ურეთეროსკოპია

ბ) ექსტრაკორპორალური დარტყმით ტალღოვანი ლითოტრიპსია

\*გ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია

დ) ლაპარასკოპიული დივერტიკულექტომია

301. აქტიური მეთვალყურეობა მიზანშეწონილია შარდსაწვეთის კენჭის სპონტანური პასაჟის დროს, როცა

ა) კენჭის ზომა არის 10მმ

ბ) პაციენტს აღენიშნება თირკმლის პერიოდული ჭვალი

გ) პაციენტს აქვს ერთადერთი მოფუნქციე თირკმელი

\*დ) პაციენტს საშარდე ტრაქტის ინფექცია არ აღენიშნება

302. ურეთეროსკოპია შარდსაწვეთის პროქსიმალური კენჭებისათვის

\*ა) მაღალეფექტურია ჰოლმიუმ-ლაზერულ ლითოტრიპსიასთან კომბინაციაში

ბ) არ უნდა ჩატარდეს ორსულობის განმავლობაში

გ) უფრო ეფექტურია ვიდრე დარტყმით ტალღოვანი ლითოტრიპსია 10მმ-ზე ნაკლები ზომის კენჭების დროს

დ) შეიძლება ჩატარდეს ანესთეზიის გარეშე

303. რომელი დებულება არის მართებული შარდსაწვეთის სტენტის გამოყენებასთან დაკავშირებით?

ა) სტენტი უნდა ჩაიდგას ყველა ურეთეროსკოპიის დროს

ბ) სტენტი ხელს უშლის რეზიდუალურ ფრაგმენტებს სპონტანურ გამოძევებას

გ) პაციენტს აღენიშნება ნაკლები სიმპტომატიკა როდესაც ურეთეროსკოპიის შემდეგ ჩაიდგმება შარდსაწვეთის სტენტი

\*დ) სტენტის ჩადგმა მოწოდებულია გართულებული ურეთეროსკოპიის შემდგომ

304. შარდ-კენჭოვანი დაავადების ეტიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნება:

ა) ფოსფორ-კალციუმის ცვლის დარღვევა

ბ) მკაუნშეჯის ცვლის დარღვევა

გ) პურინების ცვლის დარღვევა

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

305. რენგენოკონტრასტულ კენჭებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ოქსალატები

ბ) ფოსფატები

გ) შერეული

\*დ) ურატული

306. რენგენონეგატიური ტიპის კენჭებს განეკუთვნიან

ა) ფოსფატური

ბ) ფოსფატური და ურატული

გ) ოქსალატური და ურატული

\*დ) ურაგული (შარდმეკვა)

307. შარდის დათესვა მიკროფლორაზე მიზანშეწონილია

ა) მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის და შარდსაწვეთის კენჭის დროს

ბ) მწვავე სეროზული პიელონეფრიტის და თირკმლის კენჭის დროს

გ) ქრონიკული პიელონეფრიტის აქტიური ანთებითი სტადიის დროს

\*დ) ყველა შემთხვევაში

308. თირკმლის მეჩხის 15X25 მმ ზომის ურაგული (რენტგენონეგატიური) კენჭის დროს, უროლინამიკის დარღვევების გარეშე, უფრო მიზანშეწონილია მკურნალობა დავიწყით

ა) პერკუტანული ნეფროლითოტომიით

ბ) დისტანციური ღარგემით-გალღოვანი ლითოტრიფსიით

გ) პიელოლითოტომიით

\*დ) ლითოლიზით

309. თირკმლის მეჩხის 20X15 მმ ზომის ოქსალატური კენჭის დროს უროლინამიკის დარღვევების გარეშე, ყველაზე უფრო რაციონალური ჩვენებაა:

\*ა) დისტანციური ღარგემითი გალღოვანი ლითოტრიფსია

ბ) ლითოლიზი

გ) პიელოლითოტომია

დ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია

310. თირკმლის მეჩხის 15X20 მმ ზომის ფოსფატური კენჭის, უროლინამიკის დარღვევის გარეშე, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტის დროს ყველაზე მიზანშეწონილი მკურნალობის მეთოდს წარმოადგენს:

ა) პიელოლითოტომია

\*ბ) ღარგემით-გალღოვანი ლითოტრიფსია

გ) ლითოლიზი

დ) ნეფროლითოგომია

311. 50 წლის ავადმყოფს აქვს ურატული კენჭები ორივე თირკმელების ფიალებში, ქრონიკული ლატენჯური პიელონეფრიტი. მისთვის ნაჩვენებია:

ა) ოპერაციული მკურნალობა

ბ) დარგქმითი გალღოვანი ლითოგრიფსია

\*გ) ლითოლიზი

დ) პერკუტალური ნეფროლითოგომია

312. მყარი ურატურის დროს მკურნალობაში რთავენ: 1) რძის დიეტას; 2) მცენარეულ დიეტას; 3) ხორცეულის დიეტას; 4) დიურეზის გაძლიერება 2-2,5 ლიტრამდე; 5) დიურეზი 1 ლიტრზე ნაკლები; 6) ციტრატული პრეპარატები; 7) პურიზის ცვლის ბლოკატორები (ალოპურიინოლი; სინპურიკი და სხვ.)

ა) სწორია ყველა, გარდა 1;3;5

ბ) სწორია ყველა, გარდა 1;2;3;4

გ) სწორია ყველა, გარდა 1;3;4;6

\*დ) სწორია ყველა, გარდა 3;5

313. თირკმლის ურატული კენჭების დროს ვიკვლევთ პურიზის ცვლის მდგომარეობას: 1) თავის ქალის რეგენოგრაფიით; 2) სისხლის შრატში და დღე-ღამის შარდში შარდმჟავას განსაზღვრით; 3) სისხლში ტუტე ფოსფატების განსაზღვრით

ა) 1;3

\*ბ) 2

გ) 3

დ) 1;2

314. პოსტრენალური ანურიის დროს ნაჩვენებია გადაუღებელი დახმარება:

ა) ვენაში ლაზიქსის დიდი დოზები, ინფუზური თერაპია;

\*ბ) შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია;

გ) ორმხრივი ნეფროსტომია ერთდროულად;

დ) დარტყმით-გალღოვანი ლითოტრიფსია

315. ავადმყოფი 30 წლისაა. აქვს ორმხრივი მარჯნისებური კენჭები, ქრონიკული პიელონეფრიტი, მეორედად შევჭმუხნული თირკმელები, ურემია. მას შეიძლება ერჩიოს:

\*ა) ჰემოლიალიზი, პერსპექტივაში ორმხრივი ნეფრექტომია და თირკმელების გრანსპლანტაცია

ბ) პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია, თანმიმდევრულად ორივე მხარეზე

გ) ინფუზიური აზოტემიის საწინააღმდეგო მკურნალობა

დ) შარლსაწვეთის კათეტერიზაცია

316. ავადმყოფებს ნეფროლითიაზის გამო ჩაგარებული ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ, კენჭის რეციდივი უფრო ხშირად უვითარდებათ, ოპერაციიდან

\*ა) 5 წლამდე

ბ) 5-დან 10 წლამდე

გ) 11-დან 15 წლამდე

დ) 16 წლის შემდეგ

317. ნეფროლითიაზის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ შეიძლება დარწმუნებული ვიყოთ რომ კენჭის რეციდივი აღარ განვითარდება თუ რეციდივი ა გამოვლინდა ოპერაციიდან

ა) 5 წლის განმავლობაში

ბ) 6-8 წლის განმავლობაში

გ) 9-10 წლის განმავლობაში

\*დ) გარანგია არ არსებობს

318. რა ეწოდება კენჭების პროტეინულ კომპონენტს?

ა) კონცენტრირებული ლამინაცია

ბ) პროტეინ კრისტალური კომპლექსი



\*გ) მაგრიქსი

დ) ნეფროკალცინი

319. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის რომელი ნაწილიდან შეიწოვება კალციუმი მაქსიმალური რაოდენობით?

ა) კუჭი

ბ) მღივი ნაწლავი

\*გ) მღივი ნაწლავი და თეძოს ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილი

დ) აღმაფალი კოლინჯი

320. სარკოიდოზის დროს ჰიპერკალციურია გამოწვეულია:

\*ა) აბსორბციული ჰიპერკალციურიით

ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიით

გ) რეზორბციული ჰიპერკალციურიით

დ) აციდოზი

321. შარდმქაფა კენჭების ჩამოყალიბებაზე მოქმედი ფაქტორებია:

ა) შარდის PH

ბ) შარდში შარდმქაფას კონცენტრაცია

გ) შარდმქაფას ექსკრეცია

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

322. უროლითიაზით ავად მყოფი პაციენტებისათვის გამოყოფილი შარდის დღე-ღამური რაოდენობა რეკომენდირებული იყოს:

ა) 500მლ/დღეში

ბ) 1 ლ/დღეში

\*გ) 3 ლ/დღეში

დ) 4 ლ/დღეში

323. გამოკვლევის რომელი მეთოდია ყველაზე მგონობიარე და სპეციფიური თირკმლის ჭვალის დიაგნოსტიკისათვის?

\*ა) არაკონტრასტული სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფია

ბ) ულტრასონოგრაფია

გ) მიმოხილვითი უროგრაფია

დ) ინტრავენური უროგრაფია

324. ტალღის რომელი ტექნიკური სახე არ გამოიყენება თანამედროვე ლითონოტიპგორებში ექსტრაკორპორალური ღარტყმითგაღლოვანი ლითონტრიპსის დროს?

ა) ელექტროჰიდრაულიკური

ბ) ელექტრომაგნიტური

გ) პიზოელექტრული

\*დ) ლაზერული

325. ღარტყმითი ტალღის რომელი ფიზიკური პარამეტრი არის პასუხისმგებელი კენჭის ფრაგმენტაციაზე?

ა) დაღებითი წნევის პიკი

ბ) უარყოფითი წნევის პიკი

გ) ენერჯის სიმკვრივე

\*დ) ენერჯია

326. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელია პერკუტანული ნეფროლითოტომის აბსოლუტური უკუჩვენება?

