

შარლასაქესო ორგანოების კლინიკური ანატომია, ფიზიოლოგია და ემბრიოლოგია

1. მუცლის კედლის კანქვეშა (ზერელე) ფასცია შესდგება

- ა) ერთი ფურცლისაგან
- ბ) ორი ფურცლისაგან
- \*გ) სამი ფურცლისაგან
- დ) ოთხი ფურცლისაგან

2. ურახუსი მღებარეობს

- ა) შარლის ბუშტის წინა ფასციის წინ;
- ბ) შარლის ბუშტის წინა ფასციის სიღრმეში;
- გ) შარლის ბუშტის წინა ფასციის გვერდით.
- \*დ) შარლის ბუშტის წინა ფასციის უკან;

3. თირკმლის კარის ელემენტების სწორი განლაგება წინიდან უკან არის

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

4. მარცხენა თირკმლის ზემო პოლუსი იმყოფება მალეების შემდეგ ღონებზე

- \*ა) T11
- ბ) T12
- გ) L1
- დ) L2

5. შარლასწვეთის კვებას მის ზემო ნაწილში ანხორციელებს

- \*ა) თირკმლის არტერია;
- ბ) ლუმბალური არტერიები
- გ) მუცლის აორტის ტოტები;
- დ) არცერთი არ არის სწორი.

6. კაფა-კაფალური ანასტომოზის წარმოქმნაში დიდ როლს თამაშობს მუცლის ღრუს გარეთა სივრცის შემდეგი ვენები

- ა) წელის;
- \*ბ) კენტი და ნახევრალკენტი;
- გ) თირკმლის;
- დ) სათესლე ჯირკელის.

7. მარცხენა თირკმელს წინ და მედიალურად ესაზღვრება

- ა) ელენთა;
- ბ) წერილი ნაწლავების მარყუკები;
- \*გ) დაღმავალი კოლინჯი;
- დ) კუჭუკანა ჯირკვალი.

8. დიდ საჯლომ ხერეულში გადის

- ა) თეძო-წელის კუნთი;
- \*ბ) მსხლისებური კუნთი;
- გ) შიგნითა ჩამკეტი კუნთი
- დ) ყითის (ანუსის) ამწევი კუნთი.

9. შარლის ბუშტის არტერიები გამოდიან

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

10. წინამღებარე ჯირკელის ფუძის მიმღებარეა

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

11. საქესო ასოს სისხლმომარაგება ხორციელდება

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

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

13. სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის უპირატესი მეტასტაზირება ხდება  
ა) საზარდულის ზედაპირულ და ღრმა ლიმფურ კვანძებში;  
ბ) თეძოს შიგნითა ლიმფურ კვანძებში;  
\*გ) წელის ლიმფურ კვანძებში;  
დ) თეძოს საერთო ლიმფურ კვანძებში.

14. მოზრდილი ადამიანის წყლის ყოველდღიური მოხმარება, საშუალოდ, შეადგენს  
ა) 0,8 ლ;  
ბ) 1,5 ლ;  
\*გ) 2,5 ლ;  
დ) 3,0 ლ.

15. მოზრდილი ადამიანის წყლის ყოველდღიური დანაკარგი შეადგენს  
ა) 0,6 ლ;  
ბ) 1,0 ლ;  
\*გ) 2,5 ლ;  
დ) 3,0 ლ.

16. ჰიპერკალემიის ძირითად კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს  
ა) პირღებინება, ფაღარათი;  
ბ) პარკუჭების ციმციმი;  
გ) გულის გაჩერება დიასტოლაში;  
\*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.

17. ჯანმრთელი ადამიანის ამოტის ბალანსია  
ა) დადებითი;  
\*ბ) ნეიტრალური;  
გ) უარყოფითი;  
დ) სწორია ბ) და გ)

18. ორგანიზმში ამოტის ბალანსი არის  
ა) ამოტის დღეღამეში შარდით დაკარგვა;  
ბ) ორგანიზმის მიერ საკვებით ამოტის მიღება დღეღამეში;  
\*გ) დღეღამეში ამოტის მიღების და დაკარგვის შეფარდება;  
დ) სისხლში საერთო ცილის შემცველობა.

19. თირკმლები შარდით გამოყოფენ ამოტის მთელი რაოდენობის  
ა) 20%;  
ბ) 40%;  
გ) 60%;  
\*დ) 80%.

20. თირკმლებში 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.

21. თირკმლის სისხლის მიმოქცევის ავტორეგულაცია წყდება სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითების დროს  
ა) ვერცხლის წყლის სვეტის 100 მმ-დე;  
ბ) ვერცხლის წყლის სვეტის 80-90 მმ-დე;  
\*გ) ვერცხლის წყლის სვეტის 60-70 მმ-დე;  
დ) ვერცხლის წყლის სვეტის 40-50 მმ-დე.

22. მოზრდილი ადამიანის თირკმლის სისხლის მიმოქცევის ნორმალური სიდიდე საშუალოდ შეადგენს  
ა) 1600 მლ/წთ-ში;  
\*ბ) 1100 მლ/წთ-ში;  
გ) 800 მლ/წთ-ში;  
დ) 600 მლ/წთ-ში.

23. მოზრდილი ადამიანის გორგლოვანი ფილტვრაციის სიჩქარე საშუალოდ შეადგენს  
ა) 60 მლ/წთ-ში;

- \*ბ) 120 მლ/წთ-ში;
- გ) 180 მლ/წთ-ში;
- დ) 240 მლ/წთ-ში.

24. უანგბადის ქსოვილში გრანსპორტირების უზრუნველსაყოფად ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ჰემოგლობინის კონცენტრაცია უნდა შეადგენდეს არა ნაკლებ

- ა) 60 გ/ლ;
- \*ბ) 80 გ/ლ;
- გ) 100 გ/ლ;
- დ) 120 გ/ლ.

25. სათესლე ჯირკვავი წარმოადგენს მამაკაცის გამრავლების ძირითად ელემენტს და მის დანიშნულებას შეადგენს

- ა) სპერმატოზოიდების წარმოქმნა;
- ბ) ჰორმონების გამოთქმა;
- გ) შთამომავლობის გაგრძელება;
- \*დ) სწორია ყველა.

26. რა რაოდენობის შარდს გამოყოფს ნაყოფი დღე-ღამის განმავლობაში

- ა) 100 სმ3;
- \*ბ) 450 სმ3;
- გ) 900 სმ3;
- დ) 200 სმ3.

27. რის მაჩვენებელია კრეატინინი ომნიტურ სითხეში

- ა) ცხიმოვანი გამონაყოფების ნაყოფის კანიდან;
- \*ბ) თირკმლის პარენქიმის მასის;
- გ) ღვიძლის ფუნქციის;
- დ) ფილტვების ალვეოლების ბელაპირზე გამოთქმავებული პროლუქტის.

28. რა დროა საჭირო, რომ სპერმამ გაიაროს საშოდან ფალოპის მილებამდე

- \*ა) 1 საათამდე;
- ბ) 1,5 საათი;
- გ) 2 საათი;
- დ) 3 საათი.

29. ადამიანის თირკმლების ემბრიონური ფორმირება იწყება ემბრიონის განვითარების

- ა) IV თვეში
- ბ) IV კვირაში
- \*გ) III კვირაში
- დ) III თვეში

30. ჩანასახის პირველი სამი კვირის განმავლობაში თირკმლის როლის შემსრულებელია

- \*ა) პრონეფროსი;
- ბ) მეზონეფროსი;
- გ) მეტანეფროსი;
- დ) არცერთი ჩამოვლილთაგანი.

31. ჩანასახის შუალედური თირკმელი (ვოლფის სხეული) ეს არის

- ა) პრონეფროსი;
- \*ბ) მეზონეფროსი;
- გ) მეტანეფროსი;
- დ) არცერთი ჩამოვლილთაგანი.

32. წინა თირკმელი - პრონეფროსის რელექცია და მისი შენაცვლება შუალედი თირკმელი (ვოლფის სხეული) - მეზონეფროსით ხდება ჩანასახის განვითარების შემდეგ ვალებში

- ა) განვითარების პირველი კვირის ბოლოს;
- \*ბ) განვითარების მესამე კვირის ბოლოს;
- გ) განვითარების მეხუთე კვირის ბოლოს;
- დ) განვითარების მეშვიდე კვირის ბოლოს.

33. 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 მაჩვენებლების რეგულაციაში.

34. 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.

35. თირკმელში წარმოებს სამი პროცესი: სისხლის პლაზმის ფილტრაცია, რეაბსორბცია, სეკრეცია. აქედან კლასიკურ მილაკებში წარმოებს

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

36. თირკმლის ფიალის კუნთოვანი შრე შედგება

- ა) თაღის ამწევი კუნთისაგან (M. levator Fornicis);
- ბ) თაღის ამწევი კუნთისაგან (M. levator Fornicis) და ფიალის გასწვრივი კუნთისაგან (M. Longitudinalis);
- \*გ) თაღის ამწევი კუნთისაგან (M. levator Fornicis), ფიალის გასწვრივი კუნთისაგან (M. Longitudinalis) და თაღის ირგვლივი კუნთისაგან (M. sphincter Fornicis);
- დ) თაღის ამწევი კუნთისაგან (M. levator Fornicis) და თაღის ირგვლივი კუნთისაგან (M. sphincter Fornicis).

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

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

38. 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.

39. 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.

დიაგნოსტიკა

40. ურეთრიტის დიაგნოსტიკა ემყარება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა

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

41. შარდსაღენი მილის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ნაჩვენებია

- ა) მწვავე ურეთრიტის დროს;
- ბ) პროსტატიტის და ვეზიკულიტის დროს;
- გ) ურეთრიტის ტორპიდული მიმდინარეობის დროს.
- \*დ) ურეთრის სტრიქტურაზე ეჭვის შემთხვევაში

42. თირკმლის ჭვალის დიაგნოსტიკის მიზნით არ უნდა გამოვიყენოთ:

- ა) საშარდე სისტემის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- \*ბ) ქვედა ვენოკაფეგრაფია
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- დ) რეტროგრადული ურეთროსპიელოგრაფია

43. მწვავე სერომული პიელონეფრიტი (შარდის პასაჟის დარღვევის გარეშე) საჭიროა დიფერენცირდეს მუცლის ღრუს ორგანოების შემდეგი მწვავე დაავადებებისაგან

- ა) თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაცია
- ბ) კუჭის წყლულის პერფორაცია
- გ) ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა
- \*დ) მწვავე აპენდიციტი (რეტროცეკალური)

44. მწვავე აპენდიციტის და მწვავე პიელონეფრიტის დიფერენციის დიაგნოზისათვის მიზანშეწონილია ყველა ჩამოთვლილი კვლევის მეთოდი, გარდა

- ა) შარდის საეთო ანალიზის
- ბ) მიმოხილვითი და ექსკრეტორული უროგრაფიის
- გ) ქრომოცისტოსკოპიის

\*დ) კოლონოსკოპია

45. მწვავე პროსტატიტის და მწვავე პარაპროქტიტის დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს:

ა) ავადმყოფის ჩივილებს

ბ) სისხლის ანალიზს

\*გ) თითო სწორი ნაწლავის გამოკვლევის შედეგებს

დ) ანამნეზს

46. პარანეფრიტი უნდა დიფერენცირდეს შემდეგი დაავადებებისაგან:

ა) პარაკოლიტი

ბ) კოლინჯის სიმსივნე

გ) პანკრეასის კულის სიმსივნე

\*დ) ყველა ჩამოთვლილისაგან

47. პარანეფრიტს ახასიათებს

ა) ტკივილი წელის და ფერდქვეშა არეში

ბ) მუცლის შებერვა

გ) ტკივილი გულმკერდში, ღიაფრაგმის მოძრაობის შემლუღვა, ექსუდატი პლევრის ღრუში

\*დ) სწორია ყველა

48. ავადმყოფი შემოვიდა ჩივილებით: ტემპერატურის მომატება, შემცივნება, ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარსა და გულმკერდში, გამოკვლევით დადგინდა მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმულობა, მტკივნეულობა მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, დიფერენციული დიაგნოზის დროს მსგავსი კლინიკური სურათი აქვს:

ა) მწვავე ქოლესისტიტს

ბ) პარანეფრიტს

გ) მწვავე აპენდიციტს

\*დ) სწორია ყველა

49. პარანეფრიტის და პარაკოლიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია ჩატარდეს

ა) მიმოხილვითი და ექსკრეტორული უროგრაფია

ბ) მუცლის ღრუს და რეგროპერიტონეალური ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა

გ) გულმკერდის რენტგენოსკოპია

\*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

50. პარანეფრიტის დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია

ა) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია

\*გ) პარანეფრალური პუნქცია

დ) იზოტოპური რენოგრაფია

51. ავადმყოფი შემოვიდა ჩივილებით უეცრად აღმოცენებულ ტკივილებზე მუცლის ქვედა არეში და მარჯვენა საზარდულის მიდამოში, გულს რევაზე, ღებინებაზე, მსგავსი კლინიკური სურათი აქვს

ა) მწვავე აპენდიციტს

ბ) საზარდულის ჩაჭედილ თიაქარს

გ) სათესლე ბაგირაკის და სათესლე ჯირკვლის შემოგრუნებას

\*დ) ყველა ჩამოთვლილს

52. თირკმლის ჭვალის და მწვავე აპენდიციტის დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის შესაძლებელია გამოიყენოთ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) ურეთერორენოსკოპია

\*ბ) კოლონოსკოპია

გ) მიმოხილვითი და ექსკრეტორული უროგრაფია

დ) ექოსკოპია

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

ა) ლაპარატომია

ბ) თირკმლის რადიონუკლეოპური სკანირება

გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

\*დ) თირკმლის ულტრაბგერითი სკანირება

54. ცისტიტის მკურნალობის ფონზე მუცლის ქვედა არეში ტკივილის გაძლიერების და მაღალი ტემპერატურის დროს სავარაუდოა

ა) მწვავე აპენდიციტი

ბ) ღუგლასის ფოსოს აბსცესი

გ) ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

55. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ცისტიტის არსებობაზე მიუთითებს

- ა) ამოტეგვია.
- \*ბ) ლეიკოციტურია
- გ) ტკივილის არსებობა თითოთ რექტალური და ვაგინალური გასინჯვისას
- დ) შესიება ბოქვენის ზემოთ

56. მწვავე ცისტიტის მიმდინარეობა გართულდა შარდთან ერთად ჩირქის გამოყოფით აღნიშნული შეიძლება განაპირობოს

- ა) ჩირქოვანმა პიელონეფრიტმა
- ბ) ჩირქოვანმა ცისტიტმა
- გ) ჩირქოვანმა ურეთრიტმა
- \*დ) სწორია ყველა.

57. მწვავე პიელონეფრიტზე ეჭვის დროს საჭიროა შემდეგი სასწრაფო გამოკვლევები

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ბ) ქრომოციტოსკოპია
- გ) რადიოიზოტოპური რენოგრაფია
- \*დ) თირკმლის ულტრაბგერითი სკანირება და უროგრაფია

58. თირკმლის ინფარქტზე ეჭვის დროს ყველაზე ინფორმაციულია

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- \*ბ) ანგიოგრაფია
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- დ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა

59. გართულებული ჰიდრონეფროზის სიმპტომია

- ა) ჰემატურია
- \*ბ) პიურია
- გ) პალპირებადი სიმსივნე
- დ) ღიმურია

60. გამოკვლევის რომელი მეთოლია ყველაზე სარწმუნო შარდსაწვეთის ობსტრუქციით გამოწვეული ჰიდრონეფროზის გამოვლენისათვის

- ა) რეტროგრადული ურეთროპიელოგრაფია
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) ანგიოგრაფია
- დ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა

61. გამოკვლევის რომელი მეთოლია ყველაზე მეტად ინფორმაციული თირკმლის რენტგენოგრაფიული კენჭების დიაგნოსტიკისათვის

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- \*ბ) სონოგრაფია
- გ) რეტროპნეფროციტოგრაფია
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

62. ანურიის შემთხვევაში გამოკვლევის რომელი მეთოლია უკუნაჩვენები:

- \*ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) საშარდე სისტემის ორგანოების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- გ) სონოგრაფია
- დ) რეტროგრადული პიელოგრაფია

63. ჩამოთვლილი რომელი გადაუდებელი მდგომარეობის დროს არის უკუნაჩვენები ექსკრეტორული უროგრაფია?

- ა) მწვავე პიელონეფრიტის დროს
- ბ) თირკმლის გრავმის დროს
- გ) თირკმლის ჭვალის დროს
- \*დ) ანურიის დროს

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

- ა) ღალმაჯალი
- ბ) აღმაჯალი
- გ) პნევმოციტოგრაფია
- \*დ) პოლიპომიციური

65. მეორადად შეჭმუხნული და ჰიპოპლაზიური თირკმლის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში გამოკვლევის რომელი მეთოლია გადაწყვეტი?

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) რენოგრაფია
- \*გ) ბიოუსია
- დ) თირკმლის ანგიოგრაფია

66. ჰიდრონეფროზის კვლევის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს:

- ა) ქრომოციტოსკოპიას

- ბ) მიმოხილვით რენგგენოგრაფიას
- გ) შარდის დათესვას ფლორაზე
- \*დ) ექსკრეტორულ უროგრაფიასა და ექოსკოპიას

67. რომელი დაავადების დროს შეიმჩნევა უურო ხშირად თირკმლის ჭვალის სიმპტომოკომპლექსი

- ა) თირკმლის კისტის დროს;
- ბ) რენალური პიპერტენზიის დროს;
- \*გ) თირკმლებისა და შარდსაწვეთების კენჭების დროს;
- დ) თირკმლების პოლიკისტოზის დროს.

68. ავადმყოფის მდებარეობა თირკმლის ჭვალის დროს

- \*ა) მუდმივად იცვლის სხეულის მდებარეობას;
- ბ) უძრავი მუდგზე;
- გ) წევს გვერდზე;
- დ) იძულებითი პოზა სკამზე ჯდომით.

69. ტკივილების ირადიაცია თირკმლის ჭვალის დროს ტიპურად გვხვდება

- ა) მხარში, ბეჭში;
- ბ) მკერდში მახვილისებრ მორჩში;
- \*გ) საზარდულის არეში, ბარძაყში, სასქესო ორგანოებში.
- დ) ეპიგასტრიუმში;

70. დაასახელეთ თირკმლის ჭვალის შესაძლო გართულება

- ა) პროსტატიტი;
- \*ბ) ბაქტერიოტოქსიური შოკი;
- გ) ვარიკოცელე;
- დ) ურეთროცელე.

71. ძირითადად რომელი სიმპტომოკომპლექსის დროს არ არის დამახასიათებელი პულსის აჩქარება

- ა) მწვავე აპენდიციტი;
- ბ) პერიტონიტი;
- გ) მწვავე ქოლერისტიტი;
- \*დ) თირკმლის ჭვალი.

72. მუცლის დრუს ორგანოების მწვავე ქირურგიულ დაავადებების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში რომელ გამოკვლევას შეუძლია დადასტუროს ან გამორიცხოს თირკმლის ჭვალის არსებობა

- ა) ანგიოგრაფია;
- ბ) უროფლუომეტრია;
- \*გ) სონოგრაფია;
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.

73. რომელი სინჯით შეიძლება მივიღოთ წინასწარი წარმოდგენა საშარდე სისტემაში ანთებითი პროცესის ლოკალიზაციის შესახებ

- ა) რებერგის სინჯი;
- ბ) ალდის-კაკოვსკის სინჯი;
- \*გ) შარდის ორი ჭიქის სინჯი;
- დ) შარდის საერთო ანალიზი.

74. რა ეწოდება კვლევის მეთოდს, რომლის საშუალებითაც შეიძლება მენჯისა და ფიალების ვიზუალური დათვალიერება?

- ა) ურეთროსკოპია;
- ბ) ცისტოსკოპია;
- \*გ) პიელოსკოპია.
- დ) ექოგრაფია;

75. პროსტატის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას კიბოს არსებობაზე მიუთითებს

- ა) პროსტატის მასა;
- ბ) პროსტატის შარდის ბუშტში შეჭრის ხარისხი;
- \*გ) სათესლე ბუშტუკების ასიმეტრია;
- დ) ჯირკვლის არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა.

76. პროსტატის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ობსტრუქციულ მოშარდვაზე მიუთითებს

- ა) ჯირკვლის დიდი ზომები;
- ბ) ჯირკვლის არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა;
- \*გ) შარდის ბუშტის გრაბეკულობა.
- დ) პროსტატის შარდის ბუშტში შეჭრის ხარისხი;

77. პროსტატის გრანსრექტალური ექოსკოპიით გამოკვლევისას კიბოს მაჩვენებელი შეიძლება იყოს

- ა) ჰიპერექოგენური უბანი;
- ბ) კალციფიცირებული უბანი;

- \*გ) ჰიპოქოგენური უბანი;
- დ) ჯირკვლის მომატებული ზომები.

78. შარდის ბუშტის სიმსიენე ექოლოგიური გამოკვლევისას, უზშირესად, ისახება როგორც

- ა) ბუშტის არასწორი კონტური;
- ბ) ბუშტის კედლის გასქელებული უბანი;
- გ) ბუშტის კედლის ლეფექტი;
- \*დ) პლიუს ქსოვილი.

79. შარდის ბუშტის სიმსიენის ექოლოგიური შეფასებისას სიმსიენის ინვაზიურობაზე მიუთითებს

- ა) სიმსიენის ზომა;
- ბ) სიმსიენის არაერთგვაროვანი სტრუქტურა;
- გ) სიმსიენის უსწორო კონტურები;
- \*დ) სიმსიენის სოლიდურობა.

80. ქალებში შარდის დაძაბვითი შეუკავებლობის შეფასება შესაძლებელია ექოლოგიურად შემდეგი კრიტერიუმით

- ა) შარდის ბუშტის კონტურების სისწოროთ;
- ბ) ნარჩენი შარდით;
- გ) ბუშტის ტევადობით.
- \*დ) ვეზიკოურეთრალური კუთხით;

81. სათესლე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ჯირკვლის ქსოვილში შემოფარგლული დაქვეითებული ექოგენობის ქსოვილოვანი სტრუქტურის ჩანართი მიუთითებს

- ა) ორქიეპილიდიმიტზე;
- ბ) სათესლე ჯირკვლის კისტაზე;
- \*გ) სათესლე ჯირკვლის სიმსიენეზე;
- დ) შემოგრენაზე.

82. შესაძლებელია თუ არა ექოლოგიურად თირკმლის კენჭის შემადგენლობის გარკვევა

- ა) შესაძლებელია;
- ბ) შესაძლებელია, თუ კონკრეტული დიდი ზომისაა (10 მმ და მეტი);
- გ) შესაძლებელია, თუ კონკრეტული მარჯნისებრია.
- \*დ) არ არის შესაძლებელი;

83. თირკმლის ანგიომიოლიპომის დამახასიათებელი ექოლოგიური სურათია

- ა) დაბალი ექოგენობის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი არამკაფიო კონტურებით;
- \*ბ) მომატებული ექოგენობის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი მკაფიო კონტურებით;
- გ) მომატებული ექოგენობის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი არამკაფიო კონტურებით;
- დ) დაბალი ექოგენობის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი მკაფიო კონტურებით;

84. შესაძლებელია თუ არა თირკმლის მარჯნისებრი კენჭის დიაგნოსტიკა ექოლოგიურად

- ა) შესაძლებელია, თუ კენჭს თირკმლის დრუ ნაწილები მთლიანად უკავია.
- ბ) შესაძლებელია, თუ კენჭის ზომა მეტია 30 მმ-ზე;
- გ) შესაძლებელია, თუ კონკრეტული იწვევს თირკმლის მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაციას;
- \*დ) შესაძლებელია ნებისმიერ შემთხვევაში;

85. შარდსაწვეთის კენჭის ექოლოგიური დიაგნოსტიკისას თირკმლის მენჯ-ფიალათა სისტემა დილატირებულია

- ა) თუ კენჭი 10 მმ-ზე მეტი ზომისაა;
- ბ) თუ კენჭი 20 მმ-ზე მეტი ზომისაა.
- გ) ყოველთვის;
- \*დ) არა ყოველთვის;

86. თირკმლის პოლიკისტოზის დროს ექოლოგიური სურათია

- ა) მრავლობითი ორმხრივი კისტები და მკაფიოდ გამოხატული პარენქიმის კონტურები;
- \*ბ) მრავლობითი ორმხრივი კისტები და პარენქიმის წაშლილი კონტურები;
- გ) მრავლობითი ორმხრივი კისტები და მომატებული ექოგენობის პარენქიმა მკაფიო კონტურებით;
- დ) მრავლობითი ორმხრივი კისტები, მკაფიოდ გამოხატული პარენქიმის კონტურებით და მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაციით.

87. თუ თირკმლის სიმსიენე 20 მმ-ზე მეტი ზომისაა, მისი ექოლოგიური დიაგნოსტიკა შესაძლებელია

- ა) თუ სცილდება თირკმლის კონტურს;
- \*ბ) ნებისმიერ შემთხვევაში.
- გ) თუ სიმსიენე მოთავსებულია შუა მესამედში;
- დ) თუ სიმსიენე მოთავსებულია ზედა პოლუსში;

88. თირკმლის შუა მესამედში პარენქიმის ჰიპერტროფია არამკაფიო კონტურებით, არამემოსაზღვრული, თირკმლის პარენქიმის ექოგენობით მიუთითებს

- ა) თირკმელუჯრელოვან კიბოზე;
- \*ბ) ბერგინის სეგის ჰიპერტროფიაზე.



- გ) პიელონეფრიტზე;
- დ) ეპითელიალურ სიმსივნეზე;

89. თირკმლის ფტოზის ექოლოგიურად დიაგნოსტიკისას ფაფასებთ თირკმლის ზედა პოლუსის დაშორებას

- ა) დეიდლის (ან ელენთის) კილიდან;
- \*ბ) ლიაფრაგმიდან;
- გ) მე-12 ნეკნიდან;
- დ) ხერხემლიდან.

90. გლომერულონეფრიტის ექოლოგიური სურათია

- ა) პარენქიმის დაქვეითებული ექოგენობა და გამოხატული პირამიდები;
- \*ბ) პარენქიმის მომაგებული ექოგენობა, პარენქიმასა და შემკრებ სისტემას შორის წაშლილი საზღვარი, გამოხატული პირამიდები;
- გ) პარენქიმის მომაგებული ექოგენობა, მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაცია;
- დ) პარენქიმის არაერთგვაროვანი ექოგენობა, მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაცია.

91. ობსტრუქციული პიელონეფრიტის ექოლოგიური სურათია

- ა) პარენქიმის ნორმალური ექოგენობა, მ/ფ სისტემის დილატაცია;
- ბ) პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება, მ/ფ სისტემის დილატაცია;
- \*გ) პარენქიმის ექოგენობის მომაგება, მ/ფ სისტემის დილატაცია;
- დ) პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება, მ/ფ სისტემის დილატაციის გარეშე.

92. შარდსაწვეთის კონკრემენტის ექოლოგიური ვიზუალიზაცია შედარებით რთულია

- ა) პიელოურეთრალურ სეგმენტში;
- ბ) იუქსტაგეზიკალურ ნაწილში.
- გ) შარდსაწვეთის ქვედა მესამედში;
- \*დ) შარდსაწვეთის შუა მესამედში;

93. პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკისათვის შედარებით მგრძობიარე ექოლოგიური მეთოდია

- ა) ტრანსაბდომინალური ექოსკოპია;
- ბ) ტრანსპერინეალური ექოსკოპია;
- \*გ) ტრანსრექტალური ექოსკოპია;
- დ) ტრანსურეტრული ექოსკოპია.

94. ქალებში შარდის დაძაბვით შეუკავებლობის დიაგნოსტიკისას რომელი ექოლოგიური პარამეტრია მნიშვნელოვანი

- ა) შარდის ბუშტის გვეჯობა.
- ბ) შარდის ბუშტის ასიმეტრია;
- გ) შარდის ბუშტის კელეების ერთგვაროვნება;
- \*დ) ვეზიკოურეთრალური კუთხე;

95. რა პირობაა იმისათვის საჭირო, რომ ექოლოგიურად ინახოს შარდსაწვეთის ქვედა მესამედის კენჭი?

- ა) ნაწლავების გაწმენდა;
- ბ) თირკმლის მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაცია;
- \*გ) სავსე შარდის ბუშტი;
- დ) 10 მმ-ზე მეტი ზომის კენჭი.

96. ყოველთვის ისახება თუ არა ექოლოგიურად შარდსაწვეთის კენჭის არსებობისას თირკმლის მენჯ-ფიალათა სისტემის დილატაცია

- ა) ყოველთვის ისახება, თუ კონკრემენტი მდებარეობს შარდსაწვეთის ზედა მესამედში.
- ბ) ყოველთვის ისახება;
- გ) ყოველთვის ისახება, თუ კონკრემენტის ზომა მეტია 10 მმ-ზე;
- \*დ) ყოველთვის არ ისახება;

97. თირკმლის პარამიგული ცისტის ყველაზე უფრო ტიპური ექოლოგიური სიმპტომებია

- ა) ღრუ სითხოვანი ჩანართი საღა კონტურებით და ჰომოგენური შიგთავსით;
- \*ბ) ღრუ სითხოვანი ჩანართი მკვერივი კელეებით და არაჰომოგენური შიგთავსით;
- გ) ღრუ სითხოვანი ჩანართი, რომლის ზომაა 100 მმ-ზე მეტი, ჰომოგენური შიგთავსით;
- დ) ღრუ სითხოვანი ჩანართი, მრავალკამერიანი, ჰომოგენური შიგთავსით.

98. ექსკრეტორულ უროგრამაზე თირკმლის ჭვალი შეიძლება ვივარაუდოთ შემდეგი ნიშნის საფუძველზე

- \*ა) პიელოექტაზია;
- ბ) ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი;
- გ) ფიალების ზედა ჯგუფის გაღანაცვლება, გაღაადგილება;
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურების დეფორმაცია.

99. ზედა საშარდე გზების რენტგენოგრაფიული კონკრემენტების შემთხვევაში ყველაზე ინფორმატიულია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია;
- \*ბ) ულტრაბგერითი კვლევა;
- გ) ტომოგრაფია;
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

100. ნეფროფტოზის შემთხვევაში კვლევის წამყვანი მეთოდია

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა ვერტიკალურ მდგომარეობაში;
- ბ) რეტროგრადული პიელოგრაფია;
- \*გ) ექსკრეტორული უროგრაფია (რენტგენოგრაფია ვერტიკალურ მდებარეობაში);
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

101. საშარღე სისტემის მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე შარდის ბუშტის ჩრდილი

- ა) კარგად ისახება;
- ბ) ყოველთვის ვლინდება;
- გ) არასდროს არ ვლინდება;
- \*დ) იშვიათად ვლინდება.

102. თირკმლის მეჩვი და შარდსაწვეთი ცლომილია, ფიალები ხშირად ლეფორმირებული (მიჭყლეტილი), მათ შორის მანძილი მომატებულია, ანგიოგრამაზე ისახება უსისხლძარღვო ზონა. ულტრაბგერითი კვლევით პარენქიმის ლეფექტი და ექონეგატიური ზონა მკვეთრი კონტურებით. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) სიმსივნეს;
- \*ბ) სოლიტარულ კისტას;
- გ) ქრონიკულ პიელონეფრის;
- დ) ჰიდრონეფროზს.

103. მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე თირკმლის გადილებული, არაერთგვაროვანი ჩრდილი არასწორი კონტურებით, რეტროგრადულ პიელოგრაფიაზე ფიალების გაგანიერება ან ამპუტაცია, მეჩვის ავსების ლეფექტი არასწორი, უზურირებული კონტურებით უპირატესად ახასიათებს

- ა) სოლიტარული კისტა;
- ბ) ჰიდრონეფროზი.
- \*გ) სიმსივნე;
- დ) ტუბერკულოზი.

104. ჰიდრონეფროზის შემთხვევაში უფრო რაციონალურია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია;
- ბ) ანგიოგრაფია;
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია;
- \*დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

105. თირკმლის ფუნქციის არარსებობის შესახებ დასკვნა შეიძლება გამოტანილ იქნას შემდეგ შემთხვევაში

- ა) ფიალები და მეჩვი არ კონტრასტირდება უროგრაფიისას;
- \*ბ) არ ისახება ნეფროგრაფიული ფაზა რადიოიოტოპური კვლევისას;
- გ) მეჩვი-ფიალოვანი სისტემა უცვლელია რეტროგრადული პიელოგრაფიის დროს;
- დ) თირკმლის სისხლძარღვოვანი სურათი უცვლელია.

106. საშარღე გზების რენტგენოკონტრასტულობის ინტენსივობაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ექსტრარენალური ფაქტორები

- ა) ადინამია;
- ბ) ჰემატურია;
- \*გ) კონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა და კონცენტრაცია;
- დ) თანმხლები დაავადებები.

107. ექსკრეტორული უროგრაფიის დროს საშარღე გზების გამოსახვის ხარისხზე გავლენას ახდენს შემდეგი

- \*ა) ხანდაზმული ასაკი;
- ბ) ბავშვთა ასაკი;
- გ) ორსულობა;
- დ) ნაკლებმოდრაფი ცხოვრების წესი.

108. თირკმლების ყველაზე ხშირ დაავადებებს ეკუთვნის

- ა) გლომერულონეფრიტი;
- \*ბ) პიელონეფრიტი;
- გ) ნეფროფტოზი;
- დ) სიმსივნეები.

109. თირკმლის კისტისათვის ნეფროგრაფიულ ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) პარენქიმის არათანაბარი კონტრასტირება;
- ბ) პარენქიმის სუსტი კონტრასტირება;
- \*გ) პარენქიმის ლეფექტი;
- დ) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა.

110. კისტისთვის, უროგრაფიის გამოყოფის ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) ფიალებზე მეწოლის სურათი
- \*ბ) ფიალებზე მეწოლა და ცლომა.

- გ) ფიალებისა და მენჯის ინფილტრაცია;
- დ) ფიალის ცლომა

111. ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმსივნური წარმონაქმნებიდან საშარღე გზებში ყველაზე ხშირად გვხვდება

- ა) კისტა;
- ბ) პაპილომა;
- გ) სარკომა;
- \*დ) კიბო.

112. ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან თირკმელში ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება

- ა) სარკომა;
- ბ) კიბო;
- გ) პაპილომა;
- \*დ) კისტა.

113. დაავადების მემკვიდრეობითი ხასიათი აქვს

- \*ა) პოლიკისტოზი;
- ბ) მელნარულ კისტოზურ დაავადებას;
- გ) მულტიკისტოზურ თირკმელს;
- დ) სოლიტარულ კისტას.

114. თირკმლის ჭვალს ექსკრეტორულ უროგრამაზე მიუთითებს

- ა) ფიალებისა და მენჯის ლეფორმაცია;
- ბ) „თეთრი“ თირკმლის არსებობა (ნეფროგრამა)
- გ) საშარღე გზების კონტრასტირების არარსებობა;
- \*დ) მენჯის დილატაცია;

115. შარდსაწვეთის ინგრამურული ნაწილის კენჭების დროს, რომელიც არღვევს უროლინამიკას, რა ხასიათისაა ტკივილი

- ა) არა ძღიერად გამოხატული
- ბ) ყრუ
- გ) მწვავე
- \*დ) მწვავე, შეტევეთი ხასიათის

116. ავადმყოფს, შარდსაწვეთის ინგრამურული ნაწილის კენჭის დროს, ტკივილების ლოკალიზაცია და ირადიაცია აქვს

- ა) წელის ქვემოთ ირადიაციით ბეჭქვემოთ
- ბ) მუცლის გვერდით ნაწილში, ირადიაციით წელის არეში
- გ) საშარღელის არეში ირადიაციით ბარძაყზე
- \*დ) წელის არეში, ირადიაციით საშარღელის არეში, ბარძაყის შიგნითა მელაპირზე და სასქესო ორგანოებში

117. მწვავე პარენქიმატოზული პროსტატიტის დროს ტკივილები არის:

- ა) მუღმივად შემაწუხებელი
- ბ) შეტევეთი ხასიათის
- \*გ) ინტენსიური, თითქოს პულსაციის მქონე
- დ) ყრუ

118. მწვავე პარენქიმატოზული პროსტატიტის დროს ტკივილები ლოკალიზდება

- ა) სიღიმის ქვემოთ
- ბ) წელის არეში
- გ) თირკმლის და გავა წელის არეში
- \*დ) შორისის და გავის ძელის არეში

119. დიზურია - ესაა

- ა) ხშირი შარღვა
- ბ) მტკიენეული შარღვა
- \*გ) ხშირი, მტკიენეული, გაძნელებული შარღვა
- დ) გაძნელებული შარღვა

120. დიზურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა:

- ა) ტუბერკულოზის
- ბ) წინამღებარე ჯირკვლის აღენომის
- \*გ) თირკმლის სიმსივნის
- დ) ცისტიტის

121. დიზურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილის დროს, გარდა:

- ა) შარღის ბუშტის სიმსივნისა
- ბ) შარღის ბუშტის კენჭებისა
- გ) ცისტიტისა
- \*დ) ორქიტისა

122. სტრანგურია - ესაა

ა) გაძნელებული შარდვა წვეთობით

ბ) შარდვა ტკივილით

გ) ხშირი შარდვა

\*დ) გაძნელებული მტკივნეული შარდვა წვეთობით

123. სტრანგურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა:

ა) ურეთრის უცხო სხეულისა

ბ) შარდის ბუშტის კენჭებისა

გ) შარდსაწვეთის კენჭებისა

\*დ) მწვავე პროსტატიტისა

124. სტრანგურია გვხვდება

ა) ინტერსტიციული ცისტიტის დროს

ბ) გამობაგული ფიმომის დროს

გ) ურეთრის ნაწილობრივი დაზიანების დროს

\*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

125. ნიქტურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა:

ა) გულის უკმარისობისა

\*ბ) შაქრიანი დიაბეტისა

გ) თირკმელების ქრონიკული უკმარისობისა

დ) წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზიისა

126. პოლაკიურია - არის:

ა) დიურეზის გადიდება

\*ბ) შარდვის გახშირება ღლისით და ღამით

გ) შარდვის გახშირება ღამით

დ) შარდვის გახშირება ღლისით

127. პოლაკიურია არ გვხვდება:

ა) ცისტოციტის დროს

\*ბ) შარდსაწვეთის ზემო მესამედის კენჭისას

გ) ნევრასთენიის დროს

დ) ისტერიის დროს

128. პოლაკიურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადებისას, გარდა:

ა) თირკმლის დაავადებების დროს

ბ) ცისტალგიის დროს

გ) შარდის ბუშტის კენჭების დროს

\*დ) თირკმლის სიმსივნის დროს

129. ოლიგურია - არის

ა) შარდის გამოყოფის დაგვიანება

ბ) იშვიათად შარდვა

\*გ) შარდის რაოდენობის შემცირება

დ) შარდის რაოდენობის გაზრდა

130. ოლიგურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა:

ა) მიქსედემის

ბ) გლომერულონეფრიტის

გ) გულის უკმარისობის

\*დ) თირკმლის სიმსივნის

131. 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

132. რენოპრიული ანურია გვხვდება:

ა) ჰიდრონეფროზის დროს

\*ბ) ორივე თირკმლის, ან ერთად-ერთი თირკმლის ამოკვეთის დროს

გ) თირკმლის პოლიკისტოზის დროს

დ) თირკმელების ჰიპოპლაზიის დროს

133. პოლიურია გვხვდება:

- ა) თირკმელების მწვავე უკმარისობის დროს
- ბ) თირკმელების ქრონიკული უკმარისობის დროს
- გ) შაქრიანი დიაბეტის დროს
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

134. პოლიურია გვხვდება ყველა ჩამოთვლილის დროს, გარდა:

- ა) თირკმელების ალოგრანსპლანტაციის შემდეგ
- \*ბ) თირკმელების ტუბერკულოზის დროს
- გ) ობსტრუქციული უროპათიის ლიკვიდაციის შემდეგ
- დ) ჰიპოფიზის შუამდებარე ნაწილის ღამბიანების დროს

135. 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

136. შარდის შეკავება გვხვდება ყველა ჩამოთვლილის დროს, გარდა:

- ა) წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს
- \*ბ) თირკმლის მწვავე უკმარისობის
- გ) ურეთრის სტრიქტურის
- დ) ურეთრის კენჭების

137. პარადოქსალური იშურია არის:

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

138. 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

139. პროტეინურიის შეასხებ შეგვიძლია ვილაპარაკოთ, როდესაც შარდში ცილის რაოდენობა:

- ა) ნიშნები
- ბ) 0,033 გ/ლ-ზე ნაკლებია
- \*გ) 0,033 გ/ლ-ზე მეტია
- დ) 0,06 გ/ლ-ზე მეტია

140. 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

141. 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 გრავმის დროს

142. პნევმატურია გვხვდება

- ა) შარდაწვეთ-ნაწლავის ფისტულის დროს
- ბ) შარდისტბუშტ-საშოს ფისტულის დროს
- გ) შარდისტბუშტ-ნაწლავის ფისტულის დროს
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილის დროს

143. შარდსაწვეთის კათეგორიზაციის ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შარდის მიღება ცალ-ცალკე შარდსაწვეთიდან
- ბ) რეგროგრადული პიელოგრაფიისა და ურეთროგრაფიის ჩატარება
- გ) მექანიკური ანურია
- \*დ) სეკრეტორული ანურია

144. შარდსაწვეთის კათეგორიზაციის უკუჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) მწვავე არაობსტრუქციული პიელონეფრიტი
- \*ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

- გ) მწვავე ურეთრიტი და პროსტატიტი
- დ) მწვავე ეპიდლიმიტი

145. შარდსაწვეთის კათეგორიზაციის გართულებას წარმოადგენს:

- ა) შარდსაწვეთის პერფორაცია
- ბ) თირკმლის მენჯის პერფორაცია
- გ) საშარდე გზების ინფექციის გამწვავება
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი სწორია

146. ურეთრის ბუკირების გართულება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ურეთრალური ცხელება
- ბ) მწვავე პროსტატიტი და ეპიდლიმიტი
- გ) ურეთრორაგია
- \*დ) ფორნიკალური სისხლდენა

147. ცისტოსკოპიის ჩატარების დროს აუცილებელია:

- ა) ურეთრის გამტარობა
- ბ) შარდის ბუშტის ტევადობა 75 მლ-ზე მეტი
- გ) შარდის ბუშტის აესების შესაძლებლობა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

148. ურეთროსკოპიის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) ურეთრის ქრონიკული ანთებითი პროცესი
- ბ) ურეთრის სიმსისენეები
- გ) კოლიკულიტი
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

149. ურეთროსკოპიის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) მწვავე ცისტიტი, ურეტრიტი
- ბ) ფიმოზი
- გ) მწვავე პროსტატიტი
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

150. უროფლოუმეტრიის ჩვენებად ითვლება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

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

151. უროფლოუმეტრიის შედეგებზე მოქმედებს

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

152. უროფლოუმეტრიის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

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

153. სფინქტერომეტრიის ჩვენებას წარმოადგენს:

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

154. რენტგენოკონტრასტული ნივთიერების ვენაში შეყვანის დროს შესაძლებელია ყველა რეაქცია, გარდა:

- ა) თავის ტკივილი და თავბრუსხვევა
- ბ) სიმხურვალის შეგრძნება
- გ) პირში მეტალის გემოს შეგრძნება
- \*დ) მაკროჰემიატურია

155. რენტგენოკონტრასტული 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 ბადურის ჩამოფცქვნა
- დ) კოლაფსი, თირკმელების მწვავე უკმარისობა

156. შარდის ბუშტის კიბოს დროს შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს

- ა) დაღმავალი ცისტოგრაფია
- ბ) სონოგრაფია
- გ) ცისტოსკოპია
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

157. ანტიგრაფული პიელოგრაფის ჩვენებაა ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰილრონეფროზი მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის გამტარებლობის დარღვევით
- ბ) თირკმლის, შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ტუბერკულოზი
- გ) შარდსაწვეთის სტრიქტურა
- \*დ) თირკმლის სიმსივნე

158. ანტიგრაფული პიელოგრაფის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) შარდსაწვეთის კენჭი ან სიმსივნე თირკმლის ბლოკადით
- ბ) ნეფროსტომის მდებარეობის შემოწმება
- გ) ზემო საშარდე გზების გამტარებლობის განსაზღვრა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

159. რეგროგრაფული პიელოგრაფის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) თირკმლის ან შარდსაწვეთის ურატული კენჭები
- ბ) თირკმლის მენჯის პაპილარული კიბო
- გ) თირკმლის ტუბერკულოზი
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

160. რეგროგრაფული ურეთროპიელოგრაფის გართულებას წარმოადგენს

- ა) თირკმლისა და შარდსაწვეთის პერფორაცია
- ბ) მწვავე პიელონეფრიტი
- გ) თირკმელების მწვავე უკმარისობა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

161. ავადმყოფის რადიოიზოტოპური გამოკვლევის ათვის მოსამზადებლად გამოიყენება:

- ა) გამწმენდი ოენა
- ბ) მშრალი საკვები
- \*გ) საკვებისა და სითხის მიღების ჩვეულებრივი რეჟიმი
- დ) პრეპარატის სასინჯი ღობის შეყვანა

162. ავადმყოფის რენოგრაფიული გამოკვლევის დროს ყველაზე უფრო მოხერხებულ მდგომარეობას წარმოადგენს

- \*ა) მჯღომარე მდგომარეობა, ლეგექტორების ზურგის მხრიდან მდებარეობით
- ბ) მდგომარე მდგომარეობა, ლეგექტორების მდებარეობით მუცლის მხრიდან
- გ) მწოლიარე მდგომარეობა, ლეგექტორების მდგომარეობით ზურგის მხრიდან
- დ) მწოლიარე მდგომარეობა, ლეგექტორების მდებარეობით მუცლის მხრიდან

163. რენოგრაფიის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) ინდივიდუალური მგრძნობელობა იოდის შემცველი ნივთიერებებისადმი
- \*ბ) პრაქტიკულად არ აქვს უკუჩვენება
- გ) თირკმლის უკმარისობა
- დ) ღვიძლის უკმარისობა

164. თირკმლის კიბოს ულტრაბგერითი ნიშნებია:

- ა) მოცულობითი წარმონაქმნი მთავრად ფორმის
- ბ) მოცულობითი წარმონაქმნი ოვალური ფორმის
- გ) თხელკედლიანი მოცულობითი წარმონაქმნი ჰიპოექოგენური სტრუქტურის
- \*დ) მომრგვალო ფორმის, სოლიდური სტრუქტურის მოცულობითი წარმონაქმნი

165. შარდსაწვეთის ვიზუალიზება მისი ულტრაბგერითი სკენირების დროს შესაძლებელია

- ა) ყველა შემთხვევაში
- ბ) არასოდეს
- გ) თუ ის არაა გაფართოებული
- \*დ) თუ ის დილატირებულია

166. ულტრაბგერით სკენირებას აქვს შესაძლებლობა გამოავლინოს თირკმლის აპოსტემატოზი

- ა) 10-20% შემთხვევაში
- ბ) 20-30% შემთხვევაში
- გ) 35-50% შემთხვევაში
- \*დ) არა აქვს შესაძლებლობა

167. ულტრაბგერით სკენირებას აქვს შესაძლებლობა გამოავლინოს ურატული კენჭები ფიალებში 1,0 სმ ღიაგერით

- ა) 10-20% შემთხვევაში
- ბ) 20-50% შემთხვევაში
- გ) 50-90% შემთხვევაში
- \*დ) 100% შემთხვევაში

168. ულტრაბგერით სკენირებას აქვს შესაძლებლობა გამოავლინოს ოქსალატური კენჭები ფიალებში 1,0 სმ ღიაბგერით

- ა) 10-20% შემთხვევაში
- ბ) 20-50% შემთხვევაში
- გ) 50-90% შემთხვევაში
- \*დ) 100% შემთხვევაში

169. ნოვოკაინის ბლოკადის რომელი სახე გამოიყენება შარდსაწვეთის ჭვალის და მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე დაავადებათა დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის

- ა) პრესაკრალური
- ბ) ბუშგის წინა
- \*გ) სათესლე ბაგირაკის საშვილოსნოს მრგვალი იოგის ბლოკადა
- დ) ეპიდურალურ-საკრალური

170. დაასახელეთ შარდისბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო გავრცელებული მეთოდი:

- ა) ცისტოსკოპია
- \*ბ) მიქციური ცისტოგრაფია
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- დ) ურეთროგრაფია

171. რა ეწოდება გამოკვლევის მეთოდს, რომელიც საშუალებას იძლევა ვაწარმოთ ვიზუალური დათვალიერება თირკმლის მენჯის და ფიალების

- ა) ურეთროსკოპია
- ბ) ცისტოსკოპია
- გ) რენოგრაფია
- \*დ) პიელოსკოპია

172. დაასახელეთ ქვემო საშარდე გზების უროლინაზის გამოკვლევის მეთოდი

- ა) ცისტოგრაფია
- ბ) ქრომოცისტოსკოპია
- გ) ურეთროცისტოსკოპია
- \*დ) უროფლოუმეტრია

173. რომელი ეტიოლოგიური პროცესის დროს ვითრდება ორხოეპიდიდიმიტი

- \*ა) ტუბერკულოზის
- ბ) გონორეის
- გ) ქლამიდიოზის
- დ) სიფილისისარასპეციფიური ანთებითი დაავადებანი და კენჭოვანი დაავადებები

174. მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის ფორმებია

- ა) აპოსტომატოზი
- ბ) აბსცესი
- გ) კარბუნკული
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

175. ორსულთა შორის მწვავე პიელონეფრიტის სიხშირე შეადგენს:

- ა) 0%
- ბ) 1%
- \*გ) 11%
- დ) 50%

176. ყველაზე ხშირად პიელონეფრიტს იწვევს:

- \*ა) ნაწლავის ჩხირი
- ბ) პროტეუსი
- გ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადი ჩხირი
- დ) სტაფილოკოკი

177. მწვავე პიელონეფრიტი შეიძლება გამოიწვიოს

- ა) ნაწლავის ჩხირმა
- ბ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადმა ჩხირმა
- გ) ენტეროკოკმა
- \*დ) სტაფილოკოკმა

178. მწვავე პიელონეფრიტის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ:



- ა) პოლიურია
- ბ) გაღახურება
- \*გ) შარდის პასაჟის დარღვევა
- დ) თირკმელებში არტერიული სისხლის ღინების დარღვევა

179. მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის დროს თირკმელებში ცვლილებები ხასიათდება

- ა) სისხლძარღვების შეღწევალობის-გამგარობის დარღვევით
- ბ) შემაერთებელი ქსოვილის ლეიკოციტარული ინფილტრაციით
- გ) შემაერთებელ ქსოვილში მიკრობების თავმოყრით
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილით

180. მწვავე პიელონეფრიტის დროს, როდესაც თირკმელებიდან შარდის პასაჟი დარღვეულია, სიმპტომების განვითარება აღინიშნება შემდეგი თანმიმდევრობით: 1) შემცივნება; 2) თირკმლის არეში ტკივილები; 3) მალალი ტემპერატურა; 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

181. შარდის ნალექში ლეიკოციტების მინიმალური რაოდენობა, რომელიც უჩვენებს ლეიკოციტურიას, შეადგენს:

- ა) 2-5 ლეიკოციტი მხედველობის არეში
- \*ბ) 6 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში
- გ) 10 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში
- დ) 20 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში

182. ლეიკოციტურიაზე მიუთითებს ლეიკოციტების რაოდენობა ერთ მილილიტრ შარდის ”შუა” ულუფაში

- ა) 1000-დან 2000-მდე
- ბ) 2000-დან 4000-მდე
- \*გ) 4000-ზე მეტი
- დ) 5000-ზე მეტი

183. დაბჯითებით შეიძლება ითქვას ბაქტერიურიის არსებობის შესახებ თუ 1 მლ შარდში ბაქტერიების რაოდენობა უდრის

- ა) 5000
- ბ) 10 000-ზე მეტს
- გ) 50 000-ზე მეტს
- \*დ) 100 000-ზე მეტს

184. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ერთიდაიგივე ანტიბიოტიკის განუწყვეტლად მიღება არაა საჭირო უფრო ხანგრძლივად:

- ა) 3 დღემდე
- \*ბ) 5-7 დღემდე
- გ) 8-10 დღემდე
- დ) 10-14 დღემდე

185. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ანტიბაქტერიული მკურნალობა საჭიროა ჩატარდეს

- ა) პიურიის გაქრობამდე
- ბ) ბაქტერიურიის გაქრობამდე
- გ) ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერამდე
- \*დ) ხანგრძლივად - რამდენიმე თვის განმავლობაში

186. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ავადმყოფმა უნდა მიიღოს სითხე

- ა) შეღარებითიშეზღუდვით
- ბ) ჩვეულებრივი რაოდენობით
- \*გ) მომატებული რაოდენობით
- დ) ღიდი რაოდენობით

187. მწვავე პიელონეფრიტის დროს სუფრის მარტივი ავადმყოფმა უნდა მიიღოს

- ა) უმარტილო დიეტა
- ბ) შემზღუდული რაოდენობით
- \*გ) ჩვეულებრივი რაოდენობით
- დ) მომატებული რაოდენობით

188. კაპილარების უჯრედების შემზრანის გამგარებლობას ამცირებს ვიგამინები:

- ა) B1
- ბ) B6
- \*გ) C და P
- დ) A

189. ავადმყოფი, 47 წლის შემოვიდა უროლოგიურ განყოფილებაში ეჭვით მარცხენა თირკმლის კარბუნკულზე. ავალა 6 დღე. სხეულის ტემპერატურა 37,8-38,5 გრადუსი ჩ. მას საჭიროა ჩატარდეს გამოკვლევები თანმიმდევრობით: 1) იმოტოპიური რენტგენოგრაფია; 2)

- შრდის და სისხლის ანალიზი; 3) ულტრაბგერითი გამოკვლევები; 4) ღინამიური ნეფროსცინტიგრაფია; 5) თირკმლის ანგიოგრაფია; 6) ექსკრეტორული უროგრაფია; 7 რეგროგრადული პიელოგრაფია
- ა) სწორია თანმიმდევრობა 1;2;3;4;5;6;7
  - \*ბ) სწორია თანმიმდევრობა 2;3;6
  - გ) სწორია თანმიმდევრობა 2;4;1;3;7;5;6
  - დ) სწორია თანმიმდევრობა 2;1;5;4;6;7;3

190. ავადმყოფი - 64 წლის მამაკაცი. დაუდგინდა მარცხენა თირკმლის ქვემო პოლუსის კარბუნკული 2X3სმ. შარდის პასაჟი და თირკმლის ფუნქცია შეცვლილი არ არის. ავალაბ 3 დღეა. არ უმკურნალია. ექიმის ტაქტიკა ითვალისწინებს:

- \*ა) ანტიბაქტერიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაციას - მარცხენა თირკმლის რეზექციით, კარბუნკულია ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სივრცის ღრეინრებით,
- ბ) გეგმიური ოპერაცია - თირკმლის რეზექციით, კარბუნკულის ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სივრცის ღრეინრებით, ანტიბაქტერიულ თერაპიას
- გ) კარბუნკულის ტრანსკუტანულ პუნქციას, ანტიბაქტერიულ მკურნალობას
- დ) ნეფროექტომიას

191. 65 წლის ავადმყოფი ქალი შემოვიდა მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიგის და მარჯვენა თირკმლის მეჩხის 1,5X2 სმ კენჭის გამო. 10 დღის განმავლობაში აქვს მაღალი გემპერაგურა პერიოდული შემცივნებებით. მისთვის აუცილებელია:

- ა) შარდსაწვეთის კათეგერიზაცია
- ბ) კონსერვატული მკურნალობა
- გ) დისტანციური ლითოტრიპსია
- \*დ) ოპერაცია - თირკმლის რევიზია, პიელოლითოტომია

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

- ა) ინგენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა
- ბ) ნეფრექტომია
- \*გ) ოპერაცია - აბსცესის გახსნა და ღრეინრება, ან აბსცესის პერკუტანული პუნქცია და მისი ღრუს ღრეინრება
- დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის ღრეინრება

193. ავადმყოფი 24 წლისაა, ორსულობა 25 კვირის, მწვავე მარჯვენამხრივი სეროზული პიელონეფრიტი, ექტაზირებულია მეჩხი და მარჯვენა შრდსაწვეთი. ავადმყოფის მკურნალობისთვის საჭიროა

- ა) ორსულობის შეწყვეტა
- ბ) შრდსაწვეთის კათეგერიზაცია
- გ) პერკუტანული პუნქციური ნეფროსტომია
- \*დ) ავადმყოფი მუღმივად უნდა იწვევს მოწინააღმდეგე მხარეზე და ჩაუტარდეს ანტიბაქტერიული მკურნალობა

194. მწვავე პიელონეფრიგის გართულებას წარმოადგენს

- ა) თირკმლის ღერილების ნეკროზი, პარანეფრიტი
- ბ) ენდოტოქსიური შოკი, თირკმლის მწვავე უკმარისობა
- გ) სეფსისი, სეპტიკოპიემია, მეტასტაზური ჩირქგროვების განვითარებით
- დ) არცერთი ჩამ, ონათვალთაგან
- \*ე) სწორია ყველა

195. ქრონიკული პიელონეფრიტი უფრო ხშირად ვითარდება:

- ა) აღრეულ ბავშვთა ასაკში
- ბ) ახალგაზრდულ ასაკში
- გ) საშუალო ასაკში
- \*დ) ხნიერთა და მოხუცთა შორის

196. ქრონიკული პიელონეფრიტით ავადობას სქესთან დაკავშირებით აქვს შემდეგი კანონზომიერება

- ა) მამაკაცები ავადდებიან 4-ჯერ უფრო ხშირად
- ბ) მამაკაცები ავადდებიან 2-ჯერ უფრო ხშირად
- გ) ქალები ავადდებიან 2-ჯერ უფრო ხშირად
- \*დ) ქალები ავადდებიან 4-ჯერ უფრო ხშირად

197. ქრონიკულ პიელონეფრიგს ყველაზე უფრო ხშირად იწვევს

- ა) სტაფილოკოკი
- \*ბ) ნაწლავის ჩხირი
- გ) პროტეუსი
- დ) ენტეროკოკი
- ე) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადი ჩხირი

198. ქრონიკული პიელონეფრიგის დროს ყველაზე უფრო მიანდება

- ა) თირკმლის გორგლების სისხლძარღვოვანი ქსელი
- ბ) ბოუმანის კაფსულა
- \*გ) თირკმლის მილაკები
- დ) ჰენლეს მარყუქის ასწერივი მუხლი

199. ქრონიკული პიელონეფრიტისთვის უფრო დამახასიათებელია

- \*ა) მილაკების ფუნქციის დარღვევა
- ბ) გორგლების ფუნქციის დარღვევა
- გ) ფიალების ფუნქციის დარღვევა
- დ) მილაკების ფილტრაციული ფუნქციის დარღვევა

200. ქრონიკული პიელონეფრიტისათვის უფრო მეტად დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს

- ა) ლაზინებული თირკმლის ბომაში მომატება
- \*ბ) მარჯვენა და მარცხენა თირკმლის ფუნქციის სხვადასხვა ხარისხით დარღვევა
- გ) ჰექტიური ცხელება
- დ) მარჯვენა თირკმლის ფუნქციის შეღარებით მეტად დარღვევა მარცხენასთან შეღარებით

201. 34 წლის ქალს, დისპანსერიზაციის პროცესში შრდის ნალექს გამოუვლინდა მხედველობის არეში 25-30 ლეიკოციტი. ჩივილები არ აქვს. ანამნეზში მითითება უროლოგიურ დაავადებაზე არ აქვს. ყველაზე უფრო შესაძლო დიაგნოზია

- \*ა) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- ბ) ქრონიკული ცისტაიტი
- გ) ქრონიკული ურეთრიტი
- დ) პიელიტი

202. ქალს მთელი წლის განმავლობაში აქვს ცისტაიტის მოვლენები. შარდი მუავე რეაქციისაა. მიუხედავად იმისა, რომ ღებულობს ანტიბაქტერიულ პრეპარატებს, ლეიკოციტურია მყარია. ყველაზე უფრო შესაძლო დიაგნოზია

- ა) ქრონიკული ცისტაიტი
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- \*გ) შრდის ბუშტის ტუბერკულოზი
- დ) თირკმლის ტუბერკულოზი
- ე) ცისტალგია

203. 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 ჩატარდეს:

- ა) შარდის საერთო ანალიზი
- \*ბ) ორ ჭქიანი ან სამ ჭქიანი სინჯი
- გ) შარდის გამოკვლევა, რომელიც მიღებულია შრდის ბუშტის კათეტერიზაციის შედეგად
- დ) პერდნიზოლონის საპროვოკაციო სინჯი

204. ორსულთა შორის პიელონეფრიტის განვითარების ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი არის: 1) გადიდებული საშვილოსნოს გეწოლა შარდსაწვეთებზე; 2) ჰორმონალური ცვლილებების გამოშრდსაწვეთის დილაგაცია; 3) ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითება

- ა) 1
- ბ) 2
- \*გ) 1;2
- დ) 1;2;3

205. არჩევენ ქრონიკული პარანეფრიტის შემდეგ ფორმებს: 1) ჩირქოვან-ნეკროზული; 2) ფიბროზულ-სკლეროზული; 3) ფიბროზულ-ლიპომატოზური; 4) ლატენტური

- ა) 1;2
- ბ) 2;4
- გ) 4;1
- \*დ) 2;3

206. პარანეფრიტის ყველაზე უფრო ხშირ გამომწვევს წარმოადგენს

- ა) პნევმოკოკი
- ბ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერია
- \*გ) სტაფილოკოკი და ნაწლაგის ჩხირი
- დ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბალი ჩხირი და ენტეროკოკი
- ე) ვირუსი

207. მწვავე პარანეფრიტისათვის დაავადების დასაწყისში დამახასიათებელია

- ა) სექტიური ცხელება
- \*ბ) ცხელების მუდმივი ტიპი
- გ) გარდამავალი ტიპის ცხელება
- დ) სუბფებრილური ტემპერატურა

208. მწვავე პარანეფრიტი დროს ტკივილები

- \*ა) ლოკალიზირდება წელის არეში
- ბ) ირადიაციას იძლევა ბუჭის არეში
- გ) ირადიაციას იძლევა ბარძაყის მიდამოს წინ და ქვემოთ
- დ) ირადიაციას იძლევა ჭირპის არეში

209. მწვავე პარანეფრიტის დროს ფსრას სიმპტომის ნიშნებია:

- ა) წელის ტკივილები მოძრაობის დროს
- ბ) წელის ტკივილები ავადმყოფის მდებარეობის დროს მოწინააღმდეგე მხარეზე
- გ) ტკივილები ფეხის გამართვისას
- \*დ) ფეხი დაზიანების მხარეზე მოხრილია მუხლში, მენჯ-ბარძაყის სახსარში და მსუბუქად მიზიდულია მუცლისკენ
- ე) დაზიანების მხარეზე წელის არეში ხელის მირგყმისას ფეხების მოძრაობა მუხლებში

210. მწვავე პარანეფრიტის დროს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება: 1) ხერხემლის სკოლიოზი დაზიანების მოწინააღმდეგე მხარეზე; 2) ხერხემლის სკოლიოზი დაზიანების მხარეზე; 3) ხერხემლის როტაცია; 4) წელის კუნთების კონტურები წაშლილია (არ არსებობს)

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- \*ე) 1,3

211. პარანეფრალური აბსცესის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) იზოტოპური რენოგრაფია
- \*დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- ე) პარანეფრალური პუნქცია

212. ცისტითი 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

213. ცისტიტის განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება

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

214. შარდის ბუშტში ინფექციის შეჭრის ყველაზე უფრო ხშირ გზას წარმოადგენს

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

215. ჩამოთვლილთაგან რომელი ცნება არის სწორი ლეტრუმორის კომპლიანსთან მიმართებაში?

