



**ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΓΝΩΣΕΩΝ - ΣΩΣΤΕΣ
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ**

- 1. Ο δείκτης επηρεασμού (impact factor):**
 - α) ανανεώνεται κάθε 6 μήνες
 - β) υπολογίζεται από τις βιβλιογραφικές αναφορές άρθρων που δημοσιεύτηκαν τα προηγούμενα 2 χρόνια**
 - γ) υπολογίζεται από τις βιβλιογραφικές αναφορές άρθρων που δημοσιεύτηκαν το τρέχον έτος
 - δ) ορίζεται ως ο αριθμός βιβλιογραφικών αναφορών διαιρούμενος με τα χρόνια έκδοσης του περιοδικού
 - ε) είναι ο καλύτερος δείκτης αξιολόγησης της βαρύτητας κάθε περιοδικού

- 2. Ποιο από τα παρακάτω είναι απαραίτητα για την εκλογή ενός υποψήφιου στη βαθμίδα του καθηγητή;**
 - α) σημαντικό κλινικό έργο
 - β) διεθνής αναγνώριση και χρησιμοποίηση του έργου του από άλλους επιστήμονες**
 - γ) διοικητικό – οργανωτικό έργο
 - δ) διδασκαλία σε μεταπτυχιακά προγράμματα ΑΕΙ

- 3. «Η μελέτη Prostate Cancer Outcomes σχεδιάστηκε με σκοπό να μελετήσει τις διάφορες μεθόδους θεραπείας και πως αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ο Clegg οι συνεργάτες του (2001) προσδιόρισαν το κατάλληλο δείγμα ασθενών από το παθολογοανατομικό παρασκεύασμα μέσα σε 6 μήνες από τη διάγνωση. Λήφθηκε ένα τυχαίο δείγμα ασθενών στους οποίους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την αρχική θεραπεία και να δώσουν την άδεια τους στους μελετητές να ερευνήσουν τον ιατρικό τους φάκελο για τη μορφή της αρχικής θεραπείας.» Σε ποιο από τα παρακάτω μοντέλα μελετών ανήκει η ανωτέρω περιγραφή;**
 - α) προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη
 - β) μελέτη παρακολούθησης ασθενών
 - γ) μεταανάλυση
 - δ) μελέτη περιστατικών - ελέγχου**
 - ε) ανασκόπηση

- 4. Η αναρτημένη ανακοίνωση είναι:**

- α) μια προφορική παρουσίαση με κομμένες τις λεπτομέρειες
- β) η Περίληψη (abstract) μιας μελέτης με επιπρόσθετες πληροφορίες
- γ) οπτικό μέσο επικοινωνίας**
- δ) οι ενδιαφέρουσες διαφάνειες από powerpoint

5. Ποια είναι σημαντικά λάθη σε μία προφορική παρουσίαση:

- α) η επανάληψη
- β) η υπέρβαση του χρόνου
- γ) η έλλειψη μηνύματος
- δ) η ανάγνωση κειμένου
- ε) όλα τα παραπάνω

6. Ποιος από τους πιο κάτω αναφερόμενους ΔΕΝ πρέπει να αναφερθεί ως συγγραφέας ενός πρωτότυπου επιστημονικού άρθρου

- α) αυτός που συνέλαβε την ιδέα, σχεδίασε τη μελέτη και έγραψε ένα κομμάτι του άρθρου
- β) αυτός που ανέλυσε τα δεδομένα και τα σχολίασε κριτικά
- γ) αυτός που έκανε τη στατιστική ανάλυση**
- δ) αυτός που συνολικά έγραψε και αναθεώρησε το άρθρο
- ε) αυτός που συνέλεξε τα στοιχεία και κριτικά διάβασε και αναθεώρησε το κείμενο

7. Στο RCC η νόσος μπορεί να είναι πολυεστιακή :

- α) στο 1%
- β) στο 5%**
- γ) στο 10%
- δ) στο 15

8. Η εκτομή του περινεφρικού λίπους σε ασθενή με RCC:

- α) αυξάνει την περιεγχειρητική θνησιμότητα
- β) μειώνει τον κίνδυνο τοπικών υποτροπών**
- γ) αυξάνει την πιθανότητα υποτροπών στο τραύμα
- δ) αυξάνει την μετεγχειρητική νοσηρότητα

9. Σε μια ριζική νεφρεκτομή για RCC, η λεμφαδεκτομή ρουτίνας σε όλες τις περιπτώσεις:

- α) είναι εντελώς περιττή
- β) γίνεται μόνο για σταδιοποίηση
- γ) είναι απαραίτητη σε λίγους ασθενείς**
- δ) ενδείκνυται πάντα

10. Ποιά από τις παρακάτω ΔΕΝ αποτελεί προσπέλαση στη μερική νεφρεκτομή?

- α) Πλάγια οσφυϊκή.
- β) Διαπεριτοναϊκή.**

- γ) Υποπλεύριος.
- δ) Chevron.
- ε) Θωρακοσφυϊκή.

11. Ποια από τις παρακάτω ΔΕΝ αποτελεί ένδειξη της μερικής νεφρεκτομής?

- α) Νεφρική ανεπάρκεια.
- β) Αμφοτερόπλευροι όγκοι.
- γ) Μονήρης νεφρός.
- δ) Μέγεθος όγκου <4 εκ.
- ε) **Όγκος νεφρικής πυέλου <2 εκ.**

12. Τι από τα παρακάτω ισχύει:

- α) **Δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες που σαφώς ν' αποδεικνύουν υπεροχή της ριζικής από την απλή νεφρεκτομή.**
- β) Η λεμφαδενεκτομή συμβάλλει στη θεραπευτική αντιμετώπιση του νεφρικού καρκίνου.
- γ) Η αρνητική CT για συμμετοχή του επινεφριδίου έχει 89.4% αρνητική προγνωστική αξία.
- δ) Σχετική ένδειξη μερικής νεφρεκτομής αποτελεί το μέγεθος όγκου < 7εκ.
- ε) Η Μερική Νεφρεκτομή υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα 5ετούς επιβίωσης ελεύθερης νόσου με τη Ριζική Νεφρεκτομή σε όγκους <4εκ.

13. Ποια από τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του νεφρού δεν είναι σωστή;

- α) **Η στοχευμένη θεραπεία με sunitinib αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τους αρρώστους υψηλού κινδύνου**
- β) Η στοχευμένη θεραπεία με Temsorilimus αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τους αρρώστους υψηλού κινδύνου
- γ) Το ποσοστό μερικής ανταπόκρισης στην sunitinib φτάνει το 40%
- δ) Η Sorafenib αποτελεί δεύτερης γραμμής θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του νεφρού
- ε) Η στοχευμένη θεραπεία συνήθως δεν οδηγεί σε ίαση

14. Ο καλύτερος τρόπος αναζήτησης στη βάση δεδομένων PubMed είναι:

- α) Αναζήτηση στους τίτλους μόνο
- β) Αναζήτηση στους τίτλους και στην περίληψη
- γ) **Αναζήτηση στους όρους 'MeSH'**
- δ) Αναζήτηση στο πλήρες κείμενο
- ε) Αναζήτηση ανάλογα με το είδος του άρθρου

15. Ο καλύτερος τρόπος σύνθετης αναζήτησης στη βάση δεδομένων PubMed είναι:

- α) Αναζήτηση στους όρους 'MeSH' για κάθε λέξη κλειδί
- β) Αναζήτηση κατά στάδια με χρήση της καρτέλας 'History'
- γ) Αναζήτηση με τη χρήση αλγεβρικών εκφράσεων (and, or, not)
- δ) 1 + 2

ε) Όλα τα παραπάνω

16. Στη θεραπεία της χρόνιας προστατίτιδας σε περίπτωση ανοχής σε κινολόνες από το στόμα η θεραπεία που συνίσταται είναι

