

კლინიკური ფიზიოლოგია და ბიოქიმია

1. ვეგეტატიური ნერვული სისტემა სომატურისაგან განსხვავდება:

- ა) აგზნების და ქრონაქსიის მაღალი მდგრადობით, გახანგრძლივებული რეფრაქტორული ფაზით;
- *ბ) მცირე აგზნებადობით, მაღალი ქრონაქსიით (აგზნების მდგრადობა), აგზნების გატარების მცირე სიჩქარით;
- გ) მცირე აგზნებადობით, მაღალი ქრონაქსიით (აგზნების მდგრადობა), ხანმოკლე რეფრაქტორული ფაზით, აგზნების გატარების მცირე სიჩქარით;
- დ) მცირე აგზნებადობით, დაბალი ქრონაქსიით, გახანგრძლივებული რეფრაქტორული ფაზით, აგზნების გატარების დიდი სიჩქარით;
- ე) მცირე აგზნებადობით, დაბალი ქრონაქსიით, აგზნების გატარების დიდი სიჩქარით.

2. პარასიმპატიკური სისტემის ძირითად განსხვავებას სიმპატიკურისაგან წარმოადგენს:

- ა) განგლიების ექსტრამურული განლაგება, მხოლოდ ქოლინერგული ბუნების მედიატორების არსებობა, გალიმიანების შემდეგ ეფექტის სწრაფად გამოვლენა, მოქმედების ხანგრძლივობა;
- ბ) განგლიების ინტრამურული განლაგება, მხოლოდ ადრენერგული ბუნების მედიატორების არსებობა, გალიმიანების შემდეგ ეფექტის სწრაფად გამოვლენა, მოქმედების ხანგრძლივობა;
- *გ) განგლიების ინტრამურული განლაგება, მხოლოდ ქოლინერგული ბუნების მედიატორების არსებობა, გალიმიანების შემდეგ ეფექტის სწრაფად გამოვლენა, მოქმედების მოკლე ხანგრძლივობა;
- დ) განგლიების ინტრამურული განლაგება, მხოლოდ ადრენერგული ბუნების მედიატორების არსებობა, გალიმიანების შემდეგ ეფექტის დაგვიანებული გამოვლენა, მოქმედების მოკლე ხანგრძლივობა;
- ე) განგლიების ექსტრამურული განლაგება, მხოლოდ ადრენერგული ბუნების მედიატორების არსებობა, გალიმიანების შემდეგ ეფექტის სწრაფად გამოვლენა, მოქმედების მოკლე ხანგრძლივობა.

3. პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის უმდაბლესი ცენტრები განლაგებულია:

- *ა) შუა ტვინში, მოგრძო ტვინში, ზურგის ტვინის კულუსუნის ნაწილში;
- ბ) შუა ტვინში, ზურგის ტვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების გვერდით რქებში;
- გ) ზურგის ტვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების გვერდით რქებში;
- დ) მოგრძო ტვინში და ზურგის ტვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების გვერდით რქებში;
- ე) შუა ტვინში, ზურგის ტვინის წელის ნაწილების გვერდით რქებში.

4. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პარასიმპატიკური ნაწილის აგზნებისას აღინიშნება:

- ა) გუგების გაფართოება, გულის რითმის გახშირება, არტერიული წნევის მაგება, ჰიპერგლიკემია, წერილი ნაწლავის მოტორიკის გაძლიერება;
- *ბ) გუგების შევიწროება, გულის რითმის გაიშვიათება, ნაწლავის მოტორიკის გაძლიერება, შარდის ბუშტის სფინქტერის მოღუნება;
- გ) გუგების გაფართოება, გულის რითმის გაიშვიათება, არტერიული წნევის მაგება, კორონარული არტერიების შევიწროება, წერილი ნაწლავის მოტორიკის შესუსტება;
- დ) გუგების შევიწროება, გულის რითმის გაიშვიათება, კორონარული არტერიების გაფართოება, ნაწლავის მოტორიკის შესუსტება;
- ე) გუგების შევიწროება, გულის რითმის შენელება, არტერიული წნევის დაცემა, კორონარული არტერიების შევიწროება, წერილი ნაწლავის მოტორიკის შენელება.

5. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპატიკური ნაწილის აგზნების შემთხვევაში აღინიშნება:

- ა) გუგების შევიწროება, გულის რითმის გაიშვიათება, არტერიული წნევის შემცირება, ჰიპოგლიკემია, წერილი ნაწლავის მოტორიკის შესუსტება;
- ბ) გუგების გაფართოება, გულის რითმის გახშირება, არტერიული წნევის მაგება, ჰიპოგლიკემია, წერილი ნაწლავის მოტორიკის გაძლიერება;
- გ) გუგების შევიწროება, გულის რითმის გაიშვიათება, არტერიული წნევის შემცირება, ჰიპერგლიკემია, წერილი ნაწლავის მოტორიკის შესუსტება;
- დ) გუგების გაფართოება, გულის რითმის გახშირება, არტერიული წნევის შემცირება, ჰიპოგლიკემია;
- *ე) გუგების გაფართოება, გულის რითმის გახშირება, არტერიული წნევის მაგება, ჰიპერგლიკემია, წერილი ნაწლავის მოტორიკის შესუსტება;

6. სიმპატიკური ნერვული სისტემის უმდაბლესი ცენტრები განლაგებულია:

- ა) შუა ტვინში, მოგრძო ტვინში, ზურგის ტვინის კულუსუნის ნაწილში;
- ბ) მოგრძო ტვინში, ზურგის ტვინის კულუსუნის ნაწილში;
- *გ) ზურგის ტვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების გვერდით რქებში;
- დ) ზურგის ტვინის კულუსუნის ნაწილში;
- ე) ზურგის ტვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების წინა რქებში.

7. ჩამოთვლილი ორგანოებიდან, რომელზე ახდენენ ნერვული სისტემის სიმპატიკური და პარასიმპატიკური ნაწილები ყველაზე მეტად გამობატულ ურთიერთსაწინააღმდეგო ეფექტს:

- *ა) გული, შარდის ბუშტის სფინქტერი, ნაწლავი (მამოძრავებელი ფუნქცია);
- ბ) სანერწყვე ჯირკვლები, სისხლძარღვები, გული;
- გ) თირკმლები, შარდის ბუშტის სფინქტერი და სანერწყვე ჯირკვლები;
- დ) სანერწყვე ჯირკვლები, გული, შარდის ბუშტის სფინქტერი;
- ე) კუნთები, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ჯირკვლები და სანერწყვე ჯირკვლები.

8. სიმპატიკური ნერვული სისტემის პრეგანგლიური დაბოლოებებიდან გამოიყოფა: 1 ადრენალინი; 2 ნორადრენალინი; 3 ჰისტამინი; 4 აცეტილქოლინი.

- ა) 1,2,3

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

9. სიმპატიკური ნერვული სისტემის პოსტგანგლიური დაბოლოებებიდან გამოიყოფა: 1 ჰისტამინი; 2 ნორადრენალინი; 3 აცეტილქოლინი; 4 ადრენალინი.

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

10. პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის პრეგანგლიური დაბოლოებებიდან თავისუფლდება:

- ა) ადრენალინი;
- *ბ) აცეტილქოლინი;
- გ) ნორადრენალინი;
- დ) სეროტონინი;
- ე) ჰისტამინი.

11. პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის პოსტგანგლიური დაბოლოებებიდან თავისუფლდება:

- ა) ადრენალინი;
- *ბ) აცეტილქოლინი;
- გ) ნორადრენალინი;
- დ) ჰისტამინი;
- ე) სეროტონინი.

12. შუამდებარე გვინის რომელი ნაწილის გაღიზიანების დროს აღინიშნება პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის აგზებით განპირობებული ეფექტები:

- ა) თალამუსის მედიალური ნაწილების;
- *ბ) ჰიპოთალამუსის წინა ნაწილის;
- გ) ჰიპოთალამუსის უკანა ნაწილის;
- დ) თალამუსის ლატერალური ნაწილის;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

13. არტერიული წნევის მაგებას და გულისცემის გაზიარებას ადგილი აქვს:

- *ა) ჰიპოთალამუსის უკანა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- ბ) ჰიპოთალამუსის ძაბრის მიდამოს გაღიზიანების დროს;
- გ) ჰიპოთალამუსის შუა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- დ) ჰიპოთალამუსის წინა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

14. გულისცემის გაიშვითებას ადგილი აქვს:

- ა) ჰიპოთალამუსის უკანა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- ბ) ჰიპოთალამუსის ძაბრის მიდამოს გაღიზიანების დროს;
- გ) ჰიპოთალამუსის შუა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- *დ) ჰიპოთალამუსის წინა ჯგუფის ბირთვების გაღიზიანების დროს;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

15. ტკივილის შეგნებული აღქმა: 1 შეუძლებელია თავის გვინის სიმპატიკური მგრძობელობის მოშლის შემდეგ; 2 ქერქოვანი ფუნქცია; 3 ექვემდებარება ქერქვეშა სტრუქტურებს; 4 შეიძლება მოხლეს ექსპერიმენტში თავის გვინის ქერქის ელექტრული გაღიზიანების შემთხვევაში.

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

16. აცეტილქოლინისთერაპია:

- ა) ქოლინერგული ნერვის დაბოლოებებშია;
- ბ) შეიცავს აცეტილქოლინს;
- გ) დიდი რაოდენობითაა გრანულოციტებში;
- დ) განსაკუთრებით ეფექტურია აცეტილქოლინის ლეფიცის შემთხვევაში;
- *ე) არც ერთი არაა სწორი.

17. A ბოჭკოები:

- ა) მხოლოდ ავტონომიურ ნერვებშია;
- *ბ) მიეღინურ მამოდრავებელ ნერვებშია;

- გ) შეიძლება იყოს მიელინური და არამიელინური;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

18. B ბოჭკოები:

- *ა) მხოლოდ ავტონომიურ ნერვებშია;
- ბ) მიელინურ მამოძრავებელ ნერვებშია;
- გ) შეიძლება იყოს მიელინური და არამიელინური.
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

19. C ბოჭკოები:

- ა) მხოლოდ ავტონომიურ ნერვებშია;
- ბ) მიელინურ მამოძრავებელ ნერვებშია;
- *გ) შეიძლება იყოს მიელინური და არამიელინური.
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

20. A ბოჭკოების:

- ა) გამტარობის სიჩქარე 2 მ/წმ, ლიამეტრი 2 მკმ;
- ბ) გამტარობის სიჩქარე 15-20 მ/წმ, ლიამეტრი 5 მკმ;
- გ) გამტარობის სიჩქარე 30-40 მ/წმ, ლიამეტრი 7-10 მკმ;
- დ) გამტარობის სიჩქარე 5-10 მ/წმ, ლიამეტრი 0,5 მკმ;
- *ე) გამტარობის სიჩქარე 70/120 მ/წმ, ლიამეტრი 12-22 მკმ.

21. B ბოჭკოების:

- ა) გამტარობის სიჩქარე 2 მ/წმ, ლიამეტრი 0,5-2 მკმ;
- *ბ) გამტარობის სიჩქარე 3-18 მ/წმ; ლიამეტრი 2-3,5 მკმ;
- გ) გამტარობის სიჩქარე 3-18 მ/წმ, ლიამეტრი 5 მკმ;
- დ) გამტარობის სიჩქარე 30-40 მ/წმ, ლიამეტრი 5 მკმ;
- ე) გამტარობის სიჩქარე 70-80 მ/წმ, ლიამეტრი 10-20 მკმ.

22. C ბოჭკოების:

- *ა) გამტარობის სიჩქარე 0,5-2 მ/წმ, ლიამეტრი 0,5-2 მკმ;
- ბ) გამტარობის სიჩქარე 15-20 მ/წმ, ლიამეტრი 0,5-3 მკმ;
- გ) გამტარობის სიჩქარე 5-10 მ/წმ, ლიამეტრი 10-20 მკმ;
- დ) გამტარობის სიჩქარე 15-20 მ/წმ, ლიამეტრი 5 მკმ;
- ე) გამტარობის სიჩქარე 0,5-2 მ/წმ, ლიამეტრი 5 მკმ;

23. C ბოჭკოები: 1. უმიელინო; 2 ატარებენ ტემპერატურულ და ტკივილის იმპულსებს; 3 შეუძლიათ ტაქტილური იმპულსების გატარება; 4 იმპულსის გატარების სიჩქარე 2 მ/წმ ან უფრო მცირეა;

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

24. გულის უნარი, გაზარდოს სამუშაო დატვირთვა, დამოკიდებულია შემდეგ ადაპტაციურ მექანიზმებზე, გარდა: 1 დარტყმითი მოცულობის გაზრდა 2 გულის კუმშვადობის სისხირის გაზრდა; 3 სისტოლის გახანგრძლივება; 4 ატრიო-ვენტრიკულური გამტარებლობის დროის გაზრდა.

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

25. გულის მუშაობა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც:

- ა) მარჯვენა პარკუჭი წარმოადგენს დაბალი წნევისა და დიდი მოცულობის ტუმბოს;
- ბ) მარცხენა პარკუჭი წარმოადგენს მცირე მოცულობის და მაღალი წნევის ტუმბოს;
- გ) მარცხენა პარკუჭს შეუძლია განდევნის დროს შექმნას მაღალი წნევა;
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) სწორია ა,გ.

26. სტარლინგის კანონი ასახავს:

- ა) ჟანგბადის უტილიზაციას ჩატარებულ გულის მუშაობასთან;
- ბ) მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შეფარდებას გულისცემის სისხირესთან;
- გ) გულის წუთმოცულობის შეფარდებას პერიფერიულ წინააღმდეგობასთან;
- *დ) გულის უნარს, გაზარდოს შეკუმშვის ძალა მისი საკნების ავსების მაგებისას;

ე) არც ერთი არ არის სწორი.

27. ცთომილი ნერვი (n. vagus): 1 არ მოქმედებს გულისცემის სიხშირეზე; 2 იძლევა გოგებს პარკუჭების კუნთისათვის; 3 მისი სტიმულაცია იწვევს ტაქიკარდიას; 4 აძლევს გოგებს სინუსურ და ატრიოვენტრიკულურ კვანძებს.

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

28. სისხლის ვენური უკუდინება დამოკიდებულია: 1 მოცირკულირე სისხლის მოცულობაზე; 2 მკერდშია წნევაზე; 3 ვენების ტონუსის ცვალებადობაზე; 4 ჩონჩხის კუნთების ტონუსზე.

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

29. მიოკარდიუმის კუმშვალობაზე გავლენას ახდენს: 1 ფრანკ-სტარლინგის მექანიზმი; 2 კატექოლამინების ღონე; 2 ჰიპოქსია; 3 ჰიპერკაპნია.

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

30. კორონარული სისხლის ნაკადი ძირითადად განისაზღვრება:

- ა) სისტოლური წნევით;
- ბ) დიასტოლური წნევით;
- გ) პულსური წნევით;
- *დ) აორტაში საშუალო დიასტოლური წნევით და გულის შეკუმშვითა სიხშირით;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

31. გულის რითმის წამყვანი ჯანმრთელი ადამიანის გულში არის:

- *ა) სინუსური კვანძი;
- ბ) ატრიოვენტრიკულური კვანძი;
- გ) პურკინიეს ბოჭკოები;
- დ) ჰისის კონა;
- ე) პარკუჭთაშუა ძგიდე.

32. გულის წუთმოცულობა დამოკიდებულია: 1. გულის შეკუმშვითა სიხშირეზე; 2. პარკუჭების შეკუმშვის ძალაზე; 3. სისხლის სიბლანტეზე; 4. ვენურ უკუდინებაზე;

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

33. ბეინბრიჯის რეფლექსი (კარდიო-კარდიალური რეფლექსი) აღმოცენდება:

- *ა) მარჯვენა წინაგულისა და ღრუ ვენების გადაჭიმვისას;
- ბ) მარცხენა წინაგულის გადაჭიმვისას;
- გ) აორტის გადაჭიმვისას;
- დ) არტერიული წნევის შემცირებისას;
- ე) არტერიული წნევის მაგებისას.

34. ბეინბრიჯის რეფლექსის (კარდიო-კარდიალური რეფლექსი) აფერენტული რგოლი წარმოღვენილია:

- ა) ენსეფემა ნერვით;
- *ბ) ცთომილი ნერვით;
- გ) ღიაფრაგმალური ნერვით;
- დ) გულის სიმპატიკური ნერვით;
- ე) არც ერთით.

35. ცთომილი ნერვის (n.vagus) რეფლექტორული გაღიზიანება ვლინდება:

- ა) ბრაღიკარდიით და არტერიული წნევის მაგებით;
- *ბ) ბრაღიკარდიით და არტერიული წნევის ღაცემით;
- გ) ტაქიკარდიით და ჰიპოტონიით;
- დ) ტაქიკარდიით და ჰიპერტონიით;
- ე) ბრაღიკარდიით და დიასტოლური წნევის მაგებით.

36. ჯანმრთელი გულის, როგორც ტუმბოს ფუნქციის მაგება შესაძლებელია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) გულის კუმშვადობის გაზრდით;
- ბ) გულის ჰიპერტროფიით;
- გ) სიმპატიკური სტიმულაციით;
- დ) ტემპერატურის მაგებით;
- *ე) სისტემური წნევის მაგებით.

37. მიოკარდიუმის უანდაბლე მოთხოვნილება განისაზღვრება:

- ა) სისტემური არტერიული წნევით;
- ბ) სიმპატიკური და პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის ფუნქციური მდგომარეობით;
- გ) გულის შეკუმშვათა სიხშირით;
- *დ) ყველა სწორია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

38. რომელი დებულება არ არის სწორი ნორმალური ეკგ-ს შესახებ:

- ა) P-კრილი შეესაბამება წინაგულების აგზნებას;
- *ბ) P-Q ინტერვალი შეესაბამება ჰისის კონაში იმპულსის გავრცელებას;
- გ) P-Q ინტერვალის ხანგრძლივობაა 0,12-0,2 წმ;
- დ) QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 0,1 წმ-ს;
- ე) T კბილი აღმოცენდება პარკუჭების შეკუმშვის დროს.

39. მოსვენების პოტენციალის ცვლილება განისაზღვრება უჯრედის შიგნით შემდეგი იონის დაგროვებით:

- *ა) კალიუმის;
- ბ) ნატრიუმის;
- გ) კალციუმის;
- დ) მაგნიუმის;
- ე) ქლორის.

40. ჯანმრთელი ადამიანის საშუალო წნევა ფილტვის არტერიაში ტოლია:

- ა) 40 მმ. ვწ. სვ.
- ბ) 60 მმ. ვწ. სვ.
- გ) 120 მმ. ვწ. სვ.
- დ) 80 მმ. ვწ. სვ.
- *ე) 20 მმ. ვწ. სვ.

41. ზოგადი ანესთეზიის პირობებში პლევრის ღრუს გახსნა იწვევს: 1 გულის წუთმოცულობის გაზრდას; 2 გულის წუთმოცულობის შემცირებას; 3 პერიფერიული წინააღმდეგობის დაქვეითებას; 4 პერიფერიული წინააღმდეგობის გაზრდას.

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

42. აღრენერგული რეცეპტორები სჭარბობს ყველა ჩამოთვლილ წარმონაქმნებში, გარდა: 1 ჩონჩხის კუნთების სისხლძარღვებისა; 2 მიოკარდიუმისა; 3 კანის სისხლძარღვებისა; 4 კორონარული სისხლძარღვებისა.

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

43. ცენტრალურ ვენურ წნევას განაპირობებს: 1 კაპილარული წნევა და პერფუზია; 2 ინტრაპლევრული წნევა; 3 პრელაგვირთვა; 4 ჩონჩხის კუნთების ტონუსი.

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

44. ცენტრალური ვენური წნევა ასახავს: 1 ვენურ ტონუსს; 2 მარჯვენა პარკუჭის კუმშვადობის უნარს; 3.სისხლის მოცულობას; 4. გულის წუთმოცულობას.

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

45. დასტოვებული წნევის ცვლილება ძირითადად აღინიშნება:

- *ა) აორტის სარქველის ნაკლოვანების დროს;
- ბ) მიტრალური მანკების დროს
- გ) სამკარიანი სარქველის მანკების დროს;
- დ) ფილტვის არტერიის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკების დროს;
- ე) ბოტალის ღია სადინარის დროს.

46. ჩამოთვლილთაგან სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ყველაზე დიდი ფართობი აქვს:

- ა) დიდ არტერიებს;
- ბ) არტერიოლებს;
- *გ) კაპილარებს;
- დ) წვრილ ვენებს;
- ე) დიდ ვენებს.

47. ტრანსკაპილარული ცვლა ხორციელდება: 1 ფილტვრის გზით; 2 რეაბსორბციის გზით; 3 ლიმფის გზით; 4 მიკროპინოციტოზის გზით;

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

48. მოფუნქციონირე კაპილარების რაოდენობის გამრღა ძირითადად განისაზღვრება:

- *ა) ნახშირორჟანგის კონცენტრაციით;
- ბ) ალენოზინით;
- გ) რძის მჟავით;
- დ) ჟანგბადის კონცენტრაციით;
- ე) ნეიროჰორმონებით.

49. არტერიული სისხლის გულიდან არტერიოლებამდე გავლისას ჟანგბადის პარციალური წნევის ცვლილება შეადგენს:

- *ა) 0 მმ. ვწყ. სვ.
- ბ) 20 მმ. ვწყ. სვ.
- გ) 30 მმ. ვწყ. სვ.
- დ) 40 მმ. ვწყ. სვ.
- ე) 50 მმ. ვწყ. სვ.

50. პლამმის ონკომურ წნევას ძირითადად განაპირობებს:

- ა) ფიბრინოგენი;
- ბ) გლობულინი;
- გ) ჰისტამინი;
- დ) გლუკოზა;
- *ე) ალბუმინი.

51. ეფექტური სისხლძარღვშია ოსმოსური (ფილტვრის ანუ ტრანსმემბრანული) წნევა შეადგენს:

- ა) 6 მმ. ვწყ. სვ.
- ბ) 12 მმ. ვწყ. სვ.
- გ) 18 მმ. ვწყ. სვ.
- *დ) 24 მმ. ვწყ. სვ.
- ე) 30 მმ. ვწყ. სვ.

52. მოზრდილი მამაკაცის მოცირკულირე სისხლის მოცულობა შეადგენს:

- ა) სხეულის მასის 2-5 %-ს;
- ბ) სხეულის მასის 10-20 %-ს;
- *გ) სხეულის მასის 6-8 %-ს;
- დ) სხეულის მასის 1-3 %-ს;
- ე) სხეულის მასის 20-25 %-ს.

53. მოზრდილი ადამიანის არტერიული წნევა მდგომარე პოზიში ყველაზე მაღალია:

- ა) მხრის არტერიაში;
- ბ) საბილე არტერიაში;
- გ) თირკმლის არტერიაში;
- *დ) ბარძაყის არტერიაში;
- ე) სხივის არტერიაში.

54. პლაცენტაში სისხლის ნაკადი ხდება არააღქვატური, როცა დედის სისტემური არტერიული წნევა ეცემა:

- ა) 100-110 მმ. ვწყ. სვ.-მდე.
- *ბ) 75-80 მმ. ვწყ. სვ.-მდე.
- გ) 45-50 მმ. ვწყ. სვ.-მდე.
- დ) 35-49 მმ. ვწყ. სვ.-მდე.

ე) 15-20 მმ. ეწყ. სვ.-მღე.

55. სისხლის სიბლანტე მცირდება:

- ა) სისხლის ღინების სიჩქარის შემცირებისას;
- *ბ) სისხლის ღინების სიჩქარის მაგებისას;
- გ) კატექოლამინების გადმოსროლის მაგებისას;
- დ) ანგიოტენზინის გადმოსროლის მაგებისას;
- ე) ჰიპერკაპნიისას.

56. სისხლში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის მაგებისას ერთროციტებში აღილი აქვს ყველა ჩამოთვლილ ცელილებებს, გარდა: 1 ბიკარბონატების შემცველობის მაგებას; 2 ერთროციტებში ქლორიდების შემცველობის მაგებას; 3 წყლის შემცველობის და ერთროციტების მოცულობის მაგებას; 4 პლაზმაში და ერთროციტებში მეგალების კათიონების შემცველობის მაგებას.

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

57. სიმპატიკური სტიმულაცია იწვევს: 1 ადრენალინის და ნორადრენალინის გამოთავისუფლებას; 2 პერიფერიული სისხლძარღვების შევიწროებას; 3 გულის ინოტროპული ფუნქციის გაზრდას; 4 ტაქიკარდიას.

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

58. კალიუმის იონები სისხლში იმყოფება: 1 თავისუფალი სახით პლაზმაში; 2 KCl- ის სახით პლაზმაში; 3 KH₂PO₄- ის სახით პლაზმაში ; 4 მხოლოდ ერთროციტში.

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

59. ფიკის პრინციპი სასარგებლოა შემდეგი მონაცემების ინტერპრეტაციისა და გამოშვებისათვის:

- ა) სუნთქვითი კოეფიციენტის;
- ბ) სუნთქვითი მოცულობის;
- გ) ბალისტიკარდიოგრამისათვის;
- *დ) გულის დარტყმითი მოცულობის;
- ე) ბორის ეფექტისათვის.

60. ალდოსტერონი აკონტროლებს:

- ა) ნატრიუმის გამოყოფას და კალიუმის შეკავებას;
- ბ) წყლის გამოყოფას;
- გ) ნახშირორჟანგის ტრანსპორტს;
- დ) ჟანგბადის ცვლას;
- *ე) ნატრიუმის შეკავებას და კალიუმის გამყოფას.

61. ელექტროკარდიოგრაფია იძლევა მონაცემებს ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა:

- *ა) გულის დარტყმითი მოცულობისა;
- ბ) დიგიტალისის პერელომირებაზე;
- გ) ელექტროლიტურ დარღვევებზე;
- დ) ჰიპოქსიაზე;
- ე) ფილტვის არტერიის ემბოლიაზე.

62. ამჟამად რეოვაზოგრაფიის საშუალებით შეიძლება განისაზღვროს: 1 სისხლის ღინების ხაზოვანი სიჩქარე; 2 სისხლის ღინების მოცულობითი სიჩქარე; 3 ორგანოების სისხლსავსეობა; 4 პულსური ტალღის სიჩქარე.

