

\\\\ შარდის რაოდენობრივ ცვლილებებს მიეკუთვნება:

- \\\\ სტრანგურია;
- \\ ანურია;
- \\\\ ნიქტურია;
- \\\\ პოლაკიურია;

\\\\ როდესაც შარდის დღეღამის რაოდენობა არ აღემატება 500 მლ-ს ადგილი აქვს:

- \\\\ ანურიას;
- \\\\ პოლიურიას;
- \\ ოლიგურიას;
- \\\\ დიზურიას;

\\\\ ჩამოთვლილ დაავადებებს შორის, რომელი მიეკუთვნება შარდის რაოდენობრივი ცვლილებების პოსტრენულ ფაქტორს:

- \\\\ ჰიპოვოლემია;
- \\\\ მწვავე ინტერსტიციული ნეფრიტი;
- \\\\ გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა;
- \\ საშარდე გზების კენჭებით სრული ობსტრუქცია;

\\\\ ჩამოთვლილ დაავადებებს შორის, რომელი მიეკუთვნება შარდის რაოდენობრივი ცვლილებების ინტარენულ ფაქტორს:

- \\\\ თირკმლის სოლიტარული კისტა;
- \\\\ შოკი, კოლაფსი;
- \\ სწრაფად პროგრესირებადი გლომერულონეფრიტი;
- \\\\ მეგაკალიკოზი;

\\\\ შარდში სისხლის ფორმიანი ელემენტების არსებობას ეწოდება;

- \\\\ პროტეინურია;
- \\ ჰემატურია;
- \\\\ ოლიგურია;
- \\\\ პიურია;

\\\\ ინიციალური ჰემატურიის დროს სისხლი შარდში აღინიშნება:

- \\ მოშარდვის დაწყებისას;
- \\\\ მოშარდვის დამთავრებისას;
- \\\\ შარდის ლაბორატორიული კვლევისას;
- \\\\ მოშარდვის მთელი აქტის განმავლობაში;

\\\\ ნორმაში შარდში ცილის შემცველობა არ აღემატება:

\\ 0,033გ/ლ;

\\ 0,0033გ/ლ;

\\ 1,0გ/ლ;

\\ 0,33გ/ლ;

\\\\ პროტეინურია შესაძლებელია იყოს;

\\ მიკრო და მაკრო;

\\ ცრუ და ჭეშმარიტი;

\\ მარტივი და რთული;

\\ ჰიპო და ჰიპერ;

\\\\ შარდში ჩირქის არსებობას ეწოდება:

\\ ბაქტერიურია;

\\ ცილინდრურია;

\\ პიურია;

\\ პნემატურია;

\\\\ მიოგლობინურიის მიზეზი შესაძლებელია იყოს:

\\ მწვავე პიელონეფრიტი;

\\ თირკმლის ექინოკოკი;

\\ გლომერულონეფრიტი;

\\ კრამ-სინდრომი;

\\\\ ჭეშმარიტ ცილინდრურიას არ მიეკუთვნება:

\\ ჰიალინური;

\\ შარდმჟავა;

\\ მარცვლოვანი;

\\ ცვილისებური;

\\\\ ჰიდატურია დამახასიათებელია:

\\ შისტომატოზისთვის;

\\ თირკმლის კარბუნკული;

\\ თირკმლის ტუბერკულოზი;

\\ თირკმლის ექინოკოკი;

\\\\ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელი არ იწვევს თირკმლის ჭკვალს?

\\ ნეფროპტოზი;

\\ მარჯუნისებური ნეფროლითიაზი;

\\ შარდსაწვეთის კენტით ობსტრუქცია;

\\ შარდსაწვეთის დაზიანება;

- \\\\ ყრუ ხასიათის ტკივილი დამახასიათებელია ჩამოთვლილ დაავადებებიდან ყველა შემთხვევაში, გარდა ერთისა;
 - \\\\ თირკმლის სიმსივნე;
 - \\\\ თირკმლის მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის სტრიქტურა;
 - \\\\ ურეტეროცელე;
 - \\\\ თირკმლის მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტის კენჭი.

- \\\\ სათესლე პარკის არეში მწვავე ტკივილის მიზეზი შესაძლებელია იყოს:
 - \\\\ ვარიკოცელე;
 - \\\\ სათესლე ჯირკვლის შემოგრება;
 - \\\\ სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე;
 - \\\\ ჰიდროცელე;

- \\\\ შარდის ბუშტის არეში ტკივილს არ იწვევს;
 - \\\\ შარდის ბუშტის კენჭი;
 - \\\\ შარდის ბუშტის სიმსივნე;
 - \\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია;
 - \\\\ მწვავე ცისტეტი;

- \\\\ დიზურია ეს არის:
 - \\\\ მოშარდვის აქტის დარღვევა;
 - \\\\ თირკმელების მიერ შარდის გამოყოფის დარღვევა;
 - \\\\ დღეღამის შარდის რაოდენობის მომატება;
 - \\\\ შარდში ცილების არსებობა;

- \\\\ რომელი არ მიეკუთვნება დიზურიის სახეებს?
 - \\\\ პოლაკიურია;
 - \\\\ სტრანგურია;
 - \\\\ იზოსტენურია;
 - \\\\ ნიქტურია;

- \\\\ რომელი დაავადებისათვის არ არის დამახასიათებელი დიზურია?
 - \\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია;
 - \\\\ პროსტატის კიბო;
 - \\\\ ურეთრიტი;
 - \\\\ ვარიკოცელე;

- \\\\ სტრანგურია ეს არის:
 - \\\\ მოშარდვის აქტის გახშირება;
 - \\\\ გაძნელებული და მტკივნეული შარდვა;
 - \\\\ შარდის შეკავება;
 - \\\\ ღამით შარდის შეუკავებლობა;

\\\\ რომელი არ მიეკუთვნება შარდის შეუკავებლობის სახეს?

- \\ ნიქტურია;
- \\ ენურეზი;
- \\ სტრეს-ინკონტინენცია;
- \\ პარადოქსული იშურია;

\\\\ ურეთრორაგია ეწოდება:

- \\ სისხლიან შარდვას;
- \\ ურეთრიდან სისხლის გამოყოფას მოშარდვის აქტის გარეშე;
- \\ ურეთრიდან ანთებადი სეკრეტის გამოყოფას;
- \\ სპერმაში სისხლის არსებობას;

\\\\ შარდის დაძაბვითი შეუკავებლობის მიზეზია:

- \\ შარდის ბუშტის კენჭი;
- \\ ნეფროპტოზი;
- \\ შარდის ბუშტ-საშოს ანატომიური კუთხის ცვლილება;
- \\ ურეტეროცელე;

\\\\ რომელი დაავადებებისათვის არ არის დამახასიათებელი მაღალი ტემპერატურა შემცივნებით?

- \\ მწვავე ცისტითი;
- \\ მწვავე პიელონეფრიტი;
- \\ პროსტატის აბსცესი;
- \\ თირკმლის კავერნოზული ტუბერკულოზი;

\\\\ ეაკულატში სპერმატოზოიდების არარსებობას ეწოდება:

- \\ ასპერმატიზმი;
- \\ აზოოსპერმია;
- \\ ოლოგოზოოსპერმია;
- \\ ასტენოზოოსპერმია;

\\\\ საშარდე ორგანოების იატროგენულ დაზიანებას იწვევს:

- \\ ბლავგი საგნით ტრავმის მიყენება;
- \\ სადიაგნოსტიკო ან სამკურნალო მანიპულაციების არასწორი ჩატარება;
- \\ ცივი ან ცეცხლსასროლი იარაღის გამოყენება;
- \\ სიმადლიდან ჩამოვარდნა;

\\\\ თირკმლის არაგავრცობადი პერირენული ჰემატომა შემოსაზღვრული რეტროპერიტონეუმით, პარენქიმის 1 სმ-ზე ნაკლები სიღრმის დაზიანებით და შარდის ექსტრავაზაციის გარეშე მიეკუთვნება დაზიანების:

\\\\ I ხარისხს;

\\ II ხარისხს;

\\\\ III ხარისხს;

\\\\ IV ხარისხს;

\\\\ თირკმლის პარენქიმის დაზიანება, რომელიც მოიცავს ქერქოვან, ტვინოვან შრეებს და შემკრებ სისტემას, მკვებავ სისხლძარღვებს მათი თრომბოზის, პარანეფრალური ჰემატომის და ურინომის განვითარებით მიეკუთვნება დაზიანების:

\\\\ I ხარისხს;

\\\\ II ხარისხს;

\\\\ III ხარისხს;

\\ IV ხარისხს;

\\\\ თირკმლის დახურული ტრავმის რომელი ხარისხის დროს შესაძლებელია არ აღინიშნებოდეს ჰემატურია?

\\\\ I – II ხარისხი;

\\\\ III ხარისხი;

\\\\ IV ხარისხი;

\\ V ხარისხი;

\\\\ თირკმლის პარენქიმის 1 სმ-ზე მეტი სიღრმის დაზიანება, შემკრები სისტემის დაზიანების და შარდის ექსტრავაზაციის გარეშე მიეკუთვნება:

\\\\ I ხარისხს;

\\\\ II ხარისხს;

\\ III ხარისხს;

\\\\ IV ხარისხს;

\\\\ თირკმლის ტრავმის დამახასიათებელ სიმპტომს არ მიეკუთვნება:

\\\\ ტკივილი;

\\ ტემპერატურის მომატება;

\\\\ ჰემატურია;

\\\\ მოცულობითი წარმონაქმნი ლუმბალურ არეში;

\\\\ კონსერვატულ მკურნალობას ექვემდებარება თირკმლის დახურული დაზიანების:

\\ I–II ხარისხი;

- \\ \\ მხოლოდ I ხარისხი;
- \\ \\ II ხარისხი;
- \\ \\ I, II, III ხარისხი;

- \\ \\ \\ თირკმლის მთლიანობის სრული მრავლობითი დარღვევა, სისხლძარღვოვანი ფეხიდან მოწვევება და მისი დევესკულარიზაცია მიკუთვნება დაზიანების:
 - \\ \\ \\ I ხარისხს;
 - \\ \\ \\ III ხარისხს;
 - \\ \\ V ხარისხს;
 - \\ \\ \\ IV ხარისხს;

- \\ \\ \\ რომელი ხარისხის დაზიანებას განეკუთვნება შარდსაწვეთის ტრავმა მისი სანათურის მთლიანობის დარღვევის გარეშე, მხოლოდ ჰემატომის განვითარებით?
 - \\ \\ I;
 - \\ \\ II;
 - \\ \\ III;
 - \\ \\ IV;

- \\ \\ \\ შარდსაწვეთის კედლის დიამეტრის 50%-ზე მეტი დაზიანება, განეკუთვნება დაზიანების:
 - \\ \\ \\ I-II ხარისხს;
 - \\ \\ \\ III ხარისხს;
 - \\ \\ \\ IV ხარისხს;
 - \\ \\ \\ V ხარისხს;

- \\ \\ \\ შარდსაწვეთის მთლიანობის სრული დარღვევა მისი ბოლოების ერთმანეთისგან 2 სმ-ზე მეტი ცდომით, ეს არის დაზიანების:
 - \\ \\ V ხარისხი;
 - \\ \\ \\ IV ხარისხი;
 - \\ \\ \\ III ხარისხი;
 - \\ \\ \\ I-II ხარისხი;

- \\ \\ \\ ჩამოთვლილთაგან კვლევის რომელი მეთოდია ყველაზე მეტად ინფორმაციული შარდსაწვეთის დაზიანების დიაგნოსტიკისთვის?
 - \\ \\ რეტროგრადული ურეთეროპიელოგრაფია;
 - \\ \\ \\ კომპიუტერული ტომოგრაფია;
 - \\ \\ \\ ნეფროსცინტიგრაფია;
 - \\ \\ \\ მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია;

\\\\ რა გართულება შეიძლება განვითარდეს ქალებში შარდსაწვეთის ამოუცნობი ინტრაოპერაციული დაზიანების შემთხვევაში?