- α) αμινογλυκοσίδη
- β) τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη**
- γ) κινιλόνης σε υψηλότερες δόσεις
- δ) πενικιλίνη

17. Ποιος από τους παρακάτω ΔΕΝ είναι παράγοντας κινδύνου για υποτροπιάζουσες κυστίτιδες σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες

- α) Συχνότητα σεξουαλικών διαταραχών
- β) Χρήση σπερματοκτόνων σκευασμάτων
- γ) Σακχαρώδης Διαβήτης
- δ) Μη σύρση προ της επαφής
- ε) Νέος σεξουαλικός σύντροφος τον τελευταίο χρόνο**

18. Επαρκής χρόνος λήψης αντιβιοτικού για ίαση οξείας κυστίτιδας είναι

- α) 1 ημέρα
- β) 3ημέρες**
- γ) 7 ημέρες
- δ) 10 ημέρες
- ε) 2 εβδομάδες

19. Ποια η προτιμητέα θεραπευτική επιλογή σε ασθενή με μονήρη λίθο της νεφρικής πυέλου διαμέτρου 1,5 cm;

- α. πυελολιθοτομή
- β. ουρητηροσκόπηση και λιθοθρυψία με Ho:YAG laser
- γ. SWL και τοποθέτηση ουρητηρικού stent
- δ. PNL
- ε. SWL in situ**

20. Ασθενής με συγγενή μονήρη νεφρό εμφανίζει κοραλλιοειδή λίθο που διακλαδίζεται στον κάτω και μέσο κάλυκα. Υπάρχει ήπια υδρονέφρωση, ενώ η νεφρική λειτουργία είναι ελαφρώς επηρεασμένη. Ποια η προτιμητέα θεραπευτική επιλογή;

- α. PNL
- β. προσεκτική παρακολούθηση με τακτικό έλεγχο με υπερηχογράφημα, κρεατινίνη ορού και γενική ούρων
- γ. ESWL με τοποθέτηση ουρητηρικού stent**
- δ. διαδερμική νεφροστομία και στη συνέχεια PNL
- ε. ανατροφική νεφρολιθοτομή

21. Ασθενής προσέρχεται με λίθο διαμέτρου 0,8 cm στον ανώτερο αριστερό ουρητήρα και συνοδό υδρονέφρωση. Ποια η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση;

α. ESWL in situ

β. ESWL με τοποθέτηση ουρητηρικού stent

γ. χορήγηση ταμσουλοσίνης και παρακολούθηση για 1 μήνα

δ. URS

ε. τοποθέτηση ουρητηρικού stent και URS 1 εβδομάδα αργότερα

22. Η εξωσωματική λιθοτριψία ΔΕΝ αποτελεί την θεραπεία εκλογής σε:

α) Νεφρικούς λίθους με μέγιστη διάμετρο > 2 εκ.

β) Ουρητηρικούς λίθους < 1 εκ

γ) Νεφρικούς λίθους αποτελούμενους από μονοϋδρικό και διϋδρικό οξαλικό ασβέστιο με μέγιστη διάμετρο ως 1.5 εκ

δ) Λίθους κάτω κάλυκα με μέγιστη διάμετρο < 1 εκ

ε) Λίθους άνω τριτημορίου ουρητήρα

23. Ποια από τις παρακάτω προτάσεις που αφορούν τους κοραλλιοειδείς νεφρικούς λίθους είναι ορθή;

α) Η ESWL ως μονοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής

β) Η ESWL πρέπει να αποτελεί το πρώτο θεραπευτικό βήμα και οι άλλες μέθοδοι (πχ Διαδερμική λιθοτριψία) να ακολουθούν ως συμπληρωματικές.