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

63. ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით იზომება: 1 დარტყმითი მოცულობა; 2 პარკუჭების დიასტოლური და სისტოლური ფუნქციის ფაზური ანალიზი; 3 პარკუჭების შეკუმშვის სიჩქარე; 4 პარკუჭების სისტოლური და დიასტოლური ზომები.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
*ე) 1,2,3,4
64. თითის ფოტოპლემბოგრაფიით ისაზღვრება: 1 თითის სისხლსავესობა; 2 სისხლის წნევა; 3 გულისცემის სიხშირე პულსის დეფიციტის არარსებობის დროს; 4 გულის რითმის დარღვევის დროს გულის შეკუმშვის სიხშირე.
ა) 1,2,3
*ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4
65. რომელი მანკი იწვევს გულის ყველაზე მეტ გადატვირთვას: 1 მიგრალური ნაკლოვანება; 2 აორტის სტენოზი; 3 აორტული სარქველის ნაკლოვანება; 4 აორტის კოარქტაცია.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
*გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4
66. ზოგადი ანესთეზიის პირობებში, საოპერაციო მაგიდის თავის მხარის 60 გრადუსით სწრაფი აწვევისას \\\ არტერიული წნევის დაცემის მიზნით:
ა) კუნთური ტონუსის დაცემა;
ბ) ბეინბრიჯის რეფლექსის დათრგუნვა;
*გ) ვენური უკუღებების შემცირება;
დ) კაროტიდული სხეულების რეფლექტორული გაღიზიანება;
ე) არც ერთი.
67. კოროტკოვის ტონები: 1. მიეკუთვნება გულის I და II ტონებს; 2. აღმოცენდება პულსური ტალღით; 3. მისაღებია არტერიული წნევის პირდაპირი მეთოდით გასაზომად; 4. გამოწვეულია არტერიის შევიწროებულ უბნებში სისხლის ნაკადით.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
გ) 2,4
*დ) 4
ე) 1,2,3,4
68. შემდეგი ფაქტორებიდან, რომლებმა შეიძლება გამოიწვიონ ფილტვის არტერიაში წნევის დაქვეითება: 1 ფუნთიაზინის შეყვანის შემდეგ თავის დაწვეამ; 2 ფუნთიაზინის შეყვანის შემდეგ თავის აწვეამ; 3 ზელაპირულმა ზოგადმა ანესთეზიამ ბარბიტურატებით; 4 სისხლის გამოშვება 500-1000 მლ.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
*გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4
69. ნორმალური (760 მმ. ვწყ. სვ.) ატმოსფერული წნევის პირობებში, ჰაერით სუნთქვისას ჟანგბადის პარციალური წნევა ჩასუნთქულ ჰაერში არის:
*ა) 149 მმ. ვწყ. სვ.
ბ) 200 მმ. ვწყ. სვ.
გ) 100 მმ. ვწყ. სვ.
დ) 126 მმ. ვწყ. სვ.
ე) 185 მმ. ვწყ. სვ.
70. დააღაგეთ გამები სისხლში სხნალობის უნარის კლების მიხედვით:
ა) CO₂, O₂, N₂O, CO;
*ბ) CO, O₂, N₂O, CO₂;
გ) O₂, N₂O, CO, CO₂;
დ) N₂O, CO₂, CO, O₂;
ე) CO₂, O₂, CO, N₂O.
71. ჩვეულებრივი ამოსუნთქვის ბოლოს ინტრაპლემურულ სივრცეში უარყოფითი წნევა შეადგენს:
ა) 6 სმ წყლ. სვ.
*ბ) 3 სმ წყლ. სვ.
გ) 9 სმ წყლ. სვ.
დ) 12 სმ წყლ. სვ.
ე) 16 სმ წყლ. სვ.
72. ფილტვების ელასტიურობა განპირობებულია: 1 ალვეოლების კედელზე არსებული ელასტიური ბოჭკოებით; 2 გულმკერდის რიგიდულობით; 3 ალვეოლების შიგნითა ზელაპირის ამომფენი პოლიპეპტიდების (სურფაქტანტის) ზელაპირული დაჭიმულობით; 4

ლიაფრაგმის გუმბათის მაღალი მდებარეობით.

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

73. ალვეოლების კელეების შეწებებას ხელს უშლის:

- *ა) სურფაქტანტი;
- ბ) ექსპირატორული წინააღმდეგობა;
- გ) ფილგვის ინტერსტიციული ქსოვილი;
- დ) პლევრის ღრუს უარყოფითი წნევა;
- ე) ჰაერის აზოგი.

74. ღრმა ჩასუნთქვაზე ალვეოლების სუშარული ზედაპირი შეადგენს:

- *ა) 100 მ²;
- ბ) 50 მ²;
- გ) 30 მ²;
- დ) 20 მ²;
- ე) 150 მ².

75. მოსვენებულ მდგომარეობაში ჟანგბადის პარციალური წნევის ყოველი 1 მმ. ვწყ. სვ.-ით ცელილებისას ალვეოლო-კაპილარული მემბრანის გზით ჟანგბადის დიფუზიის მნიშვნელობა შეადგენს: L

- ა) 1-5 მლ/მმ. ვწყ./წთ;
- ბ) 5-7 მლ/მმ. ვწყ./წთ;
- გ) 8-10 მლ/მმ. ვწყ./წთ;
- *დ) 15-30 მლ/მმ. ვწყ./წთ;
- ე) 40-60 მლ/მმ. ვწყ./წთ;

76. PO₂-ის 40 მმ. ვწყ. სვ. ალვეოლო-არტერიული გრადიენტისას, ალვეოლიდან სისხლში დიფუნდირება:

- ა) 100-200 მლ/წთ ჟანგბადი;
- ბ) 250-300 მლ/წთ ჟანგბადი;
- *გ) 500-600 მლ/წთ ჟანგბადი;
- დ) 700-800 მლ/წთ ჟანგბადი;
- ე) 900-1000 მლ/წთ ჟანგბადი.

77. მოსვენებულ მდგომარეობაში ჯანმრთელი ადამიანის მიერ ჟანგბადის საშუალო მოხმარება შეადგენს:

- ა) 1-3 მლ/კგ/წთ;
- *ბ) 5-7 მლ/კგ/წთ;
- გ) 10-12 მლ/კგ/წთ;
- დ) 18-20 მლ/კგ/წთ
- ე) 25-30 მლ/კგ/წთ.

78. სუნთქვის ცენტრი მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა: 1 ჩასუნთქვის ცენტრს; 2 ამოსუნთქვის ცენტრს; 3 პნევმოტაქსიურ ცენტრს; 4 თავის ტვინის მოტონირონებს.

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

79. ფაქტორებს, რომლებიც ახდენენ ზეგავლენას სუნთქვით ცენტრზე, ჩამოთვლილთაგან მიეკუთვნება: 1 PO₂; 2 PCO₂; 3 pH; 4 ენდორფინები.

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

80. სუნთქვითი ცენტრის ავტორეგულაცია არ ცვლის ზეგავლენა:

- ა) თავის ტვინის ქერქის;
- ბ) ქემორეცეპტორების;
- *გ) პრესორეცეპტორების;
- დ) ფილგვების, სასუნთქი გზების, სუნთქვითი კუნთების მექანორეცეპტორების;
- ე) მეტაბოლიტების.

81. სასუნთქი გზების კომპლანისი არის:

- ა) ორგანიზმის მიერ 1 წთ-ში მოხმარებული ჟანგბადის მოცულობა;

- ბ) წნევა ფილტვებში ამოსუნთქვის ბოლოს;
- გ) წნევა ფილტვებში ჩასუნთქვის ბოლოს;
- *დ) სუნთქვითი მოცულობის შეფარდება მის მიერ ფილტვებში გამოწვეულ წნევის ცვლილებასთან ;
- ე) აირის ნაკადის მოცულობითი სიჩქარის შეფარდება მთავარი ბრონქის დიამეტრთან.

82. ფილტვებში გაბრუნება მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ პროცესს, გარდა: 1 ალვეოლების ვენტილაციას; 2 აირების დიფუზიას ალვეოლო-კაპილარული მემბრანის გაყვით; 3 ფილტვის არტერიებში სისხლის დინებას; 4 სისხლით აირების გრანსპორტს.

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

83. ალვეოლური ვენტილაციის სიდიდე განისაზღვრება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სუნთქვის სიხშირით;
- ბ) სუნთქვითი მოცულობით;
- გ) სასუნთქი გზების მკვლარი სიგრძის მოცულობით;
- დ) სუნთქვის წუთმოცულობით;
- *ე) ფილტვების სასიცოცხლო ტევალობით.

84. საშუალო მასის ადამიანში, 500 სმ³ სუნთქვითი მოცულობის დროს ჩასუნთქული ჰაერის რა მოცულობა ერევა ალვეოლურ ჰაერს:

- ა) 50 სმ³;
- ბ) 200 სმ³;
- *გ) 350 სმ³;
- დ) 450 სმ³;
- ე) 500 სმ³.

85. ვენტილაციურ-პერფუზიული თანაფარდობის დარღვევისას ფილტვებში წარმოიქმნება სამი მონა. ორგანიზმისათვის ყველაზე სახიფათოა:

- ა) არის ვენტილაცია და არის პერფუზია;
- *ბ) არ არის ვენტილაცია და არის პერფუზია;
- გ) არის ვენტილაცია და არ არის პერფუზია;
- დ) ყველა.

86. ფილტვების ჰიპოვენტილაციის მიზეზებია: 1 სუნთქვის რეგულაციის ცენტრალური მექანიზმების დათრგუნვა; 2 გულმკერდის შეზღუდული მოძრაობა; 3 ფილტვის ქსოვილის დაზიანება; 4 ჩასუნთქულ ჰაერში ჟანგბადის პარციალური წნევის დაქვეითება.

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

87. ფილტვებში გაზების დიფუზიაზე გავლენას ახდენს ყველა ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა: 1 ალვეოლო-კაპილარული მემბრანის გასქელება; 2 ფილტვის ქსოვილის ხარისხობრივი ცვლილება; 3 დიფუზიის გელაპირის შემცირება; 4 ფილტვების ჰიპოვენტილაცია.

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

88. 100 მლ სისხლის ჟანგბადოვანი ტევალობა 15% H-ის შემცველობის შემთხვევაში შეადგენს:

- ა) 16,2 სმ³ O₂;
- *ბ) 20,1 სმ³ O₂;
- გ) 26,2 სმ³ O₂;
- დ) 30,1 სმ³ O₂;
- ე) 40 სმ³ O₂.

89. ვენტილაციურ-პერფუზიული კოეფიციენტი არის:

- ა) 0,3;
- ბ) 0,4;
- *გ) 0,8;
- დ) 1,0;
- ე) 1,5.

90. 5ლ სისხლი, ჰემოგლობინის 10 %-იანი შემცველობით შეიკავშირებს ჟანგბადის:

- ა) 500 სმ³-ს;
- *ბ) 670 სმ³-ს ;
- გ) 770 სმ³-ს;

- დ) 850 სმ³-ს;
- ე) 900 სმ³-ს.

91. ნორმალური ატმოსფერული წნევის პირობებში პლაზმაში თავისუფლად გახსნილი ქანგბადის რაოდენობა შეადგენს:

- *ა) 0,3 მოც. %;
- ბ) 0,5 მოც. %;
- გ) 0,7 მოც. %;
- დ) 0,9 მოც. %;
- ე) 1,1 მოც. %;

92. მკვლარი სივრცის ვენტილაცია იმრდება: 1 სუნთქვის სიხშირის გაზრდისას, უცვლელი სუნთქვითი მოცულობის პირობებში; 2 სუნთქვის სიხშირის შემცირებისას, უცვლელი სუნთქვითი მოცულობის პირობებში; 3 სუნთქვის სიხშირის გაზრდისას, შემცირებული სუნთქვითი მოცულობის პირობებში; 4 სუნთქვის სიხშირის შემცირებისას, მომატებული სუნთქვითი მოცულობის პირობებში.

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

93. წინასწარი 100 %-იანი ქანგბადით ხანგრძლივი ჰიპერვენტილაციის შემდეგ, სუნთქვის შეკავების თეორიულად დასაშვები დროა (ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობაა 3000 მლ):

- ა) 2 წთ;
- ბ) 5 წთ;
- *გ) 12 წთ;
- დ) 17 წთ;
- ე) 20 წთ.

94. ნორმაში ქანგბადის არტერიო-ვენური სხვაობა შეადგენს:

- ა) 15 მმ. ვწყ.სვ;
- ბ) 30 მმ. ვწყ.სვ;
- გ) 20 მმ. ვწყ.სვ;
- *დ) 60 მმ. ვწყ.სვ;
- ე) 25 მმ. ვწყ.სვ;

95. მომრდილი ადამიანის ნახშირორქანის წუთპროდუქცია ნორმაში შეადგენს:

- ა) 100 სმ³/წთ;
- *ბ) 200 სმ³/წთ;
- გ) 400 სმ³/წთ;
- დ) 500 სმ³/წთ;
- ე) 700 სმ³/წთ;

96. გულმკერდის ქირურგიაში ფილტვების სარებერვო ფუნქციების შეფასების ყველაზე მუსტი კრიტერიუმია:

- ა) სუნთქვითი მოცულობა;
- ბ) სუნთქვის სიხშირე;
- გ) ფილტვების სასიცოცხლო ტევალობა;
- დ) მკვლარი სივრცის მოცულობა;
- *ე) არც ერთი არ არის სწორი.

97. ჩასუნთქულ ჰაერში ქანგბადის შემცველობა შეადგენს:

- ა) 19, 1 მოც. %;
- *ბ) 20,9 მოც. %;
- გ) 25 მოც. %;
- დ) 30 მოც. %;
- ე) 52,5 მოც. %;

98. ალვეოლურ ჰაერში ქანგბადის პარციალური წნევა შეადგენს:

- ა) 40-46 მმ. ვწყ. სვ.
- ბ) 50-56 მმ. ვწყ. სვ.
- გ) 60-66 მმ. ვწყ. სვ.
- *დ) 100-108 მმ. ვწყ. სვ.
- ე) 140-180 მმ. ვწყ. სვ.

99. არტერიულ სისხლში ქანგბადის პარციალური წნევა შეადგენს:

- ა) 30 მმ. ვწყ. სვ.
- ბ) 40 მმ. ვწყ. სვ.
- გ) 60 მმ. ვწყ. სვ.
- *დ) 96-100 მმ. ვწყ. სვ.
- ე) 110-180 მმ. ვწყ. სვ.

100. ალვეოლურ ჰაერში ნახშირორჟანგის შემცველობა შეადგენს:

- ა) 1,0-1,5 მოც. %;
- ბ) 2,0-2,5 მოც. %;
- გ) 3,0-4,0 მოც. %;
- *დ) 5,0-5,6 მოც. %;
- ე) 6,2-7,0 მოც. %.

101. არტერიულ სისხლში ნახშირორჟანგის პარციალური წნევა შეადგენს:

- ა) 30 მმ. ვწყ სვ;
- *ბ) 40 მმ. ვწყ სვ;
- გ) 52 მმ. ვწყ სვ;
- დ) 60 მმ. ვწყ სვ;
- ე) 80 მმ. ვწყ სვ.

102. PaCO₂-ის შემცირებას ხელს უწყობს:

- *ა) სუნთქვის სიხშირის გაზრდა;
- ბ) სუნთქვის სიხშირის შემცირება;
- გ) სუნთქვითი წუთმოცულობის შემცირება;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

103. თანაფარლობა ვენტილაცია/პერფუზია მაგულობს: 1 ემფიზემის დროს; 2 ატელექტაზის დროს; 3 ბრონქული ასთმის დროს; 4 ფილგების სპონტანური ჰიპერვენტილაციის დროს.

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

104. თანაფარლობა ვენტილაცია/პერფუზია იზრდება: 1 ბრონქული ასთმის დროს; 2 ატელექტაზის დროს; 3 ზოგადი ანესთეზიის დროს; 4 ფილგის არტერიის გადაკეცილების ან მისი გოგების ემბოლიის დროს.

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

105. სისხლში თავისუფლად გახსნილი ნახშირორჟანგის რაოდენობა შეადგენს:

- ა) 0,5 მოც. %;
- *ბ) 1,0 მოც. %;
- გ) 2,5 მოც. %;
- დ) 10 მოც. %;
- ე) 15 მოც. %.

106. ყველაზე მაღალი PCO₂ აღინიშნება:

- ა) ამოსუნთქულ ჰაერში;
- ბ) ალვეოლურ ჰაერში;
- გ) არტერიულ სისხლში;
- *დ) ვენურ სისხლში;
- ე) ქსოვილებში.

107. ჩასუნთქულ ჰაერში ნახშირორჟანგის 8-10%-იანი შემცველობისას აღინიშნება: 1 ქალასშიდა წნევის მომაგება; 2 ფილგების ვენტილაციის გაზრდა; 3 სისგოლური წნევის მომაგება; 4 ჰიპერკაპნიური კომა.

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

108. ფილგის წილის რეპექციის დროს სუნთქვითი უუნქცია დაახლოებით ქვეითდება:

- ა) 60 % - ით;
- *ბ) 20 % - ით;
- გ) 40 % - ით;
- დ) 50 % - ით;
- ე) 30 % - ით;

109. ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობის შესახებ 1 წმ-ში, დაახლოებით წარმოდგენას გვაძლევს ამოსუნთქული ჰაერით ასანთის

კოლოფის წაქცევის გესტი. ავადმყოფისაგან რა მანძილზე უნდა იყოს დაშორებული ასანთის კოლოფი:

- ა) 40 სმ;
- ბ) 50 სმ;
- *გ) 15 სმ;
- დ) 100 სმ;
- ე) 80 სმ.

110. ფილტვების ფორსირებული სასიცოცხლო გევალობის რომელი მაჩვენებლის დროს არის შეუძლებელი ხველა:

- ა) 60 მლ/კგ-ზე;
- ბ) 100 მლ/კგ-ზე;
- გ) 120 მლ/კგ-ზე;
- *დ) 15 მლ/კგ-ზე ნაკლები;
- ე) 30 მლ/კგ-ზე.

111. რომელი დებულებაა არასწორი: 1 ჰემოგლობინი სისხლის მთავარი ბუფერია; 2 ოქსიჰემოგლობინი, როგორც მკავა ადლგენილ ჰემოგლობინზე ძლიერია; 3 ადლგენილი ჰემოგლობინი ოქსიჰემოგლობინზე ძლიერია, როგორც ფუქე; 4 ნახშირბადანჰიდრობას კონცენტრაცია მეტია პლაზმაში, ვიდრე უჯრედში.

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

112. ფუნქციური მკვლარი სივრცე ყველაზე მეტად იზრდება:

- ა) ატელექტაზის დროს;
- ბ) გულის შეკუმბებითი უკმარისობის დროს;
- *გ) ფილტვის არტერიის ემბოლიის დროს;
- დ) ქრონიკული ბრონქიტების დროს;
- ე) სისხლის შუნტირებისას მარჯვნიდან მარცხნივ.

113. აორტალური და კაროტიდული ზონის ქემორეცეპტორები ახდენენ მეგავლენას:

- ა) სისხლის მიმოქცევაზე;
- *ბ) სუნთქვაზე;
- გ) გვინის სისხლისმიმოქცევაზე;
- დ) კორონარულ სისხლისმიმოქცევაზე;
- ე) ფილტვის სისხლისმიმოქცევაზე.

114. აორტალური და კაროტიდული ზონის პრესორეცეპტორები ახდენენ მეგავლენას ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) სისხლის მიმოქცევაზე;
- *ბ) სუნთქვაზე;
- გ) გვინის სისხლისმიმოქცევაზე;
- დ) კორონარულ სისხლისმიმოქცევაზე;
- ე) თირკმლის სისხლისმიმოქცევაზე.

115. კაროტიდული ზონის ბარორეცეპტორების გაღიზიანება იწვევს:

- ა) ჰიპერტენზიას, ბრადიკარდიას, ტაქიპნოეს;
- ბ) ჰიპერტენზიას, ბრადიკარდიას, ბრადიპნოეს;
- *გ) ჰიპოტენზიას, ბრადიკარდიას, ბრადიპნოეს;
- დ) ჰიპოტენზიას, ტაქიკარდიას, ბრადიპნოეს;
- ე) ჰიპერტენზიას, ტაქიკარდიას, ბრადიპნოეს.

116. აორტის რკალის ქემორეცეპტორების გაღიზიანება იწვევს:

- *ა) ტაქიპნოეს, ჰიპერტენზიას, ტაქიკარდიას, ვაზოკონსტრიქციას;
- ბ) ტაქიპნოეს, ჰიპოტენზიას, ბრადიკარდიას, სისხლძარღვების სპაზმს;
- გ) ბრადიპნოეს, ჰიპერტენზიას, ბრადიკარდიას, ვაზოდილატაციას;
- დ) ბრადიპნოეს, ჰიპოტენზიას, ტაქიკარდიას, ვაზოდილატაციას;
- ე) ბრადიპნოეს, ჰიპოტენზიას, ტაქიკარდიას, ვაზოკონსტრიქციას.

117. ღია პნევმოთორაქსის დროს სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის დაცემის მიზეზია: 1 ჩასუნთქულ ჰაერში ჟანგბადის შემცველობის შემცირება; 2 ფილტვის კოლაფსი; 3 სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა; 4 არტერიო-ვენური შუნტი.

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

118. ჟანგბადის არტერიო-ვენური სხვაობა ყველაზე მაღალია:

- ა) სუნთქვითი ჰიპოქსიისას;

- *ბ) შეგუებითი ცირკულატორული ჰიპოქსიისას ფილგვების შეშუპების გარეშე;
- გ) ჰისტოტოქსიური ჰიპოქსიისას;
- დ) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი;
- ე) სწორია ყველა.

119. ფილგვების ემფიზემას ახასიათებს:

- ა) ქანგბადისა და ნახშირორჟანგის შემცველობის შემცირება ალვეოლებში და სისხლში;
- *ბ) ქანგბადისა შემცველობის შემცირება და ნახშირორჟანგის შემცველობის გაზრდა ალვეოლურ ჰაერში;
- გ) PaCO_2 და PaO_2 -ის მაგება;
- დ) PaO_2 -ის მაგება და PaCO_2 -ის შემცირება;
- ე) არც ერთი.

120. ქრონიკულ ემფიზემას არ ახასიათებს:

- ა) ფილგვების გაღებვა და ალვეოლების გაფართოება;
- ბ) საერთო სუნთქვითი ზედაპირის შემცირება;
- *გ) ნარჩენი მოცულობის შემცირება;
- დ) ფილგვების სასიცოცხლო მოცულობის შემცირება;
- ე) ფორსირებული ამოსუნთქვის შენელება.

121. ოპერაციამდელი სტაბილური სტაგუსის ავადმყოფს ინჰალაციური ანესთეზიის დროს განუვითარდა ფილგვების შეშუპება. ჩამოთვლილთაგან ამის ყველაზე სავარაუდო მიზეზია:

- ა) ექსპირაციული ობსტრუქცია;
- *ბ) ინსპირაციული ობსტრუქცია;
- გ) გრავემული შოკი;
- დ) ანემიური ჰიპოქსია;
- ე) არც ერთი.

122. ჰიპოკაპნიას თან ახლავს: 1 თავბრუსხვევა; 2 არტერიული წნევის გაზრდა; 3 სახის პარესთეზია; 4 თავის გვინის სისხლძარღვების გაფართოება და გვინის შეშუპება.

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

123. ზომიერ ჰიპერკაპნიას თან ახლავს: 1 დისკომფორტი; 2 ჰიპერპნოე; 3 კანის საფარველის სიწითლე და ოფლიანობა; 4 ჰიპოტონია.

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

124. ზომიერ ჰიპოქსემიას თან ახლავს: 1 ფსოქომოტორული აგზნება; 2 ტაქიპნოე; 3 არტერიული წნევის მაგება; 4 ტაქიკარდია.

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

125. არტერიული სისხლში: pH 7,35; PaO_2 70 მმ.ვწყ.სვ; PaCO_2 57 მმ.ვწყ.სვ; SB 18 მექვ/ლ-ზე; BE -7 მექვ/ლ-ზე. მიუთითებ მუავო-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევის ხასიათი:

- ა) კომპენსირებული რესპირატორული ალკალოზი;
- ბ) დეკომპენსირებული რესპირატორული ალკალოზი;
- *გ) შერეული დეკომპენსირებული აცილოზი;
- დ) კომპენსირებული მეტაბოლური აცილოზი;
- ე) დეკომპენსირებული მეტაბოლური ალკალოზი.

126. ფილგვის შეშუპებას ჩვეულებრივ არ ახასიათებს:

- ა) ტაქიკარდია;
- ბ) ტაქიპნოე;
- გ) ქაფისებური ნახველი;
- *დ) სკლერაში სისხლჩაქცევა;
- ე) კისრის ვენების გაღებვა და ციანობი.

127. ფილგვის შეშუპების კომპლექსური მკურნალობის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) ქანგბადის 30% და ჰელიუმის 70 % ინჰალაციამ;
- ბ) განგლიოლიზური საშუალებების შეყვანამ;
- *გ) ფ.ხ.გ აქტიური ამოსუნთქვით;

- დ) მორფიუმის შეყვანამ;
- ე) ლაზიქსის შეყვანამ.

128. ფილგვის არარესპირატორულ ფუნქციებს მიეკუთვნება: 1 თერმომარეგულირებელი; 2 ფიბრინოლიზური, ანგიოკოაგულაციური; 3 ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ცვლა; 4 სისხლის მიმოქცევის სისგემაში სისხლის ბუფერული რეზერვუარის ფუნქცია.

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

129. ფილგვების ვენგილაციის ობსტრუქციულ დარღვევებს იწვევს: 1 გრაქეაში და ბრონქებში უცხო სხეულის არსებობა; 2 სურფაქტანტის შემცირება; 3 ბრონქიოლების ლორწოვანის სპაზმი და შეშუპება; 4 ფილგვების ინტერსტიციული შეშუპება.

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

130. ჰემურ ჰიპოქსიას ადგილი აქვს: 1 ანემიისას; 2 CO-თი მოწამვლისას; 3 მასიური ჰემოლიზის შემთხვევაში; 4 კოლაფსის დროს.

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

131. ფილგვების სასიცოცხლო მოცულობა დამოკიდებულია: 1 ასაკზე; 2 ფილგვების დაზიანებებზე; 3 გულმკერდის თანდაყოლილ ლეფორმაციაზე; 4 სიმსუქნეზე.

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

132. ბრონქიოლსპაზმის დროს გვაქვს: 1 გაძნელებული ამოსუნთქვა; 2 ფილგვებში ხიხინი; 3 ფსიქომოტორული აგზნება; 4 ტაქიკარდია.

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

133. ფილგვის შეშუპება შეიძლება განვითარდეს: 1 სასუნთქი გზების გამტარებლობის დარღვევის დროს; 2. ნარშირუანგით მოწამვლისას; 3. კოლაბირებული ფილგვის სწრაფი გაშლის დროს; 4. წყლით ინტოქსიკაციისას.

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

134. ფილგვების შეშუპების თერაპიის ძირითადი პრინციპებია: 1 ფილგვის სისხლძარღვებში მაღალი წნევის შემცირება; 2 პლაზმის ონკომური წნევის ნორმალიზება; 3 ვოლემიის მოწესრიგება; 4 კრისტალოიდური ხსნარების გადასხმა.

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

135. ნორმაში ქლორიდების დონე სისხლში შეადგენს:

- ა) 50 მმკვ/ლ;
- *ბ) 100 მმკვ/ლ;
- გ) 150 მმკვ/ლ;
- დ) 200 მმკვ/ლ;
- ე) 300 მმკვ/ლ;

136. ნორმაში სისხლის პლაზმაში კალიუმის შემცველობა შეადგენს:

- ა) 1,8-2,3 მმკვ/ლ;
- ბ) 0,8-1,0 მმკვ/ლ;
- გ) 2,0-2,7 მმკვ/ლ;

- *ა) 3,8-5,3 მეკვ/ლ;
- ე) 6,3-8,0 მეკვ/ლ.

137. სისხლის პლაზმაში კალიუმის რა შემცველობის დროს არსებობს გულის გაჩერების საფრთხე:

- ა) 0,8-1,0 მეკვ/ლ;
- ბ) 1,8-2,3 მეკვ/ლ;
- გ) 3,5-5,0 მეკვ/ლ;
- *დ) ≥ 7 მეკვ/ლ;
- ე) 5,0-6,5 მეკვ/ლ.

138. კალციუმის ქლორიდის სწრაფი ინტრავენური შეყვანის შესაძლო გართულებაა:

- ა) ცალკეული კუნთების კრუნჩხვა;
- *ბ) სისტოლაში გულის გაჩერება;
- გ) დიასტოლაში გულის გაჩერება;
- დ) ტეტანია;
- ე) სისხლენა.

139. 141. ნორმაში სისხლის პლაზმაში ნაგრიუმის შემცველობა შეადგენს:

- *ა) 135-145 მმოლ/ლ;
- ბ) 146-170 მმოლ/ლ;
- გ) 100-120 მმოლ/ლ;
- დ) 80-100 მმოლ/ლ;
- ე) 125-132 მმოლ/ლ.

140. ექსტუბაციის შემდეგ ავადმყოფი გახდა ღია ნაცრისფერი, pH - 7,21, PCO₂ 78 მმ. ვწყ. სვ. BE = 0 ეს მიაჩნდება:

- *ა) რესპირატორულ აცილოზზე;
- ბ) მეტაბოლურ აცილოზზე;
- გ) შიპოვენტილაციამზე;
- დ) კომპენსირებულ სუნთქვით აცილოზზე;
- ე) შერეულ სუნთქვით აცილოზზე.

141. როგორ იცვლება შრატში კალიუმის კონცენტრაცია მეტაბოლური აცილოზისა და მეტაბოლური ალკალოზის დროს:

- ა) ალკალოზის დროს მაგულობს;
- ბ) აცილოზის დროს მცირდება;
- *გ) მაგულობის აცილოზის დროს და მცირდება ალკალოზის დროს;
- დ) მცირდება აცილოზის დროს და მაგულობის ალკალოზის დროს;
- ე) არ იცვლება.