- \\\\ შარდის ბუშტი-საშოს ფისტულა;
- \\\\ შარდის შეკავება;
- \\\\ შარდის შეუკავებლობა;
- \\\\ შარდსაწვეთ-საშოს ფისტულა;

\\\\ მენჯის ძვლების მოტეხილობა იწვევს:

- \\\\ შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონულ დაზიანებას;
- \\\\ შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონულ დაზიანებას;
- \\\\ თირკმლის IV ხარისხის დაზიანებას;
- \\\\ შარდის ბუშტის კონტუზიას;

\\\\ ჩამოთვლილთაგან კვლევის რომელი მეთოდია ყველაზე მეტად ინფორმაციული შარდის ბუშტის დაზიანების დიაგნოსტიკისთვის?

- \\\\ ექსკრეტორული უროგრაფია;
- \\\\ რეტროგრადული ურეთროპიელოგრაფია;
- \\\\ რეტროგრადული ურეთროცისტოგრაფია;
- \\\\ შარდის ბუშტის ულტრაბგერითი კვლევა;

\\\\ რა გართულება შეიძლება განვითარდეს ქალებში შარდის ბუშტის ამოუცნობი ინტრაოპერაციული დაზიანების შემთხვევაში?

- \\\\ შარდის შეუკავებლობა;
- \\\\ შარდის ბუშტი-საშოს ფისტულა;
- \\\\ შარდსაწვეთ-საშოს ფისტულა;
- \\\\ შარდის შეკავება;

\\\\ რომელი სიმპტომი არ არის დამახასიათებელი შარდის ბუშტის დაზიანებისთვის?

- \\\\ ტკივილი;
- \\\\ ანურია;
- \\\\ ჰემატურია;
- \\\\ მოშარდვის აქტის დარღვევა;

\\\\ რომელი სიმპტომი არ არის დამახასიათებელი ურეთრის დაზიანებისთვის?

- \\\\ ურეთრორაგია;
- \\\\ შარდის შეკავება;
- \\\\ ჰემატურია;
- \\\\ შორისის ან სათესლე პარკის ჰემატომა;

\\\\ ურეთრის დაზიანების რომელ ხარისხს განეკუთვნება კონტუზია, ურეთრორაგია, ურეთროგრამაზე საკონტრასტო ნივთიერების ექსტრაგაზაციის გარეშე?

\\ I;

\\\\ II;

\\\\ III;

\\\\ IV;

\\\\ ურეთრის დაზიანების რომელ ხარისხს განეკუთვნება უკანა ურეთრის სრული ან ნაწილობრივი დაზიანება კომბინირებული შარდის ბუშტის ყელის მოგლეჯასთან.

\\\\ I-II;

\\\\ III;

\\\\ IV;

\\ V;

;

\\\\ ასოს დახურულ დაზიანებას არ მიეკუთვნება:

\\\\ ღრძობა;

\\ პრიაპიზმი;

\\\\ ამოვარდნილობა;

\\\\ მოტეხილობა;

\\\\ ჩამოთვლილთაგან სათესლე პარკის ორგანოთა ტრავმის დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმაციულ მეთოდს წარმოადგენს:

\\\\ მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია;

\\\\ ექსკრეტორული უროგრაფია;

\\ ულტრაბგერითი კვლევა;

\\\\ ურეთროგრაფია;

\\\\ სათესლე ჯირკვლის შემოგრებისას ოპერაციული მკურნალობა უნდა ჩატარდეს შემოგრებიდან არაუგვიანეს:

\\\\ 48 საათი;

\\ 24 საათი;

\\\\ 36 საათი;

\\\\ 72 საათი;

\\\\\\ საშარდე სისტემის ინფექციების ყველაზე ხშირი გამომწვევია:

\\\\ *Klebsiella, Proteus*

\\\\ *Staphylococcus aureus*

\\\\ *Proteus*

\\ *Escherichia coli*

\\\\ *Enterobacter*

\\\\ *Pseudomonas*

\\\\\\ ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან არასწორია:

\\\\ ბაქტერიურია ეწოდება შარდში ბაქტერიის არსებობას

\\\\ პიურია შარდში ლეიკოციტების არსებობას

\\ ბაქტერიურია პიურიის გარეშე საშარდე გზების აქტიური ინფექციური პროცესის ნიშანია

\\\\ პიურია ბაქტერიურიის გარეშე იგივეა, რაც სტერილური პიურია

\\\\ ლეიკოციტური ესტერაზა შარდში ლეიკოციტების დაშლის პროდუქტია და პიურიის არსებობაზე მიანიშნებს.

\\\\\\ ბოლო რამდენიმე საათია 25 წლის ქალი უჩივის შემცივნებას, ცხელებას (39.4 °C) და ტკივილს წელ-ზურგის არეში მარჯვნივ. აღნიშნულ სიმპტომებს წინ უძღოდა გახშირებული შარდვა. წვა შარდვის დროს და მოშარდვის იმპერატიული სურვილები. კლინიკაში მოყვანის შემდეგ პაციენტს აღენიშნა გულისრევა და პირღებინება. შარდის საერთო ანალიზში ვლინდება ლეიკოციტურია და ერთროციტურია, სისხლში - ლეიკოციტოზი, მაღალი ედს და C-რეაქტიური ცილის მომატებული დონე. თქვენი შემდეგი ნაბიჯი იქნება:

\\\\ საშარდე გზების ექოსკოპიური კვლევა ობსტრუქციის გამოსარიცხად და მის მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის საკითხის გადაწყვეტა

\\ პაციენტის დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია, საშარდე სისტემის ექოსკოპიური კვლევა და მკურნალობა პარენტერალური ანტიბიოტიკებით

\\\\ პაციენტის გაწერა ბინაზე პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპიით და

ჰოსპიტალიზაცია 72 საათში მდგომარეობის გაუმჯობესების არარსებობის შემდეგ

\\\\ გადაუდებელი მარჯვენამხრივი ნეფროსტომია

\\\\\\ ყველაზე ხშირად პიელონეფრიტს იწვევს:

\\ ნაწლავის ჩხირი

\\\\ პროტეუსი

\\\\ ლურჯ-მწვანე ჩირქმზადი ჩხირი

\\\\ სტაფილოკოკი

\\\\\\ ემფიზემატოზური პიელონეფრიტის შესახებ მცდარია შემდეგი დებულება:

\\\\ ემფიზემატოზური პიელონეფრიტი წარმოადგენს პიელონეფრიტის გართულებას, რომელსაც საფუძვლად უდევს თირკმლის ქსოვილის ნეკროზი

\\ ემფიზემატოზური პიელონეფრიტის დამახასიათებელი ნიშნებია პარენქიმასა და პერინეფრულ სივრცეში აირის არსებობა

\\ ემფიზემატოზური პიელონეფრიტი იშვიათი თანდაყოლილი დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს საშარდე გზების მორეციდივე ინფექციები

\\ ემფიზემატოზური პიელონეფრიტი უხშირესად აღინიშნება შაქრიანი დიამეტით დაავადებულ პაციენტებში

\\ \\ \\ 50 წლის ქალი შემოვიდა მწვავე პიელონეფრიტზე საექვო სიმპტომებით: ტკივილით მარჯვენა ნეკნ-ხერხემლის კუთხეში, ცხელება, რომელსაც წინ უსწრებდა შემცივნება. მარჯვენა მენჯ-შარდსაწვეთის სეგმენტში ისახება დიდი ზომის კონკრემენტი, რომელიც იწვევს ობსტრუქციას და იმავე მხარეს მენჯ-ფიალოვანი სისტემის გამოხატულ დილატაციას. თქვენი ტაქტიკაა:

\\ \\ \\ სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ინტენსიური პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია

\\ \\ \\ გადაუდებელი ექსტრაკორპორული (დისტანციური) ლითოტრიპსია

\\ \\ \\ პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია ამბულატორიულად მწვავე პერიოდის დასრულებამდე და შემდეგ ლითოტრიპსია

\\ \\ პერკუტანული ნეფროსტომია და შემდეგ ლითოტრიპსია

\\ \\ \\ შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციების შესახებ რომელი დებულებაა არასწორი:

\\ \\ \\ შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციების გავრცელების ყველაზე ხშირი გზა ურეთრული ანუ აღმავალია

\\ \\ \\ დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პაციენტებში შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციები შეიძლება გავრცელდეს ჰემატოგენურად

\\ \\ \\ ჰემატოგენური ინფექციების ხშირი გამომწვევია ოქროსფერი სტაფილოკოკი

\\ \\ ასიმპტომური ბაქტერიურიის შემთხვევაში აუცილებელია მკურნალობა ყველა კატეგორიის პაციენტში, გარდა ორსულებისა.

\\ \\ \\ შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია შარდის დინების შეფერხება, სტაზი და რეფლუქსი

\\ \\ \\ მიუთითეთ სწორი დებულება თირკმლის აბსცესის შესახებ:

\\ \\ თირკმლის აბსცესის საექვო კლინიკური ნიშნებია: ხანგრძლივი ცხელება, წელ-ზურგის ან ფერდქვეშა მიდამოს ტკივილი, შემცივნება და დიზურია, რომლებიც ჩვეულებრივ 2 კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება

\\ \\ \\ თირკმლის აბსცესის დიაგნოზი ძირითადად კლინიკურია და არ საჭიროებს შემდგომ ვიზუალიზაციას

\\ \\ \\ თირკმლის აბსცესის ერთადერთი ეფექტური მკურნალობის მეთოდია ოპერაცია - ნეფრექტომია

\\ \\ \\ გეროტას ფასციას მიღმა გავრცელებულ თირკმლის აბსცესს პერინეფრული ეწოდება,

\\\\ 40 წლის მამაკაცი უჩივის უეცრად განვითარებულ ტკივილს გავა-წელის არეში ირადიაციით სათესლე ჯირკვლებისა და შორისის მიდამოებში. აღინიშნება ცხელება, შემცივნება, ძლიერი ზოგადი სისუსტე, ართრალგია და გახშირებული შარდვა წვისა და ტკივილის შეგრძნებით. შარდში აღინიშნება ლეიკოციტურია და ჰემატურია, სისხლში - ლეიკოციტოზი; მომატებულია შრატის პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) დონე. თქვენი სავარაუდო დიაგნოზია:

- \\\\ სათესლე ჯირკვლის შემოგრეხვა
- \\\\ მწვავე პიელონეფრიტი
- \\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია გართულებული შარდის მწვავე შეკავებით
- \\\\ პროსტატის ადენოკარცინომა
- \\\\ მწვავე ცისტიტი
- \\ მწვავე ბაქტერიული პროსტატიტი
- \\\\ მწვავე ორქოეპიდდიმიტი

\\\\\\ მწვავე ურეთრიტის შესახებ არასწორია შემდეგი დებულება:

- \\\\ მწვავე ურეთრიტის დამახასიათებელი სიმპტომია ურეთრიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი
- \\\\ მწვავე ურეთრიტის დამახასიათებელი ნიშანია ≥ 5 ლეიკოციტი გრამის წესით შედებილ ურეთრალური გამონადენის მიკროსკოპიული გამოკვლევის დროს
- \\\\ მწვავე ურეთრიტის უხშირესი გამომწვევია *Neisseria gonorrhoeae* და *Chlamydia trachomatis*
- \\ მწვავე ურეთრიტის უხშირესი გამომწვევია ნაწლავის ჩხირი და ოქროსფერი სტაფილოკოკი
- \\\\ მწვავე ურეთრიტის დადგენის შემთხვევაში აუცილებელია სქესობრივი პარტნიორის გამოკვლევა და მკურნალობა.