- ა) ეს არის მოცულობის ცვლილება, რომელიც იძლევა წნევის ცვლილებას
- ბ) ეს არის ობსტრუქციის განზომილება
- \*გ) კომპლიანსის განსაზღვრაზე გაეყენება ახლენს აესების სიჩქარე
- დ) ნორმალური წნევის მრღა, რომელიც ჩMG ტესტის დროს არის წყლის სვეტის 50სმ

216. CMG (Cystometography) ტესტით რუტინულად ისაზღვრება

- ა) ტევალობა
- ბ) კომპლიანსი
- გ) მგრძობელობა
- \*დ) ობსტრუქცია

217. არასტაბილური ბუშტის შეკუმშვა

- ა) ის განისაზღვრება როგორც წნევის უნებლიე მრღა წყლის სვეტის 20სმ-ის ზემოთ
- ბ) ხშირად აღინიშნება იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ იმპერატიული შეუკავებლობა
- გ) მას უწოდებენ ლეტრუმორის ჰიპერრეფლექსიას ნევროლოგიურად ინტაქტურ პაციენტებში
- \*დ) შეიძლება ინჰიბირდეს სენსორული შეუკავებლობის მქონე პაციენტებში

218. რომელი დებულებაა სწორი ლეტრუმორის წნევის (Pdet) შესახებ?

- ა) ის არის ბუშტის წნევის კომპონენტი, რომელიც იქმნება ექსტრავეზიკალური ძალებით
- ბ) ის გამოითვლება ინტრავეზიკალური (Pdet) და აბდომინალური (Pabd) წნევების შეჯამებით
- გ) ლეტრუმორის (Pdet) წნევის ცვლილება არ არის დამოკიდებული (Pves) ბუშტის წნევის ცვლილებაზე
- \*დ) არცერთი ზემოთჩამოთვლილი

219. დებულებებიდან, რომელია მართებული ლეტრუმორის გაყონვის წერტილის წნევისთან (DLPP) დაკავშირებით?

- ა) DLPP არის ყველაზე დაბალი წნევა, რომელიც იწვევს შარდის ქონვას აბლომინალური შეკუმშვების დროს
- \*ბ) DLPP ასახავს ურეთრის რემისგენგულობას შარდის ბუშტის მიმართ
- გ) 20მე ნაკლები DLPP ასოცირდება მეღა საშარდე გრაქტის დისფუნქციის მაღალ რისკთან
- დ) ლეგრუმორის წნევა განსაზღვრავს გამოსავლის ობსტრუქციას

220. ვასლავას ქონვის წერტილის წნევის (VLPP) შესახებ რომელი დებულებაა სწორი?

- ა) ნორმალური პოზიციის და ფუნქციის მქონე ურეთრას შეუძლია გამოიწვიოს შარდის გაქონვა გაჭინთვისას
- ბ) დაბალი VLPP ნიშნავს, რომ შეუკავებლობის მიზეზი მარტო სტრესული შეუკავებლობაა
- გ) არსებობს მჭიდრო კავშირი VLPP-სა და ურეთრის დახურვის მაქსიმალურ წნევას (MUCP) შორის
- \*დ) არცერთი მათგანი

221. ვასლავას ქონვის წერტილის წნევის (VLPP) მაგების მიზეზი არის ყველა ქვემოთჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პროლაფსისა
- ბ) პაციენტის მოუსვენრობა
- \*გ) ბუშტის დაბალი კომპლენსი
- დ) ყველა ჩამოთვლილი იწვევს VLPP-ს მაგებას

222. რომელი დებულებაა სწორი წნევა-ნაკადის კვლევის შესახებ?

- ა) კათეტერის ზომა არ არის მნიშვნელოვანი
- ბ) თუ პაციენტს არ შეუძლია რომ მოშარდოს, მას აქვს ბუშტის არეფლექსია
- \*გ) გვიანი შეკუმშვები უფრო ხშირია პაციენტებში არასტაბილური ბუშტით
- დ) ნარჩენი შარდის არარსებობა გამოიწვევს ბუშტის გამოსავლის ობსტრუქციას

223. ვიდეო-უროდინამიკის უპირატესობებია:

- ა) ობსტრუქციის და მისი ლოკალიზაციის განსაზღვრის შესაძლებლობა
- ბ) ბუშტის ყელის გახსნის სიდიდის განსაზღვრა
- გ) სპინქტერის დისინერგიის დიაგნოსტიკის შესაძლებლობა
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

224. ქალებში შარდის შეუკავებლობის სახეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება

- \*ა) სტრესული
- ბ) იმპერატიული
- გ) შერეული
- დ) შეუკავებლობის დანარჩენი სახეები

განვითარების ანომალიები

225. შემრდილი თირკმლების დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- \*დ) რადიოიზოტოპური კვლევა

226. თირკმლის დისტოპიის უხშირესი სახეა

- ა) ჯვარედინი
- \*ბ) წელის
- გ) მენჯის
- დ) თეძოს

227. თირკმლების განვითარების უხშირესი ანომალიაა

- ა) დისტოპია
- \*ბ) მენჯის და შარდსაწვეთის გაორება
- გ) აპლაზია
- დ) ჰიპოპლაზია

228. დისტოპიური თირკმლის დიაგნოსტიკის მეთოდია

- ა) ქრომოცისტოსკოპია
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- დ) სწორია ბ) და გ)

229. მუდმივი ხასიათის ძლიერი ტკივილების შემთხვევაში თირკმლის დისტოპიის დროს ნაჩვენებია

- ა) ქვემო პოლუსის რეზექცია
- ბ) მენჯის პლასტიკა
- \*გ) ნეფრექტომია
- დ) ბანდაჟის ტარება

230. თირკმლის აპლაზიის დიაგნოსტიკის მეთოდია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- \*ბ) ანგიოგრაფია
- გ) სტატიკური სცინტიგრაფია
- დ) ლინაშიკური რენოგრაფია

231. თირკმლის ჰიპოპლაზია ანომალიაა

- ა) რაოდენობის
- \*ბ) სტრუქტურის
- გ) მდებარეობის
- დ) შეზღუდვის

232. თირკმლის ჯვარედინი დისტოპია ანომალიაა

- ა) სტრუქტურის
- \*ბ) მდებარეობის
- გ) რაოდენობის
- დ) ზომის

233. თირკმლის ჰიპოპლაზიისათვის დამახასიათებელია

- ა) ჰემაგურია
- \*ბ) არტერიული ჰიპერტენზია
- გ) ღიზურია
- დ) თირკმლის ჭვავი

234. თირკმლის ჰიპოპლაზიის დროს არტერიული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მეთოდია

- ა) ნეფროპექსია
- \*ბ) ნეფრექტომია
- გ) თირკმლის რემპექცია
- დ) მენჯის პლასტიკა

235. რომელი ადგილი უკავია ანომალიებს შორის სისხლის მიხედვით საშარლე გზების გაორებას?

- \*ა) პირველი
- ბ) მეორე
- გ) მესამე
- დ) მეოთხე

236. პიელოურეთერალური სტრიქტურით გამოწვეული ჰიდრონეფროზის დროს რომელ ოპერაციას აქვს პრიორიტეტი

- ა) ურეთეროლიზი
- ბ) პიელოპლიკაცია
- \*გ) ურეთეროპიელონეოანასტომოზი ანდერსენ-ჰაინესის მეთოდით.
- დ) ურეთეროპიელოპლასტიკა ფოლესის მეთოდით.

237. ინფიცირებული ჰიდრონეფროზის დროს ნაჩვენებია

- ა) ნეფრექტომია
- ბ) ურეთეროლიზი
- \*გ) პერკუტანული ნეფროსტომია
- დ) ურეთეროპიელონეოანასტომოზი

238. შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის დიაგნოსტიკის მეთოდია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- \*ბ) მიქციური ცისტოგრაფია
- გ) ცისტოსკოპია
- დ) რეტროგრადული ცისტოგრაფია

239. გაორებული შარდსაწვეთის დროს ჰიდრონეფროზის მკურნალობის უზშირესი მეთოდია

- ა) ნეფრექტომია
- \*ბ) შარდსაწვეთებს შორის ანასტომოზი და ურეთეროცისტონოსტომია
- გ) მენჯის პლასტიკა
- დ) ჰემინეფრექტომია

240. როგორი სახის სოლიტარული კისტის დროს არის ნაჩვენები ოპერაცია

- ა) 10-20 მმ ზომის დროს
- ბ) 20-30 მმ ზომის დროს
- გ) 40-50 მმ ზომის დროს
- \*დ) მენჯზე მეწოდის დროს

241. თირკმლის სოლიტარული კისტის დიაგნოსტიკის მეთოდია

- ა) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- \*ბ) სონოგრაფია

- გ) ანგიოსცინტიგრაფია
- დ) ლუმბოტომია

242. პლასტიკური ოპერაცია ნაჩვენებია ჰიდრონეფროზის

- \*ა) II სტადიის დროს
- ბ) III სტადიის დროს
- გ) IV სტადიის დროს
- დ) ყველა პასუხი სწორია

243. ჰიდრონეფროზის რომელი სტადიის დროს არის ნაჩვენები ნეფრექტომია

- ა) I სტადიის დროს
- ბ) II სტადიის დროს
- \*გ) III სტადიის დროს
- დ) არცერთი არ არის სწორი

244. თირკმლის თანდაყოლილი ანომალია ძირითადად დაკავშირებულია თირკმლის მიგრაციასთან, რაც ჩვეულებრივ ემთხვევა ემბრიონულ პერიოდის:

- ა) 3-4 კვირას
- ბ) 5-6 კვირას
- \*გ) 7-8 კვირას
- დ) 9-10 კვირას

245. თირკმლის სტრუქტურულ ანომალიას განეკუთვნება

- ა) გაორებული თირკმელი
- \*ბ) სოლიტარული ცისტა
- გ) აპლაზია
- დ) ნალისებური თირკმელი

246. თირკმლის ჰიპოპლაზია შეაღგენს ყველა ორგანოს თანდაყოლილი მანკების

- ა) 15%
- ბ) 20%
- \*გ) 5%
- დ) 25%

247. შარდსაწვეთის თანდაყოლილი გაგანიერების ეტიოგენეზში მთავარია

- ა) მექანიკური მიზეზი
- ბ) გოქსიკური ორსულობა
- გ) რთული მშობიარობა
- \*დ) შარდსაწვეთის კელის ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის განუვითარებლობა.

248. შარდსაწვეთის სრული გაორების შემთხვევაში ისინი

- ა) ერთდებიან უშუალოდ შარდის ბუშტში შესვლამდე
- ბ) ერთდებიან თირკმლის მეჩვიდან გამოსვლისთანავე
- გ) ერთად იხსნებიან შარდის ბუშტში
- \*დ) ცალ-ცალკე იხსნებიან შარდის ბუშტში

249. თირკმლების დისტოპია გვხვდება შემდეგი სიხშირით:

- ა) 1:600
- ბ) 1:800
- \*გ) 1:900
- დ) 1:100

250. დისტოპირებული თირკმლის დიფერენციაცია აუცილებელია:

- ა) ფიქსირებულ ნეფროფგომთან
- ბ) ნაწლავის სიმსივნესთან
- გ) ქალის სასქესო ორგანოების სიმსივნესთან
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილთან

251. თირკმლის მეჩვისა და წელის დისტოპიისათვის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) თირკმლის როტაცია
- \*ბ) თირკმლის არარსებობა ჩვეულ ადგილას რენტგენოგრაფიაზე
- გ) დაკლანძვილი გრძელი სისხლძარღვოვანი ფენი
- დ) ორი შარდსაწვეთის არსებობა

252. თირკმლის დისტოპიის დიაგნოსტიკის მეთოდებია:

- ა) შარდის ანალიზი
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) ცისტოსკოპია

დ) მიმოხილვითი რენგგენოგრაფია

253. თირკმლების ფორმისა და შეზღვრის ყველაზე გავრცელებული ანომალიაა:

- ა) S-ის მაგვარი თირკმელი
- \*ბ) ნალისებული თირკმელი
- გ) L-ის მაგვარი თირკმელი
- დ) განტელისებული თირკმელი

254. 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

255. ნალისებული თირკმლების გართულებებს შორის პირველი ადგილი უკავია:

- ა) შარდკენჭოვანი დაზავლება
- ბ) პიელონეფრიტი
- \*გ) ჰიდრონეფროზი
- დ) არტერიული ჰიპერტონია

256. კისტის პუნქცია და კისტოგრაფია ითვალისწინებს გარკვეულ თანმიმდევრობის ეტაპებს: 1) კისტის პუნქცია 2) რენგგენოკონტრასტული ნივთიერების შეყვანა ღრუში 3) კისტის შიგთავსის ასპირაცია; 4) კისტის ღრუში მასკლერობირებული ხსნარის შეყვანა 5) ციტოლოგიური და ბექტერიოლოგიური გამოკვლევა 6) კისტიდან რენგგენოკონტრასტული ნივთიერებების ევაკუაცია

- ა) სწორია 1,2,5,6,3 და 4
- \*ბ) სწორია 1,3,5,2,6 და 4
- გ) სწორია 1,2,3,6,4 და 5
- დ) სწორია 1,4,3,2,5 და 6

257. თირკმლის სოლიტარული კისტის გამო ოპერაციული ჩარევის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) ჰიპერტონია
- ბ) კისტის დაზიანება
- გ) შარდის პასაჟის დარღვევა და ზემო საშარდე გზების ინფექცია
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

258. თირკმლის სოლიტარული კისტის გამო ოპერაციული ჩარევის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) მუღმივი ტკივილები
- ბ) ჰემატურია
- გ) თირკმელში კისტის და კიბოს ერთდროულად არსებობა
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

259. თირკმლის პოლიკისტოზი არის დაავადება:

- ა) არამემკვიდრეობითი და ცალმხრივი
- \*ბ) მემკვიდრეობითი და ორმხრივი
- გ) არამემკვიდრეობითი და ორმხრივი
- დ) მემკვიდრეობითი და ცალმხრივი

260. პოლიკისტოზის დროს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებაა:

- ა) ხანგრძლივი მაკროჰემატურია
- ბ) კისტების დაზიანება
- გ) კისტის შარდსაწვეთზე ზეწოლით გამოწვეული შარდის პასაჟის დარღვევა
- \*დ) სწორია ყველა

261. თირკმლების მულტიკისტოზი არის დაავადება:

- ა) ორმხრივი და არამემკვიდრეობითი
- \*ბ) ცალმხრივი და არამემკვიდრეობითი
- გ) ცალმხრივი და მემკვიდრეობითი
- დ) ორმხრივი და მემკვიდრეობითი

262. თირკმლის ჰიპოპლაზია არის ანომალია:

- ა) მღებარეობის
- \*ბ) თირკმლის ქსოვილის რაოდენობის
- გ) ფორმის
- დ) შეზღვრის

263. თირკმლების მულტიკისტოზის შემთხვევაში შარდსაწვეთი:

- ა) ნორმალურად განვითარებულია
- \*ბ) აგროფირებულია
- გ) უერთდება შარდის ბუშტს, მაგრამ ბრმად თავდება ზემო ნაწილში



დ) გაორბეულია

264. მულტილოკალური თირკმლის კისტა არის:

ა) კისტა რომელიც მდებარეობს ქვემო პოლუსში

ბ) კისტა რომელიც მდებარეობს ზემო პოლუსში

\*გ) მრავალკამერიანი

დ) ერთკამერიანი

265. გერმინის "ღრუბლისებური თირკმელი" სინონიმს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მელულარული ღრუბლისებური თირკმელი

ბ) გვინოვანი ნივთიარების მულტიკისტოზი

\*გ) თირკმლის მულტიკისტოზი ან პოლიკისტოზი

დ) თირკმლის შემკრები მილაკების კისტოზური დილატაცია

266. ღრუბლისებური თირკმელი ხასიათდება მრავალი წვრილი კისტის არსებობით:

ა) თირკმლის ქერქოვან ნივთიარებაში

ბ) თირკმლის ქერქოვან და გვინოვან ნივთიარებაში

გ) თირკმლის ერთ-ერთ პოლუსში

\*დ) პირამიდებში

267. ღრუბლისებურ თირკმელს ახასიათებს მცირე ზომის კენჭების არსებობა:

ა) ფიალებში

ბ) მენჯში

გ) შარდსაწვეთში

\*დ) კისტის ღრუებში

268. ღრუბლისებური თირკმლის დიაგნოზი ისმება:

ა) ექსკოპიით

ბ) თირკმლის არტერიოგრაფიით

გ) დინამიური ნეფროსცინტიგრაფიით

\*დ) მიმოხილვითი და ექსკრეტორული უროგრაფიით

269. ღრუბლისებური თირკმლიანი პაციენტები საჭიროებენ შემდეგი სახის მკურნალობას:

\*ა) ქირურგიული მკურნალობა გართულების შემთხვევაში

ბ) მკურნალობას არ საჭიროებს

გ) ქირურგიული (გეგმიური) მკურნალობა-გაურთულებელ შემთხვევაში

დ) სწორია ა) და ბ)

270. მეგაკალიკოზის დიაგნოსტიკის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს:

ა) რეტროგრადული პიელოგრაფია

ბ) ექსკოპია

\*გ) უროგრაფია

დ) ანგიოგრაფია

271. გაურთულებელი მეგაკალიკოზის მკურნალობაა:

ა) კონსერვატიული

\*ბ) სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს

გ) ნეფრექტომია

დ) თირკმლის პოლუსის რემექცია

272. ზემო საშარდე გზების გაორება არის:

ა) ორზე მეტი თირკმლის არსებობა

ბ) მენჯის გაორება

გ) შარდსაწვეთის სრული და არასრული გაორება

\*დ) ორი მენჯისა და ორი შარდსაწვეთის არსებობა

273. შარდსაწვეთის გაორებისას უხშირესი გართულებაა:

ა) ინფექცია

ბ) შარდის შეუკავებლობა, თუ ერთი შარდსაწვეთი ექტოპიურია

გ) ჰიდროურეთერონეფროზი

\*დ) ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი

274. შარდსაწვეთის რეტროკავალური მდებარეობა არის შედეგი:

ა) თირკმლის არასწორი ემბრიონალური განვითარების

ბ) აორტის არასწორი ემბრიონალური განვითარების

გ) შარდსაწვეთის არასწორი ემბრიონალური განვითარების

\*დ) ქვემო ღრუ ვენის არასწორი ემბრიონალური განვითარების

275. რეგროკავალურად მდებარე შარლსაწვეთის დიაგნოსტიკა ემყარება მონაცემებს:

- ა) მიმოხილვითი უროგრაფია
- ბ) აორტოგრაფია
- გ) ექოსკოპია
- \*დ) ვენაკავაგრაფია და ექსკრეტორული უროგრაფია

276. შარლსაწვეთის ექტოპიის პათოგნომური ნიშანია:

- ა) უნებლიე შარღვა
- ბ) შარღის შეკავება
- გ) შარღის ბუშტ-შარლსაწვეთის რეფლუქსი
- \*დ) მიუხედავად ნორმალური მოშარღვის აქტისა, შარღის მუღმივი ღენა

277. ურეთეროცელე შეიძლება იყოს:

- ა) შარლსაწვეთის შუა მესამელის
- ბ) მხოლოდ ორმხრივი
- გ) შარლსაწვეთის ბემო მესამელის
- \*დ) ექტოპიური, ორთოტოპული (უბრალო)

278. როგორია რეფლუქსის სიხშირე ბაეშეებში, რომლებსაც აღენიშნებათ საშარღე გრაქტის ინფექციები:

- ა) 20%
- ბ) 40%
- გ) 60%
- \*დ) 50%

279. ბუშტშია წნევის რა მანქენებლის გეგით ვითარღება რეფლუქსი შარღის ბუშტის დისფუნქციის ან ნეიროგენული შარღის ბუშტის შემთხვევაში:

- \*ა) >40 სმ წყლის სვეტზე
- ბ) >60 სმ წყლის სვეტზე
- გ) >80 სმ წყლსვ სვეტზე
- ღ) >100 სმ წყლის სვეტზე

280. ურეთეროცელეს ეპიდემიოლოგიური და ანატომიური თავისებურებებია:

- \*ა) ქალებში უფრო ხშირია ვიდრე მამაკაცებში
- ბ) გვხვეღება უმეტესად შავკანიანებში
- გ) კავშირშია დისტოპიურ თირკმელთან
- ღ) ყველა პასუხი სწორია

281. რეფლუქსის ხარისხის შესაფასებლად კვლევის ყველაზე ღირებული მეთოღია:

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- \*გ) მოშარღვის ცისტოურეტეროგრაფია
- ღ) ცისტოსკოპია

282. პირველადი ობსტრუქციული მეგაურეტერიტი უფრო ხშირად გვხვეღება:

- ა) ქალებში და მარცხნივ
- ბ) ქალებში და მარჯვნივ
- \*გ) კაცებში და მარცხნივ
- ღ) კაცებში და მარჯვნივ

283. რაც მაღალია რეფლუქსის ხარისხი, თირკმლის ღამიანების ხარისხი:

- ა) უცვლეღია
- ბ) კლებუღობს
- \*გ) იზრღება
- ღ) არაა კავშირში

284. ურეთეროცელეს დიაგნოსტიკა ხღება:

- ა) ცისტოსკოპიით
- ბ) უროგრაფიით
- გ) ექოლოგიურად
- \*ღ) ყველა პასუხი სწორია

285. ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის დროს ყველაზე აღრე ვიდარღება:

- ა) თირკმლის მენჯის ზომაში შემცირება
- ბ) თირკმლის ღვრიღების გასაღავება
- გ) ფიაღების ექტაზია
- \*ღ) თირკმლის მენჯისა და ფიაღის ექტაზია

286. ჰიდრონეფროზის ყველაზე ხშირი გართუღებაა:

- ა) ჰიპერტენზია
- ბ) ჰემატურია
- გ) შარდკენჭოვანი დაავადება
- \*დ) პიელონეფრიტი

287. ნალისებური თირკმლის ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის ყველაზე ხშირი მიზეზი არის:

- ა) ატიპური სისხლძარღვები
- ბ) მენჯშარდსაწვეთის კუთხის სტენოზი
- \*გ) შარდსაწვეთის ყელზე გადასვლისას სრული ან ნაწილობრივი ობსტრუქცია
- დ) შარდსაწვეთის კენჭი

288. ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის ძირითად რენგენოლოგიურ-სადიაგნოსტიკო მეთოდს წარმოადგენს

- ა) ვენაკავოგრაფია
- ბ) ცისტოგრაფია
- გ) თირკმლის ატერიოგრაფია
- \*დ) უროგრაფია

289. თირკმლის უკმარისობის დროს ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის რენგენოლოგიური დიაგნოსტიკის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) უროგრაფია
- \*ბ) ინფუზიური უროგრაფია
- გ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- დ) იზოტოპური სკანირება

290. ცალმხრივი გარდამავალი ჰიდრონეფროზისათვის დამახასიათებელია:

- ა) შარდის დაბალი ხვედრითი წონა
- ბ) მოკლევადანი პოლიურია
- გ) სხეულის ტემპერატურის მომაგებისას ერთროციტურია
- \*დ) წელის არეში გარდამავალი ტკივილები

291. ურეტეროცელე არის:

- \*ა) შარდსაწვეთის ინტამურული ნაწილის კისტოზური დილატაცია
- ბ) შარდსაწვეთის ზემო მესამედის დილატაცია
- გ) უკანა ურეტერის სარქველი
- დ) ატრეზიული შარდსაწვეთი

292. შარდის ბუშტის ექსტროფიის დროს ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) მიკრო და მაკროჰემატურია
- ბ) შარდოვანი დიათეზი
- გ) არტერიული ჰიპერტონია
- \*დ) პიელონეფრიტი და თირკმლის კენჭები

293. შარდის ბუშტის ექსტროფიას თან ახლავს:

- ა) აპენია
- ბ) ჰიპოსპადია
- გ) კრიპტორქიზმი
- \*დ) შეუხორცებელი ბოქვენის სიმფიზი და გოგალური ეპისტადია

294. შარდის ბუშტის ექსტროფიის ოპტიმალური მკურნალობის მეთოდია:

- ა) იზოლირებული შარდის ბუშტის შექმნა
- ბ) შარდსაწვეთების განცალკევებული გადანერგვა სიგმოიდურ ნაწლავში
- გ) შარდსაწვეთების ბუშტის სამკუთხედთან ერთად გადანერგვა სიგმოიდურ ნაწლავში
- \*დ) რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციები, რომლებიც მიზნად ისახავს შარდის ბუშტის წინა და მუცლის კედლის პლასტიკას

295. ყველაზე უფრო გაერცელებულ დაავადებებს, რომლებიც იწვევენ შარდის ბუშტის დიფერტიკულის განვითარებას, წარმოადგენენ: 1. ურეტერის სტრიქტურა 2. პროსტატის ადენომა 3. პროსტატის კიბო 4. შარდის ბუშტის ყელის სკლეროზი 5. შარდის ბუშტის კიბო 6. ქრონიკული პროსტატიტი

- \*ა) სწორია 1,2,4
- ბ) სწორია 1,3,6
- გ) სწორია 1,2,5,6
- დ) სწორია 1,2,5,4

296. შარდის ბუშტის დიფერტიკულის დამახასიათებელი სიმპტომია:

- ა) ტკივილები წელის არეში
- ბ) შარდის გამოყოფა ორ ეტაპად
- გ) სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვემო ნაწილში
- \*დ) დიფერტიკულში შარდის შეგუბების გამო ქრონიკული ინფექციის არსებობა

297. არჩევენ ეპისპადიის ყველა ჩამოთვლილ ფორმას, გარდა:

- \*ა) შორისის
- ბ) გოგალური
- გ) პენალური ეპისპადია
- დ) პენოპუბიკური

298. არჩევენ ჰიპოსპადის ყველა ჩამოთვლილ ფორმას, გარდა:

- \*ა) გოგალური
- ბ) კორონალური
- გ) პენალური
- დ) პენოსკროტალური

299. ჰიპოსპადის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) თირკმლის კენჭები
- ბ) ჰემატურია
- გ) პიელონეფრიტი
- \*დ) კანონზომიერება არაა დადგენილი

300. კრიპტორხიზმის ოპერაციული მკურნალობის დაწყების ოპტიმალური ასაკია:

- ა) 0-9 თვე
- \*ბ) 9-18 თვე
- გ) 3-4 წელი
- დ) 5 წელი და ბევრით

301. კრიპტორხიზმის მკურნალობა თუ ჩატარებული იქნა 3-4 წლის ასაკში, განაყოფიერების ნორმალური უნარი შენარჩუნებულია:

- ა) 50%
- \*ბ) 60%
- გ) 70%
- დ) 96%

302. კრიპტორქიზმის აბდომინალური ფორმისას სათესლე ჯირკვლის ამოკვეთის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) მისი ქვემოთ ჩამოგანის შეუძლებლობა
- ბ) სათესლე ჯირკვლის სიმისენეზე ეჭვი
- გ) სათესლე ჯირკვლის ჰიპოპლაზია
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

303. კრიპტორქიზმის მკურნალობის შემდეგ ჯირკვლის ნორმალური ფერტილური ფუნქციის შენარჩუნება დამოკიდებულია:

- ა) ჯირკვლის რეგენციის დონეზე მკურნალობამდე
- \*ბ) ჩატარებული მკურნალობის ვადებზე- რა ასაკში ჩატარდა მკურნაობა
- გ) სათესლე ჯირკვლის სტრომის მორფოლოგიური დამიანების ხარისხზე
- დ) ყველა პასუხი სწორია

304. მარცხენამხრივი ვარიკოცელეს განვითარების ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) თირკმლის არტერიის სტენოზი
- ბ) ვაზორენალური ჰიპერტენზია
- \*გ) მარცხენა სათესლე ვენის სარქველების ნაკლოვანება
- დ) სათესლე ჯირკვლის გარსების წყალმანკი

305. თიკრმლების ზედა ან ქვედა პოლუსებით თანდაყოლილ შეზრდას ეწოდება:

- ა) ჯვარედინი დისტოპია
- \*ბ) ნალისებური თიკრმელი
- გ) ღრუბლისებური თიკრმელი
- დ) თიკრმლის გაორება

306. თიკრმლის ქსოვილის რაოდენობის ანომალიებს ეკუთვნის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აგენეზია და აპლაზია
- \*ბ) დისტოპია
- გ) ჰიპოპლაზია
- დ) დამატებითი თიკრმელი

307. თიკრმლის კისტოზურ ანომალიებს ეკუთვნის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პოლიკისტოზი
- \*ბ) მეგაკალიკოზი
- გ) ღრუბლისებური თიკრმელი
- დ) მულტიკისტოზი

308. თიკრმლის მდებარეობის ანომალიას ეკუთვნის:

- ა) მულტიკისტოზი
- \*ბ) დისტოპია

- გ) ნალისებური თირკმელი
- დ) ღამბაგებიითი თირკმელი

309. მენჯ-ფიალათა სისტემის ანომალიას ეკუთვნის:

- ა) პოლიკისტოზი
- ბ) მულტიკისტოზი
- \*გ) მეგაკალიკოზი
- დ) ნალისებრი თირკმელი

310. შარდსადენი მილის თანდაყოლილ ანომალიებს ეკუთვნის ყველა ჩამოვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოსპადია
- ბ) ეპისპადია
- გ) გაორება
- \*დ) ფიმოზი

311. თირკმლის სისხლძარღვების განვითარების ანომალიებს ეკუთვნის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღამბაგებიითი ქვემოპოლარული თირკმლის არტერია
- \*ბ) თირკმლის არტერიის ათეროსკლეროზი
- გ) თირკმლის არტერიის ფიბრომუსკულარული სტენოზი
- დ) თირკმლის არტერიის ანევრიზმა

312. თირკმლის სტრუქტურული ანომალიის რომელი ფორმაა კლინიკური მნიშვნელობით ცალმხრივი აპლაზიის ტოლფასი:

- ა) პოლიკისტოზი
- \*ბ) მულტიკისტოზი
- გ) ღრუბლისებრი თირკმელი
- დ) მულტილოკალური კისტა

313. განვითარების მანკებიდან რომელს სდევს თან შარდის სრული შეკუთვებლობა:

- ა) შორისის ჰიპოსპადიას
- \*ბ) ტოტალურ ეპისპადიას
- გ) უკანა ურეთრის სარქველს
- დ) ექტოპიურ ურეთროცელს

314. თირკმლის დისტოპიის ყველაზე უფრო იშვიათი სახეა:

- ა) ჯვარედინი
- \*ბ) გულმკერდის
- გ) წელის
- დ) თედოს

315. თირკმლის დისტოპიის დიაგნოსტიკის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) შარდის ანალიზი
- \*ბ) უროგრაფია
- გ) ცისტოგოპია
- დ) აორტოგრაფია

316. თირკმლის ჰიპოპლაზიის დროს არტერიული ჰიპერტონიის მკურნალობის მეთოდია:

- ა) მენჯის პლასტიკა
- ბ) ნეროპექსია
- გ) თირკმლის რემპექცია
- \*დ) ნეფრექტომია

317. შარდის ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლექსის დიაგნოსტიკის მეთოდია:

- ა) უროგრაფია
- ბ) ცისტოგრაფია
- გ) ცისტოსკოპია
- \*დ) მიქციური ცისტოგრაფია

318. როდისაა აუცილებელი ჰიპოსპადიის და ეპისპადიის მქონე პაციენტებს გაუკეთდეს ოპერაცია:

- \*ა) სიცოცხლის პირველ წლებში
- ბ) 15 წლის შემდეგ
- გ) 25 წლის ასაკში
- დ) საერთოდ არ გაუკეთდეთ

319. რომელ დაავადებასთანაა აუცილებელი, დიფერენცირებული იქნეს შორისის და სათესლე პარკის ჰიპოსპადია:

- ა) კრიპტორხიზმი
- ბ) სათესლე ჯირკვლის ჰიპოპლაზია
- \*გ) ქალის ცრუ ჰერმაფროდიტიზმი
- დ) თირკმლის პოლიკისტოზი

320. ჰიპოსპადის რომელი ფორმა არ საჭიროებს ოპერაციულ კორექციას:

- ა) სათესლე პარკის
- ბ) ყველა ფორმა
- გ) შორისის
- \*დ) სუბკორონალური ჰიპოსპადია

321. ურეთრის თანდაყოლილი გაორება რა შემთხვევაში არ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას:

- \*ა) თუ ღამაგებითი ურეთრა არ არის ინფიცირებული
- ბ) მაკროჰემატურიის დროს
- გ) გაძნელებული მოშარდვისას
- დ) თუ ღამაგებითი ურეთრა ინფიცირებულია

322. სათესლე ჯირკვლის მღებარეობის ანომალიებს მიეკუთვნება:

- ა) საზარდულის
- ბ) მუცლის ღრუში რეტენცია
- გ) რეტრაქტილური ჯირკვალი
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

323. მამაკაცებში ექტოპიური შარდსაწვეთის გახსნის უხშირესი ადგილია:

- ა) შარდის ბუშტის ყელი
- ბ) ურეთრის დაკიდული ნაწილი (პენალური)
- \*გ) უკანა ურეთრა
- დ) სათესლე ბუშტუკი

324. თირკმლების განვითარების ყველაზე გავრცელებული ანომალიაა:

- ა) დისგოპია
- \*ბ) მენჯ-შარდსაწვეთის გაროება
- გ) ჰიპოპლაზია
- დ) შებრდა

325. ჰიპოსპადია ვითარდება:

- ა) კავერნოზული სხეულების განვითარების დარღვევის შედეგად
- ბ) სამშობიარო ტრაუმის შედეგად
- გ) ნაადრევი მშობიარობის შედეგად
- \*დ) ურეთრის განვითარების დარღვევის შედეგად

326. სათესლე ჯირკვლის სტრუქტურული ანომალიებია:

- ა) მონორქიზმი
- ბ) ანორქიზმი
- \*გ) ჰიპოპლაზია
- დ) პოლიორქიზმი

327. ინფიცირებული ჰილდონეფრომისას მიზანშეწონილია გაკეთდეს:

- ა) ნეფრექტომია
- ბ) ურეტეროლიზისი
- \*გ) პერკუტანული ნეფროსტომია
- დ) პიელოპლასტიკა

328. რა შემთხვევაშია ნაჩვენები სოლიგარული კისტის პერკუტანული პუნქცია ასპირაციით:

- ა) 10-20 მმ-ზე ზომის
- ბ) 20-30 მმ-ზე ზომის
- გ) 30-40 მმ-ზე ზომის
- \*დ) თუ იწვევს შარდის პასაჟის დარღვევას

329. სოლიგარული კისტის დიაგნოსტიკის მეთოდია:

- ა) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- ბ) ლუმბოტომია
- \*გ) ექოსკოპია
- დ) ცისტოსკოპია

330. თირკმლის დისგოპიის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა:

- ა) გულმუკერდის
- \*ბ) წელის
- გ) მენჯის
- დ) ჯვარედინი

331. თირკმლის დისგოპიისას ძლიერი ტკივილის სიმპტომის მკურნალობის მეთოდია:

- \*ა) ნეფრექტომია
- ბ) თირკმლის მეჩხის პლასტიკა
- გ) თირკმლის ქვემო პოლუსის რეზექცია
- დ) კონსერვატიული მკურნალობა

332. თირკმლის ჰიპოპლაზიას ახასიათებს:

- ა) ჰემატურია
- \*ბ) ჰიპერტენზია
- გ) კოლიკა
- დ) შარდის შეკავება

გრაფები

333. თირკმლის დაზარალებული დაზიანების დროს სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია

- ა) მაღალი ტემპერატურის დროს
- \*ბ) პროგრესირებადი ანემიის დროს
- გ) მიკროჰემატურიის დროს
- დ) შოკის დროს

334. მუცლის და წელის არეში პირდაპირი გრაფის დროს უფრო ხშირად მიიღწევა:

- ა) შარდსაწვეთი
- ბ) თირკმლის მეჩხი
- \*გ) თირკმლის პარენქიმა
- დ) თირკმლის სისხლძარღვები

335. თირკმლის გრაფიული დაზიანება უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ქალებში
- \*ბ) მამაკაცებში
- გ) ბავშვებში
- დ) ერთნაირი სიხშირით

336. მუცლის ან წელის არეში გრაფის დროს ტკივილები, მიკროჰემატურია წარმოადგენს ნიშნებს:

- ა) თირკმლის ორფაზიანი სუბკაფსულარული გახეთქვის (1 ფაზა)
- ბ) თირკმლის სუბკაფსულარული გახეთქვის
- \*გ) თირკმლის შერყევის (დაჟეჟვის)
- დ) ყველა ჩამოთვლილი

337. რეტროპერიტონეალურ სივრცეში უროჰემატომის დიაგნოსტიკაში გვხვდება:

- ა) წელის არეში მკვრივი წარმონაქმნის პალპაცია
- ბ) თირკმლის და საშარდე გზების მიმოხილვით სურათზე წელის კუნთების გარეთა მხარის კონტურის არარსებობა
- გ) დაზიანებული თირკმლის მხარეზე მუცლის წინა კედლის და წელის არის კუნთების დაჭიმვა
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

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

- ა) შოკი
- \*ბ) ჰემატურია
- გ) ანურია
- დ) ანემია

339. თირკმლის გრაფის დროს უფრო ინფორმატიულია:

- ა) თირკმლის სელექტიური ვენოგრაფია
- \*ბ) ულტრაბგერითი სკენირება
- გ) ლაპაროსკოპია
- დ) არცერთი ჩამოთვლილიაგანი

340. ავადმყოფს თირკმლის მსუბუქი დაზიანებიდან 5 დღის წოლითი რეჟიმის შემდეგ აღნიშნა შარდის ანალიზის ნორმალიზება, მაგრამ სიარულის დაწყებიდან 1-1,5 საათის შემდეგ ვლინდება ერთროციტურია. ეს ნიშნავს, რომ:

- ა) საჭიროა ჩატარდეს თირკმლის ულტრაბგერითი სკენირება
- ბ) საჭიროა გაგრძელდეს მკურნალობა ჰემოსტატიკებით
- გ) საჭიროა კვლავ დაიცვას წოლითი რეჟიმი
- \*დ) ყველა პასუხი სწორია

341. თირკმლის გრაფის დროს ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია:

- ა) მაკროჰემატურიის დროს
- \*ბ) თუ არის პროფუნდი ჰემატურია კოლტებით და მზარდი რეტროპერიტონეალური ჰემატომა
- გ) როდესაც ექსკრეტორულ უროგრაფიაზე არ აღინიშნება დაზიანებული თირკმლის მხარეზე რენტგენოკონტრასტული ნივთიერების გამოყოფა
- დ) როდესაც კონტრლატერილ თირკმლის ფუნქცია ნორმალურია

342. თირკმლის გრაფის დროს ნაჩვენებია ნეფრექტომია გაუკეთდეს:

ა) ახალგაზრდა პაციენტებს, თუ კონტრალტერალური თირკმლის ფუნქცია ნორმალურია

\*ბ) ხანშიშესულ პაციენტებს თირკმლის მძიმე დაზიანების შემთხვევაში

გ) პაციენტებს შოკის მძიმე ფორმით

დ) მცირე ზომის არამზარდი რეტროპერიტონეალური ჰემატომის დროს

343. თირკმლის გრაფმა შეიძლება ხელშემწყობი პირობა იყოს შემდგომში ყველა ჩამოთვლილის განვითარებისა, გარდა:

ა) ნეფროლითიაზის

\*ბ) სიმსივნის

გ) ჰიდრონეფროზის

დ) პიელონეფრიტის

344. თირკმლის სუბკაპსულარული დაზიანებისათვის დამახასიათებელი არაა:

ა) ტკივილები

\*ბ) რეტროპერიტონეალური ჰემატომა

გ) ჰემატურია

დ) დამაკმაყოფილებელი საერთო მდგომარეობა

345. თირკმლის დაზიანების სიმძიმე დამოკიდებულია:

\*ა) დამაზიანებელი საგნის დარტყმით ძალაზე

ბ) თირკმლის მდგომარეობაზე გრაფის დროს

გ) ავადმყოფის წონაზე

დ) ყველა ჩამოთვლილი

346. 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

347. ავადმყოფს თირკმლის იზოლირებული გრაფის 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

348. თირკმლის გრაფის დროს ორგანოშემნახველი ოპერაცია არაა ნაჩვენები:

ა) თირკმლის სუბკაპსულარული გახეთქვის დროს

\*ბ) თირკმლის დაჩეჩქვის დროს

გ) თირკმლის ბემო პოლუსის დაზიანების დროს

დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის დაზიანების დროს

349. თირკმლის კომბინირებული დაზიანების დროს მკურნალობა აუცილებელია დავიწყოთ ოპერაციით:

ა) ლუმბოტომია

\*ბ) ლაპაროტომია

გ) ნეფრექტომია

დ) ნეფროსტომია

350. თირკმლის დახურული დაზიანების ექსპრეს-დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა გამოვიყენოთ:

ა) თირკმლების და საშარდე სისტემის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

\*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია და ულტრაბგერითი გამოკვლევა

გ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა და აორტოგრაფია

დ) სწორია ბ) და გ)

351. შარდსაწვეთის დაზიანება გვხვდება ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

ა) გინეკოლოგიური ოპერაციის შედეგად

ბ) ინსტრუმენტური გამოკვლევისა

გ) შარდსაწვეთიდან კენჭის ჩამოგანის ცდის შედეგად

\*დ) წელის არეში ყრუ გრაფისა

352. სამეხანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში შარდსაწვეთის დაზიანება ყველაზე უფრო ხშირად აღინიშნება:

ა) ბემო მესამელში

ბ) შუა მესამელში

\*გ) ქვემო მესამელში

დ) შარდის ბუშგის გრაფმასთან ერთად



353. შარდსაწვეთის ოპერატიულ დაზიანებაზე ან გალაკვანძვამე ეჭვის დროს, დიაგნოზის დამტკიცების მიზნით საჭიროა გაკეთდეს:

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) ნეფროსტომია და ნეფროსტომოგრაფია
- გ) შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

354. შარდის ბუშტის დაზიანების იატროგენური მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) მენჯის ძვლების მოტეხილობა
- \*ბ) გინეკოლოგიური ოპერაცია
- გ) BCG-ირება შარდის ბუშტის სიმსივნის გურის შემდგომ
- დ) სწორია ბ) და გ)

355. შარდის ბუშტის ტრავმის დროს ცისტოგრაფიისათვის შარდის ბუშტში შეყვანილი რენტგენოკონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა არ უნდა იყოს ნაკლები:

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

356. პერიტონიგის თავისებურებებს შორის შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონეალური დაზიანების დროს მიეკუთვნება:

- ა) პერიტონეუმის გაღიზიანების ყველა სიმპტომის მკვეთრი გამოხატულება
- ბ) ძლიერი გულსრევა, პირღებინაბა
- \*გ) სუსტად გამოხატული პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომები
- დ) ძლიერი შებერილობა

357. შარდის ბუშტის დაზიანების დროს ლეფექტის გასაკერად უფრო მიზანშეწონილია:

- ა) კეტგუტის ერთი რიგი
- ბ) ქროშირებული კეტგუტის სამი რიგი
- გ) აბრეშუმის ორი რიგი
- \*დ) კეტგუტის ორი რიგი

358. შარდის ბუშტის ღრენირების სახეებიდან მისი ტრავმული დაზიანების დროს უპირატესობა უნდა მიეცეს:

- ა) დამოუკიდებლად შარდის გამოყოფას
- ბ) მუღმივ კატეტერს
- გ) შარდის ბუშტის კატეტერიზაციას 2-3 -ჯერ ღლე-ღამეში
- \*დ) ცისტოსტომიას

359. ურეთრის სრული დაზიანება არის:

- \*ა) ურეთრის ყველა შრის მთელ გარშემოწერილობაზე დაზიანება
- ბ) ლორწოვანი გარსის და მღვიმოვანი სხეულების დაზიანება
- გ) ინტერსტიციალური დაზიანება
- დ) ლორწოვანი გარსის დაზიანება

360. ურეთრის არასრული დაზიანება არის

- ა) ურეთრის კონტუზია
- ბ) ურეთრის ყველა შრის დაზიანება განსაზღვრულ უბანზე
- გ) ინტერსტიციალური დაზიანება
- \*დ) სწორია ყველა

361. ურეთრის დაზიანების ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს

- \*ა) ურეთრორაგია
- ბ) მაკროჰემატურია
- გ) ჰემატომა შორისის არეში
- დ) ხშირი, მკვიფრული შარდვა

362. სიმპტომებს, რომელიც დამახასიათებელია წინა ურეთრის დაზიანებისათვის, განეკუთვნებიან ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ტკივილი შორისში
- ბ) ურეთრორაგია
- \*გ) მენჯის ჰემატომა
- დ) შესივება და ჰემატომა შორისის არეში

363. ვრცელი კანქვეშა ჰემატომა დამახასიათებელია შემდეგი დაზიანების დროს

- ა) ურეთრის დაკიდული ნაწილის დაზიანება
- \*ბ) ურეთრის შორისის ნაწილის დაზიანება
- გ) უკანა ურეთრის არასრული დაზიანება
- დ) უკანა ურეთრის სრული დაზიანება

364. ურეთრის სრული დაზიანების დამახასიათებელი სიმპტომს ურეთროგრამაზე წარმოადგენს

- \*ა) საკონტრასტო ნივთიარების გაქონვა
- ბ) ურეთრაზე მეწოლა საკონტრასტო ნივთიერების გაქონვის გარეშე
- გ) ურეთრალურ-ვენური რეფლუქსი
- დ) ყველა ჩამოთვლილი

365. ურეთრის დაზიანების აღრეულ გართულებას წარმოადგენს

- \*ა) მენჯის და შორისის უროჰემატომა
- ბ) ურეთრის სტრიქტურა
- გ) მენჯის და შორისის ფლებიტი, უროსეფსისი
- დ) შარდოვანი ფისგულები

366. ურეთრის სტრიქტურის ღია წესით რეკონსტრუქციის ძირითად პრინციპებში შედის

- ა) ნაწიბუროვანი ქსოვილის რადიკალური ამოკვეთა
- ბ) ფართო ურეთრალური ანასტომოზის შექმნა სპაგულაციის საშუალებით
- გ) დაუჭიმავი ურეთრალური ანასტომოზის შექმნა ღრუბლისებრი ნივთიარების მაქსიმალური მობილიზაციის საშუალებით
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

367. ურეთრის გრავმული დაზიანების შემდეგ სტრიქტურის გამო აღდგენითი ოპერაციები შესაძლებელია შესრულებული იქნეს

- ა) 1 თვეში
- \*ბ) 3 თვეში
- გ) 6 თვეში
- დ) 1 წელიწადში

368. სასქესო ასოს დაზიანებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- \*ა) სასქესო ასოს ამპუტაცია
- ბ) ღრძობა
- გ) მოგეხილობა
- დ) სწორია ა) და გ)

369. სასქესო ასოს გრავმის დროს ურეთრის დაზიანების დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს

- ა) წვა შარდის დროს
- ბ) შარდის შეკავება
- \*გ) ურეთრორაგია
- დ) დამახასიათებელი ნიშნები არ აქვს

370. სასქესო ასოს მოგეხილობის ღიაგნომი ღვინდება

- ა) გრავმის გარემოების გამოკვლევით
- ბ) სასქესო ასოს დათვალიერებით
- გ) პალპაციით
- \*დ) სწორია ყველა

371. სასქესო ასოს მოგეხილობის მკურნალობა ითვალისწინებს

- ა) ეპიცისტოსტომიას
- ბ) სპონგიო-კავერნოზულ შუნტირებას
- \*გ) დაზიანებული თეთრი გარსის გაკერვას
- დ) ურეთრის ლეფექტის გაკერვას

372. სასქესო ასოს გრავმული ამპუტაციის დროს მკურნალობა ითვალისწინებს

- ა) ღორბალური და ღრმა არტერიების ღვირებას
- ბ) ეპიცისტოსტომიას
- გ) თეთრი გარსის ბოლოების გაკერვას
- \*დ) სწორია ყველა

373. თირკმლის დაზიანების ყველაზე ხშირი სიმპტომია

- ა) სისხლჩაქცევები წელის არეში
- \*ბ) ჰემატურია
- გ) რეტროპერიტონეალური ჰემატომა
- დ) თირკმლის კოლიკა

374. რომელი სიმპტომი იძლევა თირკმლის დაზიანების დროს ოპერაციისათვის აბსოლუტურ ჩვენებას

- ა) მაკროჰემატურია
- ბ) გულის რევა, პირღებინება
- \*გ) მზარდი რეტროპერიტონეალური ჰემატომა
- დ) ცხელება, შემცივნება

375. ამათგან რომელი მეთოდი მეთად ინფორმატიული თირკმლის გრავმის დროს

- ა) იზოტოპორენოგრაფია

- ბ) ცისტოსკოპია
- \*გ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- დ) პოლიპოზიციური ცისტოგრაფია

376. შარდის ბუშტის დაზიანების სადიაგნოსტიკოდ რომელია უმჯობესი გესტი

- ა) ცისტოსკოპია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) შარდის ბუშტიდან უფრო ნაკლები რაოდენობის სითხის მიღება შეყვანასთან შედარებით
- \*დ) ცისტოგრაფია

377. მკურნალობის რომელი გაქტიკაა უფრო მისაღები თირკმლის სუბკაპსულარული დაზიანების დროს

- ა) სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა
- ბ) პაციენტისადმი დაკვირვება ამბულატორიულ პირობებში
- \*გ) დინამიური დაკვირვება სტაციონარში, წოლითი რეჟიმის დაცვით
- დ) ფიზიკური დატვირთვიდან გამოთიშვა 3 თვის განმავლობაში

378. რა არის თირკმლის სუბკაპსულარული დაზიანება

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

379. სასქესო ასოს ღია დაზიანებიდან უფრო ხშირად გვხვდება

- ა) ნახხვლეტი ჭრილობა
- ბ) ნახხვლეტი-ნაკვეთი ჭრილობა
- \*გ) ასქესო ასოს ლაგამის ჩახვევა
- დ) ნაკვეთი ჭრილობა

380. ურეთრის გრაფის დროს წამყვანი სიმპტომებია

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

381. ურეთრის შესაძლო გრაფმა სავარაუდოა ყველა შემთხვევაში, გარდა

- \*ა) მუცლის ღრუში შემავალი ჭრილობის შემდეგ შარდის შეკავების დროს
- ბ) მენჯის ძვლის მოგეხილობის და შარდის შეკავების დროს
- გ) შორისის გრაფის შემდგომი ჰემატომის დროს
- დ) მენჯის ძვლის მოგეხილობისა და ურეთრორაგიის დროს

382. ურეთრის გრაფის დროს დიაგნოსტიკური კათეტერიზაცია

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

383. ურეთრის გრაფის დროს დიაგნოსტიკის რენტგენოლოგიური მეთოდია

- \*ა) აღმავალი ურეთროცისტოგრაფია
- ბ) დაღმავალი ცისტოურეთროგრაფია
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- დ) პნევმოცისტოგრაფია

384. ურეთრის გრაფის დროს სისხლდენამ შეიძლება მიიღოს საშიში ხასიათი, თუ დაზიანდა

- ა) წინამდებარე ჯირკვალი
- ბ) მღვიმოვანი სხეულები
- გ) დორზალური ვენები და ღრმა არტერიები
- \*დ) სწორია ყველა

385. ურეთრის გრაფისა და მენჯის ძვლების მოგეხილობის დროს ყველაზე მიზანშეწონილი ოპერაციული მკურნალობაა

- \*ა) ცისტოსტომია
- ბ) ცისტოსტომა და მენჯის უროჰემატომის დრენირება
- გ) ურეთრის პირველადი ნაკერი
- დ) მუღმივი ურეთრალური კათეტერი და უროჰემატომის დრენირება შემდეგ

386. ურეთრის გრაფის შემდეგ ურეთრის სტრიქტურის დროს აღდგენითი ოპერაციის ჩატარება მიზანშეწონილია

- \*ა) 3 თვის შემდეგ
- ბ) 4 თვის შემდეგ
- გ) 5 თვის შემდეგ

დ) 6 თვის შემდეგ

387. შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონიალური გახეთქვის ყველაზე ხშირი მიზეზია

ა) შარდის ბუშტის გადავსება

ბ) დარტყმა მუცელში

გ) სიმაღლიდან ვარდნა

\*დ) მენჯის ძვლების მოტეხილობა შეცილებით

388. შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონიალური გახეთქვის ყველაზე ხშირი მიზეზია

ა) იატროგენული ტრავმა

ბ) საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი

გ) შარდის ბუშტის გადავსება

\*დ) დარტყმა მუცელში გადავსებული შარდის ბუშტის პირობებში

389. შარდის ბუშტის ტრავმის დროს პირველადი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა მოიცავს

ა) მიმოხილვითი უროგრაფიას

ბ) ურეთროგრაფიას

გ) ექსკრეტორულ უროგრაფიას

\*დ) რეტროგრადულ ცისტოგრაფიას

390. შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონიალური ტრავმის დროს შარდოვანი პერიტონიის დამახასიათებელი თავისებურებებია

ა) გულისრევა ლებინება

ბ) გამოხატული მეტეორიზმი

გ) მალალი სიცხე

\*დ) პერიტონეუმის მოგვიანებითი გაღიზიანების ნიშნები

391. შარდის ბუშტის და მუცლის ღრუს ორგანოების ერთდროული ტრავმის დროს ოპერაცია უნდა დაიწყოს

ა) ურეთრაში მუღმევი კათეტერის ჩადგმით

ბ) ცისტოსტომიით, შემდეგ ლაპარატომიით

გ) ლაპარატომიით, შემდეგ ურეთრალური კათეტერის ჩადგმით

\*დ) ლაპარატომიით, შემდეგ ცისტოსტომიით

392. თირკმლის ტრავმული დაზიანების ძირითად ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) ჰემატურიის

\*ბ) ცხელების

გ) წელის არეში ტკივილის

დ) წელის არეში შესიების

393. თირკმლის დაზიანების დიაგნოსტიკა ემყარება

ა) თირკმლის მიმოხილვით რენტგენოგრაფიას (სუკის კუნთის ჩრდილი გასადავებულია ან არ არსებობს, ნეკნების და ხერხემლის დაზიანება)

ბ) ექსკრეტორულ უროგრაფიას

გ) ულტრაბგერით გამოკვლევას

\*დ) ყველა ჩამოთვლილს

394. თირკმლის და მუცლის ღრუს ორგანოების კომბინირებული ტრავმის დროს ნეფრექტომიის ჩვენება არის

ა) დიდი რეტროპერიტონიალური ჰემატომა

\*ბ) თირკმლის გაგლეჯა, დაჩეჩქვა

გ) თირკმლის ქვედა პოლუსის გახეთქვა

დ) სუბკაფსულური ჰემატომა

395. განმეორებითი მაკროჰემატურიის დროს ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს

ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა

ბ) ცისტოსკოპია

გ) ექსკრეტორული უროგრაფია

\*დ) სასურველია ყველა

396. შარდსაწვეთის და ნაწლაგების ერთდროულად დანით დაზიანება და დიდი რეტროპერიტონიალური უროჰემატომის დროს შარდის გადაყვანა ხორციელდება

ა) შარდსაწვეთის კათეტერიზაციით

ბ) ურეთროსტომიით

გ) პიელოსტომიით

\*დ) ნეფროსტომიით, რეტროპერიტონიალური სივრცის დრენირებით

397. ურეთრის და ნაწლაგების კომბინირებული ტრავმის და შორისის ღია ინფიცირებული ჭრილობის დროს, ოპერაცია გულისხმობს

ა) ცისტოსტომიას

ბ) ხელოვნურ ანუსს

გ) შორისის დრენირებას

\*დ) ყველა ჩამოთვლილს

398. 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

399. თირკმლის მწვავე გრავმის დიაგნოსტიკაში ამათგან ყველაზე ინფორმაციული მეთოდია:

- ა) რენოგრაფია
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) ცისტოსკოპია
- დ) ცისტოურეთროგრაფია

400. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი იძლევა ოპერაციისათვის აბსოლუტურ ჩვენებას თირკმლის გრავმის დროს?

- ა) შოკი
- ბ) ცხელება, შემცივნება, ღებინება
- გ) ტკივილი
- \*დ) წელის მიდამოს მზარდი შეშუპება

401. ჩამოთვლილი სიმპტომების რომელი ჯგუფია მეტად დამახასიათებელი შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონეალური დამიანების დროს?