142. სისხლის ცილოვანი აზოტი მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა: 1 შარდოვანას აზოტს; 2 ამინომჟავების აზოტს; 3 კრეატინინს; 4 გახსნილ აზოტს.

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

143. ნორმალური ნაკეები ჯანმრთელი მამაკაცის საერთო წყლის შემცველობა შეადგენს:

- ა) 40 %;
- ბ) 50 %;
- *გ) 60 %;
- დ) 70 %;
- ე) 80 %.

144. მოზრდილი ადამიანის მოციურკულირე სისხლის მოცულობა საშუალოდ შეადგენს:

- ა) 30-40 მლ/კგ;
- ბ) 40-50 მლ/კგ;
- *გ) 60-85 მლ/კგ;
- დ) 90-100 მლ/კგ;
- ე) 100-110 მლ/კგ.

145. მოზრდილი ადამიანის პლაზმის მოცულობა საშუალოდ შეადგენს:

- ა) 14-20 მლ/კგ;
- ბ) 25-30 მლ/კგ;
- *გ) 37-48 მლ/კგ;
- დ) 52-61 მლ/კგ;
- ე) 63-69 მლ/კგ.

146. ქალა-გვინის გრაფიან ავადმყოფს უგარდებოდა ფ.ხ.გ. პარაკლინიკური მონაცემები შეადგენს: pH-7,58; PaCO₂-24 მმ.ვწყ.სვ. B4

მეკვ/ლ. შეაფასეთ მჟავე-ტუტოვანი ბალანსის მონაცემები:

- ა) კომპენსირებული რესპირატორული ალკალოზი;
- ბ) კომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი;
- *გ) ლეკომპენსირებული რესპირატორული ალკალოზი;
- დ) ლეკომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი;
- ე) შერეული რესპირატორული ალკალოზი.

147. ნორმაში პლაზმის ოსმოლარობა შეადგენს:

- ა) 190-205 მოსმ/ლ;
- ბ) 230-240 მოსმ/ლ;
- *გ) 285-295 მოსმ/ლ;
- დ) 320-340 მოსმ/ლ;
- ე) 340-360 მოსმ/ლ.

148. პლაზმის ცილების კოლოიდურ-ონკოტური წნევა ნორმაში შეადგენს:

- ა) 1,9 კპა;
- ბ) 2,7 კპა;
- *გ) 3,3 კპა;
- დ) 3,9 კპა;
- ე) 5,5 კპა.

149. მოზრდილი ადამიანის ღლიური მოთხოვნილება წყალზე შეადგენს:

- ა) 0,5 ლ;
- ბ) 0,8 ლ;
- *გ) 2,5 ლ;
- დ) 3,5 ლ;
- ე) 5,5 ლ.

150. მოზრდილი ადამიანის წყლის ღლიური დანაკარგი შეადგენს:

- ა) 0,8 ლ;
- ბ) 1,2 ლ;
- *გ) 2,5 ლ;
- დ) 3,5 ლ;
- ე) 5,5 ლ.

151. მაგნიუმის ღფიციტის ახასიათებს: 1 ნერვ-კუნთოვანი აგზნების მომატება; 2 ლარინგოსპაზმი; 3 ტეტანია; 4 ჰიპოტონია.

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

152. კალიუმის ღფიციტის ძირითადი კლინიკური სიმპტომებია: 1 ასთენიზაცია; 2 კუნთოვანი სისუსტე; 3 სუნთქვითი დარღვევები; 4 T კბილის გაფართოება და Q-T ინტერვალის გაზანგრლივება.

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

153. ნატრიუმის ღფიციტის კლინიკურ ნიშნებს მიეკუთვნება, გარდა:

- ა) დაღლილობა, აპათია;
- ბ) ღებინება, გულისრევა;
- გ) ტაქიკარდია;
- დ) ჰემატოკრიტის მომატება;
- *ე) პოლიურია.

154. ნატრიუმის სიჭარბისას აღინიშნება შემდეგი კლინიკური ნიშნები, გარდა:

- ა) წყურვილის შეგრძნება;
- ბ) ჰიპერთერმია;
- *გ) კრუნხვები;
- დ) გონების დაკარგვა;
- ე) შეშუპება.

155. ჰიპოკალციემიის კლინიკურ ნიშნებს შეადგენს: 1 ჰიპერრეფლექსია; 2 ტეტანია; 3 მუცლის ტკივილი; 4 პოლიურია.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

156. კალიუმის ლეფიციტის მიზეზად ითვლება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 პოლიურია; 2 ლებინება; 3 არასაკმარისი მიღება; 4 პროფუზული ოფლიანობა.

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

157. მეტაბოლური აციდოზის მიზეზია: 1 კონსერვირებული სისხლის მასიური ინფუზია; 2 სისხლში კეტომჟავის კონცენტრაციის გაზრდა; 3 ჰიპოქსია; 4 თირკმლის უკმარისობა.

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

158. მეტაბოლური აციდოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) უჯრედში წყალბადის იონების კონცენტრაციის მომატება;
- *ბ) უჯრედში კალიუმის შემცველობის მატება;
- გ) ქსოვილებში უანგბადის მიწოდების გაუმჯობესება;
- დ) უჯრედგარეთ წყალბადის კონცენტრაციის იონების მომატება;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

159. ალკალოზის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა, გარდა:

- ა) მძიმე ლებინება;
- ბ) ოფლიანობა;
- გ) ჰიპოთერმია;
- დ) ჰიპერვენტილაცია;
- *ე) კონსერვირებული სისხლის მასიური გადასხმა.

160. მეტაბოლური ალკალოზი ვითარდება:

- *ა) შარდმდენი პრეპარატების შეყვანისას;
- ბ) დიაბეტური კომის დროს;
- გ) ურემიული კომის დროს;
- დ) ჰიპერთერმიისას;
- ე) ჰემორაგიული შოკის დროს.

161. ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის დანიშვნის უკუჩვენება მეტაბოლური აციდოზის დროს არის: 1 ჰიპოვენტილაცია; 2 ეკლამპსია; 3 ჰიპეროსმოლარული კომა; 4 მასიური ჰემოგრანსფუზიის შემდგომი პერიოდი.

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

162. სისხლში ბიკარბონატის და ნახშირმჟავას რაოდენობის გაორმაგებისას არტერიული სისხლის pH:

- ა) მცირედ გაიზრდება;
- ბ) მნიშვნელოვნად გაიზრდება;
- გ) მნიშვნელოვნად შემცირდება;
- *დ) არ შეიცვლება;
- ე) უმნიშვნელოდ შემცირდება.

163. მეტაბოლური ალკალოზის სამკურნალოდ გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 კალიუმის ქლორიდი გლუკოზასთან ერთად; 2 ნატრიუმის ბიკარბონატის ხსნარი; 3 გლუკოზაზე დამზადებული HCl-ის ხსნარი; 4 რინგერ-ლაქატის ხსნარი.

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

164. ჰიპერტონულ დეჰიდრატაციამდე მიყვავართ: 1 ჰიპერთერმია; 2 ტაქიპნოეს; 3 სითხის არასაკმარის მიღება; 4 ლებინება.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

ე) 1,2,3,4

165. ჰიპერტონული დეჰიდრატაციის კლინიკური სიმპტომებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გამობზავი წყურვილი;
- ბ) კანისა და ლორწოვანების სიმშრალე;
- *გ) პოლიურია;
- დ) პლაზმის მომაგებული ოსმოლარობა;
- ე) ნერვულ-ფსიქიკური ღარღვევები.

166. იზოტონურ დეჰიდრატაციამდე მიყვავართ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევას, გარდა: 1 კუჭ-ნაწლავის გრაქტიდან სითხეების დაკარგვას; 2 პლაზმისა და სისხლის დაკარგვას; 3 პოლიურიას; 4 ჭარბ ოფლიანობას.

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

167. იზოტონური დეჰიდრატაციის კლინიკურ სიმპტომებად გვევლინება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპოტონია;
- ბ) ჰიპოვოლემიური შოკი;
- *გ) პოლიურია;
- დ) აპათია, შენელებული რეაქციები;
- ე) პირის სიმშრალე.

168. ჰიპოტონური დეჰიდრატაციის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 არაკორეგირებული შარდმდენი თერაპია; 2 ელექტროლიტების არასაკმარისი შეყვანა; 3 სითხის დანაკარგის შევსება არაელექტროლიტური ხსნარებით; 4 აღსონის დაავადება.

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

169. ჰიპოტონური დეჰიდრატაციის დროს თავს იჩენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიული წნევის დაცემა;
- ბ) ტაქიკარდია;
- გ) ოლიგურია;
- *დ) თვალის კაკლების დაჭიმულობა;
- ე) პლაზმის ოსმოლარობის დაქვეითება.

170. ჰიპერტონული დეჰიდრატაციის მკურნალობისათვის რეკომენდირებულია შემდეგი საინფუზიო ხსნარების გამოყენება: 1) 5%-იანი გლუკოზის ხსნარი; 2) 0,9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარი; 3) 5%-იანი ფრუქტოზის ხსნარი; 4) რინგერ-ლაქტატის ხსნარი.

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

171. იზოტონური დეჰიდრატაციის დროს ინიშნება: 1 უპირატესად იზოტონური ელექტროლიტური ხსნარები; 2 უპირატესად ელექტროლიტური ხსნარები; 3 მოცულობის შემავსებელი ხსნარები; 4 კოლოიდური პლაზმის შემცველი ხსნარები.

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

172. ჰიპოტონური დეჰიდრატაციის მკურნალობისათვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაბალანსებული ელექტროლიტური ხსნარისა;
- *ბ) 5%-იანი გლუკოზის ხსნარისა;
- გ) 0,9%-იანი NaCl-ის ხსნარისა;
- დ) რინგერ-ლაქტატის ხსნარისა;
- ე) NaCl-ის ჰიპერტონული ხსნარისა.

173. ჰიპერტონული დეჰიდრატაციის დროს გამოიყენება:

- ა) რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- ბ) ფიზიოლოგიური ხსნარი;
- გ) ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარი პარენტერალურად;
- დ) ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარი ენტერალურად;
- *ე) 5% გლუკოზი.

174. ჰიპერტონული ჰიპერტონიკის დროს თავს იჩენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 წყურვილისა; 2 ნერვულ-ფსიქიური დარღვევებისა; 3 შეშუპებისა; 4 პლაზმის ოსმოლარობის დაქვეითებისა.

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

175. ჰიპერტონული დეჰიდრატაციის მკურნალობისას გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გლუკოზის და ფრუქტოზის ხსნარის ინფუზია;
- *ბ) ჰიპერტონული მარილოვანი ხსნარების ინფუზია;
- გ) სორბიტოლის ხსნარი;
- დ) ალბუმინი;
- ე) კოლოიდური პლაზმისშემცვლელი.

176. იზოტონური ჰიპერტონიკისას მნიშვნელოვან სიმპტომად ითვლება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 სხეულის შეშუპება; 2 ფილტვის შეშუპება; 3 პლაზმის ნორმალური ოსმოლარობა; 4 პლაზმის ოსმოლარობის მაგება.

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

177. იზოტონური ჰიპერტონიკის დროს აკეთებენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ძირითადი დაავადების მკურნალობა;
- ბ) ნაგრიუმის და წყლის უარყოფითი ბალანსის შექმნა;
- გ) ცილოვანი დეფიციტის კომპენსაცია;
- დ) ოსმოდურული და სალურული საშუალებების დანიშვნა;
- *ე) შაქრიანი ხსნარების გამოყენება.

178. ჰიპოტონური ჰიპერტონიკის მიზეზად ითვლება:

- *ა) არაელექტროლიტური ხსნარების ჭარბი რაოდენობით შეყვანა;
- ბ) ელექტროლიტური ხსნარების ჭარბი რაოდენობით შეყვანა;
- გ) გრაფული შოკი;
- დ) სწორია ბ და გ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

179. წყლით მოწამვლის მნიშვნელოვან სიმპტომებად ითვლება: 1 სისუსტე, გონების დაბნელება, კომა; 2 ღებინება; 3 პოლიურია, გარდაამავალი ოლიგო და შემდგომ ანურია; 4 ფილტვის შეშუპება.

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

180. ჰიპოტონური ჰიპერტონიკის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები ემყარება: 1 ძირითადი დაავადების მკურნალობას, რომელიც იწვევს წყლის შეკავებას ორგანიზმში; 2 წყლის უარყოფითი ბალანსის შექმნას ორგანიზმში; 3 ფორსირებული დიურეზი მანიტოლის გამოყენებით; 4 სისხლის ულტრაფილტრაცია.

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

181. ჩამოთვლილი პასუხებიდან რომელია სავარაუდოდ სწორი პაციენტისათვის, რომელსაც აქვთ სისხლის pH 7,8: 1 მძიმე ღებინების შედეგად დეკომპენსირებული მეტაბოლური ალკალოზი; 2 გამოხატული ჰიპერვენტილაციის შედეგად დეკომპენსირებული სუნთქვითი ალკალოზი; 3 ნაგრიუმის ჰიდროკარბონატის ჭარბი რაოდენობით შეყვანის შემდეგ განვითარებული დეკომპენსირებული მეტაბოლური ალკალოზი; 4 დიაბეტური კეტოაციდოზი.

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

182. ყველა პასუხი შეიძლება იყოს სავარაუდოდ სწორი პაციენტისათვის, რომელსაც pH აქვს 7,2, გარდა:

- ა) ასთმური მდგომარეობის შედეგად დეკომპენსირებული სუნთქვითი აციდოზი;
- ბ) გულმკერდის კელის მთლიანობის გრაფული დარღვევის შედეგად განვითარებული დეკომპენსირებული სუნთქვითი აციდოზი;

- გ) თირკმლის უკმარისობის შედეგად განვითარებული ლეკომპენსირებული მეტაბოლური აცილოზი;
- დ) ღიაბეგით გამოწვეული აცეტონის, აცეტომმარმეჟავას და ოქსიბუტირატის მჟავას მაგებით განპირობებული ლეკომპენსირებული მეტაბოლური აცილოზი;
- *ე) ინტრავენულად რინგერ-ლაქტატის შეყვანის შედეგად გამოწვეული ლეკომპენსირებული მეტაბოლური აცილოზი.

183. ფუძეების ლეფიცის მომაგების საფუძველია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მძიმე ლებინება;
- ბ) ჰემორაგიული შოკი;
- გ) ჰიპოქსია;
- დ) სისხლში ჰიდროკარბონატის ღონის შემცირება;
- ე) ღიაბეგური კომა.

184. მეტაბოლური ალკალოზის კომპენსაცია შეიძლება მოხდეს შემდეგის ხარჯზე, გარდა:

- ა) ფალარათი;
- ბ) სუნთქვის შესუსტება და სუნთქვის წუთმოცულობის დაქვეითება;
- გ) Cl^- -ის და HCO_3^- ცვლა უჯრედსა და პლაზმას შორის;
- დ) შარდით ბიკარბონატისა და ტუტე ფოსფატების გამოყოფა;
- *ე) თირკმლებიდან ამონიუმის მარილებისა და მჟავე ფოსფატების გამოყოფა.

185. ფუძეების სიჭარბის გამზრდა თავს იჩენს ძირითადად: 1 კუჭის შიგთავის მუღმივი ევაკუაციის დროს; 2 პლაზმაში ქლორის შემცველობის შემცირებისას; 3 ფორსირებული დიურეზის დროს; 4 გლუკოზის იზოტონური ხსნარის ვენაში შეყვანისას.

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

186. მეტაბოლური აცილოზის კომპენსაცია ხდება თირკმლის გზით შემდეგი ნივთიერებების ექსკრეციის დროს: 1) H^+ -იონების ექსკრეციის; 2) თავისუფალი მჟავების; 3) ამონიუმის მარილების; 4) HCO_3^- -ის იონების.

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

187. მოზრდილი ადამიანისათვის კალიუმის მოხმარების დღე-ღამური დონე შეადგენს:

- ა) 30-40 მმოლ;
- ბ) 10-30 მმოლ;
- *გ) 50-70 მმოლ;
- დ) 120-140 მმოლ;
- ე) 150-180 მმოლ.

188. 191. ნატრიუმის დღე-ღამური მოთხოვნილება შეადგენს:

- *ა) 70-100 მმოლ;
- ბ) 100-140 მმოლ;
- გ) 170-200 მმოლ;
- დ) 20-40 მმოლ;
- ე) 50-60 მმოლ.

189. კალიუმის ლეფიცის დროს რეკომენდირებულია: 1) 1%-იანი KCl -ის ხსნარი; 2) 7,5%-იანი KCl -ის ხსნარი; 3) 10%-იანი KCl ; 4) KCl გახსნილი 0,5-1 ლ 10%-იან გლუკოზში 25 ერთეულ ინსულინთან და მაგნიუმისთან ერთად.

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

190. კალიუმის ქლორიდის ვენაში შეყვანის უკუხვეწებად ითვლება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 ნებისმიერი წარმოშობის ოლიგურია ან ანურია; 2 ჰიპერკალიემია; 3 მძიმე მწვავე ლეჰირატაცია; 4 ლეკომპენსირებული მეტაბოლური ალკალოზი.

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

191. კალციუმზე დღე-ღამური მოთხოვნილება შეადგენს:

- ა) 2,2 მმოლ;
- *ბ) 7,7 მმოლ;

- გ) 4 მმოლ;
- დ) 12 მმოლ;
- ე) 20 მმოლ.

192. დღე-ღამური მოთხოვნილება მაგნიუმზე:

- ა) 0,5 მმოლ;
- *ბ) 3,0 მმოლ;
- გ) 8,0 მმოლ;
- დ) 6,0 მმოლ;
- ე) 10,0 მმოლ.

193. შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობის დროს დიურეზული საშუალებები გამოიყენება: 1. ყველა შემთხვევაში; 2. როდესაც სავარაუდოა პოსტრენული ანურია; 3. არ გამოიყენება; 4. როცა მოცირკულირე სისხლის მოცულობის, ცენტრალური ვენური წნევისა და არტერიული წნევის სტაბილიზაციის მიუხედავად არ აღდგა სპონტანური დიურეზი.

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

194. ინფუზიური საშუალებები, რომელთაც არა აქვთ მოცულობაშემავსებელი ფუნქცია: 1 დექსტრანები; 2 ერთიროციტული მასა; 3 პლაზმა; 4 იზოტონური ელექტროლიტური ხსნარები.

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

195. პარენტერალური კვებისათვის გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი ხსნარები, გარდა:

- ა) გლუკოზისა და ფრუქტოზის სინთეზური ხსნარებისა;
- ბ) მრავალატომიანი სპირტების ინფუზიური ხსნარები;
- გ) ცხიმოვანი ემულგატორები;
- დ) ამინომჟავების ხსნარები;
- *ე) დექსტრანები.

196. ყველაზე მეტი მოცულობითი ეფექტი აქვთ შემდეგ პლაზმის შემცველ ხსნარებს: 1 დექსტრანები; 2 გლუკოზის 40%-იანი ხსნარი; 3 ეულაგინის ხსნარი; 4 რინგერ-ლაქტატის ხსნარი.

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

197. წყლის შეკავშირების უნარი დექსტრანებთან პროპორციულია:

- ა) ხსნარის მოლეკულური მასის;
- *ბ) ხსნარის კონცენტრაციის;
- გ) გაღასხმის სიჩქარის;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) არც ერთი არაა სწორი.

198. დაბალმოლეკულური დექსტრანების გამოყენებისას შესაძლებელია:

- ა) სისხლის მიმოქცევის წრეების გაღატვირთვა;
- ბ) სისხლდენის საშიშროება;
- გ) თირკმლის პერფუზიის გაუმჯობესება;
- დ) არც ერთი არაა სწორი;
- *ე) სწორია ყველა.

199. მაღალმოლეკულური დექსტრანების გამოყენებისას შესაძლებელია შემდეგი გართულებები:

- ა) თირკმლის უკმარისობა;
- ბ) ალერგიული რეაქციები;
- გ) მეტაბოლური აცილოზი;
- დ) სწორია ყველა;
- *ე) სწორია ა და ბ.

200. დექსტრანისაგან განსხვავებით, ეულაგინის ხსნარს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მეტად გამოხატული მოცულობის შემავსებელი მოქმედება;
- ბ) ნაკლებად გამოხატული მოცულობის შემავსებელი მოქმედება;
- გ) ნაკლებია საშიშროება სისხლის მიმოქცევის წრეების გაღატვირთვის;

- დ) შესაძლებელია დიდი ღირებულებით გამოყენება;
- ე) აძლიერებს ღირებულებას.

201. ინფუზიური საშუალებებს, რომელთაც აქვთ აუტოგენური პლაზმის შემცველი თვისებები ეკუთვნის: 1 ალბუმინი; 2 პლაზმა; 3 პროტეინი; 4 პოლიგლუკინი.

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

202. ალბუმინს აქვს ყველა ჩამოთვლილი თვისება, გარდა:

- ა) სისხლში გადასატარებელი ხელს უწყობს სისხლის მიზიდვას და შეკავებას;
- ბ) მთავარ როლს თამაშობს სისხლის კოლოიდურ-ოსმოსური წნევის შენარჩუნებაში;
- გ) არის უნივერსალური სატრანსპორტო საშუალება ფერმენტებისათვის, ჰორმონებისათვის და სამკურნალო საშუალებებისათვის;
- დ) არის ცილოვანი კვების რეზერვი ორგანიზმისათვის;
- *ე) შეიძლება გამოიწვიოს შრატისმიერი ჰეპატიტი.

203. პლაზმის გადასხმის უკუჩვენებაა ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლის ჯგუფთან შეუთავსებლობა;
- ბ) ცილოვანი პრეპარატების პარენტერალურ შეყვანასთან სენსიბილიზაცია;
- გ) პლაზმის თვისებების შეცვლა მისი შენახვის დროს;
- *დ) სისხლის შეღებვის დაქვეითება;
- ე) სისხლის ქანგბადტრანსპორტაბელური ფუნქციის გაუმჯობესება.

204. სასწრაფო ჰემოტრანსფუზიის ჩვენებაა:

- ა) სისხლის მწვავე დანაკარგი 20%-მდე;
- ბ) სისხლის მწვავე დანაკარგი 30%-მდე;
- *გ) სისხლის მწვავე დანაკარგი 30% და მეტი;
- დ) სისხლის მწვავე დანაკარგი 15%-მდე;
- ე) სისხლის მწვავე დანაკარგი 10%-მდე.

205. შემდეგი ინფუზიური ხსნარები იძლევიან წყლის ყველაზე მეტ რაოდენობას:

- ა) ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი 200 მლ;
- *ბ) გლუკოზის და ფრუქტოზის 10%-იანი ხსნარი (100 მლ გლუკოზი+100 მლ ფრუქტოზი);
- გ) რინგერ-ლაქტატის ხსნარი 200 მლ;
- დ) ელვანოლის ხსნარი 200 მლ;
- ე) არც ერთი პასუხი არაა სწორი.

206. ერთობლივი მასის გადასხმის შესაძლო გართულებები: 1 ალერგიული რეაქციები; 2 იმუნიტეტის დეპრესია; 3 ვირუსული ინფიცირების საშიშროება; 4 ჰიპოალბუმინემია.

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

207. 210. ჩამოთვლილთაგან რომელ საინფუზიო ხსნარს აქვს შემადგენლობა, რომელიც მოგვაგონებს უჯრედგარეთა ნივთიერების შემადგენლობას:

- *ა) რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- ბ) 5% გლუკოზის ხსნარი;
- გ) 0,9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარი;
- დ) ამინომზავემის ნაკრების ხსნარი;
- ე) სწორია ა და ბ

208. მწვავე გავრცელებულ პერიტონიტს ახასიათებს:

- ა) ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია და მეტაბოლური ალკალოზი;
- ბ) ჰიპერტონური დეჰიდრატაცია და ნორმალური მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა;
- გ) იზოტონური დეჰიდრატაცია და გამოხატული მეტაბოლური ალკალოზი;
- დ) ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია და ნორმალური მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა;
- *ე) არც ერთი არაა სწორი.

209. მწვავე პერიტონიტის დროს წინასაოპერაციო მომზადებისას ინფუზიური თერაპია მოიცავს:

- ა) ჰემოდინამიკური და ელექტროლიტური დარღვევების სრულ ლიკვიდაციას;
- *ბ) ჰიპოთერმიის სწრაფი კორექციას, ჰემოდინამიკის სტაბილიზაციას და უჯრედგარეთა სითხის დეფიციტის შემცირებას;
- გ) უჯრედშიდა წყლის დეფიციტის სწრაფ კორექციას;
- დ) სწორია ბ და გ;
- ე) სწორია ყველა.

210. მწვავე ლესტრუქციული პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პლაზმის მოცულობის გამობზავი ლეფიცია;
- ბ) პლაზმის ცილების გამობზავი ლეფიცია;
- გ) სისხლის კოაგულაციურ-ლიტიური თვისების დარღვევა;
- *დ) ჰიპერვოლემია;
- ე) ჰემოდინამიკური დარღვევა.

211. მწვავე პანკრეატიტის დროს განვითარებული თირკმლის მწვავე უკმარისობის ეტიოლოგიური მიზეზია: 1 სისტემური ვაზოდილატაცია და ჰიპერტენზია; 2 სისტემური ვაზოდილატაცია და ჰიპოტენზია; 3 თირკმლის სისხლძარღვების დილატაცია; 4 თირკმლის სისხლძარღვების კონსტრიქცია.

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

212. მწვავე ლესტრუქციული პანკრეატიტის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები გულისხმობს: 1 ჰიპოვოლემიის მკურნალობას; 2 წყალ-ელექტროლიტური ბალანსის მწვავე მოშლილობის და მკაფე-ტუტოვანი წონასწორობის კორექციას; 3 ტკივილის სინდრომის კუპირებას; 4 ციტოსტატიკების, ანტიბიოტიკების და ანტიფერმენტული პრეპარატების დანიშნებას.

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

213. ქირურგიული სტრესის შედეგად განვითარებული კატაბოლური ფაზა გულისხმობს: 1 თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავების კონცენტრაციის მომატებას; 2 ნაგრიუმის იონებისა და წყლის შეკავებას; 3 კალიუმის იონების შემცირებას; 4 კორტიკოსტეროიდების, გლუკაგონისა და კატექოლამინების კონცენტრაციის შემცირებას.

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

214. გართულებებს, რომლებიც ვითარდება კუჭის წვენის დაკარგვის შედეგად, განეკუთვნება:

- ა) ჰიპერტონული დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური აცილოზი;
- ბ) იზოტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური აცილოზი;
- *გ) იზოტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური ალკალოზი;
- დ) ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური ალკალოზი;
- ე) არც ერთი.

215. კუჭის წვენის დაკარგვის დროს რაციონალური მკურნალობისათვის იყენებენ შემდეგი შემცველობის ხსნარებს: 1 ნაგრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი; 2 ნაგრიუმის ჰიდროკარბონატის 8,4%-იანი ხსნარი; 3 რინგერის ხსნარი; 4) 5%-იანი გლუკოზა.

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

216. ჰიპერტონიის დროს ვლინდება წყალ-მარილოვანი ბალანსის შემდეგი ცვლილებები:

- ა) ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია;
- ბ) იზოტონური დეჰიდრატაცია;
- *გ) ჰიპერტონური დეჰიდრატაცია;
- დ) იზოტონური ჰიპერდეჰიდრატაცია;
- ე) ჰიპოტონური ჰიპერდეჰიდრატაცია.

217. პანკრეასის წვენის დაკარგვის დროს რეკომენდირებულია შემდეგი საინფუზიო ხსნარები: 1 კალიუმით მდიდარი საინფუზიო ხსნარები; 2 გლუკოზირებული ხსნარები; 3 საინფუზიო ხსნარები, რომლებიც შეიცავენ ელექტროლიტებს; 4 იზოტონური ხსნარი.