ა) ავადმყოფური სიმსუქნე

\*ბ) არაკორეგირებული კოაგულოპათია

გ) ნეიროგენული შარღის ბუშტი

დ) არცერთი ზემოთჩამოთვლილიდან

327. ურეთეროსკოპია შარდსაწვეთის პროქსიმალური კენჭებისათვის

\* ა) მაღალეფექტურია ჰოლმიუმ-ლაზერულ ლითოგრიპსიასთან კომბინაციაში

ბ) არ უნდა ჩატარდეს ორსულობის განმავლობაში

გ) უფრო ეფექტურია ვიდრე ღარტყმითგაღლოვანი ლითოგრიპსია 10მმ-ზე ნაკლები ზომის კენჭების დროს

დ) შეიძლება ჩატარდეს ანესთეზიის გარეშე

328. რომელი დებულება არის მართებული შარდსაწვეთის სტენჯის გამოყენებასთან დაკავშირებით?

ა) სტენჯი უნდა ჩაიდგას ყველა ურეთეროსკოპიის დროს

ბ) სტენჯი ხელს უშლის რემიდეალურ ფრაგმენტებს სპონტანურ გამოძევებას

გ) პაციენტს აღენიშნება ნაკლები სიმპტომატიკა როდესაც ურეთეროსკოპიის შემდეგ ჩაიდგმება შარდსაწვეთის სტენჯი

\* დ) სტენჯის ჩადგმა მოწოდებულია გართულებული ურეთეროსკოპიის შემდგომ

ურონკოლოგია

329. ჩამოთვლითაგან რომელ გამოკვლევას ახლავს პროსტატის კიბოს ყველაზე მაღალი გამოვლენადობა?

ა) პროსტატ-სპეციფიკური ანტიგენის განსაზღვრა სისხლში

ბ) დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვა

\* გ) პროსტატ-სპეციფიკური ანტიგენისა და დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვის კომბინაცია

დ) ტრანსრექტალური ულტრასონოგრაფია

ე) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი

330. რომელი კვლევის მეთოდი არ გამოიყენება პროსტატის კიბოს ლოკალური გავრცელების სტადიის დასადგენად?

ა) დიგიტალურ-რექტალური გასინჯვა

ბ) გრანსრექტალური ულტრაბგერითი სონოგრაფია

გ) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი

\*დ) პოზიტრონულ-ემისიური სკანირება

331. რომელი კვლევის მეთოდი არ გამოიყენება პროსტატის კიბოს მეტასტაზური გავრცელების სტადიის დასადგენად?

ა) პროსტატ-სპეციფიკური ანტიგენი

\*ბ) გრანსრექტალური ულტრასონოგრაფია

გ) პოზიტრონულ-ემისიური სკანირება

დ) ძვლოვანი ჩონჩხის სკანირება ტექნიციუმ 99-ით

332. რომელი ქვემოთჩამოთვლილთაგანი არ უნდა იქნეს გათვალისწინებული პროსტატის კიბოს პათოლოგანატომიური სტადიის დადგენისას?

ა) ქირურგიული კიდეების სტატუსი

\*ბ) პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის კონცენტრაცია

გ) ლიმფური კვანძების სტატუსი

დ) ლიმფური კვანძების რაოდენობა

ე) პროსტატის კაფსულაში სიმსივნის ინვაზია

333. ლოკალიზებული პროსტატის კიბოს მკურნალობის ოქროს სტანდარტს დღეისათვის წარმოადგენს:

ა) აქტიური დაკვირვება

ბ) 3 განზომილებიანი და ინტენსივობა-მოდულირებული დისტანციური სხივური თერაპია

გ) ბრაქითერაპია

\*დ) რადიკალური პროსტატექტომია

ე) ანდროგენდეპრევიაცია (ჰორმონოთერაპია)

334. რომელია ნერვშემნახველი რადიკალური პროსტაგლანდინების ყველაზე ხშირი პოსტოპერაციული გართულება?

ა) ღაგვიანებული სისხლდენა

ბ) თრომბოემბოლიური გართულება

\*გ) ერექციული დისფუნქცია

დ) ინკონტინენცია

335. რომელი კლინიკური ფაქტორი უფრო ასოცირდება პროსტატის კიბოს ლოკალურ პროგრესირებასთან რადიკალური პროსტაგლანდინების შემდგომ?

ა) 7-ზე მეტი გლისონის ჯამი

ბ) ოპერაციის შემდგომ, 6 თვეზე ნაკლები პროსტატ-სპეციფიკური ანტიგენის გაორმაგების დრო

\*გ) ღაგვიანების III ან IV სტადია

დ) ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება

336. პროსტატის კიბოს რომელ შემთხვევებში შეიძლება იქნეს გამოყენებული ბრაქიტერაპია?

\*ა) მცირე ზომის პროსტატა

ბ) მაღალი გლისონის ქულის მქონე პროსტატის კიბო

გ) მაღალი PSA-ს მაჩვენებელი

დ) სიმსივნის დიდი მოცულობა

337. რა წარმოადგენს პირველი რიგის თერაპიას, მეტასტაზური პროსტატის კიბოს შემთხვევაში?

\*ა) ანდროგენდეპრევიაციული თერაპია

ბ) ციტოტოქსიური ქიმიოთერაპია

გ) იმუნოთერაპია

დ) რადიოფარმაკოთერაპია

338. პროსტატის კიბოს მკურნალობის რომელი ქეემოთჩამოთვლილი მეთოდი წარმოადგენს ქირურგიული კასტრაციის სრულფასოვან ანალოგს?

\*ა) მალუთეინიმირებელი ჰორმონის რილიბინგ ჰორმონის აგონისტები/ანაგაგონისტები

ბ) სტეროიდული ანტიანდროგენები

გ) არასტეროიდული ანტიანდროგენები

დ) ბისფოსფონატები

339. რა არ წარმოადგენს პროსტატის კიბოს ანდროგენულ-აბლაციური (ანდროგენდეპრეიაციის) მკურნალობის გართულებას?

ა) ოსტეოპოროზი

ბ) გინეკომასტია

გ) ერექციული დისფუნქცია

\*დ) ფარისებური ჯირკვლის დისფუნქცია

340. ყველაზე ხშირად რა იწვევს რადიკალური პროსტატექტომიის შემდგომ შარდის შეკავებას?

ა) ნერვისსხლძარღვოვანი კონის დაზიანება

\*ბ) შარდის ბუშგ-ურეთრის ანასტომოზის შევიწროვება

გ) პროსტატის კიბოს ლოკალური რეციდივი

დ) პარავეზიკალური ურინომა

341. რომელი დებულებაა მცდარი რადიკალური პროსტატექტომიისას ქირურგიულ კიდეებთან მიმართებაში?

ა) ქირურგიული კიდეების სტაგუსი ფასდება რადიკალური პროსტატექტომიისას ლიკვიდირებული მასალის პათოლოგ-ანატომიური შესწავლით

\*ბ) პოზიტიური ქირურგიული კიდეების სტაგუსი მიუთითებს რემიდეალურ სიმსივნურ ქსოვილზე და პროსტატის კიბოს რეციდივის გარდაუვალ განვითარებაზე

გ) პოზიტიური ქირურგიული საზღვრები ყველაზე ხშირად გვხვდება პროსტატის მწვერვალის მიდამოში

დ) პოზიტიური ქირურგიული საზღვრები შესაძლებელია შეგვხვდეს პროსტატის ფუძის არეში

342. 29. რომელი ჩამონათვალია არ არის მნიშვნელოვანი რადიკალური პროსტაგეჭტომის შემდგომ პათომორფოლოგიური კვლევისას?

ა ) სათესლე ბუშტუკებში სიმსივნის ინვაზიის სტატუსი

\*ბ) პროსტატის ინგარეპიტელიური ნეოპლაზია

გ ) გლისონის პირველადი ქულა

დ ) გლისონის მეორადი ქულა

343. პროსტატის კიბოს გლისონის ჯამის რომელი ქვეტიპია დაკავშირებული უფრო ცუდ პროგნოზთან?

ა )  $4+5=9$

ბ )  $3+3=6$

\*გ)  $5+4=9$

დ )  $4+3=7$

344. რომელი დებულებაა მართებული თირკმელუჯრულოვან კარცინომასთან მიმართებაში?

ა ) არის რადიოსენსიტიური

ბ ) იშვიათად მეტასტაზირებს

გ ) არის ყველაზე ხშირი უროლოგიური სიმსივნე

\*დ) შესაძლებელია განვითარდეს ვონ ჰიპელ ლინდაუს დაავადებისას

345. რა წარმოადგენს კუნთებში ინვაზირებული შარდის ბუშტის კიბოს მკურნალობის სტანდარტულ მეთოდს?

ა ) შარდის ბუშტის გური

\*ბ) ცისტოპროსტაგეჭტომია

გ )სხივური თერაპია

დ ) BCG თერაპია

346. ქვემოთხამოთვლილიდან რომელი დებულებაა მცდარი თირკმლის კიბოს გამო პარციალურ ნეფრექტომიასთან მიმართებაში?

- ა ) წარმოადგენს მკურნალობის სტანდარტს ლოკალიზებული (T1 სტადია) თირკმლის კიბოს შემთხვევებში
- ბ ) თბილი იშემიის პირობებში თირკმლის არტერია შესაძლებელია ოკლუზირებულ იქნეს 30 წთ-მდე
- გ ) ცივი იშემიის პირობებში თირკმლის არტერია შესაძლებელია ოკლუზირებულ იქნეს 3 სთ-მდე
- \*დ ) ლაპარასკოპიული პარციალური ნეფრექტომიისას თბილი იშემიის ხანგრძლივობა და შესაბამისად თირკმლის დაზიანების ხარისხი ნაკლებია, ვიდრე ღია პარციალური ნეფრექტომიისას
- ე ) თირკმლის არტერიის ოკლუზია ნაკლებ დაზიანებას იწვევს, ვიდრე არტერიისა და ვენის ერთდროული ოკლუზია

347. უროთნკოლოგიურ პათოლოგიებში უხშირესია:

- \*ა) პროსტატის კიბო
- ბ ) სათესლე ჯირკვლის კიბო
- გ ) თირკმლის კიბო
- დ ) უროთელიალური სიმსივნეები

348. PSA-ს სიმკვრივე გამოითვლება შემდეგნაირად

- ა ) PSA-ს მაჩვენებლის და პროსტატის მოცულობის შეკრებით
- ბ ) პროსტატის მოცულობის და PSA-ს მაჩვენებლის შეფარდებით
- \*გ) PSA-ს მაჩვენებლის და პროსტატის მოცულობის შეფარდებით
- დ ) PSA-ს ბოლო 2 მაჩვენებლის საშუალო არითმეტიკულის გამოთვლით

349. პროსტატის კიბო მულტიფოკალურია შემთხვევათა დაახლოებით:

- ა ) 15%-ში
- ბ ) 20%-ში
- გ ) 50%-ში



\*დ) 85%-ში

350. პროსტატის განმეორებითი ბიოფსია რექტალური სონოგრაფიის კონტროლით ნაჩვენებია ქვემოთ ჩანოთვლილიდან ყველა შემთხვევაში გარდა ერთისა:

ა) თითის კონტროლით ჩატარებული ბიოფსიის ნეგატიური პასუხი პროსტატის კიბოს რისკის მქონე პაციენტებში

ბ) პირველი ბიოფსიის დროს გამოვლენილი პროსტატის ინტრაეპიტელიალური ნეოპლაზია PIN.