- ა) ჰემატურია, ოლიგურია, თირკმლის ჭვალი
- ბ) ანურია, ჰემატურია, ტემპერატურის მომატება
- გ) გულისრევა, ღებინება, შარდის მწვავე შეკავება
- \*დ) ჰემატურია, დიზურია, პარავეზიკალური ჰემატომა

402. მიუთითეთ შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონეალური დამიანების მთავარი ნიშნები:

- ა) შარდის მწ. შეკავება, პარავეზიკალური ჰემატომა
- ბ) ანურია ჰემატურია
- \*გ) პერიტონეალური სიმპტომატიკა, ოლიგურია
- დ) თირკმლის კოლიკა

ფთიბიო-უროლოგია

403. შარდსაქქესო ორგანოთა ტუბერკულოზის დროს იმოდირებულად ყველაზე უფრო ხშირად მიახდება

- ა) შარდის ბუშტი
- \*ბ) თირკმლის პარენქიმა
- გ) შარდსაწვეთები
- დ) თირკმლის მენჯი

404. თირკმლების ტუბერკულოზი, 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

405. თირკმელში ტუბერკულოზური მიკრობაქტერიები ხელებიან ყველაზე უფრო ხშირად

- ა) ლიმფური გზით
- ბ) აღმავალი გზით
- \*გ) ჰემატოგენური გზით
- დ) შარდსაწვეთების კედლებიდან

406. მწვავე მილიარული ტუბერკულოზის დროს მიახდება

- ა) მხოლოდ თირკმლები
- ბ) მხოლოდ ლიმფური კვანძები
- გ) მხოლოდ ფილტვები
- \*დ) მრავალი ორგანო

407. თირკმლების ტუბერკულოზის დროს ყველაზე ადრე ვითარდება

- ა) თირკმლის დერილების ეროზია
- ბ) სპეციფიური პაპილიტი
- \*გ) პარენქიმაში ტუბერკულოზური ხორკლები
- დ) ტუბერკულოზური კავერნა

408. თირკმლების ტუბერკულოზის დროს შარდში დამახასიათებელ ცვლილებებს მიეკუთვნება

- ა) მჟავე რეაქცია
- ბ) პიურია
- გ) ერთროციტურია

\*დ) შესაძლებელია ყველა

409. თირკმლის გუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში ყველაზე მგრძობიარეა ჩამოთვლილთაგან

- ა) შარდის საერთო ანალიზი
- ბ) გუბერკულოზის მიკობაქტერიის შარდში აღმოჩენა ბაქტერიოსკოპიით
- \*გ) გუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენა შარდის ნათესით
- დ) გუბერკულინის ტესტი

410. საშარდე სისტემის გუბერკულოზის დროს შარდსაწვეთის შესართავის არაღამახასიათებელ ცვლილებებს მიეკუთვნება

- ა) შეშუპება
- ბ) ლეფორმაცია
- გ) ჰიპერემია
- \*დ) კისტისმაგვარი გამოხეობა

411. თირკმლის გუბერკულოზის რენტგენოლოგიური სურათისათვის დამახასიათებელია

- ა) არასწორი ფორმის და კონტურის ღრუები
- ბ) დესტრუქციული ცვლილებების უთანაბრობა (კეროვანობა)
- გ) შესაძლებელია დესტრუქციული ცვლილებების არსებობა ორივე თირკმელში
- \*დ) შესაძლებელია ყველა

412. შარდში გუბერკულოზური მიკობაქტერიების გამოსავლენად გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი მეთოდი, გარდა

- ა) ბიოლოგიურის
- \*ბ) ბიოქიმიურის
- გ) ბაქტერიოსკოპიურის
- დ) ბაქტერიოლოგიურის

413. თირკმლის გუბერკულოზის დროს პეგრიფიკაციების რენტგენოლოგიური ნიშნებია

- ა) არა მკაფიოდ გამოხატული კონტურები და არაჰომოგენური სტრუქტურა
- ბ) მდებარეობენ თირკმლის პარენქიმის პროექციაზე
- გ) არ იწვევს მენჯზე გეწოლას
- \*დ) სწორია ყველა

414. თირკმლის გუბერკულოზის დროს, თირკმლის ორგანოშემნახველ ოპარეციაზე შეიძლება დაისვას საკითხი ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა

- ა) თირკმლის რომელიმე ერთ სეგმენტში სოლიტარული კავერნა
- \*ბ) გუბერკულოზური პიონეფროზი
- გ) თირკმლის სლიტარული კავერნის გამო ერთი წლის განმავლობაში კომბინირებულმა ანტიბაქტერიულმა მკურნალობამ ავადმყოფს შედეგი არ მისცა
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი

415. თირკმლის ცალმხრივი დესტრუქციული გუბერკულოზის დროს ნეფრექტომია წარმოებს შემდეგი პერიოდის უშედეგო სპეციფიური მკურნალობის შემდეგ

- ა) 2-3 კვირის
- \*ბ) 2-3 თვის
- გ) 8-12 თვის
- დ) 2 წლის

416. თირკმლის გუბერკულოზით ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგების კონტროლის მიზნით შარდის დათესვა წარმოებს

- ა) ყოველ კვირაში
- ბ) თვეში ერთხელ
- \*გ) ექვს თვეში ერთხელ
- დ) წელიწადში ერთხელ

417. თირკმლის გუბერკულოზის მქონე ავადმყოფები ჩაითვლებიან მეორე ჯგუფის ინვალიდად

- ა) თირკმლების უკმარისობის მეორე ხარისხის დროს
- ბ) თირკმლების უკმარისობის მესამე ხარისხის დროს
- გ) თირკმლების შორსწასული გუბერკულოზის და ანტიბაქტერიული მკურნალობის არასაკმაო ეფექტურობის დროს
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

418. შარდის ბუშგის გუბერკულოზის დროს ცისტოსკოპიით გამოვლენილ ლორწოვანი გარსის ცვლილებებს განეკუთვნებიან

- ა) გუბერკულოზური ხორკლები
- ბ) გუბერკულოზური წყლულები
- გ) ლორწოვანის ნაწიბურვანი ცვლილებები, რომელიც უპირატესად მდებარეობს დამიანებული თირკმლის შარდსაწვეთის ხვრელის მიდამოში
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

419. შარდის ბუშგის გუბერკულოზის დამახასიათებელ სიმპტომებს განეკუთვნება

- ა) გახშირებული შარდვა

- ბ) წვა შარდის დროს
- გ) პერიოდულად ჰემატურია
- \*დ) სწორია ყველა

420. შარდის ბუშტის ტუბერკულოზის გართულებებს წარმოადგენს

- ა) შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი
- ბ) შერდის ბუშტის შეჭმუხვნა
- გ) შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის შერთულის სტრიქტურა
- \*დ) სწორია ყველა

421. ტუბერკულოზი პირველად ვითარდება

- ა) შალის ბუშტში
- \*ბ) თირკმლის პარენქიმაში
- გ) თირკმლის მენჯში
- დ) სწორია ბ) და გ)

422. ჩამოთვლილი ორგანოებიდან ყველაზე ხშირად ტუბერკულოზი პირველად ვითარდება

- ა) სათესლე ბუშტუკებში
- \*ბ) წინამდებარე ჯირკვალში
- გ) სათესლე ჯირკვალში
- დ) სასქესო ასოში

423. პროსტატის ტუბერკულოზის დროს თითო რექტალური გასინჯვა ავლენს

- ა) წინამდებარე ჯირკვლის ზომამი მომაგებას
- ბ) წინამდებარე ჯირკვლის წილთაშუა ღარის წაშლას
- გ) დარბილებული კერების არსებობას
- \*დ) გამკვრივებული კერების არსებობას და ჯირკვლის ზომამი შემცირება

424. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის შესაძლო ადგილობრივ ცვლილებებს მიეკუთვნებიან

- ა) სათესლე ჯირკვლის დანამატის გადიდება, გამკვრივება, ხორლიანობა
- ბ) სათესლე ჯირკვლის რეაქტიული წყალმანკი
- გ) სათესლე პარკის კანზე ჩირქმდენი ფისგულა
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

425. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის დროს ყველაზე უფრო ხშირად მიახდება

- ა) დანამატი და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილი
- ბ) მთლიანად დანამატი
- გ) დანამატის თავი
- \*დ) დანამატის კული

426. სათესლე ჯირკვლის დანამატის მწვავედ განვითარებული ტუბერკულოზის დროს ნიშნავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა

- ა) სიმშვილე
- ბ) სათესლე პარკის იმობილიზაცია (სუსპენზორიუმი)
- გ) ანტიბაქტერიული თერაპია
- \*დ) სითბური პროცედურები და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა

427. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ტუბერკულოზის დროს აწარმოებენ

- ა) ვამორეზექციას
- ბ) ჰემიკასტრაციას
- გ) ეპილიდომექტომიას სათესლე ჯირკვლის რეზექციით
- \*დ) ეპილიდომექტომიას

428. შარდსასქესო სისტემების ტუბერკულოზის დროს დაგეგმილ ოპერაციულ მკურნალობას წინ უნდა უძღოდეს ანტიტუბერკულოზური თერაპია ხანგრძლივობით:

- ა) 2 კვირა
- \*ბ) 6 კვირა
- გ) 3 თვე
- დ) 6 თვე

429. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის ოპერაციული მკურნალობა წარმოებს

- ა) ანტიტუბერკულოზური თერაპიის დაწყებისთანავე
- \*ბ) ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის შემდეგ
- გ) ანტიტუბერკულოზურ მკურნალობამდე
- დ) ყველა პასუხი სწორია

430. თირკმლის ტუბერკულოზით უფრო ხშირად ავადმყოფობენ

- ა) ბავშვები
- ბ) მამაკაცები

- \*გ) ქალები
- დ) ხანშიშესული ასაკის აღამიანები

431. თირკმლების გუბერკულოზური დისიმინაცია როგორც წესი ხდება

- ა) თირკმლების დამიანება პირველადია
- ბ) თირკმლების დაავადება მეორადია, სხვა ორგანოებიდან
- \*გ) ორივე თირკმელში ერთდროულად
- დ) ერთ თირკმელში

432. თირკმლის გუბერკულოზის დროს განკურნების კრიტერიუმად ითვლება

- ა) შარდში გუბერკულიოზის მიკობაქტერიების არ არსებობა შარდის ნათასში სამჯერადი დათესვის შემდეგ
- ბ) შარდში გუბერკულიოზის მიკობაქტერიების, ლეიკოციტების და ერთროციტების არარსებობა მკურნალობის შეწყვეტიდან 5 წლის განმავლობაში;
- გ) დესტრუქციის კერების სტაბილიზაცია და უკუგანვითარება;
- \*დ) სწორია ყველა

433. გუბერკულოზური მიკროცისტის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა

- ა) გროაკალური ეპიცისტოსტომია
- ბ) ოპერაციული ეპიცისტოსტომია
- გ) პერიოდული თვითკათეტერიზაცია
- \*დ) შარდის ბუშტის აუგმენტაცია - ნაწლავოვანი პლასტიკა

434. რომელი დაავადებისთვისაა დამახასიათებელი ჰემატურიის შერწყმა ასეპტიურ პიურიასთან:

- ა) ჰიდრონეფროზი
- ბ) კალკულოზი
- გ) ნეფროფტოზი
- \*დ) თირკმლის გუბერკულოზი

წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია

435. რამდენია ჯანმრთელი მრდასრული მამაკაცის პროსტატის მასა:

- ა) 10+-5 გრამი
- \*ბ) 20 +- 6 გრამი
- გ) 30+-10 გრამი
- დ) 50 +- 10 გრამი

436. ანატომიურად პროსტატა იყოფა შემდეგ შემადგენელ ნაწილებად - ამოიჩიეთ სწორი ვარიანტი:

- ა) ცენტრალური ზონა, პერიფერიული ზონა, ფიბრომუსკულარული სტრომა და პარაურეტრული ჯირკვლები
- ბ) შუა წილი, გვერდითი წილები, სათესლე ბორცვი
- გ) წინა წილი უკანა წილი, გვერდითი წილები, პარაურეტრული ჯირკვლები
- \*დ) პერიფერიული ზონა, ცენტრალური ზონა, გარდამავალი ზონა, ფიბრო-მუსკულური სტრომა, პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

437. ჯანმრთელ მამაკაცში პროსტატის ანატომიური ზონებიდან ყველაზე დიდია:

- \*ა) პერიფერიული ზონა
- ბ) ცენტრალური ზონა
- გ) გარდამავალი ზონა
- დ) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

438. ჯანმრთელ მამაკაცში პროსტატის ანატომიური ზონებიდან ყველაზე პატარაა:

- \*ა) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა
- ბ) გარდამავალი ზონა
- გ) ცენტრალური ზონა
- დ) პერიფერიული ზონა

439. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პროსტატის ანატომიური ზონებიდან ყველაზე დიდია:

- ა) ცენტრალური ზონა
- \*ბ) გარდამავალი ზონა
- გ) პერიფერიული ზონა
- დ) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

440. ასაკოვან მამაკაცებს უვითარდება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია და არა პარაურეტრული ჯირკვლების აღენომა იმიგომ, რომ:

- ა) არის დისგორმონალური პროცესი და არ შეიძლება იყოს აღენომა
- ბ) ვითარდება მხოლოდ ასაკოვან მამაკაცებში
- \*გ) ქსოვილი შეიცავს არაეპითელიურ ელემენტებს (შემაერთებელ ქსოვილს) და ჰისტოლოგიურად იგი უახლოვდება პროსტატის ცენტრალური ზონის შენებას
- დ) ასეა მიღებული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ



441. პროსტაგის რომელი ზონიდან ვითარდება უხშირესად კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია:

- ა) ცენტრალური ზონა
- \*ბ) გარდამავალი ზონა
- გ) პერიფერიული ზონა
- დ) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

442. პროსტაგის რომელი ზონიდან ვითარდება უხშირესად ადენოკარცინომა:

- ა) ცენტრალური ზონა
- \*ბ) პერიფერიული ზონა
- გ) გარდამავალი ზონა
- დ) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

443. პროსტაგის რომელ ზონაში ვითარდება ინფექციური პროსტატიტი:

- ა) პერიფერიული ზონა
- \*ბ) ცენტრალური ზონა
- გ) გარდამავალი ზონა
- დ) პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

444. პროსტატაში ჯირკვლოვანი და შემაერთებელ-ქსოვილოვანი ელემენტების შეფარდება ყველაზე მეტად არის სტრომის სასარგებლოდ:

- ა) ბავშვებში
- ბ) მრდასრულ ახალგაზრდა მამაკაცებში
- გ) პროსტატის ადენოკარცინომის დროს
- \*დ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს

445. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პროსტატის ზონაში მრდა ხდება უპირატესად:

- ა) ჯირკვლოვანი ელემენტების ხარჯზე
- \*ბ) ფიბრო-მუსკულარული სტრომის ხარჯზე
- გ) ცხიმოვანი ელემენტების ხარჯზე
- დ) პროსტატის სეკრეტის ხარჯზე

446. რა პროცესი ვითარდება უხშირესად პროსტატის ცენტრალურ ზონაში:

- \*ა) ინფექციური გენეზის ანთებითი პროცესი (პროსტატიტი)
- ბ) ადენოკარცინომა
- გ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- დ) ლეიომიოსარკომა

447. რა პროცესი ვითარდება უხშირესად პროსტატის გარდამავალ ზონაში ზონაში:

- \*ა) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- ბ) ინფექციური გენეზის ანთებითი პროცესი (პროსტატიტი)
- გ) ადენოკარცინომა
- დ) ლეიომიოსარკომა

448. რა დანიშნულება აქვს პროსტატას, როგორც მამაკაცის მეორად სასქესო ორგანოს:

- ა) გამოიმუშაებს ანდროგენებს
- ბ) გამოიმუშაებს პროსტაგლანდინებს და მონაწილეობს ანთებით რეაქციებში
- \*გ) გამოიმუშაებს პროსტატის წვეცს, რომელიც ერთ/ერთი კომპონენტია მამაკაცის სპერმის სიცოცხლისუნარიანობაში
- დ) აბლოკირებს ესტროგენების მოქმედებას

449. ძირითადად რომელი სასქესო ჰორმონი ახდენს ზეგავლენას პროსტატის ზრდაზე:

- ა) პროლაქტინი
- ბ) ტესტოსტერონი
- გ) პროუესტერონი
- \*დ) ლიპიდოგესტოსტერონი

450. რომელი ანდროგენი სჭარბობს პროსტატის ქსოვილში:

- ა) ტესტოსტერონი
- ბ) ანდრიოლო
- \*გ) ლიპიდოგესტოსტერონი
- დ) პროუესტერონი

451. როგორია ლიპიდოგესტოსტერონის დონე პროსტატის ქსოვილში პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ჯანმრთელ პროსტატასთან შედარებით:

- ა) დაქვეითებული
- ბ) მომატებული
- \*გ) ნორმალური
- დ) პერიფერიულ ზონაში დაქვეითებული, ცენტრალურსა და გარდამავალში - მომატებული

452. რომელი ნერვული რეცეპტორებია განლაგებული პროსტატაში ყველაზე ჭარბად:

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

453. რა დანიშნულება აქვს პროსტაგის სპეციფიურ ანტიგენს ახალგაზრდა მამაკაცებში:

- ა) აქვს ანტიბაქტერიული თვისებები
- ბ) აუმჯობესებს ერექციის ხარისხსა და ხანგრძლივობას
- \*გ) იგი შლის სპერმის კოაგულს, რითაც ახანგრძლივებს მის თხიერებას
- დ) იწვევს გესტოსტერონის გარდაქმნას დიჰიდროგესტოსტერონად

454. პროსტაგის სპეციფიური ანტიგენი არის:

- \*ა) გლიკოპროტეინი
- ბ) მინერალოკორტიკოიდი
- გ) მარტივი მოლეკულა
- დ) ამინომჟავა

455. პროსტაგის სპეციფიური ანტიგენი თავისი ბუნებით არის:

- ა) კარბოანჰიდრაზა
- \*ბ) პროტეაზა და ესთერაზა
- გ) 5-ალფა რედუქტაზა
- დ) ფოსფოდიესთერაზა

456. პროსტაგის სპეციფიური ანტიგენი გამომუშავდება:

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

457. უჯრედის ბუნებრივად დაპროგრამებული სიკვდილი, რაც ინარჩუნებს ქსოვილში უჯრედთა ბალანსს, არის

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

458. პროსტატაში აპოპტოზის პროცესი ძლიერდება:

- ა) ანდროგენებით მკურნალობისას
- ბ) ანგიანდროგენებით მკურნალობისას
- გ) კლიმაქტერულ პერიოდში
- \*დ) კასტრაციისას

459. პროსტატის წონაში გაორმაგების სიჩქარე ყველაზე მაღალია:

- \*ა) 30-50 წლის მამაკაცებში
- ბ) 50-60 წლის მამაკაცებში
- გ) 60-70 წლის მამაკაცებში
- დ) 70-80 წლის მამაკაცებში

460. პროსტატის წონასა და ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების სიძლიერეს შორის დამოკიდებულება არის:

- ა) უკუპროპორციული
- ბ) პირდაპირი სწორხაზოვანი
- \*გ) პირდაპირი არასწორხაზოვანი
- დ) არაფართარი დამოკიდებულება

461. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის განვითარებისათვის რისკ-ფაქტორი არ არის:

- ა) ასაკი
- \*ბ) სიგარეტის წევა
- გ) მემკვიდრული დაავადება
- დ) ახალგაზრდა ასაკში ნორმალური ჰორმონალური სტატუსი

462. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ხშირი მოშარდვისა და იმპერატიული შეგრძნების მიზეზი ნარჩენი შარდის არარსებობის პირობებში არის:

- ა) პროსტატის ზომიერად ზრდა
- \*ბ) პროსტატის ზომიერად ზრდის გამო შარდის ბუშტის ფუნქციური მდგომარეობის კომპენსატორული გარდაქმნა
- გ) ასაკობრივი ცვლილებები ნერვულ და გულსისხლძარღვთა სისტემებში
- დ) მოშარდვის ჩვეულების ასაკობრივი ცვლილებები

463. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ინფრავეზიკალური ობსტრუქცია გამოწვეულია:

- ა) ერთი კომპონენტით - პროსტატის ზომიერი ზრდა

- \*ბ) ორი კომპონენტით - პროსტაგის ზომიში მატება და პროსტაგის გლუკუკუნთოვანი სისტემის მომატებული ტონუსი
- გ) ორი კომპონენტით - პროსტაგის ზომიში მატება და შარდსადენი მილის ლორწოვანის შეშუპება
- დ) სამი კომპონენტით - პროსტაგის ზომიში მატება, საშარლე ინფექცია და შარდსადენი მილის ლორწოვანის შეშუპება-ჰიპერტროფია

464. პროსტაგის გლუკუკუნთოვანი სისტემის ტონუსს განაპირობებს:

- \*ა) ადრენერგული ვეგეტატიული სისტემა
- ბ) ქოლინერგული ვეგეტატიური სისტემა
- გ) სომატური ნერვული სისტემა
- დ) პასუხი ა) და გ)

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

- \*ა) 1ა
- ბ) 1ც
- გ) 2ა
- დ) 1დ

466. შარდის ღუნე და წყვეტილი ნაკადი, მოშარდვის აქტის წინ დაყოვნება, ნარჩენი შარდის არსებობა გამოწვეულია ლეტრუმორში მიმდინარე შემდეგი ცვლილებით:

- ა) არასტაბილობა
- ბ) კომპლიანსის დაქვეითება
- \*გ) კუმშვალბის დაქვეითება
- დ) ღენერაცია

467. ინფრავეზიკალური ობსტრუქციის დროს ცისტოსკოპიურად ვლინდება:

- ა) შარდის ბუშის ლორწოვანის ჰიპერემია
- ბ) შარდის ბუშის ლორწოვანის სიფერმკრთალე
- გ) შარდსაწვეთის ხერელების ასიმეტრია
- \*დ) შარდის ბუშის კედლის ტრაბეკულობა

468. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გართულება არ არის:

- ა) შარდის ბუშის კენჭები
- \*ბ) იმპოტენცია
- გ) შარდის შეკავება
- დ) შარდის შეუკავებლობა

469. ქვედა საშარლე ტრაქტის სიმპტომების მქონე მამაკაცში (ხშირი შარდვა) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გარდა უნდა გამოირიცხოს:

- ა) თირკმლის კიბო
- ბ) სწორი ნაწლავის კიბო
- \*გ) შარდის ბუშის კიბო
- დ) სათესლე ჯირკელის კიბო

470. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცებში თირკმლის ფუნქციის დარღვევა განაპირობებს:

- ა) პოსტოპერაციულ იმპოტენციას
- ბ) პოსტოპერაციულ შარდის შეუკავებლობას
- \*გ) პოსტოპერაციული გართულებების მომატებულ რისკს
- დ) პროსტატის ობსტრუქციულ მრდას ოპერაციის შემდგომ

471. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტთა სიმპტომატიკა ფასდება:

- ა) ვიზუალური სკალით
- \*ბ) პროსტატის სიმპტომთა ჯამით
- გ) პროსტატის წონის, ნარჩენი შარდისა და უროფლოუმეტრიული მონაცემის ურთიერთთანაფარდობით
- დ) რორშახის ტესტით

472. რომელი გამონათქვამი არ არის სწორი პროსტატის სიმპტომთა 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

473. საერთაშორისო აღიარება ჰპოვა პროსტატის სიმპტომთა ჯამმა, რომელიც შესდგება:

- ა) 5 კითხვისაგან
- \*ბ) 7 კითხვისაგან
- გ) 10 კითხვისაგან
- დ) 18 კითხვისაგან

474. საერთაშორისო პროსტატის სიმპტომთა ჯამის მაქსიმალური მნიშვნელობა არის:

- ა) 15

- ბ) 25
- \*გ) 35
- დ) 50

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

- ა) 0-1
- \*ბ) 1-7
- გ) 1-10
- დ) 1-15

476. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტის მდგომარეობა უასდება, როგორც ზომიერად სიმპტომური, როდესაც მისი "პროსტატის სიმპტომთა ჯამი" მერყეობს:

- ა) 1-5
- ბ) 5-7
- \*გ) 8-19
- დ) 20-30

477. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტის მდგომარეობა უასდება, როგორც ძლიერ სიმპტომური, როდესაც მისი "პროსტატის სიმპტომთა ჯამი" აღემატება:

- ა) 5-ს
- ბ) 10-ს
- \*გ) 20-ს
- დ) 30-ს

478. იზოლირებულად ღამის განმავლობაში გახშირებული შარდის მიზეზი ძირითადად არის:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი
- \*ბ) ღამის პოლიურია (ნიქტურია)
- გ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- დ) თირკმელების უკმარისობა

479. უროფლოუმეტრია არის მეთოდი, რომელიც აფიქსირებს:

- ა) შარდის ნაკადის პოტენციურ ენერჯიას
- ბ) მოშარდული შარდისა და ნარჩენი შარდის რაოდენობას
- \*გ) შარდის ნაკადის მოცულობით სიჩქარეებს
- დ) შარდის გამჭვირვალობას

480. უროფლოუმეტრიული პარამეტრებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი კლინიკური მაჩვენებელია:

- ა) შარდის რაოდენობა
- ბ) მოშარდვის დრო
- \*გ) შარდის მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარე
- დ) შარდის საშუალო მოცულობითი სიჩქარე

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

- ა) ექსკოპია
- ბ) უროფლოუმეტრია
- \*გ) მოშარდვის დღეურის შედგენა (მითითებულია მოშარდვის დრო და რაოდენობა 24 საათის განმავლობაში)
- დ) პროსტატის სპეციფიური ანტიგენი სისხლში

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

- \*ა) პაციენტი იყოს მშვიდი
- ბ) მოშარდული შარდის რაოდენობა აღემატებოდეს 125-150 მლ-ს
- გ) უნდა ჰქონდეს მისთვის ჩვეული მოშარდვის სურვილი
- დ) პაციენტმა მოშარდა მშვიდ გარემოში და აქტი იყო მისთვის ჩვეული

483. უროფლოუმეტრიით მიღებული მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის ნორმა ჯანმრთელ მამაკაცში აღემატება:

- ა) 5 მლ/წმ-ს
- ბ) 10 მლ/წმ-ს
- \*გ) 20 მლ/წმ-ს
- დ) 30 მლ/წმ-ს

484. ოპერაციამდელი უროფლოუმეტრიული მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარის როგორი მაჩვენებელია არასახარბიელო პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო წარმოებული ოპერაციის (პროსტატის ტურ ან აღენომექტომია) შედეგიანობის თვალსაზრისით:

- ა) Q მახ ნაკლებია 12 მლ/წმ-ზე
- ბ) Q მახ მეტია 12 მლ/წმ-ზე და ნაკლებია 15 მლ/წმ-ზე
- \*გ) Q მახ მეტია 15 მლ/წმ-ზე

დ) Q მახ არის 15 მლ/წმ

485. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტებში უროფლოუმეტრიული მანევრებლებსა და "პროსტატის სიმპომა ჯამს" შორის კორელაცია არის:

- ა) ძლიერი
- \*ბ) სუსტი
- გ) საშუალო
- დ) არანაირი კორელაცია არ არსებობს

486. დაბალი უროფლოუმეტრიული მაქსიმალური მოცულობითი სინქარის მანევრებლის მიზეზი პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო ინფრავემბიკალური თბსტრუქციის გარდა შესაძლოა იყოს:

- ა) შარდის ბუშის არასტაბილობა
- ბ) ლეტრუმორის ირიგაცია
- \*გ) ლეტრუმორის ჰიპო/აკონტრაქტილობა
- დ) საშარდე ინფექცია

487. ინფრავემბიკალური თბსტრუქციის დიაგნოზის ყველაზე მგრძობიარე ობიექტური კვლევის მეთოდია:

- ა) ექსკოპია
- ბ) უროფლოუმეტრია
- გ) ავსების ცისტომეტრია
- \*დ) მოშარდვის ცისტომეტრია (წნევა/ნაკალი)

488. მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) დროს ერთდროულად იზომება შემდეგი პარამეტრები:

- ა) შარდის ნაკალის მოცულობითი სინქარე
- ბ) შარდის ნაკალის მოცულობითი სინქარე და შარდის ბუშშია წნევა
- \*გ) შარდის ნაკალის მოცულობითი სინქარე, შარდის ბუშშია წნევა და მუცლის ღრუსშია წნევა
- დ) შარდის ნაკალის მოცულობითი სინქარე და მუცლის ღრუსშია წნევა

489. მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) დროს ლეტრუმორული წნევა გამოიანგარიშება:

- ა) მაქსიმალური მოცულობითი სინქარის კვადრატში აყვანით
- ბ) მაქსიმალური მოცულობითი სინქარის გამრავლებით მოშარდვის აქტის საერთო ხანგრძლივობაზე
- \*გ) შარდის ბუშშია წნევა და მუცლის ღრუსშია წნევების სხვაობით
- დ) მაქსიმალური მოცულობითი სინქარის გამრავლებით მაქსიმალურ შარდის ბუშშია წნევაზე

490. თბსტრუქციული მოშარდვის შემთხვევაში მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) კვლევის შედეგებით ლეტრუმორული წნევა არის:

- ა) დაქვეითებული
- ბ) ნორმალური
- \*გ) მომატებული
- დ) აღნიშნული პარამეტრი ამ კვლევის მეთოდით არ ისაზღვრება

491. არათბსტრუქციული მოშარდვის შემთხვევაში მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) კვლევის შედეგებით ლეტრუმორული წნევა არის:

- ა) მომატებული
- ბ) ნორმალური
- \*გ) ნორმალური ან დაქვეითებული
- დ) დაქვეითებული

492. მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) კვლევის წარმოებისას შარდის ბუშის შიგნით წნევა იზომება:

- ა) რექტალური მილით
- ბ) ნაზოგასტრალური მონლით
- გ) ბოქვენზედა არეში კანზე მოთავსებული წნევის აღმრიცხველით
- \*დ) ეპიცისტოსტომიური და რანსურეთრული მილით

493. მოშარდვის ცისტომეტრიის (წნევა/ნაკალი) კვლევის წარმოებისას მუცლის ღრუს შიგნით წნევა იზომება:

- ა) ბოქვენზედა არეში კანზე მოთავსებული წნევის აღმრიცხველით
- ბ) ეპიცისტოსტომიური მილით
- \*გ) რექტალური მილით
- დ) ნაზო-გასტრალური მონლით

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

- ა) შარდის შეკავება
- ბ) შარდის ბუშის კენჭის (კენჭების) არსებობა
- \*გ) პროსტატის მომა 70 გ
- დ) შარდის ბუშის დიდი მოცულების დივერტიკული

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

- ა) პროსტაგლანდინული სისტემა
- ბ) ცელი მოძარდვით გამოწვეული თირკმელების დაზიანება
- \*გ) ღამის განმავლობაში ხშირი შარდვა
- დ) ქვედა საშარდე ტრაქტის ქრონიკული მორეციდივე ინფექცია

496. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილი მონაცემთაგან რომელი არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

- ა) ნარჩენი შარდი 120 მლ
- ბ) სუსტად გამოხატული ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომები
- \*გ) შარდის ბუშტის კენჭის (კენჭების) არსებობა
- დ) დაქვეითებული უროფლოუმეტრიული მონაცემები

497. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილი მონაცემთაგან რომელი არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

- ა) ღამის განმავლობაში ხშირი შარდვა
- ბ) ზომიერად გამოხატული ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომები ცხოვრების ხარისხის მაღალი შეფასებით
- \*გ) ქვედა საშარდე ტრაქტის ქრონიკული მორეციდივე ინფექცია
- დ) უროფლოუმეტრიული მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარე 14 მლ/წმ და ნარჩენი შარდი 90 მლ

498. ქვემოთმოყვანილიდან რომელი არ წარმოადგენს პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის მკურნალობის მეთოდს:

- ა) აქტიური მეთვალყურეობა (6 თვეში - წელიწადში ერთხელ)
- ბ) 5 - ალფა რედუქტაზის ინჰიბიტორები
- გ) სელექტიური ალფა-1 ადრენობლოკატორები
- \*დ) ესტროგენები და ანგიანდროგენები

499. ქვემოთმოყვანილიდან რომელი წარმოადგენს მკურნალობის ოპტიმალურ მეთოდს პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის, რომელსაც მსუბუქად გამოხატული ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომები აქვს და ობიექტური მონაცემებითაც (პროსტაგას ზომა, ნარჩენი შარდი) ცვლილებები მინიმალურია, პროსტაგა რექტალური გასინჯვით, შარდის ანალიზი და სისხლში PMA-ის დონე კი ნორმალური:

- ა) სელექტიური ალფა-1 ადრენობლოკატორები
- ბ) 5 - ალფა რედუქტაზის ინჰიბიტორები
- \*გ) აქტიური მეთვალყურეობა (6 თვეში - წელიწადში ერთხელ)
- დ) ოპერაციული მკურნალობა

500. ალფა-1-ადრენობლოკატორების მკურნალობისას მამაკაცის სექსუალურ სფეროში გამოვლენილი გართულებაა:

- ა) ერექტილური იმპოტენცია
- ბ) ნაადრევი ეაკულაცია
- \*გ) რეტროგრადული ეაკულაცია
- დ) ფსიქოგენური იმპოტენცია

501. არა-სელექტიური ალფა-1-ადრენობლოკატორების მკურნალობისას ყველაზე ხშირად გამოვლენილი გართულებაა:

- \*ა) არტერიული ჰიპოტენზია
- ბ) რეტროგრადული ეაკულაცია
- გ) ცხვირით სუნთქვის გაძნელება (სურდოს მაგვარი მდგომარეობა)
- დ) თავბრუსხვევა

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

- \*ა) პროსტაგას ზომებში შემცირება
- ბ) ნარჩენი შარდის რაოდენობის შემცირება
- გ) უროფლოუმეტრიული მაჩვენებლების გაუმჯობესება
- დ) ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების გაუმჯობესება

503. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცების სამკურნალოდ გამოყენებული ალფა-ადრენობლოკატორები პრაქტიკული თვალსაზრისით შეიძლება დაიყოს შემდეგ კატეგორიებად:

- ა) გვერდითი თანამოვლენების მიხედვით
- ბ) ალფა-რეცეპტორის მოლეკულური შენების თავისებურების მიხედვით
- \*გ) ალფა-რეცეპტორების სხვადასხვა სუბტიპებთან ფარმაკოლოგიური ურთიერთქმედების უნარის მიხედვით
- დ) ფარმაკო-კინეტიკური თავისებურებების მიხედვით

504. რომელი ალფა-ადრენობლოკატორი ქვემოთმოყვანილითაგან არ არის სელექტიური:

- ა) დოქსაზოზინი (კარდურა)
- ბ) სეტეგისი (ტერაზოზინი)
- გ) ტამსულოსინი (ომნიკი)
- \*დ) ფენოქსიბენზამინი (დიბელმირანი)

505. რომელი ალფა-ადრენობლოკატორი ქვემოთმოყვანილითაგან არის ყველაზე მეტად პროსტაგო-სელექტიური:

- ა) ღოქსაზოზინი (კარღურა)
- ბ) ფენოქსიბენზამინი (ღიბელზირანი)
- გ) სეგეგისი (გერაზოზინი)
- \*ღ) გამსულოსინი (ოზნიკი)

506. რომელი ალფა-აღრენობლო კატორი ქვემოთმოყვალინთაგან ხასიათღება ყველაზე ნაკლებად გამოხაგული ჰიპოგენზიური ეფექტი:

- ა) ღოქსაზოზინი (კარღურა)
- ბ) ფენოქსიბენზამინი (ღიბელზირანი)
- გ) სეგეგისი (გერაზოზინი)
- \*ღ) გამსულოსინი (ოზნიკი)

507. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცების ალფა-აღრენობლო კატორებით მკურნალობის ფონზე მოზარღვის ცისგომეტრიით (წნევა/ნაკადი) შეფასებული ინფრა-ვები კალური ობსტრუქცია:

- ა) საერთოდ იხსნება და მოზარღვა ხღება არაობსტრუქციული
- ბ) მცირღება და "წნევა/ნაკადის" მრული ხღება არაერთმზნიშენელოვანი
- \*გ) უმჯობესღება (ე.ი. მცირღება) , თუმცა კვლავ რჩება ობსტრუქციული
- ღ) ობსტრუქციის ხარისხი იმაგებს

508. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე საშუალო ასაკის მამაკაცს ესაჭიროება ალფა-აღრენობლო კატორებით მკურნალობა იგი ამავღროულად დაავადებული არის არგერიული ჰიპერტონიით, რომელიც საჭიროებს კორექციას. რომელი პრეპარაგი იქნება მისთვის ყველაზე მეგად შესაფერისი:

- ა) ღოქსაზოზინი (კარღურა)
- ბ) სეგეგისი (გერაზოზინი)
- გ) ალფუმოლინი (ღალეაზი)
- \*ღ) ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი

509. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე საშუალო ასაკის მამაკაცს ესაჭიროება ალფა-აღრენობლო კატორებით მკურნალობა იგი არის ჰიპოტონიკი. რომელი პრეპარაგი იქნება მისთვის ყველაზე მეგად შესაფერისი:

- ა) ღოქსაზოზინი (კარღურა)
- ბ) ფენოქსიბენზამინი (ღიბელზირანი)
- \*გ) გამსულოსინი (ოზნიკი)
- ღ) პრაზოზინი (მინიპრესი)

510. ფინასგერიღი (პროსკარი) არის 5-ალფა-რეღუქტაზას ინჰიბიტორი და მისი მოქმეღების მექანიზმი განისაზღვრება, როგორც:

- \*ა) ჰორმონალური
- ბ) ალფა-ბლოკატორი
- გ) ციტო-ტოქსიური
- ღ) სპაზმოლიზური

511. ფინასგერიღი (პროსკარი) პროსტაგას ქსოვილში აბლოკირებს ფერმენგ 5-ალფა-რეღუქტაზას, რომელიც გარღაქმნის:

- ა) ტესტოსტერონს პროგესტერონად
- ბ) ენდოგენურ ესტროგენებს ტესტოსტერონად
- გ) ტესტოსტერონს ესტროგენად
- \*ღ) ტესტოსტერონს ღიჰიდროტესტოსტერონად

512. პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ღროს ფინასგერიღის (პროსკარი) პროსტაგაზე მოქმეღების შეღეგი მღგომარეობს:

- ა) პროსტაგას გლუვი მუსკულატურის ტონუსის შემცირებაში
- \*ბ) პროსტაგას წონაში შემცირებაში
- გ) შარღის ბუშგის კუმშვადობის გაუმჯობესებაში
- ღ) შარღსაღენი მიღის გამავღობის აღღგენაში

513. პროსტაგას საეციფიური ანგიგენის ღონე სისხლში ფინასგერიღით (პროსკარი) მკურნალობის ღროს:

- ა) ღაღის ნულამღე
- \*ბ) მცირღება ღაახლოებით ორჯერ
- გ) იზრღება ორჯერ-სამჯერ
- ღ) იზრღება მნიშენელოვნად

514. რომელია სწორი ალფა1-აღრენობლო კატორებისა და ფინასგერიღის (პროსკარი) კომზინირებული გამოყენების შესახებ პროსტაგას კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ღროს:

- \*ა) პრაქტიკულმა გამოცღიღებამ ვერ ღააღასტურა რაიღე უპირაგესობა თითოეული მეღიკამენგის (ცალკე აღებული) ეფექტურობასთან შეღარებით
- ბ) უკუნაჩენებია გამომღინარე მათი ფარმაკოლოგიური თვისებებიღან
- გ) თეორიულად ეფექტი უნღა აღემაგებოღეს თითოეული მეღიკამენგისას ცალ-ცალკე აღებულს
- ღ) არაფერი არ არის ცნობიღი

515. რა არის ღია წესით აღენომექტომიის უკუნენება:

- ა) შარღის ბუშგის კენჭი (კენჭები)
- ბ) შარღის ბუშგის ღივერგიკული:

გ) დიდი ზომის პროსტატა

\*დ) პაჭარა პროსტატა - ნაკლები 50 გ/მე

516. რა მიზნით კეთდება ორმხრივი ვაზექტომია ღია წესით აღენომექტომიის წარმოებისას:

\*ა) არის ეპიდიდიმიტის პროფილაქტიკა

ბ) აუმჯობესებს პაციენტის სექსუალურ სტატუსს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

გ) აუმჯობესებს ოპერაციის ფუნქციურ შედეგებს

დ) არის პოსტოპერაციულ პერიოდში სისხლდენის პროფილაქტიკა

517. რომელი პრეპარატის მიღება არის უკუჩვენებები ოპერაციის წინ 10 დღის განმავლობაში

\*ა) ასპირინი

ბ) ფინასტერიდი

გ) ალფა-ბლოკერები

დ) ვიტამინები

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

ა) ადგილობრივი

\*ბ) გამტარებლობითი (სპინალური ან პერიდურული)

გ) ენდოტრაქეული

დ) აკუპუნქტურით

519. პროსტატაზე ოპერაციის რომელი მიდგომა არ არსებობს:

ა) ტრანსურეტრული

ბ) რეგროპუბიკური

\*გ) ტრანსპერიტონეული

დ) სუპრაპუბიკური ტრანსვეზიკალური

520. რეგროპუბიკური აღენომექტომიის ავტორი არის:

\*ა) მილინი

ბ) ალბარანი,

გ) ფიოდოროვი

დ) ალკენი

521. ღია წესით აღენომექტომიის ყველაზე ხშირი ფუნქციური გართულებაა:

ა) შარდის შეუკავებლობა

ბ) ერექტილური იმპოტენცია

გ) პროსტატოლინია

\*დ) რეგროგრადული ეაკულაცია

522. პერიოპერაციული ლეგალობა ოდნავ უფრო მაღალი აქვს:

\*ა) ღია წესით აღენომექტომიას პროსტატის ტურ-თან შედარებით

ბ) პროსტატის ტურ-ს ღია წესით აღენომექტომიასთან შედარებით

გ) თანაბარია პროსტატის ტურ-ისა და ღია წესით აღენომექტომიის დროს

დ) არ არის ცნობილი

523. პროსტატის და შარდის ბუშტის ყელის გლუვი კუნთების შეკუმშვა ხორციელდება:

\*ა) ალფა1 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

ბ) ალფა2 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

გ) მუსკარინული ქოლინორეცეპტორების სტიმულაციით

დ) ბეტა ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

524. პროსტატის და შარდის ბუშტის ყელის გლუვი კუნთების ინერვაციას ადრენორეცეპტორების ჯგუფიდან უპირატესად ახდენენ

\*ა) ალფა1ა

ბ) ალფა1ბ

გ) ალფა1ც

დ) ალფა1დ

525. ალფა 1 რეცეპტორების ბლოკერებს ახასიათებს:

\*ა) ჰიპოტენზიური ეფექტი

ბ) ჰიპერტენზიული ეფექტი

გ) ნაწლავის პერისტალტიკის შესუსტება

დ) სელატიური ეფექტი

526. გამსულომინს ახასიათებს სელექტიური აქტივობა ალფა-ადრენორეცეპტორების შემდეგი ქვეტიპისადმი

\*ა) ალფა1ა

ბ) ალფა1ბ

გ) ალფა1ც



დ) ალფა1

527. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ალფა-1 აღრენორეცეპტორების ბლოკერს არ მიეკუთვნება:

- \*ა) ოქსიბუტინინი
- ბ) ტერაზოზინი
- გ) დოქსაზოზინი
- დ) გამსულოზინი

528. ალფა-1 აღრენორეცეპტორების ბლოკერებთან მიმართებაში ჭეშამრიგია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მოსაზრება გარდა ერთისა:

- ა) ყველა პერაპარატს ერთნაირი კლინიკური ეფექტი აქვს
- ბ) გამოიყენებიან პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის კონსერვატიული მკურნალობისათვის
- გ) შეიძლება დაინიშნონ ფინასტერიდთან ერთად
- \*დ) ინიშნება მხოლოდ ფინასტერიდთან ერთად

529. ფინასტერიდის ფარმაკოლოგიური მოქმედების მექანიზმია:

- ა) განივზოლიანი კუნთების რელაქსაცია
- ბ) ალფა1 აღრენორეცეპტორების ბლოკირება
- \*გ) 5-ალფა რედუქტაზას ინჰიბირება
- დ) პროსტაგლანდინების ინჰიბირება

530. ფინასტერიდი ახლენს პროსტატის წონის შემცირება დაახლოებით:

- ა) 10%-ით
- \*ბ) 20%-ით
- გ) 40%-ით
- დ) 60%-ით

531. ჰორმონალური თერაპია პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მკურნალობისათვის:

- ა) წარმოადგენს არჩევით თერაპიულ საშუალებას
- \*ბ) არ გამოიყენება მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამო
- გ) გამოიყენება სტანდარტულად ოპერაციის შემდეგ
- დ) გამოიყენება სტანდარტულად ოპერაციის წინ

შარდკენჭოვანი დაავადება

532. კენჭოვანი დაავადებებიდან რომელი ტიპი არ გადაეცემა მემკვიდრულად:

- ა) ცისტინურია
- \*ბ) ნაწლავური ჰიპეროქსალურია
- გ) ქსანტინურია
- დ) თირკმლის ტუბულარული აციდოზი

533. რომელ ასაკში გვხვდება შარდკენჭოვანი დაავადება ყველაზე ხშირად:

- ა) 1-5
- ბ) 5-15
- \*გ) 20-40
- დ) 40-60

534. რომელი გამონათქვამია სწორი შარდკენჭოვანი დაავადების სქესობრივი განსხვავების მიმართ:

- ა) გვხვდება თანაბრად
- ბ) სჭარბობს ქალებში
- \*გ) სჭარბობს მამაკაცებში
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი

535. რამდენად უფრო ხშირად აღინიშნება შარდკენჭოვანი დაავადება მამაკაცებში ვიდრე ქალებში:

- ა) 10-ჯერ
- \*ბ) 4-ჯერ
- გ) 2-ჯერ
- დ) თანაბრად

536. მეორადი კენჭების (მეღა საშარდე ტრაქტის ინფექციისა და მეტაბოლური დარღვევების შედეგად) მაღალი სისხშირე უფრო დამახასიათებელია:

- ა) მამაკაცებისათვის
- ბ) თანაბარია ორთავე სქესის წარმომადგენლებში
- \*გ) ქალებისათვის
- დ) თანაბარია ასაკოვან პაციენტებში

537. რომელ ასაკოვან ჯგუფში გვხვდება თანაბარი სისხშირით შარდკენჭოვანი დაავადების ორთავე სქესის წარმომადგენლებში:

- \*ა) ბავშვებში
- ბ) 13 - 20

- გ ) 20 - 40
- დ ) 40 - 60

538. რომელმა მიზეზმა შეიძლება განაპირობოს ქალებში შარდკენჭოვანი დაავადები დაბალი სიხშირე მამაკაცებთან შედარებით:

- ა ) მამაკაცის საშუალო წონა მეტია ქალისაზე
- ბ ) შარდის დღე-ღამური რაოდენობა მეტია მამაკაცებში
- \*გ ) ციტრატის შემცველობა შარდში ქალებში მეტია
- დ ) ანაბოლიზმის პროცესი უფრო მაღალია მამაკაცებში

539. შარდკენჭოვანი დაავადების გამოვლინების პიკი ხდება:

- ა ) იანვარი-თებერვალი-მარტი
- ბ ) აპრილი-მაისი-ივნისი
- \*გ ) ივლისი-აგვისტო-სექტემბერი
- დ ) ოქტომბერი-ნოემბერი-დეკემბერი

540. შარდკენჭოვანი დაავადების გამოვლინების პიკი ემთხვევა:

- ა ) მაღალ ტენიანობას
- ბ ) ნალექების სიჭარბეს
- გ ) ატმოსფეროში ოზონის რაოდენობის კლებას
- \*დ ) მაქსიმალურ ტემპერატურას

541. თბილ სეზონში შარდკენჭოვანი დაავადების გამოვლინებას ხელს უწყობს:

- ა ) დიეტური ფაქტორების შეცვლა
- \*ბ ) სხეულის მიერ სითხის დაკარგვა ოფლის სახით და სუნთქვით
- გ ) ატმოსფეროში ოზონის რაოდენობის მაგება
- დ ) სანიტარული მდგომარეობის გაუარესება

542. შარდოვანი კენჭის წარმოქმნის პროცესში ციტრატი გვევლინება, როგორც:

- ა ) აგრეგაციის გამაძლიერებელი
- ბ ) ინჰიბიტორი
- გ ) ხელშემწყობი
- \*დ ) კომპლექსორი

543. კუჭ-ნაწლავის გრაქტიდან დღე-ღამეში შეიწოვება კალციუმის შემდეგი რაოდენობა:

- ა ) 20 - 50 მგ
- \*ბ ) 100 - 300 მგ
- გ ) 500 - 1000 მგ
- დ ) 2000 - 3000 მგ

544. ნაწლავებში კალციუმის შეწოვას ასტიმულირებს:

- ა ) C ვიტამინი
- ბ ) D1 ვიტამინი
- \*გ ) D3 ვიტამინი
- დ ) E ვიტამინი

545. საკვებიდან ოქსალატს დიდი რაოდენობით შეიცავს:

- ა ) ძეხვი
- ბ ) თევზი
- \*გ ) ისპანახი
- დ ) ლობიო

546. შარდში გამოყოფილი ოქსალატის რა ნაწილია საკვებიდან შეთვისებული:

- ა ) 10%
- ბ ) 20%
- \*გ ) 50%
- დ ) 80%

547. სითხებიდან ოქსალატს დიდი რაოდენობით შეიცავს:

- ა ) ალკოჰოლური სასმელი
- ბ ) რძე
- \*გ ) ჩაი და უნაღებო ყავა
- დ ) არალკოჰოლური სასმელები

548. ოქსალატი შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის გრაქტის შემდეგ მონაკვეთებში:

- ა ) კუჭი
- ბ ) წვრილი ნაწლავი
- გ ) მსხვილი ნაწლავი
- \*დ ) ყველა ჩამოთვლილი

549. ნაწლავებიდან ოქსალატების შეწოვა იმრდება:

- ა) კუჭის რეგულაციის შედეგად
- ბ) მსხვილი ნაწლავის რეგულაციის შედეგად
- \*გ) წერილი ნაწლავის რეგულაციის შედეგად
- დ) სწორი ნაწლავის რეგულაციის შემდეგ

550. მთლიანი კუჭ-ნაწლავის გრაფის მქონე პაციენტებში ნაწლავებიდან ოქსალატების შეწოვის გაზრდას იწვევს:

- ა) ჰიპერაციდური გასტრიტი
- ბ) ქრონიკული კალკულოზური ქოლესისტიტი
- \*გ) ქრონიკული ენტერო-კოლიტი
- დ) ქრონიკული აპენდიციტი და გიფლიტი

551. ენდოგენური ოქსალატი მიიღება შემდეგი ნივთიერების ფერმენტული დაშლით:

- \*ა) ასკორბინის მჟავა
- ბ) რიბონუკლეინის მჟავა
- გ) შეუცვლელი ამინომჟავები
- დ) მაღალ მოლეკულური ლიპოპროტეინი

552. ენდოგენური ოქსალატი სინთეზირდება:

- \*ა) ღვიძლში
- ბ) ფარისებრახლო ჯირკვლებში
- გ) თირკმელებში
- დ) ნაწლავის სანათურში ბაქტერიების მეშვეობით

553. ოქსალატი შარდში გამოიყოფა ნეფრონის შემდეგ ნაწილში:

- \*ა) ნეფრონის ყველა უბანში
- ბ) პროქსიმალურ მილაკში
- გ) დისტალურ მილაკში
- დ) გორგალში

554. იდიოპათური ჰიპერკალციემიის განსაზღვრებაა:

- \*ა) კალციუმის ნორმალური დონე სისხლში და მომატებული - შარდში
- ბ) კალციუმის ნორმალური დონე სისხლში და ნორმალური - შარდში
- გ) კალციუმის მომატებული დონე სისხლში და ნორმალური - შარდში
- დ) კალციუმის მომატებული დონე სისხლში და მომატებული - შარდში

555. ჰიპერკალციემიის რომელი ფორმა არ არსებობს:

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

556. თირკმლისმიერი ჰიპერკალციემიის დროს სისხლში კალციუმის დონე არის:

- ა) ძლიერ მომატებული
- \*ბ) დაქვეითებული
- გ) ნორმალური
- დ) მომიერად მომატებული

557. თირკმლისმიერი ჰიპერკალციემიის დროს სისხლში კალციუმის დისბალანსს არეგულირებს:

- ა) ანგილიურული ჰორმონი
- \*ბ) პარათ-ჰორმონი
- გ) მირეერალ-კორტიკოიდები
- დ) პროსტაგლანდინები

558. ჰიპერკალციემიის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

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

559. თირკმლისმიერი ჰიპერკალციემიის დროს სისხლში კალციუმის დისბალანსი რეგულირდება შემდეგი პროცესის ხარჯზე:

- ა) ძვლებიდან კალციუმის მარაგის გამორეცხვა
- \*ბ) ნაწლავებიდან გაძლიერებული შეწოვა
- გ) თირკმლის მილაკებში კალციუმის რეაბსორბციის გაძლიერება
- დ) ორგანიზმში არსებული კალციუმის მარაგების მობილიზაციით

560. კალციუმის შემზღვრავი დიეტის შემდეგ შარდში კალციუმის მაღალი შემცველობა დამახასიათებელია:

- ა) აბსორბციული ჰიპერკალციურიისათვის
- \*ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიისათვის
- გ) რემორბციული ჰიპერკალციურიისათვის
- დ) ილიოპათური ჰიპერკალციურიისათვის

561. ონკოლოგიური დაავადებით გამოწვეული ჰიპერკალციემიის მიზეზია:

- \*ა) სიმსივნის მიერ პარაგ-ჰორმონის მაგვარი ნივთიერების სინთეზი
- ბ) სიმსივნის სამკურნალოდ ქიმიო და სხივიური თერაპიის გამოყენება
- გ) ძვლებში მეტასტაზები არსებობა
- დ) ზოგადი კახექსია

562. ჰიპერკალციემიის მიზეზი არ შეიძლება იყოს:

- ა) ჰიპერთირეოიზმი
- ბ) სარკოიდოზი
- გ) გლუკოკორტიკოიდებით მკურნალობა
- \*დ) ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი

563. რომელი მედიკამენტი იწვევს ყველაზე ხშირად ე.წ. იატროგენულ ჰიპერკალციემიას:

- ა) კაპტოპრილი
- ბ) სპირონოლაქტონი
- \*გ) თიაზიდები
- დ) ვიტამინები

564. რომელი მედიკამენტი გამოიყენება ჰიპერკალციურიის დროს:

- ა) ასკორბინის მჟავა
- ბ) პირიდოქსინი
- \*გ) თიაზიდები
- დ) სპირონოლაქტონი

565. პირველადი ჰიპეროქსალურია არის:

- ა) იატროგენული (მედიკამენტური)
- ბ) ინფექციის ფონზე გართულება
- \*გ) მემკვიდრული დაავადება
- დ) ასაკობრივი პათოლოგია

566. ქვემოთმოყვანილი განსაზღვრებებიდან რომელი არ შეესაბამება სინამდვილეს:

- ა) ნაწლავისმიერი ოქსალურია
- ბ) ილიოპათური ზომიერი ოქსალურია თანდართული ერთროციტების მიერ ოქსალატების გაძლიერებული გრანსპორტი
- გ) პირველადი (გენეტიკური) ჰიპეროქსალურია
- \*დ) მეორადი (მეძენილი) ჰიპეროქსალურია

567. ჰიპეროქსალურიად ფასდება მდგომარეობა, როდესაც შარდით გამოყოფილი ოქსალატის დღე-ღამური რაოდენობა აღემატება:

- ა) 5-10 მგ-ს
- \*ბ) 30-40 მგ-ს
- გ) 100 მგ-ს
- დ) 500 მგ-ს

568. ჰიპეროქსალურიის დროს გამოიყენება

- ა) ასკორბინის მჟავა
- ბ) გოკოფეროლი
- გ) ციანკობალამინი
- \*დ) პირიდოქსინი

569. ჰიპეროქსალურიის მკურნალობაში მისაღები კალციუმის მომაგებელი დოზის როლი მდგომარეობს შემდეგში:

- ა) კალციუმის შევსებით ოქსალატებით გამოყოფა ნაღველთან ერთად
- ბ) კალციუმის შევსება კონკურენციას უწევს ოქსალატის შევსებას
- გ) კალციუმში იწვევს ოქსალატების გაუვნებელყოფა ღვიძლში
- \*დ) კალციუმში იერთებს ოქსალატს ნაწლავის სახნაურში და აღარ შეიწოვება

570. სუფთა კალციუმის ფოსფატის კენჭები დამახასიათებელია:

- ა) ჰიპერ-პარათირეოიზმისათვის
- ბ) ენდოგენური ჰიპეროქსალურიისათვის
- \*გ) თირკმლის გუბულური აციდოზისათვის
- დ) პარანეოპლასტიური ჰიპერკალციემიისათვის

571. 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

572. თირკმლის გუბულური აცილოზის მკურნალობის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) კალციუმით დატვირთვა
- \*ბ) კალციუმის ციტრატი
- გ) კალციუმის შემლუღვა
- დ) პირილოქსინი

573. შარდმქაფა კენჭების გაჩენის მიზეზია:

- ა) ჰიპერურიკურია (>750 მგ/დღე)
- ბ) შარდის მქაფე რეაქცია
- გ) შარდის შემცირებული რაოდენობა
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

574. როდის არ არის გაძლიერებული შარდმქაფას სინთეზი ორგანიზმში:

- ა) პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)
- ბ) მიელოპროლიფერატიული დარღვევები
- \*გ) თირკმლის გუბულარული აცილოზი
- დ) ქიმოთერაპიის დროს

575. მეორადი შარდმქაფა კენჭების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) მალაბსორბცია
- ბ) ჰიპერ-პარათირეოიზმი
- \*გ) ნიკრისის ქარი (პოდაგრა)
- დ) შაქრიანი დიაბეტი

576. ონკოლოგიური დაავადებებიდან შარდმქაფა კენჭების გაჩენას იწვევს:

- \*ა) მიელოპროლიფერატიული დაავადებები (ლეიკოზები)
- ბ) შარდის ბუშტის კიბო
- გ) პროსტატის კიბო
- დ) პეჯეტის სიმსივნე

577. შარდმქაფა 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

578. შარდმქაფა ნეფროლითიაზისას ალოპურიინოლის (300-600 მგ დღეში) დანიშნვის ჩვენებას არ წარმოადგენს:

- \*ა) სისხლში შარდმქაფას ნორმალური დონე
- ბ) სისხლში შარდმქაფას მომაგებული დონე
- გ) როლესაც შარდით შარდმქაფას ექსკრეცია აღემატება 1200 მგ-ს
- დ) სწორია ა და გ

579. შარდმქაფა ნეფროლითიაზის მკურნალობის უეფექტობის ლაბორატორიულ მაჩვენებლად ითვლება:

- ა) სისხლში შარდმქაფას მომაგებული დონე
- ბ) ვიტამინი D3-ის სინთეზის გაძლიერება
- გ) სისხლში პარათ-ჰორმონის დონის მომაგება
- \*დ) შარდში მიკროსკოპულად შარდმქაფა კრისტალების არსებობა

580. სტრუვიტული კენჭი არის:

- ა) ოქსალატის და შარდმქაფას შემცველი
- ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიის ფონზე გაჩენილი კენჭი
- \*გ) ინფექციის გამო გაჩენილი კენჭი
- დ) ჰიპერურიკოზურიის ფონზე გაჩენილი შერეული შენების კენჭი

581. სტრუვიტული კენჭი შეიცავს შემდეგ ელემენტებს:

- ა) კალციუმს და ოქსალატს
- ბ) კალციუმს, ოქსალატს და შარდმქაფას
- \*გ) მაგნიუმს, ამონიუმსა და ფოსფატს
- დ) ცისტინს

582. სტრუვიტული კენჭი უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) თანაბრად ორივე სქესის წარმომადგენლებში
- ბ) მამაკაცებში
- \*გ) ქალებში
- დ) არ არის ცნობილი

583. სტრუქტურული კენჭის გაჩენის წინაპირობას წარმოადგენს:

- ა) სისხლში შარდმჟეფას მომატებული ღონე
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი
- გ) ჰიპერკალციურია
- \*დ) შარდის მაღალი PH (7,2-ზე მეტი) და შარდში ამონიუმის არსებობა