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

218. გართულებებს გამოწვეულს ნაღვლის, დუოდენური წვენის, წერილი ნაწლავის სეკრეტის დაკარგვით, \\\ ნაწლავური ფისგულებითა და ფაღარათით, მიეკუთვნება:

- ა) ჰიპერტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური აცილოზი;

- ბ) იზოტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური ალკალოზი;
- *გ) იზოტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური აცილოზი;
- დ) ჰიპერტონური დეჰიდრატაცია, მეტაბოლური ალკალოზი;
- ე) ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია და მეტაბოლური აცილოზი.

219. ნორმოტერმიის პირობებში მოზრდილი ადამიანის ორგანიზმისათვის ყოველდღიური წყლის მოხმარება შეადგენს:

- ა) 1 ლ/მ²;
- *ბ) 1,5 ლ/მ²;
- გ) 2 ლ/მ²;
- დ) 2,5 ლ/მ²
- ე) 3 ლ/მ²

220. ღიაბეგური კეტოაცილოზური კომის მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: 1 ინსულინის შეყვანა საწყისი დოზით 10 ერთ, ხოლო შემდეგ 0,1 ერთ/კგ-ზე საათში; 2 ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის შეყვანა; 3 სითხის დეფიციტის შევსება; 4 პოლიგლუკინის გადასხმა.

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

221. კეტოაცილოზისა და ღიაბეგური ჰიპეროსმოლარული კომის დროს კალიუმის დღე-ღამურმა დანაკარგმა შეიძლება შეადგინოს:

- ა) 50-100 მმოლ;
- ბ) 100-150 მმოლ;
- გ) 150-200 მმოლ;
- *დ) 200-700 მმოლ;
- ე) 800-1000მმოლ.

222. ღიაბეგური კომით ავადმყოფებში კალიუმის დანიშვნის დროს მართებულია: 1 იგი შეჰყავთ კარდიომონიტორის კონტროლის ქვეშ; 2 დოზირების შეჩერება ხდება ინდივიდუალურად; 3 ვენაში მისი შეყვანის საშუალო სიჩქარეა 20-40 მმოლ/სთ; 4 მინიმალურ დოზად ითვლება 850-900 მმოლ/24 სთ-ში.

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

223. ღიაბეგური კეტოაცილოზის დროს, აცილოზის მკურნალობის მიმართ სწორია ყველა, გარდა: 1 აცილოზის წინააღმდეგ ბრძოლაში პრინციპული მნიშვნელობა ენიჭება ინსულინოთერაპიას, მოცულობის შევსებას; 2 აცილოზის ნაჩქარევ კომპენსაციას შეიძლება მოჰყვეს გართულებები; 3 რეკომენდირებულია ბუფერული თერაპიისაგან თავის შეკავება; 4 ნატრიუმის ჰიდროკარბონატით მკურნალობას აგარებენ მხოლოდ ფილტვების შეშუპების დროს.

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

224. ღიაბეგური კომის მკურნალობის შეასაძლო გართულებებია: 1 ჰიპოგლიკემია; 2 ჰიპოკალიემია; 3 გეინის შეშუპება; 4 სუნთქვის დარღვევა.

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

225. ამოცის ბალანსი ეს არის:

- ა) ამოცის დღე-ღამური დანაკარგი;
- ბ) საკვებით დღე-ღამეში ამოცის მიღება;
- *გ) დღე-ღამეში მიღებასა და გაცემას შორის დამოკიდებულება;
- დ) სისხლში საერთო ცილის შემცველობა;
- ე) სისხლში შარდოვანას შემცველობა.

226. მოზრდილ ადამიანში ამოცის ბალანსი:

- ა) დადებითია;
- *ბ) ნეიტრალურია;
- გ) უარყოფითია;
- დ) მკვეთრად დადებითია;
- ე) მკვეთრად უარყოფითია.

227. 231. აზოტის ბალანსი ბავშვებში:

- *ა) ღაღებიითია;
- ბ) ნეიტრალურია;
- გ) უარყოფითია;
- დ) მკვეთრად ღაღებიითია;
- ე) მკვეთრად უარყოფითია.

228. აზოტის ბალანსი ორსულებში:

- ა) ნეიტრალურია;
- *ბ) ღაღებიითია;
- გ) უარყოფითია;
- დ) ღამოკიდებულია ნაყოფის წონაზე;
- ე) მკვეთრად უარყოფითია.

229. აზოტის ბალანსი გამოჯანმრთელების პერიოდში:

- ა) ნეიტრალურია;
- *ბ) ღაღებიითია;
- გ) უარყოფითია;
- დ) განისაზღვრება საერთო ცილის შემცველობით სისხლში;
- ე) მკვეთრად უარყოფითია.

230. თირკმელები შარდით გამოყოფენ მთელი აზოტის:

- ა) 20%;
- ბ) 40%;
- *გ) 60%;
- დ) 80%;
- ე) 100%.

231. საერთო აზოტი შარდში ითვლება ფორმულით (C-შარდოვანა ღღე-ღამურ შარდში გრამებში):

- *ა) $N \text{ საერთო} = C \times 0,4666$;
- ბ) $N \text{ საერთო} = C + 0,4666$;
- გ) $N \text{ საერთო} = C - 0,4666$;
- დ) $N \text{ საერთო} = C / 0,4666$;
- ე) $N \text{ საერთო} = C / 0,4777$.

232. 1 გრამი აზოტი ექვივალენტურია:

- ა) 1,25 გრ ცილის;
- ბ) 2,25 გრ ცილის;
- გ) 3,25 გრ ცილის;
- *დ) 6,25 გრ ცილის;
- ე) 8,25 გრ ცილის.

233. ამონომეკავების ასათვისებლად საჭიროა:

- ა) 60 კკალ 1 გრამ აზოტზე;
- ბ) 100 კკალ 1 გრამ აზოტზე;
- *გ) 180 კკალ 1 გრამ აზოტზე;
- დ) 220 კკალ 1 გრამ აზოტზე;
- ე) 300 კკალ 1 გრამ აზოტზე.

234. კრეატინფოსფოკინაზას MB ფრაქციის აქტივობის მაგება წარმოადგენს მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ ნიშანს:

- *ა) მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს;
- ბ) მარჯვენაპარკუჭოვანი უკმარისობის დროს;
- გ) ჰემოლიზის დროს;
- დ) კუნთების ღამიანების დროს;
- ე) თირკმლების და გვინის ღამიანების დროს.

235. ალანინამინოტრანსფერაზას აქტივობის მაგება წარმოადგენს მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ ნიშანს:

- ა) მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს;
- ბ) კუნთების და თირკმლის ღამიანების დროს;
- *გ) ჰეპატიტის დროს;
- დ) პოსტჰემორაგიული ანემიის დროს;
- ე) ჰემოლიზის დროს.

236. ასგ/ალგ თანაფარდობა მნიშვნელოვნად მაგულობს:

- *ა) მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს;
- ბ) ჰემოლიზის დროს;
- გ) თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს;
- დ) გვინის ღამიანების დროს;

ე) არც ერთის დროს.

237. ასტ/ალტ თანაფარლობა მნიშვნელოვნად მცირდება:

- ა) ნებისმიერი ეტიოლოგიის გულის დაავადებების დროს;
- ბ) ინფარქტების დროს;
- *გ) ნებისმიერი ეტიოლოგიის ჰეპატიტების დროს;
- დ) ჰემოლიზის დროს;
- ე) პოსტჰემორაგიული ანემიის დროს.

238. ორგანიზმის დღე-ღამური მოთხოვნილება ცილებზე შეადგენს:

- *ა) 0,8 გ/კგ-ზე;
- ბ) 2 გ/კგ-ზე;
- გ) 3 გ/კგ-ზე;
- დ) 4 გ/კგ-ზე;
- ე) 5 გ/კგ-ზე.

239. ცხიმების ენერგეტიკული ღირებულება წარმოადგენს:

- ა) 15 კკალ/გრ;
- ბ) 20 კკალ/გრ;
- გ) 30 კკალ/გრ;
- *დ) 9 კკალ/გრ;
- ე) 25 კკალ/გრ.

240. ნახშირწყლების ენერგეტიკული ღირებულებაა:

- ა) 15 კკალ/გრ-ზე;
- ბ) 20 კკალ/გრ-ზე;
- *გ) 4,1 კკალ/გრ-ზე;
- დ) 9 კკალ/გრ-ზე;
- ე) 18 კკალ/გრ-ზე.

241. კრეატინფოსფოკინაზას მაგებას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს:

- ა) ეთერით ზოგადი ანესთეზიის დროს;
- ბ) ფიზიკური დატვირთვისას;
- გ) ბარბიტურატებით ზოგადი ანესთეზიის დროს;
- *დ) ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის დროს;
- ე) თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს;

242. ამილამას (დიასტამას) მაგებას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს:

- *ა) პანკრეატიტის დროს;
- ბ) გოტალური პანკრეონექროზის დროს;
- გ) სანერწყვე ჯირკვლების დაავადების დროს;
- დ) პერიტონიტის დროს;
- ე) ოპიოიდური ჯგუფის პრეპარატების მიღების დროს.

243. დისემინირებული სისხლძარღვშია შედელების სინდრომის დიაგნოზი ისმება შემდეგი პარაკლინიკური მონაცემების საფუძველზე: 1 პროთრომბინის დრო < 15 წმ; 2 ფიბრინოგენის კონცენტრაცია < 160მგ%; 3 თრომბოციტები < 150.000 მმ³; 4 ლიმფოციტები 2,5 10¹²/ლ.

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

244. სისხლძარღვოვან-თრომბოციტულ ჰემოსტაზზე წარმოადგენს გვაძლევს:

- *ა) პროთრომბინის დრო;
- ბ) აქტივირებული ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო;
- გ) თრომბინის დრო;
- დ) სწორია ბ და გ;
- ე) სწორია ყველა.

245. კოაგულაციურ ჰემოსტაზზე წარმოადგენს გვაძლევს:

- ა) პროთრომბინის დრო;
- ბ) აქტივირებული ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო;
- გ) თრომბინის დრო;
- *დ) სწორია ბ და გ;
- ე) სწორია ყველა.

246. თრომბოციტოპენიას ალგული აქვს: 1 სეფსისისა და ინფექციურ-გოქსიური შოკის დროს; 2 ვერლჰოფის დაავადების დროს; 3 სისხლძარღვშია დისემინირებული შედელების სინდრომის დროს; 4 ლიმფოგრანულომატოზის დროს.

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

247. სისხლის შედელების დრო ლი-უაიგის მიხედვით შეადგენს:

- *ა) 5-10 წთ;
- ბ) 2-3 წთ;
- გ) 10-15 წთ;
- დ) 2-5 წთ;
- ე) 12-15 წთ.

248. სისხლის კოლგის არასაკმარის რეგრაქციას ადგილი აქვს:

- *ა) სისხლში ცილის დონის კლების შემთხვევაში;
- ბ) გამობაგული თრომბოციტოპენიის დროს;
- გ) ანემიისას;
- დ) ჰიპერფიბრინოგენემიის შემთხვევაში;
- ე) ჰიპერთრომბოციტოზის დროს.

249. სისხლის შედელების დრო მაგულობს:

- *ა) ჰიპოკოაგულაციისას;
- ბ) ჰიპერკოაგულაციისას;
- გ) სისხლში ფიბრინოგენის მაგების შემთხვევაში;
- დ) დამწვრობის დროს;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

250. პროთრომბინის კონცენტრაციაზე გავლენას ახდენს:

- ა) პირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები;
- ბ) არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები;
- გ) ახლადგაყინული პლაზმის გადასხმა;
- *დ) სწორია ბ და გ;
- ე) სწორია ა და გ.

251. ჰიპოფიბრინოგენემიას ადგილი აქვს:

- *ა) ღვიძლის დაავადებების დროს;
- ბ) პნევმონიის ან სხვა ანთებითი პროცესების დროს;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს;
- დ) სისხლში ანტიკოაგულანტების სიჭარბისას;
- ე) პრეტრომბული მდგომარეობების დროს.

252. ჰიპოფიბრინოგენემიას ადგილი აქვს:

- ა) თირკმლის სიმსივნეების დროს;
- *ბ) დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედელების სინდრომის მოხმარების კოაგულოპათიის ფაზაში;
- გ) მშობიარობის შემდგომ პერიოდში;
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს;
- ე) რეემატიზმის დროს.

253. ფიბრინოგენ „B“ გამოჩენა მიუთითებს:

- *ა) პრეტრომბოზულ მდგომარეობაზე და ჰიპერკოაგულაციაზე;
- ბ) ჰიპოფიბრინოგენემიაზე;
- გ) ჰემოფილიაზე;
- დ) ჰიპოკოაგულაციაზე;
- ე) პროთრომბინული კომპლექსის ფაქტორების ლეფიცირებზე.

254. ფიბრინოგენ „B“ გამოჩენა მიუთითებს:

- *ა) სისხლძარღვშიდა კოაგულაციის ინტენსივობის მაგებაზე;
- ბ) ჰიპოფიბრინოგენემიაზე;
- გ) ჰიპოკოაგულაციაზე;
- დ) სისხლში ანტიკოაგულანტების სიჭარბეზე;
- ე) არცერთზე.

255. ფიბრინოგენის დეგრადაციის პროლუქტები:

- ა) არ ახდენენ გავლენას სისხლის შედელებაზე;
- *ბ) აქვთ ანტიკოაგულაციური თვისება;
- გ) იწვევენ ჰიპერკოაგულაციას;
- დ) მიუთითებენ ფიბრინოგენის კონცენტრაციის შემცირებაზე;
- ე) მიუთითებენ პროთრომბინული დროის შემცირებაზე.

256. ფიბრინოგენის დეგრადაციის პროლუქტები:

- ა) არ ახდენენ გაელენას სისხლის შეღებვაზე;
- *ბ) არიან ფიბრინოლიზის პროლუქტები;
- გ) იწვევენ ჰიპერკოაგულაციას;
- დ) მიუთითებენ სისხლდენის დროის შემცირებაზე;
- ე) მიუთითებენ ფიბრინოგენის კონცენტრაციის შემცირებაზე.

257. ეთანოლის გესტი დაღებითია:

- *ა) მასიური ჰემოგრანსფუზიების და დისემინირებული სისხლძარღვშია შეღებვის სინდრომის დროს;
- ბ) გამოხატული ჰიპოფიბრინოგენემიის დროს;
- გ) პროთრომბინული კომპლექსის ფაქტორების დეფიციტის დროს;
- დ) თრომბოციტოპენიის დროს;
- ე) ანემიების შემთხვევაში.

258. ეთანოლის გესტი დაღებითია:

- *ა) სისხლძარღვშია დისემინირებული შეღებვის სინდრომის საწყის ეტაპებზე;
- ბ) ჰიპოფიბრინოგემიის დროს;
- გ) პროთრომბინული კომპლექსის ფაქტორების დეფიციტის დროს;
- დ) ცხმოვანი ემბოლიების დროს;
- ე) ანემიების შემთხვევაში.

259. პლაზმის გოლერანგობა ჰეპარინისადმი კლებულობს:

- *ა) ჰიპოკოაგულაციისას;
- ბ) ჰიპერკოაგულაციისას;
- გ) პლაზმაში ანტირომბინ III-ის შემცველობის კლებისას;
- დ) მასიური თრომბოზის და დისემინირებული სისხლძარღვშია შეღებვის სინდრომის დროს;
- ე) მიოკარდიუმის ინფარქტისას;

260. პლაზმის გოლერანგობა ჰეპარინისადმი კლებულობს:

- ა) პლაზმაში ანტირომბინ III-ის შემცველობის კლებისას;
- *ბ) პლაზმაში ანტირომბინ III-ის შემცველობის მაგებისას;
- გ) ჰიპერკოაგულაციისას;
- დ) მასიური თრომბოზის და დისემინირებული სისხლძარღვშია შეღებვის სინდრომის დროს;
- ე) მიოკარდიუმის ინფარქტისას;

261. ჰიპერთერმული რეაქციის მიზეზებია:

- ა) ბაქტერიები და მიკრობები;
- ბ) ენდოგენური პიროგენები;
- გ) ეგზოგენური პიროგენები;
- დ) ჰიპოთალამუსის ფუნქციის მოშლა;
- *ე) სწორია ყველა.

262. ჰიპერთერმიის მიზეზებია: 1 პიროგენები; 2 ალერგიული რეაქციები; 3 ენდოკრინული პათოლოგია; 4 სამედიცინო აპარატურის გაუმართაობა.

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

263. ჰიპერთერმიის შესაძლო მიზეზებია: 1 აგროპინით პრემედიკაცია; 2 მაღეპოლარიზებული მიორელაქსანტების გამოყენება; 3 ქალა-გენის გრაფმა; 4 ლიამეპამით პრემედიკაცია.

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

264. ჰიპოთალამუსის ცენტრებით რეგულირებული ტემპერატურა კონტროლირდება:

- ა) ნივთიერებათა ცვლის დონით;
- ბ) პერიფერიული ტემპერატურული რეცეპტორებით;
- *გ) სისხლის ტემპერატურით;
- დ) სითბოს დაკარგვის სიჩქარით;
- ე) ჰორმონალური ფაქტორებით.

265. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის პათოგენეზში წამყვანია: 1 გენეტიკურად დეგრემინებული ფერმენტოპათია; 2 კალციუმის ენდოპლაზმური კონცენტრაცია; 3 ქანგითი ფოსფორილირების დარღვევა; 4 სარკოლემის განვლადობის დარღვევა.

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

266. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის კლინიკა მოიცავს: 1 კუნთების რიგილობას; 2 ტაქიკარდიასა და CO₂-ის პროლექციის გაზრდას; 3 ჰიპერკალიემიას; 4 ყოველ საათში სხეულის t-ის 7°-ით მომატებას.

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

267. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის ლაბორატორიული ნიშნებია: 1 ჰიპერკალიემია; 2 ჰიპერკალციემია; 3 კრეატინფოსფოკინაზას ღონის მატება; 4 მიოგლობინემია.

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

268. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის მკურნალობა მოიცავს: 1 ფ.ხ.ვ და ოქსიგენოთერაპიას; 2 ჰიპოთერმიის ფიზიკური მეთოდების გამოყენებას; 3 მიოგლობინურიის დროს მანიტოლის გადასხმას; 4 დანტროლენს (მაქსიმალური დოზა-10 მგ/კგ).

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

269. კაროტიდული სხეულების გზით სუნთქვის ყველაზე ძლიერი სტიმულატორია:

- *ა) ჟანგბადის დეფიციტი;
- ბ) ჟანგბადის სიჭარბე;
- გ) ჰიპერკაპნია;
- დ) ჰიპოკაპნია;
- ე) რძის მკაფა.

270. სუნთქვის უკმარისობის განმსაზღვრელი ყველაზე საიმედო კრიტერიუმებია:

- ა) სუნთქვითი მოცულობა;
- ბ) სუნთქვის წუთმოცულობა;
- გ) სუნთქვის სიხშირე;
- დ) მკვლარი სიერცის მოცულობა;
- *ე) PaO₂ და PaCO₂.

271. ფილტვების მაქსიმალური სასუნთქი მოცულობა:

- ა) წარმოადგენს მაქსიმალური სუნთქვის სიხშირისა და მაქსიმალური სუნთქვის მოცულობის წარმოებულს;
- ბ) ნორმაში >60ლ/წთ;
- გ) 25-50 ლ/წთ - გარეგანი სუნთქვის მძიმე უკმარისობის მაჩვენებელია;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

272. კონსერვირებული სისხლის არახანგრძლივი შენახვისას:

- ა) საშუალოდ ხდება ერითროციტების 30%-ის ლიზისი;
- ბ) ქვეითდება ფორმიანი ელემენტების ოსმოსური რემისტენცია;
- გ) თრომბოციტების დაშლა ხდება უფრო სწრაფად, ვიდრე ერითროციტების;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

273. კონსერვირებული სისხლის შენახვისას:

- ა) მატულობს სისხლის pH;
- *ბ) კლებულობს სისხლის pH;
- გ) მატულობს ერითროციტებში აგფ-ის კონცენტრაცია;
- დ) მატულობს სისხლში 2,3 დიფოსფოგლიცერატის დონე;
- ე) მატულობს ერითროციტებში კალიუმის კონცენტრაცია.

274. მეტაბოლური ალკალოზის დროს:

- *ა) მატულობს სისხლის pH;
- ბ) მატულობს შარდში მკაფე ფოსფატების შემცველობა;
- გ) მატულობს პლაზმის ცილების შემცველობა;

- დ) შარღში გამოჩნდება ამონიუმის იონები;
- ე) ეცემა პლაზმის pH.

275. ყველაზე დაბალი pH ფიქსირდება:

- ა) პლაზმაში;
- ბ) საცრემლე სითხეში;
- *გ) კუჭის წვენიში;
- დ) კუჭის ლორწოვანიში;
- ე) თორმეტგოჯა ნაწლავის შეგთავსში.

276. გვინში ყველაზე მეტად იჟანგება შემდეგი ამინომჟავა:

- ა) ამინომჟარმჟავა;
- ბ) ამინოერბომჟავა;
- *გ) გლუტამინის მჟავა;
- დ) ტრიფტოფანის მჟავა;
- ე) მეთიონინის მჟავა.

277. გეტანია, როგორც ჰიპოკალციემიის შედეგი ვითარდება:

- ა) ფარისებური ჯირკვლის რეზექციისას;
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის რეზექციისას;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი შრის რეზექციისას;
- *დ) ჰანგმსტრემის სხეულაკების რეზექციისას;
- ე) თიმუსის რეზექციისას.

278. ჰიპოთერმია იწვევს: 1 ჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდის მარჯნივ გადახრას; 2 ჰიპოქსიური ვაზოკონსტრიქციის შემცირებას; 3 ჰიპოგლიკემიას; 4) 28^{ზე} დაბალ ტემპერატურაზე გუგების გაფართოებას და ფიქსირებას.

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

279. ზოგადი ანესთეზიის დროს განვითარებული ჰიპოთერმიის დონე განისაზღვრება: 1 მიოპლეგიით; 2 თერმორეგულაციის ცენტრების დათრგუნვით; 3 საოპერაციოს ტემპერატურით; 4 საოპერაციო ველიდან სითხის დაკარგვით.

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

280. პლაზმის შემცველების ინფუზია იწვევს: 1 ონკომური წნევის ნორმალიზაციას; 2 მოცირკულირე სისხლის მოცულობის აღდგენას; 3 სისხლის იონური შემადგენლობის ნორმალიზაციას; 4 დეგოქსიკაციურ ეფექტს.

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

281. ჰიპოვოლემიის დროს ინფუზიური თერაპიის ეფექტურობის ყველაზე საიმელო კრიტერიუმი:

- ა) დიურეზი 60 მლ/სთ;
- *ბ) ცენტრალური ვენური წნევისა და ფილტვის არტერიის „დაჭირხენის“ წნევის ნორმალიზაცია;
- გ) არტერიული წნევის ნორმალიზაცია;
- დ) ჰემატოკრიტის ნორმალიზაცია;
- ე) გულის დარტყმითი წუთმოცულობის ნორმალიზაცია.

282. ალბუმინის ინფუზია იწვევს: 1 სისხლის ონკომური წნევის მაგებას; 2 სითხის მობილიზაციას სისხლძარღვთა სისტემაში; 3) 1 გ ალბუმინი იკავშირებს 18 მლ სითხეს; 4 სისხლის არტერიული წნევის შემცირებას.

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

283. ჰემოგრანსფუზიის დროს გრანსფუზიული ფილტრები გამოიყენება:

- *ა) სისხლის კოაგულების შესაკავებლად;
- ბ) ჰემოლიზის თავიდან ასაცილებლად;
- გ) ჰისტამინის გამონთავისუფლების შესამცირებლად;
- დ) სისხლის შედელების აქტივაციისათვის;

ე) სწორია ყველა.

284. ფაქტორებს, რომლებიც ხელს უწყობენ ალდოსტერონის გამონთავისუფლებას, მიეკუთვნებიან:

- *ა) არაუჯრედული კალიუმის კონცენტრაციის მომატება;
- ბ) არაუჯრედული ნატრიუმის კონცენტრაციის მომატება;
- გ) სისხლის არაუჯრედული მოცულობის მომატება;
- დ) არტერიული წნევის მომატება;
- ე) გულის წუთმოცულობის მომატება.

285. ჰემოგლობინის დაშლისას: 1 ჰემი გამოეყოფა გლობინს; 2 პორფირინული რგოლი ირღვევა; 3 ბილივერდინი გადაიქცევა ბილირუბინად; 4 ბილირუბინი უკავშირდება გლუკურონის მჟავას.

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

286. მწვავე სისხლანაკარგის საწყის ეტაპზე: 1 ალგილი აქვს ჰემოკონცენტრაციას ჰემატოკრიტის მაგებით; 2 ალგილი აქვს ჰემოლიზის ჰემატოკრიტის შემცირებს; 3 ჰემატოკრიტი არ იცვლება; 4 ინტერსტიციული სითხე სწრაფად ინაცვლებს სისხლძარღვშიდა არეში პლაზმის მოცულობის შენარჩუნების მიზნით.

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

287. სასწრაფოდ საოპერაციო ავადმყოფის სავარაუდო დიაგნოზია ფილგვების შეშუპება. საიდან დაიწყებთ ფილგვების მოსმენას:

- ა) ჰილუსებიდან;
- ბ) ბედა წილებიდან;
- გ) შუა წილებიდან;
- *დ) ქვედა წილებიდან;
- ე) მწვერვალიდან.

288. ფიზიოლოგიურ შუნტებს მიეკუთვნება: 1 ტაბეზის ვენები; 2 ნახევრად კენგი ვენა; 3 ბრონქული არტერიები; 4 ფილგვის წილთაშორისი ვენები.

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

289. ფილგვების მეტაბოლურ ფუნქციას წარმოადგენს:

- ა) ანგიოტენზინ-2-ის სინთეზი;
- ბ) ბრადიკინინის ინაქტივაცია;
- გ) იმუნოგლობულინების სინთეზი;
- დ) არც ერთი არ არის სწორი;
- *ე) სწორია ყველა.

290. არახანგრძლივი ფილგვების ხელოვნური ვენტილაციის გავლენა ჰემოლიზში კაბე: 1. ჩასუნთქვის ფაზაში მარჯვენა პარკუჭის პოსტლაგვირთვის გაზრდა და მარცხენა პარკუჭის პრელაგვირთვის გაზრდა; 2. ჩასუნთქვის ფაზაში მარჯვენა პარკუჭის პრელაგვირთვის გაზრდა და მარცხენა პარკუჭის პოსტლაგვირთვის გაზრდა; 3. ამოსუნთქვის ფაზაში მარჯვენა პარკუჭის პრელაგვირთვის გაზრდა; 4. ამოსუნთქვის ფაზაში მარცხენა პარკუჭის პოსტლაგვირთვის შემცირება.

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

291. ფილგვების ხელოვნური ვენტილაციის გავლენა ნორმალური ფილგვების ფუნქციაზე: 1 რემისგენგობის გაზრდა; 2 კომპლანისის შემცირება; 3 ვენტილაციურ-პერფუზიული თანაფარდობის შეცვლა; 4 ანაგომიური მკვლარი სივრცის ვენტილაციის გაზრდა.

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

292. ფილგვებზე ჟანგბადის გოქსიური მოქმედება ელინდება: 1 ლიპიდების პეროქსიდული დაჟანგვით; 2 ალვეოლო-კაპილარული მემბრანის დაზიანებით; 3 ფილგვის აბსორბციული კოლაფსით; 4 სურფაქტანგის აქტივობის შემცირებით.

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

293. ფილტვების გაჭიმვალობა:

- *ა) მცირდება ფილტვების ალვეოლური შეშუპების დროს;
- ბ) იზრდება ფილტვის ვენებში წნევის მომატების დროს;
- გ) იზრდება ფილტვის ფიბროზის დროს;
- დ) სწორია ბ და გ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

294. პათოლოგიური სუნთქვის ტიპებია: 1 ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა; 2 ბიოტის სუნთქვა; 3 კუსმაულის სუნთქვა; 4 ჰასპინგი.

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

295. „უნდინის წყევლის“ სინდრომი ვითარდება:

- ა) წინა ტვინის დაზიანების შედეგად;
- ბ) ჰიპოთალამუსის დაზიანების შედეგად;
- გ) გაფანტული სკლეროზის დროს;
- დ) ტვინის ქერქის დაზიანებისას;
- *ე) მოგრძო ტვინის დაზიანების შედეგად.