\\\\\\ მწვავე ეპიდდიმიტის დროს სათესლე ჯირკვლის დანამატი:

- \\\\ მკვეთრად დაჭიმულია
- \\\\ გადიდებულია
- \\\\ ატროფიულია
- \\ მკვეთრად დაჭიმული და გადიდებულია
- \\\\ მკვეთრად დაჭიმული და ატროფიულია

\\\\\\ მწვავე ეპიდდიმიტი შესახებ მართებულია ყველა დებულება, გარდა ერთისა:

- \\ სქესობრივად აქტიურ ჰეტეროსექსუალ მამაკაცებში ეპიდდიმიტის ძირითადი გამომწვევია ნაწლავის ჩხირი
- \\\\ მწვავე ეპიდდიმიტის დროს პაციენტი უჩივის ძლიერი სკროტალურ ტკივილს, სათესლე პარკის სიწითლესა და შეშუპებას, გახშირებულ და მტკივნეულ შარდვას

\\ \\ \\ ორალურ ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად საჭიროა წოლითი რეჟიმი, სათესლე ჯირკვლების აწეულ მდგომარეობაში ფიქსაცია და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების მიღება

\\ \\ \\ სქესობრივად გადამდები ინფექციის არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია პარტნიორის გამოკვლევა და მკურნალობა

\\ \\ \\ \\ ორსულთა პიელონეფრიტის შესახებ *სწორია*:

\\ \\ \\ საჭიროა პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია ფტორქინოლონებით

\\ \\ \\ ასიმპტომური ბაქტერიურიის მკურნალობა ორსულებში არ ამცირებს პიელონეფრიტის განვითარების რისკს

\\ \\ ორსულთა პიელონეფრიტის დროს ზედა საშარდე გზების ობსტრუქციის დადგენის შემთხვევაში აუცილებელია შარდის დრენირება შარდსაწვეთის რეტროგრადული სტენტირების ან პერკუტანული ნეფროსტომიის გზით

\\ \\ \\ ორსულთა პიელონეფრიტის განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს განვითარებული ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებები საშვილოსნოს ზეწოლისა და ჰორმონული ფონის გამო

\\ \\ \\ \\ ცისტეტი უხშირესად აღინიშნება შემდეგ ასაკში

\\ \\ \\ 11-20 წელი

\\ \\ 21-40 წელი

\\ \\ \\ 41-50 წელი

\\ \\ \\ 51-60 წელი

\\ \\ \\ \\ არაგონოკოკური მწვავე ურეთრიტის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

\\ \\ ქლამიდიური ინფექცია

\\ \\ \\ ვირუსი

\\ \\ \\ სოკოვანი ინფექცია

\\ \\ \\ რადიაცია

\\ \\ \\ ალერგიული რეაქცია

\\ \\ \\ \\ ბალანოპოსტიტის შესახებ *არასწორია*:

\\ \\ \\ ბალანოპოსტიტი ეწოდება სასქესო ასოს თავისა და ჩუჩის ანთებას

\\ \\ ბალანოპოსტიტი ვითარდება მხოლოდ წინადაცვეთილ მამაკაცებში

\\ \\ \\ ბალანოპოსტიტის რისკ-ფაქტორებია შაქრიანი დიაბეტი და ფიმოზი

\\ \\ \\ ბალანოპოსტიტის მკურნალობა ძირითადად ადგილობრივი საშუალებებით ხდება

\\ \\ \\ \\ ქრონიკული ინფექციური ეპიდდემო-ორქეტი საჭიროა დიფერენცირებულ იქნას ყველა ჩამოთვლილისაგან, გარდა:

- \\ სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის ტუბერკულოზისა
- \\ სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის სიმსივნისა
- \\ სპერმატოცელეს
- \\ ვარიკოცელეს

- \\ \\ \\ თირკმლის ჭვალის დროს ტკივილების ლოკალიზაციაა:
- \\ \\ მუცელში
- \\ \\ მკერდში
- \\ \\ წელსა და ფერდქვეშა არეში
- \\ \\ ბოქვენთან.

- \\ \\ \\ თირკმლის ჭვალის გამომწვევი მიზეზია:
- \\ \\ თირკმლის კენჭი
- \\ \\ შარდსაწვეთის კენჭი
- \\ \\ შარდსაწვეთის სპაზმი და თირკმლის შიდა წნევის მომატება
- \\ \\ გაციებითი ფაქტორი.

- \\ \\ \\ ნეფროლითიაზის მკურნალობის მეთოდია: \\ კონსერვატიული და ოპერაციული
- \\ \\ მხოლოდ კონსერვატიული
- \\ \\ მხოლოდ ოპერაციული
- \\ \\ მხოლოდ სანატორულ-კურორტული.

- \\ \\ \\ თირკმლის დისტანციური ლითოტრიფსია სასურველია: \\ \\ კენჭის სიდიდე თუ 2,5 სმ-ზე მეტია
- \\ \\ კენჭის სიდიდე თუ 2,5 სმ-მდეა
- \\ \\ კენჭის სიდიდე თუ 0,5 სმ-ზე ნაკლებია
- \\ \\ თუ კენჭი პარენქიმაშია

- \\ \\ \\ თირკმლის ჭვალის დროს ვიყენებთ შემდეგ მედიკამენტებს:
- \\ \\ ანტიბიოტიკებს
- \\ \\ სპაზმოლიტიკებს
- \\ \\ უროანტისეპტიკებს
- \\ \\ შარდმდენებს

- \\ \\ \\ თირკმლის ჭვალის კუპირებას მედიკამენტებით თუ ვერ ვახდენთ:
- \\ \\ ვუკეთებთ ოპერაციას
- \\ \\ ვუკეთებთ ნარკოზს
- \\ \\ ვუკეთებთ შარდსაწვეთის კათეტერიზაციას
- \\ \\ ვუტარებთ ფიზიოპროცედურებს.

- \\ \\ \\ ნეფროლითიაზის ხშირი გართულებაა:
- \\ \\ ნეფრო-სკლეროზი
- \\ \\ ჰიდრონეფროზი
- \\ \\ ნეფროპტოზი
- \\ \\ ანურია

\\\\\შარდსაწვეთში კენჭის ლოკალიზაცია უხშირესად ხდება:
\\ \\ ზემო მესამედში
\\ \\ შუა მესამედში
\\ ფიზიოლოგიური შევიწროების ადგილებში
\\ \\ ქვემო მესამედში.

\\\\\შარდსაწვეთში ჩატკედილი კენჭის უხშირესი გართულებაა:
\\ \\ შარდსაწვეთის პერფორაცია
\\ ურეტეროჰიდრონეფროზი
\\ \\ ურეტეროცელე
\\ \\ ანურია.

\\\\\ ჰიდრონეფროზი არის:
\\ \\ თირკმლის მენჯის გაფართოვება
\\ \\ თირკმლის ფიალების გაფართოვება
\\ ფიალების, მენჯის გაფართოება და პარენქიმის ატროფია
\\\თირკმლის პარენქიმის ჰიპერტროფია.

\\\\\ ჰიდრონეფროზის გამომწვევია:
\\ \\ თირკმლის ანთებითი პროცესები
\\ \\ ზემო საშარდე გზებში შეგუბებითი პროცესები \\\თირკმელში კისტების არსებობა
\\ \\ თირკმლის სიმსიენე.

\\\\\ჰიდრონეფროზის დროს მკურნალობა:
\\ \\ მედიკამენტოზური
\\ \\ ოპერაციული
\\ \\ სანატორულ – კურორტული
\\ \\ ფიზიოთერაპია.

\\\\\ ჰიდრონეფროზის კლინიკური ნიშნებია:
\\ \\ სიცხის აწევა
\\ \\ შემცივნებები
\\ ტკივილები წელის არეში
\\ \\ არტერიული ჰიპერტონია.

\\\\\ შარდსადენის კენჭები იწვევს:
\\ \\ სიცხის აწევას
\\ \\ ხირქოვან გართულებას
\\ შარდის შეკავებას
\\ \\ ჰემატურიას

\\\\\ თირკმლის ჭვალის დიფდიაგნოსტიკა უნდა ჩატარდეს აუცილებლად:
\\ \\ გავა-წელის რადიკულიტთან
\\ \\ პნეუმონიასთან
\\ მწვავე მუცელთან
\\ \\ ლუმბაგოსთან

\\\\\ შარდსაწვეთის კენჭების წარმოშობა:

\\\\\ პირველადი კენჭები

\\\\\ მეორადი კენჭები

\\\\\ პირველადი და მეორადი

\\\\\ ადგილობრივი წარმოშობის.

\\\\\ შარდკენჭოვანი დაავადების სადიაგნოსტიკოდ გამო- იყენება კვლევა:

\\\\\ მხოლოდ ულტრაბგერითი

\\\\\ მხოლოდ რენტგენოლოგიური

\\\\\ მხოლოდ რადიო-იზოტოპური

\\\\\ სამივე მეთოდი.

\\\\\ ჰიდრონეფროზის ხარისხების რაოდენობაა:

\\\\\ ორი

\\\\\ სამი

\\\\\ ოთხი

\\\\\ ხუთი.

\\\\\ ჰიდრონეფროზის სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება კვლევა:

\\\\\ მხოლოდ ულტრაბგერითი

\\\\\ მხოლოდ რენტგენოლოგიური

\\\\\ მხოლოდ რადიოიზოტოპური

\\\\\ სამივე მეთოდი.

\\\\\ შარდის ბუშტის კენჭების კლინიკური გამოვლიბაა: \\\\მადალი სიცხეები

\\\\\ მუდმივი ტკივილი ბოქვენთან

\\\\\ წყვეტილი შარდვა

\\\\\ თირკმლის ჭვალი.

\\\\\ შარდის ბუშტის კენჭების მკურნალობის მეთოდი: \\\\მხოლოდ მედიკამენტოზური

\\\\\ მხოლოდ ოპერაციული

\\\\\ ლითოტრიფსიული და ოპერაციული

\\\\\ სანატორულ-კურორტული.

\\\\\ თირკმლიდან შარდსაწვეთში კენჭის მიგრაციის ნიშნებია:

\\\\\ ტკივილების მომატება

\\\\\ ტკივილების გაქრობა

\\\\\ ტკივილების ირადიაცია გარეთა სასქესო ორგანოებისკენ.

\\\\\ მაკროჰემატურია

\\\\\ თირკმლის ჭვალის დიფდიაგნოსტიკისთვის პირველ რიგში ვიყენებთ:

\\\\\ მიმოხილვით უროგრაფიას

\\\\\ შარდის ანალიზს

\\\\\ ულტრაბგერით კვლევას.