584. ამონიუმი არის შემდეგი ნივთიერების დაშლის პროდუქტი:

- \*ა) შარდოვანასი
- ბ) ოქსალატის
- გ) ურობილინოგენის
- დ) კრეატინინის

585. ამონიუმის წარმოქმნას აკატალიზებს შემდეგი ფერმენტი:

- \*ა) ურეაზა
- ბ) პროტეაზა
- გ) ამილაზა
- დ) ფოსფოკინაზა

586. ამონიუმის დაშლის შედეგად მიღებული შარდის რეაქცია არის:

- \*ა) ტუტე
- ბ) მჟავე
- გ) ნეიტრალური
- დ) ზომიერად მჟავე

587. რომელი მიკრო-ორგანიზმი არ გამოიმუშავებს ურეაზას:

- ა) ურეაპლამზა
- ბ) ოქროსფერი სტაფილოკოკი
- \*გ) ნაწლავის ჩხირი
- დ) პროტეუსი

588. სუფთა სტრუქტურული კენჭის მქონე პაციენტებში ორგანიზმის მეტაბოლური სტატუსი არის:

- ა) პათოლოგიური
- ბ) აღინიშნება ჰიპერ-პარათირეოზი
- \*გ) უხშირესად ნორმალური
- დ) ვიტამინ D3-ის ცვლის მოშლა

589. რომელი შარდმდენი პრეპარატი შეიძლება ჩამოყალიბდეს თირკმლის კენჭად:

- ა) თიაზიდი
- ბ) სპირონოლაქტონი
- \*გ) გრიამტერენი
- დ) ფუროსემიდი

590. რომელი ტიპის კენჭი არ ჩანს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე:

- ა) კალციუმის ოქსალატი
- ბ) სტრუვიტი
- \*გ) სუფთა შარდმჟეფა კენჭი
- დ) კალციუმის ფოსფატი

591. რომელი კენჭი არის რენტგენოხილული:

- ა) ქსანტინი
- ბ) სუფთა შარდმჟეფა
- \*გ) კალციუმის ოქსალატი
- დ) გრიამტერენის კენჭი

592. თირკმლის მენჯში ლოკალიზებული 1 სმ-იანი კენჭის სპონტანურად გამოძევების ალბათობა არის:

- ა) 5-10%
- \*ბ) 20-25%
- გ) 50%
- დ) 70%

593. თირკმლის მენჯში ლოკალიზებული 0.5 სმ-იანი კენჭის სპონტანურად გამოძევების ალბათობა არის:

- ა) 5-10%
- ბ) 20-25%
- გ) 40%
- \*დ) 65%

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

- ა) 5-10%
- ბ) 20-25%
- გ) 45%
- \*დ) 90%

595. თირკმლის ან შარდსაწვეთის ჭვალის დროს შარდის ანალიზი უხშირესად გამოავლენს:

- ა) პიურიას
- \*ბ) ერითროციტურიას
- გ) ცილინდურიას
- დ) ბაქტერიურიას

596. რომლი არის ყველაზე რენტგენოკონტრასტული კენჭი:

- ა) სტრუვიტი (მაგნიუმი, ამონიუმი და ფოსფატი)
- ბ) ცისტინი
- \*გ) კალციუმის ფოსფატი (აპატიტი)
- დ) კალციუმის ოქსალატი

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

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია
- \*ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) ღამიზნებითი რენტგენოგრაფია
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

598. თირკმლის ან შარდსაწვეთის ჭვალის დროს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას არ წარმოადგენს:

- ა) ძლერი გკივილი, რომელიც არ ექვემდებარება სტანდარტულ მელიკაციას
- \*ბ) მიკროჰემატურია
- გ) ოლიგო-ანურია (ერთადერთი თირკმლის ჭვალი)
- დ) კლინიკურად მანიფესტირებული ინფექცია

599. ჯანმრთელი თირკმლისათვის სრული ინფარანული მექანიკური ობსტრუქციის პირობებში ყოფნა (თანდართული გართულებების არარსებობის შემთხვევაში) დასაშვებია:

- ა) ერთი კვირა
- ბ) ორი კვირა
- \*გ) ერთი თვე
- დ) ექვსი თვე

600. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდში ციტრატის კონცენტრაციაზე:

- ა) არ მოქმედებს
- ბ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს
- გ) ზრდის
- \*დ) ამცირებს

601. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდის PH-ზე:

- ა) არ მოქმედებს
- ბ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს
- გ) ზრდის
- \*დ) ამცირებს

602. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდში კალციუმის კონცენტრაციაზე:

- ა) არ მოქმედებს
- ბ) ამცირებს
- გ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს
- \*დ) ზრდის

603. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდში შარდმჟავას კონცენტრაციაზე:

- ა) არ მოქმედებს
- ბ) ამცირებს
- გ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს
- \*დ) ზრდის

604. ხორცის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდში ოქსალატის კონცენტრაციაზე:

- ა) არ მოქმედებს
- ბ) ამცირებს
- გ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს
- \*დ) ზრდის

605. რძის ჭარბად მიღება შემდეგ ზეგავლენას ახლენს შარდში კალციუმის კონცენტრაციაზე:

- ა) არ მოქმედებს

- ბ) ამცირებს
- \*გ) ზრდის
- დ) ხან ზრდის, ხან ამცირებს

606. პაციენტის იმობილიზაციისას გაჩენილი კენჭების მიზეზია:

- ა) ნაწლავისმიერი აბსორბციული ჰიპერკალციურია
- ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურია
- \*გ) ძვლების დემინერალიზაციით რეზორბციული ჰიპერკალციურია
- დ) ლიეგით გამოწვეული ჰიპერკალციურია

607. შარდკენჭოვანი დაავადების წინაპირობად გვევლინება მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული შემდეგი ქირურგიული ჩარევა:

- ა) კუჭის რეზექცია
- ბ) ქოლეცისტექტომია
- გ) სწორი ნაწლავის რეზექცია
- \*დ) წვრილი ნაწლავის რეზექცია

608. თირკმლის კენჭის რეციდივის აღბათობა მით მეტია, რაც:

- ა) დიდია კენჭის ზომა
- \*ბ) მეტია კენჭების რაოდენობა
- გ) ასაკოვანია პაციენტი
- დ) მაღალია შარდის PH

609. შარდკენჭოვანი 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

610. ბავშვებში თირკმლის კენჭი უხშირესად მანიფესტირდება:

- ა) თირკმლის კოლიკით
- \*ბ) შარდოვანი ინფექციით
- გ) ანურიით
- დ) ღამის ენურეზით

611. ბავშვებში ენდემური შარდის ბუშტის კენჭების მიზეზია:

- ა) მეტაბოლური დარღვევები
- \*ბ) არასრულფასოვანი კვება
- გ) ანატომიური დეფექტები
- დ) ღამის ენურეზი

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

- \*ა) პირველ ტრიმესტრში
- ბ) მეორე ტრიმესტრში
- გ) მესამე ტრიმესტრში
- დ) მთელი ორსულობის განმავლობაში

613. ფეხმძიმე ქალებში შარდკენჭოვანი დაავადების სამკურნალოდ არ გამოიყენება შემდეგი პროცედურა:

- ა) ნეფროსტომია ადგილობრივი ანესთეზიით
- ბ) შარდსაწვეთის სტენტირება
- გ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია
- \*დ) ექსტრაკორპორალური ლისტანციური ლითოტრიპსია

614. ექსტრაკორპორალური ლისტანციური ლითოტრიპსიის გამოყენების აბსოლუტურ უკუჩვენებას არ წარმოადგენს:

- \*ა) ორმხრივი თირკმელკენჭოვანი დაავადება
- ბ) კოაგულოპათია
- გ) ორსულობა
- დ) ზედა საშარდე ტრაქტის ანატომიური მანკი

615. ექსტრაკორპორალური ლისტანციური ლითოტრიპსია ნაკლებად ეფექტურია შემდეგი ლოკალიზაციის თირკმლის კენჭის დასამსხვრევად:

- \*ა) ქვედა ფიალის კენჭი
- ბ) ზედა ფიალის კენჭი
- გ) შუა ფიალის კენჭი
- დ) ყველა პასუხი სწორია

616. ნოვოკაინური ბლოკადა ლორინ-ეპიშტეინის მეთოდით (სათესლე ბაგირაკის, მრგვალი იოგის) ეფექტურია თირკმლის კოლიკის დროს კენჭის ლოკალიზაციით



- ა) თირკმლის მენჯში
- ბ) შარდსაწვეთის ზედა მესამედში
- \* გ) შარდსაწვეთის ქვედა მესამედში
- დ) შარდსაწვეთის შუა მესამედში

617. ავადმყოფი შემოვიდა ღიაგნობით: მარჯვენა შარდსაწვეთის ქვედა მესამედის კენჭი, ჩირქოვანი პიელონეფრიტი, ექსკრეტორულ უროგრამებზე მარჯვენა თირკმლის ფუნქცია არ ისახება და კვარცხების 1,5 საათის განმავლობაში. ავადმყოფს უნდა ვურჩიოთ

- \* ა) პერკუტანული ნეფროსტომია შემდგომი ლითოტრიპსიით
- ბ) ანტიბაქტერიული, ლეზინტოქსიკაციური თერაპია
- გ) თირკმლის რევიზია, ნეფროსტომია
- დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

618. აპოსტემატოზური ნეფრიტით გამოწვეული გართულების ყველაზე დიდი საშიშროება განპირობებულია

- \* ა) შარდსაწვეთის კენჭით
- ბ) მენჯის კენჭით
- გ) თირკმლის მარჯნისებური კენჭით
- დ) ფიალას კენჭით

619. ჰიდრონეფროზის დასაწყის სტადიაში მაკროსკოპულად ცვლილებები შეინიშნება:

- ა) თირკმლის მენჯის შემცირების სახით
- ბ) თირკმლის ღვრილების გაფართოების სახით
- გ) თირკმლის ფიალების გაფართოების სახით
- \* დ) თირკმლის მენჯსა და ფიალებში, მათი ზომიერი გაფართოების სახით

620. ჰიდრონეფროზის დროს თირკმლის ჭვალის მიზეზია

- ა) შარდსაწვეთის მექანიკური დახშობა
- ბ) ფიზიკური დატვირთვა
- გ) შარდსაწვეთის სპასტიური შეკუმშვა
- \* დ) შარდსაწვეთის მექანიკური დახშობა ან მისი სპასტიური შეკუმშვა

621. შარდკენჭოვანი დაავადებების ეტიოპათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს:

- ა) ცხელ კლიმატს
- ბ) სასმელი წყლის შემადგენლობას
- გ) საკვებ ნივთიერებას
- \* დ) ყველა ჩამოთვლილს

622. შარდკენჭოვანი დაავადებებისათვის დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკურ-ლაბორატორიული ნიშნები:

- ა) ტკივილები
- ბ) მიკროჰემატურია
- გ) ღებურია
- \* დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

623. შარდკენჭოვანი დაავადებების შემთხვევაში საჭიროა შემდეგი გამოკვლევების ჩატარება:

- ა) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) სონოგრაფია
- \* დ) სწორია ყველა

624. შარდკენჭოვანი დაავადების კონსერვატიული მკურნალობის მიზანია:

- ა) ტკივილის მოხსნა
- ბ) ინფექციის ლიკვიდაცია
- გ) კენჭების დაშლისა და მათი სპონტანური გამოძეგების პირობების შექმნა
- \* დ) სწორია ყველა

625. შარდკენჭოვანი დაავადებების კონსერვატიულ მკურნალობაში იგულისხმება:

- ა) ზოგადგასამაგრებელი მკურნალობა
- ბ) ღებური კვება
- გ) მედიკამენტოზური მკურნალობა
- \* დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

626. შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსმა შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) კენჭოვანი დაავადება
- ბ) მწვავე ცისტეიტი
- გ) თირკმლის კისტოზური გადაგვარება
- \* დ) უროდინამიკის მოშლა

627. შარდმჟავა უროლითიაზის სამკურნალოდ ნაჩვენებია

- ა) შიმშილი

- ბ) მისაღები სითხის რაოდენობის შეზღუდვა
- გ) ასკორბინის მკვაება
- \*დ) ურალიტი "U".

628. ჟანმრთელი ადამიანის სისხლში კალციუმის შემცველობა

- ა) 1,76 მმოლ/ლ
- ბ) 1,94 მმოლ/ლ
- \*გ) 2,45 მმოლ/ლ
- დ) 5,74 მმოლ/ლ.

629. 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.

630. რომელი ჩამოთვლილი დაავადებების დროს ნაჩვენებია სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა

- ა) პიელონეფრიტი აქტიურ ფაზაში
- ბ) ერთადერთი თირკმლის კენჭი რომელიც განიცდის მიგრაციას
- \*გ) ნეფროლითოგომიის შემდგომ პერიოდში
- დ) ორმხრივი უროლითიაზის დროს.

631. სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა ნაჩვენებია

- ა) თირკმელების მწვავე უკმარისობის დროს
- ბ) თირკმელების ქრონიკული უკმარისობის გერმინალური სტადიის დროს
- \*გ) კალკულოზური პიელონეფრიტის დროს რემისიის ფაზაში.
- დ) მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს

632. ურატული კენჭების დროს არ არის რეკომენდირებული

- \*ა) ხორცის პროდუქტებისგან დამზადებული კერძები
- ბ) რძის პროდუქტებისგან დამზადებული კერძები
- გ) მინერალური წყალი "ბორჯომი"
- დ) ბურღულეული.

633. თქსალატური კენჭების დროს არ არის რეკომენდირებული

- \*ა) რძე
- ბ) წიწიბურასგან დამზადებული კერძები
- გ) სხვა ბურღულეულისგან დამზადებული კერძები
- დ) ხორბლის პური.

634. ურატების დროს ეფექტურია

- \*ა) ბლემარენი.
- ბ) ომეპრაზოლი
- გ) დამწვარი მარცხენა
- დ) ალმაგელი

635. ფოსფატების დროს ნაჩვენებია

- ა) სოლურანი
- ბ) მეთიონინი
- გ) ცისტენალი
- \*დ) უროლანი.

636. ჩამოთვლილთაგან რომელი იწვევს საშარდე სისტემის კენჭების წარმოქმნას

- ა) ლევომიცეტინი
- ბ) პენიცილინი
- გ) ლიდაზა.
- \*დ) სულფადიმეზინი

637. ჩამოთვლილთაგან რომელი იწვევს შარდის შემკვებებას

- ა) ალმაგელი
- ბ) ნატრიუმის აცეტატი.
- გ) აქვიტი
- \*დ) მეთიონინი

638. ჩამოთვლილთაგან რომელი იწვევს შარდის გატუტინებას

- ა) ალმაგელი.
- ბ) ნატრიუმის აცეტატი
- გ) ვიტამინი C

\*დ) ბლემარენი

639. რომელი პრეპარატები მიეკუთვნება ციგრაგულ ნაერთებს

ა) ალოპურიინოლი

ბ) პირიდოქსინი

\*გ) ურალიტი "ს".

დ) მილურიტი

640. რომელი პრეპარატები არის შედარებით ეფექტური აღმავალი ლითოლიმისთვის

ა) ფიზიოლოგიური ხსნარი

ბ) გამობლილი წყალი

\*გ) ფერმენტი ტერილიგინი.

დ) ნაგრიუმის ბიკარბონატი

641. რა ტიპის კენჭები ექვემდებარება აღმავალ ლითოლიმს

ა) კალციუმის ოქსალატები

ბ) ურატები

\*გ) კალციუმის კარბონატი.

დ) მაგნიუმის ოქსალატი

642. რომელი კენჭები ექვემდებარება მელიკამენტომურ ლითოლიმს

ა) კალციუმის ოქსალატი

ბ) ოქსალურია

\*გ) შარდმკვათა უროლითიაზი

დ) ფოსფატები.

643. შარდმკვათა უროლითიაზის სამკურნალოდ ნაჩვენებია

ა) ლიდაზა.

ბ) ფიგინი

გ) მაგნიუმის სულფატი

\*დ) ციგრაგული ნაერთები

644. პურიული ცელის მოშლის დროს წარმოიქმნება

ა) კალციუმის კარბონატები

ბ) კალციუმის ფოსფატები

\*გ) ურატები.

დ) მაგნიუმის ფოსფატები

645. მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის ფორმებია

ა) აპოსტომატომური

ბ) აბსცესი

გ) კარბუნკული

\*დ) ყველა ჩამოთვლილი

646. ორსულთა შორის მწვავე პიელონეფრიტის სიხშირე შეადგენს:

ა) 0%

ბ) 1%

\*გ) 11%

დ) 50%

647. ყველაზე ხშირად პიელონეფრიტს იწვევს:

\*ა) ნაწლავის ჩხირი

ბ) პროტეუსი

გ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადი ჩხირი

დ) სტაფილოკოკი

648. შეუცვლელ თირკმელებში მწვავე პიელონეფრიტი შეიძლება გამოიწვიოს

ა) ნაწლავის ჩხირმა

ბ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადმა ჩხირმა

გ) ენტეროკოკმა

\*დ) სტაფილოკოკმა

649. მწვავე პიელონეფრიტის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ:

ა) პოლიურია

ბ) გაღახურება

\*გ) შრდის პასაჟის და ვენოზური სისხლის თირკმელებიდან გამოღეენის დარღვევა

დ) თირკმელებში არტერიული სისხლის დინების დარღვევა

650. მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის დროს თირკმელებში ცვლილებები ხასიათდება

- ა) სისხლძარღვების შეღწევალობის-გამტარობის დარღვევით
- ბ) შემაერთებული ქსოვილის ლეიკოციტარული ინფილტრაციით
- გ) შემაერთებულ ქსოვილში მიკრობების თავმოყრით
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილით

651. მწვავე პიელონეფრიტის დროს, როდესაც თირკმელებიდან შარდის პასაჟი დარღვეულია, სიმპტომების განვითარება აღინიშნება შემდეგი თანმიმდევრობით: 1) შემცივნება; 2) თირკმლის არეში ტკივილები; 3) მაღალი ტემპერატურა; 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

652. შარდის ნალექში ლეიკოციტების მინიმალური რაოდენობა, რომელიც უჩვენებს ლეიკოციტურიას, შეადგენს:

- ა) 2-5 ლეიკოციტი მხედველობის არეში
- \*ბ) 6 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში
- გ) 10 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში
- დ) 20 ლეიკოციტზე მეტი მხედველობის არეში

653. ლეიკოციტურიაზე მიუთითებს ლეიკოციტების რაოდენობა ერთ მილილიტრ შარდის "შუა" ულუფაში

- ა) 1000-დან 2000-მდე
- ბ) 2000-დან 4000-მდე
- \*გ) 4000-ზე მეტი
- დ) 5000-ზე მეტი

654. დაბჯითებით შეიძლება ითქვას ბაქტერიურიის არსებობის შესახებ თუ 1 მლ შარდში ბაქტერიების რაოდენობა უდრის

- ა) 5000
- ბ) 10 000-ზე მეტს
- გ) 50 000-ზე მეტს
- \*დ) 100 000-ზე მეტს

655. შარდის მკავე რეაქციის დროს ყველაზე ეფექტურ ანტიბაქტერიულ პრეპარატს წარმოადგენს:

- ა) ერთრომიცინი
- ბ) ლინკომიცინი
- \*გ) პენიცილინი და 5-ნოკი
- დ) სტრეპტომიცინი

656. შარდის ტუტე რეაქციის დროს ყველაზე ეფექტურ ანტიბაქტერიულ პრეპარატს წარმოადგენს:

- ა) ტეტრაციკლინი
- \*ბ) კანამიცინი და გენტამიცინი
- გ) ნიგროფურანი
- დ) სულფანილამიდი

657. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ერთიდაიგივე ანტიბიოტიკის განუწყვეტლად მიღება არაა საჭირო:

- ა) 3 დღეზე მეტად
- \*ბ) 5-7 დღეზე მეტად
- გ) 8-10 დღეზე მეტად
- დ) 10-14 დღეზე მეტად

658. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ანტიბაქტერიული მკურნალობა საჭიროა ჩატარდეს

- ა) პიურიის გაქრობამდე
- ბ) ბაქტერიურიის გაქრობამდე
- გ) ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერამდე
- \*დ) ხანგრძლივად - რამდენიმე თვის განმავლობაში

659. მწვავე პიელონეფრიტის დროს ავადმყოფმა უნდა მიიღოს სითხე

- ა) შეღარებითი შემზღვევით
- ბ) ჩვეულებრივი რაოდენობით
- \*გ) მომატებული რაოდენობით
- დ) დიდი რაოდენობით

660. მწვავე პიელონეფრიტის დროს სუფრის მარილი ავადმყოფმა უნდა მიიღოს

- ა) უმარილო დიეტა
- ბ) შემზღვეული რაოდენობით
- \*გ) ჩვეულებრივი რაოდენობით
- დ) მომატებული რაოდენობით

661. კაპილარების უჯრედების შემზრანის გამტარებლობას ამცირებს ვიგამინები:

- ა) B1
- ბ) B6
- \*გ) C და P
- დ) A

662. ავადმყოფი, 47 წლის შემოვიდა უროლოგიურ განყოფილებაში ეჭვით მარცხენა თირკმლის კარბუნკულზე. ავადია 6 დღე. სხეულის გემპერატურა 37,8-38,5 გრადუსი ჩ. მას საჭიროა ჩაუტარდეს გამოკვლევები თანმიმდევრობით: 1) იზოტოპური რენტგენოგრაფია; 2) შრდის და სისხლის ანალიზი; 3) ულტრაბგერითი გამოკვლევები; 4) დინამიური ნეფროსცინტიგრაფია; 5) თირკმლის ანგიოგრაფია; 6) ექსკრეტორული უროგრაფია; 7) რეტროგრადული პიელოგრაფია

- ა) სწორია თანმიმდევრობა 1;2;3;4;5;6;7
- \*ბ) სწორია თანმიმდევრობა 2;3;6;4
- გ) სწორია თანმიმდევრობა 2;4;1;3;7;5;6
- დ) სწორია თანმიმდევრობა 2;1;5;4;6;7;3

663. ავადმყოფი - 64 წლის მამაკაცი. დაუდგინდა მარცხენა თირკმლის ქვემო პოლუსის კარბუნკული 2X3სმ. შარდის პასაჟი და თირკმლის ფუნქცია შეცვლილი არ არის. ავადია 3 დღე. არ უმკურნალა. ექიმის ტაქტიკა ითვალისწინებს:

- \*ა) სასწრაფო ოპერაციას - მარცხენა თირკმლის რეზექციით, კარბუნკულის ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სივრცის ღრეზირებით, ანტიბაქტერიული მკურნალობით
- ბ) გეგმიური ოპერაციას - თირკმლის რეზექციით, კარბუნკულის ამოკვეთით ან გაკვეთით, პარანეფრალური სივრცის ღრეზირებით, ანტიბაქტერიულ თერაპიას
- გ) კარბუნკულის ტრანსკუტანეულ პუნქციას, ანტიბაქტერიულ მკურნალობას
- დ) ნეფრექტომიას

664. 65 წლის ავადმყოფი ქალი შემოვიდა მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის და მარჯვანა თირკმლის მენჯის 1,5X2 სმ კენჭის გამო. 10 დღის განმავლობაში აქვს მალაღი გემპერატურა პერიოდული შემციფებებით. მისთვის აუცილებელია:

- ა) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია
- ბ) ინგენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა
- გ) დისტანციური ლითოტრიპსია
- \*დ) პერკუტანული ნეფროსტომია შემდგომი ლითოტრიპსიით

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

- ა) ინგენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა
- ბ) ნეფრექტომია
- \*გ) ოპერაცია - აბსცესის გახსნა და ღრეზირება, ან აბსცესის პერკუტანული პუნქცია და მისი ღრუს ღრეზირება
- დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის ღრეზირება

666. ავადმყოფი 24 წლისაა, ორსულობა 25 კვირის, მწვავე მარჯვენამხრივი სეროზული პიელონეფრიტი, ექსტაზირებულია მენჯი და მარჯვენა შრდსაწვეთი მენჯის ნაწილში. ავადმყოფის მკურნალობისთვის საჭიროა

- ა) ორსულობის შეწყვეტა
- ბ) შრდსაწვეთის კათეტერიზაცია
- გ) პერკუტანული პუნქციური ნეფროსტომია
- \*დ) ავადმყოფი მუღმივად უნდა იწვეს მოწინააღმდეგე მხარეზე და ჩაუტარდეს ანტიბაქტერიული მკურნალობა

667. მწვავე პიელონეფრიტის გართულებას წარმოადგენს

- ა) თირკმლის ღვრილების ნეკროზი, პარანეფრიტი
- ბ) ენდოტოქსიური შოკი, თირკმლის მწვავე უკმარისობა
- გ) სეფსისი, სეპტიკოპიემია, მეტასტაზური ჩირქგროვების განვითარებით
- დ) არცერთი ჩამონათვალთაგან
- \*ე) სწორია ყველა

668. ქრონიკული პიელონეფრიტი უფრო ხშირად ვითარდება:

- ა) აღრეულ ბავშვთა ასაკში
- ბ) ახალგაზრდულ ასაკში
- გ) საშუალო ასაკში
- \*დ) ხნიერთა და მოხუცთა შორის

669. ქრონიკული პიელონეფრიტით დაავადებულობას სქესთან დაკავშირებით აქვს შემდეგი კანონზომიერება

- ა) მამაკაცები ავადდებიან 4-ჯერ უფრო ხშირად
- ბ) მამაკაცები ავადდებიან 2-ჯერ უფრო ხშირად
- გ) ქალები ავადდებიან 2-ჯერ უფრო ხშირად
- \*დ) ქალები ავადდებიან 4-ჯერ უფრო ხშირად

670. ქრონიკულ პიელონეფრიტს ყველაზე უფრო ხშირად იწვევს

- ა) სტაფილოკოკი
- \*ბ) ნაწლავის ჩხირი
- გ) პროტეუსი
- დ) ენტეროკოკი
- ე) ლურჯ-მწვანე ჩირქმბადი ჩხირი

671. ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს ყველაზე უფრო ზიანდება

- ა) თირკმლის გორგლების სისხლძარღვოვანი ქსელი
- ბ) შუქლიანს-ბოუმენის კაფსულა
- \*გ) თირკმლის მილაკები
- დ) ჰენლეს მარყუქის ასწვრივი მუხლი

672. ქრონიკული პიელონეფრიტისთვის უფრო დამახასიათებელია

- \*ა) მილაკების ფუნქციის დარღვევა
- ბ) გორგლების ფუნქციის დარღვევა
- გ) ფიალების ფუნქციის დარღვევა
- დ) მილაკების ფილტრაციული ფუნქციის დარღვევა

673. ქრონიკული პიელონეფრიტისათვის უფრო მეტად დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს

- ა) ლაზიანებული თირკმლის ზომიდან მომატება
- \*ბ) მარჯვენა და მარცხენა თირკმლის ფუნქციის სხვადასხვა ხარისხით დარღვევა
- გ) მარჯვენა და მარცხენა თირკმლის ფუნქციის ერთნაირი ხარისხით დარღვევა
- დ) მარჯვენა თირკმლის ფუნქციის შეღარებით მეტად დარღვევა მარცხენასთან შეღარებით

674. ქრონიკული პიელონეფრიტის მქონე ავადმყოფს შეყვანილი ანტიბიოტიკის მინიმალური კონცენტრაცია აქვს

- ა) ქსოვილებში
- ბ) მენჯ-ფიალათა სისხლში
- გ) თირკმლის დაუზიანებელ ნაწილში
- \*დ) თირკმლის პარენქიმის ანთებით კერაში

675. 34 წლის ქალს, დისპანსერობაციის პროცესში შარდის ნალექში გამოივლინდა მხედველობის არეში 25-30 ლეიკოციტი. ჩივილები არ აქვს. ანამნეზში მითითება უროლოგიურ დაავადებაზე არ აქვს. ყველაზე უფრო შესაძლო დიაგნოზია

- \*ა) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- ბ) ქრონიკული ცისტაიტი
- გ) ქრონიკული ურეთრიტი
- დ) პიელიტი

676. ქალს მთელი წლის განმავლობაში აქვს ცისტაიტის მოვლენები. შარდი მყავე რეაქციისაა. მიუხედავად იმისა, რომ ღებულობს ანტიბაქტერიულ პრეპარატებს, ლეიკოციტურია მყარია. ყველაზე უფრო შესაძლო დიაგნოზია

- ა) ქრონიკული ცისტაიტი
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- \*გ) შარდის ბუშტის ტუბერკულოზი
- დ) თირკმლის ტუბერკულოზი

677. 42 წლის მამაკაცს შემთხვევითი 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 ჭიქიანი ან სამ ჭიქიანი სინჯი
- გ) შარდის გამოკვლევა, რომელიც მიღებულია შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის შედეგად
- დ) პრედნიზოლონის საპროვოკაციო სინჯი

678. ორსულთა შორის პიელონეფრიტის განვითარების ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი არის: 1) გადიდებული საშვილოსნოს გეჭოლა შარდსაწვეთებზე; 2) ჰორმონალური ცვლილებების გამო შარდსაწვეთის დილაგაცია; 3) ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითება

- ა) 1
- ბ) 2
- \*გ) 1;2
- დ) 1;2;3

679. არჩევენ ქრონიკული პარანეფრიტის შემდეგ ფორმებს: 1) ჩირქოვან-ნეკროზული; 2) ფიბროზულ-სკლეროზული; 3) ფიბროზულ-ლიპომატოზური; 4) ლატენტური

- ა) 1;2
- ბ) 2;4
- გ) 4;1
- \*დ) 2;3

680. პარანეფრიტის ყველაზე უფრო ხშირ გამომწვევეს წარმოადგენს

- ა) პნემოკოკი
- ბ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერია
- \*გ) სტაფილოკოკი და ნაწლავის ჩხირი
- დ) ვირუსი

681. მწვავე პარანეფრიტისათვის დაავადების დასაწყისში დამახასიათებელია

- ა) სეპტიური ცხელება

- \*ბ) ცხელების მუდმივი ტიპი
- გ) გარდამავალი ტიპის ცხელება
- დ) სუბფებრილური ტემპერატურა

682. მწვავე პარანეფრიტის დროს ცვლილებები

- ა) არ არის
- ბ) ვითარდება ღრუბლების პირველ დღიდანვე
- \*გ) ვითარდება ღრუბლების პირველი სიმპტომების გამოვლინებიდან 1-3 დღის შემდეგ
- დ) ვითარდება ღრუბლების პირველი სიმპტომების გამოვლინებიდან 5 დღის შემდეგ

683. მწვავე პარანეფრიტის დროს ტკივილები

- \*ა) ლოკალიზდება წელის არეში
- ბ) ირადიაციას იძლევა ბეჭის არეში
- გ) ირადიაციას იძლევა ბარძაყის მიდამოს წინ და ქვემოთ
- დ) ირადიაციას იძლევა ჭიპის არეში

684. მწვავე პარანეფრიტის დროს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება: 1) ხერხემლის სკოლიოზი დაზიანების მოწინააღმდეგე მხარეზე; 2) ხერხემლის სკოლიოზი დაზიანების მხარეზე; 3) ხერხემლის როტაცია; 4) წელის კუნთების კონტურები წაშლილია (არ არსებობს)

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3;4
- \*დ) 1;3

685. პარანეფრალური აბსცესის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) იზოტოპური რენოგრაფია
- \*დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა

686. ცისტიტი აღინიშნება ყველაზე უფრო ხშირად ასაკში

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

687. ცისტიტის განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება

- ა) სისხლის მიმოქცევის ალგილობრივ დარღვევას
- ბ) ფიზიკურ ფაქტორებს
- \*გ) ინფექციას
- დ) ქიმიურ ფაქტორებს

688. შარდის ბუშტში ინფექციის შეჭრის ყველაზე უფრო ხშირ გზას წარმოადგენს

- ა) ურეთრალური
- ბ) დაღმავალი
- გ) ლიმფოგენური
- \*დ) ჰემატოგენური

689. მწვავე ცისტიტის ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- \*ა) პიურია
- ბ) ტერმინალური ჰემატურია
- გ) ტკივილები შარდვის დროს
- დ) პოლიურია

690. ცისტიტის დიაგნოზი ემყარება ყველა ჩამოთვლილის ანალიზს, გარდა:

- ა) ანამნეზური და კლინიკური მონაცემებისა
- ბ) შარდის ნალექის მიკროსკოპული მონაცემებისა
- \*გ) ექსკრეტორული უროგრაფიისა და ურეთროცისტოგრაფიის მონაცემებისა
- დ) შარდის ორჭიქიანი სინჯის მონაცემებისა

691. მწვავე ცისტიტის დროს ნაჩვენებია:

- ა) ცისტოსკოპია (უმეტეს შემთხვევაში)
- \*ბ) ცისტოსკოპია (იშვით შემთხვევაში)
- გ) შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია
- დ) ურეთროსკოპია

692. ცისტიტის დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა გაგარდეს:

- ა) აპენდიციტიან

- ბ) შრდის ბუშტის ტუბერკულოზთან და სიმსივნესთან
- გ) შარდის ბუშტის ენდომეტრიოზთან
- \*დ) შარდის ბუშტის ტუბერკულოზთან, სიმსივნესთან და შარდის ბუშტის ენდომეტრიოზთან

693. ცისტიტის დროს არაა საჭირო გამოყენებული იქნას

- ა) დიეტოთერაპია
- ბ) ფიტოთერაპია
- გ) ალგილობრივი მკურნალობა
- \*დ) სხივური თერაპია

694. შარდის ბუშტის ლეიკოპლაკიის განვითარების მიზეზს წარმოადგენს:

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

695. შარდის ბუშტის ლეიკოპლაკიისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ცისტოსკოპიური სურათი

- ა) შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის წყლულოვანი ცვლილებები
- ბ) შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ფსევდოპოლიპოზი
- \*გ) შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსზე არასწორი ფორმის ბრტყელი ფირფიტისებრი ფენის არსებობა
- დ) შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ბულოზური შეშუპება

696. ცისტალგიისთვის დამახასიათებელია

- ა) პიურია
- ბ) ჰემატურია
- გ) სუბფერულიტიტი
- \*დ) გახშირებული, მტკივნეული შარდვა, უმეტეს შემთხვევაში ღლის განმავლობაში

697. ცისტალგიის დროს მიზანშეწონილია ჩატარდეს:

- ა) ანტიბაქტერიული თერაპია
- ბ) სხივური თერაპია
- გ) დესენსიბილური თერაპია
- \*დ) სელაგოური თერაპია, ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობა, ჩხვლეტიით რეფლექსო-თერაპია

698. მწვავე ცისტიტის დროს გამოიყოფა შემდეგი ფორმები: 1) კატარალური; 2) ჰემორაგიული; 3) გრანულაციური; 4) ფიბროზული; 5) წყლულოვანი

- ა) სწორია 1;2
- ბ) სწორია 2;3;5
- გ) სწორია 3;4
- \*დ) სწორია 1;2;4;5

699. ქრონიკული ცისტიტის დროს გამოიყოფა შემდეგი ფორმები: 1) კატარალური; 2) პოლიპური; 3) კისტოზური; 3) წყლულოვანი; 4) ინკუსტრაციული; 5) ნეკროზული

- ა) სწორია 2;3
- ბ) სწორია 3;4;5
- გ) სწორია 1;3;4;5
- \*დ) სწორია 1;2;3;4;5

700. ავადმყოფები მწვავე არასპეციფიური ცისტიტის გამო როგორც წესი შრომის უუნარონი არიან, შემდეგი პერიოდის განმავლობაში:

- ა) 3 დღე
- \*ბ) 6 დღე
- გ) 10 დღე
- დ) 14 დღე

701. პირველადი პარაცისტის გეხვლება:

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

702. კლინიკური მიმდინარეობით არჩევენ შემდეგი ფორმის პარაცისტის

- ა) უმწვავესი
- \*ბ) მწვავე და ქრონიკული
- გ) ქვემწვავე
- დ) ლატენტური

703. მწვავე პარაცისტის დიაგნოზი ემყარება ყველა ჩამოთვლილ გამოკვლევებს, გარდა:

- \*ა) რადიოიზოტოპიულ რენოგრაფიას



- ბ) ცისტოსკოპიას
- გ) ულტრაბგერით სკანირებას
- დ) ანამნეზს და კლინიკურ სიმპტომებს

704. ქრონიკული პარაცისტის დიაგნოსტიკა ემყარება მონაცემებს:

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიის
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფიის
- გ) ცისტოგრაფიის
- \*დ) ცისტოგრაფიის და ცისტოსკოპიის

705. არჩევენ არაინფექციური ურეთრიტის შემდეგ ფორმებს, გარდა:

- \*ა) გონორეული
- ბ) ნეიროგენული
- გ) ალერგიული
- დ) აგონორეული და ალერგიული

706. ინფექციურ ურეთრიტს მიეკუთვნება:

- ა) ალერგიული
- ბ) ტრავმატული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული
- გ) ქიმიური
- \*დ) მიკობური

707. შრდსასქესო ტრიქომონიაზის გამომწვევს წარმოადგენს:

- ა) საფუარას მსგავსი სოკოები
- \*ბ) უმარტივესები შოლგისებრთა კლასიდან
- გ) ამება
- დ) ვირუსი

708. მწვავე ურეთრიტის დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს:

- ა) გახშირებული შარდვა, შრდვის დროს ტკივილები
- \*ბ) ჰემატურია და სათესლე პარკის კანის შეშუპება
- გ) ურეთრიდან ჩირქიანი გამონადენი
- დ) ურეთრის გარეთა ხერელის გუნების შეშუპება

709. ურეთრიტის დიაგნოსტიკა ემყარება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

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

710. ურეთროსკოპია ნაჩვენებია:

- ა) ურეთრიტის მწვავე მიმდინარეობის დროს
- ბ) ურეთრიტის ტორპიდული მიმდინარეობის დროს
- გ) ურეთრიტის ლატენტური მიმდინარეობის დროს
- \*დ) ქრონიკული ურეთრიტის დროს

711. ურეთროგრაფია ნაჩვენებია:

- ა) ეპიდიდიმიტის დროს
- ბ) პროსტატიტის დროს
- \*გ) ურეთრის კონდილომატომზე ეჭვის შემთხვევაში
- დ) ეპიდიდიმიტისა და პროსტატიტის დროს

712. შარდსადენი მილის რენდგენოლოგიური გამოკვლევა ნაჩვენებია

- ა) მწვავე ურეთრიტის დროს
- ბ) პროსტატიტის და ვეზიკულიტის დროს
- \*გ) ურეთრის სტრიქტურაზე ეჭვის შემთხვევაში
- დ) ურეთრიტის ტორპიდული მიმდინარეობის შემთხვევაში

713. ქრონიკული ურეთრიტის ყველაზე უფრო ხშირი გართულებაა

- ა) ფოლიკულიტი
- ბ) ჰემაროე
- გ) პროსტატიტი
- დ) ვეზიკულიტი
- \*ე) ფოლიკულიტი, პროსტატიტი ვეზიკულიტი

714. ქრონიკული ურეთრიტის ხშირ გართულებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პროსტატიტის
- ბ) ეპიდიდიმიტის

გ) ურეთრალური ჯირკვლების დაზიანების

\*დ) პარაპროქტიტი

715. ურეთრიტის ყველაზე უფრო შესაძლო მეტასტაზურ გართულებას წარმოადგენს:

ა) კოლიტი

\*ბ) ართრიტი

გ) მიოკარდიტი

დ) თირეოიდიტი

716. მძიმე თერმული ქიმიური და გრავიტი ურეთრიტის დროს ნაჩვენებია

ა) მულტიფი კათეტერის ჩადგმა ინტენსიური ანტიბაქტერიულ თერაპიასთან ერთად

ბ) ინტენსიური ანტიბაქტერიული და ალგილობრივი მკურნალობა

\*გ) ცისტოსტომია, შემდგომი ინტენსიური ანტიბაქტერიული და ალგილობრივი მკურნალობა

დ) სხივური მკურნალობა

717. ურეთრალური რემორბციული ცხელების დროს ნაჩვენებია

\*ა) ინტენსიური ანტიბაქტერიული და ინფუზიური თერაპია

ბ) ინტენსიური ანტიბაქტერიული თერაპია და ურეთრის ინსტილაცია ცხიმოვანი ემულსიებით და მცენარეული ზეთებით

გ) მხოლოდ ინფუზიური მკურნალობა, მიმართული საერთო ინტოქსიკაციის შესამცილებლად

დ) ცისტოსტომია შემდგომი ინტენსიური ანტიბაქტერიული თერაპიით

718. ბალანოპოსტიტის ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ

ა) სასქესო ასოს ჩუჩის შევიწროვება (ფიმოზი)

ბ) სასქესო ასოს გამრუდება

გ) შაქრიანი დიაბეტი

\*დ) სასქესო ასოს ჩუჩის შევიწროვება და შაქრიანი დიაბეტი

719. ბალანოპოსტიტის დროს აღინშნება: 1) სასქესო ასოს ჩუჩის შეშუპება და ჰიპერემია; 2) ტკივილები სიმფიზის მიდამოში; 3) სასქესო ასოს ჩუჩის შიგნითა ფურცლის და სასქესო ასოს თავის ეროზიები და ჩირქოვანი გამონადენი

\*ა) 1

ბ) 2;3

გ) 3

დ) 1;2

720. ბალანოპოსტიტის გართულებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) ლიმფანგიტის

ბ) საზარდულის ლიმფადენიტის

\*გ) შარდის ბუშტის ყელის კონტრაქტურის

დ) სასქესო ასოს ყელის განგრენის

721. ბალანოპოსტიტის ლიფერენციული დიაგნოზი საჭიროა გაგარდეს: 1) სიფილისთან; 2) კავერნიტთან; 3) წითელ ქართან

ა) 1

ბ) 2

გ) 1;2

\*დ) 1;3

722. ბალანოპოსტიტის დროს ნაჩვენებია: 1) ჩუჩის გამორეცხვა და თბილი აბაზანები სადინფექციო ხსნარებით; 2) ჩუჩის მოკვეთა; 3) მედიკამენტური მკურნალობა

\*ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 1;3

723. კავერნიტი - ესაა:

\*ა) სასქესო ასოს კავერნოზული სხეულის ანთება

ბ) სასქესო ასოს ფიბროპლასტიკური ინდურაცია

გ) სასქესო ასოს კანის ფლებოთრომბოზი

დ) სწორია ყველა

724. პარაფიმიოზის მკურნალობა მდგომარეობს: 1) ცდაში ჩასწორებული იქნას სასქესო ასოს თავი; 2) ჩაიჭრას ჩუჩა; 3) დაელოს დრულოვან მღვიმოვანი ანასტომოზი; 4) ჩაიჭრას ჩაჭედილი რგოლი

ა) 1;3

ბ) 2;3

\*გ) 1;4

დ) 4

725. პრიაპიზმი - ესაა სასქესო ასოს ხანგრძლივი ერექცია, გამოწვეული

\*ა) სასქესო ასოს კავერნოზული სხეულის დაჭიმვით

- ბ) ურეთრის კავერნოზული სხეულის დაჭიმვით
- გ) შრდის ბუშტის გარეთა სფინქტერის შეკუმშვით
- დ) ყველა ჩამოთვლილი

726. პრიპიში ვითარდება შედეგად: 1) სასქესო ასოს კავერნოზულ სხეულში სისხლის არა ადეკვატური ღინების გამო; 2) ლიმფოსტაზის გამო; 3) სისხლის ქიმიური შემადგენლობის და მისი წებოვნების დარღვევის გამო;

- ა) 1
- ბ) 2;3
- გ) 3
- \*დ) 1;3

727. მწვავე ეპიდიმიტის დროს სათესლე ჯირკვლის დანაზავი: 1) მკვეთრად დაჭიმულია; 2) გადიდებულია; 3) ატროფულია

- ა) 1;3
- ბ) 2
- გ) 3
- \*დ) 1;2

728. მწვავე ეპიდიმიტისათვის დამახასიათებელია:

- \*ა) სხეულის ტემპერატურის მომატება დაავადების პირველ დღეზე
- ბ) სხეულის ტემპერატურის მომატება დაავადების მესამე-მეოთხე დღეზე
- გ) სხეულის ტემპერატურის მომატება დაავადების მეხუთე-მეექვსე დღეზე
- დ) სხეულის ტემპერატურა მომატებულია დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში

729. მწვავე ეპიდიმიტის დროს ტკივილის შეგრძნება საზარდულის არეში და მუცელში მოწმობს, რომ განვითარდა: 1) დეფერენტიტი; 2) ფუნიკულიტი; 3) მწვავე აპენდიციტი; 4) კოლიტი

- ა) 1;3
- ბ) 2;4
- გ) 3;4
- \*დ) 1;2

730. ქრონიკული ინფექციური ეპიდიმიტი და ორხიტი საჭიროა დიფერენცირებული იქნას ყველა ჩამოთვლილისაგან, გარდა:

- ა) სათესლე ჯირკვლის და დანაზავის ტუბერკულოზის
- ბ) სათესლე ჯირკვლის და დანაზავის სიმსივნის
- გ) სპერმატოცელეს
- \*დ) ვარიკოცელეს

731. პროსტატიტის გამომწვევ ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენენ:

- ა) ბაქტერიები და ვირუსები
- ბ) მიკოპლაზმები და ქლამიდიები
- გ) ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

732. მწვავე არასპეციფიკური ეპიდიმიტის და ორქიტის მკურნალობა საჭიროა დავიწყოთ: 1) ანტიბაქტერიული პრეპარატების დანიშვნით; 2) სათესლე ბაგირაკის ნოვოკაინით ბლოკაით; 3) ოპერაციული მკურნალობით

- ა) 1;3
- ბ) 2
- გ) 3
- \*დ) 1;2

733. პროსტატიტის განვითარების ეტიოლოგიურ ფაქტორებს არ მიეკუთვნებიან:

- ა) ქიმიური აგენტები
- ბ) სხივური ზემოქმედება
- გ) ნეიროგენული ფაქტორები
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

734. წინამდებარე ჯირკვლის ინფიცირება ვითარდება:

- ა) ჰემატოგენური გზით
- ბ) ლიმფოგენური გზით
- გ) ალმეზალი გზით
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

735. მწვავე პროსტატიტისათვის დამახასიათებელია: 1) წინამდებარე ჯირკვლის თანაბარი გადიდება; 2) წინამდებარე ჯირკვლის ძალზე მკვრივი (ქვის მსგავარი) კონსისტენცია; 3) წინამდებარე ჯირკვლის მისი პალპაციის დროს ძალზე მკვივნილია; 4) წინამდებარე ჯირკვალ ატროფირებულია

- ა) 1
- ბ) 2;4
- გ) 3
- \*დ) 1;3

736. პროსტატიტის ყველა ჩამოთვლილი ფორმა შესაძლებელია, გარდა:

- ა) კატარალურის
- ბ) შეგუბებითი
- გ) ჩირქოვანის
- \*დ) ეფიემემატომური

737. მწვავე პროსტატიტის გართულება შეიძლება იყოს:

- ა) მწვავე ქოლეცისტიტი
- ბ) ურეთრიტი
- გ) ართრიტი
- \*დ) ურეთრიტი და წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესი

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

- ა) 1;4
- ბ) 2;3
- გ) 3
- \*დ) 1;3

739. წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესის დროს პერიფერიულ სისხლში აღინიშნება: 1) ლიმფოპენია; 2) პოლიციტემია; 3) ლეიკოციტოზი; 4) ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა

- ა) 1;4
- ბ) 2;3
- გ) 3
- \*დ) 3;4

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

- ა) ინტენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა
- \*ბ) მუდმივი კათეტერის ჩაღმა
- გ) აბსცესის დრუს დრენირება
- დ) ლემინგოქსიკაციური თერაპია

741. ქრონიკული პროსტატიტის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას: 1) ანამნეზში მწვავე პროსტატიტის დამამტკიცებელი ნიშნების არსებობის შემთხვევაში; 2) ალბუმინურიის და ცილინდურიის არსებობისას; 3) ღებურის, შორისის არეში ტკივილების, სქესობრივი აშლილობის შემთხვევაში; 4) სათესლე ჯირკვლების ჰიპოტროფიის შემთხვევაში

- ა) 1;4
- ბ) 2;3
- გ) 4
- \*დ) 1;3

742. ქრონიკული პროსტატიტის დროს ულტრაბგერითი სკანირება ავლენს: 1) წინამდებარე ჯირკვლის ზომიერად გადიდებას; 2) წინამდებარე ჯირკვლის სტრუქტურის დიფერენციალურ ცვლილებებს; 3) კისტოზური გალაგვარების ნიშნებს; 4) წინამდებარე ჯირკვლის ზომიერად შეშუპებას

- ა) 1;3
- ბ) 2;4
- გ) 3;2
- \*დ) 1;2;4

743. კონგესტიური პროსტატიტის განვითარების მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ნეიროციტოკულარული მოშლილობა
- ბ) წინამდებარე ჯირკვალში ნეკროზული პროცესები
- \*გ) ვენური სისხლის უკუღინების დარღვევა
- დ) არარეგულარული სქესობრივი ცხოვრება

744. ვეზიკულიტის დროს:

- ა) სათესლე ბუშტუკები რექტალურად თითოთი გასინჯვისას არ შეიგრძნობა;
- ბ) სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე ვითარდება პოლიპური ცვლილებები;
- გ) აღინიშნება სწორი ნაწლავის სფინქტერის ატონია;
- \*დ) სათესლე ბუშტუკების რექტალურად თითოთი გასინჯვით ვლინდება როგორც თითისგარისებრი მტკივნეული წარმონაქმნები;

745. ვეზიკულიტის დიაგნოსტიკისათვის უფრო ინფორმატიულია:

- ა) სპერმის ანალიზი
- ბ) წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტის ანალიზი
- გ) ვეზიკულოგრაფია
- \*დ) სათესლე ბუშტუკების ულტრაბგერითი გამოკვლევა

746. უროლიათემით ავადობის მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილ რეგიონში, გარდა:

- ა) უმბეკეთის
- ბ) თურქმენეთის
- გ) სომხეთის
- \*დ) დასავლეთ ციმბირის

747. შარდ-კენჭოვანი დაავადების ეტიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- ა) ფოსფორ-კალციუმის ცვლის დარღვევა
- ბ) მკაუნშეჟავის ცვლის დარღვევა
- გ) პურიების ცვლის დარღვევა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

748. შარდის ტუტე რეაქციის დროს შეიძლება განვითარდეს

- ა) შარდმკაჟა (ურატული) კენჭები
- ბ) ცისტინური კენჭები
- \*გ) ფოსფატური კენჭები
- დ) ოქსალატური კენჭები
- ე) შარდის ტუტე რეაქციას არ აქვს გავლენა კენჭის ხასიათთან

749. პიელონეფრიტი ხელს უწყობს:

- ა) თიკმელებიდან ლიმფის გადმოდინების დარღვევას
- ბ) უროლინამიკის დარღვევას
- გ) შარდის PH-ის სტაბილურობის დარღვევას
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილს

750. თირკმელების კენჭების განვითარებას ხელს უწყობს თირკმელებში შემდეგი ანატომიურ მორფოლოგიური ცვლილებები:

- ა) ქრონიკული გლომერულონეფრიტი
- \*ბ) თირკმელშიდა მენჯი და თირკმლიდან ლიმფის დინების დარღვევა
- გ) ვენური სისხლავსება
- დ) თირმლის გარეშე მენჯი

751. ფაქტორებს, რომელთაც არ აქვთ გავლენა შარდოვანი კენჭის განვითარებაზე და მრღამე, განეკუთვნებიან:

- \*ა) ნატრიუმის და კრეატინინის მაღალი კონცენტრაცია სისხლში
- ბ) უროსტაზი
- გ) შარდის მაღალი წებოვნება
- დ) შარდში დამცველი კოლოიდების არარსებობა ან დაბალი დონე

752. კენჭის წამოქმნის რისკ-ფაქტორებს არ განეკუთვნება:

- ა) სისხლში შარდოვანას და კრეატინინის მაღალი კონცენტრაცია
- \*ბ) სისხლში და შარდში კალციუმის, შრდოვანას და მკაუნშეჟავის მაღალი შემცველობა
- გ) ლეიკოციტურია, ერითროციტურია, ლორწო შარდში
- დ) ფოსფატურია

753. რენტგენოკონტრასტულ კენჭებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ოქსალატები
- ბ) ფოსფატები
- გ) შერეული
- \*დ) ურატული

754. რენტგენოგრაფიული ტიპის კენჭებს განეკუთვნებიან

- ა) ფოსფატური
- ბ) ფოსფატური და ურატული
- გ) ოქსალატური და ურატული
- \*დ) ურატული (შარდმკაჟა)

755. პიელონეფრიტი შარდკენჭოვანი დაავადების დროს ელინდება დაახლოებით

- ა) 10 % შემთხვევაში
- ბ) 30 % შემთხვევაში
- გ) 50 % შემთხვევაში
- \*დ) 80 % შემთხვევაში

756. კომპიუტერული რენტგენოლოგიური ტომოგრაფია მიზანშეწონილია:

- ა) თირკმლის მარჯნისებური კენჭების დროს
- ბ) ორივე თირკმლის კენჭების დროს (ფილების, მენჯის)
- გ) თირკმლის ურატული კენჭების დროს
- \*დ) არცერთ შემთხვევაში

757. რეტროგრადული ურეთროპიელოგრაფია მიზანშეწონილია

- ა) თირკმლის მენჯის, ან შაღსაწვეთის ოქსალატური კენჭების დროს

- \*ბ) თირკმლის მეჩხის, ფიალის ან შარდსაწვეთის ურაგული კენჭის დროს
- გ) თირკმლის მეჩხის ფიალის ან შარდსაწვეთის ფოსფატური კენჭის დროს
- დ) ყველა შემთხვევაში

758. რადიოიზოტოპური რენტგენოგრაფია მიზანშეწონილია

- ა) თირკმლის მარჯნისებრი კენჭის დროს
- ბ) ორივე თირკმლის კენჭის დროს
- გ) ერთი ან ორივე შარდსაწვეთის კენჭის დროს
- \*დ) ყველა შემთხვევაში

759. თირკმლის ულტრაბგერითი სკენირება მიზანშეწონილია

- ა) თირკმლის მილაკის ურაგულ კენჭზე ეჭვის დროს
- ბ) თირკმლის მარჯნისებურ კენჭის დროს
- გ) შარდსაწვეთის კენჭის დროს
- \*დ) ყველა შემთხვევაში

760. 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

761. ბიმნიცის სინჯი მიზანშეწონილია

- ა) თირკმლის ფიალის კენჭის დროს
- ბ) თირკმლის მეჩხის კენჭის დროს, უროლინამიკის დარღვევით
- \*გ) თირკმლის მარჯნისებრი კენჭების დროს
- დ) თირკმლის მეჩხის კენჭების დროს უროლინამიკის დარღვევის გარეშე

762. ავადმყოფი დამოუკიდებლად გამოყოფს ოქსალატურ კენჭებს და მარილებს. ამოირჩიეთ გამოკვლევის აუცილებელი ვარიანტი.