296. CO₂ უკეთ გადის ალვეოლო-კაპილარულ მემბრანაში, ვიდრე O₂. ამის მიზეზია:

- ა) მაღალი სიმკვრივე;
- ბ) პლაზმაში მაღალი ხსნალობა;
- გ) სხეულის ტემპერატურასთან შედარებით, ფილტვებში უფრო დაბალი ტემპერატურა;
- დ) დაბალი სიბლანტე;
- *ე) დიფუზიის მაღალი კოეფიციენტი.

გოპოგრაფიული ანატომია

297. ხორხის მდებარეობა შეესაბამება:

- ა) C1-C5;
- *ბ) C4-C6;
- გ) T1-T6;
- დ) C1-T5;
- ე) T2-T4.

298. მშვიდი ჩასუნთქვის დროს:

- *ა) ბგერითი იოგების წინა ნაწილი ნაკლებად იშლება, ვიდრე უკანა ნაწილი;
- ბ) ბგერითი იოგების უკანა ნაწილი ნაკლებად იშლება, ვიდრე წინა ნაწილი;
- გ) ბგერითი იოგების ცენტრალური ნაწილები ნაკლებად მოძრავია;
- დ) იშლება თანაბრად;
- ე) არ იშლება.

299. ხორხის სისხლისმომარაგება ხორციელდება:

- ა) ზედა და ქვედა ფარისებრი არტერიებით (a. thyroidea superior et a. thyroidea inferior);
- *ბ) ხორხის ზედა და ქვედა არტერიებით (a. laringea superior et a. laringea inferior);
- გ) გარეთა საძილე არტერიით (a. carotides externa);
- დ) ენის არტერია(a.lingualis);
- ე) შიგნითა საძილე არტერიით (a. carotides interna).

300. ვენური უკუღებება ხორხიდან ხორციელდება:

- *ა) ქვედა და ზედა ხორხის ვენებით;
- ბ) ზედა ფარისებრი ვენებით;
- გ) ქვედა ფარისებრი ვენებით;
- დ) გარეთა საუღლე ვენით;
- ე) შიგნითა საუღლე ვენით.

301. ხორხსარქველის მგრძობიერე ინერვაციას ახორციელებს: 1 ენისქვეშა ნერვი (n. hypoglossus); 2 ცოთმილი ნერვი (n. vagus); 3 ღიაფრაგმის ნერვი (n. diaphragmalis); 4 ენა-ხახის ნერვი (n. glossopharyngeus).

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4

დ) 1,2,3,4.

302. გრაქეის ინტუბაციის დროს კარლენსის მილით, მისი წეეგი უნდა მდებარეობდეს:

ა) მარჯვენა ბრონქში;

*ბ) მარცხენა ბრონქში;

გ) გრაქეის ბიფურკაციის ზემოთ;

დ) მარცხენა მთავარი ბრონქის შესავალის ზემოთ;

ე) მარჯვენა მთავარი ბრონქის შესავალის ზემოთ.

303. ხორხის ინერვაცია ხორციელდება: 1 ცთომილი ნერვის ორი გოგით; 2 ლავიწზელა ნერვით; 3 ხორხის ზელა და ქველა ნერვებით; 4 ლიაფრაგმის ნერვით.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

304. მოზრდილი მამაკაცის გრაქეის ბიფურკაციის მდებარეობა შეესაბამება:

ა) T 1-2;

*ბ) T 4-5;

გ) T 6-8;

დ) T 10;

ე) T 9.

305. მოზრდილ მამაკაცში მანძილი საჭრელი კბილებიდან ყიაძლე შეადგენს:

*ა) 13-14 სმ;

ბ) 18-20 სმ;

გ) 24-26 სმ;

დ) 8-10 სმ;

ე) 30-32 სმ.

306. მჭრელებიდან გრაქეის ბიფურკაციაძლე მანძილი შეადგენს:

ა) 18-23 სმ;

*ბ) 24-26 სმ;

გ) 27-30 სმ;

დ) 35-40 სმ;

ე) 31-35 სმ.

307. მოზრდილებში გრაქეის სიგრძე შეადგენს:

ა) 5-8 სმ;

*ბ) 11-13 სმ;

გ) 15-17 სმ;

დ) 24-26 სმ;

ე) 18-24სმ.

308. საინტუბაციო მილის 28 სმ სიღრმეძლე შეყვანისას მისი დისტალური ნაწილის საფარაულო მდებარეობა იქნება:

ა) გრაქეაში;

ბ) ბიფურკაციის ღონეზე;

*გ) მარჯვენა მთავარ ბრონქში;

დ) მარცხენა მთავარ ბრონქში;

ე) არც ერთი არ არის სწორი.

309. გრაქეის სისხლმომარაგება ხორციელდება შემდეგი არტერიების გოგებით:

ა) აორტის;

ბ) ქველა ფარისებრი არტერიის (a. thyroidea inferior);

გ) სარძევე ჟირკვლის შილა არტერიის;

დ) არც ერთი არ არის სწორი.

*ე) სწორია ყველა.

310. გრაქეის ინერვაცია ხორციელდება: 1 ხორხის ქველა ნერვით (n. laryngeus inferior); 2 ლიაფრაგმის ნერვით(n. phrenicus) 3 სიმპატიკური ნერვით; 4 შებრუნებული ნერვით (n. recurrens).

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

311. ლეზინების ცენგრი მდებარეობს:

- ა) ბაზალურ განგლიაში;
- ბ) ცენტრალურ ხეულში;
- გ) ნათხემში;
- დ) მოგრძო ტვინში, ოლივის ბირთვის ქვედა ნაწილში;
- *ე) მოგრძო ტვინში, განკერძოებული ტრაქტის მიდამოში და ეხება რეგიკულური ფორმაციის ლატერალურ ნაწილს.

312. მოზრდილი ადამიანის მარჯვენა მთავარი ბრონქის სიგრძე შეადგენს:

- ა) 1-1,5 სმ;
- *ბ) 2-3 სმ;
- გ) 5-6 სმ;
- დ) 7-8 სმ;
- ე) 9-10 სმ.

313. მოზრდილი ადამიანის მარცხენა მთავარი ბრონქის სიგრძე შეადგენს:

- ა) 1-1,5 სმ;
- ბ) 2-3 სმ;
- *გ) 5-6 სმ;
- დ) 7-8 სმ;
- ე) 9-10 სმ.

314. თანამედროვე ნომენკლატურით მარჯვენა მთავარი ბრონქიდან გამოდის:

- ა) 4 წილოვანი ბრონქი;
- *ბ) 3 წილოვანი ბრონქი;
- გ) 2 წილოვანი ბრონქი;
- დ) 5 წილოვანი ბრონქი;
- ე) ზელა, შუა, ქვედა, უკანა წილოვანი ბრონქები.

315. თანამედროვე ნომენკლატურით მარცხენა მთავარი ბრონქიდან გამოდის:

- ა) 4 წილოვანი ბრონქი;
- ბ) 3 წილოვანი ბრონქი;
- *გ) 2 წილოვანი ბრონქი;
- დ) 5 წილოვანი ბრონქი;
- ე) ზელა, ენისებრი, მწვერვალის და უკანა წილოვანი ბრონქები.

316. მარჯვენა ფილგვში არის:

- *ა) 10 სეგმენტი;
- ბ) 9 სეგმენტი;
- გ) 8 სეგმენტი;
- დ) 7 სეგმენტი;
- ე) 6 სეგმენტი.

317. მარცხენა ფილგვში არის:

- ა) 10 სეგმენტი;
- *ბ) 9 სეგმენტი;
- გ) 8 სეგმენტი;
- დ) 7 სეგმენტი;
- ე) 6 სეგმენტი.

318. ფილგვების ინერვაცია ხორციელდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნერვით, გარდა:

- ა) ცთომილი ნერვისა;
- ბ) სიმპატიკური ნერვებისა;
- გ) ფილგვების წინა წნულისა;
- დ) ფილგვების წინა და უკანა წნულისა;
- *ე) ნეკნთაშუა ნერვებისა.

319. რომელი მტკიცება არის მართებული: 1 ტრაქტის, ბრონქების და ბრონქიოლების ლორწოვანი ამოფენილია მოციმციმე ეპითელით; 2 ალვეოლების კედელი ამოფენილია ერთშრიანი ბრტყელი ეპითელით; 3 გარედან ალვეოლები დაფარულია კაპილარების სქელი ფენით; 4 სასუნთი ბრონქიოლების კედელი შეიცავს ხრტილოვან ნახევარკალებს.

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

320. ცთომილი ნერვის გაღიზიანებაზე ბრონქიოლების გლუვი მუსკულატურა რეაგირებს:

- *ა) ბრონქოკონსტრიქციით;
- ბ) ბრონქოდილატაციით;
- გ) ჯერ კონსტრიქციით, შემდეგ დილატაციით;

- დ) ჯერ დილატაციით შემდეგ კონსტრიქციით;
- ე) ცვლილებების გარეშე.

321. გარეთა საძილე არგერიის ქსელს მიეკუთვნება: 1 საფეთქლის ზელაპირული არგერია; 2 ზელა ყბის არგერია; 3 ხახის აღმაგალი არგერია; 4 კეფის არგერია;

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

322. მარცხენა ლაფიწქვეშა არგერია გამოეყოფა:

- *ა) აორგის რკალს;
- ბ) გარეთა საძილე არგერიას;
- გ) ძირითად არგერიას;
- დ) ნეკნ-კისრის ღეროს;
- ე) მხარ-თავის ღეროს.

323. ლაფიწქვეშა ვენები განლაგებულია:

- ა) არგერიის უკან;
- ბ) არგერიის ზემოთ;
- გ) არგერიის უკან და ზემოთ;
- *დ) არგერიის წინ და ქვემოთ;
- ე) არგერიის პარალელურად.

324. გულმკერდის ლიმფური სადინარი უერთდება მარცხენა საუღლე ვენას შემდეგ ღონებზე: 1) მარცხენა საუღლე და მარცხენა ლაფიწქვეშა ვენების შეერთების კუთხეში; 2) T 1-2; 3) C 6-7; 4) T 3-4.

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

325. გარეთა საუღლე ვენა: 1 იქმნება ქვედა ყბის უკანა ფოსოსთან; 2 მიჰყვება მკერდ-ლაფიწ-ღერილისებური კუნთის გარეთა ზელაპირს; 3 უერთდება ლაფიწქვეშა ვენას; 4 მას უერთდება კეფის ვენა და ყურის უკანა ვენა.

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

326. ბარძაყის არგერია: 1 მდებარეობს ბარძაყის ვენის გარეთ; 2 გადის ბარძაყის სამკუთხედში; 3 თედოს გარეთა არგერიის პირდაპირი გაგრძელებაა; 4 გადადის წვივის წინა ზელაპირზე.

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

327. სამშობიარი ტკივილი იხსნება პარავერტებრალური ბლოკადით T 10-12-ის ღონებზე, მაგრამ საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვა კონტროლირდება ნერვებით, რომლებიც წარმოიქმნება:

- *ა) T4-12;
- ბ) T4-S1;
- გ) T4-S3;
- დ) T3-L 1-2;
- ე) T6-L4.

328. საშვილოსნოს ინერვაცია ხორციელდება:

- ა) სიმპატიკური ნერვებით;
- ბ) პარასიმპატიკური ნერვებით;
- გ) მურგის გვინის (სპინალური) ნერვებით.
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

329. სამშობიარო ტკივილი გაღაცემა ყველა ჩამოთვლილი ნერვული დაბოლოებით, გარდა: 1 წელის ნერვებით; 2 მკერდის ქვედა ნერვებით; 3 სასირცხო ნერვებით; 4 S 2-4-ის უკანა ტოტებით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

330. მშობიარობის მეორე პერიოდში გაუტკივრებისათვის აუცილებელია ბლოკადის შესრულება: 1. სიმპაგიკურ ნერვებზე; 2. ბარასიმპაგიკურ ნერვებზე; 3. წელის ნერვებზე; 4. სასირცხო ნერვებზე.

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

331. ცთომილი ნერვის ტოტები ქმნიან:

- ა) ფილტვის წნულს;
- ბ) კვანძოვანი განგლიას;
- გ) შებრუნებული ნერვს.
- *დ) სწორია ყველა.
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

332. ცთომილი ნერვის ინერვაცია ვრცელდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავამდე;
- ბ) მღივ ნაწლავამდე;
- *გ) სიგმოიდურ ნაწლავამდე;
- დ) განივ კოლინჯამდე;
- ე) სწორ ნაწლავამდე.

333. ლავიწზედა მიდგომით მხრის წნულის ბლოკადის დროს შესაძლებელია შემდეგი გართულებები: 1 პნევმოთორაქსი; 2 ღიაფრაგმის დამბლა ბლოკადის მხარეს; 3 ჰორნერის სინდრომი; 4 მხრის ნერვის ნეკრიტი.

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

334. ილღის ფოსოღან მიდგომით მხრის წნულის ბლოკადის შესრულების დროს: 1 საჭიროა ხელის განზიდვა 90 გრალუსით და მისი როტაცია; 2 მარცხენა ხელის საჩვეუნებული თითის განლაგება ილღის არტერიამზე, რომელიც მღებარეობს მხრის ორთავა და სამთავა კუნთებს შორის; 3 ხსნარი შეჰყავთ უშუალოდ ნერვ-სისხლძარღვოვან ბუღეში; 4 პირველ ინექციას აწარმოებენ არტერიის ლატერალურად, შემდეგ მედიალურად და ბოლოს არტერიის უკან.

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

335. საკრალური ბლოკადის დროს ანესთეზია მიიღწევა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ უბნებში, გარდა:

- *ა) ასოს ფუძისა;
- ბ) შარღის ბუშღის სამკუთხელისა;
- გ) საშვილოსნოს ყელისა;
- დ) სწორი ნაწლავის შიდა სფინქტერისა;
- ე) შორისისა.

336. საჯღომი ნერვი:

- ა) წარმოიქმნება L 3-5 და S1-დან;
- ბ) გამოღის მეჩჯიღან ღიღი საჯღომი ნერვის ხერელით;
- გ) უხვევს ქვემოთ ბარძაყის ღიღ ბორცვსა და საჯღომი ძელის ბორცვს შორის და გამოღის ზეღაპირზე მუხლქვეშა ფოსოს არეში.
- *დ) სწორია ბ და გ.
- ე) სწორია ა და ბ.

337. ვარსკვლავისებური კვანღის ბლოკადის დროს წარმოქმნილ ჰორნერის სიმპტომებს მიეკუთვნება:

- ა) ანჰიდრომი;
- *ბ) ფტომი და მიომი;
- გ) ეგზოფთალმი;
- დ) ცრემლღენა;
- ე) გემპერაგურის მატება.

338. მღის წნული (ფაშვის წნული) მღებარეობს შემდეგ ღონებზე:

- ა) T10;
- ბ) T12;

- *გ) L1;
- დ) L2;
- ე) L3.

339. ზურგის ტვინს გააჩნია ორი შემსხვილება:

- ა) კისრისა და გულმკერდის სეგმენტებში;
- *ბ) კისრისა და წელის სეგმენტებში;
- გ) გულმკერდისა და წელის სეგმენტებში;
- დ) გულმკერდისა და გავის სეგმენტებში;
- ე) წელისა და გავის სეგმენტებში.

340. ზურგის ტვინის სივრცეში მიმართულმა ნემსმა უნდა გაიაროს შემდეგი ანატომიური წარმონაქმნები: 1 კანი; 2 წვეგბედა იოგი; 3 ყვითელი იოგი; 4 ტვინის მაგარი გარსი.

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

341. ეპიდურული სივრცე მდებარეობს:

- ა) ტვინის რბილ და ქსელისებურ გარსს შორის;
- ბ) ტვინის მაგარ და ქსელისებურ გარსს შორის;
- *გ) ტვინის მაგარ გარსს და ხერხემლის სვეტს შორის;
- დ) ქსელისებურ გარსს და ზურგის ტვინს შორის;
- ე) რბილ გარსს და ზურგის ტვინს შორის.

342. მხრის წნული იქმნება:

- *ა) C 5-8 წინა კონით და T1;
- ბ) C 5-8 უკანა კონით და T1;
- გ) C 5-8 წინა კონით;
- დ) C 5-8 წინა და უკანა კონით;
- ე) C 2-5 წინა კონით.

343. მხრის წნულის ბლოკადისას ამოსაცნობ ორიენტირად ითვლება: 1 მკერდის დიდი კუნთით წარმოქმნილი წინა კედელი; 2 ზურგის უგანიერესი კუნთით წარმოქმნილი უკანა კედელი; 3 ილღის არტერიის ირგვლივ შეჯგუფებული ღეროები და ტერმინალური გოგები; 4 ილღის ფოსოში მდებარე ფიბროზულ გარსში მოქცეული ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონა.

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

344. წინამხრის გრაფმის შედეგად ავადმყოფს აღენიშნება მტყენის „ჩამოკიდება“, რომლის მიზეზი შეიძლება გამხდარიყო დაზიანება: 1 ილაყვის ნერვის; 2 კან-კუნთოვანი ნერვის; 3 შუათანა ნერვის; 4 სხივის ნერვის.

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

345. ეპიდურულ სივრცეს გააჩნია უდიდესი ზომები:

- ა) კისრის მიდამოში;
- ბ) გულმკერდის მიდამოში;
- გ) გავის მიდამოში;
- *დ) წელის მიდამოში;
- ე) არსებითი განსხვავება არ არსებობს.

346. ლავიწქვეშა მიდგომისას ლავიწქვეშა ვენის პუნქციის დროს ორიენტირს წარმოადგენს:

- ა) ლავიწი და მკერდ-ლავიწ-დერილისებური კუნთის მკერდის ძვლის თავი;
- *ბ) ლავიწი და მკერდ-ლავიწ-დერილისებური კუნთის მკერდის ძვლის თავის ლაგერალური კიდე;
- გ) ლავიწი და ფარ-ინის კუნთი;
- დ) ლავიწი და მკერდის დიდი კუნთი;
- ე) ლავიწი.

347. ლავიწქვეშა ვენის პუნქციის ძირითად ეტაპებად გვევლინება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტრენდლენბურგის მდებარეობა აიროვანი ემბოლიის აცილების მიზნით;
- ბ) თავის როტირება საწინააღმდეგო მხარეს;
- გ) ჰორიზონტალურ და საგიგალურ პროექციებთან მიმართებაში პუნქციის ჩაგარება 45 კუთხით;

დ) ნემსის ნელა შეყვანა 2,5 სმ სიღრმეზე პლევრის გუბათიდან მოშორებით იმ მომენტამდე, ვიდრე არ \\\ შეიგრძნობა ნემსის მიმართ წინააღმდეგობის გაწევის შემცირება და შპრიცში სისხლის გამოჩენა;

*ე) პუნქციის დაწყება მარცხენა მხრიდან.

348. მარცხენა ლავიწქვეშა ვენის პუნქციის დროს მოსალოდნელი გართულებებია: 1 აიროვანი ემბოლია; 2 ჰემოთორაქსი და პნევმოთორაქსი; 3 ლავიწქვეშა არტერიის პუნქცია; 4 გულმკერდის ლიმფური სადინრის პუნქცია.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

349. მოზრდილებში ლავიწქვეშა ვენის დიამეტრი შეადგენს:

ა) 8-10 მმ;

*ბ) 12-25 მმ;

გ) 25-30 მმ;

დ) 30-36 მმ;

ე) 35-40 მმ.

350. ბარძაყის ვენის პუნქციის დროს თითს ათავსებენ ბარძაყის არტერიაზე საგიგალურად, ხოლო ნემსი შეჰყავთ:

*ა) თითის მედიალურად;

ბ) თითის ლატერალურად;

გ) ორივე მისაღები.

351. ლავიწქვეშა ვენის პუნქცია შესაძლებელია გაკეთდეს შემდეგი წერტილებიდან: 1 ლავიწიდან 1 სმ ქვემოთ ლავიწის შუა და შიგნითა მესამედის საზღვარზე; 2 მაღიო-კლავიკულურ ხაზზე ლავიწიდან 1 სმ ქვემოთ; 3 მკერდის ძეგის კიდიდან 2 სმ მოშორებით და ლავიწიდან 1 სმ ქვემოთ; 4 ლავიწისა და მკერდ-ლავიწ-დვრილისებური კუნთის ლავიწის ფხის კუთხეში.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

352. ლავიწქვეშა ვენის კათეტერიზაცია უმჯობესია გაკეთდეს მარჯვნიდან, ვინაიდან მარცხენამხრივი პუნქციის დროს არსებობს საშიშროება:

ა) ლავიწქვეშა არტერიის დაზიანებისა;

*ბ) გულმკერდის ლიმფური სადინრის დაზიანებისა;

გ) პლევრის დრუს პუნქციისა;

დ) მხრის წნულის დაზიანებისა;

ე) საძილე არტერიის დაზიანებისა.

353. შიგნითა საულლე ვენის პუნქციის და კათეტერიზაციის დროს წარმოქმნილ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 ქალა-გინის IX-XII წყვილი ნერვების ფუნქციის დარღვევა; 2 პნევმოთორაქსი; 3 ბგერითი იოგების დამბლა; 4 ჰემოთორაქსი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

354. გულის პუნქციის წერტილებად ითვლება:

ა) მარცხენა მედიო-კლავიკულურ ხაზზე მე-IV ნეკნთაშუა არე;

ბ) მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე მე-IV ნეკნთაშუა არე;

*გ) მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე მე-V ნეკნთაშუა არე;

დ) მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე მე-III ნეკნთაშუა არე;

ე) მარცხენა მედიო-კლავიკულურ ხაზზე მე-III ნეკნთაშუა არე.

355. სამწვერა ნერვი უპირატესად ითვლება მგრძობიარედ. მამოძრავებელ ბოჭკოებს შეიცავენ მხოლოდ:

ა) თვალბულის ნერვი (n. ophthalmicus);

*ბ) ქვედა ყბის ნერვი (n. mandibularis);

გ) ზედა ყბის ნერვი (n. maxilaris);

დ) ცხვირ-წამწამოვანი ნერვი (n. nasolacrimalis);

ე) ნიკაპის ნერვი (n. mentalis).

356. ცთომილი ნერვის ეფერენტულ ბოჭკოებად ითვლება:

*ა) პრეგანგლიური;

ბ) პოსტგანგლიური;

გ) უმეილინი;

დ) პარკუჭების მიოკარდიუმში განაწილებული;

ე) მამობრავებული მთელი კუჭ-ნაწლავის გრაფისათვის.

357. მოზრდილებში ცერებროსპინალური სითხის საერთო მოცულობა მიახლოებით შეადგენს:

- ა) 75 მლ;
- *ბ) 100 მლ;
- გ) 130 მლ;
- დ) 200 მლ;
- ე) 250 მლ.

358. მოზრდილებში ფილგეების სასუნთქი (ალვეოლარული) ზედაპირი ღრმა ჩასუნთქვისას დაახლოებით შეადგენს:

- ა) 10 მ²;
- ბ) 20 მ²;
- გ) 40 მ²;
- დ) 50 მ²;
- *ე) 100 მ².

359. მიუთითეთ თავის ქალის ღრუდან რომელი ხერხელით გამოდის სახის ნერვი:

- *ა) საღვის-ღვრილისებური;
- ბ) საუღღე;
- გ) დამხურავი;
- დ) ოვალური;
- ე) მრგვალი.

360. მიუთითეთ თავის ქალის ღრუდან რომელი ხერხელით გამოდის ზედა ყბის ნერვი:

- ა) საღვის-ღვრილისებური;
- ბ) საუღღე;
- გ) დამხურავი;
- დ) ოვალური;
- *ე) მრგვალი.

361. მიუთითეთ თავის ქალის ღრუდან რომელი ხერხელით გამოდის ქვედა ყბის ნერვი:

- ა) საღვის-ღვრილისებური;
- ბ) საუღღე;
- გ) დამხურავი;
- *დ) ოვალური;
- ე) მრგვალი.

კლინიკური ფარმაკოლოგია

362. ამოცის ქვეყანგს ახასიათებს: 1 კარგი ანალგეზიური მოქმედება; 2 პირდაპირი კარდიოდეპრესიული მოქმედება; 3 არაა საშიში მისი უანგბადთან 1:1 შეფარდება; 4 არ ახდენს ძელის გვინზე გოქსიურ ზეგავლენას.

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

363. ამოცის ქვეყანგს არ ახასიათებს: 1 არგერიული წნევის დაქვეითება; 2 პერიფერიული სისხლძარღვების წინააღმდეგობის გაზრდა; 3 გულის გაჩერება; 4 მარჯვენა წინაგულში წნევის მომაგება.

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

364. ამოცის ქვეყანგს ახასიათებს: 1 კარგი ანესთეზიური მოქმედება; 2 მაღალი ხსნალობის კოეფიციენტი სისხლი/გამი; 3 კუნთების რიგილობის განვითარება; 4 მეორე გამის ეფექტი.

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

365. თანამედროვე კლინიკურ ანესთეზიოლოგიაში ჰალოგანის გამოყენება შესაძლოა შემდეგი სახით: 1 ონოანესთეზიის; 2 კომბინირებული ანესთეზიის კომპონენტის; 3 ამოცის ქვეყანგთან ერთად; 4 ეთერ-ამბოტროპულ ნარევეთან ერთად.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4

366. შალოტანის შიპოტენზიური ეფექტი განპირობებულია: 1 უარყოფითი ინოტროპული ეფექტით; 2 განგლიომაბლოკირებული ეფექტით; 3 არტერიოლების გლუვი კუნთების შოლუნებით; 4 ცენტრალური სიმპაგოლიზური მოქმედებით.

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

367. შალოტანის ზეგავლენით შიპატიტის განვითარებას ხელს უწყობს: 1 განმეორებითი ანესთეზია; 2 ხანდაზმული ასაკი; 3 სიმსუქნე; 4 ბავშვთა ასაკი.

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

368. შალოტანს ახასიათებს შემდეგი ფიზიკო-ქიმიური თვისებები: 1) განაწილების კოეფიციენტი სისხლ/გამი არის 2,4; 2) არააალებადობა; 3) მაღალი აორთქლებადობა; 4) ცხიმოვან ქსოვილში დაბალი ხსნადობის უნარი.

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

369. სასუნთქ სისტემაზე შალოტანი ახდენს შემდეგ ზეგავლენას: 1 ბრონქოლიტურს; 2 შიპოვენტილაციურს; 3 იწვევს სუნთქვის სიხშირის მომატებას; 4 აღიზიანებს სასუნთქ გზებს.

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

370. ცნს-ზე შალოტანი ახდენს შემდეგ გავლენას: 1 თავის გვინის სისხლის ნაკადის შემცირება; 2 ანესთეზია; 3 ქალასშილა წნევის დაქვეითება; 4 უმნიშვნელო აგზნების სგალია.

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

371. ნერვ-კუნთოვან სისტემაზე შალოტანი ახდენს შემდეგ გავლენას: 1 ამცირებს მაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მოქმედების ეფექტს; 2 აძლიერებს არამაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მოქმედების ეფექტს; 3 აღუნებს საშვილოსნოს მიომეტრიუმს; 4 კურარესმაგვარს.

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

372. შალოტანი გულის რითმზე ახდენს შემდეგ ზეგავლენას: 1 იწვევს ვაგუსურ ბრადიკარდიას; 2 იწვევს პარკუჭოვან არითმიას; 3 იწვევს ეგზოგენური კატექოლამინების მიმართ გულის სენსიბილიზაციას; 4 იწვევს მაღალი ხარისხის აგრიოვენტრიკულარ ბლოკადას;

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

373. შალოტანის თანხმლები ფარმაკოლოგიური ეფექტებია: 1 შიპოტენზია; 2 . მიოკარდიუმის კანგაბაზე მოთხოვნილების შემცირება; 3. ბრონქოლიზური ეფექტი; 4. თავის გვინის სისხლძარღვების შევიწროება.

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

374. შალოტანით ანესთეზიის უკუჩვენებაა: 1 მიდრეკილება ავთვისებიანი შიპერთერმიისადმი; 2 ღვიძლის ფუნქციის დარღვევები; 3

არტერიული ჰიპოტენზია და შოკი; 4 საკეისრო კვეთის ოპერაცია.