γ) Η ανοικτή χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής

δ) Η εύκαμπτη ουρητηρονεφροσκόπηση με τη χρήση του holmium:YAG laser αποτελεί την πιο μοντέρνα και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδο για αυτούς τους λίθους

ε) Η διαδερμική λιθοτριψία είναι η αρχική θεραπευτική επιλογή, με την ESWL να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά, όπου χρειάζεται

24. Ποιά είναι η κύρια ένδειξη ανοικτής ουρητηρολιθοτομής;

α. λίθος ανώτερου ουρητήρα > 1cm

β. λίθος μέσου ουρητήρα > 1 cm

γ. λίθος κατώτερου ουρητήρα > 1 cm

δ. λίθοι ουρητήρα που ανθίστανται στην εξωσωματική λιθοθρυψία

ε. καμία

25. Ασθενής με ευμεγέθη πολύπλοκο κοραλλιοειδή λίθο εμφανίζει σημαντική υπολειμματικό λιθιασικό φορτίο μετά από συνεδρία sandwich PNL. Ποια η προτιμωμότερη θεραπευτική επιλογή;

- α. ανοικτή νεφρολιθοτομή
- β. εύκαμπτη νεφροσκόπηση
- γ. εύκαμπτη ουρητηρο-νεφροσκόπηση
- δ. παρακολούθηση
- ε. νεφρεκτομή

26. Γυναίκα βάρους 140 κιλών προσέρχεται με λίθο νεφρικής πυέλου μεγέθους 4 εκατοστών. Πώς θα την αντιμετωπίσετε;

- α. ESWL in situ
- β. χορήγηση α-blocker
- γ. URS
- δ. πυελολιθοτομή
- ε. χυμόλυση

27. Το ποσοστό των ανοικτών επεμβάσεων που εκτελούνται για την αντιμετώπιση της λιθίασης του ουροποιητικού με βάση τα διεθνή δεδομένα είναι περίπου:

- α) 1-5%
- β) 5-10%
- γ) 10-15%
- δ) 15-20%
- ε) >20%

28. Η λαπαροσκόπηση για την αντιμετώπιση της λιθίασης του ουροποιητικού συστήματος

- α) Δεν έχει καμία θέση
- β) Έχει θέση για την αντιμετώπιση μόνο της ουρητηρικής λιθίασης όταν ο λίθος είναι >2cm
- γ) Έχει θέση μόνο σε περιπτώσεις έκτοπου νεφρού
- δ) Τείνει να αντικαταστήσει την ανοικτή επέμβαση σε όλες τις σπάνιες περιπτώσεις όπου σήμερα υπάρχει ένδειξη για ανοικτή προσπέλαση.
- ε) Τείνει σήμερα να αντικαταστήσει την διαδερμική νεφρολιθοτριψία

29. Στην ακράτεια ούρων από προσπάθεια ΔΕΝ ισχύει

- α) Η μορφολογία του αυχένα έχει σημασία για το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης
- β) Η ύπαρξη υπερδραστήριου εξωστήρα είναι αντένδειξη για χειρουργική αποκατάσταση της ακράτειας από προσπάθεια
- γ) Η μέτρηση των ουρηθρικών πιέσεων έχουν σημασία για την επιλογή της χειρουργικής παρέμβασης

- δ) Η κολποαναρτήσεις διορθώνουν και την κυστεοκήλη
- ε) Η ύπαρξη κυστεοκήλης δεν επηρεάζει το είδος χειρουργικής παρέμβασης

30. Τα αποτελέσματα της φωτοεκλεκτικής εξάχνωσης του προστάτη (PVP) με το KTP (green light) laser:

- α) Είναι ισοδύναμα της διουρηθρικής προστατεκτομής (TURP)**
- β) Είναι ισοδύναμα της διουρηθρικής προστατεκτομής (TURP) αλλά όχι και της ανοικτής προστατεκτομής
- γ) Είναι ικανοποιητικά μόνο σε προστάτες μικρότερους από 50ml
- δ) Είναι ισοδύναμα της φαρμακευτικής αγωγής με α-αδρενεργικούς αναστολείς
- ε) Δεν μπορούν να αξιολογηθούν ακόμα γιατί η μέθοδος είναι νέα