\*გ) პირველი ბიოფსიის შემდეგ ობსტრუქციული სიმპტომატიკის გამწვავება

დ) პირველი ბიოფსიის დროს გამოვლენილი ატიპია

351. შესაძლებელია თუ არა რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგძლივობის პროგნოზირება PMA-ს დონის მომატების მიხედვით

ა) ლიბ, რადგანაც ეს მიანიშნებს ლოკალური რეციდივის განვითარებაზე

ბ) ლიბ, რადგანაც ეს მიანიშნებს მეტასტაზების განვითარებაზე

გ) არა, რადგანაც რეციდივის აღრეული გამოვლენისას ინიშნება ალიუვანგური თერაპია

\*დ) არა, რადგანაც PSA-ს მომატება არ იძლევა ინფორმაციას სიმსივნის მალიგნიზაციური პოტენციალის შესახებ

352. პროსტატის კიბოს პროგრესირების პროგნოზული ფაქტორებია ქვემოთ ჩანოთვლილიდან ყველა ერთის გარდა:

ა) ლიფერენცირების ხარისხი (G)

ბ) სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია

\*გ) 2,5 სმ3 მოცულობის სიმსივნე

დ) სიმსივნის სათესლე ბუშტუკებში ინვაზია

353. რადიკალური სხივური თერაპიის წარმატების შემთხვევაში PSA-ს დონე უნდა იყოს:

ა) 1,5-ჯერ მეტი

ბ) 2-ჯერ მეტი

\*გ) ზღვრულის ნახევარი

დ) ზღვრული

354. სგეროილული ანტიანდროგენები არასგეროილულისაგან განსახვავლება იმით, რომ:

ა) უფრო სწრაფად მიილწევა ანდროგენების ბლოკირება

ბ) ზრდის სავარაუდო სიცოცხლის ხანდბლივობას

\*გ) ამცირებს სისხლში გესტოსგერონის ღონეს

დ) სწრაფად იწვევს სუბიექტურ გაუმჯობესებას

355. მაქსიმალურ ანდროგენურ ბლოკადასთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

ა) წარმოადგენს მეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს მქონე ყველა პაციენტის მკურნალობის "ოქროს სტანდარტს"

ბ) მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტების ცხოვრების ხარისხს

\*გ) პაციენტების გარკვეულ ჯგუფებში ზრდის პაციენტების მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგბლივობას

დ) პაციენტებს უნარჩუნდებათ ერექცია

356. არასგეროილული ანტიანდროგენის მოქმედების შემდეგად

\*ა) იმაგებს სისხლში გესტოსგერონის ღონე

ბ) იკლებს სისხლში გესტოსგერონის ღონე

გ) სისხლში გესტოსგერონის ღონე არ იცვლება

დ) იკლებს მხოლოდ თავისუფალი გესტოსგერონის ღონე

357. 32 წლის პაციენტს მარცხენა სათესლე ჯირკელის სიმსივნის გამო გაუკეთდა ინგვინალური ორქექტომია. დაუდგინდა არასემინომური გერმინატიული სიმსივნე. კომპიუტერული ტომოგრაფიის საშუალებით რეტროპერიტონული სივრცის და შუასაყრის მეტასტაზური დაზიანება არ გამოუვლინდა. ალფა-ფეტოპროტეინის და ქორიონული გონადოტროპინის ბეგა ფრაქციის ღონე სისხლში მაღალი რჩება ორქექტომიის შემდეგაც. შემდგომი მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

ა) მეთვალყურეობა დაავადების გამოვლენამდე

ბ) რეგროპერიტონული ლიმფადენექტომია

გ) სხივური თერაპია

\*დ) სტანდარტული ქიმიოთერაპია

358. ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური გესტებიდან რომელი წარმოადგენს სპეციფიურს სათესლე ჯირკვლის სიმსივნისათვის:

ა) ჰემოგრამა

ბ) ღვიძლის ფუნქციური სინჯები

გ) კრეატინინი და ელექტროლიტები სისხლში

\*დ) სისხლში ალფა-ფეტოპროტეინი (AFP) და ქორიონული გონადოტროპინის ბეტა ფრაქცია (ბეტა-HCG)

359. სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის ქირურგიული მკურნალობისას რომელი განაკვეთიდან უნდა შესრულდეს ორქექტომია:

ა) სკროტალური განაკვეთი

ბ) ლაპარასკოპიული განაკვეთი

\*გ) ინგვინალური განაკვეთი

დ) ილიაკალური განაკვეთი

360. პაციენტს სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის მკურნალობისათვის გაუკეთდა რეგროპერიტონული ლიმფადენექტომია რის შემდეგაც განუვითარდა რეგროგრადული ეაკულაცია. რაც გამოწვეულია შემდეგი ნერვის დაზიანებით:

ა) მენჯის ნერვი

ბ) ილიო-ინგვინალური ნერვი

\*გ) რეგროპერიტონული სიმპათიკური ნერვები

დ) გენიტოფემორალური ნერვი

361. შარდის ბუშგის ცარცინომა ინ სიგუ-ს ოპტიმალური მკურნალობის მეთოდია

ა) გრანსურეთრული ელექტრორეპეცია

ბ) რადიკალური ცისტექტომია

გ) სისტემური ქიმიოთერაპია

\*დ) ინტრავეზიკალური BCG

362. შარდის ბუშტის T1 G3 (დაბალიფერენცირებულ) სიმსივნესთან ცარცინომა ინ სიგუ ასოცირებულია შემთხვევათა

ა) 0%-ში

ბ) 10%-ში

\*გ) 80%-ში

დ) 100%-ში

363. შარდის ბუშტის T1 G3 სიმსივნე შემდგომში განიცდის პროგრესირებას შემთხვევათა:

\*ა) 30-50%-ში

ბ) 10%-ზე ნაკლებში

გ) 10%-ში

დ) 80%-ში

364. ინტრავეზიკალური ქიმიოთერაპია შარდის ბუშტის ბელაპირული სიმსივნის გრანსურეთრული რეპეცეის შემდეგ ზეგაელენას ახლენს

\*ა) რეციდივების სიხშირეზე

ბ) დაავადების პროგრესირებაზე

გ) პაციენტის მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგძლივობაზე

დ) რადიკალური ცისტექტომიის ჩატარების სიხშირეზე აღნიშნულ პაციენტებში

365. ქვემოთ ჩამოთვლილი შარდის ბუშტის პისტოლოგიური ვარიანტებიდან, რომელი ვლინდება ყველაზე ხშირად შარდის ბუშტის ექსტროფიასთან ერთად:

- ა) გარდამავალუჯრელოვანი კიბო
- ბ) ნეფროგენული აღენომა
- გ) ბრტყელუჯრელოვანი კიბო
- \*დ) აღენოკარცინომა

366. როგორც ცნობილია თირკმელუჯრელოვანი კიბო ასოცირებულია მემკვიდრეობით ონკოლოგიურ ვონ-ჰიპელ ლინდაუს სინდრომთან. აღნიშნული სინდრომის მანიფესტაცია ხდება ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებით გარდა ერთისა:

- ა) ზურგის გვინის ანგიობლასტომა
- ბ) რეგინული ჰემანგიომა
- \*გ) ღვიძლის ჰემანგიომა
- დ) ფეოქრომოციტომა

367. რადიკალური ცისტექტომიის შემდეგ, მამაკაცებში ურეთრექტომიის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) მრავლობითი სიმსივნე
- ბ) ლოკალურად გავრცობილი პირველადი სიმსივნე
- \*გ) სიმსივნის პროსტატის სტრომაში და პროსტატულ ურეთრაში ინვაზია
- დ) პირველადი სიმსივნის თანმხლები ცარცინომა ინ სიგუ

368. საშარდე გრაქტის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე ბავშვებში არის:

- ა) შარდის ბუშტის კიბო
- ბ) პროსტატის კიბო
- \*გ) ვილმსის სიმსივნე
- დ) სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

369. ვილმსის სიმსივნის უხშირესი (75%-ში) კლინიკური სიმპტომია

- ა) შეგვეითი ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში

\*ბ) პალპირებადი აბდომინალური მასა

გ) წონის დაკლება

დ) კილურების შეშუპება

370. ვილმსის სიმსივნე ბილაგერალური შეიძლება იყოს შემთხვევათა

ა) 1%-ში

ბ) 5%-ში

გ) 8%-ში

\*დ) 10%-ში

371. თირკმელუჯრულოვანი კიბო ბავშვებში

ა) არ გვხვდება

\*ბ) ისეთივე პროგნოზისაა როგორც მოზრდილებში

გ) უფრო ცუდი პროგნოზისაა ვიდრე მოზრდილებში

დ) ხასიათდება უფრო კეთილსაიმედო პროგნოზით ვიდრე მოზრდილებში

372. სათესლე ჯირკელის სიმსივნის ყველაზე ხშირი ჰისტოლოგიური ტიპია:

ა) ტერატომა

ბ) ქორიოკარცინომა

\*გ) სემინომა

დ) ემბრიონალური კიბო

373. ალფა-ფეტოპროტეინის (AFP) ნახევარდაშლის პერიოდია

ა) 1-3 დღე

\*ბ) 5-7 დღე

გ) 8-10 დღე

დ) 2 კვირა

374. რომელი უჯრედები ახდენენ ქორიონული გონადოტროპინის პროდუქციებას (HCG)