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

375. ღვიძლზე და თირკმელზე ყველაზე ძლიერ ტოქსიურ გავლენას ახდენს:

- ა) ეთერი;
- ბ) ჰალოგანი;
- გ) ამოგის ქვეყანგი;
- *დ) ქლოროფორმი;
- ე) ტრილენი.

376. ჰალოგანით ღრმა ანესთეზია მიიღწევა შემდეგი კონცენტრაციის ინჰალაციისას:

- ა) 0,4 მოც %;
- ბ) 0,8 მოც %;
- გ) 1-1,5 მოც %;
- *დ) 1,5-2 მოც %.
- ე) 0,5-1 მოც %.

377. ჰალოგანის შეუღლება საფრთხილოა შემდეგ შემადგენლობებთან: 1. ჰალოგანი + ტუბოკურარინი + დროპერილოლი; 2. ჰალოგანი + დროპერილოლი + მორფინი; 3. ჰალოგანი + ადრენალინი; 4. ჰალოგანი + ამოგის ქვეყანგი + ღიათერმოკოაგულაცია.

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

378. ჰალოგანის პიპეკურონიუმთან შეუღლება იწვევს:

- *ა) პიპეკურონიუმის მოქმედების გაძლიერებას და გახანგრძლივებას;
- ბ) პიპეკურონიუმის მოქმედების შესუსტებას და ხანგრძლივობის შემცირებას;
- გ) პიპეკურონიუმის მოქმედების გაძლიერებას და ხანგრძლივობის შემცირებას;
- დ) პიპეკურონიუმის მოქმედების შესუსტებას და ხანგრძლივობის გაზრდას;
- ე) არ ხდება ურთიერთქმედება.

379. ჰალოგანით ზოგადი ანესთეზიის დროს არტერიული ჰიპოტენზიის მიზეზია:

- ა) სისხლის ვენური უკუღებების შემცირება;
- ბ) პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირება;
- *გ) კარდიოდეპრესიული მოქმედება;
- დ) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია;
- ე) არაფიზიოლოგიური მდგომარეობა.

380. ჰალოგანით ზოგადი ანესთეზიის შედეგად შესაძლებელია, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპოტენზია;
- ბ) ბრადიკარდია;
- გ) პარეუჭოვანი არითმია;
- დ) გულის ფიბრილაცია;
- *ე) ბრონქოსპაზმი.

381. იმოფლურანი: 1 მოზრდილებში მისი მინიმალური ალვეოლური კონცენტრაცია 0,75%-ია; 2) 37°C ტემპერატურაზე სისხლი/გაზი ხსნადობის კოეფიციენტი 1,4-ის ტოლია; 3) 3 მოც%-ზე მეტი კონცენტრაცია იწვევს ე.ე.გ. პაროქსიმულ ეპილეპტიფორმულ პიკურ აქტივობას; 4 აძლიერებს პირის ღრუს ლორწოვანის სეკრეციას.

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

382. იმოფლურანის გავლენა გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე გამოიხატება: 1 ზომიერი \bar{V} -ადრენერგული სტიმულაციით; 2 თერაპიულ კონცენტრაციებში გულის შეკუმშვათა სიხშირის გაზრდით; 3 კაროტიდული ბარორეფლექსის არასრული დათრგუნვით; 4 კორონარული „გაჭურდვის“ ფენომენით.

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

383. იმოფლურანის გამოყენება ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში: 1 ჰიპოთალემია; 2 ბრონქული ასთმა; 3 ღვიძლის ღაავადებები; 4 არასტაბილური სტენოკარდია.

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

384. იმოფლურანი: 1 ენფლურანის იზომერია; 2 არაალეზადია; 3 ნაკლებად ტოქსიური; 4 მიეკუთვნება ჰალოგენშენცველ ინჰალაციურ საანესთეზიო საშუალებებს.

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

385. ენფლურანის გავლენა გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე: 1 აქვს უარყოფითი ინოტროპული მოქმედება; 2 ამცირებს პერიფერიულ წინააღმდეგობას; 3 ზრდის გულის შეკუმშვათა სისხირეს; 4 შესაძლებელია გამოიწვიოს მიოკარდიუმის სენსიბილიზაცია კატექოლამინების მიმართ.

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

386. ენფლურანის გავლენა ც.ნ.ს.-ზე: 1 ზრდის ინტრაცრებრულ წნევას; 2 ზრდის ცრებროსპინალური სითხის პროდუქციას; 3 გააჩნია ეპილეფსიური აქტივობა; 4 ენფლურანის გავლენას ც.ნ.ს.-ზე ამცირებს იპერვენტილაციური რეჟიმი.

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

387. სეეოფლურანი: 1 ხასიათდება სისხლში ხსნადობის დაბალი უნარით; 2 არის ანგიჰიპოქსანტი; 3 ხასიათდება მინიმალური უარყოფითი გავლენით გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე; 4 ზოგადი ანესთეზიის დროს გამოიყენება მხოლოდ დაბურული კონტურით.

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

388. მეტოქსიფლურანი: 1 ხასიათდება სისხლში ხსნადობის მაღალი უნარით; 2 არ ხასიათდება არითმოგენული მოქმედებით; 3 იწვევს გამობხატულ მიორელაქსაციას; 4 ნეფროტოქსიურია.

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

389. ყველაზე მეტი ანალგეზიური ეფექტი აქვს:

- ა) ალგემინს;
- *ბ) კეტამინს;
- გ) ვიადრილს;
- დ) პროპანდილი;
- ე) ჰექსენალს.

390. აღრენოლიზური ეფექტი გამობხატული აქვს შემდეგ პრეპარატებს: 1 ლაბეტალოლს; 2 პიპოლფენს; 3 დროპერილოლს; 4 ამინაზინს.

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

391. მორფინი: 1 ცნს-ის ღეპრესანტია; 2 თრგუნავს სუნთქვის ცენტრს; 3 იწვევს ოდის სფინქტერის სპაზმს; 4 მნიშნელოვან გავლენას არ ახდენს სისხლის მიმოქცევაზე.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4

392. ფენგანილის ანალგეზიური ეფექტი მორფინზე მეტია:

- ა) 10-15-ჯერ;
- ბ) 20-30-ჯერ;
- გ) 30-40-ჯერ;
- *დ) 50- 100-ჯერ;
- ე) 150- 200-ჯერ

393. ფენგანილი:

- ა) გამოიყოფა ორგანიზმიდან შარდით შეუცვლელი სახით;
- ბ) მთლიანად იშლება ღვიძლში;
- გ) იშლება ღვიძლში, შარდით გამოიყოფა 40%;
- *დ) იშლება ღვიძლში, შარდით გამოიყოფა 10 %;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

394. პენგამოცინი (ლექსირი, ფორგრალი) ღობით 30 mg ჩვეულებრივ იწვევს: 1 გულისრევას, ღებინებას; 2 კანის ჰიპერემიას; 3 შარდის შეკავებას; 4 ჭარბ ოფლიანობას.

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

395. ნარკოტიკული ანალგეტიკების ანგაგონისგებია: 1 ნალორფინი; 2 ნალოქსონი; 3 ლექსირი; 4 ბემეგრინი.

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

396. აგარაქსიულ საშუალებებს განეკუთვნება: 1 ბარალგინი; 2 დიაზეპამი (სელექსენი, რელანიუმი); 3 პენგამოცინი; 4 ელენიუმი (ქლომეპიდი);

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

397. დიაზეპამი იწვევს: 1 მიკროცირკულაციის გაუმჯობესებას; 2 გულის წუთმოცულობის ზომიერ შემცირებას; 3 სისკოლური მოცულობის მომატებას; 4 არტერიული წნევის ზომიერ დაქვეითებას.

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

398. ანგიპიპოქსანგებია: 1 დროპერილოლი; 2 ნაგრიუმის თიოპენგალი; 3 ამინაზინი; 4 ნაგრიუმის ოქსიბუგირაგი.

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

399. ნეიროლეფსიური საშუალებები მოქმედებენ:

- ა) ჰიპოთალამუსის მიდამოში;
- ბ) ნერვ-კუნთოვან მიდამოში;
- გ) ლინცეფალურ მიდამოში;
- *დ) ლიმბურ სისტემაზე;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

400. ინლექციისათვის მიღამოლამის ღობა მოზრდილებში არის:

- ა) 0,07-0,1 მგ/კგ;
- *ბ) 0,15-0,2 მგ/კგ;
- გ) 0,2-0,3 მგ/კგ;
- დ) 0,5-0,6 მგ/კგ;
- ე) 0,01-0,03 მგ/კგ.

401. პრემელიკაციისათვის მიდამოლამის ღობა მომრდილებში არის:

- *ა) 0,07-0,1 მგ/კგ;
- ბ) 0,15-0,2 მგ/კგ;
- გ) 0,2-0,3 მგ/კგ;
- დ) 0,5-0,6 მგ/კგ;
- ე) 0,01-0,03 მგ/კგ.

402. პრემელიკაციაში ატარაქსიული საშუალებები იხმარება შემდეგი მიზნით: 1 ნარკოტიკული და საძილე საშუალებების მოქმედების პოტენცირებისათვის; 2 სანერწყვეე ჯირკვლების სეკრეციის შესამცირებლად; 3 მოუსვენრობის თავიდან ასაცილებლად; 4 ვაგალური რეფლექსების თავიდან ასაცილებლად.

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

403. დიაბეპამი იწვევს: 1 სედაციას; 2 ანგეროგრაულ ამნეზიას; 3 ზომიერ ცენტრალურ რელაქსაციას; 4 კანგაბაღე თავის გვინის ქსოვილის მოთხოვნილების შემცირებას.

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

404. ატარაქსიული საშუალებების მოქმედების ადგილია:

- ა) ნახემი;
- ბ) თალამუსი, ჰიპოთალამუსი;
- გ) აღმაავალი რეტიკულური ფორმაცია;
- დ) ქერქის სენსორული მიდამო, ჰიპოთალამუსი;
- *ე) ქერქი, თალამუსი, ჰიპოთალამუსი, რეტიკულური ფორმაცია და ლიმბური სისტემა.

405. დროპერიდოლი გამოიყენება: 1 უსიქოზების დროს, როგორც ანგიუსიქოზური; 2 მომაგებული არტერიული წნევის დასაწვევად; 3 სპაზმოლიზური და ანალგეზიური ეფექტის პოტენცირებისათვის; 4 ანალგეზიური ეფექტის მისაღებად.

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

406. დროპერიდოლი იწვევს ყველა შემოთჩამოთვლილ ეფექტს, გარდა:

- ა) აღრენალინის და ნორადრენალინის პრესორული ეფექტის დაქვეითება;
- ბ) ქსოვილთა პერფუზიის გაუმჯობესება;
- გ) ზომიერი ჰიპოტონია;
- *დ) სისხლძარღვთა სპაზმი;
- ე) პერიფერიული სისხლძარღვების გაფართოება.

407. ბენზოლიამეპინების ანგაგონისცია:

- ა) ნალოქსონი;
- ბ) აგროპინი
- გ) ბემეგრინი;
- *დ) ფლუმაზელინი;
- ე) პენგაზოცინი.

408. ნაგრიუმის ნიგროპრუსიდი: 1 ძლიერი ჰიპოტენზიური საშუალებაა; 2 აქვეითებს არტერიულ წნევას ორგანოთა სისხლმომარაგების შემცირების გარეშე; 3 გულზე უშუალოდ არ მოქმედებს; 4 აქვეითებს კორონარული სისხლძარღვების რემისგენგობას.

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

409. ვენაში ბარბიტურატების შეყვანის დროს სუნთქვის დათრგუნვის მიზეზია:

- ა) ქერქის დეპრესია;
- ბ) კაროტიდული სინუსის დეპრესია;
- *გ) სუნთქვის ცენტრის მგრძნობელობის დაქვეითება ნახშირორჟანგის მიმართ;
- დ) კაროტიდული სხეულების მგრძნობელობის დაქვეითება ნახშირორჟანგის მიმართ;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

410. ნატრიუმის თიოპენტალის ვენაში შეყვანის აბსოლუტური უკუჩვენებებია: 1 მშობიარობა; 2 ფეოქრომოციტომა; 3 შოკი; 4 პორფირია.

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

411. ბარბიტურატები იწვევენ ღებრესიას: 1 ჰიპოთალამუსის; 2 ბარორეცეპტორების რეფლექსების; 3 ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ნერვების გამტარობის; 4 მიოკარდიუმის კუმშვადობის.

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

412. კეგამინის ინტრავენული შეყვანა იწვევს: 1 პულსის გახშირებას; 2 არტერიული წნევის ზომიერ მატებას; 3 ბრონქოდილაციას; 4 ღრმა სომატურ ღებრესიას.

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

413. მიღამოლამს ახასიათებს: 1 სელაციური ეფექტი; 2 ნახევარგამოყოფის პერიოდი 1,5-2სთ; 3 გამოიყენება ინლექციისას; 4 ისი მოქმედება ძლიერდება ანგილეპრესანტების, სელაციური, ნეიროლეფსიური, ნარკოტიკული ნივთიერებების ფონზე.

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

414. მიღამოლამის გამოყენება უკუნაჩვენებია: 1 მიასთენიისა და მიოპათიის დროს; 2 ვენგილაციური ღებრესიის დროს; 3 ორსულობისას; 4 მძიმე ჰიპოვოლემიის დროს.

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

415. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან, რომელი გამოიყოფა დაშლილი სახით საშარდე სისტემის გზით: 1 ღებრეპამი; 2 თიოპენტალი; 3. პეტიდინი; 4.ლუმინალი.

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

416. ღებრეპამის ნახევრად დაშლის პერიოდი:

- ა) 1-2 სთ;
- ბ) 4 სთ;
- გ) 6 სთ;
- დ) 12 სთ;
- *ე) 20-40 სთ.

417. მორფინს ახასიათებს: 1 სელაცია; 2 მიოზი; 3 ჰისტამინის გამოყოფა; 4 ტაქიკარდია.

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

418. კარლიოლემესიას არ იწვევს: 1 ეტომილაგი; 2 ჰექსენალი; 3 კეგამინი; 4 პროპანიდილი.

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

419. ნაგრიუმის ოქსიდუკირატს: 1. აქვს ანტიპიოქსიური მოქმედება; 2. მისი გამოყენება საშიშია ჰიპერკალიემიის დროს; 3. არაგოქსიურია; 4. ინდექცისას არ ახასიათებს აგზნება.

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

420. ნაგრიუმის ოქსიდუკირატის ნაკლია: 1 ინდექცისას კანკალი და კრუნხვები; 2 კალიუმის ცვლის მოშლა; 3 ძნელია მისი მოქმედების პროგნოზირება (დომის მიხედვით შეუძლებელია ანესთეზიის სიღრმისა და ხანგრძლივობის გათვალისწინება); 4 გოქსიური ზემოქმედება ღვიძლსა და თირკმელზე.

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

421. ინგენსიურ თერაპიაში ნაგრიუმის ოქსიდუკირატი გამოიყენება: 1. ანესთეზიის შემდგომი კანკალის მოსახსნელად; 2. სხვადასხვა გენების ფსიქომოტორული აგზნების მოსახსნელად; 3. ღიაზეპინების მსგავსად კრუნხვის საწინააღმდეგო პრეპარატად; 4. როგორც ანტიპიოქსანტი, სამკურნალო-დამცავი ნარკოზის შესაქმნელად, თავის გვინის შემუქების დროს, ნევროლოგიურ და ნეიროქირურგიულ ავადმყოფებში.

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

422. პრედიონი:

- ა) აღიზიანებს სასუნთქი გზების ლორწოვან გარსს;
- *ბ) ამცირებს პლაზმაში კალიუმის კონცენტრაციას;
- გ) იწვევს არტერიული წნევის დაცემას;
- დ) იწვევს სისხლში გლუკოზის მომაგებას;
- ე) არ აღიზიანებს ვენების კედლებს.

423. პრედიონი უკუნაზვენებია: 1 ანემიის დროს; 2 ბრონქული ასთმის დროს; 3 ჰიპერტონული დაავადების დროს; 4 თრომბოფლებიგების დროს.

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

424. ნაგრიუმის ოქსიდუკირატს აქვს:

- ა) ძლიერი ანალგეზიური და სუსტი ჰიპნოზური ეფექტი;
- ბ) სუსტი ანალგეზიური და ზომიერი ჰიპნოზური ეფექტი;
- გ) არის ანტიოქსიდანტი;
- დ) ძლიერი ანალგეზიური და ძლიერი ჰიპნოზური ეფექტი;
- *ე) სწორია ბ, გ.

425. კეტამინის მიმართ მართებულია ყველა, გარდა:

- ა) იწვევს გულის წუთმოცულობის გაზრდას;
- ბ) იწვევს ჰიპერტენზიას;
- გ) უკუნაზვენებია თავის გვინში სისხლისმიმოქცევის მწვავე მოშლის დროს;
- *დ) იწვევს ჰიპოტენზიას;
- ე) იწვევს გაქიკარდიისა.

426. ფენტანილის ყველაზე გამოხატული მოქმედება გრძელდება:

- ა) 45-60 წთ;
- ბ) 1-2 სთ;
- გ) 2-4 სთ;
- *დ) 20-30 წთ;
- ე) 1-2 საათი.

427. დროპერიდოლის ნახევრად დამლის პერიოდი შეადგენს:

- ა) 20-30 წთ;
- ბ) 45-60 წთ;
- გ) 2-3 სთ;

*ა) 5-8 სთ;

ე) არც ერთი პასუხი არაა სწორი.

428. მოზრდილებში, კეტამინის ინლექციური დოზა:

ა) 0,05 მგ/კგ ი.ვ.;

ბ) 0,02 მგ/კგ ი.ვ.;

გ) 0,5 მგ/კგ ი.ვ.;

დ) 1 მგ/კგ ი.ვ.;

*ე) 2 მგ/კგ ი.ვ.

429. ცერებრული სისხლძარღვების გაფართოებას ყველაზე მეტად იწვევს:

ა) ეთერი;

ბ) ჰალოტანი;

გ) ბარბიტურატები;

*დ) ნახშირორჟანგის პარციალური წნევის მომატება;

ე) ჟანგბადის პარციალური წნევის დაქვეითება.

430. კეტამინის მოქმედება ორგანიზმზე გულისხმობს ყველაფერს, გარდა:

ა) ანალგეზიისა;

ბ) ამნეზიისა;

გ) ჩვეულებრივ კარგად შენახული სუნთქვითი ფუნქციისა;

დ) ნორმალური ან აჩქარებული სუნთქვისა;

*ე) კუნთოვანი რელაქსაციისა.

431. ზოგადი ანესთეზიის პირობებში ფენგანილის დამატებითი დოზის შეყვანის ჩვენებებია ყველა, გარდა: 1 ოფლიანობა; 2 ჰიპერტენზია; 3 სახის გრიმასები; 4 ბრადიკარდია.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

432. არააალებად ინჰალაციურ საანესთეზიო საშუალებებს მიეკუთვნება: 1 ციკლოპროპანი; 2 ჰალოტანი; 3 ეთერი; 4 აზოტის ქვეჟანგი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

433. კეტამინს ახასიათებს ყველაფერი, გარდა: 1 ჰიპერტენზიისა და ტაქიკარდიისა; 2 გამოხატული ანალგეზიისა; 3 მომატებული ცერებროსპინალური წნევისა; 4 კარგი რელაქსაციისა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

434. ჰალოტანი იწვევს: 1 ჰიპნოზს; 2 ამნეზიას; 3 სუნთქვის გახშირებას; 4 მთორელაქსაციას.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

435. თიოპენტალი უვნებელი დოზით იწვევს: 1 კარგ ანალგეზიას; 2 ჰიპნოზს; 3 რელაქსაციას; 4 ხსნის კრუნჩხვებს.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

436. სლოკინი შესაძლოა იყოს კავშირში ყველაფერთან, გარდა: 1 სუბლიაფრაგმალური გალიმიანებისა; 2 ბრონქოსპაზმისა; 3 კუჭის შებერვისა; 4 ღრმა ანესთეზიისა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

437. ეთერის ბიოქიმიურ თვისებებს მიეკუთვნება: 1 ცხიმოვან ქსოვილში კარგი ხსნალობის უნარი; 2 აალება და ფეთქებალობა; 3 აორთქლებალობა; 4 წყალში მაღალი განზავების უნარი.

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

438. ფენტანილს გააჩნია პროლონგირებული ეფექტი:

- ა) როგორც ანალგეზიური საშუალებას;
- *ბ) როგორც სუნთქვის დეპრესანტს;
- გ) ერთი და მეორეც;
- დ) არც ერთი და არც მეორე;
- ე) პერიფერიული სისხლძარღვების გამაფართოებელს.

439. ბარბიტურატები ორგანიზმში შეყვანისას:

- ა) უკავშირდება პლაზმის ცილებს;
- ბ) განლაგდება ცხიმოვან ღებოში;
- გ) მეტაბოლიზდება ღებოში;
- დ) განლაგდება უჯრედგარე სივრცეში;
- *ე) სწორია ყველა.

440. ნაგრიუმის თიოპენტალი:

- ა) არ არის ანტიჰიპოქსანტი;
- *ბ) ამცირებს ქალასშიდა წნევას;
- გ) ზრდის ჰიპოქსიურ დრიაზს;
- დ) გამოიყენება სედაციის მიზნით;
- ე) ნაჩვენებია პორფირიის დროს.

441. კეტამინი იწვევს:

- ა) ვაგოლიტურ ეფექტს;
- ბ) სიმპაგოლიტურ ეფექტს;
- *გ) სიმპაგომიმეტურ ეფექტს;
- დ) პარასიმპაგომიმეტურ ეფექტს;
- ე) შერეულ ეფექტს.

442. კეტამინი იწვევს ყველა ჩამოთვლილ ეფექტს, გარდა:

- ა) ჰალუცინაციისა;
- *ბ) რეტიკულური ფორმაციის დეპრესიისა;
- გ) დრმა სომატურ ანალგეზიისა;
- დ) არტერიული ჰიპერტენზიისა;
- ე) ტაქიკარდიისა.

443. ფენტანილმა შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სუნთქვის დეპრესიისა;
- ბ) ბრადიკარდიისა;
- გ) ჩონჩხის კუნთების რიგილობისა;
- *დ) ხანგრძლივი ანალგეზიისა;
- ე) ღებინებისა.

444. ჰიპოვოლემიის დროს საწყის საანესთეზიო საშუალებად სასურველია გამოვიყენოთ:

- ა) ბარბიტურატი;
- ბ) ნაგრიუმის თიოპენტალი;
- *გ) კეტამინი;
- დ) ეთერი;
- ე) პროპანიდილი.

445. ბარბიტურატების გამოყენება უკუნაჩვენებია: 1 ორსულობისას; 2 შოკის და სისხლდენის დროს; 3 პორფირიის შემთხვევაში; 4 ღებოლის და თირკმლის დაავადებების დროს.

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

446. კეტამინი იწვევს: 1 ჰალუცინაციებს; 2 დრმა სომატურ ანალგეზიას; 3 არტერიულ ჰიპერტენზიას; 4 სიმპაგოლიტურ ეფექტს.

- *ა) 1,2,3

- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

447. ფენგანილი იწვევს: 1 სუნთქვის ღებრესიას; 2 ბრალიკარლიას; 3 გაქიკარლიას; 4 ჩონჩხის მუსკულატურის რიგილობას.

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

448. საწყისი ჰიპოვოლეშით ავადმყოფებში სასურველი საანესთეზიო საშუალებაა:

- ა) ბარბიტურატი;
- ბ) ჰალოგანი;
- *გ) კეტამინი;
- დ) ეთერი;
- ე) პროპანიდილი.

449. კეტამინი: 1 იწვევს ოპიატური რეცეპტორების სტიმულაციას; 2 უკუნაჩვენებია გლუკოზით დაავადებული პაციენტებისათვის; 3 უკუნაჩვენებია ეპილეფსიან ავადმყოფებში; 4 ხშირად იწვევს გულისრევას და ღებინებას.

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

450. 91. პროპოვოლი მოქმედებს:

- *ა) გ.ა.ე.მ.-ერგულ სისტემაზე;
- ბ) აღრენერგულ სისტემაზე;
- გ) ქოლინერგულ სისტემაზე;
- დ) ლოფამინერგულ სისტემაზე;
- ე) სეროტონინერგულ სისტემაზე.

451. პროპოვოლი:

- ა) არის ჰიპნოზური და ანალგეზური საშუალება;
- *ბ) არის ჰიპნოზური და სედაციური საშუალება;
- გ) ნაჩვენებია ჰიპოვოლეშიის დროს;
- დ) გამოიყენება, როგორც ინტრავენური, ასევე ინტრაბუსკულარული ინექციების სახით;
- ე) იწვევს გულისრევასა და ღებინებას.

452. მორფინი იწვევს სისტემური არტერიული წნევის დაქვეითებას: 1 საწყისი ჰიპოვოლეშიის ფონზე; 2 ბრალიკარლიის განვითარების გამო; 3 ჰისტამინის გამონთავისუფლების შედეგად; 4 ჰიპერკატექოლამინემიის შედეგად.

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

453. მორფინის ახასიათებს: 1 გულისრევა, ღებინება; 2 ნაწლავთა პარეზი; 3 ოდის სპინქტერის სპაზმი; 4 ბრონქოლილატაცია.

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

454. მორფინის ინტრავენური შეყვანისას ანალგეზიური ეფექტის მაქსიმუმი მიიღწევა:

- ა) შეყვანისთანავე;
- *ბ) 5-10 წთ-ის შემდეგ;
- გ) 20-30 წთ-ის შემდეგ;
- დ) 30-40 წთ-ის შემდეგ;
- ე) 40-60 წთ-ის შემდეგ.

455. მორფინი იწვევს: 1 სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვას; 2 ხველის რეფლექსის დათრგუნვას; 3 ჰიპოთერმიას მაღალი დოზებით გამოყენებისას; 4 გულ-სისხლძარღვთა ცენტრის დათრგუნვას.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4

456. მორფინი იწვევს: 1 ეიფორიისა და ჰალუცინაციების განვითარებას; 2 ანგილიურეზული ჰორმონის გამონთავისუფლებას; 3 კრუნჩხვითი სინდრომის განვითარებას მაღალი დოზებით გამოყენებისას; 4 ბრადიკარდიას.

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

457. მორფინი იწვევს: 1 ანგინოციტეფიურ ღაცვას; 2 გლუვი კუნთების ტონუსის გაზრდას; 3 ერთეულის განვითარებას; 4 ბრონქოსპაზმს.

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

458. ლილოკაინი გამოიყენება, როგორც: 1 ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალება; 2 ანალეფსიური პრეპარატი; 3 ანგიარითმიული პრეპარატი; 4 ჰიპოგენზიური საშუალება.

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

459. ლილოკაინის შეყვანის სიჩქარეა:

- *ა) 1-4 მგ/წთ-ში;
- ბ) 2-8 მგ/წთ-ში;
- გ) 6-10 მგ/წთ-ში;
- დ) 10-14 მგ/წთ-ში;
- ე) 12-16 მგ/წთ-ში.

460. ლილოკაინის სადღეღამისო დოზა არ უნდა აღმაგებოდეს:

- *ა) 2000 მგ;
- ბ) 1500 მგ;
- გ) 750 მგ;
- დ) 500 მგ;
- ე) 250 მგ.

461. ყველაზე ხანგრძლივი მოქმედება აქვს:

- ა) პრილოკაინს;
- ბ) ლილოკაინს;
- *გ) ბუპივაკაინს;
- დ) ქლორპროკაინს;
- ე) პროკაინს.

462. დაალაგეთ ჩამოთვლილი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები მათი ტოქსიურობის მაგების მიხედვით: ნოვოკაინი; 2. ტრიმეკაინი; 3. ლილოკაინი; 4. ბუპივაკაინი; 5. დიკაინი.

- *ა) სწორია 1,2,3,4,5;
- ბ) სწორია 2,3,5,1,4;
- გ) სწორია 5,4,3,2,1;
- დ) სწორია 1,5,2,4,3;
- ე) სწორია 4,3,5,1,2.