- ა) შარდის საერთო ანალიზი, შარდის დათესვა ფლორაზე, ღლე-ღამის შარდში კალციუმი
- ბ) სისხლის შრატში კალციუმი და ფოსფორი
- გ) მიმოხილვითი ექსკრეტორული უროგრაფია
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

763. ავადმყოფი დამოუკიდებლად გამოყოფს ფოსფატურ კენჭებსა და მარილებს; ამოირჩიეთ გამოკვლევის აუცილებელი ვარიანტი

- ა) შარდის საერთო ანალიზი, შარდის დათესვა ფლორაზე, ღლე-ღამის შარდში კალციუმი
- ბ) სისხლის შრატში კალციუმი და ფოსფორი
- გ) თირკმელების ულტრაბგერითი სკენირება
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

764. ანურია 24 საათის განმავლობაში, ანამნეზში ურაგული კენჭები და მარილების გამოყოფა; ექსკრეტორული დახმარების ვარიანტია: 1) კათეტერიზაცია, ლაბიქსი ვენაში; 2) შარდსაწვეთის კატეტერიზაცია; 3) სასწრაფო ნეფროსტომია; 4) ვენაში 1 ლ ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა

- ა) 1;2
- ბ) 2;3
- გ) 3;4
- \*დ) 1;4

765. თირკმლის მეჩხის 25X25 მმ ზომის ურაგული (რენტგენონეგატიური) კენჭის დროს, უროლინამიკის დარღვევის გარეშე, უფრო მიზანშეწონილია მკურნალობა დავიწყობით

- ა) პუნქციური გრანსკუტანული ნეფროლითოტომიით
- ბ) დისტანციური დარტყმით-გალლოვანი ლითოტრიფსია
- გ) პიელოლითოტომია
- \*დ) ლითოლიზით

766. თირკმლის მეჩხის 20X25 მმ ზომის ოქსალატური კენჭის დროს უროლინამიკის დარღვევის გარეშე, ყველაზე უფრო რაციონალური ჩვენებაა:

- \*ა) დისტანციური დარტყმითი გალლოვანი ლითოტრიფსია
- ბ) ლითოლიზი
- გ) პიელოლითოტომია
- დ) პუნქციური ნეფროლითოტომია

767. თირკმლის მეჩხის 25X20 მმ ზომის ფოსფატური კენჭის, უროლინამიკის დარღვევის გარეშე, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტის დროს ყველაზე მიზანშეწონილი მკურნალობის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) პიელოლითოტომია
- \*ბ) დარტყმით-გალლოვანი ლითოტრიფსია
- გ) ლითოლიზი
- დ) ნეფროლითოტომია

768. თირკმლის მენჯის 20X18 მმ ზომის ურაგული კენჭის, ქრონიკული პიელონეფრიტის აქტიური ფაზის, პერიუტერიტის, ჰიდროკალიკოზის მკურნალობისთვის საჭიროა გამოვიყენოთ

- ა) ღარგყმით-გალღოვანი ლითოგრიფსია
- ბ) ანტიბაქტერიული მკურნალობა, ჩარევა არაა ნაჩვენები
- გ) ლითოლიზი
- \*დ) პიელოლითოტომია, ურეთეროლიზი

769. თირკმლის მენჯის 15X16 მმ ზომის ოქსალატური კენჭის, უროლინამიკის დარღვევის გარეშე, ოპტიმალურ სამკურნალო მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ლითოლიზი
- \*ბ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია
- გ) პიელოლითოტომია
- დ) სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა

770. 40 წლის ავადმყოფს აქვს თირკმელშიდა მენჯის მარჯნისებრი რენტგენოკონტრასტული კენჭი, ჰიდროკალიკოზი, ქრონიკული პიელონეფრიტი აქტიურ ფაზაში. მისი მკურნალობა მდგომარეობს

- \*ა) ნეფროლითოტომია, ნეფროსტომია
- ბ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია
- გ) ღარგყმითი-გალღოვანი ლითოგრიფსია
- დ) ლითოლიზი

771. 20 წლის ავადმყოფს აქვს თირკმელ გარეშე მენჯის მარჯნისებური კენჭი, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტი, პელუნკულიტი, ოპტიმალურ სამკურნალო მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ჩარევა არ ვაწარმოოთ
- ბ) ღარგყმით გალღოვანი
- გ) სექციური ნეფროლითოტომია, ნეფროსტომია
- \*დ) პიელოკალიკოლითოტომია (კილ-ვერნის მიხედვით) ნეფროსტომია

772. 45 წლის ავადმყოფს აქვს თირკმელ გარეშე მენჯის მეორე სტადიის მარჯნისებური კენჭი, ჰიდროკალიკოზი, ქრონიკული პიელონეფრიტი აქტიურ ფაზაში. ავადმყოფს საჭიროა მიეცეს რეკომენდაცია:

- \*ა) უკანა გარღვივარდმო პიელოკალიკოლითოტომია, ნეფროსტომიით, ურეთეროლიზი
- ბ) პუნქციური ნეფროსტომია ლითოგრიფსიასთან ერთად
- გ) ლითოლიზი
- დ) სექციური ნეფროლითოტომია, ნეფროსტომიით

773. 59წლის ავადმყოფს აქვს პიონეფროზი მარჯვნივ და მარჯნისებური კენჭი მარცხნივ. მას საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია

- ა) პიელოლითოტომია და ნეფროსტომა მარცხნივ
- \*ბ) ნეფროსტომია მარჯვნივ
- გ) ნეფრექტომია მარჯვნივ, პიელოლითოტომია და ნეფროსტომია მარცხნივ ერთდროულად
- დ) ღარგყმითი გალღური ლითოგრიფსია მარცხნივ

774. 50 წლის ავადმყოფს აქვს ურაგული კენჭები ორივე თირკმელის ფიალებში, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტი. მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ოპერაციული მკურნალობა
- ბ) ღარგყმითი გალღოვანი ლითოგრიფსია
- \*გ) ლითოლიზი
- დ) პუნქციური ნეფროლითოტომია

775. შარდის ბუშტის 30X25 მმ ზომის ურაგული კენჭის და წინამდებარე ჯირკვლის აღენომის დროს საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია ჩაიგაროს

- ა) ლითოლიზი
- ბ) ცისტოლითოტომია და ცისტოსტომია
- გ) ღარგყმითი-გალღოვანი ლითოგრიფსია
- \*დ) ცისტოლითოტომია, აღენომექტომია და ცისტოსტომია

776. ავადმყოფი 50 წლისაა, აქვს შარდსაწვეთის ბემო (შუა) მესამელში 12X8 მმ ზომის ურაგული (რენტგენონეგატიური) კენჭი, რომელიც არღვევს უროლინამიკას, ქრონიკული პიელონეფრიტი რემისიის სტადიაში. მას საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია ჩაიგაროს:

- ა) ლითოლიზი
- \*ბ) ურეთეროლითოტომია
- გ) კონსერვატიული მკურნალობა
- დ) ურეტეროლითოტომია

777. შარდსაწვეთის ქვემო მესამელის 7X10მმ ზომის ურაგული კენჭის, უროლინამიკის ზომიერი დარღვევით და ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტის დროს ნაჩვენებია:

- ა) ლითოლიზი
- ბ) ურეთეროლითოტომია
- \*გ) ურეთეროლითოტომია

დ) სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა

778. ურეგეროცელეში 21X12 მმ ზომის კენჭის არსებობისას, რომელიც არ აღეგვს უროლინამიკას, უფრო მიზანშეწონილია:

- ა) ურეთეროცელეს გაკვეთა გრანსევიკალურად
- \*ბ) ურეთეროცელეს გაკვეთა გრანსევიკულარულად ელექტროდანიტ (კობალტოლოგიით) შარდსაწვეთის კათეტერზე
- გ) ღარტყმით-გალღოვანი ლითოტრიფსია
- დ) ურეგეროცისტოსტომია

779. ავადმყოფი 45 წლისაა, თირკმლის გაფართოებულ ქვემო ფიალაში მრავლობითი კენჭია, მისი ყელი შევიწროვებულია, თირკმლის ქვემო პოლუსის პარენქიმის სისქე 4 მმ-მდე, თირკმლის ფუნქცია შენარჩუნებულია. ავადმყოფს სჭირდება მიეცეთ რეკომენდაცია:

- ა) ჩარევა არ ვაწარმოოთ
- ბ) ნეფროლითოტომია
- გ) პიელოლითოტომია
- \*დ) თირკმლის ქვემო პოლუსის რეზექცია
- ე) ნეფრექტომია

780. თირკმლის მენჯის კენჭის, თირკმლის კარბუნკულის, სხეულის მაღალი გემპერატურის, გამოხატული ინტოქსიკაციისას, როდესაც იქმნება ეჭვი სეფსისი არსებობაზე, საჭიროა:

- \*ა) ნაწარმოები იქნეს სასწრაფო ნეფრექტომია
- ბ) ღინიშნოს ვენაში და ენდოლიმფურად ანტიბიოტიკები, ღემინტოქსიკაციური მკურნალობა
- გ) შესრულებულ იქნეს სასწრაფო პიელოლითოტომია, კარბუნკულის ამოკვეთა, ნეფროსტომია
- დ) ჩატარდეს შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია, კონსერვატიული თერაპია

781. შარდსაწვეთის ბემო მესამდის კენჭის ღროს, გართულებული მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტით, საჭიროა მიეცეს რეკომენდაცია:

- \*ა) ურეგეროლითოტომია, ნეფროსტომია და თირკმლის ლეკაფსულაცია
- ბ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია, კონსერვატიული თერაპია;
- გ) კონსერვატიული მკურნალობა: ვენაში ან ენდოლიმფურად ფართე სპექტრის ანტიბიოტიკები;
- დ) ნეფრექტომია

782. თირკმლის მარჯნისებრი კენჭების ღროს, რომელიც ვრცელდება ბემო და ქვემო ფიალების ყელში, მენჯი თირკმლის გარეშეა. შეიძლება გამოყენებული იქნეს:

- ა) უკანა გასწვრივი პიელოლითოტომია
- \*ბ) უკანა გარდიგარდმო სინუსის შიგნითა პიელოკალიკოლითოტომია ჟილ-ვერნეს მიხედვით
- გ) სექციური ნეფროლითოტომია
- დ) წინა გასწვრივი პიელოლითოტომია

783. თირკმლის მარჯნისებრი კენჭის გამო პიელოლითოტომიის, ნეფროლითოტომიის ღროს საჭიროა წარმოებული იქნეს:

- \*ა) ნეფროსტომია
- ბ) შეკერილი იქნეს მენჯი ყრულ, ნეფროსტომიის გარეშე
- გ) პიელოსტომია
- დ) ცირკულარული (რგოლისებური) ნეფროსტომია

784. შარდსაწვეთის შუა მესამედის 15X9მმ ზომის ურატული კენჭის ღროს უროლინამიკის ღარღვევით, ნაჩვენებია:

- ა) ლითოლიზი
- ბ) შარდსაწვეთში კათეტერის ჩაყენება
- \*გ) ურეთეროლითოტომია
- დ) სპაზმოლიტური თერაპია. შარდსაწვეთის ელექტროსტიმულაცია

785. წინამდებარე ჯირკვალში აღენიშნის, შარდის ბუშტის 30X30 მმ კენჭის (ოქსალატი) ღროს ნაჩვენებია:

- ა) ლითოლიზი
- ბ) ცისტოლითოტომია და ცისტოსტომია
- \*გ) აღენომექტომია, ცისტოლითოტომია და ცისტოსტომია
- დ) გრანსურეგრაღური ცისტოლითოტრიფსია

786. ავადმყოფი 55 წლისაა, აქვს 6X9 მმ ზომის კენჭი შარდსაწვეთის შუა მესამედში, უროლინამიკა ღარღვეული, ნაჩვენებია:

- ა) კონსერვატიული მკურნალობა
- \*ბ) ურეთერორენოსკოპია და ლითოტრიფსია
- გ) ურეთეროლითოქსტრაქცია
- დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

787. ავადმყოფი 30 წლისაა, აქვს 5X9 მმ ზომის კენჭი შარდსაწვეთის ქვემო მესამედში, რომელიც იწვევს უროლინამიკის ღარღვევას. ნაჩვენებია:

- ა) კონსერვატიული მკურნალობა
- \*ბ) ურეთერორენოსკოპია და ლითოტრიფსია
- გ) ურეთეროლითოქსტრაქცია
- დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

788. მყარი ოქსალატურის ღროს 3-ჯერ ოქსალატური კენჭის გამოყოფის შემდეგ საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია: 1) საკვები - მდიდარი



ფოთლოვანი მწვანელით, მარცვლოვანი მცენარეული ნაყოფებით - ციგრუსები; 2) საკვები მდიდარი კალციუმით (რძის პროლუქტები, კარგოფილი, კვერცი და სხვა); 3) საკვები მცენარეული B ჯგუფის ვიტამინებით, A ჯგუფის ვიტამინებით და მარილებით; 4) ციგრაგული პრეპარატები; 6) ხორბლის ქაგო; 7) დიურემის გაძლიერება 2 ლიგრამდე

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი
- ბ) სწორია ყველა გარდა 2 და 3-ის
- \*გ) სწორია 1;2;4
- დ) სწორია 3;4;5;6;7

789. მყარი ურატურის დროს მკურნალობაში რთავენ: 1) რძის დიეტას; 2) მცენარეულ დიეტას; 3) ხორცეულის დიეტას; 4) დიურემის გაძლიერება 2-2,5 ლიგრამდე; 5) დიურეტი 1 ლიგრამდე ნაკლები; 6) ციგრაგული 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

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

- ა) 1;3
- \*ბ) 2
- გ) 3
- დ) 1;2

791. ურეტეროლითოქსტრაქცია უფრო მიზანშეწონილია:

- \*ა) ქალეში შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის 6 მმ ზომის კენჭის დროს, გართულებათა გარეშე
- ბ) მამაკაცებში შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის 6 მმ ზომის კენჭის დროს, გართულებათა გარეშე
- გ) მამაკაცებში და ქალეში 5-6 მმ ზომის კენჭის არსებობისას შარდსაწვეთის შუა მესამედში
- დ) შარდსაწვეთის ზემო მესამედში ორმხრივი კენჭების დროს

792. პოსტრენალური ანურიის დროს (შარდსაწვეთის კენჭები) ნაჩვენებია გადაუღებელი დახმარება:

- ა) ვენაში ლამიქსის დიდი დოზები, ინფუზური თერაპია;
- \*ბ) შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია;
- გ) ორმხრივი ნეფროსტომია ერთდროულად;
- დ) ღარგემით-გაღლოვანი ლითოტრიფსია

793. შარდსაწვეთის ზემო მესამედის 8 მმ ზომის კენჭი, მწვავე სეროზული პიელონეფრიტის დროს საჭიროა

- ა) სასწრაფო ურეტეროლითოტომია, თირკმლის რევიზიით
- ბ) სასწრაფოდ ნეფრექტომია
- გ) სასწრაფოდ პუნქციური ნეფროსტომია
- \*დ) კონსერვატული მკურნალობა შესაძლო კათეტერიზაციით

794. თირკმლის მენჯის 20X20 მმ ზომის კენჭი, მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტი. საჭიროა დაინიშნოს:

- ა) ანტიბიოტიკები, კორტიკოსტეროიდები, ვენაში ინფუზური თერაპია;
- \*ბ) სასწრაფო პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია, თირკმლის დეკაფსულაცია
- გ) სასწრაფო პუნქციური ნეფროსტომია
- დ) შარდსაწვეთის, მენჯის კათეტერიზაცია

795. თირკმლის მენჯის კენჭის და მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტის მიმდინარეობისას ბაქტერიული შოკის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა დაინიშნოს:

- ა) სასწრაფო ნეფრექტომია
- ბ) სასწრაფო პიელოლითოტომია, ნეფროლითოტომია, თირკმლის დეკაფსულაცია
- გ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია
- \*დ) შოკის საწინააღმდეგო თერაპია, კორტიკოსტეროიდები 1-2 გ, ვენაში ინფუზიური თერაპია და სხვ. შოკიდან გამოყვანის შემდეგ ოპერაციული მკურნალობა ან შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

796. ავადმყოფს პოლიკლინიკაში დაუდგინდა შარდსაწვეთის კენჭი, თირკმლის ჭვავი, მწვავე სეროზული პიელონეფრიტი, მას საჭიროა ერჩიოს:

- ა) გააგრძელოს სახლში ანტიბაქტერიული, სპაზმოლიტური თერაპია
- \*ბ) სასწრაფოდ ჰოსპიტალიზებული იქნეს უროლოგიურ სტაციონარში
- გ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია პოლიკლინიკაში
- დ) პროფილაქტიკურად შოკის საწინააღმდეგო თერაპია

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

- \*ა) ჰემოდიალიზი, პერსპექტივაში ორმხრივი ნეფრექტომია და თირკმელების გრანსპლანტაცია
- ბ) პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია, თანმიმდევრულად ორივე მხარეზე
- გ) ინფუზიური ამოტემის საწინააღმდეგო მკურნალობა
- დ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

798. პიელონეფრიტი წარმოადგენს დაავადებას:

- ა) ანტიბიოტიკებს
- ბ) ალერგიულს
- გ) სისხლძარღვოვანს
- \*დ) ინფექციურ ანთებას

799. პირველადი (არაობსტრუქციული) პიელონეფრიტის დროს თირკმელის ინფიცირება ხდება

- ა) ლიმფოგენურად
- ბ) შარდსაწვეთების კედლების საშუალებით
- გ) შარდსაწვეთის არხის საშუალებით
- \*დ) ჰემატოგენურად
- ე) კონტაქტური გზით

800. აღრეულ ლაბორატორიულ სინდრომს, რომელიც უჩვენებს თირკმლის ანთებითი პროცესის სერომულ ფაზას, წარმოადგენს:

- ა) ლეიკოციტურია
- ბ) ერითროციტურია
- \*გ) ბაქტერიურია
- დ) ცილინდრურია

801. რა ადგილი უკავია პიელონეფრიტს თირკმლის დაავადებათა შორის:

- \*ა) პირველი
- ბ) მეორე
- გ) მესამე
- დ) მეოთხე

802. მწვავე პირველადი პიელონეფრიტი უფრო ხშირად რთულდება:

- ა) თირკმლის შეჭმუხვით
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიით
- \*გ) აპოსტემატოზური ნეფრიტით
- დ) პიელონეფრიტით

803. აპოსტემატოზური პიელონეფრიტის დროს მორფოლოგიური ცვლილებები უფრო მეტად გამოხატულია:

- \*ა) ქერქოვან შრეში
- ბ) გვინოვან შრეში
- გ) ფიალებში
- დ) მენჯში

804. ორსულთა პიელონეფრიტის სამკურნალოდ რომელი ჯგუფის ანტიბაქტერიული პრეპარატები გამოიყენება

- \*ა) პენიცილინის
- ბ) ტეტრაციკლინის
- გ) ამინოგლიკოზიდები
- დ) ცეფალოსპორინები

805. თირკმლის დერილების ნეკროზის დროს ხშირ დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს:

- ა) პროტეინურია
- \*ბ) მაკროჰემატურია
- გ) ლეიკოციტურია
- დ) ბაქტერიურია

806. უროლოგიური დაავადებებიდან რომელი უფრო ხშირად იწვევს თირკმელების ქრონიკულ უკმარისობას

- ა) ნეფროლითიაზი
- ბ) თირკმელების პოლიკისტოზი
- \*გ) პიელონეფრიტი
- დ) პიონეფროზი

807. რა ითვლება ანტიბაქტერიული თერაპიის გაგრძელების კრიტერიუმად:

- ა) ლეიკოციტურია
- \*ბ) ბაქტერიურია
- გ) ერითროციტურია
- დ) ცილინდრურია

808. რა უნდა იმოს უპირატესი მეორადი მწვავე პიელონეფრიტის მკურნალობაში

- ა) სპაზმოლიტიკური თერაპიით
- \*ბ) შარდის პასაჟის აღდგენა
- გ) ანტიბაქტერიული მკურნალობით
- დ) იმუნოთერაპიით

809. უროსეფისის მქონე ავადმყოფთა ანტიბაქტერიული თერაპიისას უნდა შეეკმნათ პრეპარატის მაღალი კონცენტრაცია:

- ა) შარღში
- \*ბ) სისხლში
- გ) ჩირქოვან კერაში
- დ) თირკმლის პარენქიმაში

810. რომელი ლაბორატორიული ცვლილებები მოწმობს თირკმელებში ორმხრივი ანთებითი პროცესის არსებობას

- ა) ბაქტერიურია
- ბ) პიურია
- გ) ალბუმინურია
- \*დ) ამოგემია

811. ამჟამად რომელი ასაკი უფრო დამახასიათებელია პროსტატიტით დაავადებულთათვის

- ა) ახალგაზრდა, 20-29 წლის
- ბ) 30-45 წლის ასაკი
- გ) უფროსი ასაკი, 46-60 წლის
- \*დ) ამჟამად პროსტატიტით ავადმყოფობენ ახალგაზრდებიც და წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის მქონე ავადმყოფებიც

812. როგორ დაეხმავთ ურეთროპროსტატიტის ღიაგნოზი სამჭიქიანი სინჯის მიხედვით

- ა) ლეიკოციტურია პირველ ულუფაში
- ბ) ლეიკოციტურია მესამე ულუფაში
- \*გ) ლეიკოციტურია პირველ და მესამე ულუფაში
- დ) გოტალური ლეიკოციტურია სამივე ულუფაში

813. რომელი დაავადების დროს შესაძლებელია იყოს ჰემოსპერმია: 1) პროსტატიტის დროს; 2) ცისტიტის დროს; 3) ვეზიკულიტის დროს; 4) ფოლიკულიტის დროს

- ა) 1;3
- ბ) 2
- \*გ) 3;4
- დ) 4

814. ურეთროსკოპიის ჩვენებად ითვლება:

- ა) მწვავე ურეთრიტი
- ბ) წინა ურეთრიტი
- გ) უკანა ურეთრიტი
- \*დ) ქრონიკული ურეთრიტი

815. სამჭიქიანი სინჯის დროს ურეთრიტის არსებობის უეჭველ ნიშანს წარმოადგენს:

- \*ა) ლეიკოციტების არსებობა შარღის პირველ ულუფაში
- ბ) ლეიკოციტების არსებობა შარღის მეორე ულუფაში
- გ) ლეიკოციტების არსებობა შარღის მესამე ულუფაში
- დ) ლეიკოციტების არსებობა შარღის ყველა ულუფაში

816. დაასახელეთ მწვავე ცისტიტის ყველაზე უფრო ხშირი გამომწვევი:

- ა) სტაფილოკოკი
- ბ) სტრეპტოკოკი
- გ) პროტეუსი
- \*დ) ნაწლავის ჩხირი

817. ცისტიტს რომელი სახის დროს არაა საჭირო ჩატარდეს ცისტოსკოპია

- \*ა) მწვავე პირველადი ცისტიტის დროს
- ბ) პარაზიტარული
- გ) სხივური
- დ) ინტერსტიციალური

818. რომელი ცისტიტის დროს აღინიშნება შეუპოვარი, რეციდიული მიმდინარეობა, რომელსაც ავადმყოფი მიჰყავს ინვალილობამდე:

- ა) ალერგიული
- ბ) დისპორმონალური
- გ) ნეიროგენული
- \*დ) ინტერსტიციული

819. დაასახელეთ ცისტალგიის განმასხვავებელი ნიშანი ცისტისაგან

- ა) ტკივილი
- ბ) ბაქტერიურია
- \*გ) ლეიკოციტურიის არარსებობა
- დ) მოშრდვის იმპერიული სურვილი

820. სად მდებარეობს ჰემატურიის წყარო მისი გერმინალური სტადიის დროს:

- ა) ურეთრაში
- ბ) თირკმელში
- \*გ) შარდის ბუშტის ყელში
- დ) შრლსაწვეთში

821. მკურნალობის რა მეთოდები არაა ნაჩვენები მწვავე ცისტიტის დროს

- ა) ანტიბაქტერიული მკურნალობა
- ბ) სპაზმოლიტური პრეპარატები
- \*გ) შარდის ბუშტის გამორეცხვა, ინსტილაცია მედიკამენტოზური საშუალებებით
- დ) სითბური პროცედურები

822. ჩამოთვლილი მედიკამენტებიდან რომელი უწყობს ხელს კენჭის განვითარებას

- ა) ამიგრიპტილინი
- ბ) ლევომიციტინი
- გ) პენიცილინი
- \*დ) სულფადიმეზინი, ტეტრაციკლინი

823. ავადმყოფს ნეფროურეთეროლითიაზის გამო ორგანოშემნახველი უროლოგიური ოპერაციის შემდეგ აქვს ოქსალურია - გამოყოფს ოქსალატური შემადგენლობის კენჭებს, საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია ჩაიგაროს საკურორტო მკურნალობა:

- ა) ბორჯომში
- \*ბ) საირმეში
- გ) არხილოს კალში
- დ) მთის კურორტზე

824. ავადმყოფი ნეფროურეთეროლითიაზის გამო ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ გამოყოფს ურატული შემადგენლობის კენჭებს. შარდის რეაქცია მკვეთრად მჟავაა. საჭიროა მიეცეთ რეკომენდაცია ჩაიგაროს საკურორტო მკურნალობა

- ა) შოეში, ბაკურიანში
- ბ) არხილოს კალში
- \*გ) ბორჯომში
- დ) ნაბეღავეში

825. ავადმყოფებს ნეფროურეთეროლითიაზის გამო ჩატარებული 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

826. ნეფროურეთეროლითიაზის გამო ჩატარებული ორი არაშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივის სიხშირის შესამცირებლად მნიშვნელობა ენიჭება ოპერაციის შემდეგ პირველი ორი წლის განმავლობაში სათანადო

- ა) არაბაქტერიოლოგიურ მკურნალობას
- ბ) ლითოლიტური, ქვიშის და წვრილი კენჭების გამომყოფი საშუალებითა მიღებას
- გ) საკურორტო მკურნალობას
- \*დ) აღნიშნულ ღონისძიებათა კომპლექსურად გატარებას

827. ცალმხრივი ნეფროლითიაზის გამო პიელოლითოგომიის შემდეგ კენჭის რეციდივი ვითარდება

- ა) 3%-ში
- ბ) 6%-ში
- გ) 7-8%-ში
- \*დ) 10%-ზე ხშირად

828. ცალმხრივი ნეფროლითიაზის გამო ნეფროლითოგომიის შემდეგ კენჭის რეციდივი ვითარდება:

- ა) 5%-ში
- ბ) 6-8%-ში
- გ) 9-10%-ში
- დ) 11-14%-ში
- \*ე) 15%-ზე ხშირად

829. ნეფროურეთეროლითიაზის ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივი უფრო ხშირად ვითარდება

- ა) ურეთეროლითოგომიის შემდეგ
- ბ) პიელოლითოგომიის შემდეგ
- გ) პიელო-ნეფროლითოგომიის შემდეგ
- \*დ) ნეფროლითოგომიის ან თირკმლის რეზექციის შემდეგ

830. ნეფროურეთეროლითიაზის ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივი უფრო ხშირია

- ა) ერთი კენჭის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ
- ბ) ორი-სამი კენჭის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ
- \*გ) მრავლობითი კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ

დ) კენჭის რაოდენობას მნიშვნელობა არ აქვს

831. ნეფროურეთეროლითიაზის ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივი უფრო ხშირია

- ა) გლუვი ზედაპირის კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ
- ბ) ხორკლიანი ზედაპირის კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ
- \*გ) მარჯნისებური კენჭების ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ
- დ) კენჭის ფორმასა და ზედაპირს ნმიშვნელობა არ აქვს

832. მარჯნისებური კენჭების ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კენჭის რეციდივი გვხვდება

- ა) 6-10%-ში
- ბ) 11-20%-ში
- გ) 21-25%-ში
- \*დ) 25%-ზე ხშირად

833. ნეფროურეთეროლითიაზის 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

834. შარდკენჭოვანი 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

835. ნეფროურეთეროლითიაზის გამო წელმურგის განაკვეთით ნაწარმოები ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კანის ღრმა და ზერევე მგრძნობელობის დარღვევა ხდება

- ა) ნაწიბურის ზემოთ
- \*ბ) ნაწიბურის ქვემოთ
- გ) ნაწიბურის ზემოთ და ქვემოთ ერთნაირი სიხშირით
- დ) კანის მგრძნობელობის დარღვევა საერთოდ არ ხდება

836. თირკმლის ერთჯერადი ჭვალის დროს დროებითი შრომის უუნარობის ფურცელი ავადმყოფს შეიძლება მიეცეს:

- ა) 1 დღის ხანგრძლივობით
- \*ბ) 2-3 დღის ხანგრძლივობით
- გ) 4-5 დღის ხანგრძლივობით
- დ) 5-7 დღის ხანგრძლივობით

837. საქართველოს რეგიონებიდან შარდ- კენჭოვანი დაავადება უფრო გავრცელებულია

- \*ა) ქართლში და კახეთში
- ბ) იმერეთში
- გ) სვანეთში და რაჭა-ლეჩხუმში
- დ) აჭარასა და აფხაზეთში

838. ავადმყოფი ნეფროლოლითიაზის გამო ორგანოშემნახველი ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ პირველი ორი წლის განმავლობაში შარდკენჭოვანი დაავადების გამო დროებით შრომის უუნარო უფრო ხშირად არიან

- ა) პიელონეფრიტის შემდეგ
- ბ) უტეროლითოტომიის შემდეგ
- \*გ) ნეფროლითოტომიის შემდეგ
- დ) ყველა შემთხვევაში ერთნაირი სიხშირით

839. საქართველოს მოსახლეობის უროლოგიურ დაავადებათა სტრუქტურაში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიღების მონაცემების მიხედვით პირველი ადგილი უკავია:

- ა) შარდკენჭოვან დაავადებას
- \*ბ) საშარდე სისტემის ორგანოთა ანთებით დაავადებებს
- გ) წინამდებარე ჯირკვლის კეთილთვისებრივ პიპერპლაზიას
- დ) საშრდე სისტემის ორგანოთა სიმსივნურ დაავადებებს
- ე) შარდ-სასქესო ორგანოთა ტუბერკულოზს

840. კურორტ საირმეში ქრონიკული პიელონეფრიტების გამო საკურორტო მკურნალობის დროს მიზანშეწონილია

- ა) მხოლოდ საირმის წყლის მიღება
- ბ) საირმის წყლის მიღება ანტიბაქტერიულ საშუალებებთან კომპლექსში
- გ) საირმის წყლის მიღება იმუნოსტიმულატორებთან კომპლექსში
- \*დ) საირმის წყლის მიღება ანტიბაქტერიულ საშუალებებთან და იმუნოსტიმულატორებთან ერთად კომპლექსში

841. რომელია ყველაზე უფრო სწორი პეირონის დაავადების ეტიოლოგიის მიმართ:

- \*ა) ფიბროზული კვანძები არის ალგილობრივი ანთების პროცესის შედეგი
- ბ) პეირონის დაავადების დროს სახეზეა ავტოიმუნური დაავადებების სხვა გამოვლინებებიც
- გ) პეირონის დაავადებებისას პაციენტთა უმრავლესობას შეუძლია გაიხსენოს, რომ პენისის არეში მიღებული გრავმა უსწრებდა წინ პენისის გაღალუნვას
- დ) პეირონის დაავადება გამოწვეულია ალგილობრივი დისცირკულაციური პრობლემებით, რასაც აღასკურებს ლოკალური მტკივნეულობა

842. შარდკენჭოვანი დაავადების განვითარების სიხშირე პიკს აღწევს შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებში:

- ა) 10 დან 30 წლამდე
- \*ბ) 20 დან 40 წლამდე
- გ) 30 დან 50 წლამდე
- დ) 40 დან 60 წლამდე

843. კენჭების წარმოქმნის პათოგენეზში ფიქსირებული ნაწილაკების ჰიპოთეზა გულისხმობს:

- ა) კრისტალების ფიქსირებას გლომერულულებზე;
- \*ბ) კრისტალების ფიქსირებას თირკმლის მილაკების კელლებზე
- გ) კრისტალების ფიქსირებას ფიალებზე
- დ) კრისტალების ფიქსირებას შარდსაწვეთზე

844. რა ეწოდება კენჭების პროტეინულ კომპონენტს?

- ა) კონცენტრირებული ლამინაცია
- ბ) პროტეინ კრისტალური კომპლექსი
- \*გ) მაგრიქსი
- დ) ნეფროკალცინი

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

- ა) კუჭი
- ბ) მღივი ნაწლავი
- \*გ) მღივი ნაწლავი და თემოს ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილი
- დ) აღმავალი კოლინჯი

846. მეტაბოლური აცილოზი შეიძლება გამოიწვიოს შემდეგი პროცესის დარღვევამ:

- \*ა) მჟავების ექსკრეცია
- ბ) ბიკარბონატების ექსკრეცია
- გ) მჟავებისა და ბიკარბონატების ექსკრეცია
- დ) მჟავების რეაბსორბცია

847. როგორ მოქმედებს მეტაბოლური აცილოზი ლიმონმჟავას მეტაბოლიზმზე?

- \*ა) ამცირებს ლიმონმჟავას ექსკრეციას
- ბ) ზრდის ლიმონმჟავას ექსკრეციას
- გ) ამცირებს ლიმონმჟავას რეაბსორბციას
- დ) არ მოქმედებს

848. ჰიპერპარათირეოლიზმით დაავადებულებში როგორია შარდ-კენჭოვანი დაავადების გავრცელება?

- \*ა) 1%
- ბ) 5%
- გ) 16%
- დ) 20%

849. სარკოლოზის დროს ჰიპერკალციურია გამოწვეულია:

- \*ა) აბსორბციული ჰიპერკალციურიით
- ბ) თირკმლისმიერი ჰიპერკალციურიით
- გ) რემორბციული ჰიპერკალციურიით
- დ) აცილოზი

850. შარდმჟავა კენჭების ჩამოყალიბებაზე მოქმედი ფაქტორებია:

- ა) შარდის PH
- ბ) შარდში შარდმჟავას კონცენტრაცია
- გ) შარდმჟავას ექსკრეცია
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

851. სტრუვიტული კენჭების მკურნალობისას ანგიბიოტიკები არაეფექტურია შემდეგი მიზეზის გამო:

- ა) რემისგენტული ბაქტერიები
- ბ) ანგიბიოტიკების ცუდი ექსკრეცია
- გ) ბაქტერიები ინაქტივირდება კენჭების მიერ
- \*დ) ბაქტერიები მიუწვდომელია ანგიბიოტიკებისათვის

852. ჩვეულებრივ კენჭი არ გამოძევდება სპონტანურად თუ მისი ზომა აღემატება:

- ა) 2 მმ

- ბ) 3 მმ
- \*გ) 4 მმ
- დ) 6 მმ

853. კენჭის შემადგენლობის დასადგენად გამოყენებული ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდებიდან ყველაზე ნაკლებ მუსტია:

- \*ა) ქიმიური ანალიზი
- ბ) პოლარიზაციული მიკროსკოპია
- გ) ინფრაწითელი სპექტროსკოპია
- დ) მაგნიტურ რემონანსური სპექტროსკოპია

854. არანამკურნალები კალციუმის კენჭების მქონე პაციენტებში რეციდივირების პროცენტი არის:

- ა) 2% წელიწადში
- \*ბ) 7% წელიწადში
- გ) 12% წელიწადში
- დ) 15% წელიწადში

855. 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

856. არაინფიცირებული შარდის პირობებში შარდის ბუშტის კენჭი ყველაზე ხშირად შედგება:

- ა) კალციუმის ოქსალატისაგან
- ბ) კალციუმის ფოსფატისაგან
- გ) სტრუვიტისაგან
- \*დ) შარდმჟავასაგან

857. გამოკვლევის რომელი მეთოდი ყველაზე მგძნობიარე და სპეციფიური თირკმლის ჭვალის დიაგნოსტიკისათვის?

- \*ა) არაკონტრასტული სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ბ) ულტრასონოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი უროგრაფია
- დ) ინტრავენური უროგრაფია

858. ჩამოთვლილთაგან რომელი ფაქტორი არ არის ასოცირებული შარდსაწვეთის კენჭების დარტყმით-გალღოვანი ლითოტრიპსის გამოსავალთან?

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

859. პაციენტს მიმოხილვითი უროგრაფიით დაუდგინდა 1.5სმ-იანი კენჭი. დარტყმით-გალღოვანი ლითოტრიპსის დაწყებამდე რომელი რადიოლოგიური გამოკვლევა იქნება უფრო ინფორმატიული?

- ა) დიურეზული რენოგრაფია
- ბ) ულტრასონოგრაფია
- გ) არაკონტრასტული სპირალური კ.ტ.-ია
- \*დ) ინტრავენური უროგრაფია

860. შარდ-კენჭოვანი დაავადების დროს, მეტაბოლური ანომალიის რამდენი პროცენტის დადგენა შესაძლებელი სრული მეტაბოლური შეფასებით?

- ა) 88%
- \*ბ) 97%
- გ) 50%
- დ) 66%

861. 29 წლის ქალმა გამოაძევა ორი კენჭი, კენჭების ანალიზმა აჩვენა კალციუმის ფოსფატური შენება. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი დაავადება მეტად სავარაუდო?

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

862. თიბილების ხუთწლიანი მიღების შემდეგ კენჭოვანი პრობლემების გარეშე, 54 წლის კაცს თირკმლის ჭვალის კლინიკით გამოუვლინდა რამდენიმე კენჭი. რომელი შედეგაშენებლური მკურნალობაა მიზანშეწონილი?

- ა) დაემატოს კალციუმის ციტრატო
- ბ) გაიზარდოს ჰიდროქსორთითაზიდის დოზა და ჰიპოკალიემიის მონიტორინგი
- გ) დაემატოს ალოპურინოლი რათა დაიწიოს შარდმჟავის დონემ
- \*დ) მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ სხვა დიურეზული საშუალება

863. ტალღის რომელი ტექნიკური სახე არ გამოიყენება თანამედროვე ლითონთრიპტორებში ექსტრაკორპორალური დარტყმითგაღლოვანი ლითონტრიპისის დროს?

- ა) ელექტროჰიდრაულიკური
- ბ) ელექტრომაგნიტური
- გ) პიეზოელექტრული
- \*დ) ლაზერული

864. დარტყმითი ტალღის რომელი ფიზიკური პარამეტრი არის პასუხისმგებელი კენჭის ფრაგმენტაციამზე?

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

865. დიდი მოცულობის კონკრემენტის დარტყმითგაღლოვანი ლითონტრიპისის შემდგომ რემიდეალური კენჭების მაღალი რისკი აღინიშნება პაციენტებში:

- ა) ბრუშიტული შენების კენჭებით
- ბ) ურატული შენების კენჭებით
- \*გ) სტრუვიტული შენების კენჭებით
- დ) კალციუმის მონოჰიდრატ-ოქსალატული შენების კენჭებით

866. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელია პერკუტანული ნეფროლითოტომის აბსოლუტური უკუჩვენება?

- ა) ავადმყოფური სიმსუქნე
- \*ბ) არაკორეგირებადი კოაგულოპათია
- გ) ნეიროგენული შარდის ბუშტი
- დ) არცერთი ზემოთჩამოთვლილიდან

867. პაციენტს დაღვინილი აქვს ფიალის დივერტიკულის კენჭი. მკურნალობის რომელი მეთოდია ეფექტური?

- ა) ურეთეროსკოპია
- ბ) ექსტრაკორპორალური დარტყმითგაღლოვანი ლითონტრიპისა
- \*გ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია
- დ) ლაპარასკოპიული დივერტიკულექტომია

868. თირკმლის რომელი სეგმენტი არის ოპტიმალური მიდგომისათვის, როდესაც ერთდროულად კეთდება პერკუტანული ნეფროლითოტომია და ენდოსკოპიული ნეფროტომია?

- \*ა) უკანა ზედა პოლუსი
- ბ) უკანა ქვედა პოლუსი
- გ) წინა ზედა პოლუსი
- დ) წინა ქვედა პოლუსი

869. 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 გრაქტის ინფექცია არ აღენიშნება

870. ურეთეროსკოპია შარდსაწვეთის პროქსიმალური კენჭებისათვის

- \*ა) მაღალეფექტურია ჰოლმიუმ-ლაზერულ ლითონტრიპისასთან კომბინაციაში
- ბ) არ უნდა ჩატარდეს ორსულობის განმავლობაში
- გ) უფრო ეფექტურია ვიდრე დარტყმითგაღლოვანი ლითონტრიპისა 10მმ-ზე ნაკლები ზომის კენჭების დროს
- დ) შეიძლება ჩატარდეს ანესთეზიის გარეშე

871. 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 სიმტკობაგია როდესაც ურეთეროსკოპიის შემდეგ ჩაიდგება შარდსაწვეთის სტენჯი
- \*დ) სტენჯის ჩადგმა მოწოდებულია გართულებული ურეთეროსკოპიის შემდგომ

ურონკოლოგია

872. ურონკოლოგიურ პათოლოგიებში უხშირესია:

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

873. 1997 წლის TNM სისტემის მიხედვით პროსტატის სიმსივნის თ1c განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- ა) სიმსივნე, რომელიც შემოსაზღვრულია პროსტატის კაფსულით და ისინჯება რექტალური პალპაციით



- ბ) რექტალური გასინჯვით არ ინახება, ვლინდება ტრანსურეთრული რეზექციის შემდეგ რეზექცირებული ქსოვილის 5%-ზე ნაკლებში
- გ) რექტალური გასინჯვით არ ინახება, ვლინდება ტრანსურეთრული რეზექციის შემდეგ რეზექცირებული ქსოვილის 5%-ზე მეტში
- \*დ) დიგაგალური რექტალური გამოკვლევისას არ ისინჯება, ვლინდება სისხლში PSA-ს მომატებული ღონის გამო ჩატარებული პროსტატის ბიოფსიით

874. 57 წლის მამაკაცს რექტალური სონოგრაფიის კონტროლით ჩატარებული ბიოფსიის მეშვეობით დაუდგინდა მაღალი გრეიდის (G3) პროსტატის ინტრაეპითელიალური ნეოპლაზია (PIN) განმეორებითი ბიოფსიის დროს პროსტატის კიბოს გამოვლენის ალბათობა:

- ა) 5%
- ბ) 15-20%
- \*გ) 30-50%
- დ) 70-80%

875. გარდამავალი ღონის პროსტატის კიბოსთან მიმართებაში ჰეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

- ა) ის ვლინდება მხოლოდ ტრანსურეთრული რეზექციის შემდეგ
- \*ბ) უხშირესად არის მაღალდიფერენცირებული იკავებს დიდ რეგიონს და პენეტრირებს პროსტატის კაფსულაში ფართოდ
- გ) უხშირესად ვლინდება აუტოპსიური მასალის შესწავლის დროს
- დ) არასოდეს ვითარდება მეტასტაზები

876. 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

877. პროსტატის კიბო განაპირობებს PSA-ს ღონის მაგებას, როდესაც სიმსივნის მოცულობა აღწევს

- ა) 0,5 სმ3
- \*ბ) 1 სმ3
- გ) 2 სმ3
- დ) 4 სმ3

878. სისხლი PSA-ს გამოსაკვლევეად აღებული უნდა იქნეს დიგაგალური რექტალური გასინჯვის წინ შემდეგი მოსაზრების გამო:

- ა) დიგაგალური რექტალური გასინჯვა ზრდის PSA-ს მონაცემს
- ბ) დიგაგალური რექტალური გასინჯვა ცვლის PSA-ს მონაცემს შემთხვევითაა 4%-ში
- \*გ) ამის აუცილებლობა არ არსებობს და სისხლი PSA-ს გამოსაკვლევეად შეიძლება აღებული იქნას დიგაგალური რექტალური გასინჯვის შემდეგ დაუყოვნებლივ, რადგანაც PSA სისხლში მაგულობს რექტალური გასინჯვიდან 1 სთ-ის შემდეგ D
- დ) დიგაგალური რექტალური გასინჯვა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ცვლის PSA-ს მაჩვენებელს თუ პროსტატის მოცულობა დიდია და PSA 20 ნგ/მლ-ზე მეტია.

879. როდესაც რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ ამოკვეთილი პრეპარატის კიდებე მორფოლოგიური კვლევით გამოვლინდება სიმსივნე (პოშიფიური საზღვარი) დაავადების პროგრესირება მოსალოდნელია შემთხვევითაა დაახლოებით:

- \*ა) 50%-ში
- ბ) 60%-ში
- გ) 75%-ზე მეტში
- დ) 100%-ში

880. პროსტატის კიბო მულტიფოკალურია შემთხვევითაა დაახლოებით:

- ა) 15%-ში
- ბ) 20%-ში
- გ) 50%-ში
- \*დ) 85%-ში

881. 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 ინტრაეპითელიალური ნეოპლაზია PIN.
- \*გ) პირველი ბიოფსიის შემდეგ ობსტრუქციული სიმპტომების გამოვლენა
- დ) პირველი ბიოფსიის დროს გამოვლენილი ატიპია

882. პროსტატის კიბოს აღრეული გამოვლენა მიიღწევა

- ა) რექტალური სონოგრაფიის რეგინული გამოყენებით
- ბ) მხოლოდ PSA-ს გამოყენებით
- \*გ) სისხლში PSA-ს ღონის განსაზღვრისა და დიგაგალური რექტალური გასინჯვის პერიოდულად გამოყენებით
- დ) მხოლოდ დიგაგალური რექტალური გასინჯვის გამოყენებით

883. პროსტატის კიბოს მქონე პაციენტებიდან PSA ნორმაში აქვთ:

- \*ა) 25%-ს
- ბ) 15%-ს
- გ) 10%-ს

დ) 5%-ზე ნაკლებს

884. პროსტატის კიბო დაავადების დასაწყისში იშვიათად იწვევს მოშარდვის ობსტრუქციულ სიმპტომატიკას, რაც შემდეგი ფაქტით აიხსნება:

ა) პროსტატის კიბო მულტიფოკალური ბუნებისაა

ბ) პროსტატის კიბო უხშირესად მაღალი დიფერენცირების ხარისხისაა

\*გ) ის ვითარდება უხშირესად პროსტატის პერიფერიულ ზონაში შარდსაღვნი მილიდან მოშორებით

დ) პროსტატის კიბო ნელა პროგრესირებს

885. ფინასტერილის გამოყენებიდან 12 თვის განმავლობაში PSA-ს ღონე მცირდება:

ა) 10%-ში

ბ) 20%-ში

\*გ) 50%-ში

დ) 60%-ში

886. 60 წლის მამაკაცი მოშარდვის ობსტრუქციული სიმპტომატიკის გამო 1 წლის განმავლობაში ლეულობდა პროსტატის (ფინასტერილი), რის შემდეგაც სისხლში PSA აქვს 3 ნგ/მლ. რექტალური გასინჯვით პათოლოგია ვერ გამოვლინდა. რა იქნებოდა თქვენი აზრით ოპტიმალური რჩევა:

ა) PSA-ს გამოკვლევა 2 თვის შემდეგ

ბ) PSA-ს სიმკვრივის განსაზღვრა

გ) თავისუფალი და ტოტალური PSA-ს შეფარდების განსაზღვრა

\*დ) პროსტატის ბიოფსია

887. შესაძლებელია თუ არა რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზირება PMA-ს ღონის მომატების მიხედვით

ა) ღიახ, რადგანაც ეს მიაჩნდება ლოკალური რეციდივის განვითარებაზე

ბ) ღიახ, რადგანაც ეს მიაჩნდება მეტასტაზების განვითარებაზე

გ) არა, რადგანაც რეციდივის აღრეული გამოვლენისას ინიშნება ალიუგანტური თერაპია

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

888. პროსტატის კიბოს პროგრესირების პროგნოზული ფაქტორებია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა ერთის გარდა:

ა) დიფერენცირების ხარისხი (G)

ბ) სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია

\*გ) 2,5 სმ3 მოცულობის სიმსივნე

დ) სიმსივნის სათესლე ბუშტუკებში ინვაზია

889. რადიკალური პროსტატექტომიის წინ ჩატარებული ნეოადიუგანტური ჰორმონალური თერაპიის კურსი

ა) ამცირებს პოსტოპერაციულ პერიოდში შარდის შეუკავებლობის სიხშირეს

ბ) იწვევს მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაგებას

\*გ) სტატისტიკურად სარწმუნოდ ამცირებს რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ ამოკვეთილი პრეპარატის კიდეზე მორფოლოგიური კვლევით სიმსივნის გამოვლენას (პოზიტიური საზღვარი)

დ) მნიშვნელოვნად მცირდება ინტრაოპერაციული სისხლდენის შესაძლებლობა

890. რადიკალური პროსტატექტომიის დროს სიმსივნის რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია ვლინდება შემთხვევათა

ა) 1-3%-ში

ბ) 4%-ში

\*გ) 5-7%-ში

დ) 10%-ში

891. რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ PSA-ს ნახევარდაშლის პერიოდია (ლოკალური PT1, PT2 პროსტატის კიბოსათვის)

ა) 1 დღე

\*ბ) 2,5 დღე

გ) 4 დღე

დ) 6 დღე

892. რადიკალური სხივური თერაპიის შემდეგ PSA-ს ნახევარდაშლის პერიოდია (ლოკალური PT1, PT2 პროსტატის კიბოსათვის)

ა) 1 თვე

\*ბ) 2,5 თვე

გ) 6 თვე

დ) 8 თვე

893. ლოკალურ PT1, PT2 პროსტატის კიბოს რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ PSA-ს განსაზღვრა არ ხერხდება შემთხვევათა

ა) 80%-ში

ბ) 85%-ში

\*გ) 95%-ში

დ) 99%-ში

894. 53 წლის მამაკაცს გაუკეთდა რადიკალური პროსტატექტომია. 2 თვის შემდეგ PMA ისაზღვრება, სკენირება და დიგიტალური

რექტალური გასინჯვა უარყოფითია. რექტალური სონოგრაფიის კონტროლით ჩატარებულმა ბიოფსიამ გამოავლინა რეციდივი ანასტომოზის არეში. ღიაგაღების პროგრესირება მოსალოდნელია

- ა) 5%-ში
- ბ) 10%-ში
- გ) 20%-ში
- \*დ) 40%-ში

895. სტეროიდული ანტიანდროგენი არასტეროიდულისაგან განსახვავდება იმით რომ:

- ა) უფრო ტოქსიურია
- ბ) სტაგისტიკურად სარწმუნოდ მრდის სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობას
- \*გ) ამცირებს გონადოტროპინის და შესაბამისად ამცირებს ტესტოსტერონის ღონეს
- დ) არ გამოიყენება მონოთერაპიისათვის

896. რადიკალური სხივური თერაპიის წარმატების შემთხვევაში PMA-ს ღონე უნდა იყოს:

- ა) 1,5-ჯერ მეტი
- ბ) 2-ჯერ მეტი
- \*გ) ზღვრულის ნახევარი
- დ) ზღვრული

897. მკურნალობის ქვემოთ ჩამოთვლილი ვარიანტებიდან რომელია ოპტიმალური როდესაც რადიკალური პროსტატექტომია ვერ სრულდება სიმსივნის რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიის გამო

- ა) აღრეული ჰორმონალური თერაპია უნდა იქნეს დაწყებული
- ბ) ნაჩვენებია სრული ანდროგენური ბლოკადა
- \*გ) თანამედროვე ეტაპზე არ არსებობს მკაცრად განსაზღვრული რეკომენდაციები, თუ მკურნალობის რომელი ვარიანტია ოპტიმალური
- დ) ჰორმონალური თერაპია უნდა ჩატარდეს, მხოლოდ სიმპტომების გამოვლენის შემდეგ

898. რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ ამოკვეთილი პრეპარატის კიდებე მორფოლოგიური კვლევით სიმსივნე (პოზიტიური საზღვარი) ყველაზე ხშირად გამოვლინდება:

- ა) სათესლე ბუშტუკებთან
- ბ) შარდის ბუშტის ყელზე
- \*გ) პროსტატის აპექსზე
- დ) პროსტატის პოსტეროლატერალურ ზედაპირზე

899. რადიკალური პროსტატექტომიის შემდეგ ამოკვეთილი პრეპარატის კიდებე მორფოლოგიური კვლევით სიმსივნის არსებობის (პოზიტიური საზღვარი) ყველაზე სარწმუნო პრეოპერაციული პროგნოზული ფაქტორია

- ა) მრავლობითი პოზიტიური ბიოფსიები
- ბ) PSA- ს ღონე 10 ნგ/მლ-ზე მეტი
- \*გ) ბიოფსიის მეშვეობით დაღვნილი კაფსულაში პენეტრაცია
- დ) მოშარდვის მკვეთრად გამოხატული ობსტრუქციული სიმპტომატიკა

900. მეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს შემთხვევაში სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის

- ა) 18-24 თვე
- \*ბ) 30-36 თვე
- გ) 38-40 თვე
- დ) 46-50 თვე

901. მეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს მქონე პაციენტებს სიმპტომების სუბიექტური გაუმჯობესება ჰორმონალური თერაპიის ჩატარებისას აღნიშნებათ შემთხვევათა:

- ა) 100%-ში
- ბ) 80%-ში
- \*გ) 70%-ში
- დ) 50%-ზე ნაკლებში

902. სტეროიდული ანტიანდროგენები არასტეროიდულისაგან განსახვავდება იმით, რომ:

- ა) უფრო სწრაფად მიიღწევა ანდროგენების ბლოკირება
- ბ) მრდის სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობას
- \*გ) ამცირებს სისხლში ტესტოსტერონის ღონეს
- დ) სწრაფად იწვევს სუბიექტურ გაუმჯობესებას

903. მაქსიმალურ ანდროგენურ ბლოკადასთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

- ა) წარმოადგენს მეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს მქონე ყველა პაციენტის მკურნალობის "ოქროს სტანდარტს"
- ბ) მნიშვნელოვნად მრდის პაციენტების ცხოვრების ხარისხს
- \*გ) პაციენტების გარკვეულ ჯგუფებში მრდის პაციენტების მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობას
- დ) პაციენტებს უნარჩუნლებათ ერექცია

904. არასტეროიდული ანტიანდროგენის მოქმედების შედეგად

- \*ა) იმატებს სისხლში ტესტოსტერონის ღონე
- ბ) იკლებს სისხლში ტესტოსტერონის ღონე

- გ) სისხლში ტესტოსტერონის დონე არ იცვლება
- დ) იკლებს მხოლოდ თავისუფალი ტესტოსტერონის დონე

905. 62 წლის მამაკაცს რექტალური ბიოფსიის შედეგად დაუდგინდა პროსტატის კიბო. სტადირების მიზნით გაუკეთდა ლიმფადენექტომია, რის შემდეგ განუეთარდა ქვემო კიდურის მოტორული დაზიანება. აღნიშნული გართულება აიხსნება შემდეგი ნერვის დაზიანებით:

- ა) ბარძაყის ნერვის
- ბ) ილიოპიპოგასტრიული
- გ) ილიონგუინალური ნერვის
- \*დ) ღამხურველი ნერვის

906. პერიოდული (ინტერმიტენტული) ანგიანდროგენული თერაპიის გამოყენება მისაღებია შემდეგი მოსაზრების გამო:

- ა) პაციენტს აქტიური სექსუალური ცხოვრების საშუალებას აძლევს
- ბ) ბიოლოგიური აქტივობის დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური სიმპტომების გამოვლენისას
- \*გ) პროსტატის კიბოს ჰორმონ-რეზისტენტული კლონების წარმოქმნა ყოვნიანია
- დ) სტატისტიკურად სარწმუნოდ იმატებს პაციენტების სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობა

907. 64 წლის მამაკაცს 2 წლის წინ დაუდგინდა პროსტატის ადენოკარცინომა რის გამოც იმყოფებოდა სრულ ანდროგენურ ბლოკადაზე. ამჟამად დაავადება პროგრესირებს, იწვევს ზურგის გვინის კომპრესიას. ავადმყოფის სომატური მდგომარეობა მძიმეა. რომელია თქვენი აზრით მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი:

- ა) ქიმიოთერაპია
- ბ) ზურგის გვინის დეკომპრესია
- გ) არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატები
- \*დ) კორტიკოსტეროიდები და სხივური თერაპია

908. პროსტატის კიბოს პროგრესირების ჰორმონული მკურნალობისადმი არამგრძნობიარე (ჰორმონ-რეფრაქტული) ფაზაში გადასვლის თბიქტური მახასიათებელია:

- ა) ანემია
- ბ) ახალი მტკივნეული უბნების გაჩენა
- \*გ) PSA-ს დონის მომატება
- დ) რადიონუკლიდური ნივთიერების ჩალაგების ახალი უბნები ძვლების სკანირების დროს

909. არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებს მეტასტაზირებული ჰორმონული მკურნალობისადმი არამგრძნობიარე (ჰორმონ-რეფრაქტული) პროსტატის კიბოს მკურნალობის დროს:

- \*ა) იშვიათად გამოიყენება, ონკოლოგიური ტკივილების ანალგეზიისათვის
- ბ) შეიძლება დანიშნული იქნას მხოლოდ პერთორალურად
- გ) არ ახასიათებს გვერდითი მოვლენები
- დ) გამოიყენება ძვლებში მეტასტაზებით გამოწვეული ტკივილების მკურნალობისათვის

910. ზურგის გვინის კომპრესია, რომელიც გამოწვეულია პროსტატის კიბოს მეტასტაზებით

- ა) ადვილად დიაგნოსტიკურია
- \*ბ) შეიძლება გამოიწვიოს მოშარდვის ობსტრუქციული სიმპტომების გამწვავება რაც შეცდომით მიუთითებს დაავადების ლოკალურად გავრცობაზე
- გ) მკურნალობა უნდა ჩატარდეს, მხოლოდ დაავადების ადრეულ სტადიებზე
- დ) უნდა მოხდეს წინა დეკომპრესია

911. 32 წლის პაციენტს მარცხენა სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის გამო გაუკეთდა ინგვინალური ორქექტომია. დაუდგინდა არასემინომური გერმინომატიული სიმსივნე. კომპიუტერული ტომოგრაფიის საშუალებით რეტროპერიტონული სივრცის და შუასაყრის მეტასტაზური დაზიანება არ გამოუვლინდა. ალფა-ფეტოპროტეინის და ქორიონული გონადოტროპინის ბეგა ფრაქციის დონე სისხლში მაღალი რჩება ორქექტომიის შემდეგაც. შემდგომი მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) მეთვალყურეობა დაავადების გამოვლენამდე
- ბ) რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია
- გ) სხივური თერაპია
- \*დ) სტანდარტული ქიმიოთერაპია

912. პაციენტს სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის გამო გაკეთებული აქვს ინგვინალური ორქექტომია. მაკროსკოპიულად ნორმალური კონტრალატერალური სათესლე ჯირკვლის ბიოფსიით გამოვლინდა ცარცინომა ინ სიტუ (ცის) მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) სტანდარტული ქიმიოთერაპია
- ბ) ორქექტომია
- \*გ) ლოკალური დასხივება
- დ) დაკვირვება და საჭიროების შემთხვევაში ორქექტომია

913. 28 წლის პაციენტს დაუდგინდა სათესლე ჯირკვლის არასემინომური სიმსივნე. კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით რეტროპერიტონულ სივრცეში გამოუვლინდა 8 სმ-ის ზომის მეტასტაზი. ავადმყოფს ჩაუტარდა სტანდარტული (პლატინა+ეტოპოზიდი+ბლეომიცინი - BEP) ქიმიოთერაპიის 3 კურსი. სეროლოგიური მარკერები პირველი კურსის შემდეგ ნორმალიზებულია. რეტროპერიტონულმა სიმსივნემ რეგრესია არ განიცადა. შემდგომი მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია.

- ა) ქიმიოთერაპია მაღალ დოზებში
- ბ) სტანდარტული (BEP) ქიმიოთერაპიის 2 კურსი
- გ) სხივური თერაპია

\*დ) ბილატერალური რეგროპერიტონული ლიმფადენექტომია

914. 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)

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

ა) სკროტალური განაკვეთი

ბ) ლაპარასკოპიული განაკვეთი

\*გ) ინგვინალური განაკვეთი

დ) ილიაკალური განაკვეთი

916. სემინომის განვითარებისათვის ყველაზე სპეციფიური ასაკია:

ა) 22-35 წელი

ბ) 25-30 წელი

გ) 30-35 წელი

\*დ) 35-40 წელი

917. I კლინიკური სტადიის სემინომა დაკვირვების შემთხვევაში რეგროპერიტონულ ლიმფურ ჯირკვლებში რეციდივირებს შემთხვევათა:

ა) 0-10 %-ში

\*ბ) 20-30 %-ში

გ) 40-50 %-ში

დ) 50-70%-ში

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

ა) მენჯის ნერვი

ბ) ილიო-ინგვინალური ნერვი

\*გ) რეგროპერიტონული სიმპათიკური ნერვები

დ) გენიტოფემორალური ნერვი

919. I კლინიკური სტადიის სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის რეციდივირებისათვის მნიშვნელოვანი პროგნოსტული ფაქტორია:

ა) სიმსივნის სათესლე ჯირკვლის დანამაგში ინვაზია

\*ბ) ემბრიონალური სიმსივნე და სიმსივნის სისხლძარღვებში ინვაზია

გ) სიმსივნის 1-წლიანი ანამნეზი

დ) პირველადი სიმსივნე ზომით >3 სმ-ზე.

920. 55 წლის პაციენტს შარდის ბუშტის სიმსივნის გრანსურეტორულ რეზექციასთან ერთად ჩაუტარდა უროთელიუმის მრავლობითი ბიოფსია. მორფოლოგიური კვლევით ინახა ცარცინომა ინ სიგუ, რაც იმის მაჩვენებელია რომ,

ა) რეციდივის განვითარების რისკი არ იმატებს

ბ) ავადმყოფს პოსტოპერაციულ პერიოდში განუვითარდება ირიტაციული სიმპტომები

გ) იმატებს ბემო საშარდე ტრაქტის ინფექციის ალბათობა

\*დ) ცარცინომა ინ სიგუ დაავადების უფრო ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია

921. შარდის ბუშტის ცარცინომა ინ სიგუ-ს ოპტიმალური მკურნალობის მეთოდია

ა) გრანსურეტორული ელექტორეზექცია

ბ) რადიკალური ცისტექტომია

გ) სისტემური ქიმიოთერაპია

\*დ) ინტრავენიკალური BCG

922. შარდის ციტოლოგიური კვლევა ყველაზე მაღალი მგრძობელობით ხასიათდება შარდის ბუშტის შემდეგი ტიპის სიმსივნის დროს:

ა) ბრტყელუჯრედოვანი კიბო

ბ) ალენოკარცინომა

გ) პაპილარული გარდამავალუჯრედოვანი კიბო

\*დ) ცარცინომა ინ სიგუ

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

ა) 0%-ში

ბ) 10%-ში

\*გ) 80%-ში

დ) 100%-ში

924. შარდის ბუშტის თ1 სიმსივნესთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

ა) ლიმფურენცირების ხარისხს (G-ს) არა აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა

ბ) სიმსივნეების უმრავლესობა არის კარგად ლიმფურენცირებული (G1)

გ) 10%-ზე ნაკლები არის ცუდად ლიმფურენცირებული (G3)

\*დ) უმრავლესობას შეადგენს კარგად და საშუალოდ ლიფერენცირებული სიმსივნეები (G1+G2)

925. შარდის ბუშტის T1 G3 (დაბალიფერენცირებულ) სიმსივნესთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება

- ა) უხშირესია შარდის ბუშტის სიმსივნეებს შორის
- ბ) სიმსივნის ზომას პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს
- გ) ცარცინომა ინ სიგუ ასოცირებულია შემთხვევათა 100%-ში.