31. Η φωτοεκλεκτική εξάχνωση του προστάτη (PVP) με το KTP (green light) laser:

- α) Είναι ασφαλής μέθοδος αλλά το πρόβλημα του συνδρόμου της διουρηθρικής εκτομής (TURP syndrome) παραμένει
- β) Είναι πρακτικά μια αναίμακτη μέθοδος και ο καθετήρας παραμένει συνήθως λιγότερο από 24 ώρες**
- γ) Πραγματοποιείται με τη χρήση οπτικών ινών Laser ευθείας εκτομής
- δ) Πραγματοποιείται με τη χρήση οπτικών ινών Laser πλάγιας εκτομής και απαιτείται η χρήση του ρεζεκτοσκοπίου για την επίτευξη αιμόστασης
- ε) Έχει μεγάλη καμπύλη εκμάθησης

32. Πριν την χορήγηση θεραπείας για το σύνδρομο της υπερδραστήριας κύστης :

- α) απαιτείται ουροροομετρία και μέτρηση υπολειπόμενου μετά ούρηση σε όλες τις περιπτώσεις
- β) απαιτείται πλήρης ουροδυναμικός έλεγχος στους άνδρες ασθενείς
- γ) η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, η εξέταση ούρων και το ημερολόγιο ούρησης συστήνονται ως βασικός έλεγχος σε όλες τις περιπτώσεις
- δ) η λήψη ιστορικού και η κλινική εξέταση αρκούν για την χορήγηση θεραπείας

33. Η υπερδραστήρια κύστη χαρακτηρίζεται από

- α) συχνουρία και ακράτεια από προσπάθεια
- β) επείγουσα αναγκαστική ούρηση με ή χωρίς ακράτεια ούρων, πιθανώς συχνουρία ή/και νυκτουρία
- γ) συχνουρία, ακράτεια από έπειξη και περιστασιακή ακράτεια από προσπάθεια
- δ) νυκτερινή ενούρηση, ημερήσια συχνουρία και δυσουρία

34. Η θεραπεία της ακράτειας από έπειξη με ενδοκυστική ένεση αλλαντικής τοξίνης:

- α) αυξάνει την χωρητικότητα της κύστης και μειώνει το υπόλοιπο μετά ούρηση
- β) είναι θεραπεία α' γραμμής σε ασθενείς με υπερδραστήρια κύστη
- γ) εφαρμόζεται σε αποτυχία της παραουρηθρικής εμφύτευσης διογκωτικών παραγόντων
- δ) αυξάνει την χωρητικότητα της κύστης αλλά μπορεί να επηρεάσει την συσταλτικότητα του εξωστήρα

35. Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη συμπτωματικών ουρολοιμώξεων σε νευρογενείς κύστες είναι:

- α) η δυσσυνέργεια του έξω σφιγκτήρα και το αυξημένο υπόλοιπο μετά ούρηση
- β) η συχνή χρήση αντιβιοτικών
- γ) η χρήση ουρηθρικού αυτοσυγκρατούμενου καθετήρα
- δ) όλα τα παραπάνω

36. Τί από τα παρακάτω είναι σωστό για τις ουρολοιμώξεις σε νευρογενείς κύστες;

- α) απαιτείται συστηματική χημειοπροφύλαξη σε συνδυασμό με βέλτιστο σύστημα κένωσης των ούρων
- β) απαιτείται θεραπεία της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας
- γ) οι σοβαρές ουρολοιμώξεις μπορούν αρχικά να αντιμετωπιστούν εμπειρικά με κινολόνες από του στόματος
- δ) θεραπεύουμε μόνο τους συμπτωματικούς ασθενείς

37. Τί από τα παρακάτω είναι αληθές για την ιατρική με βάση την τεκμηρίωση;