463. ვაზოკონსტრიქციული ეფექტი ყველაზე მეტად გამოხატული აქვს:

- *ა) კოკაინს;
- ბ) ნოვოკაინს;
- გ) სოფკაინს;
- დ) ლილოკაინს;
- ე) დიკაინს.

464. ლილოკაინი მიეკუთვნება შემდეგ ფარმაკოლოგიურ ჯგუფს:

- ა) ეთერებს;
- ბ) ამინებს;
- *გ) ამიდებს;
- დ) ესთერებს;
- ე) არცერთს.

465. ნოვოკაინი მიეკუთვნება შემდეგ ფარმაკოლოგიურ ჯგუფს:

- * ა) ეთერებს;
- ბ) ამინებს;
- გ) ამიდებს;
- დ) ესთერებს;
- ე) იმპინოლიდან წარმოებულებს.

466. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ბუნებრივი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებაა:

- ა) ლიკაინი;
- * ბ) კოკაინი;
- გ) ლიდოკაინი;
- დ) ტრიმეკაინი;
- ე) ნოვოკაინი.

467. ნოვოკაინისა და სუქცინილქოლინის ერთდროული გამოყენებისას:

- ა) მცირდება სუქცინილქოლინის მეტაბოლიზმი;
- * ბ) ხანგრძლივდება ნოვოკაინისა და სუქცინილქოლინის მოქმედება;
- გ) არ ახდენენ ერთმანეთზე ზეგავლენას;
- დ) მცირდება ნოვოკაინის მოქმედება;
- ე) მცირდება სუქცინილქოლინის და ხანგრძლივდება ნოვოკაინის მოქმედების ეფექტი.

468. ნოვოკაინი ორგანიზმში იშლება შემდეგ ნაწილებად:

- ა) ბენზოის მჟავა და ლიეთილამინოეთანოლი;
- * ბ) პარაამინობენზოის მჟავა და ლიეთილამინოეთანოლი;
- გ) ლიეთილამინოპროპანოლი და პარაამინობენზოის მჟავა;
- დ) ბენზოის მჟავა და პარაამინობენზოის მჟავა;
- ე) ლიეთილამინოპროპანოლი და ბენზოის მჟავა.

469. გამტარებლობითი ანესთეზიის წარმოებისას ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების კონცენტრაციის 2-ჯერ გაზრდის შემთხვევაში გაუტკივრების ხანგრძლივობა მაგულობს:

- ა) 3,5-9%-ით;
- ბ) 10 %-ით;
- * გ) 30 %-ით;
- დ) 50 %-ით;
- ე) 100%-ით.

470. ინტრავენური რეგიონალური ანესთეზიის პირობებში გაუტკივრების ხარისხი დამოკიდებულია:

- ა) კილურის მდებარეობაზე, საანესთეზიო საშუალების კონცენტრაციაზე, ლახტის სწორად დაღებაზე;
- * ბ) საანესთეზიო საშუალების კონცენტრაციაზე, მის ღობაზე, ლახტის სწორად დაღებაზე;
- გ) ინექციის სიჩქარეზე, საანესთეზიო საშუალების ღობაზე, კილურის მდებარეობაზე;
- დ) საანესთეზიო საშუალების კონცენტრაციაზე, მის ღობაზე, ინექციის სიჩქარეზე;
- ე) საანესთეზიო საშუალების ღობაზე, ინექციის სიჩქარეზე, კილურის მდებარეობაზე.

471. ნერვ-კუნთოვანი სინაფსის მორფოლოგიური სტრუქტურის ყველაზე ზუსტი განმარტებაა:

- * ა) ნერვ-კუნთოვანი სინაფსი ეს არის ნერვიდან კუნთზე გადასვლის ადგილას არსებული სტრუქტურა, რომელიც შედგება საბოლოო ფირფიტის, კონის ფირფიტის, სუბნერვალური სივრცისა და პოსტსინაფსური მემბრანისაგან;
- ბ) ნერვ-კუნთოვანი სინაფსი არის სივრცე ნერვიდან კუნთზე გადასვლის ადგილას;
- გ) ნერვ-კუნთოვანი სინაფსი არის H ქოლინორეაქტიული სტრუქტურა, რომელშიც გროვდება აცეტილქოლინი.

472. გუბოკურანის არ ახასიათებს: 1 ჩონჩხის კუნთების რელაქსაცია; 2 არტერიული ჰიპოტონია; 3 ჰისტამინის გამონთავისუფლების უნარი; 4 ცნობიერების დათრგუნვა.

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

473. სისხლის ფსევდოქოლინესთერაზა შლის:

- ა) პიპეკურონიუმს;
- ბ) გუბოკურარინს;
- * გ) სუქცინილქოლინს;
- დ) პანკურონიუმს;
- ე) ატრაკურიუმს.

474. გუბოკურარინი:

- ა) ხელს უშლის აცეტილქოლინის წარმოშობას;
- ბ) აბლოკირებს ნერვ-კუნთოვანი სინაფსის საბოლოო ფირფიტას, ხელს უწყობს აცეტილქოლინის დაგროვებას და იწვევს მყარ

დეპოლარიზაციას;

გ) მოქმედებს აცეტილქოლინის დამშლელი ფერმენტების მეშვეობით;

დ) აბლოკირებს აცეტილქოლინისა და ქოლინაცეტილაზას მასინთეზირებელ ფერმენტს;

*ე) აბლოკირებს საბოლოო ფირფიტის რეცეპტორულ სუბსტანციაზე აცეტილქოლინის ზემოქმედებას.

475. დეკურარიზაციის ჩატარება კუნთოვანი რელაქსანტების გამოყენების დროს მიზანშეწონილია: 1 ნერვ-კუნთოვანი გამტარებლობის სრული ბლოკადის დროს; 2 თუ 20 წთ-ის შემდეგაც არ აღდგა სპონტანური ვენტილაცია; 3 ზოგადი ანესთეზიის დამთავრებისთანავე, სპონტანური სუნთქვის აღდგენის ხარისხის მიუხედავად; 4 ნერვ-კუნთოვანი გამტარებლობის არასრული დარღვევის და სპონტანური სუნთქვის გამოჩენის შემთხვევაში.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

476. სუქცინილქოლინის შეუძლია გამოიწვიოს, ყველა გარდა:

ა) ჰიპერკალიემია;

ბ) M-ქოლინომიმეტიკური ეფექტი;

*გ) თვალშიდა წნევის შემცირება;

დ) N-ქოლინომიმეტიკური ეფექტი;

ე) არითმიები, ბრადიკარდია;

477. გუბოკურარინით გამოწვეული ნერვ-კუნთოვანი ბლოკადის გაღრმავება შესაძლოა: 1 აცილობის დროს; 2 ეომიციის და სტრეპტომიციის შეყვანისას; 3 ჰალოგანით ანესთეზიისას; 4 ალკალოზის დროს.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

478. სუქცინილქოლინით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის გაჩერების მიზეზია: 1. ჰიპერკალიემია; 2. კარდიოტოქსიური ეფექტი; 3. M-ქოლინომიმეტიკური მოქმედება; 4. ჰისტამინოგენური და განგლიომაბლოკირებელი მოქმედება.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

479. პლანტის ფსევდოქოლინესთერაზის დაბალი დონე შეიძლება უკავშირდებოდეს:

ა) ლეიძლის დაავადებას;

ბ) თანდაყოლილ ფერმენტულ უკმარისობას;

გ) ორსულობას;

დ) არც ერთი არ არის სწორი;

*ე) სწორია ყველა.

480. სუქცინილქოლინის პროლონგირებული მოქმედება დამოკიდებულია:

ა) ნორმალური ფსევდოქოლინესთერაზის დაბალ დონეზე;

ბ) ატიპურ ფსევდოქოლინესთერაზაზე;

გ) არც ერთი არ არის სწორი;

*დ) სწორია ყველა.

481. პერიფერიული ნერვ-კუნთოვანი ბლოკის პოტენცირება შეუძლიათ: 1 კანამიციის; 2 ნეომიციის; 3 სტრეპტომიციის; 4 პოლიმიქსინს.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

482. გუბოკურარინის მოქმედების გვერდითი ეფექტებია: 1 ჰისტამინის გამონთავისუფლება; 2 ვეგეტატიური განგლიების ბლოკადა; 3 ჰიპოტენზია; 4 პლანტის კალიუმის მაგება.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

483. მითოპლეგიის მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფის არააღექვამური ანესთეზიის ნიშნებია: 1 არტერიული წნევის მომატება; 2 გუგების გაფართოება; 3 ტაქიკარდია; 4 ოფლიანობა.

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

484. პანკურონიუმის გამოყენებისას ტაქიკარდიის მიზეზია ყველა, გარდა: 1 ვაგოლიზური მოქმედება; 2 ენდოგენური კატექოლამინებია; 3 სიმპათომიმეტიკური მოქმედება; 4 განგლიომაბლოკირებელი მოქმედება.

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

485. ჰიპოვოლემიამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- *ა) პიპეკურონიუმის მოქმედების გაძლიერება და გაღრმავება;
- ბ) პიპეკურონიუმის მოქმედების შესუსტება;
- გ) პიპეკურონიუმის ცხიმში ხსნადობის გაზრდა;
- დ) არ ახდენს გავლენას პიპეკურონიუმის მეტაბოლიზმზე;
- ე) სწორია ა და გ.

486. პრეკურარიზაცია ტუბოკურარინით წარმოებს ყველა შემდეგი მიზნით, გარდა:

- ა) კუნთების ფიბრილაციის თავიდან ასაცილებლად;
- ბ) თვალშია წნევის შემცირების მიზნით;
- გ) რეგურგაციის პროფილაქტიკის მიზნით;
- დ) პლამმის ჰიპერკალიემიის თავიდან ასაცილებლად;
- *ე) მუცლის ღრუს შიგა წნევის შესამცირებლად.

487. ჰიპოკალიემია წარმოადგენს შეღარებით უკუხვევებას შემდეგი პრეპარატის გამოყენებისას:

- *ა) ტუბოკურარინი;
- ბ) ციკლოპროპანი;
- გ) სუქცინილქოლინი;
- დ) ეთერი;
- ე) ჰალოგანი.

488. სუქცინილქოლინის გამოყენება მიზანშეუწონელია შემდეგ შემთხვევებში: 1. ჰიპოკალიემია; 2. გაფანტული სკლეროზი; 3. კონის სინდრომი; 4. დეკომპენსირებული გლაუკომა.

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

489. ასპირინი იწვევს: 1 ანტიპროსტაგლანდინურ, ცენტრალურ და პერიფერიულ ეფექტს; 2 მეტჰემოგლობინემიას; 3 კუჭის ლორწოვანის გაღიზიანებას; 4 მხოლოდ ცენტრალურ ანალგეზიურ ეფექტს.

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

490. ასპირინის გვერდითი ეფექტებია: 1 სისხლენა; 2 ალერგიული რეაქციები; 3 აპლასტიური ანემია, აგრანულოციტოზი; 4 გულისრევა და ლებინება.

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

491. აგროპინი პარასიმპატიკურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედებს შემდეგი გზით:

- ა) აცეტილქოლინის წარმოქმნის დათრგუნვით;
- ბ) ქოლინესთერაზას წარმოქმნის მაგებით;
- გ) მიონერვალური სინაფსის პირდაპირი ღებრესით;
- *დ) აცეტილქოლინთან კონკურენტული ანტაგონიზმით;
- ე) აღრენერგული აქტივობის სტიმულაციით

492. ადექვატური დოზებით აგროპინის ხმარება იწვევს გულის წუთმოცულობის გაზრდას: 1 ვაგო-ვაგალური რეფლექსების აქტივაციის დროს; 2 ცენტრალური ვენური წნევის ნორმალური მაჩვენებლის დროს; 3 გულის ფიბრილაციის დროს; 4. პარასიმპათომიმეტიკებით

გამოწვეული მიოკარდიუმის ღებრესიის ფონზე.

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

493. ატროპინი ღილი ღობებით იწვევს: 1 პოსტურალურ ჰიპოტენზიას; 2 ბოლვას; 3 ოფლის გამოყოფის ღატრგუნვას; 4 თერმორეგულაციის ღარღვევას.

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

494. სასუნთქ სისტემაზე ატროპინი ახღენს შემღეგ მოქმეღებას: 1 ამცირებს ანატომიური მკეღარი სივრცის მოცუღობას; 2 ზრღის ანატომიური მკეღარი სივრცის მოცუღობას; 3 ზრღის სუნთქვით წინააღმღეგობას; 4 ამცირებს სუნთქვით წინააღმღეგობას.

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

495. ატროპინი ღა სკოპოღამინი ბრონქების გღუეგ მუსკულატურაზე ახღენს:

- *ა) ხანგრღლიე სპაზმოღიზურ ეფექტს;
- ბ) ხანმოკლე სპაზმოღიზურ ეფექტს;
- გ) ხანგრღლიე ბრონქოკონსტრიქციულ ეფექტს;
- ღ) ხანმოკლე ბრონქოკონსტრიქციულ ეფექტს;

496. ჰისტამინი-ბიოგენური ამინი წარმოიშეგბა: 1 მხოლოღ კუჭის ღორწოვანში; 2 ქოღინერგული ნერვების ღაბოღოებებზე; 3 ღვიღღში; 4 პოხიერ უჯრეღებსა ღა ბამოფიღებში.

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

497. პრომეგამინს აქვს: 1 ანტიჰისტამინური მოქმეღება; 2 ნეიროღეფსიური ეფექტი; 3 შეშუპების საწინააღმღეგო ეფექტი; 4 ჰიპოთერმიული ეფექტი.

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

498. ანტიჰისტამინური პრეპარატები: 1 ამცირებენ ჰისტამინის კონცენტრაციას სისხლში; 2 აძეგებენ უჯრეღებიღან ჰისტამინს; 3 ააქტივეგენ ფერმენტ ჰისტამინაზას; 4 ეწინააღმღეგებიან ჰისტამინის ფარმაკოლოგიურ ეფექტს.

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

499. განგღობლოკატორები იწვევენ შემღეგ ჰემოღინამიკურ ეფექტებს: 1 ტაქიკარღიას ღა ჰიპოტონიას; 2 ცენტრალური ვენური წნევის ღაქვეიღებას; 3 ამცირებენ სისხლის მიღენას გუღისაკენ; 4 განგვირთავენ სისხლის მიმოქეგვის მცირე წრეს.

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

500. განგღობლოკატორები იწვევენ ყვეღა ქვემოთ ჩამოთვიღილ ეფექტს, გარღა:

- ა) კანის სიმშრღლისა;
- ბ) პერიფერიული სისხლისმიმოქეგვის გაუმჯობესებისა;
- *გ) სისხლში შაქრის მომაგებისა;
- ღ) ინსუღინის მოქმეღების პოტენცირებისა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

501. თვალშია წნევას ბრლიან: 1 პილოკარპინი; 2 ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი; 3 კოფეინი; 4 ჰექსამეტონიუმი.

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

502. ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი გამოიყენება შემდეგი მიზნით: 1 მომატებული არტერიული წნევის აქვეითებისათვის; 2 სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის განტვირთვისათვის; 3 პერიფერიული სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესებისათვის; 4 გვინის შეშუპების შემცირების მიზნით.

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

503. ნიტრატიდან ყველაზე სწრაფ ეფექტს იწვევს:

- *ა) ნიტროგლიცერინი;
- ბ) ერინიტი;
- გ) სუსტაკ-ფორტე;
- დ) ნიტროსორბიდი;
- ე) იზოლინიტი.

504. სპეციფიურად სუნთქვის მასტიმულირებელი ეფექტი ყველაზე მეტად გამოხატული აქვს:

- *ა) ლოქსამპრამს;
- ბ) ქაფურს;
- გ) კორდიამინს;
- დ) ციტიგონს;
- ე) კორაზოლს.

505. ანალეფსიურ საშუალებებს განეკუთვნებიან: 1 კორაზოლი; 2 ბემეგრიდი; 3 ეტიმიზოლი; 4 ლობელინი.

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

506. ადრენერგულ საშუალებებს ახასიათებთ შემდეგი ეფექტები, გარდა: 1 ადრენალინი ზრდის გულის წუთმოცულობას; 2 ნორადრენალინი წარმოადგენს უპირატესად ალფა-ადრენომიმეტიკურ საშუალებას; 3 მეზაგონი იწვევს ვაზოკონსტრიქციას; 4 ადრენალინი და ნორადრენალინი ზრდის თირკმლის პერფუზიას.

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

507. ჩამოთვლილი ვაზოპრესორებიდან რომლებს არა აქვს დადებითი ინოტროპული ეფექტი: 1 ეპინეფრინი; 2 ნორეპინეფრინი; 3 ლობუგამინი; 4 მეზაგონი.

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

508. სპეციფიურ ალფა-ადრენობლოკატორებს მიეკუთვნება: 1 იზადრინი; 2 ნოვოდრინი; 3 ანაპრილინი; 4 გროპაფენი.

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

509. ასთმური სტაგუსის დროს საშიშია შემდეგი პრეპარატების გამოყენება:

- ა) იზადრინი;
- ბ) ეფედრინი;
- გ) ალუპენტო;
- *დ) მეტოპროლოლი;
- ე) იზოპტინი.

510. ნორეპინეფრინის გამოყენებისას აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ეფექტი, გარდა: 1 არ გააჩნია გამოსხატული ინოტროპული მოქმედება; 2 თირკმლის სისხლძარღვების ვაზოკონსტრიქცია; 3 არტერიული წნევის მომატება; 4 მკვეთრად გამოსხატული ჰიპერგლიკემია.

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

511. ნორეპინეფრინი იწვევს:

- ა) არტერიების სპაზმს და ვენების გაფართოებას;
- ბ) არტერიების გაფართოებას და ვენების სპაზმს;
- გ) არტერიებისა და ვენების გაფართოებას;
- *დ) არტერიებისა და ვენების სპაზმს;
- ე) არტერიების გაგანიერებას გარკვეულ მოდამოში.

512. ეპინეფრინის შეყვანის გზებია: 1 ინტრავენური; 2 ინტრამუსკულარული; 3 ენდოტრაქეული; 4 რექტალური.

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

513. ეფედრინი უშუალო ფარმაკოლოგიურ გავლენას ახდენს:

- ა) ვესტიბულარულ აპარატზე;
- ბ) კორონარულ სისხლძარღვებზე;
- *გ) მიოკარდიუმზე;
- დ) კუჭის პილორულ ნაწილზე;
- ე) თირკმლის ფიალებზე.

514. ლოფამინი: 1 მიიღება სინთეზური გზით; 2 არ აღიზიანებს აღრენერგულ რეცეპტორებს; 3 აღიზიანებს ალფა და ბეტა აღრენერგულ და ლოფამინერგულ რეცეპტორებს; 4 აღიზიანებს მხოლოდ ლოფამინერგულ D1 და D2 რეცეპტორებს.

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

515. ლოფამინი: 1 ზრდის სისხლძარღვების პერიფერიულ წინააღმდეგობას; 2 ზრდის გულის წუთმოცულობას გულის შეკუმშვითა და გაძლიერების და გახშირების ხარჯზე; 3 აუმჯობესებს კორონარულ სისხლისმიმოქცევას; 4 ზრდის ჟანგბადზე მოთხოვნილებას.

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

516. ჩამოთვლილი სიმპტომი მეტი კებიდან რომელი აუმჯობესებს თირკმლის პერფუზიას:

- ა) მეზაგონი;
- ბ) ნორადრენალინი;
- გ) ჰიპერტენზინი;
- დ) ეფედრინი;
- *ე) ლოფამინი.

517. კალციუმის ანტაგონისგია:

- ა) ანაპრილინი;
- ბ) ალდაქტონი;
- *გ) ვერაპამილი;
- დ) ვისკენი;
- ე) კორდარონი.

518. გლეუკოკორტიკოიდების ფუნქციებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ანგისხეულების სტიმულაცია;
- ბ) ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი;
- გ) ენდოგენური კატექოლამინების გამოყოფა;
- დ) ნივთიერებათა ცვლაზე გავლენა;
- ე) მინერალურ ცვლაზე გავლენა.

519. ბოლო 6 თვის მანძილზე ჰიდროკორტიზონით ნამკურნალები ავადმყოფების პრემელიკაციაში ჩართული უნდა იყოს: 1 პრედნიზოლონი; 2 დექსამეტაზონი; 3 ნებისმიერი სტეროიდი; 4 ჰიდროკორტიზონი.

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

520. კორტიკოსტეროიდები იწვევენ: 1 ანტიალერგიულ ეფექტს; 2 უჯრედული იმუნიტეტის დათრგუნვას; 3 ფაგოციტოზის დათრგუნვას; 4 ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ-თირკმელზედა ჯირკვლის სისტემის დათრგუნვას.

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

521. კორტიკოსტეროიდები იწვევენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ეფექტს, გარდა:

- ა) კუჭ-ნაწლავიდან სისხლენას;
- ბ) იმუნოდეპრესიას;
- გ) სისხლის ჰიპერკოაგულაცია და თრომბოემბოლიური გართულებას;
- დ) ქსოვილების შეშუპებას;
- *ე) ტვინის შეშუპების თავიდან აცილებას და შემცირებას.

522. გლუკოკორტიკოიდების დიდი დოზებით მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ანაფილაქსური შოკი;
- *ბ) იმუნოდეპრესია;
- გ) გულის მწვავე უკმარისობა;
- დ) მწვავე სისხლძარღვოვანი უკმარისობა;
- ე) ჰიპერთერმია.

523. ოსმოდირეტიკების მოქმედების მექანიზმი მოიცავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა: 1 სისხლის ოსმოსური წნევის მაგბისა; 2 პირველად შარდში ჰიპეროსმოსური ეფექტისა; 3 ნეფრონის პროქსიმალურ მილაკებში დიურეზული ეფექტის გამოვლენისა; 4 ნაგრიურებისა და კალიურების მომაგბისა ნეფრონის შემკრებ მილაკებში.

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

524. ოსმოდირეზული მოქმედება ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა: 1 გლიცერინისა; 2 ჰიპერტონული მშრალი პლაგმისა; 3 ჰიპერტონული ხსნარისა; 4) 5%-იანი გლუკოზისა, რომლის გადასხმის სიჩქარეა 0,5 გ/კგ/სთ-ში.

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

525. ჰიპოთიაზიდის გამოყენებისას, დიგიტალისის გადაჭარბებული დოზებით მკურნალობის ფონზე, გამოწვეული არითმია მაგულობს შემდეგი მიზეზით:

- ა) ამ პრეპარატების სინერგიზმით;
- ბ) პოლიურიით;
- *გ) ჰიპოკალიემიით;
- დ) ჰიპონატრიემიით;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი ფაქტორით.

526. სალურეტიკებს მიეკუთვნება: 1 ჰიპოთიაზიდი; 2 ურეგიტი; 3 ფუროსემიდი; 4 მანიტი

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

527. ოსმოდირეტიკების გამოყენება საშიშია: 1 ასთმური სტაგუსის დროს, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის გადაძაბვის შემთხვევაში; 2 ფილგეების შეშუპების დროს, სისხლისმიმოქცევის მცირე წრის განგვირთვის მიზნით; 3 ჰიპერგლიკემიური კომის დროს; 4 ანურიის დროს, როცა ცენტრალური ვენური წნევა ნულის ტოლია.

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

528. ჰიპოთიზიდის ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) ჰიპერკალიემია;
- ბ) ჰიპოკალიემია და ჰიპერქლორემია;
- *გ) ჰიპოკალიემია, ჰიპონატრემია და ჰიპოქლორემია;
- დ) ჰიპოქლორემია, ჰიპერნატრემია;
- ე) ჰიპერკალიემია, ჰიპონატრემია და ჰიპოქლორემია.

529. საგულე გლიკომილების მოქმედება გულისხმობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) გულის სისტოლური შეკუმშვის გაძლიერებას;
- ბ) დიასტოლის გახანგრძლივებას;
- გ) გულისკენ სისხლის დინების გაუმჯობესებას;
- დ) კალიუმის ტუმბოს სტიმულაციას და კალიუმის უჯრედში შეღწევას;
- *ე) გულის გამტარებელი სისტემის აგზნებალობის გაძლიერებას.

530. გლუტამინის მკაფა ღვიძლისმიერი კომის დროს ინიშნება: 1 სპილენძის ჭარბი რაოდენობის მოცილების მიზნით; 2 პიროყურძნის მკაფას ნეიგრალიზაციის მიზნით; 3 პროტეინას ინჰიბირების მიზნით; 4 ამიაკის გაუვნებლობის მიზნით.

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

531. არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები: 1 ნეოდიკუმარინი; 2 ფენილინი; 3 სინკუმარი; 4 ჰირუდინი.

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

532. არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტებისადმი მგრძნობელობის დასაღგენად:

- ა) განსაზღვრავენ სისხლის შეღებების დროს;
- ბ) სინჯები არ არსებობს;
- გ) განსაზღვრავენ პროთრომბინის ინდექსს პრეპარატის მიღებიდან 24 სთ-ში;
- *დ) განსაზღვრავენ პროთრომბინის ინდექსს პრეპარატის მიღებიდან 2 დღე-ღამის შემდეგ;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

533. არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტების 2 დღიანი მიღების შემდეგ, პრეპარატის მიმართ ნორმალურ მგრძნობელობაზე მიუთითებს:

- ა) შეღებების დროის გახანგრძლივება 2-3 ჯერ;
- ბ) პროთრომბინის ინდექსისა და A შეღებების დროის უცვლელად დარჩენა;
- *გ) პროთრომბინის ინდექსის 40-50 %-ით დაქვეითება;
- დ) პროთრომბინის ინდექსის 30-35 %-ით დაქვეითება;
- ე) პროთრომბინის ინდექსის 15-25 %-ით დაქვეითება.

534. ანტიკოაგულაციური და ფიბრინოლიზური მოქმედების პრეპარატები ძირითადად გამოიყოფა:

- ა) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტით;
- ბ) ფილგვებით;
- გ) საოფლე ჯირკვლებით;
- *დ) საშარდე სისტემით;
- ე) ღვიძლით.

535. პირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები: 1 ჰეპარინოიდები; 2 გუბოკურარინი; 3 ჰეპარინი; 4 ფენილინი.

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

536. სინკუმარის ჰიპოგლიკემიური ეფექტი ვლინდება:

- ა) 12 საათის შემდეგ;
- ბ) 24 საათის შემდეგ;
- *გ) 48 საათის შემდეგ;
- დ) 72 საათის შემდეგ;
- ე) 8 საათის შემდეგ.

537. ჰეპარინის ანტიდოგია:

- ა) კალციუმის ქლორიდი;

- ბ) ღიცინონი;
- გ) კრიოპრეციპიტატი;
- *დ) პროტამინსულფატი;
- ე) თრომბინი.

538. ფიბრინოლიზურ საშუალებებს მიეკუთვნება: 1 თრომბოპლასტინი; 2 პლაზმინი; 3 პროტამინსულფატი; 4 სტრეპტოკინაზა.

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

539. ანტიჰემორაგიულ და ჰემოსტაზურ საშუალებებს ეკუთვნის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კალციუმის ქლორიდი;
- ბ) პროტეაზას ინჰიბიტორების;
- *გ) ფაქსიპარინის;
- დ) ვიკასოლის;
- ე) ამინოკაპრონის მჟავას.

540. არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტების ღმის გადაჭარბებით გამოწვეული ჰემორაგიების ღროს, სისხლში პროკოაგულანტების ღონის აღღენის საშუალებებია: 1 ამინოკაპრონის მჟავა; 2 ვიგამინი K; 3 პროტამინსულფატი; 4 ახალი სისხლის და პლაზმის გადასხმა.

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

541. ჰეპარინის ინტრავენური გამოყენებისას ჰიპოკოაგულაციის თერაპიულ ღონედ ითვლება: 1 პროთრომბინის დაქვეითება 40-50 %-მდე; 2 თრომბინის ღროის მაგება 2-3 ჯერ; 3 ფიბრინოგენის დაქვეითება 2-3 ჯერ; 4 შეღეღების ღროის მაგება 2-2,5-ჯერ საშუალო ნორმასთან შეღარებით.