\\\\\ რადიოიზოტოპურ კვლევას

\\\\\ თირკმლის ჭვალის დიაგნოზის დაზუსტებამდე აკრძალულია:

- \\ სპაზმოლიტიკების ინექცია
- \\ ანტიბიოტიკების მიცემა
- \\ ანალგეტიკების და ნარკოტიკების მიცემა
- \\ უროანტისეპტიკების მიცემა

\\ \\ \\ ჰიდრონეფროზი უფრო ხშირად გვხვდება:

- \\ \\ ქალებში
- \\ \\ კაცებში
- \\ \\ ორივე სქესში თანაბრად
- \\ \\ ბავშვებში

\\ \\ \\ ჰიდრონეფროზის დიფდიაგნოსტიკა უნდა ჩატარდეს: \\ \\ შეჭმუხნილ თირკმელთან

- \\ \\ ქრონიკულ პიელონეფრიტთან
- \\ \\ თირკმლის სიმსივნესთან
- \\ \\ თირკმლის ტუბერკულოზთან

\\ \\ \\ ჰიდრონეფროზის დროს ორგანოს შემნახველი ოპერაცია ტარდება:

- \\ \\ ყველა სტადიაში
- \\ \\ პირველ და მეორე სტადიაში
- \\ \\ მესამე სტადიაში
- \\ \\ მეოთხე სტადიაში

\\ \\ \\ 5 წლამდე ასაკის ბავშვები თირკმლის ჭვალის დროს უჩივიან:

- \\ \\ ტკივილს წელის არეში
- \\ \\ ტკივილს მუცლის არეში
- \\ \\ ტკივილს მკერდის არეში
- \\ \\ ტკივილებს შორისის არეში

\\ \\ \\ თირკმლის კენჭოვანი დაავადების ანუ რით გართულება უსშირესად ხდება:

- \\ \\ მარჯუნისებრი კენჭის დროს
- \\ \\ ფიალების კენჭების დროს
- \\ \\ ერთადერთი თირკმლის კენჭის დროს
- \\ \\ ურატული კენჭის დროს

\\ \\ \\ თირკმლის და შარდსაწვეთის კენჭების დროს განვი-თარებულ ანუ რიას ეწოდება:

- \\ \\ პრერენული
- \\ \\ რენული
- \\ \\ პოსტრენული
- \\ \\ არენული

\\ \\ \\ შარდის ბუშტის კენჭის ღია წესით ოპერაციის ჩატარება ნაჩვენებია:

- \\ \\ ცისტით გართულებისას
- \\ \\ სამ სანტიმეტრზე ნაკლები დიამეტრის კენჭის დროს \\ \\ სამ სანტიმეტრზე მეტი დიამეტრიც კენჭის დროს
- \\ \\ რეციდიული კენჭის დროს

\\ \\ \\ შარდსადენის კენჭის მკურნალობა:

- \\ \\ შარდმდენებით დატვირთვა

\\ სპაზმოლიტიკებით მკურნალობა
\\ ინსტრუმენტული ან ოპერაციული მეთოდით მკურნალობა
\\ ფიზიოპროცედურებით მკურნალობა

\\ \\ პროსტატის კენჭების დროს თუ დარღვეულია უროდინამიკა საჭიროა შემდეგი სახის მკურნალობა: \\ სპაზმოლიტიკებით
\\ ანტიბიოტიკებით
\\ ოპერაციული
\\ ლითოტრიპსიული

\\ \\ პროსტატის კენჭების დროს, თუ არაა დარღვეული უროდინამიკა, საჭიროა შემდეგნაირი მკურნალობა:
\\ სპაზმოლიტიკებით
\\ ანტიბიოტიკებით
\\ ფიზიოთერაპიული
\\ არ საჭიროებს მკურნალობას

\\ \\ ორმხრივი ჰიდრონეფროზისა და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს პირველადი არჩევითი დახმარებაა:
\\ სპაზმოლიტიკებით მკურნალობა
\\ ორმხრივი ნეფრექტომია და ჰემოდიალიზი
\\ ანტიბიოტიკოთერაპია
\\ კუტანეონეფროსტომია

\\ \\ ნეფროლითიაზის თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით გართულებისას ექსტრაკორპორალური ჰემოდიალიზის ჩვენებაა:
\\ ხშირი თირკმლის ჭვალის შეტევები
\\ სისხლში კრეატინინის 700 მკმლ-ზე მეტის არსებობა \\ მუდმივი მაღალი არტერიული წნევები
\\ მაღალი სიცხეები

\\ \\ ნეფროლითიაზის 4 დღის და მეტი ხნის ხანგრძლივობით ანურიით გართულებისას – მკურნალობა: \\ სასწრაფოდ ოპერაციული
\\ სასწრაფოდ სპაზმოლიტიკებით
\\ ჰემოდიალიზი და შემდგომ ოპერაციული
\\ ანტიბიოტიკოთერაპია

\\ \\ ნეფროლითიაზის ობტურაციული მწვავე პიელონეფრით გართულებისას – მკურნალობა:
\\ სასწრაფო ანტიბიოტიკოთერაპია
\\ ჭარბი სითხეების და დიურეტიკების მიცემა \\ თირკმლის დებლოკირება (შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია, ნეფროსტომია) და ანტიბაქტერიული თერაპია
\\ ფიზიოპროცედურები

\\ \\ შარდის ბუშტის დივერტიკულში გაჩენილი კენჭის მკურნალობა:
\\ მედიკამენტოზური
\\ ლითოტრიფსია
\\ ოპერაციული (დივერტიკულექტომია)

\\სანტიბიოტიკოთერაპია

\\\\შარდსაწვეთის კენჭის დისტანციური ლითოტრიპსის ჩვენება:

- \\ კენჭის ლოკალიზაცია შარდსაწვეთის ზემო
- \\ კენჭის ლოკალიზაცია – ქვედა მესამედში
- \\ კენჭის ლოკალიზაცია – ნებისმიერ მონაკვეთში.
- \\ კენჭის ლოკალიზაცია – შუა მესამედში

\\\\თირკმლის კენჭის დაბადებისთვის მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩვენებაა:

- \\ კენჭის 0,5 სმ-ზე მეტი ზომა
- \\ პიელონეფრით გართულება
- \\ კენჭის 0,5 სმ ან ნაკლები ზომა
- \\ ჰემატურიით გართულება

\\\\ ორმხრივი მარჯნისებური ნეფროლითიაზის ოპერა-ციული მკურნალობის ჩვენებაა:

- \\ ქრონიკული პიელონეფრით გართულება
- \\ დიზურიული მოვლენების გამწვავება
- \\ თირკმლებში შეგუბებითი პროცესების პროგრესირება
- \\ ჰემატურია

\\\\ ორმხრივად შარდსაწვეთების ნერვოუნთვანი აპარატის დისპლაზიით გამოწვეული ურეტეროჰიდრო- ნეფროზის მკურნალობა:

- \\სპაზმოლიტიკებით
- \\ სანატორულ-კურორტული
- \\ ოპერაციული
- \\ მატონიზირებელი მედიკამენტებით

\\\\ ურეტეროციელეში კენჭის არსებობისას–მკურნალობა: \\ მედიკამენტოზური

- \\ ოპერაციული
- \\ სითხეებით დატვირთვა და დიურეტიკები
- \\ დისტანციური ლითოტრიფსია

\\\\ თირკმლის ანომალიებს ნეფროლითიაზიც შეიძლება ახლდეს:

- \\ მხოლოდ პოლიკისტოზის დროს
- \\ მხოლოდ დისტოპიის დროს
- \\ თირკმლის ნებისმიერი ანომალიის დროს
- \\ მხოლოდ ნალისებრი თირკმლის დროს

\\\\ ნეფროლითიაზის დროს ლითოლიზურ თერაპიას უკეთესად ექვემდებარება:

- \\ ოქსალატური კენჭები
- \\ ურატული კენჭები
- \\ ფოსფატური კენჭები
- \\ ცისტინური კენჭები

\\\\ ნეფროლითიაზის დროს ტუტე მინერალური წყლებით მკურნალობა წინააღმდეგნაჩვენებია:

- \\ ოქსალატური კენჭების დროს

- \\ ურატული კენჭების დროს
- \\ ფოსფატური კენჭების დროს
- \\ ცისტინური კენჭების დროს

- \\ \\ შარდკენჭოვანი დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება: \\ \\ დასავლეთ საქართველოში
- \\ აღმოსავლეთ საქართველოში
- \\ საქართველოს მთიან რაიონებში
- \\ ზღვისპირა რეგიონებში

- \\ \\ ნეფროლითიაზის დროს განვითარებული თირკმლის ჭვალის შემთხვევაში ჰემატურიას უხშირესად ადგილი აქვს:
- \\ თირკმლის ჭვალის დაწყებამდე
- \\ თირკმლის ჭვალის მოხსნის შემდეგ
- \\ თირკმლის ჭვალის დროს
- \\ მაღალი სიცხეების თანხლებისას

- \\ \\ ცალმხრივი ნეფროლითიაზის დროს ნეფრექტომია ნაჩვენებია:
- \\ პიელონეფრიტით გართულებისას
- \\ ჰიდრონეფროზის მესამე ხარისხით გართულებისას \\ \\ მაკროჰემატურიით გართულებისას
- \\ მაკროჰემატურიის დროს

- \\ \\ ნეფროლითიაზის წარმატებით მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფი საჭიროებს თუ არა სისტემატურ პროფილაქტიკურ მკურნალობას:
- \\ არ საჭიროებს
- \\ საჭიროებს რეციდივის შემთხვევაში
- \\ საჭიროებს მხოლოდ ერთი თვე
- \\ მუდმივად საჭიროებს

- \\ \\ თირკმლის ტუბერკულოზი ადრეულ სტადიაში ხშირად კლინიკურად ვლინდება:
- \\ მაღალი სიცხეებით
- \\ ტკივილებით წელის არეში
- \\ ჰემატურიით
- \\ თირკმლის ჭვალით

- \\ \\ თირკმლის ტუბერკულოზის კლინიკური გამოვლინება მოგვიანებით პერიოდში უხშირესად ხდება
- \\ მაღალი სიცხეებით
- \\ ტკივილებით წელის არეში
- \\ დიზურიული მოვლენებით
- \\ თირკმლის ჭვალით

- \\ \\ თირკმლის ტუბერკულოზის არაკავერნოზული ფორმის დროს – მკურნალობა:
- \\ ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებით
- \\ ოპერაციულად
- \\ ფიზიოთერაპიით
- \\ სანატორულ-კურორტულად

- \\\\ თირკმლის კავერნოზული ტუბერკულოზის მკურნალობა:
- \\ ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებით
- \\ მხოლოდ ოპერაციული
- \\ ოპერაციული – მედიკამენტოზურთან ერთად
- \\ სანატორიულ – კურორტული

- \\\\ თირკმლის ცალმხრივი პოლიკავერნოზული ტუბერკულოზის დროს კეთდება შემდეგი ოპერაცია:
- \\ ნეფრექტომია
- \\ თირკმლის რეზექცია
- \\ ურეტერონეფრექტომია
- \\ ნეფროსტომია

- \\\\ თუბერკულოზური ეპიდემიის კლინიკური ნიშნებია:
- \\ სათესლე ჯირკვლის შესიება და ყრუ ტკივილი \\\\dღიერი ტკივილი სათესლე ჯირკვლის არეში
- \\ მაღალი სიცხეები
- \\ ტკივილები მუცლის ქვედა არეში

- \\\\ თირკმლებში ტუბერკულოზური ინფექციის შეჭრის გზებია:
- \\ აღმავალი
- \\ ჰემატოგენური
- \\ ლიმფოგენური
- \\ კონტაქტური

- \\\\ ორმხრივად თირკმლების ტუბერკულოზის გვიანი სტადიის გართულებაა:
- \\ ორმხრივი ჰიდრონეფროზი
- \\ მუდმივი ტკივილები წელის არეში
- \\ თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
- \\ თირკმლის კენტოვანი დაავადება

- \\\\ თირკმლის ტუბერკულოზი მეორადად ვითარდება უხშირესად:
- \\ ფილტვის ტუბერკულოზის შემდეგ
- \\ ძვლის ტუბერკულოზის შემდეგ
- \\ მეზენტერიული ჯირკვლების ტუბერკულოზის შემდეგ
- \\ ტუბერკულოზური მენინგიტის შემდეგ.