ა) ლეიდინგის უჯრედები

ბ) სერტოლის უჯრედები

\*გ) სინციციოტროფობლასტები

დ) ენდოთელიალური სინუსის უჯრედები

375. სასქესო კიბოს ყველასე გავრცელებული ჰისტოლოგიური ტიპი არის:

ა) გარდამავალუჯრედოვანი

ბ) ადენოკარცინომა

\*გ) ბრტყელუჯრედოვანი

დ) თითისტარაუჯრედოვანი

376. რადიკალური ნეფრექტომიის შემდეგ პაციენტების სავარაუდო 5-წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა:

ა) სტატისტიკურად სარწმუნოდ იცვლება ალიუვანტური იმუნოთერაპიის გამოყენების შემთხვევაში

ბ) უმჯობესდება ალიუვანტური ქიმიოთერაპიის გამოყენებით

\*გ) მნიშვნელოვნად მცირდება სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში გავრცობის შემთხვევაში

დ) შეადგენს საშუალოდ 70%-ს

377. თირკმლის ონკოციტომა უხშირესად არის

ა) ლოკალურად გავრცობილი

\*ბ) კეთილთვისებიანი

გ) მეტასტაზირებს ღვიძლში

დ) მეტასტაზირებს ფილგვში

378. ონკოციტომა ვლინდება:

- \*ა) კლინიკურად უხშირესად არ ვლინდება
- ბ) შეტევითი ხასიათის ტკივილებით წელის არეში
- გ) ჰიპერტენზიით
- დ) მაკროჰემატურიით

379. გემო საშარღე გრაქტის უროთელიალური სიმსივნეები შეადგენენ ყველა უროთელიალური სიმსივნის:

- \*ა) 2-8%-ს
- ბ) 10%-ს
- გ) 50%-ს
- დ) 50%-ზე მეტს

380. თირკმელუჯრელოვანი კიბო უხშირესად ვითარდება:

- ა) ჰენლეს მარყუქიდან
- \*ბ) პროქსიმალური მილაკებიდან
- გ) დისტალური მილაკებიდან
- დ) შემკრები მილაკებიდან

381. გემო საშარღე გრაქტის უროთელიალური სიმსივნე რეციდივირებს შარდის ბუშტში შემთხვევათა :

- ა) 10%-ზე ნაკლებში
- \*ბ) 25%-ში
- გ) 70%-ში
- დ) 80%-ში

382. თირკმელუჯრელოვანი კიბოს მეტასტაზები პირველ რიგში ვითარდება:



ა) ღვიძლში

\*ბ) ფილტვში

გ) ტვინში

დ) შარდის ბუშტში

383. თირკმელუჯრელოვანი კიბოს სტადიებისას მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მეშვეობით კომპიუტერულ ტომოგრაფიასთან შედარებით უკეთესად შეიძლება:

ა) სიმსივნის რეგიონალურ ლიმფურ გავრცობის დადგენა

\*ბ) სიმსივნის ქვემო ღრუ ვენაში ინვაზიის გამოვლენა

გ) სიმსივნის თირკმელზედა ჯირკვალში ჩაზრდის დიაგნოსტიკა

დ) დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზების დადგენა

384. თირკმელუჯრელოვანი კიბო ზოგ შემთხვევაში ასოცირებულია შემდეგ გენეტიკურ სინდრომთან:

ა) კლაინფელტერის სინდრომი

\*ბ) ვონ-ჰიპელ-ლინდაუს სინდრომი

გ) კალმანის სინდრომი

დ) პრუნ-ბელის სინდრომი

385. შარდსაწვეთის სიმსივნის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე მეტად ღირებულია

ა) ულტრასონოგრაფია;

ბ) უროგრაფია;

გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.

\*დ) ურეტერორენოსკოპია, ბიოფსიით;

386. შარდსაწვეთის სიმსივნის მკურნალობაში უფრო ხშირად გამოიყენება (მეორე ჯანმრთელი თირკმლის არსებობისას)

- ა) შარლსაწვეთის რეზექცია;
- ბ) ურეტერო-ცისტონოსტომია;
- გ) სხივური თერაპია.
- \*დ) ურეტერონეფრექტომია;

387. შარლსაწვეთის სიმსივნე უხშირესად გამოვლინდება

- ა) თირკმლის ჭვალით;
- ბ) ნიკტურიით.
- გ) ღიზურიით;
- \*დ) ჰემატურიით;

388. შარლსაწვეთის სიმსივნეები მორფოლოგიური შენების მიხედვით უხშირესად არიან

- ა) ფიბროაღენომა;
- ბ) ლეიომიომა;
- გ) სარკომა.
- \*დ) გარდამავალ-უჯრედოვანი კიბო;

389. პროსტატის კიბოს განვითარებისათვის რისკ-ფაქტორებს შეადგენენ ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა ერთის გარდა:

- ა) რასა
- ბ) მემკვიდრეული დაგვირთვა
- \*გ) ქიმიურ წარმოებაში მუშაობა
- დ) ასაკი

პედიატრიული უროლოგია

391. რომელი დებულებაა მართებული ჩამოთვლელ სათესლე ჯირკვალთან მიმართებაში?

\*ა) არის პრუნ-ბელის სინდრომის დამახასიათებელი ნიშანი

ბ) ჩვეულებრივ ინკურნება კონსერვატიულად

გ) უკეთესია მისი გასწორება მომწიფების ასაკში

დ) არის უხშირესად ბილაგერალური

392. სათესლე ჯირკვლის გარსების და სათესლე ბაგირაკის წყალმანქს ღროს ოპერაციული ჩარევისას ოპტიმალური ასაკია

ა) ახალშობილობა

ბ) ექვსი თვის ასაკი

\*გ) 1 წლის ასაკი და შემდეგ

დ) ექვსი წლის ასაკის შემდგომ

393. განვითარების მანკებს შორის შარდის სრული შეუკავებლობა ახლავს

ა) უკანა ურეთრის სარქველს

\*ბ) გოტალურ ეპისპადიას

გ) ურეთროცელეს

დ) კრიპტორქიზმს

394. 5 წლის ავღმყოფი შემოვიდა დიაგნოზით "მარჯვენამხრივი ორქიგი" ანამნეზით დაავადება დაიწყო გვიანდელი სათესლე პარკის მარჯვენა ნახევარში, გაჩნდა სათესლე პარკის შეშუპება და ჰიპერემია. 10 დღით ადრე ჰქონდა პაროტიტი, დათვალიერებით სათესლე პარკი მკვეთრად შეშუპებულია და ჰიპერემიულია, სათესლე მტკივნეულია, გადიდებული და პარკის ზევით აწეულია. ყველაზე სავარაუდო დიაგნოზია

ა) სათესლე პარკის ალერგიული შეშუპება

ბ) სათესლეს შემოგრება

გ) ჰიდატიდის შემოგრება

\*დ) მარჯვენამხრივი პაროტიტული ორქიგი

395. 2 წლის ბავშვს აღმოაჩნდა კრიპტორქიზმი საზარდულის ექტოპიის სახით. ოპერაციული მკურნალობა რეკომენდირებულია

ა) 6 წლამდე

ბ) 10 წლამდე

გ) 12 წლამდე

\*დ) ჩატარდეს დაუყოვნებლივ

396. კრიპტორქიზმის მკურნალობისათვის არასწორია ყველა ჩამოთვლილი დებულება, გარდა

ა) ჰორმონებით მკურნალობის ჩვენება იშვიათად წარმოიშვება

\*ბ) ჯირკვლის ოპერაციული ჩამოგანა ხორციელდება სათესლე ბაგირაკის ელემენტის მობილიზაციის გზით

გ) შერჩევის მეთოდია სათესლეს ორეგაპიანი ოპერაციული ჩამოგანა

დ) კრიპტორქიზმის მკურნალობას ატარებენ 18 წლამდე

397. 1 წლამდე ასაკის ბავშვს დაუდგინდა კრიპტორქიზმი საზარდულის ექტოპიის ფორმით. ანამნეზში აღენიშნება ტკივილი შეჩერებული სათესლე ჯირკვლის მიდამოში, მიზანშეწონილია

ა) დინამიური მეთვალყურეობა

ბ) ჰორმონული თერაპია

გ) დინამიური დაკვირვება 2 წლამდე

\*დ) გადაუღებელი ოპერაციული ჩარევა

398. ჩამოუსვლელ სათესლე ჯირკვალში დეგენერაციული ცვლილებები ამკარად ვლინდება

ა) ახალშობილობის პერიოდის

\*ბ) 1-2 წლიდან

გ) 6 წლიდან

დ) 12 წლიდან

399. რომელი ოპერაციის ჩატარებაა მიზანშეწონილი ღამაგები\თი შარდსაწვეთის ექტოპიის დროს, როცა შესაბამისი მხარის თირკმელს ფუნქცია არ აქვს?

ა) ურეთერო-ურეთერო ანასტომოზი

ბ) ექტოპირებული შარდსაწვეთის შარდის ბუშტში გადაწერვა

\*გ) ჰემინეფროურეთერექტომია

დ) ექტოპირებული შარდსაწვეთის გადაკვანძვა

400. მიუთითეთ გაურთულებელი ჰიპოსპადიის დროს ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური ვადა:

ა) 1-2 წელი

\*ბ) 3-5 წელი

გ) 6-8 წელი

დ) დიაგნოზის დასმისთანავე

401. მიუთითეთ გაურთულებელი ჰიპოსპადიის დროს ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური ვადა:

ა) 1-2 წელი

\*ბ) 3-5 წელი

გ) 6-8 წელი

დ) დიაგნოზის დასმისთანავე

402. შარდის ბუშტის ექსტროფიის დროს არ არის:

ა) შარდის ბუშტის მარჯვენა ნახევარი

ბ) შარდის ბუშტის მარცხენა ნახევარი

გ) მთლიანად შარდის ბუშტი

\*დ) შარდის ბუშტის წინა კედელი

403. ჰიპოსპადიის დროს ურეთრის გარეთა ხვრელი ყველაზე ხშირად იხსნება:

- ა) სათესლე პარკის ფუტქსთან
- ბ) შორისის მიდამოში
- გ) ასოს სხეულის ვენტრალურ ზედაპირზე
- \*დ) ასოს ლაგამის მიმაგრების ადგილზე

404. ექტოპიური კრიპტორხიზმის დროს სათესლე ჯირკვლები შეიძლება შეჩერებული იყოს:

- ა) მუცლის ღრუში
- ბ) საზარღულის არხში
- გ) პირველადი თირკმლის ქვემო პოლუსის ადგილზე მარცხნივ
- \*დ) არცერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

405. ბიჭებში ცირკუმციზიის წარმოების უკუჩვენებას წარმოადგენს

- ა) მოკლე ლაგამი
- ბ) ასაკი
- გ) ფიმოზი
- \*დ) ჰიპოსპადია და ეპისპადია

406. თირკმლის რომელ სეგმენტში ვითარდება რეფლუქსი უფრო ხშირად, თუ პაციენტს შარდგამომყოფი სისტემის სრული გაორება აქვს?