- α) Η ιατρική με βάση την τεκμηρίωση είναι χρήσιμη γιατί η ικανότητα των γιατρών στην εκτέλεση καθηκόντων αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας
- β) Η ιατρική με βάση την τεκμηρίωση είναι χρήσιμη γιατί η εφαρμοσιμότητα και σχετικότητα της έρευνας υγείας είναι μειωμένη
- γ) Η έλλειψη χρόνου και οι διαθέσιμες πηγές πληροφοριών έχουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή της IBT
- δ) το B+Γ είναι σωστά

38. Οι καρκινικοί δείκτες των ούρων σήμερα:

- α) Μπορούν να αντικαταστήσουν την κυστεοσκόπηση σε κάθε περίπτωση
- β) Έχουν υψηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα από την κυτταρολογική ούρων
- γ) Μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση και στην παρακολούθηση των ασθενών
- δ) Χρησιμοποιούνται ως εργαλεία προληπτικού ελέγχου (screening)
- ε) Η χρήση τους δεν είναι εγκεκριμένη ακόμα

39) Η πρόβλεψη υποτροπής και εξέλιξης του καρκίνου της κύστης σύμφωνα με το νομόγραμμα της EORTC βασίζεται:

- α) Στο στάδιο, grade, αριθμό όγκων, μέγεθος όγκου, καρκίνωμα in situ, προηγούμενη υποτροπή
- β) Στο στάδιο, grade, κυτταρολογική ούρων, NMP22
- γ) Στο στάδιο και στο grade μόνο
- δ) Στο στάδιο, grade, καρκίνωμα in situ, προηγούμενες εγχύσεις
- ε) Στο στάδιο, grade, αριθμό όγκων, μέγεθος όγκου, καρκίνωμα in situ, ερεθιστικά συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό

40. Ποιό από τα παρακάτω είναι σωστό όσον αφορά την αξία της, άμεσα μετά την διουρηθρική εκτομή όγκου με μη διηθητικούς χαρακτήρες, ενδοκυστικής έγχυσης κυτταροτοξικού φαρμάκου;

- α) Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο σχετικός κίνδυνος υποτροπής κατά 40%
- β) Υπάρχει ωφέλεια τόσο σε μονήρεις όσο και σε πολλαπλούς όγκους
- γ) Η μέγιστη ωφέλεια παρατηρείται όταν η έγχυση γίνει εντός 24 ωρών από την TUR
- δ) Δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φαρμάκων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα
- ε) **Όλα τα παραπάνω**

41. Η καλύτερη ένδειξη για χρήση ραδιοκυμάτων στο νεφρό είναι

- α) Όγκος εκ μεταβατικού επιθηλίου της νεφρικής πυέλου.
- β) Αγγειομυολίπωμα 4 εκ.
- γ) Όγκος κάτω πόλου του νεφρού μεγέθους 7 εκ
- δ) **Ασθενής με όγκο νεφρού 3 εκ και αναισθησιολογικό ASA score 3.**
- ε) Ασθενής με όγκο νεφρού 3 εκ και υγιή ετερόπλευρο νεφρό.

42. Η αρχική παρακέντηση του επιλεγμένου οπίσθιου κάλυκα, κατά την εκτέλεση διαδερμικής νεφρολιθοτριψίας, πρέπει να γίνεται με τη βελόνα παρακέντησης σε τέτοια θέση, ώστε να σχηματίζει (η βελόνα) με τον κάθετο άξονα του σώματος γωνία περίπου:

- α) 10°
- β) 30°
- γ) 50°
- δ) 60°
- ε) 70°

43. Ποια από τις παρακάτω απαντήσεις είναι λάθος; Η χρήση των συρραπτικών στην κυστεκτομή φαίνεται ότι:

- α) μειώνει σημαντικά την απώλεια αίματος στα χέρια των έμπειρων χειρουργών
- β) **μειώνει σημαντικά το χρόνο κυστεκτομής στα χέρια των έμπειρων ουρολόγων**
- γ) βοηθά σημαντικά τους μη έμπειρους ουρολόγους να περιορίσουν την απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της κυστεκτομής
- δ) βοηθά τους μη έμπειρους ουρολόγους στη μείωση του απαιτούμενου χρόνου για την αφαίρεση της κύστεως