\*დ) მასთან ასოცირებულ ცარცინომა ინ სიგუ-ს ცული პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს

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

- \*ა) 30-50%-ში
- ბ) 10%-ზე ნაკლებში
- გ) 10%-ში
- დ) 80%-ში

927. ინტრავეზიკალური ქიმიოთერაპია შარდის ბუშტის ბელადირული სიმსივნის გრანსურეთრული რეზექციის შემდეგ ბეგავლენას ახდენს

- \*ა) რეციდივების სიხშირეზე
- ბ) დაავადების პროგრესირებაზე
- გ) პაციენტის მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე
- დ) რადიკალური ცისტექტომიის ჩატარების სიხშირეზე აღნიშნულ პაციენტებში

928. შარდის ბუშტის T1 G3 სიმსივნის მკურნალობის არჩევითი მეთოდი დაავადების პროგრესირების თავიდან აცილებისათვის არის:

- ა) გრანსურეთრული რეზექცია
- ბ) სისტემური ქიმიოთერაპია
- გ) რადიკალური ცისტექტომია
- \*დ) გრანსურეთრული რეზექცია + იმუნოთერაპია

929. 59 წლის მამრობითი სქესის პაციენტს შარდის ბუშტის სიმსივნის გამო გაუკეთდა გრანსურეთრული რეზექცია და BTG-ს ალიუვანგური თერაპიის 2 კურსი. 6 თვის შემდეგ დაავადება კვლავ გამოვლინდა. ლოკალური პროგრესირების თავიდან აცილების მიზნით მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) ინტრავეზიკალური ქიმიოთერაპია.
- ბ) სხივური თერაპია
- გ) სისტემური ქიმიოთერაპია
- \*დ) რადიკალური ცისტექტომია

930. 61 წლის პაციენტს T1 G3 რეციდიული სიმსივნის გამო უკეთდება რადიკალური ცისტექტომია. იმის ალბათობა, რომ რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში გამოვლენილი იქნას სიმსივნის მიკროინვაზია არის:

- \*ა) 10%-ზე ნაკლები
- ბ) 40 %
- გ) 50-70%
- დ) 90%

931. ქვემოთ ჩამოთვლილი შარდის ბუშტის ჰისტოლოგიური ვარიანტებიდან, რომელი ვლინდება ყველაზე ხშირად შარდის ბუშტის ექსტროფიასთან ერთად:

- ა) გარდამავალუჯრედოვანი კიბო
- ბ) ნეფროგენული აღენომა
- გ) ბრტყელუჯრედოვანი კიბო
- \*დ) აღენოკარცინომა

932. შარდის ბუშტის ინვაზიური კიბოს მკურნალობისათვის ალიუვანგური სხივური თერაპია

- ა) არ ცვლის რეციდივების სიხშირეს
- ბ) შრდის პაციენტის მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობას
- გ) სტანდარტულად გამოიყენება PT2 სტადიის დროს
- \*დ) ამცირებს ლოკალური რეციდივების სიხშირეს, მაგრამ საკმაოდ ხშირია გართულებები

933. ანგიომილიპომის დამახასიათებელი სურათი კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე, და ანგიოგრაფიაზე არის

- \*ა) ჰიპერექტოგენული სურათი ტომოგრაფიაზე და ჰიპერვასკულარიზაცია ანგიოგრაფიაზე
- ბ) ჰიპერექტოგენული სურათი ტომოგრაფიაზე და ჰიპოვასკულარიზაცია ანგიოგრაფიაზე
- გ) ჰიპოექტოგენური ჩანართები ტომოგრაფიაზე და ნორმალური ვასკულარიზაცია ანგიოგრაფიაზე
- დ) ჰიპოექტოგენური უბნები ტომოგრაფიაზე და ნორმალური ვასკულარიზაცია ანგიოგრაფიაზე

934. ანგიომილიპომის დამახასიათებელი პათომორფოლოგიური ნიშანი ტუბულარული ნეკროზი ვლინდება შემთხვევათა:

- ა) 45%-ში
- \*ბ) 50%-ში
- გ) 60%-ში
- დ) 80%-ში

935. როგორც ცნობილია თირკმელუჯრედოვანი კიბო ასოცირებულია მემკვიდრეობით ონკოლოგიურ ფონ-ჰიპელ ლინდაუს სინდრომთან. აღნიშნული სინდრომის მანიფესტაცია ხდება ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებით გარდა ერთისა:

- ა) მურგის ტვინის ანგიოლასტომა
- ბ) რეგინული ჰემანგიომა
- \*გ) ლეიქმის ჰემანგიომა
- დ) ფეოქრომოციტომა

936. პარციალური ნეფრექტომიის შემდეგ სიმსივნის ლოკალური რეციდივების სიხშირე შეადგენს:

- ა) 20%-ს
- ბ) 12-14%-ს
- \*გ) 6-10%-ს
- დ) 2-4%-ს

937. 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

938. საშარღე გრაქტის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე ბავშვებში არის:

- ა) შარღის ბუშტის კიბო
- ბ) პროსტატის კიბო
- \*გ) ვილმის სიმსივნე
- დ) სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

939. ვილმის სიმსივნის მკურნალობისათვის პირველი რიგის ქიმიოპრეპარატი არის

- ა) ცისპლატინი
- \*ბ) აქტინომიცინი D
- გ) მეტოტრექსატი
- დ) ეტოპოზიდი

940. ვილმის სიმსივნის თირკმლის ვენაში ინვაზია აღინიშნება შემთხვევების:

- ა) 5%-ში
- ბ) 10%-ში
- გ) 15%-ში
- \*დ) 20%-ში

941. ვილმის სიმსივნის უხშირესი (75%-ში) კლინიკური სიმპტომა

- ა) შეტევითი ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში
- \*ბ) პალპირებადი აბდომინალური მასა
- გ) წონის დაკლება
- დ) კიბურების შეშუპება

942. ვილმის სიმსივნე ბილატერალური შეიძლება იყოს შემთხვევათა

- ა) 1%-ში
- ბ) 5%-ში
- გ) 8%-ში
- \*დ) 10%-ში

943. ვილმის სიმსივნის პრეოპერაციული სხიური და ქიმიოთერაპია

- ა) ზეგავლენას ახდენს მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე
- \*ბ) ამცირებს ინტრაოპერაციულად სიმსივნის სპონტანური გასკლამის ალბათობას
- გ) მრდის ოპერაციის გექნიკურ სირთულეს
- დ) ამცირებს ლოკალური რეციდივების სიხშირეს

944. თირკმელუჯრედოვანი კიბო ბავშვებში

- ა) არ გვხვდება
- \*ბ) ისეთივე პროგნოზისაა როგორც მოზრდილებში
- გ) უფრო ცუდი პროგნოზისაა ვიდრე მოზრდილებში
- დ) ხასიათდება უფრო კეთილსაიმედო პროგნოზით ვიდრე მოზრდილებში

945. არსებული მონაცემების მოხელეთ რადიკალური ცისტექტომიის შემდეგ M-VAC ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის კურსის ჩატარება ყველაზე ეფექტურია:

- \*ა) სიმსივნის რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიის შემთხვევაში
- ბ) Pთ2ა სტადიის პაციენტებში
- გ) Pთ2ბ სტადიის პაციენტებში
- დ) Pთ4ა სტადიის პაციენტებში

946. შარღის ბუშტის ინვაზიური კიბოს სტანდარტული მკურნალობის მეთოდია:

- ა) "აგრესიული" გრანსურეთრული რეზექცია და ადიუვანტური ქიმიოთერაპია

- ბ) სხივური თერაპია და სისტემური ქიმიოთერაპია
- გ) პარციალური ცისტექტომია
- \*დ) რადიკალური ცისტექტომია

947. 1997 წლის რელაქციის TNM კლასიფიკაციის მიხედვით შარდის ბუშტის სიმსივნის თ2ა სტადია განისაზღვრება როგორც:

- ა) პროსტატაში ინვაზია
- ბ) სიმსივნის ღრმა კუნთებში ინვაზია
- გ) სიმსივნის პარავეზიკალურ ცხიმში ინვაზია
- \*დ) სიმსივნის გელაპირულ კუნთებში ინვაზია

948. პირველადი ექსტრაგონადული გერმინაგიული სიმსივნის სრული განკურნების შესაძლებლობა დაახლოებით

- ა) 20-25%
- ბ) 30-35%
- \*გ) 50%
- დ) 60%

949. სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის ყველაზე ხშირი ჰისტოლოგიური ტიპია:

- ა) გერაგომა
- ბ) ქორიოკარცინომა
- \*გ) სემინომა
- დ) ემბრიონალური კიბო

950. ალფა-ფეტოპროტეინის (AFP) ნახევარდაშლის პერიოდია

- ა) 1-3 დღე
- \*ბ) 5-7 დღე
- გ) 8-10 დღე
- დ) 2 კვირა

951. რომელი უჯრედები ახდენენ ქორიონული გონადოტროპინის პროდუქციას (HCG)

- ა) ლეიდინგის უჯრედები
- ბ) სერტოლის უჯრედები
- \*გ) სინციტიოტროფობლასტები
- დ) ენდოთელიალური სინუსის უჯრედები

952. რა პროცენტში ხდება IIა სტადიის არასემინომური გერმინაგიული სიმსივნეების ჰიპოლიაგნოსტიკა:

- ა) 40%-ში
- ბ) 35-38%-ში
- გ) 28-32 %-ში
- \*დ) 20-25%-ში

953. IIა IIბ სტადიის სუფთა სემინომის ოპტიმალური მკურნალობის ტაქტიკაა:

- ა) დინამიური დაკვირვება
- ბ) ქიმიოთერაპია
- \*გ) სხივური თერაპია
- დ) რეგროპერიტონეალური ლიმფაქტომია

954. სასქესო ასოს კიბოს კლინიკურად ნეგატიური ლიმფური ჯირკვლების დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე მისაღები მეთოდია:

- ა) ლიმფანგიოგრაფია
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- \*გ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია
- დ) ფიზიკალური გასინჯვა

955. სასქესო ასოს კიბოს რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში სავარაუდო გაერცობის გამოვლენისათვის ყველაზე ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) ბიოფსია
- ბ) ასპირაციული ბიოფსია
- \*გ) გამოკვლევის ჩატარება მიმანშეწონილი არ არის, რადგანაც სიმსივნის ლოკალურად გაერცობის მაღალი რისკი არსებობს
- დ) ერთი ლიმფური ჯირკვლის ამოკვეთა ადგილობრივი გაუქვივარებით

956. სასქესო ასოს კიბოს რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიის გამოსავლენად ლიმფანგიოგრაფიას ახასიათებს:

- ა) დაბალი სპეციფიურობა და მგრძნობელობა
- ბ) დაბალი სპეციფიურობა და მაღალი მგრძნობელობა
- \*გ) მაღალი სპეციფიურობა და დაბალი მგრძნობელობა
- დ) მაღალი სპეციფიურობა და მგრძნობელობა

957. სასქესო კიბოს რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიის გამოვლენისათვის ფიზიკალური გასინჯვისათვის ცრუ-ნეგატიური შედეგი დამახასიათებელია შემთხვევათა:

- ა) 88%-ში



- ბ) 50%-ში
- \*გ) 28%-ში
- დ) 10-20%-ში

958. სასქესო ასოს ორგანოშემნახველი თერაპია მისაღებია

- ა) ყველა სტადიისათვის თუ კი შესაძლებელია სრულყოფილი დინამიური დაკვირვება
- ბ) ყველა სტადიისათვის თუ ადგილი არა აქვს სიმსივნის რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიას
- \*გ) T1 და T2 სტადიის მცირე ზომის კიბოს მკურნალობისათვის
- დ) T1 სტადიის მკურნალობისათვის 1987 წლის TNM კლასიფიკაციის მიხედვით

959. სასქესო ასოს კიბოს მქონე პაციენტისათვის კლინიკურად ნეგატიური ლიმფური ჯირკვლებით დინამიური დაკვირვება მისაღებია:

- ა) T1 სტადიის შემთხვევაში 1987 წლის TNM კლასიფიკაციის მიხედვით
- ბ) ყველა T1 და T2 სიმსივნისათვის
- \*გ) ყველა T1, კარგად და საშუალოდ დიფერენცირებული T2 სიმსივნეებისათვის
- დ) კარგად დიფერენცირებული T1 სიმსივნისათვის

960. მენჯის ლიმფადენეექტომია გადავადების გარეშე სასქესო ასოს კიბოს მქონე პაციენტებისათვის ნაჩვენებია

- ა) კლინიკურად ნეგატიური ლიმფური ჯირკვლების შემთხვევაში
- ბ) ცუდად დიფერენცირებული T2, T3 და ოპერაბელური T4 სტადიის შემთხვევაში 1987 წლის TNM კლასიფიკაციის მიხედვით
- \*გ) ყველა იმ შემთხვევაში როდესაც ბიოფსიით ვერიფიცირებულია სიმსივნის საზარდულის ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია
- დ) ყველა შემთხვევაში, როდესაც ნაჩვენებია ინვინალური ლიმფადენეექტომია

961. მენჯის ლიმფადენეექტომია სასქესო კიბოს მქონე პაციენტებში უნდა შესრულდეს

- ა) ბილატერალურად
- ბ) უნილატერალურად
- \*გ) ბილატერალურად იმ შემთხვევაში, როდესაც უნილატერალურად ვერიფიცირებულია საზარდულის ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია
- დ) უნილატერალურად როდესაც ვერიფიცირებულია უნილატერალური ინვაზია საზარდულის ლიმფურ ჯირკვლებში

962. კონტრალატერალური საზარდულის ლიმფადენეექტომია სასქესო კიბოს მქონე პაციენტებში უნდა შესრულდეს:

- ა) ყველა შემთხვევაში, როდესაც ვერიფიცირებულია საზარდულის ლიმფური უნილატერალური ინვაზია
- \*ბ) იმ შემთხვევაში, როდესაც დადგენილია ორ ან მეტ ლიმფურ ჯირკვალში სიმსივნის ინვაზია უნილატერალურად
- გ) იმ შემთხვევაში როდესაც დადგენილია უნილატერალურად თუნდაც ერთ ლიმფურ ჯირკვალში ინვაზია
- დ) იმ შემთხვევაში როდესაც სიმსივნის ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზიის მაღალი რისკი - ცუდად დიფერენცირებული T2, T3 და T4 სიმსივნე

963. სასქესო ასოს კიბოს ორგანოშემნახველი მკურნალობის შემდეგ ლოკალური რეციდივის რისკი T1/T2 სტადიის ავადმყოფებში არსებობს შემთხვევათა

- ა) 60%-ში
- \*ბ) 8-50%-ში
- გ) 20%-ში
- დ) 4-8%-ში

964. სასქესო ასოს კიბოს მკურნალობისათვის ყველაზე ეფექტური ქიმიოთერაპიული აგენტია

- ა) ცისპლატინი
- ბ) ვინბლასტინი
- \*გ) ბლეომიცინი
- დ) ეტოპოზიდი

965. სასქესო კიბოს ყველასე გავრცელებული ჰისტოლოგიური ტიპი არის:

- ა) გარდამავალუჯრელოვანი
- ბ) ადენოკარცინომა
- \*გ) ბრტყელუჯრელოვანი
- დ) თითისგარაუჯრელოვანი

966. რადიკალური ნეფრექტომიის შემდეგ პაციენტების საგარეულო 5-წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა:

- ა) სტაგისტიკურად სარწმუნოდ იცვლება ადიუვანტური იმუნოთერაპიის გამოყენების შემთხვევაში
- ბ) უმჯობესდება ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის გამოყენებით
- \*გ) მნიშვნელოვნად მცირდება სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში გავრცობის შემთხვევაში
- დ) შეაღგენს საშუალოდ 70%-ს

967. თირკმლის ონკოციტომასთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

- ა) ყოველთვის კეთილთვისებიანია
- \*ბ) სიმსივნე გვხვდება მხოლოდ თირკმელში
- გ) მისი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია მხოლოდ კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით
- დ) მაკროსკოპიულად წააგავს ადენოკარცინომას

968. თირკმლის ონკოციტომა უხშირესად არის

- ა) ლოკალურად გავრცობილი
- \*ბ) კეთილთვისებიანი

- გ) მეტასტაზირებს ღვიძლში
- დ) მეტასტაზირებს ფილგვში

969. ონკოციტომა ვლინდება:

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

970. ონკოციტომის სტანდარტული მკურნალობის მეთოდია

- \*ა) რადიკალური ნეფრექტომია
- ბ) პარციალური ნეფრექტომია
- გ) მარტივი ნეფრექტომია
- დ) სიმსივნის ენუკლეაცია

971. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნეები შეადგენენ ყველა უროთელიალური სიმსივნის:

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

972. თირკმელუჯრედოვანი კიბო უხშირესად ვითარდება:

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

973. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნე უხშირესად (შემთხვევათა 75%-ზე მეტში) ვლინდება შემდეგი კლინიკური სურათით, პაცენტს აღენიშნება:

- ა) მაკროჰემატურია
- \*ბ) შეგვევითი ხასიათის ტკივილი წელის არეში
- გ) აბდომინალური პალპაციით ისინჯება ღილი ზომის მასა
- დ) საშარღე ტრაქტის რეციდიული ინფექცია

974. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნის დიაგნოსტიკის დროს კვლევის პირველ არჩევით მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ურეთეროსკოპია
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია და ცისტოსკოპია
- გ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია
- დ) პერკუტანული ნეფროსტომია

975. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნის სტანდარტული მკურნალობის მეთოდია:

- ა) უროთელიუმის დაზიანებული უბნის სეგმენტური რეზექცია
- \*ბ) ტოტალური ნეფრურეთერექტომია
- გ) ენდოსკოპიური რეზექცია პერკუტანული მიდგომით
- დ) ენდოსკოპიური ფულგურაცია

976. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნის ორგანოშემნახველი მკურნალობა ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში

- ა) მრავლობითი სიმსივნე
- \*ბ) ერთადერთი თირკმელი
- გ) დაბალდიფერენცირებული სიმსივნე
- დ) შარღსაწვეთის შუა მესამედის სიმსივნე

977. ზემო საშარღე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნე რეციდივირებს შარღის ბუშტში შემთხვევათა :

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

978. იმუნოთერაპია ინტერლეიკინ-2-ით გამოიყენება:

- \*ა) მეტასტაზირებული თირკმელუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობისათვის
- ბ) სტანდარტულად რადიკალური ნეფრექტომიის შემდეგ
- გ) როგორც მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდი 5 სმ-ზე პატარა სიმსივნის მკურნალობისათვის
- დ) ბილატერალური სიმსივნის მკურნალობისათვის

979. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს მეტასტაზები პირველ რიგში ვითარდება:

- ა) ღვიძლში
- \*ბ) ფილგვში
- გ) გვინში

დ) შარდის ბუშტში

980. სხივური თერაპია წარმოადგენს მკურნალობის არჩევით მეთოდს:

- ა) თირკმლის მრავლობითი სიმსივნისათვის
- ბ) პირველადი თირკმლის კიბოსათვის
- \*გ) თირკმლის კიბოს ძელებში განვითარებული მეტასტაზებისათვის
- დ) თირკმლის კიბოს ფილტვში განვითარებული მეტასტაზისათვის

981. თირკმელუჯრედოვანი კიბო ქვემოთ ჩამოთვლილი ჰოსტოლოგიური ტიპებიდან ყველაზე ცუდი პროგნოზით ხასიათდება:

- ა) ნათელუჯრედოვანი ვარიანტი
- \*ბ) თითისგარა უჯრედოვანი ვარიანტი
- გ) ტუბულო-პაპილარული ვარიანტი
- დ) ქრომოფობურუჯრედოვანი ვარიანტი

982. გემო საშარდე ტრაქტის მეტასტაზირებული უროთელიალური სიმსივნისათვის დამახასიათებელია სისტემური ქიმიოთერაპიისადმი

- ა) მაღალი მგრძობელობა
- \*ბ) დაბალი მგრძობელობა
- გ) საშუალო მგრძობელობა
- დ) პრაქტიკულად არ მოქმედებს

983. ბილატერალურად განვითარებული თირკმელუჯრედოვანი კიბოს სავარაუდო სოცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი ისეთივეა როგორც:

- ა) მრავლობითი სიმსივნის ერთ თირკმელში
- \*ბ) უნილატერალური სიმსივნის
- გ) მეტასტაზირებული თირკმლის კიბოს
- დ) ნეფრექტომიის შემდეგ განვითარებული რეციდივის

984. თირკმლის კაფსულით შემოსამღვრული თირკმლის კიბოს რადიკალური ოპერაციული მკურნალობის შემთხვევაში პაციენტის სავარაუდო 5-წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შეადგენს:

- ა) 10%-ს
- ბ) 25%-ს
- გ) 50%-ს
- \*დ) 90 %-ს

985. გემო საშარდე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნეებისათვის უპირატესი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს:

- ა) სიმსივნის ზომას
- \*ბ) ლიმფურენციების ხარისხს
- გ) სიმსივნის ლოკალიზაციას
- დ) მრავლობით სიმსივნეს

986. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს განვითარებისათვის ხელშემწყობი ეტიოლოგიური ფაქტორია:

- ა) ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება
- \*ბ) თამბაქოს წევა
- გ) ნარკოტიკული ანალგეტიკების გამოყენება
- დ) მძიმე მეტალებთან კონტაქტი

987. 57 წლის მამრობითი სქესის პაციენტს, რომელსაც დადგენილი აქვს მეტასტაზირებული თირკმელუჯრედოვანი კიბო გაუკეთდა რადიკალური ნეფრექტომია აღიუფანტური თერაპიის რომელი ვარიანტია ოპტიმალური:

- ა) მონოთერაპია ვინბლასტინით
- ბ) ინტერლეიკინ-2 ინტრავენურად
- გ) ჰორმონალური თერაპია ესტროგენების გამოყენებით
- \*დ) ინტერლეიკინ-2 + ინტერფერონ-ა + 5-ფტორურაცილი

988. 66 წლის მამაკაცს დაუდგინდა მარჯვენა თირკმლის სიმსივნე და სიმსივნური თრომბის არსებობა ქვემო ღრუ ვენაში. პაციენტის სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობისათვის ყველაზე ცუდი პროგნოზული ფაქტორია:

- ა) სიმსივნური თრომბის ჩაზრდა ქვემო ღრუ ვენაში
- ბ) სიმსივნის ინვაზია თირკმლის კაფსულაში
- გ) სიმსივნის ინვაზია პარანეფრალურ ცხიმში
- \*დ) სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია

989. ქვემოთჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომებიდან რომელია ყველაზე უფრო სპეციფიური ანგიომიოლოპომისათვის:

- ა) პოლიციტემია
- ბ) სუბფერულიტეტი
- გ) წონის დაკარგვა
- \*დ) ჰიპოვოლემიური შოკი

990. რადიკალურ ნეფრექტომიასთან ერთად შესრულებული ლიმფადენექტომია

- ა) შრდის ოპერაციით გამოწვეულ სიკვდილიანობას

- ბ) ამცირებს დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზების განვითარების შესაძლებლობას
- \*გ) ამცირებს ლოკალური რეციდივის სიხშირეს
- დ) მნიშვნელოვნად ზრდის ოპერაციის ხანგრძლივობას და პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირეს

991. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს ლიმფურ ჯირკვლებში გავრცობა ოპერაციის წინა პერიოდში

- ა) ვლინდება მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიის მეშვეობით
- \*ბ) ვლინდება ძნელად, რადგანაც კვლევის თანამედროვე მეთოდების მგრძობელობა ძალიან დაბალია
- გ) უხშირესად ვლინდება მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მეშვეობით
- დ) უხშირესად ვლინდება კომპიგურული ტომოგრაფიის მეშვეობით

992. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში გავრცობათან მომართებაში ქვემოთჩამოთვლილი მოსაზრებებიდან ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

- ა) უფრო ხშირად გვხვდება ასაკოვან პაციენტებში
- \*ბ) გავრცობის სიხშირე შემცირდა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში
- გ) არ ცვლის პაციენტების სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობას
- დ) მაჩვენებელია სიმსივნის თირკმლის ვენაში გავრცობისა

993. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში გავრცობის სიხშირე მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით. ეს ფაქტი შემდეგნაირად აიხსნება:

- ა) მამრობითი სქესის პაციენტებში თირკმლის კიბო უფრო ხშირად გვხვდება
- \*ბ) ლიმფადენეექტომია არ სრულდება ყველა შემთხვევაში სტანდარტულად დადგენილ სამღვრებში
- გ) ბოლო ათწლეულში იმატა ადრეულ სტადიაზე გამოვლენილი თირკმლის კიბოს შემთხვევებმა
- დ) საჭიროა უფრო სრულყოფილი პრეოპერაციული დიაგნოსტიკა.

994. თირკმელუჯრედოვანი კიბოსთან მიმართებაში ჭეშმარიტია შემდეგი მოსაზრება:

- ა) უფრო ხშირად გვხვდება მდელრობითი სქესის პაციენტებში
- \*ბ) უფრო ხშირად გვხვდება 50-დან 70 წლამდე ასაკის პაციენტებში
- გ) სიმსივნის გავრცობა ხდება უპირატესად ლიმფური სადინრებით
- დ) რადიკალური ოპერაცია აბსოლუტურად უკუჩვენებია თუ გამოვლენილია ფილგეში მეტასტაზი

995. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს გავრცობა რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში:

- ა) კონტრალატერალურად გვხვდება იმავე სიხშირით, როგორც იპსილატერალური ლიმფური ჯირკვლების დაზიანება
- \*ბ) შეიძლება გამოვლინდეს კონტრალატერალურად მაგრამ ამ დროს აუცილებლად ადგილი აქვს იპსილატერალური რეგიონალური ლიმფური ჯირკვლების სიმსივნურ დაზიანებას
- გ) უხშირესად არის მაკროსკოპიული
- დ) უხშირესად არის ბილატერალური

996. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს ჰისტოლოგიური ქვეტიპებიდან ყველაზე ხშირად, შემთხვევათა 80%-ში გვხვდება:

- ა) შემკრები მილკების (ბელინის სიმსივნე)
- \*ბ) ნათელუჯრედოვანი კიბო
- გ) ქრომოფობურ-უჯრედოვანი კიბო
- დ) ტუბულო-პაპილარული სიმსივნე

997. თირკმელუჯრედოვანი 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

998. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს გამოვლენისას დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზები გამოუვლინდება პაციენტების:

- ა) 5%-ს
- ბ) 10%-ს
- \*გ) 30%-ს
- დ) 50%-ს

999. თირკმელუჯრედოვანი კიბოს დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზების გაქრობა აღინიშნება ნეფრექტომიის შემდეგ შემთხვევათა:

- ა) 0%-ში
- \*ბ) 1%-ზე ნაკლებში
- გ) 5%-ში
- დ) 10%-ში

1000. თირკმელუჯრედოვანი კიბო ზოგ შემთხვევაში ასოცირებულია შემდეგ გენეტიკურ სინდრომთან:

- ა) კლაინფელტერის სინდრომი
- \*ბ) ვონ-ჰიპელ-ლინდაუს სინდრომი
- გ) კალმანის სინდრომი
- დ) პრუნ-ბელის სინდრომი

1001. შარდსაწვეთის რომელი მონაკვეთი ზიანდება სიმსივნით უხშირესად

- ა) გელა მესამელი;
- ბ) შუა მესამელი;
- გ) მთელ სიგრძეზე.
- \*დ) ქველა მესამელი;

1002. შარდსაწვეთის სიმსივნის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე მეტად ღირებულია

- ა) ულტრასონოგრაფია;
- ბ) უროგრაფია;
- გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.
- \*დ) ურეგერორენოსკოპია, ბიოფსიით;

1003. შარდსაწვეთის სიმსივნის მკურნალობაში უფრო ხშირად გამოიყენება (მეორე ჯანმრთელი თირკმლის არსებობისას)

- ა) შარდსაწვეთის რეზექცია;
- ბ) ურეტერო-ცისტონექტომია;
- გ) სხვიური თერაპია.
- \*დ) ურეტერონეფრექტომია;

1004. რომელი დაავადებისთვისაა პათოგნომონური ცალმხრივი მაკროჰემატურია:

- ა) პარანეფრიტი
- ბ) მწვავე გლომელონეფრიტი
- \*გ) თირკმლის სიმსივნე
- დ) პოლიკისტოზი

1005. შარდსაწვეთის სიმსივნე უხშირესად გამოვლინდება

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

1006. შარდსაწვეთის სიმსივნეები მორფოლოგიური შენების მიხედვით უხშირესად არიან

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

1007. პროსტატის კიბოს განვითარებისათვის რისკ-ფაქტორებს შეადგენენ ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა ერთის გარდა:

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

1008. 28 წლის ქალი ვაგინალური ჰისტერექტომიის შემდეგ გამოდებით სველდება. ყველაზე მეტად სავარაუდოა:

- ა) სტრეს ინკონტინენცია
- ბ) ცისტალგია
- \*გ) ვეზიკო-ვაგინალური ფისტულა
- დ) მარიონის დაავადება (შ/ბ-ს ყელის სკლეროზი)

1009. 37 წლის ქალი ანამნეზში აღნიშნავს პერიოდულად შარდის ჟონვას. ჰყავს 3 შვილი. ბოლო მშობიარობისას დასჭირდა მაშები. საწყისი დიაგნოსტიკური კვლევები:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ბ) ცისტოსკოპია
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია და ცისტოსკოპია
- \*დ) შარდის ანალიზი, შარდის ბუშმის ულტრასონოგრაფია მოშარდვამდე და მის შემდეგ, ცისტოსკოპია

1010. რასთანაა დაკავშირებული საშარლე გზების რეინფექციები ქალებში?

- ა) იმუნოსუპრესია
- ბ) საშარლე გზების ანატომიური ანომალიები
- გ) უცხო სხეულები
- \*დ) საშოს ლორწოვანის მომაკვებელი მგრძობელობა უროპათოგენის მიმართ, ფეკალური ფლორიდან კოლონიზაციის მაგება

1011. რასთანაა ასოცირებული რეინფექციები პოსტმენოპაუზურ ქალებში?

- ა) დელთის ისტორიაში საშარლე გზების ინფექციის არსებობა
- ბ) პრივეზიკალური აბსცესი შარდის ბუშმის ფისტულიდან
- \*გ) ნარჩენი შარდი ასოცირებული შარდის ბუშმის ან სამვილოსნოს პროლაფსთან, ესტროგენების ნაკლოვანება
- დ) ყველასთან ერთად

1012. რომელი ანტიმიკრობული აგენტები გამოიყენება ქალებში საშარლე გზების რეინფიცირებისას?

- ა) ნიტროფურანგონი
- ბ) ფტორქინოლონები
- გ) ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლი
- \*დ) ყველა

1013. ბაქტერიული პერსისტირების საწყისი სკრინინგია:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ბ) ულტრასონოგრაფია
- გ) შარდის ანალიზი
- \*დ) ექსკრეტორული უროგრაფია, ცისტოსკოპია, ბაქტერიული კულტურა

1014. მწვავე გაურთულებელი ცისტიტი ქალებში განისაზღვრება

- ა)  $\geq 10$ -ის მე-5 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- \*ბ)  $\geq 10$ -ის მე-3 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- გ)  $\geq 10$ -ის მე-4 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- დ) ცენტრიფუგირებულ შარდში სისხლის 10 თეთრი უჯრედი მხედველობის არეში

1015. მწვავე გაურთულებელი პიელონეფრიტი ქალებში განისაზღვრება

- ა)  $\geq 10$ -ის მე-5 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- ბ)  $\geq 10$ -ის მე-3 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- \*გ)  $\geq 10$ -ის მე-4 ხარისხი უროპათოგენები/მლ შარდის შუა ულუფაში
- დ) ცენტრიფუგირებულ შარდში სისხლის 10 თეთრი უჯრედი მხედველობის არეში

1016. სპერმიცილების გამოყენება საშარდე გზების ინფექციის მქონე ქალებში მრდის საშოს ეპითელიურ უჯრედებზე მიმაგრებას

- \*ა) E.coli-ის
- ბ) Pseudomona-ის
- გ) Staphilococcus-ის
- დ) Chlamydia-ის

1017. სტრეს ინკონტინენციისას

- \*ა) შარდის გახშირება არ არის მახასიათებელი
- ბ) სტრეს ინკონტინენციის სიმპტომი არის არასპეციფიური
- გ) ურეთრალური სფინქტერის ფუნქციის დაქვეითება მაგულობს ასაკთან ერთად
- დ) თანდაბრთული ლეგრუმორის არასტაბილურობის მკურნალობამ შესაძლოა მოხსნას ყველა სიმპტომი

1018. პოსტმენოპაუზიან ქალებში საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობაა:

- ა) ალამიანის მენოპაუზალური ჰორმონი (NMG)
- ბ) გამოქსიფენი
- \*გ) ესტროგენი
- დ) ბრომოკრიპინი

1019. მწვავე პიელონეფრიტი ორსულობისას. რომელი ანტიბიოტიკული პრეპარატის დანიშვნა აკრძალული მესამე ტრიმესტრში?

- ა) ცეფალოსპორინები
- ბ) ამინოპენიცილინები
- გ) ქინოლონები
- \*დ) სულფანილამიდები

1020. ყურგის გვინის C 6 სრული დაზიანებიდან 2 კვირის შემდგომ 31 წლის ქალს ჩაუტარდა უროლინამიკური კვლევები, რამაც გვიჩვენა ლეგრუმორის არეფლექსია. ყველაზე შესაძლო უროლინამიკური გამოვლინება ორი წლის შემდგომ

- ა) ლეგრუმორის ჰიპერრეფლექსია
- ბ) ლეგრუმორის არეფლექსია
- გ) ლეგრუმორის ჰიპერრეფლექსია, ლეგრუმორ-სფინქტერის დისინერგიასთან ერთად
- \*დ) ლეგრუმორის არეფლექსია, შარდის ბუშის კომპლიანსის დაქვეითებასთან ერთად

ოპერაციული უროლოგია

1021. საოპერაციოდ აღებული მასალის დათესვის შედეგად მიღებული იქნა ლურჯმწვანე ჩხირის მრდა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია:

- ა) ჩატარდეს ჩვეულებრივი დასუფთავება და გაგრძელდეს მუშაობა
- \*ბ) ჩატარდეს გენერალური დასუფთავება, ლემინიფექცია, ბაქტერიოციდული დასხივებით და სამჯერადი ბაქტერიოლოგიური ანალიზი.
- გ) დაიკეტოს საოპერაციო 3 თვით.
- დ) დაიდგას კვარცის ნათურები.

1022. მენჯ-შარდსაწვეთის სტრიქტურის გამო თირკმლის მენჯზე პლასტიკური ოპერაციის დროს საკერავ მასალად სჯობია გამოყენებული იქნას:

- ა) პროლენი 4-0 აგრავემული ნემსით.
- \*ბ) პოლიგლიკოლის 3-0 აგრავემული ნემსით
- გ) კაპრონი 3-0 აგრავემული ნემსით.
- დ) ჩვეულებრივი კეტგუტი 2-0.

1023. 40 წლის ავადმყოფს ოპერაცია პიელოლითოტომია უფრო მიზანშეწონილია გაუკეთდეს:

- ა) ელექტროანალგეზიით.
- ბ) პერიდურული ანესთეზიით.
- \*გ) ენდოტრაქეული ნარკოზით.
- დ) ალგილობრივი გაუკვივარებით.

1024. 65 წლის ავადმყოფს ოპერაცია პროსტატის გრანსურეტრული რემექცია უფრო მიზანშეწონილია გაუკეთდეს:

- ა) ელექტროანალგეზიით.
- ბ) ალგილობრივი გაუკვივარებით.
- \*გ) პერიდურული ანესთეზიით.
- დ) ენდოტრაქეული ნარკოზით.

1025. თირკმლის კიბოს ოპერაციული მკურნალობის დროს შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ყველა ჩამოთვლილი მიდგომა გარდა ერთისა:

- ა) გრანსლუმბალური, X ნეკნთაშუა სივრციდან
- ბ) თორაკოაბდომინური
- \*გ) უკანა ვერტიკალური ლუმბოტომიით, კილ-ვერნეს მიხედვით
- დ) გრანსპერიტონეული

1026. თირკმლის კიბოს დროს რადიკალური ნეფრექტომიის წარმოება გულისხმობს:

- ა) თირკმლის სისხძარღვებთან წინასწარ მიღვომას, მათ გადაკვანძვას და გადაკვეთას
- ბ) თირკმლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ერთდროულად ამოკვეთას
- \*გ) თირკმლის ამოკვეთას გეროტას ფასციასთან, პერირენულ ცხიმოვან ქსოვილთან და თირკმელზედა ჯირკვალთან ერთად
- დ) ნეფრექტომიასთან ერთად ლიმფაღენექტომიის წარმოებას

1027. ავადმყოფი 40 წლისაა, აქვს თირკმლის შუა სეგმენტის 7X8X8სმ ზომის სოლიტარული კისტა უროლინამიკური ღარღვების და ანთების ნიშნების გარეშე. ავადმყოფს უფრო მიზანშეწონილია ერთი:

- ა) ოპერაცია - კისტის ამოკვეთა
- \*ბ) კისტის პერკუტანული პუნქცია, ასპირაცია და კისტის დრუში მასკლერობირებელი ხსნარის შეყვანა.
- გ) ნეფრექტომია
- დ) კისტაში მუღმივი დრენაჟი მისი პერკუტანული პუნქციის დროს

1028. სოლიტარული (მარტივი) კისტების მკურნალობის მეთოდს (ჩვენების მიხედვით) წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ერთისა:

- ა) პერკუტანული პუნქცია, ასპირაცია და სკლერობირება
- ბ) ოპერაციული (ღია წესით) კისტექტომია ან თირკმლის რემექცია
- \*გ) პერკუტანული ნეფროსტომია
- დ) ნეფრექტომია

1029. სოლიტარული (მარტივი) კისტის არსებობის შემთხვევაში ღია წესით ოპერაციული ჩარევის პირდაპირ ჩვენებას წარმოადგენს:

- \*ა) კალციფიცირებული კისტა, გასქელებული არასწორი კედლებით
- ბ) კისტის ზომა (ღია მუღმივი) აღემატება 5სმ
- გ) კისტა იწვევს უროლინამიკის დარღვევას და (ან) ჰიპერტენზიას
- დ) დაკვირვების (1 წლის) განმავლობაში აღინიშნება კისტის ღია მუღმივის მომატება 2-3სმ

1030. სოლიტარულ (მარტივ) კისტასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი:

- ა) სოლიტარული კისტა ყველა შემთხვევაში საჭიროებს ღია ოპერაციულ ჩარევას
- ბ) კისტის პერკუტანული პუნქცია და მასკლერობირებელი ნივთიერების შეყვანა შემთხვევათა 100%-ში იწვევს კისტის სრულ გაქრობას
- \*გ) კისტის პერკუტანული პუნქცია და მასკლერობირებელი ნივთიერების შეყვანა შემთხვევათა თითქმის ნახევარში იწვევს კისტის სრულ გაქრობას
- დ) სოლიტარული კისტა ყველა შემთხვევაში საჭიროებს პერკუტანულ პუნქციას

1031. სოლიტარული (მარტივი) კისტის პერკუტანული ასპირაციის შემდეგ მასკლერობირებელ აგენტებად გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გარდა ერთისა:

- ა) აბსოლუტური სპირტი (ეთილის)
- ბ) გლუკოზის ხსნარი
- \*გ) ფიზიოლოგიური ხსნარი
- დ) ფენოლი

1032. ავადმყოფი 40 წლისაა აქვს მენჯ-შარდასწვეთის სეგმენტის სტრიქტურა და ჰიდრონეფროზი III სტადიის (თირკმლის ფუნქცია შენახულია), ნაჩვენებია:

- ა) ნეფრექტომია
- ბ) ნეფროსტომია, როგორც ოპერაციის პირველი ეტაპი
- \*გ) მენჯ-შარდასწვეთის სეგმენტის რემექცია, ლაგერო-ლაგერალური ურეგერო-პიელო ანასტომოზით ანდერსონ-ჰაინესის მიხედვით
- დ) ოპერაციული მკურნალობის ჩატარება საჭირო არაა.

1033. ავადმყოფი 40 წლისაა. ორჯერ წარსულში გადატანილი აქვს თირკმელზე ოპერაცია ნეფროლითიაზის გამო, დაუდგინდა პიონეფროზი (კონტრალაგერალური თირკმელი ცვლილებების გარეშე) მისთვის უფრო მიზანშეწონილ ოპერაციის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ოპერაციული ნეფროსტომია
- ბ) კონსერვატიული მკურნალობა (ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით)
- გ) შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია
- \*დ) ნეფრექტომია

1034. ავადმყოფს აქვს თირკმლის კიბო T2N0M0, მას საჭიროა ერჩიოს:

- ა) ქიმიოთერაპია
- \*ბ) რადიკალური ნეფრექტომია
- გ) სხვიური თერაპია
- დ) იმუნოთერაპია

1035. ავადმყოფს გაუკეთდა პლასტიკური ოპერაცია არაინფიცირებული ჰიდრონეფროზის გამო (ურეტეროპიელოანასტომოზი, ნეფროსტომია) ჭრილობის ღრუნილების ოპტიმალურ ვარიანტს წარმოადგენს:

- \*ა) ჩაიღვას რეზინის 1 "ღამზღვევი" ღრუნაჟი
- ბ) ჭრილობის უკანა კიდე არ გაიკეროს 5-7სმ-ის ფარგლებში
- გ) ჩაიღოს ღოლბანდის ტამპონი
- დ) ჩაიღვას 2 ღრუნაჟი ჭრილობის მუღმივი წვეთობრივი გამორეცხვისათვის

1036. მ.პსოას-ის ელორგის გამოყენებით ჩატარებული ოპერაციის - ნეფროპექსიის შემდეგ ჭრილობის ღრუნილების ოპტიმალურ ვარიანტს წარმოადგენს:

- \*ა) ჩაიღვას რეზინის 1 "ღამზღვევი" ღრუნაჟი
- ბ) ჭრილობის უკანა კიდე არ გაიკეროს 5-7სმ-ის ფარგლებში
- გ) ჩაიღოს ღოლბანდის ტამპონი
- დ) ჩაიღვას 2 ღრუნაჟი ჭრილობის მუღმივი წვეთობრივი გამორეცხვისათვის

1037. საკეისრო კვეთის შემდეგ 30 წლის ქალს განუვითარდა შარდსაწვეთის ქვედა მესამედის ობლიტერაცია 5სმ სიგრძეზე, ნაწარმოები იქნა პერკუტანული ნეფროსტომია. შემდგომში მისთვის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) ურეტეროსიგმოილოსტომია
- ბ) ნეფრექტომია
- გ) ურეტეროკუტანეოსტომია
- \*დ) ურეტეროსისტონქოსტომია

1038. ავადმყოფს აქვს წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია, შარდის მწვავე შეკავებით. კათეტერიზაცია შეუძლებელია, სხეულის ტემპერატურაა 37.9 ცელსიუსით. მას მიზანშეწონილია ჩაუტარდეს:

- ა) შარდის ბუშგის ბუნქცია წვრილი ნემსით
- ბ) აღენომექტომია
- გ) ოპერაციული ცისტოსტომია
- \*დ) გროაკარული ცისტოსტომია

1039. ავადმყოფი 40 წლისაა, აქვს შარდის ბუშგის გვერდით კედელზე პაპილარული კიბო T3N0M0 G2. უფრო მიზანშეწონილია მას ჩაუტარდეს:

- ა) სიმსივნის გრანსურეტორული რეზექცია
- ბ) შარდის ბუშგის კედლის რეზექცია
- გ) ქიმიოთერაპია
- \*დ) რადიკალური ცისტექტომია

1040. ავადმყოფი 45 წლისაა. აქვს შარდის ბუშგის ყელის სკლეროზი. ნარჩენი შარდი 150მლ, მიზანშეწონილია:

- ა) პროსტატის და შარდის ბუშგის ყელის სკლეროზის უმკურნალოთ კონსერვატიულად (ანთების საწინააღმდეგო და გამწოვი თერაპია)
- ბ) გაკეთდეს გროაკარული ცისტოსტომია, როგორც პირველი ეტაპი
- გ) ჩატარდეს უკანა ურეთრის ბუქირება
- \*დ) გაკეთდეს შარდის ბუშგის ყელის გრანსურეტორული სოლისებური ინციზია

1041. ავადმყოფს მუცლის ღრუს შიდა გასკომით ჩაუტარდა შარდის ბუშგის ამოკერვა, ჩაეღვა ცისტოსტომია. მისთვის აუცილებელია:

- ა) ჭრილობა დაიხუროს ყრულ
- \*ბ) ჩაიღვას რეზინის 2 "ღამზღვევი" ღრუნაჟი
- გ) ჩაიღვას ღოლბანდის ტამპონი ბუშგის ახლო სივრცეში
- დ) ჩაიღვას სისტემა პარავეზიკალური ქსოვილის წვეთობრივი მორწყვისათვის

1042. შორისის გრავიდიან 24სთ შემდეგ დიაგნოსტირებულია ურეთრის მემბრანული ნაწილის გაგლეჯვა, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ურეთრაზე პირველადი ნაკერი, მუღმივი კათეტერი
- \*ბ) გროაკარული ცისტოსტომია
- გ) ურეთრაზე პირველადი ნაკერი, ცისტოსტომია, ურეთრაში ფოლიის კათეტერი
- დ) ურეთრის კათეტერიზაცია (მუღმივი კათეტერის ჩაღება)

1043. ავადმყოფს პროსტატის აბსცესის შემდეგ განუვითარდა ურეთრორექტალური ფისტულა, რომელიც არსებობს 10 თვეა. მისთვის მიზანშეწონილია:

- ა) ნაწარმოები იქნას ცისტოსტომია
- ბ) ფისტულის შეხორცება ნაწარმოები იქნას მუღმივი კათეტერზე



გ) ნაწარმოები იქნას ფისგულის გრანსრექტალური ელექტროკოაგულაცია

\*დ) ნაწარმოები იქნას ურეთორექტალური ფისგულის პლასტიკა შორისიდან მიდგომით და ცისტოსტომია

1044. 30 წლის ქალს აქვს 5სმ ზომის პარაურეთრალური კისტა ღაჩირქების გარეშე. მისთვის აუცილებელია:

ა) კისტის ელექტროკოაგულაცია

\*ბ) ოპერაცია - კისტის ამოკვეთა გრანსვაგინალურად

გ) კისტაში მუღმივი კათეტერის ირიგატორის დაყენება

დ) უროლოგის და გინეკოლოგის მეთვალყურეობა

1045. ავადმყოფს აქვს სათესლე პარკის დაჟეჟილობა, ღილი ჰემატომა, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) კონსერვატიული მკურნალობა, სუსპენზორის გარება

ბ) ჰემატომის პუნქცია

\*გ) ოპერაციული მკურნალობა, რევიზია და დრენირება

დ) ანტიბიოტიკები ამბულატორიულ პირობებში

1046. ავადმყოფს ორქექტომიის შემდეგ დაუღინდა სათესლე ჯირკვლის კიბო, "სუფთა" სემინომა სტადია I (T2N0M0) მისთვის ნაჩვენებია:

ა) რეტოპერიტონული ლიმფაღენექტომია

\*ბ) რადიოთერაპია (პარააორგული ლიმფური ჯირკვლების დასხივება)

გ) ლიმფაღენექტომია ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონის დაზოგვით

დ) ქიმიოთერაპიის 4 კურსი

1047. ავადმყოფი 16 წლისაა, აქვს თანდაყოლილი ფიმოზი. მისთვის მიზანშეწონილია:

ა) ოპერაციული მკურნალობა არაა ნაჩვენები

\*ბ) ჩუქის მოკვეთა

გ) ლაგამის ჩაკვეთა

დ) ჩუქის გაფართოება ინსტრუმენტების გამოყენებით

1048. ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს კიბო t4 (ჩამრდილია სათესლე პარკში და სათესლე ჯირკვლებში) N0M0. მისთვის ნაჩვენებია:

\*ა) ოპერაცია - ემასკულაცია

ბ) სასქესო ასოს ამპუტაცია

გ) სხივური თერაპია

დ) პოლიქიმიოთერაპია

1049. სხვადასხვა ჰემატოლოგიური პათოლოგიები არის ბავშვთა ასაკში განვითარებული პრიაპიზმის მიზეზი შემთხვევითა დაახლოებით:

\*ა) 10%-ში

ბ) 20%-ში

გ) 40%-ში

დ) 60%-ში

1050. საზარდულის არხის კრიპტორხიზმის დროს სათესლე ჯიკვლის სათესლე პარკში ჩამოგანის ოპტიმალურ ასაკს წარმოადგენს:

ა) 1 წლამდე

\*ბ) 2 წელი

გ) 14 წელი

დ) ნებისმიერი ასაკი

1051. ავადმყოფს აქვს ობსტრუქციული ამოსპერმია დანამაგის კულის დონეზე. მისთვის ნაჩვენებია:

\*ა) ოპერაცია ვაზოეპიდილიმოანასტომოზი

ბ) ანდროგენები, ვიგამინი E, ქორიოგონადოტროპინი

გ) გამწოვი თერაპია (ლიდამა, ალოე და სხვა)

დ) სანატორიული- საკურორტო მკურნალობა

1052. ავადმყოფი 70 წლისაა, აქვს პროსტატის ჰიპერპლაზია, პარადოქსული იშურია, კრეატინინი სისხლში 450 მკმოლ/ლ, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) პროსტატის გურ-ი

ბ) ნელატონის მუღმივი კათეტერი

\*გ) გროაკარული ეპიცისტოსტომია

დ) ოპერაციული ეპიცისტოსტომია

1053. ავადმყოფი 55 წლისაა. აქვს მწვავე პროსტატიტი. უკანა ტანიდან თითოთი გასინჯვით და ულტრაბგერითი გამოკვლევით დაუღინდა პროსტატის აბსცესი. მისთვის ნაჩვენებია:

ა) აბსცესის გრანსრექტალური გახსნა

ბ) აბსცესის შორისიდან პუნქცია

\*გ) აბსცესის გრანსურეთრალად (რემექტოსკოპის საშუალებით) გახსნა

დ) აბსცესის პუნქცია და მუღმივი ირიგაცია

1054. ავადმყოფი 40 წლისაა. აქვს ქრონიკული პროსტატიტი შარდის ბუშტის ყელის სკლეროზი, ნარჩენი შარდი 100მლ, მისთვის ნაჩვენებია:

ა) ცისტოსტომია

- ბ) პროსტაგის გრანსურეთრული რეზექცია
- გ) სანატორიულ-საკურორტო მკურნალობა, გამწოვი თერაპია
- \*დ) შარდის ბუშტის ყელის გრანსურეთრული ინციზია

1055. პროსტაგის ჰიპერპლაზიის მქონე ავადმყოფს აქვს პროფუზული ჰემატურია, ჰემოლინამიკის დარღვევით. მისთვის ნაჩვენებია:

- \*ა) სასწრაფო გრანსურეთრული ოპერაცია, კოაგულაცია
- ბ) სასწრაფო აღენომექტომია
- გ) შარდის ბუშტში ფოლიის კათეტერის ჩადგმა
- დ) კონსერვატიული მკურნალობა (ვიკასოლი, ამინოკაპრონის მკევა)

1056. ავადმყოფს პიელოლითოგომიის შემდეგ აქვს ნაწლავების პარეზი. მისთვის ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- \*ა) პლაგფილინი, პაპავერინი
- ბ) პრობერინი, ცერუკალი
- გ) კუჭის ამორეცხვა
- დ) გაზგამყვანი რექტალური მილი

1057. თირკმელშია მენჯის მქონე ავადმყოფს მარჯნისებური კენჭის გამო უკეთდება სექციური ნეფროლითოგომია. სისხლის დაკარგვის შემცირების მიზნით მისთვის ნაჩვენებია:

- \*ა) თირკმლის არტერიის წინასწარ გამოყოფა და თირკმლის სექციის წარმოებისას მისი გადაკეცვა
- ბ) ჰემოგრანსფუზია
- გ) წინასწარ ვენაში ეპსილონ-ამინოკაპრონის მკევას შეყვანა
- დ) თირკმლის განაკვეთის გამპონადა ჰემოსტაზური ღრუბლით

1058. შარდკენჭოვანი დაავადების დროს, ღია ოპერაციული ჩარევის ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი გარდა ერთისა:

- ა) შარდ-კენჭოვან დაავადებასთან ერთად ისეთი ანატომიური ანომალიის არსებობა, რომელიც საჭიროებს ღია ოპერაციულ ჩარევას
- ბ) აღრე ჩატარებული პერკუტანული და ექსტრაკორპორალური ღარგყმითი ტალღოვანი ლითოტრიფსის უშედეგობა ან მათი უკუჩვენების არსებობა
- გ) როცა კონკრემენტის ზომა და რაოდენობა ისეთია, რომ ერთჯერადი ღია ოპერაციით დიდი ალბათობით შესაძლებელია კონკრემენტის მოშორება, რაც უფრო ნაკლებ რისკს შეიცავს, ვიდრე მრავალჯერადად ნაწარმოები პერკუტანული და ექსტრაკორპორალური ღარგყმითი ტალღოვანი ლითოტრიფსია
- \*დ) ნებისმიერ შემთხვევაში, როცა კონკრემენტის ზომა არის 2სმ-ზე ნაკლები.

1059. თირკმელშია მენჯის მქონე ავადმყოფს მარჯნისებური კენჭის გამო უკეთდება სექციური ნეფროლითოგომია. სისხლის დაკარგვის შემცირების მიზნით რა ღრის განმავლობაში შეიძლება განხორციელდეს თირკმლის არტერიის გადაკეცვა ("თბილი" იშემია) თირკმლის ფუნქციის პერმანენტული გაუარესების გარეშე:

- ა) 10 წუთი
- \*ბ) 30 წუთი
- გ) 1 საათი
- დ) 2 საათი

1060. მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის ობსტრუქციის მკურნალობაში რომელი მეთოდით მიიღწევა ყველაზე კარგი შედეგები:

- \*ა) ღია ოპერაციული პიელოპასტიკა
- ბ) შევიწროვებული უბნის ბალონ-დილატაცია (პერკუტანული მიდგომით)
- გ) ენდოპიელოტომია (პერკუტანული მიდგომით)
- დ) კონსერვატიული მკურნალობა

1061. ნალისებური თირკმლის მქონე ავადმყოფის ოპერირებისას, როგორ შეიძლება განხორციელდეს შემკრებ სისგემასთან და ისთმუსთან (ყელთან) უკეთესი მიდგომა და რომელი განაკვეთი არის ნაჩვენები:

- \*ა) წინა სუბკოსტალური განაკვეთი
- ბ) ლუმბოტომია ფილოლორის მიხედვით
- გ) ლუმბოტომია XI ნეკნთაშუა სივრცეში
- დ) უკანა ვერტიკალური ლუმბოტომია, Gil-Vernet-ის მიხედვით

1062. თირკმლის კიბოს დროს, ქვედა ღრუ ვენის სანათურში (ვენის კედელში ჩაზრდის გარეშე) სიმსივნური თრომბის არსებობისას, მართებულია ყველა ჩამოთვლილი გარდა ერთისა:

- ა) პროფნოზი უკეთესია, ვიდრე სიმსივნის გეროგას ფასციაში ჩაზრდისას
- ბ) ექვემდებარება ქირურგიულ ამოკვეთას იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი თრომბი მარჯვენა წინაგულამდე ვრცელდება
- გ) ხუთ წლიანი მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის 50%-მდე
- \*დ) პროფნოზი უკიდურესად ცუდია, ხუთ წლიანი მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის 10%-ზე ნაკლები.