- ა) ზედა პოლუსში;
- \*ბ) ქვედა პოლუსში;
- გ) ზედა და ქვედა პოლუსში;
- დ) არცერთ ჩამოთვლილთაგანში.

407. ბაგეშეებში უკანა ურეთრის სარქველის მოცილებისათვის ოპტიმალური მიდგომის მეთოდს წარმოადგენს

ა ) შორისიდან მიდგომა;

\*ბ) გრანსურეთრალური რეზექტოსკოპის გამოყენებით.

გ ) ბოქვენზელა მიდგომა;

დ ) ბოქვენზელა მიდგომა სიმფიზის გათიშვით;

408. თირკმლების განვითარების უხშირესი ანომალიაა

ა ) დისგოპია

\*ბ) მენჯის და შარდსაწვეთის გაორება

გ ) აპლაზია

დ ) ჰიპოპლაზია

409. თირკმლის ჰიპოპლაზია ანომალიაა

ა ) რაოდენობის

\*ბ) სტრუქტურის

გ ) მდებარეობის

დ ) შეზრდის

410. თირკმლის ჯვარედინი დისგოპია ანომალიაა

ა ) სტრუქტურის

\*ბ) მდებარეობის

გ ) რაოდენობის

დ ) ზომის

411. თირკმლის ჰიპოპლაზიისათვის დამახასიათებელია

ა ) ჰემატურია

\*ბ) არტერიული ჰიპერტენზია

გ ) ღიბურია

დ ) თირკმლის ჭვავი

412. შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის დიაგნოსტიკის მეთოდია

ა ) ექსკრეტორული უროგრაფია

\*ბ) მიქციური ცისტოგრაფია

გ ) ცისტოსკოპია

დ ) რეტროგრადული ცისტოგრაფია

413. შარდსაწვეთის სრული გაორების შემთხვევაში ისინი

ა ) ერთდებიან უშუალოდ შარდის ბუშტში შესვლამდე

ბ ) ერთდებიან თირკმლის მენჯიდან გამოსვლისთანავე

გ ) ერთად იხსნებიან შარდის ბუშტში

\*დ) ცალ-ცალკე იხსნებიან შარდის ბუშტში

414. თირკმლების ფორმისა და შეზრდის ყველაზე გავრცელებული ანომალიაა:

ა ) S-ის მაგვარი თირკმელი

\*ბ) ნალისებული თირკმელი

გ ) L-ის მაგვარი თირკმელი

დ ) განტელისებური თირკმელი

415. ნალისებული თირკმლის პოლუსების შეხორცების შესაძლო ვარიანტებია:

ა ) თირკმლების ქვემო ან ზემო პოლუსების პარენქიმული ყელის საშუალებით

ბ ) შეხორცება მხოლოდ ფიბროზული ქსოვილის საშუალებით

გ ) შეხორცება პოლუსების ყელით აორგის და ქვემო ღრუ ვენის უკან



\*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

416. შარდსაწვეთის გაორებისას უხშირესი გართულებაა:

ა) ინფექცია

ბ) შარდის შეუკავებლობა, თუ ერთი შარდსაწვეთი ექტოპიურია

გ) ჰიდროურეთერონეფროზი

\*დ) ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი

417. ურეტეროცელე არის:

\*ა) შარდსაწვეთის ინგამურული ნაწილის კისტოზური დილატაცია

ბ) შარდსაწვეთის ზემო მესამედის დილატაცია

გ) უკანა ურეთრის სარქველი

დ) აგრეზიული შარდსაწვეთი

418. არჩევენ ეპისპადიის ყველა ჩამოთვლილ ფორმას, გარდა:

\*ა) შორისის

ბ) ტოტალური

გ) პენალური ეპისპადია

დ) პენოპუბიკური

პკვ

419. რამდენია ჯანმრთელი ზრდასრული მამაკაცის პროსტატის მასა:

ა) 10+-5 გრამი

\*ბ) 20 +- 6 გრამი

გ) 30+-10 გრამი

დ) 50 +/- 10 გრამი

420. ანაგომიურად პროსტაგა იყოფა შემდეგ შემადგენელ ნაწილებად - ამოირჩიეთ სწორი ვარიანტი:

ა) ცენტრალური მონა, პერიფერიული მონა, ფიბრომუსკულარული სტრომა და პარაურეთრული ჯირკვლები

ბ) შუა წილი, გვერდითი წილები, სათესლე ბორცვი

გ) წინა წილი უკანა წილი, გვერდითი წილები, პარაურეთრული ჯირკვლები

\*დ) პერიფერიული მონა, ცენტრალური მონა, გარდამავალი მონა, ფიბრო-მუსკულური სტრომა

421. ჯანმრთელ მამაკაცში პროსტატის ანაგომიური მონებიდან ყველაზე ღლია:

\*ა) პერიფერიული მონა

ბ) ცენტრალური მონა

გ) გარდამავალი მონა

დ) ფიბრო-მუსკულური სტრომა

422. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პროსტატის ანაგომიური მონებიდან ყველაზე ღლია:

ა) ცენტრალური მონა

\*ბ) გარდამავალი მონა

გ) პერიფერიული მონა

დ) პრეპროსტატული ქსოვილის მონა

423. პროსტატის რომელი მონიდან ვითარდება უხშირესად კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია:

ა) ცენტრალური მონა

\*ბ) გარდამავალი მონა

გ) პერიფერიული მონა

დ) პრეპროსტატული ქსოვილის მონა

424. პროსტაგის რომელი ზონიდან ვითარდება უხშირესად ალენოკარცინომა:

ა) ცენტრალური ზონა

\*ბ) პერიფერიული ზონა

გ) გარდამავალი ზონა

დ) პრეპროსტაგული ქსოვილის ზონა

425. რა პროცესი ვითარდება უხშირესად პროსტაგის გარდამავალ ზონაში ზონაში:

\*ა) პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია

ბ) ინფექციური გენეზის ანთებითი პროცესი (პროსტატიტი)

გ) ალენოკარცინომა

დ) ლეიომიოსარკომა

426. რა ღანიშნულება აქვს პროსტაგას, როგორც მამაკაცის მეორად სასქესო ორგანოს:

ა) გამოიმუშავებს ანდროგენებს

ბ) გამოიმუშავებს პროსტაგლანდინებს და მონაწილეობს ანთებით რეაქციებში

\*გ) გამოიმუშავებს პროსტაგის წვენს, რომელიც ერთ/ერთი კომპონენტია მამაკაცის სპერმის სიცოცხლისუნარიანობაში

დ) აბლოკირებს ესტროგენების მოქმედებას

427. ძირითადად რომელი სასქესო ჰორმონი ახდენს ზეგავლენას პროსტაგის ზრდაზე:

ა) პროლაქტინი

ბ) ტესტოსტერონი

გ) პროექსტერონი

\*დ) ლიპიდოგესტოსტერონი

428. რომელი ანდროგენი ჭარბობს პროსტაგის ქსოვილში:

- ა) ტესტოსტერონი
- ბ) ანდრიოლო
- \*გ) ლიპიდოტესტოსტერონი
- დ) პროექსტერონი

429. რომელი ნერვული რეცეპტორებია განლაგებული პროსტატაში ყველაზე ჭარბად:

- ა) M-ქოლინერგული
- \*ბ) ალფა-1 ადრენორეცეპტორები
- გ) ბეტა ადრენორეცეპტორები
- დ) დოპამინორეცეპტორები

430. პროსტატის სპეციფიური ანტიგენი გამოიშავლება:

- ა) სათესლე ჯირკვლებში
- \*ბ) პროსტატაში
- გ) სათესლე ჯირკვლის დანამაგებში
- დ) სათესლე ბორცვში

431. უჯრედის დაპროგრამებული სიკვდილი, რაც ინარჩუნებს ქსოვილში უჯრედთა ბალანსს, არის

- ა) ჰიპერპლაზია
- ბ) ნეკროზი
- \*გ) აპოპტოზი
- დ) აგროფია

432. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ინფრავეზიკალური ობსტრუქცია გამოწვეულია:

- ა) ერთი კომპონენტით - პროსტატის ზომიერად ზრდა

\*ბ) ორი კომპონენტით - პროსტატის ზომაში მაგება და პროსტატის გლუკუკუნთოვანი სისტემის მომაგებული ტონუსი

გ) ორი კომპონენტით - პროსტატის ზომაში მაგება და შარდსადენი მილის ლორწოვანის შეშუპება

დ) სამი კომპონენტით - პროსტატის ზომაში მაგება, საშარდე ინფექცია და შარდსადენი მილის ლორწოვანის შეშუპება-ჰიპერტროფია

433. პროსტატის გლუკუკუნთოვანი სისტემის ტონუსს განაპირობებს:

\*ა) ადრენერგული ვეგეტატიული სისტემა

ბ) ქოლინერგული ვეგეტატიური სისტემა

გ) სომატური ნერვული სისტემა

დ) პასუხი ა) და გ)

434. რომელი ალფა-ადრენერგული რეცეპტორებია განლაგებული პროსტატაში ყველაზე ჭარბად:

\*ა) 1ა

ბ) 1ც

გ) 2ა

დ) 1დ

435. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გართულება არ არის:

ა) შარდის ბუშტის კენჭები

\*ბ) იმპოტენცია

გ) შარდის შეკავება

დ) შარდის შეუკავებლობა

436. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტთა სიმპტომატიკა ფასდება:

ა) ვიზუალური სკალით

\*ბ) პროსტატის სიმპტომა ჯამით

გ) პროსტატის წონის, ნარჩენი შარდისა და უროფლოუმეტრიული მონაცემის ურთიერთთანაფარდობით

დ) რორშახის ტესტით

437. რომელი გამონათქვამი არ არის სწორი პროსტატის სიმპტომა ჯამის მიმართ:

\*ა) იძლევა პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დიაგნოზის მარტივად დასმის საშუალებას

ბ) მარტივი შესასრულებელია

გ) საშუალებას იძლევა დინამიკაში შეფასდეს პაციენტის სიმპტომატიკა

დ) საშუალებას იძლევა შეფასდეს პაციენტის სიმპტომებზე მკურნალობის ეფექტურობა

438. საერთაშორისო პროსტატის სიმპტომა ჯამი შესდგება:

ა) 5 კითხვისაგან

\*ბ) 7 კითხვისაგან

გ) 10 კითხვისაგან

დ) 18 კითხვისაგან

439. საერთაშორისო პროსტატის სიმპტომა ჯამის მაქსიმალური მნიშვნელობა არის:

ა) 15

ბ) 25

\*გ) 35

დ) 50

440. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტის მდგომარეობა უასდება, როგორც მსუბუქად სიმპტომური, როდესაც მისი "პროსტატის სიმპტომა ჯამი" მერყეობს:

ა) 0-1

\*ბ) 1-7

გ) 1-10

დ) 1-15

441. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტის მდგომარეობა უსდება, როგორც ზომიერად სიმპტომური, როდესაც მისი "პროსტატის სიმპტომა ჯამი" მერყეობს:

ა) 1-5

ბ) 5-7

\*გ) 8-19

დ) 20-30

442. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტის მდგომარეობა უსდება, როგორც ძლიერ სიმპტომური, როდესაც მისი "პროსტატის სიმპტომა ჯამი" აღემატება:

ა) 5-ს

ბ) 10-ს

\*გ) 20-ს

დ) 30-ს

443. უროლოგუმეტრია არის მეთოდი, რომელიც აფიქსირებს:

ა) შარდის ნაკადის პოტენციურ ენერჯიას

ბ) მოშარდული შარდისა და ნარჩენი შარდის რაოდენობას

\*გ) შარდის ნაკადის მოცულობით სიჩქარეებს

დ) შარდის გამჭვირვალობას

444. უროლოგუმეტრიული პარამეტრებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი კლინიკური მაჩვენებელია:

ა) შარდის რაოდენობა

ბ) მოშარდვის დრო

\*გ) შარდის მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარე

დ) შარდის საშუალო მოცულობითი სიჩქარე

445. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიისას, როდესაც პაციენტის ძირითადი ჩივილი ღამის განმავლობაში ხშირი შარდვაა, ღამის პოლიურიის გამოსარიცხად ყველაზე მგრძობიარე ტესტია:

ა) ექსკოპია

ბ) უროფლოუმეტრია

\*გ) მოშარდვის დღიურის შედგენა (მითითებულია მოშარდვის დრო და რაოდენობა 24 საათის განმავლობაში)

დ) პროსტატის სპეციფიური ანტიგენი სისხლში

446. უროფლოუმეტრიის მონაცემები ითვლება ინფორმატიულად, თუკი მისი ჩატარებისას დაცული იყო შემდეგი მოთხოვნები, გარდა ერთისა:

\*ა) პაციენტი იყოს მშვიერი

ბ) მოშარდული შარდის რაოდენობა აღემატებოდეს 100 მლ-ს

გ) უნდა ჰქონდეს მისთვის ჩვეული მოშარდვის სურვილი

დ) პაციენტმა მოშარდა მშვიდ გარემოში და აქტი იყო მისთვის ჩვეული

447. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტებში უროფლოუმეტრიული მაჩვენებლებსა და "პროსტატის სიმპტომა ჯამს" შორის კორელაცია არის:

ა) ძლიერი

\*ბ) სუსტი

გ) საშუალო

დ) არანაირი კორელაცია არ არსებობს

448. დაბალი უროფლოუმეტრიული მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის მაჩვენებლის მიზეზი პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო ინფრავეზიკალური ობსტრუქციის გარდა შესაძლოა იყოს:

ა) შარდის ბუშგის არასტაბილობა

ბ) დეტრუმორის ირიტაცია

\*გ) დეტრუმორის ჰიპო/აკონტრაქტილობა



დ) საშარღე გზეზის ინფექცია

449. ინფრაგემიკალური ობსტრუქციის ღიაგნომის ყველაზე მგრძნობიარე ობიექტური კვლევის მეთოღია:

ა) ექოსკოპია

ბ) უროფლოუმეტრია

გ) ავსების ცისტომეტრია

\*ღ) მოშარღვის ცისტომეტრია (წნევა/ნაკალი)

450. მოშარღვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) ღროს ერთღროულად იზომება შემღეგი პარამეტრები:

ა) შარღის ნაკალის მოცულობითი სიჩქარე

ბ) შარღის ნაკალის მოცულობითი სიჩქარე ღა შარღის ბუმჭშიგა წნევა

\*გ) შარღის ნაკალის მოცულობითი სიჩქარე, შარღის ბუმჭშიგა ღა მუცლის ღრუსშიგა წნევები

ღ) შარღის ნაკალის მოცულობითი სიჩქარე ღა მუცლის ღრუსშიგა წნევა

451. მოშარღვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) ღროს ღეგრუმორული წნევა გამოიანგარიშება:

ა) მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის კვადრატში აყვანით

ბ) მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის გამრავლებით მოშარღვის აქგის საერთო ხანგრძლივობაზე

\*გ) შარღის ბუმჭშიგა ღა მუცლის ღრუსშიგა წნევების სხვაობით

ღ) მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის გამრავლებით მაქსიმალურ შარღის ბუმჭშიგა წნევაზე

452. ობსტრუქციული მოშარღვის შემთხვევაში მოშარღვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) კვლევის შეღეგებით ღეგრუმორული წნევა არის:

ა) ღაქვეითებული

ბ) ნორმალური

\*გ) მომატებული

დ) აღნიშნული პარამეტრი ამ კვლევის მეთოდით არ ისაზღვრება

453. მოშარღვის ცისგომეტრიის (წნევა/ნაკადი) კვლევის წარმოებისას შარღის ბუშტის შიგა წნევა იზომება:

ა) რექტალური მილით

ბ) ნაზოგასტრალური ბონლით

გ) ბოქვენზედა არეში კანზე მოთავსებული წნევის აღმრიცხველით

\*დ) ეპიცისტოსტომიური და ტრანსურეთრული მილით

454. მოშარღვის ცისგომეტრიის (წნევა/ნაკადი) კვლევის წარმოებისას მუცლის ღრუს შიგა წნევა იზომება:

ა) ბოქვენზედა არეში კანზე მოთავსებული წნევის აღმრიცხველით

ბ) ეპიცისტოსტომიური მილით

\*გ) რექტალური მილით

დ) ნაზო-გასტრალური ბონლით

455. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილი მონაცემთაგან რომელი არ არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

ა) შარღის შეკავება

ბ) შარღის ბუშტის კენჭის (კენჭების) არსებობა

\*გ) პროსტატის ზომა  $> 100$  გ

დ) შარღის ბუშტის დიდი ზომის დიფერტიკული

456. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილი მონაცემთაგან რომელი არ არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

ა) სისხლდენა

ბ) ცუდი მოშარღვით გამოწვეული თირკმელების დაზიანება

\*გ) ღამის განმავლობაში ხშირი შარღვა

დ) ქველა საშარდე გრაქტის ქრონიკული მორეციდივე ინფექცია

457. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილი მონაცემთაგან რომელი არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

ა) ღამის განმავლობაში ხშირი შარდვა

ბ) ზომირად გამოხატული ქველა საშარდე გრაქტის სიმპტომები ცხოვრების ხარისხის მაღალი შეფასებით

\*გ) ქველა საშარდე გრაქტის ქრონიკული მორეციდივე ინფექცია

დ) უროლოგუმეტრიული მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარე 14 მლ/წმ და ნარჩენი შარდი 90 მლ

458. ქვემოთმოყვანილიდან რომელი არ წარმოადგენს პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის მკურნალობის მეთოდს:

ა) აქტიური მეთვალყურეობა (6 თვეში – წელიწადში ერთხელ)

ბ) 5 - ალფა რედუქტაზას ინჰიბიტორები

გ) სელექტიური ალფა-1 ადრენობლოკატორები

\*დ) ესტროგენები და ანგიანდროგენები

459. ალფა-1-ადრენობლოკატორებით მკურნალობისას მამაკაცის სექსუალურ სფეროში გამოვლენილი გართულებაა:

ა) იმპოტენცია

ბ) ნაადრევი ეაკულაცია

\*გ) რეტროგრადული ეაკულაცია

დ) ფსიქოგენური იმპოტენცია

460. არასელექტიური ალფა-1-ადრენობლოკატორების მკურნალობისას ყველაზე ხშირად გამოვლინებული გართულებაა:

\*ა) არტერიული ჰიპოტონია

ბ) რეტროგრადული ეაკულაცია

გ ) ცხვირით სუნთქვის გაძნელება (სურღოს მაგვარი მდგომარეობა)

დ ) თავბრუ

461. რა არ ახასიათებს ალფა-1-ადრენობლოკატორებით მკურნალობას პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს მისი ეფექტურობის შემთხვევაში:

\*ა) პროსტატის ზომებში შემცირება

ბ ) ნარჩენი შარდის რაოდენობის შემცირება

გ ) უროფლოუმეტრიული მაჩვენებლების გაუმჯობესება

დ ) ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების გაუმჯობესება

462. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცების სამკურნალოდ გამოყენებული ალფა-ადრენობლოკატორები შეიძლება დაიყოს:

ა ) გვერდითი მოვლენების მიხედვით

ბ ) ალფა-რეცეპტორის მოლეკულური შენების თავისებურების მიხედვით

\*გ) ალფა-რეცეპტორების სხვადასხვა სუბტიპებთან ფარმაკოლოგიური ურთიერთქმედების უნარის მიხედვით