44. Σύμφωνα με τη τελευταία βιβλιογραφία για τη βιοψία του προστάτη

- α) Χρειάζεται διακοπή της ασπιρίνης και περιπροστατική διήθηση με ξυλοκαΐνη
- β) Διακοπή της ασπιρίνης μόνο. Η τοπική αναισθησία δεν βοηθά.
- γ) Η ασπιρίνη μπορεί να συνεχιστεί. Η τοπική αναισθησία μειώνει τον πόνο.**
- δ) Η ασπιρίνη πρέπει να αντικατασταθεί με ηπαρίνη. Η τοπική αναισθησία γέλη ξυλοκαΐνης είναι προτιμότερη

45. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει για την βραχυθεραπεία του καρκίνου του προστάτη;

- α) Όγκος προστάτη $>50 \text{ cm}^3$ αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για τη μέθοδο
- β) Επίσχεση ούρων μετά βραχυθεραπεία εαν επιμένει μπορεί να αντιμετωπιστεί με προστατεκτομή το νωρίτερο 3 μήνες από τη θεραπεία
- γ) Η αποδιδόμενη ακτινοβολία εστιάζεται κυρίως στη περιφερική ζώνη του προστάτη
- δ) Δυσουρικά ενοχλήματα είναι η πλέον συνήθης άμεση επιπλοκή της μεθόδου με επίσχεση ούρων να συμβαίνει στο 15% περίπου των ασθενών
- ε) Η αποτελεσματικότητα της βραχυθεραπείας όσον αφορά την βιοχημική υποτροπή υπολείπεται της ριζικής προστατεκτομής σε ασθενείς με χαμηλού κινδύνου εντοπισμένη στον προστάτη νόσο

46. Σε ασθενή με μη αποφρακτική αζωοσπερμία και φυσιολογικά επίπεδα FSH που συμμετέχει σε πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η μέθοδος εκλογής για τη συλλογή ανδρικών γαμετών είναι:

- α) αναρρόφηση ορχικών κυττάρων με λεπτή βελόνα
- β) ανοιχτή βιοψία όρχεως
- γ) μικροχειρουργική βιοψία όρχεως**
- δ) μικροχειρουργική συλλογή σπερματοζωαρίων από τον αυλό της κεφαλής της επιδιδυμίδας
- ε) παρακέντηση με λεπτή βελόνα από την ουρά της επιδιδυμίδας

47. Άνδρας (σύζυγος 30 ετών γόνιμη) με συγκέντρωση σπερματοζωαρίων 13.000.000 ανά mL, ποσοτική κινητικότητα σπερματοζωαρίων 10% και με φυσιολογική μορφολογία 28% (κατά WHO), έχει διαγνωσμένη αριστερή κισσοκήλη (ορμόνες κ.φ.). Ποια μορφή θεραπείας πρέπει να ακολουθήσει ο ειδικός ώστε να αποκτήσει το ζευγάρι παιδί;

- α) Συλλογή σπερματοζωαρίων από το σπερματικό υγρό με αυνανισμό και στη συνέχεια εξωσωματική γονιμοποίηση.
- β) Χορήγηση R-FSH και R-LH στον ασθενή.
- γ) Σκληροθεραπεία κίρσοκῆλης.
- δ) **Χειρουργική αποκατάσταση κίρσοκῆλης**

48. Ποια μέθοδο χειρουργικής αποκατάστασης κίρσοκῆλης θα πρέπει να ακολουθηθεί;

- α) Palomo
- β) Ivanissevich
- γ) Λαπαροσκοπική
- δ) Ρομποτική
- ε) **Υποβουβονική μικροχειρουργική αποκατάσταση κίρσοκῆλης**