1063. ავადმყოფს აქვს პროსტაგის ჰიპერპლაზია. შარდის მწვავე შეკავება მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ფონზე. სასწრაფოდ მისთვის აუცილებელია:

- ა) ოპერაციული ცისტოსტომია
- ბ) კატეტერიზაცია მეტალის კათეტერით
- გ) შარდის ბუშტის პუნქცია
- \*დ) შარდის ბუშტში მულმივი კათეტერის (ფოლიის) ჩადგმა

1064. ავადმყოფს პიელოლითოგომიის შემდეგ დაუჩირქდა ლუმბალური ჭრილობა. მისთვის აუცილებელია:

- ა) ანტიბიოტიკების ღირებულება გაიზარდოს
- \*ბ) გაიზარდა ჭრილობა, ჩაიღოს ნაგრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული გამაბრუნებელი და შემდეგ დღე-ღამეში ორჯერ გაკეთდეს შეხვევა
- გ) ჭრილობა ჩამოირეცხოს ანტიბიოტიკების ხსნარით
- დ) ჩაიღოს ჭრილობაში გამაბრუნებელი ვიშნეცის მალაჩოთი

1065. ავადმყოფი 30 წლისაა, აქვს ნალისებური თირკმელი ვიწრო ყელით, მენჯის კენჭი, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია
- ბ) პერკუტანული ნეფროლითოტომია
- \*გ) ყელის გადაკვეთა და თირკმლის ნახევრების რეპოზიცია, პიელოლითოტომია, ნეფროსტომია.
- დ) ექსტრაკორპორალური დარტყმითი გალღოვანი ლითოტრიპსია

1066. ავადმყოფს აქვს შარდის ბუშტის კიბო გვერდით კელეზე T1N0M0 G1-2, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) შარდის ბუშტის რეზექცია
- \*ბ) ტრანსურეთრული რეზექცია
- გ) სხივური თერაპია
- დ) ქიმიოთერაპია

1067. ავადმყოფს აქვს შარდის ბუშტის კიბო T1N0M0 G3 ცარცინომა ინ სიგუ-ს უბნებით მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) სხივური თერაპია
- \*ბ) ტრანსურეთრული რეზექცია და ინგარევი კალური BCG-თერაპია
- გ) ტრანსურეთრული რეზექცია
- დ) ქიმიოთერაპია

1068. ავადმყოფს აქვს შარდის ბუშტის კიბო T2bN0M0 გვერდით კელეზე, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) სხივური თერაპია
- \*ბ) რადიკალური ცისტექტომია
- გ) ტრანსურეთრული რეზექცია
- დ) შარდის ბუშტის რეზექცია

1069. 60 წლის ავადმყოფს აქვს პროსტატის კიბო T2N0M0, ობსტრუქციული ქველა საშარდე სიმპტომებით, PSA=12ნგ/მლ, მისთვის ნაჩვენებია:

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

1070. ავადმყოფი 70 წლისაა, აქვს პროსტატის კიბო T3bNXM1, გლისონის ჯამი GS=7, პროსტატა სპეციფიკური ანტიგენი PSA=80ნგ/მლ, მისთვის ნაჩვენებია:

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

1071. ავადმყოფი 50 წლისაა, აქვს თირკმლის მენჯის პაპილარული კიბო T2N0M0, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ნეფრექტომია
- \*ბ) ნეფროურეტერექტომია, შარდის ბუშტის რეზექციით შარდსაწვეთის ორიფიციუმის ზონაში
- გ) სხივური თერაპია
- დ) ქიმიოთერაპია

1072. ავადმყოფი 55 წლისაა, აქვს შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის პაპილარული კიბო T1N0M0 G1, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ნეფროურეტერექტომია
- ბ) ქიმიოთერაპია
- გ) სხივური თერაპია
- \*დ) შარდსაწვეთის რეზექცია და ურეტეროსისტოსტომია

1073. ავადმყოფი 55 წლისაა. აქვს მაკროჰემატურია, დაუდგინდა თირკმლის პარენქიმის კიბო T3NXM0, მისთვის ნაჩვენებია:

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

1074. ლოკალურად გავრცობილი თირკმლის კიბოს დროს (სიმსივნის ჩაზრდისას მეზობელ სტრუქტურებში) მართებულია შემდეგი:

- ა) საჭიროებს აუცილებელ ქირურგიულ ჩარევას
- \*ბ) პროგნოზი ცუდია. ქირურგიული ჩარევის შემდეგაც, 5 წლიანი "სიცოცხლის ხანგრძლივობა" <5%
- გ) ოპერაციის შემდგომი (ადიუვანტური) რადიოთერაპია ზრდის "სიცოცხლის ხანგრძლივობას"
- დ) საჭიროებს ქიმიოთერაპიას

1075. ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს თავის კიბო T2N0M0, მისთვის ნაჩვენებია:

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

1076. 30 წლის ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს ჩუხის გარეთა ფურცლის კიბო T1-2N0M0, მისთვის ნაჩვენებია:

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

1077. ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს კიბო T3NX (საზარდულის) M0, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) სხივური თერაპია
- ბ) ქიმიოთერაპია
- \*გ) სასქესო ასოს ამპუტაცია, ლიმფადენექტომია
- დ) სიმპტომური მკურნალობა

1078. საზარდულის ლიმფური კვანძის ბიოფსიით გამოვლინდა კიბო, სასქესო ასოზე აღინიშნება 1 სმ დიამეტრის წვეგის კონდილომები, ავადმყოფს პირველ რიგში უნდა ერჩიოს:

- ა) სასქესო ასოს ამპუტაცია
- \*ბ) სასქესო ასოზე არსებული წარმონაქმნის ბიოფსია
- გ) სხივური თერაპია
- დ) ქიმიოთერაპია

1079. 60 წლის ავადმყოფს დაუდგინდა სათესლე ჯირკვლის ჩირქოვანი ღრუს (კავერნა) არსებობა ზომით 3X4სმ, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ანტიბაქტერიული თერაპია
- ბ) ღრუს გახსნა და ღრენირება
- \*გ) ორქიექტომია
- დ) ბიოფსია

1080. მშობლებმა 6 წლის ბავშვს პირველად შეამჩნიეს, რომ ცალი სათესლე ჯირკვალი პარკში არ იმყოფება, დადგინდა საზარდულის კრიპტოქიზმი, მისთვის ნაჩვენებია:

- \*ა) ოპერაციამდე ქორიოგონადოგროპინით მკურნალობა
- ბ) დაუყოვნებლივ ორქილოექსია
- გ) მეთილგესტოსტერონი
- დ) მკურნალობას არ საჭიროებს

1081. შარლსაწვეთი (თირკმლის მენჯი) შეიძლება გაიკეროს:

- ა) განგალის ბჭყალებით
- \*ბ) კეგუტით
- გ) კაპრონით
- დ) აბრეშუმით

1082. ავადმყოფი 16 წლისაა. აქვს ჭეშმარიტი თანდაყოლილი ანორქიდიზმი, ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი, მისთვის ნაჩვენებია:

- \*ა) გახანგრძლივებული ანდროგენოთერაპია
- ბ) სათესლე ჯირკვლის გრანსპლანტაცია
- გ) მკურნალობა არაა ნაჩვენები
- დ) სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის იმპლანტაცია

1083. ავადმყოფს ნსთ წინ დანით მიაყენეს შარლსაწვეთის ჭრილობა, რეგროპერიტონეულ სივრცეში შარდის ჩაღვრით. მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) შარლსაწვეთის კათეტერიზაცია
- ბ) ოპერაციული ნეფროსტომია
- გ) პერკუტანული ნეფროსტომია
- \*დ) რევიზია, რეგროპერიტონეუმის ღრენირება, შარლსაწვეთის ინგუბაცია და გაკერვა

1084. ავადმყოფს აქვს საშვილოსნოს ყელის კიბო ჩამრდილი შარდის ბუშტში, მაკროჰემატურია, ორმხრივი ჰიდროურეტრონეფროზი, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ცისტოსტომია
- \*ბ) ურეტროკუტანოსტომია, თემოს შიდა არტერიების გალაკვანძვით
- გ) თემოს შიდა არტერიების გალაკვანძვა, ცისტოსტომია
- დ) შარდის ბუშტში ეპსილონამინოკაპრონის შეყვანა

1085. ავადმყოფს აქვს პოლიკისტოზი, თირკმლის მენჯის კენჭი 25X25მმ, რომელიც იწვევს უროლინამიკის დარღვევას, მისთვის ნაჩვენებია:

- ა) ექსტრაკორპორალური ღარტყმითი გალღოვანი ლითოტრიფსია
- ბ) პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსია
- \*გ) პიელოლითოტომია, ღრუების ღაცლით

დ) ნეფროსტომია

1086. პოლიკისტომის მქონე პაციენტის მკურნალობის მეთოდს ჩვენების მიხედვით წარმოადგენს, გარდა ერთისა:

ა) ანტიბაქტერიული მკურნალობა

ბ) კისტების პერკუტანული პუნქცია

\*გ) კისტების პერკუტანული პუნქცია, მასკლერომირებული ნივთიერების აუცილებელი შეყვანით

დ) ოპერაციული (ღია წესით) კისტების ლეკომპრესია მათი რეზექციით

1087. ავადმყოფი 65 წლისაა, აქვს შარდის ბუშტის მრავლობითი კენჭები, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია (სონოგრაფიულად პროსტატის წონაა 40გრ), მისთვის ნაჩვენებია:

ა) ექსტრაკორპორალური ლარგემითი გალლოფანი ლითოტრიფსია

ბ) ალენოქსენოლი, ცისტოლითოტომია, ცისტოსტომია

\*გ) პროსტატის ტრანსურეტრული რეზექცია და ლითოლაპასია

დ) კენჭების ქიმოლიზი

1088. ავადმყოფს აქვს თირკმლის არტერიის სტენოზი, ნეფროსკლეროზი (სონოგრაფიულად თირკმელი მნიშვნელოვნადაა შემცირებული ზომაში), ვაზორენალური ჰიპერტენზია. მისთვის ნაჩვენებია:

\*ა) ნეფრექტომია

ბ) თირკმლის არტერიის პლასტიკა

გ) ჩარევა საჭირო არაა

დ) ხანგრძლივი ჰიპოტენზიური მკურნალობა

1089. ავადმყოფს აქვს თირკმლის პოლიკისტოზური ტუბერკულოზი, მეორე თირკმელი ნორმალურია. მისთვის ნაჩვენებია:

ა) სასწრაფო ნეფროურეტექტომია

\*ბ) ოპერაციამდე ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა

გ) ნეფროსტომია

დ) სანატორიულ-საკურორტო მკურნალობა

1090. ლეკომპენსირებული სისხლკარგვისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები: 1 - გაქიკარდია; 2 - არტერიული ჰიპოტონია; 3 - ცენტრალური ვენური წნევის მომატება; 4 - ანურია

ა) ყველა პასუხი სწორია გარდა 1

ბ) ყველა პასუხი სწორია გარდა 2

\*გ) ყველა პასუხი სწორია გარდა 3

დ) ყველა პასუხი სწორია გარდა 4

1091. პერკუტანული ნეფროსტომიის საშუალებით შესაძლებელია თირკმელთან მიდგომა და შემდეგი მანიპულაციების ჩატარება, გარდა ერთისა:

ა) თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევა

ბ) თირკმლის კისტის დრენირება

\*გ) ურეთერული სტენჯის ჩაღვმა

დ) შესაძლებელია კონკრემენტის ქიმიური ლიზისი

1092. რომელია პერკუტანული ნეფროსტომიის უკუჩვენება:

ა) ინსულინ-დამოკიდებული დიაბეტი

\*ბ) კოაგულოპათია

გ) პაციენტი ერთადერთი თირკმელით

დ) პიონეფროზი

1093. რეტროპერიტონეული ფიბროზის (ორმონდის დაავადება) ქირურგიული მკურნალობისას სრულდება შემდეგი მანიპულაციები, გარდა ერთისა:

ა) ურეტეროლიზისი

ბ) რეტროპერიტონეული პროცესის არეში ბიოფსიური მასალის აღება

\*გ) შარდსაწვეთების გაღანაცვლება ლაგერალურად

დ) შარდსაწვეთების ინტრაპერიტონიზაცია

1094. პიელოურეტერული კუთხის ობსტრუქციის დიაგნოსტიკის არჩევით მეთოდს წარმოადგენს:

ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია

\*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია

გ) თირკმლის ექსკენირება

დ) იზოტოპური რენოგრაფია

1095. თუკი თირკმლის გაღანერგვისას აღებულია უფრო გრძელი შარდსაწვეთი, ვიდრე ეს საჭიროა, მოსალოდნელია სერიოზული გართულება იმიტომ, რომ:

ა) შარდსაწვეთი შეიძლება დაიჭიმოს

ბ) შარდსაწვეთის იმპლანტაცია უფრო გართულებულია

\*გ) შარდსაწვეთის დისკალურ ნაწილში სისხლის მიმოქცევა ნაკლებია

დ) ურეტეროსისტო ანასტომოზი უფრო ხშირად რთულდება, ვიდრე ურეტერო-ურეტერო ანასტომოზი

1096. თირკმლის გაღებვის შემდეგ პერიოდში შარდსაწვეთი უხშირესად სტენოზირდება:

- ა) ნებისმიერ ღონებზე
- ბ) მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხეში
- გ) შარდსაწვეთის შუა ნაწილში
- \*დ) ურეტეროციტოანასტომოზის ადგილში

1097. თირკმლის გაღებვის შემდეგ თირკმლის არტერიის სტენოზის განვითარებაში ყველაზე მნიშვნელოვანია:

- \*ა) არტერიის ანგულაცია
- ბ) იმუნოპერესორული მკურნალობა
- გ) თირკმლის არტერიის პატარა დიამეტრი
- დ) არასრულფასოვნად შექმნილი ანასტომოზი

1098. თირკმლის გაღებვის შემდეგ შარდსაწვეთის სტენოზირების მახვენებელია:

- ა) იზოტონის სუსტი ჩართვა
- ბ) შარდის რაოდენობის შემცირება
- გ) სისხლში კრეატინინის დონის მომატება
- \*დ) თირკმლის შემკრები სისტემისა და შარდსაწვეთის დილატაცია

1099. თირკმლის გაღებვის შემდეგ შარდსაწვეთის შარდოვანი ფისკულის თაიდან ასაცილებლად, მნიშვნელოვანია:

- ა) გამოყენებულ იქნას ნელა გაწოვადი ძაფები
- \*ბ) შარდსაწვეთის ჩანერგვისას მაქსიმალურად იქნეს შენარჩუნებული შარდსაწვეთის მკვებავი სისხლძარღვები
- გ) ურეტეროციტოანასტომოზის შექმნა გაუწოვადი ძაფებით
- დ) ურეტერო-ურეტროანასტომოზის შექმნა გაუწოვადი ძაფებით

1100. თირკმლის გაღებვის შემდეგ ურეტეროციტოანასტომოზის სტენოზისას პირველ ეტაპზე მკურნალობის მეთოდად ყველაზე ხშირად გამოიყენება:

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

1101. თირკმლის გაღებვისათვის დამახასიათებელი ქირურგიული გართულებები, როგორებიცაა: შარდსაწვეთის ან არტერიის სტენოზირება უხშირესად ვითარდება ოპერაციიდან:

- \*ა) პირველ წელიწადში
- ბ) პირველ 2 წელიწადში
- გ) პირველ სამ წელიწადში
- დ) ნებისმიერ დროს გართულებათა სიხშირე თანაბარია

1102. 60 წლის მამაკაცს გამოუვლინდა თირკმლის მენჯის გარდამავალუჯრელოვანი კიბო (ვერიფიცირებული ციკლოგიური გამოკვლევით), ფილტვში სოლიტარული მეტასტაზით, ამ შემთხვევაში მართებულია შემდეგი:

- ა) ნეფროურეტერექტომია
- ბ) ლობექტომია
- \*გ) პროგნოზი უკიდურესად ცუდია
- დ) სიმულტანურად შესრულებული ნეფროურეტერექტომია და ლობექტომია

1103. პიელოპლასტიკის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) სისხლდენა
- ბ) კონტრალატერალური პიელოურეტერული კუთხის ობსტრუქცია, ბილატერალური პათოლოგიისას
- \*გ) ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პიელოურეტერული კუთხის ობსტრუქცია
- დ) ტკივილი ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

1104. შარდის სუპრავენიკალური დერივაციის მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა გარდა ერთისა:

- ა) ურეტეროკუტანეოსტომია
- ბ) ურეტერორექტოსტოსტომია
- \*გ) ურეტეროციტონეოსტომია
- დ) ბრიკერის ოპერაცია

1105. აბერენტული სისხლძარღვით გამოწვეული ჰიდრონეფროზის დროს რომელი ოპერაციაა ნაჩვენები:

- ა) პერკუტანული ბალონ-დილატაცია
- ბ) ენდოპიელოტომია, პერკუტანული მიდგომით
- \*გ) ანტეგრადალური პიელოურეტეროანასტომოზი
- დ) ფოლეს V-Y ნაფლეთოვანი პლასტიკა

1106. 30 წლის მამაკაცს ჰემოტრანსფუზიის შემდეგ განვითარებული მწვავე ჰემოლიზის შედეგად აღენიშნება თირკმელების ტუბულარული ნეკროზი, რა არის მართებული აღნიშნული მდგომარეობისას:

- ა) თირკმლის პარენქიმა არ აღადგენს ფუნქციას და სჭირდება დიალიზი მთელი ცხოვრების განმავლობაში
- ბ) პროგნოზი უკიდურესად ცუდია
- გ) ასეთი ავადმყოფების 30% გამოჯანმრთელდება

\*დ) ასეთი ავადმყოფების 90% გამოჯანმრთელდება

1107. რომელი მიდგომაა მიზანშეწონილი უკანა ურეთრის სარქვლების მოსაცილებლად:

- ა) ბოქვენზელა
- ბ) ბოქვენის სიმფიზის გათიშვით
- გ) პერინეული

\*დ) ტრანსურეთრული, რემპექოსკოპის გამოყენებით

1108. ჩამოთვლილი ოპერაციებიდან რომელი აგარებს პალიატიურ ხასიათს:

- ა) ჰემინეფრექტომია
- ბ) პიელოურეტერული სეგმენტის პლასტიკა

\*გ) კისტების პუნქცია პოლიკისტოზის დროს  
დ) ანტირეფლუქსოპერაცია

1109. ყველა ჩამოთვლილი მართებულია კრიპტორქიზმთან მიმართებაში გარდა ერთისა:

- ა) იწვევს საზარდულის თიაქარის ასოციაციას
- \*ბ) ასოცირდება სათესლე ბაგირაკის გადაგრეხასთან
- გ) ასოცირდება სათესლე ჯირკვლის სიმსივნესთან

დ) შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჯირკვლის სპონგანურ ჩამოსვლას

1110. პრიაპიზმის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ოპერაცია, გარდა ერთისა:

- ა) კავერნო-გლანდულარული შუნგი (შუნგის ფორმირება კავერნოზულ სხეულებსა და ასოს თავს შორის)
- ბ) კავერნო-სპონგიოზური შუნგი
- გ) კავერნო-საფენური ანსტომოზის ფორმირება

\*დ) ასოს ღრმა ვენისა და ქველა ეპიგასტრული არტერიის ანასტომოზის ფორმირება

1111. პრიაპიზმის დროს ისეთი შეუქცევადი სტრუქტურული ცვლილებები, როგორებიცაა გლუვი-კუნთოვანი უჯრედების მასიური ნეკროზი და ფიბროზალაგური ტრანსფორმაცია, 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

1112. ტრანსპერიტონული მიდგომით ოპერაციის წარმოება ნაჩვენებია:

- ა) პიონეფროზის დროს
- ბ) ინფიცირებული ჰიდრონეფროზის დროს
- გ) თირკმლის გუბერკულოზის დროს

\*დ) თირკმლის კიბოს დროს

1113. სეგმენტური ურეტეროჰიდრონეფროზის დროს, თირკმლის სრული გაორებისას რომელი ოპერაციაა ნაჩვენებია:

- ა) ურეტეროკუკანუოსტომია
- ბ) შარდსაწვეთის რემპექცია და შარდის ბუშტში რეიმპლანტაცია
- გ) ნეფრექტომია

\*დ) ჰემინეფრექტომია

1114. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება ბოარის ოპერაციას:

- ა) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთების გადახანცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, ტრანსვეზიკალური მიდგომით
- ბ) შარდსაწვეთის ანტირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად
- გ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწვევა გვირაბში

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

1115. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება პოლიგანო-ლედბეგერის ოპერაციას:

- ა) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთების გადახანცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, ტრანსვეზიკალური მიდგომით
- ბ) შარდსაწვეთის ანტირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად
- \*გ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწვევა გვირაბში

დ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

1116. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება კოენის პერაციას:

- \*ა) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთების გადახანცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, ტრანსვეზიკალური მიდგომით
- ბ) შარდსაწვეთის ანტირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად
- გ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწვევა გვირაბში

დ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

1117. რომელი ქვემოთ აღწერილი მეთოდიკა შეესაბამება გრეგუარის ოპერაციას:

- ა) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთების გადახანცვლებით მარცხიდან მარჯვნივ და პირიქით, ტრანსვეზიკალური მიდგომით
- \*ბ) შარდსაწვეთის ანტირეფლუქს მექანიზმის გაძლიერება, შარდის ბუშტის კუნთოვან არხში ჩაძირვით ბუშტის გაუხსნელად
- გ) ურეტეროციტონეოსტომია შარდსაწვეთის ჩაძირვით ლორწვევა გვირაბში

დ) ურეგეროცისტონეოსტომია შარდსაწვეთის დასაგრძელებლად შარდის ბუშტის კელლიდან სწორკუთხა ნაფლეთის გამოჭრით

1118. რომელი ქვემოთ აღწერილი ოპერაცია შეესაბამება ვილკელმანის ოპერაციას სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის დროს:

ა) მუცლის ფარის ვაგინალური მორჩის გაკერვა, საზარდულის არხის პლასტიკა

\*ბ) სათესლე გარსების გაკვეთა და გაღმობრუნება

გ) სათესლე გარსების გაკვეთა, მოკვეთა და კიდეების ამოკერვა

დ) სათესლე ჯირკვლის არტერიის და ვენის გალაკვანძვა და გადაკვეთა

1119. რომელი ქვემოთ აღწერილი ოპერაცია შეესაბამება ბერგმანის ოპერაციას სათესლე ჯირკვლის წყალმანკის დროს:

ა) მუცლის ფარის ვაგინალური მორჩის გაკერვა, საზარდულის არხის პლასტიკა

ბ) სათესლე გარსების გაკვეთა და გაღმობრუნება

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

დ) სათესლე ჯირკვლის არტერიის და ვენის გალაკვანძვა და გადაკვეთა

1120. სათესლე ჯირკვლის შემოგრების დროს როგორია მკურნალობის ტექნიკა:

ა) კონსერვატული

\*ბ) აქტიური-ოპერაციული

გ) სათესლე ბაგირაკის ბლოკადა

დ) ფიზიოთერაპია

1121. სათესლე ჯირკვლის რამდენი გარსი ან შრე უნდა გაიკვეთოს ოპერაციის დროს, მასთან მიდგომისათვის:

ა) ოთხი

ბ) ხუთი

გ) ექვსი

\*დ) შვიდი

1122. ავადმყოფს დაუდგინდა მწვავე კალკოლოზური ქოლეცისტიტი და ერთდროულად მწვავე ჩირქოვანი პიელონეფრიტი (თირკმლის კარბუნკული, პარენქიმა განლეულია) მენჯ-ფიალების სეგმენტში შაბლოკირებული კენჭის არსებობის გამო. მას უნდა ჩაუტარდეს

ა) ქოლეცისტექტომია, პიელონეფრიტი იმკურნალოს კონსერვატიულად

\*ბ) ერთდროულად ნეფრექტომია და ქოლეცისტექტომია

გ) ქოლეცისტექტომია და მარჯვენა შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია

დ) ჩაუტარდეს მხოლოდ კონსერვატული მკურნალობა (ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები)

1123. შარდის ბუშტის ლორწოვანის განგრენის დროს ნაჩვენებია

ა) შარდის ბუშტის ირიგაცია

ბ) მუღმივი ღრენირება კატეტერით

გ) სხივური თერაპია

\*დ) ცისტოსტომია და ინტენსიური ანტიბაქტერიული მკურნალობა

1124. საზარდულის გართულებული თიაქრის და წინამდებარე ჯირკვლის I სტადიის აღენომის დროს პირველ რიგში უნდა ჩატარდეს

ა) ერთდროულად აღენომექტომია და თიაქარკვეთა

ბ) აღენომექტომია

გ) ცისტოსტომია

\*დ) თიაქარკვეთა

1125. ურეთრაში ფოლეთის კათეტერის ჩადგმისას ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს

ა) შარდის ბუშტში კოლარგოლის 2%-იანი ხსნარის ინსტილაცია

ბ) ნისგატინი

გ) ცეფალოსპორინები

\*დ) უროანტისეპტიკური საშუალებების ტაბლეტები

1126. თუ ურეთრის სტრიქტურის გამო ბოლობოლოში მეთოდით ურეთრის პლასტიკა არაეფექტური აღმოჩნდა, განმეორებითი პლასტიკა რეკომენდირებულია

ა) 2 თვის შემდეგ

ბ) 3 თვის შემდეგ

გ) 4 თვის შემდეგ

\*დ) 5-6 თვის შემდეგ

1127. სისხლის კოლგებით შარდის ბუშტის ტამპონადის დროს გადაუღებელი დახმარება უნდა დაიწყოს

ა) შარდის ბუშტის ლითონის კათეტერით კათეტერიზაციით

\*ბ) ევაკუატორით სისხლის კოლგების მოცილებით

გ) შარდის ბუშტის შარდსაწვეთის კათეტერით კათეტერიზაციით

დ) სასწრაფო ცისტოსტომიით

1128. სათესლე პარკის რომელი გარსის ქვეშ გროვდება ჰიდროცელეს სითხე?

ა) კანის

\*ბ) საკუთარი ბულობრივის

გ) საერთო ბულობრივის



დ) tunica Dartos-ის

1129. რის შედეგად ვითარდება იმოლირებული ჰიდროცელე

- \*ა) ბულობრივი მორჩის პროქსიმალური ნაწილის შეხორცების შედეგად
- ბ) ბულობრივი მორჩის დისგალური ნაწილების შეხორცებლობის შედეგად
- გ) ბულობრივი მორჩის მთელ სიგრძეზე შეხორცებლობის შედეგად
- დ) სათესლე ჯირკვლის პარკში ჩამოუსვლელობის შედეგად

1130. შეერთებული ჰიდროცელეს სამკურნალოდ მოწოდებულია

- ა) სითბური პროცედურები
- ბ) წოლითი რეჟიმი
- \*გ) ოპერაცია
- დ) წყალმანკის ჩაბრუნება და ბანდაჟი

1131. როლის ვითარდება ფუნიკულოცელე

- ა) ბულობრივი მორჩის დისგალური ნაწილის შეხორცებლობისას
- ბ) ბულობრივი მორჩის მთელ სიგრძეზე შეხორცებლობისას
- \*გ) ბულობრივი მორჩის შუა ნაწილის შეხორცებლობისას
- დ) ბულობრივი მორჩის პროქსიმალური ნაწილის შეხორცებლობისას

1132. ფულიკულოცელე

- \*ა) მოძრავია, სადა, უმტკივნეულო და არ ბრუნდება მუცლის ღრუში
- ბ) უმოძრაოა, მკვრივი და მტკივნეული
- გ) უმტკივნეულოა, სადა და ბრუნდება მუცლის ღრუში
- დ) მაგულობს მოცულობაში მუცლისშიგნითა წნევის გაზრდისას

1133. ფუნიკულოცელეს სამკურნალოდ ნაჩვენებია

- ა) წოლითი რეჟიმი და სითბური პროცედურები
- ბ) ანტიბიოტიკოთერაპია
- გ) სამკურნალო მასაჟი
- \*დ) ოპერაციული მკურნალობა

1134. რა იწვევს საზარდულის თანდაყოლილი თიაქრის განვითარებას

- ა) ბულობრივი მორჩის შეხორცებლობა
- \*ბ) ბულობრივი მორჩის შეხორცებლობა დისგალურ ან პროქსიალურ ნაწილში
- გ) ფიზიკური განვითარების სისუსტე
- დ) სიმძიმეების აწევა

1135. საზარდულის თანდაყოლილი თიაქრის გამოხერხობა:

- ა) სადაა, ელასტიური და პერკუსიით იძლევა ყრუ ხმას
- \*ბ) სადაა, ელასტიური და ბრუნდება მუცლის ღრუში
- გ) გამჭირვალეა და დიაფანოსკოპია დადებითია
- დ) მკვრივია, მტკივნეული და არ ბრუნდება მუცლის ღრუში

1136. საზარდულის თანდაყოლილი თიაქრის ოპერაცია სასურველია გაკეთდეს

- ა) 1 წლამდე ასაკში
- \*ბ) 1 წლიდან 3 წლამდე
- გ) 3 წლიდან 10 წლამდე
- დ) საერთოდ არ გაკეთდეს

1137. ვარიკოცელე უფრო ხშირია

- ა) მარჯვენა მხარეზე
- \*ბ) მარცხენა მხარეზე;
- გ) ორივე მხარეზე ერთნაირი სიხშირით;
- დ) პრეპუბერტაგულ ასაკში

1138. 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;

1139. ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსიის წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) ორმხრივი კენჭოვანი დაავადება;
- ბ) ერთადერთი ან ერთადერთი მოფუნქციე თირკმლის კენჭი;
- გ) რეცილიული ნეფროლითიაზი.
- \*დ) მენჯ-მარლსაწვეთის სეგმენტის და ურიფიცუმის შევიწროება, მწვავე პიელონეფრიტი, ნეფროფტოზი;

1140. ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსიის შემდგომი ძირითადი გართულებაა:

- ა) პარანეფრალური ჰემატომა;
- ბ) გრავმული ინგრარენული ჰემატომა.
- გ) ჰიდრონეფროზი;
- \*დ) საშარდე გზების ობსტრუქცია დაშლილი კენჭის ფრაგმენტებით;

1141. რა შემთხვევაშია აუცილებელი ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსიამდე საშარდე გზების წინასწარი ღრეზირება

- \*ა) კენჭით გამოწვეული მწვავე ობსტრუქციული პიელონეფრიტი;
- ბ) I-II ხარისხის ჰიდრონეფროზი;
- გ) ორმხრივი კენჭოვანი დაავადების დროს;
- დ) მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის შევიწროება.

1142. ექსტრაკორპორალური ლითოტრიფსიის ურგენტულ უროლოგიაში გამოყენების ჩვენებას წარმოადგენს

- \*ა) საშარდე გზების მწვავე ობსტრუქცია კენჭით, გაურთულებელი მწვავე პიელონეფრიტით;
- ბ) მწვავე ობსტრუქციული პიელონეფრიტი;
- გ) კენჭით გამოწვეული მექანიკური ანურია;
- დ) კენჭით გამოწვეული შარდის მწვავე შეკავება.

1143. ნაწლავისაგან ფორმირებულ საშარდე რემერეუარებში კონტინენტური სტომით დაბალი წნევა მიიღწევა

- \*ა) ლეგუბულაციის გზით
- ბ) ნაწლავის საკმარისად გრძელი მარყუქის გამოყენების გზით
- გ) შარდის მუღმის დრენირებით
- დ) ანტიქოლინერგული პრეპარატების მეშვეობით

1144. უროლინამიკური კვლევის მეთოდების გამოყენება მიზანშეწონილია შემდეგი ტიპის ღრეზირაციების დროს, გარდა ერთისა:

- ა) ნაწლავოვანი რემერეუარებში კონტინენტური სტომით (მაგ. მაინცის გოპრაკი I, თბილისის გოპრაკი და ა.შ.)
- ბ) ურეტეროსიგმოიდოსტომიის სხვადასხვა მოდიფიკაციებისას
- გ) შარდის ბუშტის ორთოტოპული რეკონსტრუქციების დროს
- \*დ) კონდუიტიური ღრეზირაციების დროს (მაგ. ბრიკერის ოპერაცია, კოლონ კონდუიტი)

1145. რამდენია მაქსიმალური დასაშვები ბაზალური წნევა "დაბალი წნევის" საშარდე რემერეუარებში:

- ა) 20 მმHg
- \*ბ) 40 მმHg
- გ) 60 მმHg
- დ) 80 მმHg

1146. ნაწლავისაგან ფორმირებულ საშარდე რემერეუარებში კონტინენტური სტომით გადავსების დროს შარდის თვითნებური ღრეზირება გამოწვეულია:

- ა) საშარდე რემერეუარში წნევის მომატებით 40მმHg-ზე მეტად
- ბ) შარდის რაოდენობის მომატებით რემერეუარში 400მლ-ზე მეტად
- გ) სტომის წნევის პროფილომეტრისას, თუ მაქსიმალური წნევა <60მმHg
- \*დ) როდესაც რემერეუარში წნევა აჭარბებს წნევას კონტინენტურ სტომაში

1147. რა უპირატესობა აქვს კუჭის გამოყენებას შარდის ღრეზირაციის დროს?

- ა) არ იწვევს არავითარ მეტაბოლურ ცვლილებებს;
- \*ბ) კუჭის გამოყენებისას ლორწო მცირე რაოდენობით პროდუცირდება;
- გ) ქირურგიული ტექნიკა მარტივია;
- დ) ადვილად ხდება შარდსაწვეთის იმპლანტაციისას ანტირეფლუქს სუბმუკოზური გვირაბის ფორმირება.

1148. რა უპირატესობა აქვს მსხვილი ნაწლავის გამოყენებას შარდის ღრეზირაციის დროს?

- ა) არ იწვევს არავითარ მეტაბოლურ ცვლილებებს;
- ბ) ქირურგიული ტექნიკა მარტივია;
- \*გ) ადვილად ხდება შარდსაწვეთის იმპლანტაციისას ანტირეფლუქს სუბმუკოზური გვირაბის ფორმირება.
- დ) ახლენს ლორწოს მცირე რაოდენობით პროდუცირებას;

1149. რა მეთოდითაა ყველაზე უფრო შესაძლებელი წარმატებული ურეტერონტესტინური ანასტომოზის სტრიქტურის კორექცია:

- ა) ბალონ-დილატაციით
- ბ) პერკუტანული ნეფროსტომით
- გ) სტრიქტურის ჩაკვეთით ოპტიკური ურეტროტომის მეშვეობით
- \*დ) განმეორებითი ოპერაციით და ახალი ურეტერონტესტინური ანასტომოზის ფორმირებით

1150. რატომ არის მიზანშეწონილი ყველა ურეტერონტესტინური ანასტომოზის სტენტირება:

- ა) ამცირებს რეფლუქსის განვითარების სიხშირეს
- ბ) ამცირებს ინფექციის განვითარების სიხშირეს
- გ) იმისათვის რათა უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში არ მოხვდეს შარდი რემერეუარში
- \*დ) ამცირებს სტრიქტურის განვითარების სიხშირეს

1151. რა არის განივი კოლინჯის გამოყენების ჩვენება შარდის ღრეზირაციისას,

- ა) თირკმელების ფუნქციის დაქვეითება
- \*ბ) ოპერაციამდე ჩატარებული მენჯის სხივური თერაპია
- გ) დილატირებული შარდსაწვეთების არსებობა
- დ) ერთადერთი თირკმლის არსებობა

1152. სტანდარტული ილიოცეკალური ტოპრაკის (მაინცის ტოპრაკი I) ფორმირებისას, კონტინენცური სკომის მუცლის კანზე გამოგანის სასურველი ადგილი არის

- ა) ქველა მარცხენა კვადრანტი
- ბ) ზედა მარცხენა კვადრანტი
- \*გ) ჭიპი
- დ) ბოქვენზე არე

1153. სტანდარტული ილიოცეკალური ტოპრაკის (მაინცის ტოპრაკი I) ფორმირებისას, კონტინენცური სკომის ჭიპში გამოგანა ხდება ძირითადად შემდეგი მოსაზრებით:

- ა) უფრო იშვიათად ვითარდება სტენოზი ოპერაციის შემდგომ
- ბ) ანატომიურად ყველაზე უფრო მოსახერხებელია
- \*გ) კოსმეტიკური თვალსაზრისით
- დ) ადვილია თვითკათეტერიზაციის წარმოება

1154. შარდის ღერივაციის შემდეგ რომელი ტიპის მეორადი სიმსივნე ვითარდება უხშირესად:

- ა) ბრტყელუჯარელოვანი კიბო
- ბ) გარდამავალ უჯრელოვანი კიბო
- \*გ) ადენოკარცინომა
- დ) არადიფერენცირებული კიბო

1155. შარდის კონტინენცური ღერივაციის შემდგომ განვითარებული ჰიპერქლორემიული აცილოზის ხარისხი დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილზე გარდა ერთისა:

- ა) ნაწლავის ლორწოვანის შეწოვის უნარზე
- ბ) შარდთან შეხებაში მყოფი ნაწლავის ზედაპირის ფართობზე
- გ) შარდის ნაწლავის ლორწოვანთან შეხების დროის ხანგრძლივობაზე
- \*დ) საშარდე რემერგუარში არსებულ წნევაზე

1156. 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) რემერგუარის ხშირი დაცლით

1157. ჰიპერქლორემიული აცილოზის განვითარების რისკი ყველაზე უფრო მაღალია:

- ა) ილეუმ კონდუიგის დროს
- ბ) კოლონ კონდუიგის დროს
- გ) მაინცის ტოპრაკი I-ის დროს
- \*დ) მაინცის ტოპრაკი II-ის დროს

1158. რა ტიპის მეტაბოლურ დარღვევებს იწვევს კუჭის გამოყენება შარდის ღერივაციის დროს?

- ა) ჰიპოქლორემიული, ჰიპონატრიემიული, ჰიპერკალიემიური აცილოზი;
- \*ბ) ჰიპოქლორემიული ალკალოზი;
- გ) ჰიპერქლორემიული აცილოზი;
- დ) მეტაბოლური ალკალოზი.

1159. რა ტიპის მეტაბოლურ დარღვევებს იწვევს მლივი ნაწლავის გამოყენება შარდის ღერივაციის დროს?

- \*ა) ჰიპოქლორემიული, ჰიპონატრიემიული, ჰიპერკალიემიური აცილოზი;
- ბ) ჰიპოქლორემიული მეტაბოლური ალკალოზი;
- გ) ჰიპერქლორემიული აცილოზი;
- დ) მეტაბოლური ალკალოზი.

1160. რა ტიპის მეტაბოლურ დარღვევებს იწვევს თეძოს ნაწლავის ან მსხვილი ნაწლავის გამოყენება შარდის ღერივაციის დროს?

- ა) მეტაბოლური ალკალოზი;
- \*ბ) ჰიპერქლორემიული აცილოზი;
- გ) ჰიპოქლორემიული, ჰიპონატრიემიული, ჰიპერკალიემიური აცილოზი;
- დ) ჰიპოქლორემიული მეტაბოლური ალკალოზი;

1161. რა ზეგავლენას ახდენს ნაწლავის დეტუბულაცია მის მოცულობაზე?

- ა) არ ცვლის მოცულობას;
- ბ) ამცირებს მოცულობას;
- \*გ) ზრდის მოცულობას;
- დ) გამოიყენება მხოლოდ პერისგალგიკური შეკუმშვების მოხსნის მიზნით.

1162. რა არის საშარღე რეზერვუარისადმი მთავარი მოთხოვნა?

- ა) აუცილებელია რეზერვუარში მოხდეს შარღსაწვეთების ჩანერგვა ანტირეფლუქს მეთოდით, ლორწქვეშა გვირაბის ფორმირებით;
- ბ) მოცულობა უნდა იყოს >500 მლ-ზე;
- \*გ) დაბალი ბაზალური წნევა საშარღე რეზერვუარში, ადექვატური მოცულობა, რათა რეზერვუარის დაცლა ხლებოდეს დღე-ღამის განმავლობაში 4-6-ჯერ;
- დ) არ უნდა იწვევეს მეტაბოლურ ცვლილებებს.

1163. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი სეგმენტის გამოყენება არ არის სასურველი შარღის დერივაციის დროს?

- ა) კუჭის;
- \*ბ) მღივი ნაწლავის;
- გ) თემოს ნაწლავის;
- დ) მსხვილი ნაწლავის.

1164. რა არის შარღის ბუშტის აუგმენტაციის დროს მეგაურეგერის გამოყენების უპირატესობა?

- ა) იწვევს მინიმალურ მეტაბოლურ ცვლილებებს;
- \*ბ) არ იწვევს არავითარ მეტაბოლურ ცვლილებებს;
- გ) ყოველთვის არის შესაძლებელი ამ მეთოდის გამოყენება;
- დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.

1165. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი სეგმენტში არის ყველაზე ძნელი შარღსაწვეთის ანტირეფლუქს (ლორწქვეშა გვირაბის ფორმირება) ტექნიკით ჩანერგვა შარღის დერივაციის დროს?

- \*ა) თემოს ნაწლავი;
- ბ) ასწერივი კოლინჯი;
- გ) სიგმური ნაწლავი;
- დ) სწორი ნაწლავი.

1166. შარღის დერივაციაში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი სეგმენტის გამოყენებისას არის ღიარეას განვითარების ყველაზე მაღალი ალბათობა?

- ა) თემოს ნაწლავი;
- \*ბ) ილიოცეკალური სეგმენტი;
- გ) სიგმური ნაწლავი;
- დ) კუჭი.

1167. რომელი გიპის რეზერვუარის ფორმირების დროს ხდება ილიოცეკალური (ბაუგინის) სარქელის შენარჩუნება?

- ა) თბილისის ტოპრაკი;
- ბ) ინდიანას ტოპრაკი;
- გ) მაინცის ტოპრაკი I;
- \*დ) კოკის ტოპრაკი;

1168. რომელი გიპის დერივაციის დროს არ ხდება ილიოცეკალური (ბაუგინის) სარქელის შენარჩუნება?

- ა) ილეუმ კონდუიგის ფორმირებისას;
- ბ) კოლონ კონდუიგის ფორმირებისას;
- \*გ) მაინცის ტოპრაკი I-ის ფორმირებისას;
- დ) ურეგერო სიგმოიდოსტომისას.

1169. რა არის შარღის ბუშტის ორთოტოპული რეკონსტრუქციის მნიშვნელოვანი უკუწვენება?

- ა) შარღის ბუშტის ინვაზიური კიბო;
- \*ბ) გარდამავალ-უჯრედოვანი კიბოს არსებობა პროსტატულ ურეთრაში;
- გ) დილატირებული შარღსაწვეთების არსებობა;
- დ) შარღის ბუშტის ცარცინომა ინ სიგუ.

1170. კონტინენტური დერივაციის უკუწვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ერთისა

- ა) თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება (კრეატინინი >200 მკ.მოლ/ლ-ზე);
- ბ) დეიდლის ფუნქციის დაქვეითება;
- გ) ზედა კიდურების დარღვეული კოორდინაცია (თვითკათეგერიზაციის შეუძლებლობა);
- \*დ) დილატირებული შარღსაწვეთების არსებობა.

1171. რომელი გიპის დერივაციის დროს არის ნაჩვენები ოპერაციის წინა პერიოდში ანალური სფინქტერის შეფასება?

- ა) მაინცის ტოპრაკი I;
- \*ბ) მაინცის ტოპრაკი II;
- გ) ილეუმ კონდუიგი;
- დ) კოლონ კონდუიგი.

1172. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელი სეგმენტისთვის ხდება ურეგეროინგესტინური ანასტომოზის ფორმირება L. Dუც-ის მეთოდით?

- \*ა) თემოს ნაწლავი;
- ბ) ასწერივი კოლინჯი;
- გ) სიგმური ნაწლავი;

დ) სწორი ნაწლავი.

1173. შარდის ბუშტის ორთოგოპული რეკონსტრუქციის დროს რა ცვლილებებს იწვევს ძალიან დიდი ზომის რეზერვუარის ფორმირება?

- ა) თირკმლების დაზიანება;
- ბ) ღამის შეუკავებლობა;
- \*გ) ნარჩენი შარდის არსებობა;
- დ) ლორწოს ჭარბად გამომუშავება.

1174. შარდის ბუშტის აუგუმენტაციისას:

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

1175. ურეთეროსკოპიის გამოყენება შარდსაწვეთის ბემო მესამედის და თირკმლის მენჯის კონკრემენტის მკურნალობისათვის ნაჩვენებია ყველა შემთხვევაში გარდა ერთისა:

- ა) ექსტრაკორპორალური ლითოგრიპსიის წარუმატებლობის შემთხვევაში
- \*ბ) 5-მმ იანი უსიმპტომო რენგენ ნეგატიური კონკრემენტის არსებობისას თირკმლის მენჯში
- გ) თუ შარდკეწოვან დაავადებასთან ერთად ეჭვი მიტანილია ბემო საშარდე ტრაქტის უროთელიალურ სიმსივნის არსებობასთან
- დ) თუ კონკრემენტი იწვევს ობსტრუქციას.

1176. ურეთეროსკოპიის და კონტაქტური ლითოგრიპსიის შესრულების შემდეგ

- ა) აუცილებლად უნდა მოხდეს კონკრემენტის ყველა ფრაგმენტის ექსტრაქცია
- ბ) სრული ფრაგმენტაციის შემდეგ შარსაწვეთის სტენტირება უკუნაჩვენებია
- გ) აუცილებელია ანგისეპტიური ხსნარით ირიგაცია
- \*დ) 1-2 მმ-ის ზომის ფრაგმენტების ექსტრაქცია აუცილებელი არ არის ისინი გამოძევებიან სპონტანურად

1177. ურეთეროსკოპიის გამოყენება ოპტიმალურია

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

1178. ურეთეროსკოპიის დროს შარდსაწვეთის იატროგენული დაზიანების დროს შარდსაწვეთის სტენტირება:

- ა) უკუნაჩვენებია
- ბ) ნაჩვენებია 48 სთ-ით
- \*გ) ნაჩვენებია 2-3 კვირით
- დ) ნაჩვენებია 2-4 თვით

1179. ექსტრაკორპორალური ლითოგრიპსიის აბსოლუტურ უკუნაჩვენებას წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გარდა ერთისა:

- \*ა) თირკმლის მენჯის რენგენონეგატიური 20 მმ-იანი კონკრემენტი
- ბ) შარდსაწვეთის სტრიქტურა
- გ) საშარდე გზების ინფექცია
- დ) თირკმლის ჰიდრონეფროზული ტრანსფორმაცია

1180. პიონეფროზის დროს ნეფროსტომიური მილი პერკუტანული გზით უნდა ჩაიდგას:

- ა) სუპრაკოსტალურად
- ბ) შესაძლებელია როგორც სუპრა ისე ინფრაკოსტალურად
- \*გ) ინფრაკოსტალურად
- დ) მხოლოდ ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ.

1181. თირკმლის ქვემო პოლუსის 3 სმ ზომის კონკრემენტის ოპტიმალური მკურნალობის მეთოდია:

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

1182. მარჯნისებური კონკრემენტის მკურნალობისათვის უკუნაჩვენებია:

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

1183. მარჯნისებური კონკრემენტის პერკუტანული ნეფროლითოლაპაქსიის გამოყენებით მკურნალობისას პროცედურის შედეგების გასაუმჯობესებლად ნაჩვენებია:

- ა) პრეოპერაციულად შარსაწვეთის სტენტირებით
- \*ბ) ღრეკადი ურეთერორენოსკოპიის გამოყენებით
- გ) სუპრაკოსტალური ნეფროსტომის ჩადგმით

დ) რიგიდული ურეთერორენოსკოპის გამოყენებით

1184. მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურის ენდოპიელოტომიის გამოყენება უკუნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევაში:

- ა) თუ პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება შარდ-კენჭოვანი დაავადება
- ბ) მენჯის დილატაცია აღემატება 30 მმ-ს
- \*გ) მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის გაღამჭერი სისხლძარღვის არსებობისას
- დ) 0,5 სმ-ის სიგრძის პირველადი სტრიქტურის არსებობისას

1185. მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურის ენდოპიელოტომიის გამოყენებით მკურნალობის აბსოლუტური უკუჩვენებია:

- ა) პაციენტის 15 წელზე ნაკლები ასაკი
- ბ) შარდკენჭოვანი დაავადება
- \*გ) 2-სმ-ზე გრძელი მეორადი სტრიქტურა
- დ) ერთადერთი თირკმელი

1186. ლაპაროსკოპიის უპირატესობას ღია ოპერაციასთან შედარებით წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მომენტი გარდა ერთისა:

- \*ა) ოპერაციის ხანგრძლივობის შემცირება
- ბ) პოსტოპერაციული ნაკლები ტკივილი
- გ) ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირება
- დ) კოსმეტიკური ეფექტი

1187. ნაწლავის დეგუბულაცია შარდის ღერივაციის დროს:

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

1188. შარდის ღერივაციის რომელი მეთოდის დროს არის მეორადი მალიგნიზაციის ყველაზე უფრო მაღალი რისკი?

- ა) ილუემკონდუიტი;
- ბ) კოლონკონდუიტი;
- \*გ) ურეტეროსიგმოიდოსტომია;
- დ) ნაწლავოვანი რეზერვუარი კონტინენტური სტომით.

1189. რომელია სწორი გამონათქვამი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან

- ა) შარდის ღერივაციის დროს ტოპრაკის მოცულობა უნდა იყოს >1,5 ლ-ზე;
- ბ) შარდის ღერივაციის შემდეგ ხშირად ვითარდება თირკმლის უკმარისობა;
- გ) კონტინენტური ღერივაციის შემდგომ მეორადი მალიგნიზაცია ვითარდება შემთხვევითა 20%-ზე მეტში.
- \*დ) კონტინენტური ღერივაციის დროს შესაძლებელია პაციენტს აღენიშნებოდეს მეტაბოლური აცილოზი.

ანდროლოგია

1190. მამაკაცის სასქესო ჰორმონთან მიმართებაში ჭეშმარიტია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან შემდეგი მოსაზრება

- ა) გესტოსტერონს მთავარი როლი მიეკუთვნება სასქესო ერექციაში
- ბ) ცირკულირებადი გესტოსტერონის კონცენტრაცია კორელაციაშია სექსუალურ აქტივობასთან
- \*გ) ზუსტი ურთიერთკავშირი ერექციასა და გესტოსტერონის დონეს შორის სისხლში დადგენილი არ არის
- დ) გესტოსტერონის ინიექცია იმპოტენტ მამაკაცებში, რომელთაც არ აღენიშნებათ ანდროგენების ლეფიციტი შრდის ერექციულ პოტენციას.

1191. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპერატებიდან რომელი განაპირობებს რეტროგრადულ ეაკულაციას:

- ა) ეფედრინი
- ბ) იმიპრამინი
- \*გ) ლოქსამბოზინი
- დ) პროპრანოლოლი

1192. ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნოზული ინექციის ყველაზე საშიში გართულებაა:

- \*ა) გახანგრძლივებული ერექცია
- ბ) ურეთრის დაზიანება
- გ) ჰემატომა
- დ) კავერნოზიტი და ინფექცია

1193. კავერნოზული სხეულების მფარავი გუნცია ალბუგინია მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სასქესო ასოს ერექციის დროს

- ა) არ ხდება კავერნოზული სხეულების სეპარაცია ერექციის დროს
- ბ) განაპირობებს სათანადო სისხლმომარაგებას
- \*გ) რადგანაც განაპირობებს ასოს რიგილობას
- დ) იცავს კავერნოზულ სხეულებს ტრავმული დაზიანებისაგან

1194. რეტროპერიტონეალური 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 გადაკეანძვა ხდება

1195. მამაკაცის ნორმალური სათესლე ჯირკვლის ზომაა

- ა) 2 სმ
- ბ) 2,5 სმ
- გ) 3,5 სმ
- \*დ) 4 სმ სიგრძის

1196. განაყოფიერებისათვის საკმარისი სპერმის მოცულობაა:

- ა) 0,5 მლ
- ბ) 1,0 მლ
- \*გ) 1,5-5,0 მლ
- დ) 10 მლ

1197. განაყოფიერებისათვის საკმარისი მოძრავი სპერმატოზოიდების %-ლი შემცველობაა:

- ა) 20%
- ბ) 30-35%
- გ) 40%
- \*დ) 50%

1198. 22 წლის მამაკაცს დაღვნილი აქვს ამოოსპერმია. ჰორმონალური ბალანსი ნორმალური აქვს. პალპაციით სათესლე ჯირკვლები ნორმალური ზომის და კონსისტენციისა აქვს. რომელი კვლევა უნდა ჩატარდეს შემდეგ ეტაპზე.

- \*ა) სათესლე ჯირკვლების ბიოუსია
- ბ) ჰიპოფიზის კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) ვაზოგრაფია
- დ) სონოგრაფიული კვლევა

1199. 24 წლის მამაკაცს დაღვნილი აქვს ამოოსპერმია. სათესლე ჯირკვლების ზომამე პატარა აქვს ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის დონე სისხლში 3-ჯერ აღემატება ნორმალურ მაჩვენებელს. ქვემოთ ჩამოთვლილი მოსაზრებებიდან ჭეშმარიტია:

- \*ა) სათესლე ჯირკვლების ბიოუსია ნაჩვენებია არ არის, რადგანაც ასეთ შემთხვევაში სპერმატოგენეზი შეუქცევადლ დარღვეულია
- ბ) ნაჩვენებია ვაზოგრაფია
- გ) ნაჩვენებია კირკვლების ბიოუსია
- დ) ნაჩვენებია ჰორმონალური გამოკვლევა 36 კვირის შემდეგ

1200. 24 წლის მამაკაცს დაღვნილი აქვს ამოოსპერმია. სათესლე ჯირკვლები ნორმალური ზომისა და ფორმისა არიან. ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის დონე სისხლში ნორმალური აქვს. სათესლე ჯირკვლის ბილატერალური ბიოუსიით სპერმატოგენეზი შენარჩუნებული აქვს. შემდეგ ეტაპზე ნაჩვენებია:

- \*ა) ვაზოგრაფია
- ბ) ხელოვნური ჰომოლოგიური განაყოფიერება
- გ) ხელოვნური დონორული განაყოფიერება
- დ) ჰორმონალური გამოკვლევა 36 კვირის შემდეგ

1201. სპერმატოგენეზის ნორმალური მიმდინარეობისათვის მნიშვნელოვანია ქვემოთ ჩამოთვლილი ჰორმონებიდან ყველა გარდა ერთისა:

- ა) ტესტოსტერონი
- ბ) მალუთენიზირებელი ჰორმონი
- \*გ) ესტრადიოლი
- დ) ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონი

1202. ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთენიზირებელი ჰორმონების მომატებული დონე დამახასიათებელია რეპროდუქციული მოშლილობის შემდეგი სახისათვის:

- ა) ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი
- ბ) სათესლე ბორცვაკის მექანიკური ობსტრუქციის დროს
- \*გ) ჰიპერგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმი
- დ) კალმანის სინდრომისათვის

1203. ვაზოგრაფიის გართულებებია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა გარდა ერთისა

- ა) სტრიქტურა
- ბ) ჰემატომა
- გ) სპერმის გრანულომის ფორმირება
- \*დ) სასქესო ბაგირაკის შემოგრება

1204. 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

1205. ვაზექტომის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) ჰიდროცელეს ფორმირება
- \*ბ) ჰემატომა
- გ) შეტევითი ხასიათის ტკივილი სკროტუმის არეში
- დ) სპერმის გრანულომის ფორმირება

1206. ანაბოლური სტეროიდების დანიშვნა

- \*ა) ახდენს გონადოტროპინის და ტესტოსტერონის სეკრეციის სუპრესიას. ამის შედეგად ირღვევა სპერმატოგენეზი
- ბ) აუმჯობესებს სპერმატოგენეზს
- გ) შეგავლენას არ ახდენს სპერმატოგენეზის ფუნქციაზე
- დ) ზრდის ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის დონეს სისხლში

1207. პრიაპრიზმი არის

- ა) უმტკივნეულო გახანგრძლივებული ერექცია;
- ბ) გახანგრძლივებული უმტკივნეულო ერექცია, რომელიც ეაკულაციის შემდგომ გაივლის;
- \*გ) მუდმივი მტკივნეული ერექცია რომელიც არ არის განპირობებული სექსუალური აგზნებით და არ იხსნება ეაკულაციით;
- დ) გახანგრძლივებული მტკივნეული ერექცია, რომელიც ეაკულაციის შემდგომ გაივლის.

1208. ვენერიულია ურეთრიტი თუ მისი გამომწვევია

- ა) სტაფილოკოკი
- ბ) E. coli
- გ) ნივთიერებათა ცელის ღარღვა
- \*დ) გონოკოკი

1209. არაინფექციურ ურეთრიტს მიეკუთვნება

- ა) სტაფილოკოკური
- ბ) ტრიქომონური
- გ) გონორეული;
- \*დ) ალერგიული

1210. შარდსასქესო გრინომონიაზის გამომწვევს წარმოადგენს

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

1211. მწვავე ურეთრიტის დამახასიათებელ სიმპტომებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) შარდის ღრის ტკივილები;
- ბ) ურეთრიდან ჩირქიანი გამონადენი;
- \*გ) სათესლე პარკის კანის შეშუპება;
- დ) გახშირებული შარდვა.

1212. მძიმე თერმიული, ქიმიური და ტრავმული ურეთრიტების ღრის ნაჩვენებია

- ა) მუდმივი კათეტერის ჩადგმა, ინტენსიური ანტიბაქტერიული თერაპიასთან ერთად;
- ბ) ინტენსიური ანტიბაქტერიალური და ადგილობრივი მკურნალობა;
- გ) ფიზიოთერაპიული მკურნალობა.
- \*დ) გროთაკალური ეპიცისტოსტომია, შემდგომი ინტენსიური ანტიბაქტერიალური და ადგილობრივი მკურნალობით;

1213. ბალანოპოსტიტი - ესაა ანთება

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

1214. ბალანოპოსტიტის გართულებებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი გარდა

- ა) ლიმფანგიტის;
- ბ) საზარდულის ლიმფადენიტის;
- გ) სასქესო ასოს განგრენის.
- \*დ) შარდის ბუშტის ყელის კონტრაქტურის;

1215. პარაფიმოზი ესაა

- ა) სასქესო ასოს ჩუჩის ხერელის შევიწროება;
- ბ) ურეთრის კავერნოზული სხეულის და სასქესო ასოს თავის ანთება;
- \*გ) ჩუჩის შევიწროებით გამოწვეული სასქესო ასოს თავის ჩაჭედევა;
- დ) სასქესო ასოს ვენების ანთება.

1216. მწვავე ეპიდიდიმიტის ღრის სათესლე ჯირკვლის დანაზი



- ა) მკვეთრად დაჭიმულია და მტკივნეულია;
- ბ) გალიღებულია;
- გ) მტკივნეულია
- \*დ) სწორია ყველა

1217. ვეზიკულიტის დროს

- ა) სათესლე ბუშტუკები რექტალურად თითოთ გასინჯვით არ შეიგრძნობა;
- ბ) სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე ვითარდება პოლიპომური ცვლილებები;
- გ) აღინიშნება სწორი ნაწლავის სფინქტერის ატონია;
- \*დ) სათესლე ბუშტუკების რექტალურად თითოთ გასინჯვით ელინდება, როგორც თითისგარისებური მტკივნეული წარმონაქმნები.

1218. ვეზიკულიტის ღიაგნოსტიკისათვის უფრო ინფორმაციულია

- \*ა) წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტის ანალიზი;
- ბ) ვეზიკულოგრაფია;
- გ) სათესლე ბუშტუკების ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- დ) ურეთროცისტოგრაფია.

1219. ფიმოზი ეს არის

- ა) შაქრიანი დიაბეტით გამოწვეული დაავადება
- ბ) ჩუქის შეესწობებით გამოწვეული სასქესო ასოს ანთება
- გ) ტრავმით განპირობებული დაავადება
- \*დ) თანდაყოლილი და შექმნილი დაავადება

1220. სასქესო ასოს ფიბროპლასტიკური ინდურაციის დროს თეთრ გარსსა და კავერნოზულ სხეულებს შორის ისინჯება მკვერივი ფოლაქები, რომლებიც იწვევს ერექციის დროს ასოს ლეფორმაციას.

- \*ა) განვითარების მიზეზი უცნობია.
- ბ) აღნიშნული ვითარდება სასქესო ასოს მიკროტრავმებით;
- გ) აღნიშნული ვითარდება კავერნოზული სხეულის ფიბროზული გარსის ელასტიურობის დაქვეითებით;
- დ) წარმოადგენს კოლაგენოზის ადგილობრივ გამოვლინებას;

1221. სპერმატოცელე ეს არის კისტოზური სიმსივნე, რომელიც მდებარეობს

- ა) პარაპროსტატულად
- ბ) შარდის ბუშტში
- გ) სათესლე ბაგირაკში;
- \*დ) პარაგესტიკულარულად და პარაეპიდიდიმალურად

1222. გრანსესეუსალიზმი არის

- ა) პაციენტის ლგოლვა თავისივე სქესის წარმომადგენლისადმი;
- \*ბ) პაციენტის სურვილი გამოიცვალოს სქესი ქირურგიული გზით;
- გ) პაციენტის ლგოლვა ორივე სქესის წარმომადგენლისადმი;
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი.

1223. შისტოსომოზი ეს არის პარაზიტული დაავადება რომლის დროსაც შარდის ბუშტში აღინიშნება

- ა) ინფილტრატები;
- ბ) ქსოვილის სკლეროზირება;
- გ) ფართო წყლულების განვითარება;
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი.

1224. გონორეის ინკუბაციური პერიოდი (გონორეული ურეთრიტი გამოვლინდება)

- ა) 1-2 დღე;
- \*ბ) 3-5 დღე;
- გ) 6-9 დღე;
- დ) 10-12 დღე.

1225. პროლაქტინის მაპროდუცირებელი პიგუიგარული სიმსივნის ოპტიმალური სამკურნალო აგენტია:

- ა) გამოქსიფენი
- ბ) გესტოსტერონი
- \*გ) ბრომოკრიპტინი
- დ) მალუთენიმეპელი ჰორმონის რილიმინგ ჰორმონის ანალოგი.

1226. 40 წლის მამაკაცს აღინიშნება ტკივილი სკროტუმის არეში მარჯვნივ. 2 წლის წინ პაციენტს გაკეთებული აქვს მარჯვენამხრივი ვაზექტომია. ტკივილის მიზეზია:

- ა) ეპიდიდიმიტი.
- ბ) ფსიქოლოგიური ფაქტორი
- გ) ჰიდროცელე
- \*დ) ეპიდიდიმიტის გაღებურვა ექსტრაგაზაციით და სპერმის გრანულომის ფორმირება

1227. იმპოგენციის დროს არგერიული უკმარისობის გამოკვლევისათვის ყველაზე სპეციფიური და ნაკლებად ინვაზიური ტესტია:

- \*ა) კავერნოზულ არტერიოზში სისხლის მაქსიმალური სიჩქარის განსაზღვრა დოპლერ-სონოგრაფიის მეშვეობით
- ბ) ფარმაკოკავერნოზომეტრია და კავერნოზოგრაფია
- გ) კავერნოზულ არტერიოზში სისხლის პერფუზიის განსაზღვრა დინამიურ მდგომარეობაში ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნოზული ინექციის პირობებში
- დ) ტესტი ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნოზული ინექციით

1228. რომელი არ ითვლება სასქესო ჰორმონებისადმი მგრძობიარე ქსოვილად?

- ა) პროსტატის ჯირკვალი
- ბ) სათესლე ბუშტუკები
- \*გ) თეთრი გარსი
- დ) ბულბოურეთრალური ჯირკვალი

1229. რომელი ბიოლოგიური ნივთიერება არ არის სპერმის შემადგენლობაში?

- \*ა) თიროზინ კინაზა
- ბ) ფრუქტოზა
- გ) ლიმონმჟავა
- დ) პროსტაგლანდინები

1230. რომელი ჰორმონი ასტიმულირებს ვოლფის სადინარის განვითარებას?

- ა) ესტრადიოლი
- ბ) დიჰიდროტესტოსტერონი
- გ) ესტრონი
- \*დ) ტესტოსტერონი

1231. რომელი ჰორმონი ასტიმულირებს პროსტატის განვითარებას?

- ა) ესტრადიოლი
- \*ბ) დიჰიდროტესტოსტერონი
- გ) ესტრონი
- დ) ტესტოსტერონი

1232. რომელი ბიოლოგიური ნივთიერება განაპირობებს მიულერის სადინრების უკუგანვითარებას?

- ა) ინსულინი
- ბ) გლუკაგონი
- გ) ქოლესტეროლი
- \*დ) მიულერის სხეულის მაინჰიბირებელი ნივთიერება

1233. ნეონატალურ პერიოდში როლის ხდება ტესტოსტერონის ტალღისებრი გამოთავისუფლება?

- ა) 1 კვირა
- ბ) 6 თვე
- \*გ) 2 თვე
- დ) 5 თვე

1234. ტესტოსტერონის მიმართ რომელი დებულებაა მართებული?

- ა) ტესტოსტერონი სინთეზირდება სერტოლის უჯრედების მიერ
- \*ბ) ტესტოსტერონი სინთეზირდება ლეიდიგის უჯრედების მიერ
- გ) ტესტოსტერონი არის პრეგნენოლონის წინამორბედი ნივთიერება
- დ) 5 $\alpha$ -ლუა-რედუქტაზა არის ფერმენტი რომელიც დიჰიდროტესტოსტერონს ტესტოსტერონად გარდაქმნის

1235. პროლაქტინი:

- ა) ასტიმულირებს პროსტატაში ფრუქტოზას სინთეზს
- \*ბ) ლიმონმჟავას სინთეზის გზით ასტიმულირებს პროსტატაში ანდროგენების შეღწევას
- გ) ასტიმულირებს ტესტოსტერონის გარდაქმნას დიჰიდროტესტოსტერონად
- დ) ასტიმულირებს ესტროგენის გარდაქმნას დიჰიდროტესტოსტერონად

1236. ჯანმრთელი მამაკაცის სისხლის პლაზმაში დიჰიდროტესტოსტერონის ნორმალური კონცენტრაცია არის:

- ა) 100ნგ/100მლ
- ბ) 300ნგ/100მლ
- გ) 400ნგ/100მლ
- \*დ) 50ნგ/100მლ

1237. 5 ალფა-რედუქტაზას რამდენი იზოენზიმი არსებობს?

- ა) 1
- ბ) 4
- \*გ) 2
- დ) 7

1238. 5 ალფა-რედუქტაზას რომელი იზოენზიმი ჭარბობს პროსტატის ჯირკვალში?