დ ) ფარმაკო-კინეტიკური თავისებურებების მიხედვით

463. რომელი ალფა-ადრენობლოკატორი ქვემოთმოყვალინთაგან არის ყველაზე მეტად პროსტატო-სელექტიური:

ა ) დოქსაზოზინი

ბ ) ფენოქსიბენზამინი

გ ) სეგეგისი

\*დ) ტამსულოსინი

464. რომელი ალფა-ადრენობლოკატორი ქვემოთმოყვალინთაგან ხასიათდება ყველაზე ნაკლებად გამოხატული ჰიპოტენზიური ეფექტით:

ა ) დოქსაზოზინი

ბ) ფენოქსიბენზამინი

გ) სეტეგისი

\*დ) ტამსულოსინი

465. პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე საშუალო ასაკის მამაკაცს ესაჭიროება ალფა-ადრენობლოკატორებით მკურნალობა. იგი არის ჰიპოტონიკი. რომელი პრეპარატი იქნება მისთვის ყველაზე მეტად შესაფერისი:

ა) ლოქსამოზინი

ბ) ფენოქსიბენზამინი

გ) სეტეგისი

\*დ) ტამსულოსინი

466. ფინასტერიდი პროსტაგის ქსოვილში აბლოკირებს ფერმენტ 5-ალფა-რედუქტაზას, რომელიც გარდაქმნის:

ა) ტესტოსტერონს პროგესტერონად

ბ) ენდოგენურ ესტროგენებს ტესტოსტერონად

გ) ტესტოსტერონს ესტროგენად

\*დ) ტესტოსტერონს დიჰიდროტესტოსტერონად

467. პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ფინასტერიდის (პროსკარი) პროსტაგამბე მოქმედების შედეგი მდგომარეობს:

ა) პროსტაგის გლუვი მუსკულატურის ტონუსის შემცირებაში

\*ბ) პროსტაგის წონაში შემცირებაში

გ) შარდის ბუშის კუმშვალობის გაუმჯობესებაში

დ) შარდსადენი მილის გამავლობის აღდგენაში

468. პროსტაგის სპეციფიური ანტიგენის დონე სისხლში ფინასტერიდით (პროსკარი) მკურნალობის დროს:

ა) დაღის ნულამდე

\*ბ) მცირდება დაახლოებით ორჯერ

გ) იზრდება ორჯერ-სამჯერ

დ) იზრდება მნიშვნელოვნად

469. რა არის ღია წესით აღენომექტომის უკუჩვენება:

ა) შარდის ბუშტის კენჭი (კენჭები)

ბ) შარდის ბუშტის დივერტიკული:

გ) დიდი ზომის პროსტატა

\*დ) ექვი პროსტატის კიბოზე

470. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო წარმოებული ოპერაციები უხშირესად მიმდინარეობს ანესთეზიის შემდეგი ფორმით:

ა) ალგილობრივი

\*ბ) გამგარებლობითი (სპინალური ან პერიდურული)

გ) ენდოგრაფიული

დ) აკუპუნქტურით

471. პროსტატაზე ოპერაციის რომელი მიდგომა არ არსებობს:

ა) გრანსურეტორული

ბ) რეგროპუბიკური

\*გ) გრანსპერიტონეული

დ) სუპრაპუბიკური გრანსვეზიკალური

472. რეგროპუბიკური აღენომექტომის ავტორი არის:

\*ა) მილინი

ბ) ალბარანი,

გ) ფილოლოგი

დ) ალკენი

473. პროსტაგის და შარდის ბუშის ყელის გლუვი კუნთების შეკუმშვა ხორციელდება:

\*ა) ალფა1 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

ბ) ალფა 2 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

გ) მუსკარინული ქოლინორეცეპტორების სტიმულაციით

დ) ბეტა ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

474. პროსტაგის და შარდის ბუშის ყელის გლუვი კუნთების ინერვაციას ადრენორეცეპტორების ჯგუფიდან უპირატესად ახდენენ

\*ა) ალფა 1ა

ბ) ალფა 1ბ

გ) ალფა 1ც

დ) ალფა 1დ

475. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ალფა-1 ადრენორეცეპტორების ბლოკერს არ მიეკუთვნება:

\*ა) ოქსიბუგინინი

ბ) ტერაზოზინი

გ) დოქსაზოზინი

დ) გამსულოზინი

476. ფინასტერილის ფარმაკოლოგიური მოქმედების მექანიზმია:

ა) განივბოლიანი კუნთების რელაქსაცია

ბ) ალფა1 ადრენორეცეპტორების ბლოკირება

\*გ) 5-ალფა რედუქტაზას ინჰიბირება

დ) პროსტაგლანდინების ინჰიბირება

477. ფინასტერიდი ახლენს პროსტაგას წონის შემცირება დაახლოებით:

ა) 10%-ით

\*ბ) 20%-ით

გ) 40%-ით

დ) 60%-ით

478. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე ასაკოვან მამაკაცებში ქვემო საშარდე ტრაქტის სიმპტომები ვითარდება, როგორც:

ა) თბსტრუქციასთან დაკავშირებული შარდის ბუშტის ფუნქციის ცვლილებების შედეგი

ბ) შარდის ბუშტის ფუნქციის ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები

გ) ნიქტურია

\*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

479. რომელი დებულებაა მართებული პროსტაგას კეთილთვისებიან ჰიპერპლაზიასთან მიმართებაში?

ა) ის გვხვდება ყველა ასაკის მამაკაცში

\*ბ) ის ძალიან იშვიათია 30 წლამდე მამაკაცებში

გ) ის ვითარდება 40 წელზე უფრო ხნოერი მამაკაცების 100%-ში

დ) ის ძალიან იშვიათია 30 წელზე უფრო ხნოერი მამაკაცებში

480. არსებობს ძლიერი კორელაცია პროსტაგას მოცულობასა და:

\*ა) პსა-ს შორის

ბ) სიმპტომთა ჯამს შორის

გ) ნარჩენ შარდს შორის

დ) შარდის მაქსიმალურ ნაკადს შორის.



481. ქვემო საშარდე სიმპტომების მქონე მამაკაცებში დიგიტალურ რექტალური გასინჯვის მთავარი მიზანია:

- ა ) პროსტატის ზომის განსაზღვრა
- ბ ) პროსტატის სეკრეტის მიღება
- \*გ) პროსტატაში კვანძების არსებობის დადგენა
- დ ) რექტალური ტონუსის განსაზღვრა

482. შარდის დაბალი პიკური ნაკადი მიუთითებს:

- ა ) მძიმე სიმპტომებზე
- ბ ) თბსტრუქციაზე
- გ ) ლეტურბორის შეკუმშვის უნარის შესუსტებაზე
- \*დ) ბ. ან გ.

483. შარდის ბუშტის კვლევების გრაბეკულობა მიუთითებს:

- \*ა) ძლიერ თბსტრუქციაზე
- ბ ) პროსტატის ტურ-ის მაღალ ეფექტურობაზე
- გ ) ნარჩენი შარდის დიდ მოცულობაზე
- დ ) არც ერთზე

484. უროლინამიული კვლევის ჩატარებას აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა:

- ა ) პროსტატის ტურ-ის შემდეგ
- ბ ) ალფა-ბლოკერებით ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ
- გ ) 5ალფა-რედუქტაზას ინჰიბიტორებით ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ
- \*დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

485. პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პროსტაგის გურ-თან შედარებით კონსერვატიული მკურნალობის უპირატესობებია:

- ა) ნაკლები გვერდითი ეფექტები
- ბ) გვერდითი ეფექტების უკუშექცევადობა
- გ) ნაკლები სიმძიმის გვერდითი ეფექტები
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

486. რომელი ალფა-ბლოკერი არ იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას არანამკურნალები ჰიპერტენზიის მქონე მამაკაცში?

- ა) ტერაზოზინი
- ბ) დოქსაზოზინი
- \*გ) ტამსულოზინი
- დ) პრაზოზინი

487. რომელია მილინის წესით პროსტაგეტომიის უპირატესობა პროსტაგის გურ-თან შედარებით?

- \*ა) პროსტაგის აღნოზის მოცილება პირდაპირი ვიზუალური კონტროლით
- ბ) ჭარბი სისხლდენის რისკი ნაკლებია
- გ) რეკონვალესცენციის პერიოდი უფრო მოკლეა
- დ) პოსტოპერაციულ პერიოდში სისხლდენის განვითარების რისკი ნაკლებია

488. ღია პროსტაგეტომიის ყველაზე ხშირი გართულება არის:

- ა) ერექციული დისფუნქცია
- \*ბ) რეტროგრადული ეაკულაცია
- გ) შარდის შეუკავებლობა
- დ) ღრმა ვენების თრომბოზი

489. რომელია ყველაზე უფრო სწორი პეიტონის დაავადების ეტიოლოგიის მიმართ:

\*ა) ფიზიკური კვანძები არის ადგილობრივი ანთების პროცესის შედეგი

ბ) პეირონის დაავადების დროს სახეზეა ავტოიმუნური დაავადებების სხვა გამოვლინებებიც

გ) პეირონის დაავადებისას პაციენტთა უმრავლესობას შეუძლია გაიხსენოს, რომ პენისის არეში მიღებული გრაფმა უსწრებლა წინ პენისის გადაღუნვას

დ) პეირონის დაავადება გამოწვეულია ადგილობრივი დისცირკულაციური პრობლემებით, რასაც ადასტურებს ლოკალური მტკივნეულობა

ანდროლოგია

490. ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნომული ინექციის ყველაზე საშიში გართულებაა:

\*ა) გახანგრძლივებული ერექცია

ბ) ურეთრის დაზიანება

გ) ჰემატომა

დ) კავერნოზიტი და ინფექცია

491. კავერნომული სხეულების მფარავი ტუნიკა აღბუგინება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სასქესო ასოს ერექციის დროს

ა) არ ხდება კავერნომული სხეულების სეპარაცია ერექციის დროს

ბ) განაპირობებს სათანადო სისხლმომარაგებას

\*გ) განაპირობებს ასოს რიგილობას

დ) იცავს კავერნომულ სხეულებს გრავმული დაზიანებისაგან

492. რეგროპერიტონეალური ლიმფადენექტომიის შემდეგ ეაკულაციის დარღვევა განპირობებულია შემდეგი მიზეზით