49. Στους Ασθενείς η οποίοι αναπτύσσουν βιοχημική υποτροπή μετά από ριζική προστατεκτομή, οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται περισσότερο με τοπική υποτροπή από ότι με απομακρυσμένη μετάσταση είναι:

- α) Πρώτο ανιχνεύσιμο PSA μέσα σε 6 μήνες από το χειρουργείο, Gleason score ≥ 7 , στάδιο pT3
- β) Ηλικία μικρότερη των 70 χρόνων τη στιγμή της υποτροπής, πρώτο ανιχνεύσιμο PSA < 2 ng/ml, Gleason score ≤ 5
- γ) **Ιστολογικά επιβεβαιωμένη απουσία διήθησης λεμφαδένων και σπερματοδόχων κύστεων, Gleason score ≤ 5 , πρώτο ανιχνεύσιμο PSA σε χρονικό διάστημα $>$ του 1 έτους μετά τη RP, PSADT $>$ 6 μηνών**
- δ) Παθολογοανατομικό στάδιο T2, Gleason score 8-10, αρνητικό σπινθηρογράφημα οστών
- ε) Πρώτο ανιχνεύσιμο PSA > 4 μήνες μετά το χειρουργείο, αρνητική βιοψία της προστατικής κόιλης, PSADT < 3 μηνών

50. Ποιος από τους παρακάτω κλινικούς παράγοντες σχετίζεται θετικά με το παθολογοανατομικό στάδιο μετά από την ριζική προστατεκτομή διάσωσης;

- α) Ο χρόνος από την συμπλήρωση της ακτινοβολίας
- β) Ο βαθμός κακοήθειας στη βιοψία
- γ) **PSA<10ng/ml τη στιγμή του χειρουργείου διάσωσης**
- δ) Η ηλικία του αρρώστου κατά την αρχική διάγνωση του καρκίνου του προστάτη
- ε) PSADT

51. Μετά την ακτινοβολία η βιοψία του προστάτη αδένου πρέπει να είναι αρνητική

- α) σε 6 μήνες
- β) σε 12 μήνες
- γ) σε 18 μήνες
- δ) **σε 30 μήνες**
- ε) κανένα από τα παραπάνω

52. Ένα χρόνο μετά από την ακτινοβολία, το PSA του ορού έπεσε εντός των «φυσιολογικών» ορίων (2,5 ng/ml) και άρχισε πάλι να ανεβαίνει, με επακόλουθες τιμές 3,5 και 5,1 ng/ml μέσα σε ένα βμήνο. Ποια είναι η κατάλληλη αντιμετώπιση;

- α) Ενημέρωση του ασθενή ότι η ακτινοβολία δεν «δούλεψε» και συζήτηση για προστατεκτομή διάσωσης και κρυοθεραπεία
- β) Ενημέρωση του ασθενή ότι το PSA του εξακολουθεί να είναι φυσιολογικό και να μην ανησυχεί
- γ) **Ενημέρωση του ασθενή ότι έχει υποτροπή της νόσου και ότι η αύξηση του PSA υποδηλώνει συστηματική νόσο**
- δ) Κανένα από τα παραπάνω
- ε) Το Α και Β

53. Σε τι ποσοστό ένας T1G3 όγκος της ουροδόχου κύστεως που υποτροπιάζει στο πρώτο τρίμηνο μετά από ενδοκυστικές εγχύσεις BCG μπορεί να αναπτύξει διήθηση του μυϊκού τοιχώματος;

- α) < 10%
- β) 20%
- γ) 30-50%
- δ) **>80%**

54. Η καλύτερη θεραπεία του αδενοκαρκινώματος της ουροδόχου κύστεως είναι:

α) Ακτινοβολία

β) Κυστεκτομή

γ) Χημειοθεραπεία

δ) TUR+ ενδοκυστικές εγχύσεις με BCG

55. Μετά από αποκατάσταση κυστεοκήλης με πλέγμα το ποσοστό de nuono ακράτειας από προσπάθεια είναι:

α) 5%

β) 10%

γ) 30%

δ) 50%

ε) 60%