- ა) I ტიპი

- \*ბ) II ტიპი
- გ) III ტიპი
- დ) IV ტიპი

1239. რომელმა ჰორმონმა შეიძლება გამოიწვიოს პროსტატის ბრტყელუჯრელოვანი მეტაპლაზია?

- ა) ანდროგენი
- ბ) ინსულინი
- გ) TSH
- \*დ) ესტროგენი

1240. რომელი ბიოლოგიური პეპტიდი ახდენს გავლენას პროსტატაში გლუკოკუნთოვან გონუსის რეგულიაციაზე და ასევე იწვევს სისხლძარღვების კონსტრიქციას და არტერიული წნევის მომატებას?

- ა) აცეტილქოლინი
- ბ) ეპინეფრინი
- გ) ინსულინი
- \*დ) ენდოთელინი

1241. პროსტატის ეპითელური უჯრედების რამდენი პროცენტი განიცდის ინვოლუციას კასტრაციის შემდეგ?

- \*ა) 90%
- ბ) 50%
- გ) 10%
- დ) 3%

1242. ნორმაში ეაკულაციის მოცულობა არის:

- ა) 7მლ
- ბ) 300მლ
- გ) 20მლ
- \*დ) 3მლ

1243. ეაკულაციის რა ნაწილს შეადგენს პროსტატის სეკრეტი?

- ა) 1/2
- \*ბ) 1/6
- გ) 1/4
- დ) 1/8

1244. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია ხასიათდება:

- ა) სტრომის უჯრედების სწრაფი პროლიფერაციით
- ბ) ეპითელური უჯრედების სწრაფი პროლიფერაციით
- გ) პროსტატის ღეროვანი უჯრედების სწრაფი პროლიფერაციით
- \*დ) უჯრედების პროლიფერაციასა და უჯრედების კვლომას შორის წონასწორობის ღარღვევით

1245. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს ანდროგენები:

- ა) იწვევს ეპითელური უჯრედების აქტიურ პროლიფერაციას
- ბ) იწვევს სტრომის უჯრედების აქტიურ პროლიფერაციას
- \*გ) აფერხებს ეპითელური უჯრედების პროგრამირებულ კვლომას (აპოპტოზს)
- დ) აფერხებს სტრომის უჯრედების პროგრამირებულ კვლომას (აპოპტოზს)

1246. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის შემკვიდრულ-გენეტიკური თვისებები ყველაზე კარგად ვლინდება მრავალწევრიან ოჯახებში:

- ა) პროსტატის კიბოს ოჯახური შემთხვევებით
- \*ბ) რომელთა წევრებს ჩაუტარდათ პროსტატექტომია პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო
- გ) რომელთაც 5 ალფა-რელუქტამას დეფიციტი აქვთ
- დ) აქვთ ანდროგენული რეცეპტორების გენების მუტაციები

1247. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე ასაკოვან მამაკაცებში ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები ვითარდება, როგორც:

- ა) ობსტრუქციასთან დაკავშირებული შარდის ბუშტის ფუნქციის ცვლილებების შედეგი
- ბ) შარდის ბუშტის ფუნქციის ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები
- გ) ნიქტურია
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1248. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე ასაკოვან მამაკაცებში შარდის ბუშტის ტრაბეკულობა წარმოადგენს:

- ა) ნევროგენული შარდის ბუშტის ნიშანს
- ბ) გლუვი კუნთების ჰიპერტროფიის შედეგს
- გ) გლუვი კუნთების ჰიპერპლაზიის შედეგს
- \*დ) ლეტრუმორის ბოჭკოებს შორის კოლაგენის რაოდენობის მომატების შედეგს

1249. ალფა1-ადრენორეცეპტორების რომელი ქვეტიპია დაკავშირებული პროსტატაში გლუვი კუნთების შეკუმშვასთან?

- ა) ალფა1დ
- \*ბ) ალფა1ა
- გ) ალფა1ბ
- დ) ალფა2

1250. რომელი ღებულება მართებული პროსტატის კეთილთვისებიან ჰიპერპლაზიასთან მიმართებაში?

- ა) ის გვხვდება ყველა ასაკის მამაკაცში
- \*ბ) ის ძალიან იშვიათია 30 წლამდე მამაკაცებში
- გ) ის ვითარდება 40 წელზე უფრო ხნის მამაკაცების 100%-ში
- დ) ის ძალიან იშვიათია 30 წელზე უფრო ხნის მამაკაცებში

1251. ღვიძლის ღაფაღებებთან ღ პროსტატის კეთილთვისებიან იპერპლაზიასთან ღკავშირებით რომელი ღებულება მართებული?

- ა) ეთანოლის მიღება ზრდის მოცირკულირე ესტროგენების ღონეს
- ბ) მსმელებში პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია-ს გამო ოპერაციის საჭიროების რისკი გამრღიღია
- \*გ) ეთანოლის მიღებამ სხვადასხვა მექანიზმებით შეიღლება გამოიწვიოს სისხლის შრატში გესტოსტერონის ღონის შემცირება
- ღ) აუტოფისური მასალის გამოკვლეების თანახმად პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია უფრო ხშირია ღვიძლის ციროზის მქონე პირებში.

1252. რომელი ღებულება მართებული კონსერვატიული მკურნალობის თაობაზე?

- ა) არ არსებობს კონსერვატიული მკურნალობის რაიმე დასაბუთებული გავლენა სიმპტომებზე ღ შარდის ნაკაღზე
- ბ) ანტიჰისტამინური ღ ბრონქოღიღატაციური საშუალებები მნიშვნელოვნად ამცირებს შარდის ნაკაღს
- გ) კალციუმის არხების ბლოკატორები ღ ალფა-ბლოკერები მნიშვნელოვნად ამცირებს შარდის ნაკაღს
- \*ღ) ანტიღეპრესანტები, ანტიჰისტამინური საშუალებები ღ ბრონქოღიღატატორები რამოღენიზე ქულით ზრდის სიმპტომა ჯამის მნიშვნელობას.

1253. რომელი ღებულება მართებული?

- ა) სისხლში პროსტატა სპეციფიური ანტიგენის ღონის განსაზღვრა შარდის მწვავე შეკაგების პროგნოზის თვალსაზრისით უფრო ღირებული მახვენებელია ვიღრე ასაკი
- ბ) სისხლში ჰსა შემცველობას ღ პროსტატის მოცულობას შარდის მწვავე შეკაგების პროგნოზის თვალსაზრისით შემღულული შესაღებლობები აქვს
- გ) პღაცებო კონტროღირებად ჯგუფებში შარდის ნაკაღის მახვენებლები შარდის მწვავე შეკაგების ეპიზოღების ღღიერი პროგნოზული ფაქტორია
- \*ღ) ასაკი წარმოაღგენს შარდის მწვავე შეკაგების ყველაზე მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს

1254. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ქირურგიული მკურნალობის თვალსაზრისით მართებულია?

- ა) ქირურგიული ჩარევის სიხშირე სხვადასხვა გეოგრაფიულ რეგიონში ღ ეთნიკურ ჯგუფებში მსგავსია
- \*ბ) ქირურგიული მკურნალობა წარმოაღგენს პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის უფრო სასურველ გამოსავალს შარდის მწვავე შეკაგებასთან შეღარებით
- გ) ქირურგიული მკურნალობა წარმოაღგენს პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის უფრო ხშირ გამოსავალს ვიღრე შარდის მწვავე შეკაგებას
- ღ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე პაციენტების უმეტესობა საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას.

1255. საღ ვითარღება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია?

- ა) გარღამავალ ზონაში
- ბ) პერიფერიულ ზონაში
- გ) პერიურეტრული ჯირკვლები
- \*ღ) გარღამავალ ღ პერიურეტრულ ზონებში

1256. არსებობს ღღიერი კორეღაცია პროსტატის მოცულობას ღ:

- \*ა) ჰსა-ს შორის
- ბ) სიმპტომა ჯამს შორის
- გ) ნარჩენ შარდს შორის
- ღ) შარდის მაქსიმაღურ ნაკაღს შორის.

1257. ქვემო საშარღე სიმპტომების მქონე მამაკაცებში ღღიგაღურ რექტაღური გასინჯვის მთავარი მიზანია:

- ა) პროსტატის ზომის განსაზღვრა
- ბ) პროსტატის სეკრეტის მიღება
- \*გ) პროსტატაში კვანძების არსებობის დაღგენა
- ღ) რექტაღური ტონუსის განსაზღვრა

1258. ქვემო საშარღე გღების სიმპტომების მქონე ხანღამულ მამაკაცებში რომელი გესტი უნდა ჩაგარღეს რეგინულად ღღიერენციაღური ღიღგნოსტიკისათვის?

- \*ა) შარდის საერთო ანაღიზი
- ბ) უროფლუომეტრია
- გ) სისხლის შრატში კრეატინინის განსაზღვრა
- ღ) თირკმლის ექოსკოპიური გამოკვლევა

1259. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე ღ მოზაგებული კრეატინინის შემცველობის მქონე მამაკაცებში

მიზანშეწონილია ჩატარდეს:

- ა) პროსტაგის გრანსურეთრული რეპექცია
- ბ) ინტრავენური პიელოგრაფია
- \*გ) თირკმლების ექსკოპიური გამოკვლევა
- დ) უროლინამიური კვლევა

1260. 4.0 ნგ/მლ ან უფრო მაღალი პსა მაჩვენებლის მქონე მამაკაცების რამდენ პროცენტში დასტურდება ჰისტოლოგიურად პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დიაგნოზი?

- ა) 5%
- ბ) 15%
- \*გ) 30%
- დ) 50%

1261. ქირურგიული მკურნალობის (პროსტაგის გურ-ი ან ღია პროსტატექტომია) აბსოლუტური ჩვენებაა:

- ა) მკვეთრად გამოხატული ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები
- ბ) ნარჩენი შარდი 300მლ ან მეტი
- გ) შარდის მწვავე შეკავების ერთჯერადი ეპიზოდი
- \*დ) პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიით გამოწვეული განმეორებითი მაკროჰემატურია, რომელიც კონსერვატიულ მკურნალობას არ ემორჩილება

1262. შარდის დაბალი პიკური ნაკადი მიუთითებს:

- ა) მძიმე სიმპტომებზე
- ბ) შარდის ბუშის ობსტრუქციაზე
- გ) ლეტრუმორის შეკუმშვის უნარის შესუსტებაზე
- \*დ) ბ. ან გ.

1263. რა უნდა შეეთავაზოს პაციენტს, რომელსაც დაუდგინდა, რომ მოშარდვის შემდგომ ნარჩენი შარდის მოცულობა 300მლ ან მეტი აქვს:

- \*ა) ნარჩენი შარდის არსებობის განმეორებით გამოკვლევა
- ბ) გემო საშარდე გზების ინსტრუმენტული გამოკვლევები
- გ) უროლინამიური გამოკვლევა
- დ) პროსტაგის გრანსურეთრული რეპექცია

1264. შარდის ბუშის კვლევის გრაბეკულობა მიუთითებს:

- \*ა) ძლიერ ობსტრუქციაზე
- ბ) პროსტაგის გურ-ის მაღალ ეფექტურობაზე
- გ) ნარჩენი შარდის დიდ მოცულობაზე
- დ) არც ერთზე

1265. გემო საშარდე გზების ინსტრუმენტული გამოკვლევა ნაჩვენებია, თუ:

- ა) პროსტაგის წონა აღემატება 50გრ-ს
- \*ბ) შარდის საერთო ანალიზით დადასტურდა ჰემატურიის არსებობა
- გ) გამოხატულია შარდის ბუშის კვლევის გრაბეკულობა
- დ) მკვეთრად არის გამოხატული ქვემო საშარდე გზების ობსტრუქცია

1266. უროლინამიური კვლევის ჩატარებას აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა:

- ა) პროსტაგის გურ-ის შემდეგ
- ბ) ალფა-ბლოკერებით ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ
- გ) 5ალფა-რედუქტაზის ინჰიბიტორებით ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ
- \*დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1267. შარდის მწვავე შეკავების ეპიზოდის შემდეგ განმეორებით შარდის მწვავე შეკავების განვითარების ალბათობა არის:

- ა) 20%
- ბ) 40%
- გ) 60%
- \*დ) 80%

1268. შარდის მწვავე შეკავების განვითარება დაკავშირებულია:

- ა) პროსტაგის ზომასთან
- ბ) ასაკთან
- გ) ქვემო საშარდე გზების სიმპტომების არსებობასთან
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1269. პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია-ს 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

1270. პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია-ს კონსერვატიული მკურნალობის იდეალურ კანდიდატს უნდა ჰქონდეს:

- ა) მკვეთრად გამოხატული ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები
- ბ) ზომიერად გამოხატული ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები
- გ) მინიმალურად გამოხატული ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები
- \*დ) ოღნაგ შემავსებელი ქვემო საშარდე გზების სიმპტომები

1271. რა უპირატესობა აქვს ტერაზოზინს პრაზოზინთან შედარებით?

- \*ა) ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი
- ბ) უკეთ გამოხატული აბსორბციის უნარი
- გ) უფრო მეტად გამოხატული სელექტიურობა ალფა1-რეცეპტორებისადმი
- დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1272. სიმპტომთა ჯამის გაუმჯობესება ტერაზოზინის მიღების შემდეგ დამოკიდებულია

- ა) ასაკზე
- ბ) პროსტაგის ზომამზე
- გ) ნარჩენი შარდის არსებობამზე
- \*დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1273. რომელი ალფა-ბლოკერი არ იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას არანამკურნალები ჰიპერტენზიის მქონე მამაკაცში?

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

1274. რომელი პრეპარატით მკურნალობისათვის არის უხშირესად დამახასიათებელი რეტროგრადული ეაკულაცია?

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

1275. გვერდითი ეფექტი, რის გამოც ფლუტამიდის გამოყენება პროსტაგის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს შეზღუდულია არის:

- \*ა) მკერდის მტკივნეულობა
- ბ) ფაღარათი
- გ) ერექციული დისფუნქცია
- დ) ლიბიდოს დაქვეითება

1276. პროსტაგის ტურ-ის შემდგომი ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- \*ა) პაციენტი ვერ შარდავს
- ბ) სისხლდენა, რის გამოც საჭიროა გრასფუზიული თერაპია
- გ) საშარდე ტრაქტის ინფექცია
- დ) ტურსინდრომი

1277. რომელი დებულებაა მართებული პროსტაგის გრანსურეთრულ ინციზიასთან მიმართებაში?

- ა) მისაღებია ღილი ზომის პროსტაგის დროს
- ბ) გართულებების სიხშირე ღილია
- \*გ) იწვევს რეტროგრადულ ეაკულაციას 37% შემთხვევაში
- დ) ჩვეულებრივ რთულდება ტურ-სინდრომით

1278. რომელია მილინის წესით პროსტაგეტომიის უპირატესობა პროსტაგის ტურ-თან შედარებით?

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

1279. პროსტაგეტომიის ბოქვენზე და მიდგომა ოპტიმალურია იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც დადგენილი აქვთ ღილი ზომის პროსტაგის აღენომა და :

- ა) მრავლობითი მცირე ზომის შარდის ბუშტის კენჭები
- ბ) საერთო  $\text{PSA}$  10.0 ნგ/მლ და მეტი
- გ) ერექციული დისფუნქცია
- \*დ) შარდის ბუშტის სიმპტომური დიფერტიკული

1280. ღია პროსტაგეტომიის ყველაზე ხშირი გართულება არის:

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

1281. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცთა რამდენ პროცენტს აქვს თანმხლები ჰიპერტონული დაავადება?

- ა) 10%
- ბ) 15%
- \*გ) 30%
- დ) 50%

ბავშვთა უროლოგია

1282. საზარდულის ჩაჭედილ თიაქარის და სათესლე პარკში ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვლის შემოგრების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის გადაწყვეტი მიიღწევა აქვს

- ა) საზარდულ-სათესლე პარკის არის დათვალიერებას
- ბ) მუცლის ღრუს ორგანოების მიმოხილვით რენტგენოგრაფიას
- გ) მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერით გამოკვლევას
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1283. ავადმყოფს აქვს მწვავე აპენდიციტი და მარჯვენა შარდსაწვეთის შუა მესამედის კენჭი კლინიკური გამოვლენების გარეშე, მას მიმანშეწონილია ჩაუტარდეს

- \*ა) მხოლოდ აპენდექტომია
- ბ) აპენდექტომია და ურეთეროლითოგომია ერთდროულად
- გ) აპენდექტომია და ნეფროსტომია
- დ) ნეფროსტომია

1284. ავადმყოფს აქვს თირკმლის კენჭი, ქრონიკული ლატენტური პიელონეფრიტი და ერთდროულად საზარდულის თიაქარი, რომელიც ხშირად იტყდება. მას უნდა ჩაუტარდეს

- \*ა) მხოლოდ თიაქარკვეთა და პიელოლითოგომია მეორე ეტაპად
- ბ) მხოლოდ პიელოლითოგომია და თიაქარკვეთა მეორე ეტაპად
- გ) თიაქარის პლასტიკა და პიელოლითოგომია ერთდროულად
- დ) ოპერაცია არ გაკეთდეს, გაგრძელდეს დაკვირვება ქირურგთან და უროლოგთან

1285. პარაცისტის აბსცედირების დროს ატარებენ

- ა) ცისტოსტომიას
- ბ) მხოლოდ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას
- გ) მხოლოდ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას
- \*დ) აბსცესის გახსნას და ღრუს დრენირებას შესაბამისი მიდგომით

1286. თიაქრის კარში შარდის ბუშტის გამოვარდნა შეადგენს ყველა თიაქრების

- \*ა) 3%-ზე ნაკლებს
- ბ) 8%-დან 12%-მდე
- გ) 13%-დან 15%-მდე
- დ) 15%-ზე მეტს

1287. გაურთულებულ შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქარის სიმპტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) შარდის ბუშტის ავსებისას თიაქარის გამობერილობის გაზრდა
- \*ბ) ჰემატურია
- გ) გაძნელებული, გახშირებული, მტკივნეული შარდვა
- დ) მოშარდვის შემდეგ თიაქარის გამობერილობის გაქრობა

1288. შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქრის ოპერაციული მკურნალობა გულისხმობს

- ა) შარდის ბუშტის მობილიზაციას და პერიტონეუმის თიაქარის პარკიდან მის მოცილებას
- ბ) თიაქარის პარკის ამოკვეთას
- გ) თიაქრის არხის პლასტიკას
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილს

1289. შარდის ბუშტის თიაქრის გართულებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შარდის ბუშტის კენჭები
- ბ) შარდის ბუშტის კელის ნეკროზი
- გ) შარდის ბუშტის ჩაჭედვა
- \*დ) სიმსივნე

1290. თიაქარკვეთის დროს შარდის ბუშტის დაზიანება უფრო ხშირად ხდება

- ა) საზარდულის ირიბი თიაქარის დროს
- \*ბ) საზარდულის პირდაპირი თიაქარის დროს
- გ) საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს
- დ) საზარდულის ჩაუსწორებელი ირიბი თიაქარის დროს

1291. თიაქარკვეთის ან აპენდექტომიის შემდეგ შარდის შეკავებისას აუცილებელია

- ა) ცისტოსტომიის დადება
- \*ბ) შარდის გამოშვება ერთჯერადი კათეტერით 2-3 ჯერ დღეში ავადმყოფის გააქტივება

- გ) მუღმივი კათეგორის ჩაღმა, ავადმყოფის გააქციება
- დ) შარდის ბუშტის კაპილარული პუნქცია

1292. თანდაყოლილი შარდნაწლაგური ფისგულები შეიძლება იყოს

- ა) ურეთრო-რექტალური
- ბ) შარდის ბუშტ-ნაწლაგის
- გ) ურეთრო-სიგმური
- \*დ) სწორია ყველა

1293. ურეთრო-რექტალური ფისგულის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ბ) ტრანსრექტალური ექოსკოპია
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- \*დ) ურეთროგრაფია და რექტომანოსკოპია

1294. თირკმელ-ნაწლაგური ფისგულის დროს ნეფრექტომიის აბსოლუტური ჩვენებაა

- ა) თირკმელის კენჭოვანი დაავადება
- \*ბ) არამოფუნქციე თირკმელი
- გ) პარანაწლაგური ანთებითი პროცესი
- დ) რეგროპერიტონეალური სიმსივნე

1295. ავადმყოფის შარდსაწვეთ-ნაწლაგური ფისგულის პლასტიკისათვის მომზადებისას რეგროპერიტონეალური ჰემატომის გაჩენისას უნდა ჩატარდეს

- ა) ნეფროსტომია
- ბ) რეგროპერიტონეალური სივრცის დრენირება
- \*გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი

1296. ბიჭებში თიაქარპლასტიკის ჩვეულებრივი (კლასიკური) მეთოდების გამოყენებისას ყველაზე ხშირი გართულებაა

- ა) თიაქარის რეციდივი
- \*ბ) სათესლე ჯირკვლის მალა დგომა
- გ) სათესლე ჯირკვლის შემოგრახა
- დ) კრემასტერის რეფლექსის არარსებობა

1297. გოგონებში თიაქარკვეთის ძირითადი თავისაბურაბაა

- ა) კოსმეტიკური ნაკერების გამოყენება
- \*ბ) საზარდულის ბელაპირული რგოლის და საზარდულის არხის ყრუდ გაკერვა
- გ) საშვილოსნოს მრგვალი იოგის გამოყოფა და შენარჩუნება, საზარდულის მიდამოს სტრუქტურების ანატომიური მთლიანობის აღდგენა
- დ) კეგუტის გამოყენება

1298. სათესლე ჯირკვლის გარსების და სათესლე ბაგირაკების წყალმანკის დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომი და გაერცელებული მეთოდია

- ა) რენგენოსკოპია ან რენგენოგრაფია
- ბ) სათესლე ჯირკვლის გარსების და სათესლე ბაგირაკის პუნქცია
- \*გ) დიაფანოსკოპია
- დ) ექსულტორატიული სკროტოტომია

1299. სათესლე ჯირკვლის გარსების და სათესლე ბაგირაკის წყალმანკის დროს ოპერაციული ჩარევისას ოპტიმალური ასაკია

- ა) ახალშობილობა
- ბ) ექვსი თვის ასაკი
- \*გ) 1 წლის ასაკი და შემდეგ
- დ) ექვსი წლის ასაკის შემდგომ

1300. 2 წლის ბავშვის აქვს გამონადენი ჭიპის ფოსოდან. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს განვითარების ყველა ჩამოთვლილი მანკი, გარდა

- ა) ფუნგუსისა
- ბ) შეუხორცებელი შარდის სადინარისა
- გ) ნაწლაგის ფისგულისა
- \*დ) მეკელის დივერტიკულისა

1301. 3 წლის ბიჭს აქვს ჭიპის სრული ფისგულა, მიზანშეწონილია

- ა) კონსერვატიული მკურნალობა
- ბ) ფისგულის მარტივი ამოკვეთა
- გ) დიაგნოსტიკური ლაპარატომია
- \*დ) ფისგულის ამოკვეთა, ლაპარატომია. მუცლის დრუს რევიზია

1302. ჭიპიდან შარდის გამოყოფა დაკავშირებულია

- ა) შარდის ბუშტის ექტოპიასთან
- ბ) უკანა ურეთრის სარქველთან
- გ) ეპისპადიასთან



\*დ) ურახუსის სრულ ფისგულასთან

1303. განვითარების მანკებს შორის შარდის სრული შეუკავებლობა ახლავს

ა) უკანა ურეთრის სარქველს

\*ბ) გოგალურ ეპისპადიას

გ) ურეთროცელეს

დ) კრიპტორქიზმს

1304. შარდის წვეთოვანი შეუკავებლობის სიმპტომი ახასიათებს

ა) გოგონებში ღამაგებითი შარდსაწვეთის ხერელის ექტოპიას საშოში

ბ) ბიჭებში ღამაგებითი შარდსაწვეთის ექტოპიას წინა ურეთრაში

გ) არცერთი არ არის სწორი

\*დ) სწორია ყველა

1305. 5 წლის ავღმყოფი შემოვიდა ღიაგნომით "მარჯვენამხრივი ორქიტი" ანამნებით დაავადება დაიწყო ტკივილით სათესლე პარკის მარჯვენა ნახევარში, გაჩნდა სათესლე პარკის შეშუპება და ჰიპერემია. 10 დღით ადრე ჰქონდა ჰაროტიტი, დათვლიერებით სათესლე პარკი მკვეთრად შეშუპებულია და ჰიპერემიულია, სათესლე მტკივნეულია, გადილებული და პარკის გევით აწეულია. ყველაზე სავარაუდო ღიაგნომია

ა) სათესლე პარკის ალერგიული შეშუპება

ბ) სათესლეს შემოგრება

გ) ჰიდატიდის შემოგრება

\*დ) მარჯვენამხრივი პაროტიტული ორქიტი

1306. 2 წლის ბავშვს აღმოაჩნდა კრიპტორქიზმი საზარდულის ექტოპიის სახით. OPEოპერაციული მკურნალობა რეკომენდირებულია

ა) 6 წლამდე

ბ) 10 წლამდე

გ) 12 წლამდე

\*დ) ჩაგარდეს დაუყოვნებლივ

1307. კრიპტორქიზმის მკურნალობისათვის არასწორია ყველა ჩამოთვლილი ღებულება, გარდა

ა) ჰორმონებით მკურნალობის ჩვენება იშვიათად წარმოიშევა

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

გ) შერჩევის მეთოდია სათესლეს ორეგაპიანი ოპერაციული ჩამოგანა

დ) კრიპტორქიზმის მკურნალობას აგარებენ 18 წლამდე

1308. 1 წლამდე ასაკის ბავშვს დაუღინდა კრიპტორქიზმი საზარდულის ექტოპიის ფორმით. ანამნეზში აღენიშნება ტკივილი შეჩერებული სათესლე ჯირკვლის მიღამოში, მიზანშეწონილია

ა) დინამიური მეთვალყურეობა

ბ) ჰორმონული თერაპია

გ) დინამიური დაკვირვება 2 წლამდე

\*დ) გადაუღებელი ოპერაციული ჩარევა

1309. 2 თვის ბიჭს დაუღინდა კრიპტორქიზმი საზარდულის რეგენციის სახით კლინიკურად გამოხატულ თიაქართან ერთად, აუცილებელია

ა) ჰორმონოთერაპია

\*ბ) ოპერაციული ჩარევა

გ) დისპანსერული მეთვალყურეობა

დ) დინამიური მეთვალყურეობა

1310. ჩამოუსვლელ სათესლე ჯირკვალში ღეგენერაციული ცვლილებები ამკარად ვლინდება

ა) ახალშობილობის პერიოდთან

\*ბ) 1-2 წლიდან

გ) 6 წლიდან

დ) 12 წლიდან

1311. ჩამოთვლილი განვითარების მანკებიდან რომელს სდევს თან შარდის სრული შეუკავებლობა

ა) უკანა ურეთრის სარქველის

ბ) შორისის ჰიპოსპადიას

გ) სუბსიმფიური ეპისპადიას

\*დ) გოგალური ეპისპადიას

1312. რომელი ოპერაციის ჩაგარებაა მიზანშეწონილი ღამაგებითი შარდსაწვეთის ექტოპიის ღროს, როცა შესაბამისი მხარის თირკმელს ფუნქცია არ აქვს?

ა) ურეთრო-ურეთრო ანასტომოზი

ბ) ექტოპირებული შარდსაწვეთის შარდის ბუშტში გადახერგვა

\*გ) ჰემინეფროურეთრექტომია

დ) ექტოპირებული შარდსაწვეთის გადაკვანძვა

1313. მიუთითეთ გაურთულებელი ჰიპოსპადიის ღროს ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური ვადა:

- ა) 1-2 წელი
- \*ბ) 3-5 წელი
- გ) 6-8 წელი
- დ) ლიაგნობის დასმისთანავე

1314. რომელ პათოლოგიას ახასიათებს ჰემოგლობინურია:

- ა) მწვავე პიელონეფრიტს
- ბ) მწ. გლომელონეფრიტს
- \*გ) ანაღინით მოწამელას
- დ) პარანეფრიტს

1315. თირკმლის რომელი დაავადება ან განვითარების მანკი განაპირობებს ორმხრივ გოგალურ მაკროპტემაგურიას:

- ა) შარდკენჭოვანი დაავადება
- \*ბ) მწ. გლომელონეფრიტი
- გ) ჰიდრონეფროზი
- დ) თირკმლის სიმსივნე

1316. შარდის ბუშგის ექსტროფიის დროს არ არის:

- ა) შარდის ბუშგის მარჯვენა ნახევარი
- ბ) შარდის ბუშგის მარცხენა ნახევარი
- გ) მთლიანად შარდის ბუშგი
- \*დ) შარდის ბუშგის წინა კედელი

1317. შარდის ბუშგის ექსტროფიის დროს მიხელსონის მიერ შემუშავებული ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) შარდსაწვეთების გამოტანას კანზე
- ბ) იზოლირებული შარდის ბუშგის შექმნა ნაწლავის სხვა სეგმენტისაგან
- გ) ერთ-ერთი შარდსაწვეთის ჩაკერებას
- \*დ) ექსტროფირებული ბუშგის ჩაკერებას სიგმურ კოლინჯში შარდსაწვეთებთან ერთად

1318. ჰიპოსპადიის დროს ურეთრის გარეთა ხერელი ყველაზე ხშირად იხსნება:

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

1319. ასოს თავის ჰიპოსპადიის დროს ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:

- \*ა) შარდსაღენი მილის გარეთა ხერელის ძლიერი შევიწროებისას, რაც იწვევს გაძნელებულ და მტკივნეულ შარდვას
- ბ) ოპერაცია საჭირო არ არის
- გ) პოლიურიის დროს
- დ) ყოველთვის

1320. კრიპტორხიზმის დროს სათესლე ჯირკვლები შეიძლება შეჩერებული იყოს:

- ა) მუცლის დრუში
- ბ) საზარდულის არხში
- გ) პირველადი თირკმლის ქვემო პოლუსის ადგილზე მარცხნივ
- \*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1321. ორმხრივი კრიპტორხიზმის დროს შემთხვევითა 10-12%-ში აღინიშნება ენდოკრინული დარღვევები, რომელია ეს დარღვევა:

- ა) ბოქვენის მიდამოში კანქვეშა ცხიმის სიჭარბე
- ბ) გარეთა სასქესო ორგანოების ჩამორჩენა, განვითარების დაქვეითება
- გ) სათესლე პარკის განვითარების დაქვეითება
- \*დ) სწორია ყველა

1322. ჭეშმარიტი კრიპტორხიზმის დასადგენად დიფერენცირებული ლიაგნობი უნდა ჩაგარდეს შემდეგ დაავადებებთან:

- ა) სათესლე ჯირკვლის რეტრაქცია
- ბ) სათესლე ჯირკვლის ექტოპია
- \*გ) ორივესთან
- დ) არც ერთთან

1323. ორმხრივი კრიპტორქიზმის მკურნალობისათვის საჭიროა:

- \*ა) ჰორმონოთერაპია და ოპერაციული ჩარევა
- ბ) ჰორმონოთერაპია
- გ) ოპერაციული ჩარევა
- დ) მკურნალობა საჭირო არ არის

1324. კრიპტორხიზმის ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური ასაკია:

- \*ა) 1-2 წელი
- ბ) 6-9 წელი

- გ) 9-12 წელი
- დ) 12 წლის ზემოთ

1325. ბავშვებში ვარიკოცელე ყველაზე უფრო ხშირია შემდეგ ასაკში

- ა) 1-4 წელი
- ბ) 4-7 წელი
- გ) 7-10 წელი
- \*დ) 10 წლის შემდეგ

1326. ვარიკოცელეს დროს ივანისევიჩის ოპერაციის გულისხმობს:

- ა) პროქსიმალურ ტესტიკულ-საფენულ ვენური ანასტომოზის შექმნას
- \*ბ) სათესლე ვენის გადაკვანძვას ქვემო მესამედში
- გ) პროქსიმალური ტესტიკულო-თემოს ვენური ანასტომოზის შექმნას
- დ) სათესლე ვენის გადაკვანძვას შუაში

1327. ბავშვებში შარდკენჭოვანი დაავადებები უფრო ხშირია შემდეგ ასაკში:

- ა) 1 წლამდე
- ბ) 1-3 წლამდე
- \*გ) 3-10 წლამდე
- დ) 10-12 წლამდე

1328. შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის ეტიოპათოგენებში მნიშვნელობა აქვს შემდეგ ფაქტორებს

- ა) შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის სეგმენტის ფუნქციის მოშლას
- ბ) ხანგრძლივ ქრონიკულ ინფექციას
- გ) შარდსაწვეთის ხერეღის გრავმულ დაზიანებას
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილს

1329. შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსს ახასიათებს შემდეგი კლინიკური ნიშნები:

- ა) ღიბურიული მოვლენები
- ბ) გაფანტული ხასიათის ტკივილები მუცელში
- გ) ლეიკოციტურია
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

1330. შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის დასადგენად გამოიყენება შემდეგი გამოკვლევები:

- ა) მიქციური ცისტოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) ექოსკოპია
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1331. ენდოსკოპიური გამოკვლევის დროს შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშანი:

- ა) შარდის ბუშგის კედლის ხარიხონება
- ბ) შარდსაწვეთის ხერეღების ასიმეტრია
- გ) ურეთროცელეს არსებობა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1332. შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსის მკურნალობის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- ა) თირკმლის ფუნქციის დაზიანების ხარისხი
- ბ) შარდის ბუშგის ცისტოსკოპიური სურათი
- გ) დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1333. ოპერაციული მკურნალობა შარდისბუშგ-შარდსაწვეთის ბუშგის რეფლუქსის დროს ნაჩვენებია შემდეგი მონაცემების არსებობის შემთხვევაში

- ა) დაღებითი რენგენოლოგიური დინამიკის არარსებობა
- ბ) შარდსაწვეთის ხერეღის განვითარების მანკი
- გ) ჰიდროურეტრონეფროზული გრანსფორმაცია
- \*დ) სწორია ყველა

1334. ბიჭებში ცირკუმციზიის წარმოების უკუჩვენებას წარმოადგენს

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

1335. როგორი შეფარდებით გვხვდება შარდ-ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი გოგონებში და ვაჟებში

- \*ა) 10 : 1;
- ბ) 1 : 2;
- გ) 1 : 5;

დ) 1 : 10.

1336. რომელი შარდბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი ითვლება თანდაყოლილად?

- \*ა) პირველადი;
- ბ) მეორადი;
- გ) ორივე;
- დ) არცერთი.

1337. 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.

1338. თირკმლის რომელი თანდაყოლილი დაზიანების დროს გამოიყენება ვეიგერგ-მეიერის წესი?

- ა) თირკმლების პოლიკისტოზი;
- \*ბ) შარდგამომყოფი სისტემის სრული გაორება;
- გ) ურეთროციტე;
- დ) პიელო-ურეთრალური სეგმენტის ობსტრუქცია (თანდაყოლილი).

1339. რომელ ასაკში მეტია რეფლუქსის სპონტანური შეწყვეტის ალბათობა?

- \*ა) 5-6 წლამდე;
- ბ) 7-10 წლამდე;
- გ) 10-20 წლამდე;
- დ) 20 წლის შემდეგ.

1340. როდის ვლინდება ექტოპიური ურეტეროციტე?

- ა) შარდსაწვეთის ხვრელის ობსტრუქციისას;
- \*ბ) შარდსაწვეთების გაორებისას;
- გ) ორივე შემთხვევაში;
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი.

1341. ბავშვებში არ საჭიროებს მკურნალობას

- ა) ანურიის რენალური ფორმა;
- \*ბ) ახალშობილთა ფიზიოლოგიური ანურია.
- გ) ანურიის სუბრენალური ფორმა;
- დ) ანურიის ექსტრარენალური ფორმა;

1342. ბავშვებში უკანა ურეთრის სარქველის მოცილებისათვის ოპტიმალური მიდგომის მეთოდს წარმოადგენს

- ა) შორისიდან მიდგომა;
- \*ბ) გრანსურეთრალური რეპექტოსკოპის გამოყენებით.
- გ) ბოქვენზედა მიდგომა;
- დ) ბოქვენზედა მიდგომა სიმფიზის გათიშვით;

1343. გამოკვლევის ჩამოთვლილი მეთოდებიდან ბავშვებში უკანა ურეთრის სარქველების დიაგნოსტიკისათვის უფრო სარწმუნოა

- ა) პოლიპოშიციური ცისტოგრაფია.
- \*ბ) ურეთროცისტოსკოპია;
- გ) მიქციური ცისტოურეთროკინომოგოგრაფია;
- დ) მიქციური ცისტოურეთროგრაფია;

1344. 7 წლის ბავშვს მუცლის ღრუს ყრუ გრაფმის შედეგად აღენიშნება მრავლობითი დაზიანებები, ქვემოთ ჩამოთვლილი მოსაზრებებიდან ყველა მართებულია გარდა ერთისა

- ა) თირკმლის გრაფმების უმრავლესობის მკურნალობა მიმდინარეობს კონსერვატიულად;
- ბ) მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანებისას საჭიროა სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა;
- გ) გადავსებული შარდის ბუშტის გახეთქვა ხშირი გართულებაა;
- \*დ) შარდსაწვეთების გრაფმული დაზიანება ხშირი პათოლოგიაა.

1345. შეარჩიეთ მკურნალობის მეთოდი ურახუსის სრული ხვრელმილის არსებობის დროს 1,5 წლის ბავშვებში

- ა) დაკვირვება;
- ბ) ლეიკოპლასტირის ნახვევი;
- გ) კრიომეოქმელება (კრიოთერაპია) .
- \*დ) ოპერაციული ჩარევა;

1346. ჩამოთვლილი გამოკვლევების მეთოდებიდან რომელია უფრო სარწმუნო სათესლე ჯირკვლის მუცლის შიდა რეგენციის ანუ მონორქიზმის დასადგენად

- ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია;
- \*ბ) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი;
- გ) ჰორმონალური გამოკვლევები;

დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი.

1347. საქართველოში სასკოლო ასაკის ვაჟთა შორის კრიპტორხიზმი გვხვდება

- ა) 0,5%-ში;
- ბ) 1%-ში;
- \*გ) 1,5-2%-ში;
- დ) 3-4%-ში.

1348. ბავშვებს თირკმლის ცხიმოვანი კაფსულა ან არ აქვს, ან ძლიერ სუსტად არის გამოხატული უმთავრესად თირკმლის სისხლძარღვოვანი ფენის მიდამოში შემდეგ ასაკამდე

- ა) 1 წლამდე;
- ბ) 4-5 წლამდე;
- \*გ) 8-9 წლამდე;
- დ) 13-15 წლამდე.

1349. თირკმლები წილებად არის დაყოფილი

- \*ა) 2-3 წლის ასაკამდე;
- ბ) 4-5 წლის ასაკამდე;
- გ) 6-8 წლის ასაკამდე;
- დ) 10-12 წლის ასაკამდე.

1350. ბავშვებში თირკმლის მენჯის უხშირესი თავისებურებაა

- ა) თირკმლის მენჯი არის ექსტრარენული;
- \*ბ) თირკმლის მენჯი არის პარენქიმათი დაფარული (თირკმელშიგნითა მენჯი);
- გ) თირკმლის მენჯი არის გარდამავალი;
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი.

1351. კრიპტორქიზმის მელიკამენტოზური მკურნალობისათვის გამოიყენება:

- ა) ანაბოლური სტეროიდები
- \*ბ) ქორიონალური გონადოტროპინი
- გ) გესტოსტერონი
- დ) მალუთენიზირებელი ჰორმონის რილიზინგ ფაქტორის ანტაგონისტები

1352. 1-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში კრიპტორქიზმის მელიკამენტოზური მკურნალობისას ქორიონალური გონადოტროპინის ოპტიმალური დოზაა:

- \*ა) 500ერთ. კვირაში 2-ჯერ 5 კვირის განმავლობაში
- ბ) 750ერთ. კვირაში 2-ჯერ 5 კვირის განმავლობაში
- გ) 1000ერთ. კვირაში 2-ჯერ 5 კვირის განმავლობაში
- დ) 1500ერთ. კვირაში 2-ჯერ 5 კვირის განმავლობაში

1353. კრიპტორქიზმის დიაგნოსტიკისას ლაპარასკოპია პირდაპირ ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევაში:

- ა) ბილატერალური კრიპტორქიზმი და უარყოფითი ჰორმონალური ტესტი
- \*ბ) ბილატერალური კრიპტორქიზმი, ჰორმონალურმა ტესტმა დაადასტურა ჯირკვლების არსებობა
- გ) ცალმხრივი კრიპტორქიზმი
- დ) 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში

1354. ბავშვთა ასაკში ლაპარასკოპიული ნეფრექტომია ნაჩვენებია:

- ა) ვილმის სიმსივნის არსებობისას
- \*ბ) არამოუწვევლად დისპლაზიური და ჰიდრონეფროზული თირკმლის არსებობისას
- გ) თირკმლის გრავმული დამიანებიასას
- დ) პიონეფროზის შემთხვევაში

1355. ავადმყოფს აქვს ნაწლავთა გაუვალბობის კლინიკა, ცნობილია, რომ მას აქვს თირკმლის მარჯნისებური კენჭები და ქრონიკული პიელონეფრიტი. მას უნდა ჩაუტარდეს

- ა) მიმოხილვითი და ექსკრეტული ურიტრაფია
- \*ბ) სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობა ნაწლავთა გაუვალბობის გამო
- გ) თირკმლის ულტრაბგერითი სკანირება
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1356. მწვავე პარაცისტიტის დამახასიათებელი სიმპტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) სხეულის მაღალი ტემპერატურის
- ბ) ღიზურის
- გ) მუცლის ქვედა მიდამოში ტკივილის
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1357. პარაცისტიტის ყველაზე მძიმე გამოსავალია

- ა) შარდის შეკავება
- ბ) აბსცელირება, მეზობელ ღრუებში ჩირქის გადასვლით

- \*გ) უროსეფსისი
- დ) ჰემბაგურია

1358. სათესლე ჯირკელის სათესლე პარკში შემოგრებისათვის დამახასიათებელია

- ა) თანდათანობით დასაწყისი, სუსტად გამოხატული ტკივილის სინდრომით;
- ბ) სათესლე პარკის ზომიერი ჰიპერემია და შეშუპება, ტკივილის სიმპტომის გარეშე;
- \*გ) დაავადების უცარი დაწყება, სათესლე პარკის სწრაფად მზარდი შეშუპებით, გამოხატული ტკივილის სინდრომით, სათესლე პარკის ჰიპერემიით;
- დ) სათესლე პარკის მზარდი შეშუპება, ტკივილის გარეშე.

სხვადასხვა

1359. თირკმლის მწვავე უკმარისობის პოლიურიული ფაზისთვის დამახასიათებელია

- ა) შარდის დღეღამის რაოდენობა არ აღემატება 200-300 გრ
- \*ბ) შარდის დღეღამის რაოდენობამ შეიძლება მიაღწიოს 2-4 ლ
- გ) განვითარდება დაავადების დაწყებიდან მე-2-3-ე დღეზე
- დ) განვითარდება დაავადების დაწყებიდან მე-20-25-ე დღეზე

1360. ეტიოლოგიისაგან დამოუკიდებლად თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს ინიშნება:

- ა) ანტიბიოტიკები
- ბ) სპაზმოლიტიკები
- გ) კალიუმის პრეპარატები
- \*დ) ანაბოლური სტეროიდები და ოსმოსური დიურეტიკები

1361. ჰემოლიალიზის ჩვენებაა

- ა) გორგლოვანი ფილტვანის ღონის დაქვეითება 5 მლ/წთ-ზე ქვემოთ
- ბ) სისხლის შრატში შარდოვანას რაოდენობის მომატება 20-40 მმოლ/ლ
- გ) სისხლის შრატში კრეატინინის რაოდენობის მომატება 5 მმოლ/ლ
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

1362. ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს როგორი სახის იმუნოდეფიციტი ვითარდება

- ა) პირველადი იმუნოდეფიციტი
- \*ბ) მეორადი იმუნოდეფიციტი
- გ) არ ვითარდება იმუნოდეფიციტი
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1363. ქრონიკული მეორადი პიელონეფრიტის დროს იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის განვითარება შეიძლება დაკავშირებული იყოს

- ა) იმუნიტეტის T-სისტემის დეფიციტთან
- ბ) იმუნიტეტის B-სისტემის დეფიციტთან
- გ) ფაგოციტური ფუნქციის დათრგუნვასთან
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილთან

1364. რომელი იმუნოკომპლექსური უჯრედები განიცდიან ცვლილებებს პიელონეფრიტის დროს

- ა) T - ლიმფოციტები
- ბ) B - ლიმფოციტები
- გ) არც ერთი ჩამოთვლილი
- \*დ) სწორია ყველა

1365. ბუნებრივი რემისტენციის ჰუმორული ფაქტორებიდან რომელი არ მონაწილეობს იმუნოდეფიციტის ფორმირებაში პიელონეფრიტის დროს

- ა) კომპლემენტი
- ბ) პროპერდინი
- გ) ინტერფერონი
- \*დ) ნეიტროფილური ლეიკოციტები

1366. ფაქტორებს, რომლებიც იწვევენ ორსულობის დროს საშარდო სისტემაში ცვლილებებს, განეკუთვნებიან ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ენდოკრინული
- \*ბ) ტემპერატურული
- გ) მექანიკური
- დ) ნეიროჰუმორალური

1367. უროლინამიკის ღარღვევა აღინიშნება ჩვეულებრივ

- ა) ორსულობის 2-4 კვირიდან
- ბ) ორსულობის 7-10 კვირიდან
- გ) ორსულობის 11-20 კვირიდან
- \*დ) ორსულობის 21-30 კვირიდან

1368. ორსულთა შორის უროლოგიური პათოლოგიის დიაგნოსტიკისათვის გამოსაყენებელ ყველაზე უფრო დამოუკიდებელ მეთოდს

წარმოადგენს

- ა) ინსტრუმენტალური
- ბ) რადიოლოგიური
- \*გ) ულტრაბგერითი
- დ) რენტგენოლოგიური

1369. ორსულობაზე ყველაზე მეტ გავლენას ახდენს

- ა) საშარდე სისტემის გაორება
- \*ბ) თირკმლების მენჯის დისტოპია
- გ) თირკმლების წელის დისტოპია
- დ) თირკმლების ჯვარედინა წელის დისტოპია

1370. საშვილოსნოს მიომის ამოკვეთა ნაჩვენებია

- ა) ცისტიტის დროს
- ბ) ცისტალგიის დროს
- \*გ) უროლინამიკის დარღვევის და პიელონეფრიტის ხშირი გამწვავების დროს
- დ) ლიმურის დროს

1371. გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს შესაძლებელია შარდსაწვეთების დაზიანების შემდეგი სახეობა

- ა) გაკვეთა
- ბ) ლიგატურაში მოყოლება
- გ) გაჭყლეტვა
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

1372. ოპერაციის დროს შარდსაწვეთის დაზიანების გამოვლინების შემთხვევაში ქირურგის ტაქტიკა ითვალისწინებს

- ა) შარდის დერივაციას
- ბ) შარდსაწვეთის მთლიანობის აღდგენას
- გ) არცერთი არ არის სწორი
- \*დ) სწორია ყველა

1373. შარდსაწვეთის დაზიანების დროს შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს შარდის გადაყვანის შემდეგი მეთოდები

- ა) ნეფროსტომია
- ბ) ურეთეროსტომია და ურეტეროკუტანოსტომია
- გ) სტენტი
- \*დ) სწორია ყველა

1374. ორსულთა პიელონეფრიტის მკურნალობას ხელს უწყობს

- ა) ანტიბიოტიკოთერაპია
- ბ) უროლინამიკის აღდგენა
- გ) პირველადი ჩირქოვანი კერების სანაცია
- \*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

1375. ქალებს მშობიარობის შემდეგ ბემო საშარდე გზების ტონუსი და უროლინამიკა ნორმალური უხდება

- ა) ერთ კვირაში
- \*ბ) 2-4 კვირაში
- გ) 2 თვეში
- დ) 6 თვეში

1376. ორსულობის შეწყვეტა ნაჩვენებია

- \*ა) თირკმლის ორმხრივი კენჭების და თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის დროს.
- ბ) თირკმლის ფიალის კენჭის დროს
- გ) შარდსაწვეთის კენჭის დროს (ზომით 3X3 მმ)
- დ) თირკმლის მენჯის ერთეული კენჭის დროს

1377. ქალთა სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დროს საშარდე სისტემის ცელილებები დამოკიდებულია

- ა) გენიტალიის სიმსივნის ზომამზე
- ბ) გენიტალიის სიმსივნის ლოკალიზაციაზე
- გ) ჰორმონალურ ძვრებზე
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილზე

1378. შარდბუშგ-საშოს ფისგულის დიაგნოსტიკა ემყარება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა

- ა) ცისტოგრაფიის
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფიის
- გ) ვაგინოგრაფიის
- დ) საშოს დათვალიერებას სარკეებით

1379. შარდბუშგ-საშოს ფისგულის ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) ლიმურია

- ბ) შარდის შეუკავებლობა
- გ) მენსტრუაცია შარდის ბუშტის გზით
- \*დ) შარდის ჩაღვრა საშოში

1380. შარდბუშტ-საშვილოსნოს ფისგულის ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) ღიბურია
- ბ) შარდის შეუკავებლობა
- გ) შარდის ჩაღვრა საშოში
- \*დ) მენსტრუაცია შარდის ბუშტის გზით

1381. ურეთრო-საშოს ფისგულის დიაგნოსტიკის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს

- ა) ვაგინოგრაფია
- \*ბ) საშოს დათვალიერება სარკეებით
- გ) ცისტოსკოპია
- დ) ცისტოგრაფია

1382. შარდსაწვეთ-საშოს ფისგულის კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს

- ა) ღიბურია
- ბ) მუღმივი ტკივილები თირკმლის არეში
- გ) უნებლიე შარდვა
- \*დ) შარდის მუღმივი გამოყოფა საშოდან

1383. შარდსაწვეთ-საშოს ფისგულის დიაგნოსტიკის მეთოდს წარმოადგენს

- ა) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- \*ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია და ვაგინოგრაფია
- გ) ცისტოგრაფია
- დ) ცისტოსკოპია

1384. ნეფრექტომიის წარმოება შარდსაწვეთ-საშოს ფისგულის დროს ნაჩვენებია

- ა) დაზიანებული თირკმლის დამაკმაყოფილებელი ფუნქციის დროს
- \*ბ) არა მოფუნქციე თირკმლის დროს
- გ) თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის დროს
- დ) არცერთი არ არის სწორი

1385. ურეტეროცისტონეონასტომოზის ჩვენებას წარმოადგენს

- \*ა) შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის ფისგულა თირკმლის დამაკმაყოფილებელი ფუნქციის დროს
- ბ) შარდსაწვეთის შუა მესამედის ფისგულა
- გ) არამოფუნქციე თირკმელი
- დ) მიკროცისტოტი

1386. დაძაბვის დროს უნებლიე შარდვის ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს

- ა) ცისტალგია
- ბ) ცისტიტი
- გ) ურეთრიტი
- \*დ) სამშობიარო ტრავმა

1387. დაძაბვის დროს უნებლიე შარდვის განვითარებას ხელს უწყობს

- ა) მენჯის ფუძის ქსოვილების თანდაყოლილი არასრულფასოვნება
- ბ) ნეიროგენული მიმეზები
- გ) ესტროგენული ჰორმონების უკმარისობა
- \*დ) ყველა ჩამოთვლილი

1388. უნებლიე შარდვის უფრო გიპიურ ნიშანს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ურეთრის ფუნქციური სიგრძის დამოკლება
- ბ) ურეთრის მაქსიმალური შიდა წნევის დაქვეითება
- გ) დაძაბვის დროს ურეთრის შიდა წნევაზე შარდის ბუშტის შიდა წნევის მნიშვნელოვანი გალაჭარბება
- \*დ) ურეთრის შიდა წნევის მომატება

1389. დაძაბვისას უნებლიე შარდვის დროს სამკურნალო ფიზკულტურა მიმართულია

- ა) მენჯის ფუძის და შორისის კუნთების გასამაგრებლად
- ბ) შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის სფინქტერების გასამაგრებლად
- გ) არცერთი არ არის სწორი
- \*დ) სწორია ყველა

1390. უნებლიე შარდვის გამო ოპერაციისათვის მომზადება მოიცავს

- ა) კომპლექსურ უროლოგიურ, გინეკოლოგიურ, ნეფროლოგიურ გამოკვლევას
- ბ) შარდსასქესო ორგანოების გულმოდგინედ მომზადებას და შორისის კანის სანაცვას
- გ) ნაწლავების მომზადებას



\*დ) სწორია ყველა

1391. დაბავებით უნებლიე შარდვის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ შესაძლებელია შემდეგი გართულებანი

ა) შარდის შეკავება

ბ) ცისტეტი

გ) არცერთი არ არის სწორი

\*დ) სწორია ყველა

1392. ორსულობის დროს შარდკენჭოვანი დაავადების გეგმიური ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური დროა

ა) ორსულობის 1-3 კვირა

ბ) ორსულობის 4-8 კვირა

გ) ორსულობის 9-12 კვირა

\*დ) ორსულობის 14-18 კვირა

1393. ბოარის ოპერაცია ნაჩვენებია

ა) შარდსაწვეთის შუა მესამედის ფისკულის და თირკმლის დამაკმაყოფილებელი ფუნქციის დროს

\*ბ) შარდსაწვეთის ქვემო მესამედის ობლიგერაციის დროს

გ) არამოფუნქციე თირკმლის დროს

დ) მცირე ტევადობის შარდის ბუშგის დროს

1394. დასახელებულ სამედიცინო შარდსაწვეთო ფისკულების განვითარების მიზებში

ა) მშობიარობა მენჯის წინამდებარეობით

ბ) ქვემო საშარდე გზების ქრონიკული ინფექცია

გ) შარდბუშგ-გენიტალური მიდამოს ქსოვილების გროფიკის დარღვევა

\*დ) შარდის ბუშგის ქირურგიული გრავმა სამედიცინო-გინეკოლოგიური დაზიანების დროს

1395. სათესლე პარკის პროტემირებას ორხექტომიის შემდგომ სილიკონის ენდოპროტემით აწარმოებენ

ა) დისმორფოლოგიური განცლების პროფილაქტიკისათვის

ბ) სოციალური ადაპტაციის შესაძლებლობის გაუმჯობესებისათვის

გ) პირუვნების ფსიქოპათიკის პროფილაქტიკისათვის

\*დ) ყველა ჩამოთვლილისათვის

1396. რა ასაკში გვხვდება პიელონეფრიტი ქალებში უფრო ხშირად?

ა) ბავშობის

\*ბ) ახალგაზრდა

გ) ხნიერ

დ) მოხუცებულობისას

1397. რა ითვლება გოგონებში პიელონეფრიტის განვითარების უხშირეს ხელშემწყობ ფაქტორად?

ა) გაცივება

ბ) შიშო- და ავიტამინოზი

\*გ) ვულვოვაგინიტი

დ) გარეთა სასქესო ორგანოების ჰიგიენის დაუცველობა

1398. ორსულთა პიელონეფრიტი ხშირად არის შედეგი

\*ა) ლაგენტურად მიმდინარე ქრონიკული ინფექციის

ბ) ენდოგენური ინფექციის კერების

გ) პირველადად განვითარებული მწვავე პროცესის

დ) გენიტალიების ანთებითი პროცესის

1399. დასახელებულ კვლევის რომელი მეთოდები გამოიყენება ორსულთა პიელონეფრიტებში

ა) ექსკრეტორული უროგრაფია

ბ) საშარდე გზების მიმოხილვითი რენდგენოგრაფია

\*გ) თირკმლების ექსკენირება

დ) რეგროგრადული პიელოგრაფია

1400. როგორ უნდა ავიდეთ შარდი გამოსაკვლევად ორსულთა პიელონეფრიტის დროს?

ა) კათეტერიზაციით

ბ) კაპილარული პუნქციით

გ) ინტრაოპერაციულად

\*დ) შარდის ნაკადის შუა ულუფის ალებით

1401. რომელი ინფექციები განეკუთვნება უროგენიტალურს

\*ა) ქლამიდიოზი, მიკოპლაზმული, გენიტალური ჰერპესი

ბ) სიფილისი

გ) გონორეა

დ) შიდსი

1402. უროგენიტალური ინფექციებისას დასნებოვნების რომელი გზა ითვლება ძირითადად?

- ა) ჰემატოგენური
- ბ) ლიმფოგენური
- \*გ) სქესობრივი
- დ) ალიმენტარული

1403. უროგენიტალური ქლამიდიომის ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება

- ა) 40-60 დღე
- ბ) 120-150 დღე
- გ) 1-3 დღე
- \*დ) 10-15 დღე

1404. თირკმლის ფიბროზული კაფსულის ანთებას ეწოდება

- ა) პარანეფრიტი
- ბ) აპოსტომატოზი
- \*გ) პერინეფრიტი
- დ) არცერთი ჩამოთვლილთაგანი

1405. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა ხშირად ვითარდება

- ა) თირკმლის პოლიკისტოზის დროს
- ბ) გლომერულონეფრიტის დროს
- გ) არცერთი არ არის სწორი
- \*დ) სწორია ყველა

1406. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობისათვის დამახასიათებელია

- ა) სისხლში ამოტური შლაკების მომატება
- ბ) მოფუნქციონირე ნეფრონების რაოდენობის შემცირება
- გ) არცერთი ჩამოთვლილი
- \*დ) სწორია ყველა

1407. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კომპენსატორული სტადიისათვის დამახასიათებელია

- ა) დღე-ღამის დიურეზის მომატება
- ბ) გორგლოვანი ფილტრაციის დაქვეითება 60-70 მლ/წთ-მდე
- გ) არცერთი ჩამოთვლილი
- \*დ) სწორია ყველა

1408. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს პირველ რიგში აღინიშნება

- ა) გულის რევა, ლებინება
- ბ) ქავილი, განსაკუთრებით ღამის საათებში
- გ) სისხლში ამოტური შლაკების მომატება
- \*დ) სწორია ყველა

1409. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი საკერავი მასალა არის გაწოვადი გარდა ერთისა

- ა) მაქსონი
- ბ) დექსონი
- \*გ) პროლენი
- დ) ვიკრილი

1410. ალფა-ადრენობლოკატორების გამოყენებისას შესაძლო გვერდითი მოვლენებიდან, რომელი ახასიათებს ომნიკით მკურნალობას, და ისიც დაახლოებით 3%-ში

- ა) ცხვირის ლორწოვანის ჰიპერემია/რინიტი
- ბ) ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია
- გ) თავის ტკივილი
- \*დ) რეგროგრადული ეაკულაცია

1411. ქვემოთ ჩამოთვლილი ალფა-1 ადრენობლოკატორებიდან რომელს ახასიათებს 20-ჯერ მაღალი შერჩევითი მოქმედება ალფა-1 A ადრენორეცეპტორებზე, და ალფა-1 B რეცეპტორებთან შედარებით

- ა) დოქსაზოზინი (კარდურა)
- ბ) პრაზოზინი (მინიპრესი)
- გ) ტერაზოზინი (ჰაიგრინი)
- \*დ) გამსულოზინი (ომნიკი)

1412. ალფა-ადრენობლოკატორებით მკურნალობისას დოზის გიგირება არ ესაჭიროება:

- ა) ალფუზოზინი (დალფაზი)
- ბ) პრაზოზინი (მინიპრესი)
- გ) ტერაზოზინი (ჰაიგრინი)
- \*დ) გამსულოზინი (ომნიკი)

1413. რომელი პრეპარატით მკურნალობის დროს არის მინიმალური რისკი განვითარდეს ორთოსტიკური კოლაფსი

- ა) დოქსამინი (კარდურა)
- ბ) პრაზომინი (მინიპრესი)
- გ) ტერაზომინი (ჰაიგრინი)
- \*დ) გამსულომინი (ომნიკი)

1414. რომელი პრეპარატით მკურნალობის დროსაა შესაძლებელი პირველივე დღეს ეფექტის მიღება

- ა) ფინასგერიდი (პროსკარი)
- \*ბ) გამსულომინი (ომნიკი)
- გ) პრაზომინი (მინიპრესი)
- დ) ალფუმომინი (დალფაზი)