- \\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია ჩვეულებრივ აღმოცენდება შემდეგ ანატომიურ ზონაში:
- \\ წინა ფიბროზულ-კუნთოვანი მიდამო
- \\ ცენტრალური ზონა
- \\ გარდამავალი (ტრანზიციული) ზონა
- \\ ურეთრის პროსტატული ნაწილი

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ობსტრუქციულ სიმპტომებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა ერთისა:

\\\ შარდვის აქტის ინიცირების გაძნელება

\\\ შარდვის გახშირება, მოშარდვის იმპერატიული სურვილი და ნოქტურია

\\\ შარდის შესუსტებული ნაკადი

\\\ შარდის ბუშტის არასრული დაცლის შეგრძნება

\\\ გაჭინთვა მოშარდვისას

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის შესახებ სწორია ყველა დებულება, გარდა ერთისა:

\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია წარმოადგენს პრეკანცერულ მდგომარეობას და დროთა განმავლობაში აუცილებლად განიცდის მალიგნიზაციას

\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია წარმოადგენს ყველაზე ხშირ კეთილთვისებიან უროგენიტალურ სიმსივნეს მამაკაცებში

\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია მულტიფაქტორული დაავადებაა და დაკავშირებულია მამაკაცის ასაკთან და ჰორმონულ სტატუსთან

\\\ კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს დიგიტალური რექტალური გამოკვლევით განსაზღვრული პროსტატის ზომა არ არის პირდაპირ კორელაციაში სიმპტომების სიმძიმესა და ობსტრუქციის ხარისხთან

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გართულებებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა ერთისა:

\\\ შარდის მწვავე შეკავება

\\\ ურეთრის დივერტიკული

\\\ საშარდე გზების ინფექციები

\\\ მაკროჰემატურია

\\\ თირკმლების უკმარისობა

\\\ შარდის ბუშტის კენჭები

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიით დაავადებულ პაციენტს აღენიშნება მაკროჰემატურია და შრატის კრეატინინის დონის მომატება. აღნიშნული მდგომარეობის შესახებ სწორია ყველა დებულება, გარდა ერთისა:

\\\ მაკროჰემატურია და შრატის კრეატინინის დონის მომატება მიუთითებს თირკმლების ფუნქციის დარღვევაზე;

\\\ თირკმლების ფუნქციის სხვადასხვა ხარისხის გამოხატული დარღვევა გვხვდება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიით დაავადებულ პაციენტთა 10 %-ში;

\\\ ასეთ შემთხვევაში რეკომენდირებულია თირკმლების ულტრაბგერითი კვლევა ან ინტრავენური უროგრაფია;

\\\ მაკროჰემატურია და შრატის კრეატინინის დონის მომატება პროსტატის ტრანსრექტალური ბიოფსიის პირდაპირი ჩვენებაა.

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით მართებულია ყველა დებულება, გარდა ერთისა:

\\ \\ α1-ბლოკერების სამკურნალო ეფექტი განპირობებულია ამ პრეპარატების მოქმედებით პროსტატის გლუვკუნთოვან ელემენტებზე;

\\ \\ 5-α-რედუქტაზას ინჰიბიტორები ხელს უშლის ტესტოსტერონის გარდაქმნას დიჰიდროტესტოსტერონად და მოქმედებს პროსტატის ეპითელიურ კომპონენტებზე;

\\ \\ ოპერაცია ღია წესით - ადენომექტომია პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ქირურგიული მკურნალობის ერთადერთი ეფექტური მეთოდია;

\\\\\ პროსტატის ტრანსურეთრული რეზექციის მნიშვნელოვანი უპირატესობაა პაციენტის მიერ ჰოსპიტალში გატარებული დღეების ნაკლები რაოდენობა.

\\\\\ 48 წლის მამაკაცი უჩივის გახშირებულ შარდვას როგორც დღის, ასევე ღამის საათებში და მოშარდვის შემდეგ დაუკმაყოფილებლობის შეგრძნებას. ანამნეზში აღინიშნება შაქრიანი დიაბეტი და არტერიული ჰიპერტენზია. ოჯახური ანამნეზიდან ცნობილია, რომ პაციენტის მამა გარდაიცვალა მეტასტაზირებული პროსტატის კიბოს დიაგნოზით, უფროს ძმას კი გაკეთებული აქვს პროსტატის ტრანსურეთრული რეზექცია პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გამო. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი მიდგომაა სწორი აღნიშნული პაციენტის მიმართ:

\\ \\ ამჟამად პაციენტი საჭიროებს მენჯის ღრუს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, ხოლო 50 წლის ასაკის მიღწევის შემდეგ პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენის ყოველწლიურ მონიტორინგს

\\ \\ პაციენტი საჭიროებს პროსტატის ტრანსრექტალურ ბიოფსიას

\\ \\ პაციენტი აღარ საჭიროებს დამატებით გამოკვლევებს და შესაძლებელია მისი ჩივილების მკურნალობა α1-ბლოკერებით

\\ \\ პაციენტი აღარ საჭიროებს დამატებით გამოკვლევებს და უნდა შეეთავაზოს პროსტატის ტრანსურეთრული რეზექცია

\\ \\ პაციენტი საჭიროებს დიგიტალურ რექტალურ გამოკვლევას, პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენის განსაზღვრას და პროსტატის ტრანსრექტალურ ექოსკოპიას, რის შემდეგაც გადაწყდება მკურნალობის ტაქტიკა

\\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის შესახებ მცდარია შემდეგი დებულება:

\\ \\ ალფა-ბლოკერების ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტია ძილიანობა და სისუსტის შეგრძნება

\\ \\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გაურთულებელი ფორმების დროს მკურნალობის საწყისი მეთოდი არაქირურგიულია

\\ \\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია ჩვეულებრივ აღმოცენდება პროსტატის ცენტრალური ზონაში

\\| ტამსულოზინი მოქმედებს $\alpha 1a$ -ადრენორეცეპტორებზე

\\|\\| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის შესახებ რომელი დებულებაა არასწორი:

\\| პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის დონე სისხლში შესაძლოა ნორმაზე მაღალი იყოს

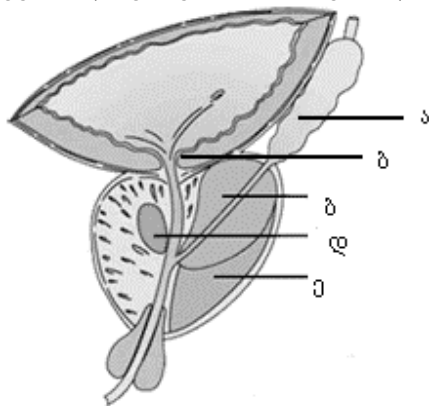
\\| ჩვილები უზშირესად 50 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში გვხვდება

\\| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს სითხის ჭარბი რაოდენობით მიღებამ შესაძლოა პროვოცირება გაუწიოს შარდის მწვავე შეკავებას

\\| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს მაღალია სისხლში მოცირკულირე თავისუფალი ტესტოსტერონის დონე

\\| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს დიგიტალური რექტალური გამოკვლევით პროსტატის ჯირკვალი ჩვეულებრივ სადა და სიმეტრიულია

\\|\\|\\| სურათზე აღნიშნული სტრუქტურებიდან რომელი შეესაბამება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის განვითარების ტიპურ მიდამოს?



\\|\\| ა

\\|\\| ბ

\\|\\| გ

\\|\\| დ

\\|\\| ე

\\|\\|\\| პროსტატის პერიფერიულ ზონაში ყველაზე ხშირად ვითარდება შემდეგი პათოლოგიური პროცესი:

\\|\\| ინფექციური პროსტატიტი

\\|\\| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია

\\| პროსტატის ადენოკარცინომა

\\|\\| პროსტატის აბსცესი

\\\\ პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (P.S.A.) შესახებ მცდარია შემდეგი დებულება:

\\ P.S.A. წარმოადგენს პროსტატის ჯირკვლის მიერ ფიზიოლოგიურად გამოყოფილ ცილას, რომელიც ნორმაში შრატში მინიმალური რაოდენობითაა

\\ P.S.A.-ს დონის მომატება შრატში წარმოადგენს ორგანიზმის პასუხს პროსტატაში მიმდინარე ავთვისებიანი პროცესის მიმართ და გამორიცხავს კეთილთვისებიან პათოლოგიას

\\ შრატის P.S.A. შესაძლოა მომატებული იყოს პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს

\\ შრატის P.S.A.-მ შესაძლოა მოიმატოს ინფექციური პროსტატიტის შედეგად, ასევე რექტალური მანიპულაციის ან სქესობრივი კავშირის შემდეგ

\\\\ პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენი გამოიშვება:

\\სათესლე ბუშტუკებში

\\ სათესლე ჯირკვლებში

\\ სათესლე ჯირკვლების დანამატებში

\\ პროსტატაში

\\ პროსტატის ქსოვილის მხოლოდ სიმსივნურად შეცვლილ უბნებში

\\\\ უროფლოუმეტრია არის დიაგნოსტიკური მეთოდი, რომლითაც ფასდება:

\\პროსტატის ჯირკვლის ზომა და სტრუქტურა

\\ მოშარდული შარდის რაოდენობა

\\ ნარჩენი შარდი

\\ შარდის გამჭვირვალობა

\\ შარდის ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე

\\ ურეთრის ანატომიური სტრუქტურა

\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის ტრანსურეთრული რეზექციის დროს ასევე ხდება ურეთრის პროსტატული ნაწილის უკანა კედელის რეზექცია. მამაკაცის რეპროდუქტიული ტრაქტის რომელი ნაწილი შეიძლება იქნას ამ დროს მოკვეთილი?

\\ სათესლე ბუშტუკის სადინარი (*ductus excretorius*)

\\ თესლგამომტანი სადინარი (*ductus deferens*)

\\ მშხეპავი სადინარი (*ductus ejaculatorius*)

\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიას მორფოლოგიურად ახასიათებს:

\\ პროსტატის სტრომული და ეპითელიური ელემენტების ჰიპერპლაზიური ზრდა უპირატესად პროსტატის ცენტრალურ ზონაში

\\ პროსტატის სტრომული და ეპითელიური ელემენტების ჰიპერპლაზიური ზრდა უპირატესად პროსტატის გარდამავალ (ტრანზიტორულ) ზონაში

\\\ პროსტატის გარდამავალ (ტრანზიტორულ) ზონაში პრეკანცერული კერების არსებობა

\\\ პროსტატის სტრომული და ეპითელიური ელემენტების ჰიპერპლაზიური ზრდა უპირატესად პროსტატის პერიფერიულ ზონაში

\\\\ პროსტატის ჯირკვლის ფიზიოლოგიის შესახებ მართებულია შემდეგი დებულება:

\\\ პროსტატა რუდიმენტული ორგანოა, რომელსაც ჯანმრთელ მამაკაცებში არ აქვს დადგენილი ფიზიოლოგიური ფუნქცია

\\\ პროსტატა მონაწილეობს ჰორმონულ ბალანსში ანდროგენების სინთეზის გზით

\\\ პროსტატა ფიზიოლოგიურად აქტიურია ემბრიოგენეზის პერიოდში, შემდეგ კი თანდათან წყვეტს ფუნქციას

\\ პროსტატა გამოიმუშავებს პროსტატის ლორწოვან სეკრეტს, რომელიც მონაწილეობს მამაკაცის სპერმის სიცოცხლისუნარიანობის შენარჩუნებაში

\\\ პროსტატა ფუნქციურად აქტიური ხდება 50 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში, რაც განაპირობებს ამ ასაკოვან ჯგუფში პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის სიხშირეს

\\\\ ანატომიურად პროსტატა იყოფა შემდეგ შემადგენელ ნაწილებად - ამოირჩიეთ სწორი ვარიანტი:

\\\ ცენტრალური ზონა, პერიფერიული ზონა, ფიბრომუსკულარული სტრომა და პარაურეთრული ჯირკვლები.

\\\ შუა წილი, გვერდითი წილი, სათესლე ბორცვი

\\\ წინა წილი უკანა წილი, გვერდითი წილები, პარაურეთრული ჯირკვლები.

\\ პერიფერიული ზონა, ცენტრალური ზონა, გარდამავალი ზონა, ფიბრომუსკულური სტრომა, პროსტატული ქსოვილის ზონა.

\\\\ ჯანმრთელ მამაკაცში პროსტატის ანატომიური ზონებიდან ყველაზე დიდია:

\\ პერიფერიული ზონა

\\\ ცენტრალური ზონა

\\\ გარდამავალი ზონა

\\\ პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

\\\\ რომელია ჯანმრთელ მამაკაცის პროსტატის ყველაზე პატარა ანატომიური ზონა:

\\ პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

\\\ გარდამავალი ქსოვილის ზონა

\\\ ცენტრალური ზონა

\\\ პერიფერიული ზონა

\\\\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პროსტატის ანატომიური ზონებიდან ყველაზე დიდია :

\\\ ცენტრალური ზონა

\\ გარდამავალი ზონა

\\\ პერიფერიული ზონა

\\\ პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

\\\\ პროსტატის რომელი ზონიდან ვითარდება უხშირესად კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია ?