\*ა) წელის L1-3 სიმპათიკური განგლიების დაზიანების გამო

ბ) გავის პარასიმპათიკური S1-2 ბოჭკოების დაზიანების გამო

გ) გავის პარასიმპათიკური S3-4 ბოჭკოების დაზიანების გამო

დ) ლუმბალური არტერიების და ვენების გადაკვანძვა ხდება

493. განაყოფიერებისათვის საკმარისი სპერმის მოცულობაა:

ა) 0,5 მლ

ბ) 1,0 მლ

\*გ) 1,5-5,0 მლ

დ) 10 მლ

494. სპერმატოგენეზის ნორმალური მიმდინარეობისათვის მნიშვნელოვანია ქვემოთ ჩამოთვლილი ჰორმონებიდან ყველა გარდა ერთისა:

ა) გესტოსტერონი

ბ) მალუთენიზირებელი ჰორმონი

\*გ) ესტრადიოლი

დ) ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონი

495. ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთენიზირებელი ჰორმონების მომაგებელი ღონე დამახასიათებელია რეპროდუქციული მოშლილობის შემდეგი სახისათვის:

ა) ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი

ბ) სათესლე ბორცვაკის მექანიკური ობსტრუქციის დროს

\*გ) ჰიპერგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი

დ) კალმანის სინდრომისათვის

496. ვაზო-ვაზოსტომიის შემდეგ სპერმატოზოიდების რაოდენობრივი მაჩვენებლის და მოძრავი სპერმატოზოიდების პროცენტული შემცველობის შემცირება მაჩვენებელია:

ა) სათესლე ჯირკვალში სპერმატოგენეზის შეუქცევადი ცვლილებების

ბ) სპერმის გრანულომის ფორმირების

\*გ) ანასტომოზის სტრიქტურის

დ) ინფექციური გართულების

497. შარდსასქესო გრიბომონიამის გამომწვევს წარმოადგენს

- ა) საფუარის მაგვარი სოკოები;
- \*ბ) უმარტივესნი შოლგისებურთა კლასიდან;
- გ) ამეზა;
- დ) ვირუსი

498. მწვავე ურეთრიგის დამახასიათებელ სიმპტომებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) შარდვის ღრის ტკივილი;
- ბ) ურეთრიდან ჩირქიანი გამონადენი;
- \*გ) სათესლე პარკის კანის შეშუპება;
- დ) გახშირებული შარდვა

499. ბალანოპოსტიტი - ესაა ანთეზა

- ა) სასქესო ასოს ჩუჩის;
- ბ) სასქესო ასოს თავის;
- გ) პარაურეთრალური ჯირკვლების;
- \*დ) სასქესო ასოს ჩუჩის და თავის.

500. პარაფიმოზი ესაა

- ა) სასქესო ასოს ჩუჩის ხვრელის შევიწროება;
- ბ) ურეთრის კავერნოზული სხეულის და სასქესო ასოს თავის ანთეზა;
- \*გ) ჩუჩის შევიწროებით გამოწვეული სასქესო ასოს თავის ჩაჭედვა;
- დ) სასქესო ასოს ვენების ანთეზა.

501. მწვავე ეპიდიდიმიტის ღრის სათესლე ჯირკვლის დანამატი

ა) მკვეთრად დაჭიმულია და მტკივნეულია;

ბ) გადიდებულია;

გ) მტკივნეულია

\*დ) სწორია ყველა

502. რომელი არ ითვლება სასქესო ჰორმონებისადმი მგრძობიარე ქსოვილად?

ა) პროსტატის ჯირკვავალი

ბ) სათესლე ბუშტუკები

\*გ) თეთრი გარსი

დ) ბულბოურეთრალური ჯირკვავალი

503. რომელი ბიოლოგიური ნივთიერება არ არის სპერმის შემადგენლობაში?

\*ა) თიროზინ კინაზა

ბ) ფრუქტოზა

გ) ლიმონმჟავა

დ) პროსტაგლანდინები

504. რომელი ჰორმონი ასტიმულირებს ვოლფის სადინარის განვითარებას?

ა) ესტრადიოლი

ბ) ლიპიდოტესტოსტერონი

გ) LH

\*დ) ტესტოსტერონი

5040. ტესტოსტერონის მიმართ რომელი ღებულებაა მართებული?

ა) ტესტოსტერონი სინთეზირდება სერტოლის უჯრედების მიერ

\*ბ) ტესტოსტერონი სინთეზირდება ლეიდიგის უჯრედების მიერ

გ) ტესტოსტერონი არის პრეგნენოლონის წინამორბედი ნივთიერება

დ) 5ალფა-რედუქტაზა არის ფერმენტი რომელიც ღიჰიდროტესტოსტერონს ტესტოსტერონად გარდაქმნის

505. 5 ალფარედუქტაზას რამდენი იზონენზიმი არსებობს?

ა) 1

ბ) 4

\*გ) 2

დ) 7

506. 5 ალფა-რედუქტაზას რომელი იზონენზიმი ჭარბობს პროსტატის ჯირკვალში?

ა) I ტიპი

\*ბ) II ტიპი

გ) III ტიპი

დ) IV ტიპი

507. პროსტატის ეპითელიური უჯრედების რამდენი პროცენტი განიცდის ინვოლუციას კასტრაციის შემდეგ?

\*ა) 90%

ბ) 50%

გ) 10%

დ) 3%

ტრანსპლანტაცია და ნეფროლოგია

508. თირკმლის ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებში ერითროპოეტინი უნდა:

ა) დაინიშნოს დიგნოზის დასმიდან პირველი წლის მანძილზე

ბ) დაინიშნოს მხოლოდ მაკროჰემატურიისას

\*გ) დაინიშნოს ჰემოგლობინის ნორმის ქვედა დონის მიღწევამდე

დ) დაინიშნოს ჰემოგლობინის ნორმის ზედა დონის მიღწევამდე

509. თირკმელში სისხლის მიმოქცევის ინტენსივობაა:

ა) 600 მლ/წთ/1.5 მ2

ბ) 900 მლ/წთ/1.5 მ2

გ) 700მ ლ/წთ/1.5 მ2

\*დ) 1200 მლ/წთ/1.5 მ2

510. გვამური თირკმლის გადანერგვის შემდეგ მწვავე ტუბულარული ნეკროზი ვითარდება რეციპიენტთა:

ა) 1 %-ში

ბ) 5 %-ში

\*გ) 30 %-ში

დ) 50 %-ში

511. თირკმლის ტრანსპლანტატის შარდსაწვეთის სტრიქტურის განვითარების რისკ-ფაქტორებს არ განეკუთვნება:

ა) ტრანსპლანტატის დისფუნქცია

ბ) თირკმლის მრავლობითი არტერიები

გ) ციტომეგალოინფექცია

\*დ) ქალის ტრანსპლანტატის გადანერგვა მამაკაც რეციპიენტში

512. თირკმლის ტრანსპლანტაციის უკუჩვენებებია:



ა) ონკოლოგიური დაავადების ანამნეზი

ბ) სხეულის მასის ინდექსი  $> 35$

\*გ) რეციპიენტის მოკლე მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა

დ) ორმხრივი თემოს სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი

513. ჩამოთვლილთაგან რომელია გლომერულური ჰემატურიის იშვიათი მიზეზი?

ა) მიელომური დაავადება

ბ) კვანძოვანი პოლიარტრიტი

\*გ) შონლაინ ჰენოხის პურპურა

დ) ვეგნერის გრანულომატოზი

514. რენინი მოქმედებს:

ა) წყლის აბსორფციაზე

\*ბ) ანგიოტენზინ 1-ის კატალიზაციის პროცესზე

გ) არტერიულ წნევაზე პირდაპირი ვაზოკონსტრიქციით

დ) თირკმლის მილაკებში ნატრიუმის რეაბსორფციაზე

515. ჩამოთვლილთაგან რომელი დებულებაა მართალი ტრანსპლანტაციის შემდეგომი ქირურგიული გართულებების (შარდოვანი ფისტულა, შარდსაწვეთის სტრიქტურა, თირკმლის არტერიის სტენოზი) შესახებ?

ა) ქირურგიული გართულებების უმეტესობა ვითარდება გადანერგვიდან პირველი წლის განმავლობაში

ბ) ქირურგიული გართულებების უმეტესობა ვითარდება გადანერგვიდან პირველი სამი წლის განმავლობაში

\*გ) ქირურგიული გართულებების უმეტესობა ვითარდება გადანერგვიდან პირველი სამი კვირის განმავლობაში

დ) არ არის კავშირი ქირურგიულ გართულებებსა და ოპერაციიდან გასულ დროს შორის

516. ჩამოთვლილთაგან რომელი არ ახასიათებს პარათჰორმონს?

\*ა) კალიუმის ექსკრეციის გაძლიერება

ბ) კალციუმის რეაბსორფციის გაძლიერება

გ) ფოსფორის რეაბსორფციის დაქვეითება

დ) 1.25 დიჰიდროქსი ვიტამინ D-ს პროდუქციის სტიმულირება

517. პოლიურია:

ა) ყოველთვის განპირობებულია მეტაბოლური ცვლილებებით

ბ) ნიშნავს დღის განმავლობაში მოშარდვის ეპიზოდების რაოდენობა > 8-ზე

\*გ) ნიშნავს დღეღამური დიურეზის რაოდენობას > 2.8ლ-ს 70კგ წონის მოზარდში

დ) ნიშნავს ღამით გამოყოფილი შარდის რაოდენობის მომატებას

518. ჩამოთვლილთაგან რომელი დებულებაა მართალი დონორ ნეფრექტომიასთან დაკავშირებით?

ა) ლაპაროსკოპიული დონორ ნეფრექტომია ამცირებს თბილი იშემიის დროს ღია ნეფრექტომიასთან შედარებით

\*ბ) ღია ნეფრექტომია უნდა ჩატარდეს ექსტრაპერიტონეალურად, ნეკთაშორისი, ან დორზალური ლუმბოტომიური განაკვეთით

გ) რეციპიენტმა უნდა „მიიღოს“ დონორის უკეთესი თირკმელი

დ) გარდაცვლილი დონორის თირკმლის ტრანსპლანტაცია ამცირებს დიალიზზე პაციენტის მოლოდინის ხანგრძლივობას