- \\\\ ცენტრალური ზონა
- \\ გარდამავალი ზონა
- \\\\ პერიფერიული ზონა
- \\\\ პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

\\\\ რა პროცესი ვითარდება უხშირესად პროსტატის გარდამავალ ზონაში ?

- \\ პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
- \\\\ ინფექციური გენეზის ანთებითი პროცესი (პროსტატიტი)
- \\\\ ლეიომიოსარკომა
- \\\\ ადენოკარცინომა

\\\\ რა დანიშნულება აქვს პროსტატას, როგორც მამაკაცის მეორად სასქესო ორგანოს:

- \\\\ გამოიმუშავებს ანდროგენებს
- \\\\ გამოიმუშავებს პროსტაგლანდინებს და მონაწილეობს ანთებით რეაქციებში
- \\ გამოიმუშავებს პროსტატის წვენს, რომელიც ერთ/ერთი კომპონენტია მამაკაცის სპერმის სიცოცხლისუნარიანობაში
- \\\\ აბლოკირებს ესტროგენების მოქმედებას

\\\\ ძირითადად რომელი სასქესო ჰორმონი ახდენს ზეგავლენას პროსტატის ზრდაზე ?

- \\\\ პროლაქტინი
- \\\\ ტესტოსტერონი
- \\\\ პროუესტერონი
- \\ დიჰიდროტესტოსტერონი.

\\\\ რომელი ანდროგენი სჭარბობს პროსტატის ქსოვილში

- \\\\ ტესტოსტერონი
- \\\\ ანდრიოლი
- \\ დიჰიდროტესტოსტერონი
- \\\\ პროუესტერონი

\\\\ რომელი ნერვული რეცეპტორებია განლაგებული პროსტატაში ყველაზე ჭარბად?

- \\\\ ქოლინერგული
- \\ ალფა1 ადენორეცეპტორები
- \\\\ ბეტა ადენორეცეპტორები
- \\\\ დოფამინორეცეპტორები

\\\\ ჩამოთვლილთაგან, რომელ სტრუქტურაში გამოიმუშავდება პროსტატის სპეციფიური ანტიგენი ?

- \\\\ სათესლე ჯირკვლებში
- \\ პროსტატაში
- \\\\ სათესლე ჯირკვლის დანამატში

||| სათესლე ბორცვში

|||| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის განვითარებისათვის რისკ-ფაქტორი არ არის:

||| ასაკი

|| სიგარეტის წევა

||| მემკვიდრული დატვირთვა

||| ახალგაზრდა ასაკში ნორმალური ჰორმონალური სტატუსი

|||| ჩამოთვლილთაგან, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გართულება არ არის:

||| შარდის ბუშტის კენჭები

|| იმპოტენცია

||| შარდის შეკავება

||| შარდის შეუკავებლობა

|||| პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს პაციენტთა სიმპტომატიკა ფასდება :

||| ვიზუალური სკალით

|| პროსტატის სიმპტომა ჯამით (IPSS)

||| პროსტატის წონის, ნარჩენი შარდისა და უროფლოუმეტრული მონაცემების ურთიერთ-თანაფარდობით

||| ექოსკოპიური კვლევით

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

||| ადგილობრივი

|| გამტარებლობითი (სპინალური ან პერიდურული)

||| ენდოტრაქეული

||| აკუპუნქტურით

|||| ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების მქონე მამაკაცებში (ხშირი შარდვა) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გარდა უნდა გამოირიცხოს:

||| თირკმლის კიბო

||| სწორი ნაწლავის კიბო

|| შარდის ბუშტის კიბო

||| სათესლე ჯირკვლის კიბო

|||| რამდენი კითხვისაგან შედგება საერთაშორისო პროსტატის სიმპტომა ჯამი:

||| 5 კითხვისაგან

|| 7 კითხვისაგან

||| 10 კითხვისაგან

||| 18 კითხვისაგან

|||| უროფლოუმეტრია არის მეთოდი, რომელიც აფიქსირებს:

||| შარდის ნაკადის პოტენციურ ენერგიას

||| მოშარდული შარდისა და ნარჩენი შარდის რაოდენობას

|| შარდის ნაკადის მოცულობით სინქარეს

III შარდის გამჭვირვალობას

IV პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცისათვის ქვემოთმოყვანილ მონაცემთაგან რომელი არ არის ოპერაციული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენება:

- III შარდის შეკავება
- III შარდის ბუშტის კენჭის (კენჭების) არსებობა
- II პროსტატის ზომა 70 გ
- III შარდის ბუშტის დიდი ზომის დივერტიკული

IV პროსტატის და შარდის ბუშტის ყელის გლუვი კუნთების შეკუმშვა ხორციელდება:

- II α -1 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით
- III α -2 ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით
- III მუსკარინული ქოლინორეცეპტორების სტიმულაციით
- III β ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით

IV რა არის ღია წესით ადენომექტომის უკუჩვენება:

- III შარდის ბუშტის კენჭი (კენჭები)
- III შარდის ბუშტის დივერტიკული:
- III დიდი ზომის პროსტატა
- II პატარა პროსტატა - ნაკლები 50 გ/ზე

IV პროსტატაზე ოპერაციის რომელი მიდგომა არ არსებობს:

- III ტრანსურეტრული
- III რეტროპუბიკური
- II ტრანსპერიტონეული
- III სუპრაპუბიკური ტრანსვეზიკალური

შარდ-სასქესო ორგანოთა სიმსივნეები

IV ურონკოლოგიურ პათოლოგიებში უხშირესია:

- II პროსტატის კიბო
- III სათესლე ჯირკვლის კიბო
- III თირკმლის კიბო
- III უროთელიალური სიმსივნეები

IV პროსტატის რომელ ზონაში ვითარდება უხშირესად ადენოკარცინომა ?

- III ცენტრალური ზონა
- III გარდამავალი ზონა
- II პერიფერიული ზონა
- III პრეპროსტატული ქსოვილის ზონა

\\\\ ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების მქონე მამაკაცში (ხშირი შარდვა) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გარდა უნდა გამოირიცხოს:

- \\\\ თირკმლის კიბო
- \\\\ სწორი ნაწლავის კიბო
- \\ შარდის ბუშტის კიბო
- \\\\ სათესლე ჯირკვლის კიბო

\\\\ 1997 წლის TNM სისტემის მიხედვით პროსტატის სიმსივნის T1c განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- \\\\ სიმსივნე, რომელიც შემოსაზღვრულია პროსტატის კაფსულით და ისინჯება რექტალური პალპაციით
- \\\\ რექტალური გასინჯვით არ ინახება, ვლინდება ტრანსურეტრული რეზექციის შემდეგ რეზექცირებული ქსოვილის 5%-ზე ნაკლებში
- \\\\ რექტალური გასინჯვით არ ინახება, ვლინდება ტრანსურეტრული რეზექციის შემდეგ რეზექცირებული ქსოვილის 5%-ზე მეტში
- \\ დიგიტალური რექტალური გამოკვლევისას არ ისინჯება, ვლინდება სისხლში PSA-მომატებული დონის გამო ჩატარებული პროსტატის ბიოფსიით

\\\\ ჩამოთვლილთაგან, პროსტატის რომელი ექოლოგიური ნიშანი ადასტურებს პროსტატის კიბოს არსებობას ?

- \\\\ პროსტატის მასა
- \\\\ პროსტატის შარდის ბუშტში შეჭრის ხარისხი
- \\ სათესლე ბუშტუკების ასიმეტრია
- \\\\ ჯირკვლის არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა.

\\\\ პროსტატის კიბოს ადრეული გამოვლენა მიიღწევა

- \\\\ რექტალური სონოგრაფიის რუტინული გამოყენებით
- \\\\ მხოლოდ PSA-ს გამოყენებით
- \\ სისხლში PSA -ს დონის განსაზღვრისა და დიგიტალური რექტალური გასინჯვის პერიოდულად გამოყენებით
- \\\\ მხოლოდ დიგიტალური რექტალური გასინჯვის გამოყენებით

\\\\ პროსტატის კიბო დაავადების დასაწყისში იშვიათად იწვევს მოშარდვის ობსტრუქციულ სიმპტომატიკას, რაც შემდეგი ფაქტით აიხსნება:

- \\\\ პროსტატის კიბო მულტიფოკალური ბუნებისაა
- \\\\ პროსტატის კიბო უხშირესად მაღალი დიფერენცირების ხარისხისაა
- \\ ის ვითარდება უხშირესად პროსტატის პერიფერიულ ზონაში შარდსადენი მილიდან მოშორებით
- \\\\ პროსტატის კიბო ნელა პროგრესირებს

\\\\ პროსტატის კიბოს პროგრესირების პროგნოზული ფაქტორებია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა ერთის გარდა:

- \\\\ დიფერენცირების ხარისხი (G)
- \\\\ სიმსივნის რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში ინვაზია
- \\ 2,5 სმ3 მოცულობის სიმსივნე
- \\\\ სიმსივნის სათესლე ბუშტუკებში ინვაზია

\\\\ პროსტატის კიბოს პროგრესირების ჰორმონული მკურნალობისადმი არამგრძობიარე (ჰორმონ-რეფრაქტული) ფაზაში გადასვლის ობიექტური მახასიათებელია:

- \\\\ ანემია
- \\\\ ახალი მტკივნეული უბნების გაჩენა
- \\ PSA-ს დონის მომატება
- \\\\ რადიონუკლიდური ნივთიერების ჩალაგების ახალი უბნები ძვლების სკანირების დროს

\\\\ ჩამოთვლილთაგან თიკმელუჯრედოვანი კიბოს რომელი ჰისტოლოგიური ქვეტიპები გვხვდება ყველაზე ხშირად?

- \\\\ ბელინის სიმსივნე
- \\ ნათელუჯრედოვანი კიბო
- \\\\ ქრომოფობულ უჯრედოვანი კიბო
- \\\\ ტუბულო-პაპილარული სიმსივნე

\\\\ ჩამოთვლილთაგან რომელ ორგანოში ვითარდება პირველ რიგში თირკმელუჯრედოვანი კიბოს მეტასტაზები?

- \\\\ ღვიძლში
- \\ ფილტვში
- \\\\ თავის ტვინში
- \\\\ შარდის ბუშტში

\\\\ ავადმყოფს აქვს თირკმლის კიბო T2N0M0, მას საჭიროა ერჩიოს:

- \\\\ ქიმოთერაპია
- \\ რადიკალური ნეფრექტომია
- \\\\ სხივური თერაპია
- \\\\ იმუნოთერაპია

\\\\ თირკმლის 3 სმ. მეტი სიმსივნის სტანდარტული მკურნალობის მეთოდია

- \\ რადიკალური გაფართოებული ნეფრექტომია
- \\\\ პარციალური ნეფრექტომია
- \\\\ მარტივი ნეფრექტომია
- \\\\ სიმსივნის ენუკლეაცია

\\\\ ზემო საშარდე ტრაქტის უროთელიალური სიმსივნის სტანდარტული მკურნალობის მეთოდია:

- \\\\ უროთელიუმის დაზიანებული უბნის სეგმენტური რეზექცია
- \\ ტოტალური ნეფრურეთერექტომია
- \\\\ ენდოსკოპიური რეზექცია პერკუტანული მიდგომით
- \\\\ ენდოსკოპიური ფულგურაცია

\\\\ შარდის ბუშტის ყველაზე ხშირი ჰისტოლოგიური ტიპია:

- \\\\ ადენოკარცინომა

- ||| ბრტყელუჯრედოვანი კიბო
- || გარდამავალუჯრედოვანი კიბო
- ||| მეზენქიმალური –სარკომოიდული სიმსივნეები

||| ავადმყოფი 40 წლისაა, აქვს შარდის ბუშტის გვერდით კედელზე პაპილარული კიბო T3N0M0 G2. უფრო მიზანშეწონილია მას ჩაუტარდეს:

- ||| სიმსივნის ტრანსურეტრული რეზექცია
- ||| შარდის ბუშტის კედლის რეზექცია
- ||| ქიმიოთერაპია
- || რადიკალური ცისტექტომია

||| 55 წლის პაციენტს შარდის ბუშტის სიმსივნის ტრანსურეტრულ რეზექციასთან ერთად ჩაუტარდა უროთელიუმის მრავლობითი ბიოფსია. მორფოლოგიური კვლევით ინახა carcinoma in situ, რაც იმის მაჩვენებელია რომ,

- ||| რეციდივის განვითარების რისკი არ იმატებს
- ||| ავადმყოფს პოსტოპერაციულ პერიოდში განუვითარდება ირიტაციული სიმპტომატიკა
- ||| იმატებს ზემო საშარდე ტრაქტის ინფექციის ალბათობა
- || carcinoma in situ დაავადების უფრო ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია

||| ინტრავეზიკალური ქიმიოთერაპია შარდის ბუშტის ზედაპირული სიმსივნის ტრანსურეტრული რეზექციის შემდეგ ზეგავლენას ახდენს

- || რეციდივების სიხშირეზე
- ||| დაავადების პროგრესირებაზე
- ||| პაციენტის მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე
- ||| რადიკალური ცისტექტომიის ჩატარების სიხშირეზე აღნიშნულ პაციენტებში

||| 59 წლის მამრობითი სქესის პაციენტს შარდის ბუშტის სიმსივნის გამო გაუკეთდა ტრანსურეტრული რეზექცია და BCG-ს თერაპიის ადიუვანტური 2 კურსი. 6 თვის შემდეგ დაავადება კვლავ გამოვლინდა. ლოკალური პროგრესირების თავიდან აცილების მიზნით მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ||| ინტრავეზიკალური ქიმიოთერაპია.
- ||| სხივური თერაპია
- ||| სისტემური ქიმიოთერაპია
- || რადიკალური ცისტექტომია

||| რადიკალური ცისტექტომიის შემდეგ, მამაკაცებში ურეთრექტომიის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ||| მრავლობითი სიმსივნე
- ||| ლოკალურად გავრცობილი პირველადი სიმსივნე
- || სიმსივნის პროსტატის სტრომაში და პროსტატულ ურეთრაში ინვაზია
- ||| პირველადი სიმსივნის თანმხლები ცარცინომა ინ სიტუ

- \\\\ შარდის ბუშტის ინვაზიური კიბოს სტანდარტული მკურნალობის მეთოდი:
 - \\ "აგრესიული" ტრანსურეთრული რეზექცია და ადიუვანტური ქიმიოთერაპია
 - \\ სხივური თერაპია და სისტემური ქიმიოთერაპია
 - \\ პარციალური ცისტექტომია
 - \\ რადიკალური ცისტექტომია

\\\\ 1997 წლის რედაქციის TNM კლასიფიკაციის მიხედვით შარდის ბუშტის სიმსივნის T2a სტადია განისაზღვრება როგორც:

- \\ პროსტატაში ინვაზია
- \\ სიმსივნის ღრმა კუნთებში ინვაზია
- \\ სიმსივნის პარავეზიკალურ ცხიმში ინვაზია
- \\ სიმსივნის ზედაპირულ კუნთებში ინვაზია

\\\\ ჩამოთვლილთაგან შარდის ბუშტის რომელი ექოლოგიური ნიშანი ადასტურებს ყველაზე მეტად შარდის ბუშტის სიმსივნის დიაგნოზს ?

- \\ არასწორი კონტური
- \\ კედლის გასქელებული უბანი
- \\ კედლის დეფექტი
- \\ ავსების დეფექტი

\\\\ ქვედა საშარდე ტრაქტის სიმპტომების მქონე მამაკაცებში (ხშირი შარდვა) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის გარდა უნდა გამოირიცხოს:

- \\ თირკმლის კიბო
- \\ სწორი ნაწლავის კიბო
- \\ შარდის ბუშტის კიბო
- \\ სათესლე ჯირკვლის კიბო

\\\\ სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის ყველაზე ხშირი ჰისტოლოგიური ტიპია:

- \\ ტერატომა
- \\ ქორიოკარცინომა
- \\ სემინომა
- \\ ემბრიონალური კიბო

\\\\ სათესლე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ჯირკვლის ქსოვილში შემოფარგლული დაქვეითებული ექოგენობის ქსოვილოვანი სტრუქტურის ჩანართი მიუთითებს:

- \\ ორქიეპიდიდმიტზე
- \\ სათესლე ჯირკვლის კისტაზე
- \\ სათესლე ჯირკვლის სიმსივნეზე
- \\ შემოგრეხაზე.

\\\\ 32 წლის პაციენტს მარცხენა სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის გამო გაუკეთდა ინგვინალური ორქექტომია. დაუდგინდა არასემინომური გერმინალური სიმსივნე. კომპიუტერული ტომოგრაფიის საშუალებით რეტროპერიტონული სივრცის და შუასაყრის მეტასტაზური დაზიანება არ გამოუვლინდა. ალფა-ფეტოპროტეინის და ქორიონული გონადოტროპინის ბეტა ფრაქციის დონე სისხლში მაღალი რჩება ორქექტომიის შემდეგაც.

შემდგომი მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- \\ მეთვალყურეობა დაავადების გამოვლენამდე
- \\ რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია
- \\ სხივური თერაპია
- \\ სტანდარტული ქიმიოთერაპია

\\ \\ \\ 28 წლის პაციენტს დაუდგინდა სათესლე ჯირკვლის არასემინომური სიმსივნე. კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით რეტროპერიტონულ სივრცეში გამოუვლინდა 8 სმ-ის ზომის მეტასტაზი. ავადმყოფს ჩაუტარდა სტანდარტული (პლატინა+ეტოპოზიდი+

ბლემიციინი - BEP) ქიმიოთერაპიის 3 კურსი. სეროლოგიური მარკერები პირველი კურსის შემდეგ ნორმალიზებულია. რეტროპერიტონულმა სიმსივნემ რეგრესი არ განიცადა. შემდგომი მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტია.

- \\ \\ ქიმიოთერაპია მაღალ დოზებში
- \\ \\ სტანდარტული (BEP) ქიმიოთერაპიის 2 კურსი
- \\ \\ სხივური თერაპია
- \\ ბილატერალური რეტროპერიტონული ლიმფადენექტომია

\\ \\ \\ ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური ტესტებიდან რომელი წარმოადგენს სპეციფიურს სათესლე ჯირკვლის სიმსივნისათვის:

- \\ \\ \\ ჰემოგრამა
- \\ \\ \\ ღვიძლის ფუნქციური სინჯები
- \\ \\ \\ კრეატინინი და ელექტროლიტები სისხლში
- \\ \\ სისხლში ალფა-ფეტოპროტეინი (AFP) და ქორიონული გონადოტროპინის ბეტა ფრაქცია (ბეტა-HCG)

\\ \\ \\ სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის ქირურგიული მკურნალობისას რომელი განაკვეთიდან უნდა შესრულდეს ორქექტომია:

- \\ \\ \\ სკროტალური განაკვეთი
- \\ \\ \\ ლაპარასკოპიული განაკვეთი
- \\ \\ ინგვინალური განაკვეთი
- \\ \\ ილიაკალური განაკვეთი

\\ \\ \\ სასქესო ასოს კიბოს ყველაზე გავრცელებული ჰისტოლოგიური ტიპი არის:

- \\ \\ \\ გარდამავალუჯრედოვანი კიბო
- \\ \\ \\ ადენოკარცინომა
- \\ \\ ბრტყელუჯრედოვანი კიბო
- \\ \\ თითისტარაუჯრედოვანი

\\ \\ \\ ავადმყოფს აქვს სასქესო ასოს კიბო T4 (ჩაზრდილია სათესლე პარკში და სათესლე ჯირკვლებში) NOMO. მისთვის ნაჩვენებია:

- \\ \\ ოპერაცია - ემასკულაცია
- \\ \\ სასქესო ასოს ამპუტაცია

- \\ \\ სხივური თერაპია
- \\ \\ პოლიქიმიოთერაპია

\\ \\ \\ ჩამოთვლილთაგან, რომელია საშარდე ტრაქტის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე ბავშვებში?

- \\ \\ შარდის ბუშტის კიბო
- \\ \\ პროსტატის კიბო
- \\ \\ სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე
- \\ \\ ვილმსის სიმსივნე

\\ \\ \\ განაყოფიერებისათვის საკმარისი მოძრავი სპერმატოზოიდების %-ლი შემცველობაა:

- \\ \\ 20%
- \\ \\ 30-35%
- \\ \\ 40%
- \\ \\ 50%

\\ \\ \\ სპერმატოგენეზის ნორმალური მიმდინარეობისათვის მნიშვნელოვანია ქვემოთ ჩამოთვლილი ჰორმონებიდან ყველა გარდა ერთისა:

- \\ \\ ტესტოსტერონი
- \\ \\ მალუთენიზირებელი ჰორმონი
- \\ \\ ესტრადიოლი
- \\ \\ ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონი

\\ \\ \\ 22 წლის მამაკაცს დადგენილი აქვს აზოოსპერმია. ჰორმონალური ბალანსი ნორმალური აქვს. პალპაციით სათესლე ჯირკვლები ნორმალური ზომის და კონსისტენციის აქვს. რომელი კვლევა უნდა ჩატარდეს შემდეგ ეტაპზე.

- \\ \\ სათესლე ჯირკვლების ბიოფსია
- \\ \\ ჰიპოფიზის კომპიუტერული ტომოგრაფია
- \\ \\ ვაზოგრაფია
- \\ \\ სონოგრაფიული კვლევა

\\ \\ \\ პრიაპრიზმი არის

- \\ \\ უმტკივნეულო გახანგრძლივებული ერექცია;
- \\ \\ გახანგრძლივებული უმტკივნეულო ერექცია, რომელიც ეაკულაციის შემდგომ გაივლის;
- \\ \\ მუდმივი მტკივნეული ერექცია რომელიც არ არის განპირობებული სექსუალური აგზნებით და არ იხსნება ეაკულაციით;
- \\ \\ გახანგრძლივებული მტკივნეული ერექცია, რომელიც ეაკულაციის შემდგომ გაივლის.

\\ \\ \\ სპერმატოცელე ეს არის კისტოზური სიმსივნე, რომელიც მდებარეობს

- \\ \\ პარაპროსტატულად
- \\ \\ შარდის ბუშტში
- \\ \\ სათესლე ბაგირაკში;

|| პარატესტიკულარულად და პარაეპიდდიმალურად

||| იმპოტენციის დროს არტერიული უკმარისობის გამოკვლევისათვის ყველაზე სპეციფიური და ნაკლებად ინვაზიური ტესტია:

|| კავერნოზულ არტერიაში სისხლის მაქსიმალური სიჩქარის განსაზღვრა დოპლერ-სონოგრაფიის მეშვეობით

|| ფარმაკოკავერნოზომეტრია და კავერნოზოგრაფია

|| კავერნოზულ არტერიაში სისხლის პერფუზიის განსაზღვრა დინამიურ მდგომარეობაში ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნოზული ინექციის პირობებში

|| ტესტი ვაზოაქტიური აგენტის ინტრაკავერნოზული ინექციით

||| დაძაბვის დროს უნებლიე შარდვის განვითარებას ხელს უწყობს

|| მენჯის ფუძის ქსოვილების თანდაყოლილი არასრულფასოვნება

|| ნეიროგენული მიზეზები

|| ესტროგენული ჰორმონების უკმარისობა

|| ყველა ჩამოთვლილი

||| უნებლიე შარდვის უფრო ტიპურ ნიშანს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

|| ურეთრის ფუნქციური სივრცის დამოკლება

|| ურეთრის მაქსიმალური შიდა წნევის დაქვეითება

|| დაძაბვის დროს ურეთრის შიდა წნევაზე შარდის ბუშტის შიდა წნევის მნიშვნელოვანი გადაჭარბება

|| ურეთრის შიდა წნევის მომატება

||| დაძაბვისას უნებლიე შარდვის დროს სამკურნალო ფიზკულტურა მიმართულია

|| მენჯის ფუძის და შორისის კუნთების გასამაგრებლად

|| შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის სფინქტერების გასამაგრებლად

|| არცერთი არ არის სწორი

|| სწორია ყველა

ბავშვთა უროლოგია

|||რამდენი ხარისხი განირჩევა ამჟამად გამოყენებულ შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის კლასიფიკაციაში:

||| 3

||| 4

|| 5

||| 7

\\\\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის მთავარი დიაგნოსტიკური ტესტია:

- \\ულტრასონოგრაფია
- \\უროგრაფია
- \\მიქციური ცისტოგრაფია
- \\კომპიუტერული ტომოგრაფია

\\\\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის კონსერვატული მკურნალობა ემყარება იმ პრინციპს, რომ:

- \\მედიკამენტების ზეგავლენით ხდება შარდსაწვეთ – შარდის ბუშტის ანტირეფლუქს მექანიზმის ჩამოყალიბება
- \\მედიკამენტები არეგულირებენ შარდის ბუშტის ფუნქციას, რითაც აღარ ხდება შარდის უკუდინება შარდსაწვეთებში
- \\რეფლუქსი შესაძლოა გაქრეს ბავშვის ზრდასთან ერთად
- \\არც ერთი არ არის სწორი

\\\\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის კონსერვატული მკურნალობა გულისხმობს:

- \\მოშარდვის აქტის მოდიფიკაციას
- \\ქოლინო-ბლოკერებისა და ალფა-ადრენო მიმეტიკების კომბინაციას
- \\დამთრგუნავი დოზით ხანგრძლივ ანტიბიოტიკოთერაპიას
- \\ფიზიოთერაპიას და ელექტროფორეზს

\\\\რა ასაკმდეა გოგონებში შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის გაქრობის მაღალი შანსი?

- \\1 წლამდე
- \\2 წლამდე
- \\ 5 - 6 წლამდე
- \\სქესობრივ მომწიფებამდე

\\\\რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი ოპერაციებიდან არ წარმოადგენს შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსის ოპერაციული მკურნალობის მეთოდს:

- \\ანდერსენ-ჰაინესის მეთოდი
- \\ლიშ-გრეგუარის მეთოდი
- \\კოენის მეთოდი
- \\პოლიტანო ლიდბეტერის მეთოდი

\\\\თირკმლის ობსტრუქციის ვარიანტებს არ მიეკუთვნება

- \\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურა
- \\მეგაურეტერი
- \\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსი
- \\ურეტეროცელე

\\თირკმლის ობსტრუქციის ფუნქციური დიაგნოსტიკის საუკეთესო მეთოდია:

- \\უროგრაფია
- \\კომპიუტერული ტომოგრაფია
- \\დინამიური ნეფროსცინტიგრაფია ლაზიქსით
- \\ნეფროსცინტიგრაფია

\\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურის მკურნალობის მეთოდია:

- \\ანტიბიოტიკოთერაპია
- \\გამწოვი საშუალებები
- \\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის ბუჟირება
- \\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის ოპერაციული პლასტიკა

\\მეგაურეტერის მიზეზია:

- \\საშარდე ინფექცია
- \\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის დონეზე შევიწროვება
- \\ღამის ენურეზი
- \\შარდსაწვეთის დისტალურ მონაკვეთში ან შარდის ბუშტის შეერთების დონეზე შევიწროვება

\\რა არ წარმოადგენს მეგაურეტერის ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებას:

- \\თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება
- \\მორეფლუქსირე მეგაურეტერი
- \\სიმპტომური მეგაურეტერი
- \\შარდის შეუკავებლობა

\\მამრობითი სქესის ნაყოფში ორმხრივი მეგაურეტერი შარდის ბუშტის გადავსებით მიუთითებს:

- \\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურაზე
- \\არა-ობსტრუქციულ მეგაურეტერზე
- \\უკანა ურეთრის სარქველებზე
- \\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსზე

\\თირკმლის სრული გაორების შემთხვევაში ურეტეროცელეთი ბოლოვდება:

- \\ზედა ნახევარი
- \\ქვედა ნახევარი
- \\ორივე ნახევარი
- \\კონტრალატერალური არაგაორებული შარდსაწვეთი

\\ჰიპოსპადიის რომელი ფორმა არ არსებობს:

- \\სუბკორონალური
- \\ეპისპადია

\\პენოსკროტალური
\\შორისის

\\\\რა არ ახასიათებს ასოს სხეულის ჰიპოსპადიას

\\დეფექტური ჩუნა
\\მეტოსტენოზი
\\ასოს მოხრილობა
\\შარდის შეუკავებლობა

\\\\კრიპტორქიზმის მკურნალობის ოპტიმალური ასაკია:

\\6 თვე
\\9 – 18 თვე
\\2 წელი
\\4 წელი

\\\\რომელი არ არის კრიპტორქიზმის მქონე ბიჭუნების ჰორმონოთერაპიის უარყოფითი გვერდითი მოვლენა:

\\ასოს ზომაში გაზრდა
\\აგრესიული ქმედება
\\სათესლე ჯირკვლის ეპითელიუმის აპოპტოზი
\\შარდის შეუკავებლობა

\\\\დროულად ნამკურნალები ცალმხრივი კრიპტორქიზმის დროს შვილოსნობის შანსები არის:

\\იგივე, რაც არაკრიპტორქიზმიან მამაკაცებში
\\უკეთესი, ვიდრე არაკრიპტორქიზმიან მამაკაცებში
\\უარესი, ვიდრე არაკრიპტორქიზმიან მამაკაცებში
\\არცერთი გამოათქვამი არ არის სწორი

\\\\ზრდასრულ ასაკში კრიპტორქიზმიანი მამაკაცი საყურადღებოა:

\\საშარდე სისტემის ონკოლოგიის მომატებული რისკის გამო
\\სათესლე ჯირკვლის სემინომის მომატებული რისკის გამო
\\ნერვული სისტემის ონკოლოგიის მომატებული რისკის გამო
\\ასოს სიმსივნის მომატებული რისკის გამო

\\\\რომელი პათოლოგიაა გადაუდებელი:

\\ეპიდდიმიტი
\\შეერთებული წყალმანკი
\\კრიპტორქიზმი
\\სათესლე ჯირკვლის შემოგრესა

\\\\სათესლე ჯირკვლის შემოგრესის მკურნალობის მეთოდს წარმოადგენს:

\\\\ანტიბიოტიკოთერაპია

\\\\ჰომონოთერაპია

\\\\არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები

\\\\გადაუდებელი ოპერაცია – დეტორსიო და ფიქსაცია

\\\\რითი განსხვავდება სათესლეს წყალმანკი ბავშვებში დიდებისგან:

\\\\ზომით

\\\\სითხის შემადგენლობით

\\\\მუცლის ღრუსთან კავშირით

\\\\მხარეობით

\\\\ფიმოზის შესაძლო გართულებათა რიცხვს არ მიეკუთვნება:

\\\\საშარდე ინფექცია

\\\\ბალანოპოსტიტი

\\\\ერექციული დისფუნქცია

\\\\ასოს სიმსივნის განვითარება მოზრდილ ასაკში

\\\\ბავშვებში ფიმოზის სამკურნალოდ გამოიყენება:

\\\\გამწოვი საშუალებები

\\\\ვიტამინები

\\\\სტეროიდული ჰორმონები – მინერალოკორტიკოიდები

\\\\ანტისეპტიკური ხსნარები

\\\\ფიმოზის გართულებებიდან გადაუდებელ ქმედებას მოითხოვს:

\\\\საშარდე ინფექცია

\\\\ბალანიტი

\\\\პარაფიმოზი

\\\\პოსტიტი

\\\\უკისპაღია ყველაზე ხშირად შერწყმულია შემდეგ ანომალისტან:

\\\\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურა

\\\\ თირკმელების გაორება

\\\\შარდის ბუშტის ექსტროფია

\\\\ფიმოზი

\\\\უკისპაღიის დროს შარდსადენი მილის გარეთა ხვრელი იხსნება:

\\ასოს ვენტრალურ ზედაპირზე
\\ასოს დორზალურ ზედაპირზე
\\შორისში
\\სკროტუმის არეში

\\შარდის ბუშტის ექსტორფიის დროს:

\\აღინიშნება შარდის შეკავება
\\შარდის ბუშტის წინა კედელი არ არსებობს
\\შარდის ბუშტს აქვს სილის საათის ფორმა
\\შარდის ბუშტი წარმოდგენილია მრავალი დივერტიკულის სახით

\\\\შარდის ბუშტის ექსტროფიის დროს:

\\ბოქვენის სიმფიზი არ არსებობს – გადახსნილია
\\ბოქვენის სიმფიზი არის გაძვალეებული ადრეული ასაკიდან
\\ბოქვენის სიმფიზი დეფორმულია
\\ბოქვენის სიმფიზი გაკირულია

\\\\თირკმლის მულტიცისტოზის დროს აღინიშნება

\\შარდის ბუშტ – შარდსაწვეთის რეფლუქსი
\\შარდსაწვეთის სრული გაორება
\\შარდსაწვეთის ატრეზია ან მისი სანათურის არარსებობა
\\საშარდე ინფექცია

\\\\თირკმლის შეერთების ანომალიებს არ მიეკუთვნება:

\\ნაღისებრი ირემელი
\\S-ის მაგვარი თირკმელი
\\დრუბლისებრი თირკმელი
\\გალექისმაგვარი თირკმელი

\\\\ნაღისებრი თირკმელი არის მდგომარეობა, როდესაც:

\\ორი თირკმელი შეერთებულია ქვედა პოლუსებით
\\ორი თირკმელი შეერთებულია ზედა პოლუსებით
\\ორ თირკმელს აქვს ერთი საერთო მენჯ-ფიალოვანი სისტემა
\\ორ თირკმელს აქვს საერთო სისხლძარღვები

\\\\ნაღისებრი თირკმლის შემაერთებელი ხიდაკი – ისთმუსი წამოდგენილია:

\\ძირითადად სისხლძარღვებით
\\სუფთა თირკმლის პარენქიმით
\\ფიბროზული ქსოვილითა და თიკმლის პარენქიმით

\\კუნთოვანი ქსოვილით

\\\\ნაღისებრი თირკმლის სისხლძარღვებისთვის დამახასიათებელია:

\\ნორმალური არქიტექტურა – თითო სისხლძარღვის წყვილი ორივე მხარეს
\\მრავლობითი დამატებითი სისხლძარღვები
\\რეტროკავალური არტერიები
\\რეტროაორტალური ვენები

\\\\ნაღისებრი თირკმლის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

\\საშარდე ინფექცია
\\შარდის ბუშტ შარდსაწვეთის რეფლუქსი
\\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურა
\\შარდის შეუკავებლობა

\\\\რომელი ქვემოთ ჩამოვლილთაგან არ მიეკუთვნება თირკმლის ცისტოზურ დაავადებათა ჯგუფს

\\აუტოსომურ რეცესიული პოლიცისტოზი
\\აუტოსომურ დომინანტური პოლიცისტოზი
\\მულტიცისტოზი
\\მულტილოკულური ცისტა

\\\\რომელი დაავადებაა ყველაზე მეტად აგრესიული და იწვევს თირკმლის უკმარისობას ადრეულ ასაკში

\\აუტოსომურ რეცესიული პოლიცისტოზი
\\აუტოსომურ დომინანტური პოლიცისტოზი
\\მულტიცისტოზი
\\მულტილოკულური ცისტა

\\\\რა არის დამახასიათებელი მენჯის დისტოპიური თირკმელისათვის:

\\სისხლძარღვების გამოსვლა აორტიდან
\\სისხლძარღვების გამოსვლა თეძოს სისხლძარღვებიდან
\\შარდის ბუშტ შარდსაწვეთის რეფლუქსი
\\მენჯ-შარდსაწვეთის კუთხის სტრიქტურა