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

542. ჰიპერპლაზმინემიის კლინიკურ-ლაბორატორიული ნიშნებია: 1 თრომბინის ღროის გაზანღრღიევა; 2 სპონღანური სისხლღენა; 3 ფიბრინოგენი < 1,2-1,5 გ/ღ; 4 ჰიპერკოაგულაცია.

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

543. არაპირღაპირი მოქმეღების ანტიკოაგულანტების ანტიღოღია:

- *ა) ვიგამინი K;
- ბ) პროტამინ სულფატი;
- გ) კალციუმის ქლორიდი;
- დ) ღიცინონი;
- ე) ნიკოღინის მჟავა.

544. პროტამინსულფატის 1 მგ ანეიღრალებს:

- ა) 2500-5000 ერთ. ჰეპარინს;
- ბ) 1000-1500 ერთ. ჰეპარინს;
- *გ) 80-100 ერთ. ჰეპარინს;
- დ) 70-50 ერთ. Hჰეპარინს;
- ე) 200-300 ერთ. Hჰეპარინს.

545. პროტამინ სულფატის ვენაში ბოლუსურად შეყვანილი ღოზა არ უნღა აღემაღებოღეს:

- ა) 250მგ;
- ბ) 150 მგ;
- გ) 100 მგ;
- *ღ) 50 მგ;
- ე) 300 მგ.

546. პროთრომბინის ღრო: 1 წარმოაღღენს კოაგულაციურ ტესტს ვარღარინით მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრისათვის; 2 ნორმაში = 12-14 წმ; 3 აქტიურღება კალციუმითა და ქსოვიღოღანი თრომბოპლასტინით; 4 გამოიყენება შეღეღების შიღა მქენიზმების ტესტირებისათვის.

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

547. სისხლის შემადგენელი სისტემის სპეციალური პრეპარატები: 1 ლიოფიზირებული ახალი პლაზმა; 2 კონის I ფაქტორი; 3 კრიოპრეციპიტატი; 4 პროთრომბინული კომპლექსი.

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

548. ჰეპარინის გამოყენების უკუჩვენებაა: 1 ჰემორაგიული ღიათემა; 2 მწვავე და ქრონიკული ლეიკოზი; 3 ლეიქემია და თირკმლის უკმარისობა; 4 ჰიპოპლასტიური ანემია.

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

549. ანტიბიოტიკების მიეკუთვნება: 1 კალციუმის ანტიბიოტიკები; 2 პროსტაგლანდინები (E2 და D2, პროსტაციკლინი); 3 პროსტაციკლინის სინთეზის სტიმულატორები; 4 თრომბოქსანისინთეზის სელექტიური ინჰიბიტორები.

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

550. K ვიტამინის კუნთებში ინექციისას მოქმედება იწყება:

- ა) 1 სთ-ში;
- ბ) 3 სთ-ში;
- გ) 6 სთ-ში;
- *დ) 12 სთ-ში;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

551. K ვიტამინის წარმოქმნა და გამოყოფა დაკავშირებულია შემდეგი ორგანოების ფუნქციასთან:

- ა) კუჭის;
- ბ) ელენთის;
- *გ) წერილი და მსხვილი ნაწლავის;
- დ) კუჭუკანა ჯირკვლის;
- ე) ნაღვლის ბუშის.

552. ჰეპარინის კუნთებში შეყვანისას მოქმედება იწყება:

- ა) 10წთ-ის შემდეგ;
- *ბ) 15-30 წთ-ის შემდეგ;
- გ) 60-120 წთ-ის შემდეგ;
- დ) 120-180 წთ-ის შემდეგ;
- ე) 24 სთ-ის შემდეგ.

553. ჰეპარინის ყველაზე ხანგრძლივი მოქმედება აღინიშნება შემდეგი გზით შეყვანისას:

- ა) ვენაში;
- ბ) კუნთებში;
- *გ) კანქვეშ;
- დ) რექტალურად;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

554. ვენაში შეყვანილი ჰეპარინის ნახევრად დაშლის პერიოდი /სისხლში კონცენტრაციის 50 %-ით დაქვეითება/ როგორც წესი არის:

- ა) 30 წთ;
- ბ) 60 წთ;
- *გ) 1-2 სთ;
- დ) 3-4 სთ;
- ე) 4-6 სთ.

555. ვიტამინების უკმარისობა ორგანიზმში შეიძლება განვითარდეს ყველა შემთხვევაში, გარდა:

- ა) საკვებში ვიტამინების მცირე შემცველობის დროს;
- ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან ვიტამინების შეწოვის დარღვევის და ლეიქემიის დაავადებების დროს;

- გ) მომატებული მეტაბოლიზმის დროს (ჰიპერთირეოზი, ჰიპერთერმია);
- დ) ხანგრძლივი ანტიბაქტერიული და სულფანილამიდური თერაპიის დროს;
- *ე) ალექსანდრიის პარენკერალური კვების დროს.

556. კასტლის ფაქტორის (გასტრომუკოპროტეინი) დეფიციტი იწვევს:

- ა) პელაგრას;
- *ბ) მეგალობლასტური ანემიას;
- გ) ელერს-დანლოსის სინდრომს;
- დ) ბერი-ბერის დაავადებას;
- ე) ნამგლისებრუჯრედოვან ანემიას.

557. ნაწლავების ბაქტერიული ფლორა ახდენს სინთეზს:

- *ა) ვიტამინების K2, B5, B12;
- ბ) ვიტამინების D, E, PP;
- გ) C ვიტამინის;
- დ) წყალში ხსნადი ვიტამინების;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

558. A ჰიპოვიტამინოზს შეუძლია:

- *ა) გამოიწვიოს რეტინოპათია, დააქვეითოს მხედველობის სიმახვილე სიბნელეში;
- ბ) გაზარდოს რემისტენგობა გრიპოზული ინფექციური დაავადებების მიმართ;
- გ) გაზარდოს რემისტენგობა ბრონქების და ფილტვების ქრონიკული დაავადებების მიმართ;
- დ) გამოიწვიოს ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანში;
- ე) გამოიწვიოს ყველა ჩამოთვლილი.

559. ვიტამინ A- ს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი თვისება, გარდა: 1 წვრილ ნაწლავებში შეწოვისა; 2 ყვითელი შეფერილობისა; 3 ნორმალური ზრდის უზრუნველყოფისა; 4 არ მონაწილეობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესში.

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

560. D ვიტამინი: 1 ცხიმში ხსნადი ვიტამინია; 2 მონაწილეობს იღებს ფოსფორისა და კალციუმის ცვლაში; 3 იწვევს ჰიპერვიტამინოზს; 4 ხანდაზმულ პირებში ხელს უწყობს ათეროსკლეროზის განვითარებას.

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

561. ვიტამინი K: 1 არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტების ანტიკონსტრუქციული; 2 ჰეპარინის ანტიკონსტრუქციული; 3 უკუნაჩვენებია სისხლის შეღებვის მომატების დროს; 4 მოქმედებს ვენაში შეყვანისთანავე.

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

562. ასკორბინის მკავასთან მიმართებაში სწორია ყველა, გარდა: 1 შეუცვლელად გამოიყოფა შარდით; 2 შეიწოვება წვრილ ნაწლავებში; 3 გამოიყენება სისხლდენების, ინტოქსიკაციების, ღუნელ მიმდინარე რეგენერაციული პროცესების დროს; 4 არ არის საშიში მისი დიდი ლოგებით გამოყენება.

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

563. რეტინოზთან მიმართებაში სწორია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 აძლიერებს ასკორბინის მკავას მოქმედებას; 2 ამცირებს კაპილარების განვლადობას და სიმეფის; 3 მონაწილეობს კანგვა-აღდგენით პროცესებში; 4 იცავს ჰიპოპროტეინემიით გამოწვეული სისხლდენისაგან.

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

564. ნიკოტინის მკავა დადებით ფარმაკოლოგიურ ეფექტს ახდენს: 1 ჰიპოქოლესტერინემიის დროს; 2 იმ ავადმყოფთა მკურნალობაში,

რომელთაც აქვთ კუჭ-ნაწლავის და ღვიძლის დაავადებები; 3 თირკმლების, კიდეების, თავის გვინის სისხლძარღვების სპაზმის დროს; 4 აბლიერებს აგზნების გატარებას ნერვ-კუნთოვან სინაფსში.

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

565. პანგოთენის მკაფა: 1 შედის A კოფერმენტის შემადგენლობაში; 2 მონაწილეობს ნახშირწყლოვან და ცილოვან ცელაში; 3 აუმჯობესებს გლიკოზიდების კარლიოტონურ ეფექტს; 4 აბლიერებს სისხლძარღვთა განვლადობას.

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

566. ვიგამინ B1-თან მიმართებაში მართებულია ყველა, გარდა: 1 მონაწილეობს ნივთიერებათა ცელაში ამინომკაფების დეკარბოქსილირებისა და პრეამინირების პროცესებში; 2 აუმჯობესებს ლიპიდურ ცელას; 3 უზრუნველყოფს ნორმალურ ცელას; 4 არეგულირებს კალციუმისა და ფოსფორის ცელას.

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

567. ქოლინთან მიმართებაში მართებულია ყველა, გარდა: 1 აცეტილქოლინის წინამორბედაა; 2 ხელს უწყობს ღვიძლის ლიპოპროტეინების სინთეზს; 3 ქოლინის უკმარისობა იწვევს ღვიძლის ცხიმოვან დისტროფიას; 4 მონაწილეობს შეუცვლელი ამინომკაფის - ჰისტიდინის სინთეზში.

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

568. ლიპოსის მკაფა: 1 მონაწილეობს პიროყურძნის მკაფას დამუხანგველ დეკარბოქსილირებაში; 2 ხელს უწყობს გლიკოგენის დაგროვებას; 3 ხელს უშლის ღვიძლში ცხიმის დაგროვებას; 4 მოწამვლისას ახლენს დეგოქსიკაციას.

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

569. პროტეოლიზური ფერმენტების ინჰიბიტორებია: 1 გორლოქსი; 2 კონტრიკალი; 3 გრასილოლი; 4 ამინოკაპრონის მკაფა.

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

570. პროტეოლიზური ფერმენტების ინჰიბიტორები შეიძლება დაინიშნოს ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა: 1 სეფსისის და შოკის კომპლექსური თერაპიის დროს; 2 პროტეოლიზური ფერმენტების აქტივობის შესამცირებლად; 3 როგორც კალიკრეინ-კინინის ინჰიბიტორები; 4 თრომბოციტოლიზური დაავადებების დროს.

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

571. ალბუმინისა და მშრალი პლაზმის გრანსფუზიის წინააღმდეგევენებაა: 1 დეკომპენსირებული გულის უკმარისობა; 2 ანემია; 3 სისხლის შემადგენელი სისტემის პათოლოგია; 4 ჰიპოპროტეინემია.

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

572. თრომბოციტული მასის გრანსფუზიის ჩვენებაა:

- ა) მწვავე თრომბოციტოპენია ჰემორაგიული გამოვლინებით;

- ბ) ქრონიკული თრომბოციტოპენია სისხლდენის და სისხლჩაქცევების საშიშროების შემთხვევაში;
- გ) იმუნური თრომბოციტოპენია;
- დ) სწორია ბ,გ;
- *ე) სწორია ა,ბ.

573. თრომბოციტების შენახვისა და გამოყენების ვალა ღამზალების მომენტიდან არის:

- *ა) 1 ღლე-ღამე;
- ბ) 2 ღლე-ღამე;
- გ) 3 ღლე-ღამე;
- დ) 4 ღლე-ღამე;
- ე) 5 ღლე-ღამე.

574. გარეცხილ ერთროციტებს აქვთ ნაკლები ანტიგენური თვისებები ერთროციტების შემცველ სისხლის სხვა პრეპარატებთან შედარებით. მათი გრანსფუზია ნაჩვენებია: 1 სისხლისა და მისი პრეპარატების მრავალჯერადი გრანსფუზიით სენსიბილიზებული ავადმყოფისათვის, რომელთა სენსიბილიზაცია გამოწვეულია პლაზმის ცილების, ერთროციტების, ლეიკოციტების და თრომბოციტების ანტიგენებით; 2 მწვავე და ქრონიკული ანემიის შემთხვევაში; 3 ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების დროს; 4 ღვიძლისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობის შემთხვევაში.

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

575. ერთროციტულ მასას ახასიათებს შემდეგი თვისებებები: 1 სითხის მცირე მოცულობაში, ჟანგბადის გრანსპორტირების მაღალი აქტივობა (2-ჯერ მეტი სისხლთან შედარებით); 2 არ შეიცავს ან შეიცავს მინიმალური რაოდენობით მასენსიბილიზებულ ფაქტორებს (პლაზმის ცილებს, ლეიკოციტებსა და თრომბოციტებს); 3 მცირე რაოდენობით შეიცავს დაშლის პროდუქტებს და ვაზოაქტიურ ნივთიერებებს (კალიუმი, ნატრიუმი, ამონიუმი, თავისუფალი ჰემოგლობინი, სეროტონინი, ჰისტამინი); 4 შეიცავს მიკროაგრეგატების მინიმალურ რაოდენობას.

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

576. ინსტრუქციის მიხედვით გადასხმისათვის საჭირო სისხლისა და მისი პრეპარატების შენახვის მაქსიმალური ვადებია:

- *ა) 21 ღლე;
- ბ) 30 ღლე;
- გ) 40 ღლე;
- დ) 10 ღლე;
- ე) 50 ღლე.

577. სისხლის პრეპარატების ხანგრძლივი შენახვისას ადგილი აქვს: 1 ერთროციტების ჰემოლიზს; 2 კალიუმის იონების გამოსვლას პლაზმაში, ჰიპერკალიემიას; 3 ჰემოგლობინის მიერ ჟანგბადის გადაცემის მარეგულირებელი 2,3-ღფგ მუავას შემცველობის დაქვეითებას; 4 ფიბრინოგენის კონცენტრაციის დაქვეითებას, პლაზმაში ფიბრინოლიზური აქტივობის მაგებას.

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

578. კრიოპრეციპიტატის გადასხმის ჩვენებაა: 1 მწვავე სისხლდენა; 2 ჰიპოპროტეინემია; 3 დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედელების სინდრომი; 4 ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებები.

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

579. მშრალი პლაზმა შეიცავს ყველა ცილას და მინერალურ კომპონენტს, გარდა შედელების ზოგიერთი ფაქტორისა. მისი შენახვის ხანგრძლივობაა 5 წელი. მშრალი და ნატიური პლაზმის გრანსფუზიის დროს რეციპიენტის და დონორის ჯგუფობრივი კუთვნილება:

- *ა) აუცილებელია;
- ბ) არაა აუცილებელი;
- გ) აუცილებელია მხოლოდ დიდი ღომების ხმარების შემთხვევაში.
- დ) აუცილებელია მხოლოდ მწვავე სისხლდაკარგვის კომპლექსურ მკურნალობაში;
- ე) აუცილებელია მხოლოდ სისხლის განმეორებითი გადასხმის დროს.

580. გაყინული პლაზმის უპირატესობას შეადგენს:

- ა) სისხლის შედელების ყველა პლაზმური ფაქტორის შენარჩუნება;

ბ) ანტირომბინ III არსებობა, რომელიც აუცილებელია ჰეპარინისმოქმედებისათვის;

გ) არც ერთი არ არის სწორი;

*დ) სწორია ა და ბ.

ე) სწორია მხოლოდ ა ცალკეულ შემთხვევებში;

581. გაყინული პლაზმის გადასხმის ჩვენებაა: 1 მასიური სისხლის დანაკარგი; 2 დისემინირებული სისხლძარღვშია შედელების სინდრომი; 3 კოაგულოპათიები, ჰემოფილია; 4 ვილბრანდის დაავადება, ფიბრინოგენის დეფიციტი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

582. პლაზმისშემცველები მოქმედებენ: 1. ოსმოსური წნევის მომატების გზით; 2. უჯრედგარეთა სითხის სისხლძარღვებში გადასვლის გზით; 3. მაღალმოლეკულური მასის გლობულინების ნეიტრალიზაციის გზით; 4. ონკომურ წნევას მომატების გზით.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

583. ალბუმინის გადასხმა ნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიური მდგომარეობების დროს: 1 მწვავე სისხლის დაკარგვა მოცირკულირე სისხლის მოცულობის 20-30 %-ის ზემოთ; 2 გრავმული შოკი; 3 სეპტიური შოკი; 4 დისპროტეინემია, ჰიპოპროტეინემია გამოწვეული ჩირქოვან-სეპტიური გართულებებით.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

584. პლაზმის მოცულობის, ფიბრინოგენის, პროთრომბინის დეფიციტის დროს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს: 1 მშრალ პლაზმას; 2 ფიბრინოგენს; 3 ალბუმინს; 4 კრიოპრეციპიტატს.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

585. სისხლის შრავი პლაზმისაგან განსხვავდება:

ა) ღაზბადების წესით;

ბ) სისხლის ელემენტების შემადგენლობით;

გ) კონსერვანტის არარსებობით;

*დ) სწორია ყველა;

ე) სწორი პასუხი არ არის.

586. სისხლის ჯგუფი 0(1) Rh(-) შეიცავს:

ა) A და B აგლუტინოგენებს და რეზუს-ფაქტორის საწინააღმდეგო ანტიგენებს;

*ბ) ალფა და ბეტა აგლუტინინებს;

გ) ალფა და ბეტა აგლუტინინებს და ანტი-Rh აგლუტინინებს;

დ) A და B აგლუტინოგენებს და ანტი-Rh აგლუტინინებს;

ე) არავითარ ალფა და ბეტა აგლუტინინებს და ანტი-Rh აგლუტინინებს.

587. ყველა ჩამოთვლილ სისხლის შემცველ პრეპარატს აქვს ჰემოდინამიკური მოქმედება, გარდა: 1 პოლიგლუკინისა; 2 რეოპოლიგლუკინისა; 3 ქელაგინოლისა; 4 ერთროციტული მასა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

588. დექსტრანებიდან წარმოებულ პლაზმის შემცველებს ეკუთვნის: 1 პოლიგლუკინი; 2 ქელაგინოლი; 3 რეოპოლიგლუკინი; 4 მანიტოლი.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

589. ჰემორაგიული შოკის დროს უჯრედგარე სითხის ნორმალური მოცულობისა და შემადგენლობის, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის,

სისხლის ჰომეოსტაზური და რეოლოგიური თვისებების, მაკრო და მიკრო ცირკულაციის შენარჩუნების მიზნით საჭიროა გამოყენებულ იქნას: 1 პოლიგლუკინი; 2 ქელაგინოლი; 3 რეოპოლიგლუკინი; 4 რინგერ-ლაქტატის ხსნარი.

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

590. დეგოქსიკაციური მოქმედება აქვთ:

- ა) პოლიქლორინილპიროლიდონზე დამზადებულ ხსნარებს;
- ბ) ენგეროსორბენტებს;
- გ) ჰემოლიალიზსა და ულტრაფილტრაციას;
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არცერთს.

591. ინტერსტიციული სივრციდან სითხის სისხლძარღვოვან ქსელში მობილიზაციის საუკეთესო უნარი გააჩნია:

- ა) პოლიგლუკინს;
- ბ) რეოპოლიგლუკინს;
- *გ) 20% ალბუმინს;
- დ) კრიოპლაზმას;
- ე) პლაზმასგერილს.

592. კრისტალოიდურ ხსნარებს (ნატრიუმის ქლორიდის, რინგერ-ლაქტატს) ახასიათებთ: 1 უჯრედგარეთა სითხის დეფიციტის ლიკვიდაციის უნარი; 2 ფიზიოლოგიურია, რადგან მისი შედგენილობა უახლოვდება პლაზმას; 3 ზომიერი ჰემოლინამიური ეფექტი; 4 ჰემოლიტუციით განპირობებული რეოლოგიური თვისებები.

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

593. კრისტალოიდების მასიური ინფუზიის შემთხვევაში შესაძლებელია შემდეგი გართულებები:

- ა) ფილტვის ინტერსტიციული და ალვეოლური შეშუპება;
- ბ) ტვინის შეშუპება;
- გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა;
- დ) სწორია ა, ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

594. ავადმყოფის ჰიპერჰიდრატაციის შემთხვევაში საუკეთესო საშუალებაა: 1 ლაქტასოლი; 2 მანიტოლი; 3 რეოგლუმანი; 4 სალურეტიკები.

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

595. დექსტრანების ჰემოლინამიური ეფექტის მექანიზმია:

- ა) პლაზმის კოლოიდურ-ოსმოსური წნევის მაგება;
- ბ) ოსმოლარობის მაგება;
- გ) სითხის გადასვლა ინტერსტიციური სივრციდან სისხლძარღვთა ქსელში;
- *დ) სწორია ა, გ;
- ე) სწორია ყველა.

596. პოლიგლუკინის საშუალო მოლეკულური მასაა 70 000, იგი ხანგრძლივად რჩება სისხლძარღვოვან ქსელში, რადგან 50 000 მეტი მოლეკულური მასის ნივთიერებები თირკმლებით არ გამოიყოფიან. სისხლძარღვოვან ქსელში იგი რჩება:

- ა) 6 სთ;
- ბ) 24 სთ;
- გ) 48 სთ;
- *დ) 72 სთ;
- ე) 6-8 დღე-ღამე.

597. პოლიგლუკინის გამოყოფის მექანიზმია:

- ა) მონაწილეობა ნახშირწყლოვან ცვლაში გლუკოზის წარმოქმნით;
- ბ) ნაწილობრივ იშლება და გამოიყოფა თირკმლებით;
- გ) გამოიყენება უცვლელი სახით თირკმლების გზით;
- *დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ყველა.

598. პოლიგლუკინის გადასხმის შესაძლო გართულებებია:

- ა) ჰიპოკოგულაცია;
- ბ) ანაფილაქსიური შოკი;
- გ) არტერიული წნევის შემცირება;
- *დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ყველა.

599. რეოპოლიგლეკინის ჩამოთვლილი ეფექტებიდან ინფუზიური თერაპიის დროს ყველაზე სასარგებლოა: 1 სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუმჯობესება; 2 მოცირკულირე სისხლის მოცულობის მატება; 3 ჰემოლიტიკა; 4 ორგანული და პერიფერიული სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესება.

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

600. რეოპოლიგლეკინის გადასხმის შესაძლო გართულებებია:

- ა) ჰიპოკოგულაცია;
- ბ) ნეფროზო-ნეფრიტული სინდრომი;
- გ) ანაფილაქსიური რეაქციები;
- დ) სწორია ბ, გ;
- *ე) სწორია ყველა.

601. ამინოგლიკომიდების ჯგუფს მიეკუთვნება: 1 სტრეპტომიცინი; 2 მონომიცინი; 3 კანამიცინი; 4 გენტამიცინი.

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

602. ნერვ-კუნთოვანი ბლოკადის გაღრმავება შეიძლება გამოიწვიოს: 1 გენტამიცინმა; 2 კანამიცინმა; 3 დოქსაციკლინმა; 4 ამიკაცინმა.

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

603. ოტოტოქსიური ეფექტი ახასიათებს შემდეგ ანტიბიოტიკებს, გარდა: 1 გენტამიცინი; 2 კანამიცინი; 3 ნეტრომიცინი; 4 ლინკომიცინი.

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

604. პენიცილინები არაეფექტურია ყველა ჩამოთვლილი ინფექციების გამომწვევის მიმართ, გარდა:

- ა) რიკეტსიებისა;
- ბ) ვირუსებისა;
- გ) უმარტივესებისა;
- დ) სოკოებისა;
- *ე) კოკების ფლორისა.

605. ანტიბიოტიკ-მაკროლიდების ჯგუფს მიეკუთვნება: 1 ტეტრაციკლინი; 2 ამიკაცინი; 3 გენტამიცინი; 4 ერითრომიცინი.

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

606. ტუბერკულოზის ჩხირის მიმართ ეფექტურია შემდეგი ანტიბაქტერიული პრეპარატები: 1 ტეტრაციკლინ-ჰიდროქლორიდი; 2 რიფამპიცინი; 3 ლინკომიცინი; 4 იზონიაზიდი.

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

607. სულფანილამიდური პრეპარატების ანტიმიკრობული ეფექტებია:

- ა) მიკრობული უჯრედის მიერ ცილის ბიოსინთეზის დათრგუნვა რიბოსომების დონეზე;
- *ბ) გამრავლების ფაქტორების წარმოშობის მოშლა, რომელთა შემადგენლობაში შედის პარაამინობენზოის მჟავა;

- გ) ბაქტერიების უჯრედოვანი მემბრანის ბიოსინთეზის ინჰიბირება;
- დ) სწორია ა, გ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

608. სოკოს საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკებია:

- ა) კეფზოლი;
- *ბ) ფლუკონაზოლი;
- გ) რიფამპიცინი;
- დ) სტრეპტომიცინი;
- ე) ლინკომიცინი.

609. 254. ტიენამი განეკუთვნება:

- *ა) კარბაპენემებს;
- ბ) ამინოგლიკოზიდებს;
- გ) ფგორქინოლებს;
- დ) სულფანილამიდებს;
- ე) არცერთს.

610. ბაქტერიოსტატიკული ანტიბიოტიკებია: 1 ამინოგლიკოზიდები; 2 ცეფალოსპორინები; 3 სტრეპტომიცინი; 4 ტეტრაციკლინი.

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

611. ბაქტერიოციდული ანტიბიოტიკებია: 1 ამინოგლიკოზიდები; 2 სულფანილამიდები; 3 პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები; 4 ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები.

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

612. ლურჯ-მწვანე ჩხირით გამოწვეული ინფექციის დროს ყველაზე ეფექტურია:

- ა) ამინოგლიკოზიდები;
- ბ) კარბაპენემები;
- გ) II გენერაციის ცეფალოსპორინები;
- *დ) ანტიფსევდომონაზური აქტივობის მქონე პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატები და ამინოგლიკოზიდები.
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

613. ამინოგლიკოზიდების ხანგრძლივი გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის, ვინაიდან მათ უპირატესად გამოხატული აქვთ: 1 ნეფროტოქსიური მოქმედება; 2 ძვლის ტვინზე ტოქსიური ზემოქმედება; 3 ოტოტოქსიური მოქმედება; 4 ჰეპატოტოქსიური მოქმედება.

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

ზოგადი ანესთეზიოლოგიის პრინციპები. უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. რეგიონული ანესთეზია

614. ზოგადი ანესთეზიის ძირითადი კონცეფციებია: 1 ფსიქოსტაზის მართვა; 2 ანგინოციცუციური ღაცვა; 3 ნეიროვეგეტატიური სტაბილიზაცია; 4 ლარინგოსკოპია.

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

615. ზოგადი ანესთეზიის ძირითადი კონცეფციებია: 1 მიორელაქსაცია; 2 მეტაბოლიზმის მართვა; 3 ანალგეზია; 4 ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია.

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

616. ზოგადი ანესთეზიის ამოცანებს წარმოადგენს: 1 ორგანიზმის ვიტალური ფუნქციების მონიტორინგი და მართვა; 2 ორგანიზმის ღაცვა ქირურგიული აგრესიის ზემოქმედებისაგან; 3 ქირურგის მუშაობისათვის ოპტიმალური პირობების შექმნა; 4 უახლოეს პოსტოპერაციულ

პერიოდში მოსალოდნელი შესაძლო გართულებების პრევენცია.

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

617. ანესთეზიისა და ქირურგიული სტრესის შესახებ, სწორია: 1 კორტიზოლის გამონთავისუფლების ინტენსივობა ქვეითდება ალფა და ბეტა რეცეპტორების ბლოკირებით; 2 მორფინის გამოყენება ოპერაციამდე ამცირებს ამ პერიოდში სტრესულ რეაქციებს; 3 პარაპლეგიან პაციენტებში სტრესული რეაქციები ნაკლებადაა გამოხატული; 4 ეპიდურული ანესთეზიით განპირობებული ეფექტი ნარჩუნდება სენსორული ბლოკის გაქრობის შემდეგაც.

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

618. ანესთეზიის დროს განვითარებული არასასურველი წამლისმიერი რეაქციები: 1 ჩვეულებრივ მოსალოდნელია, რადგან ეს არის პრეპარატის ცნობილი ფარმაკოლოგიური თვისებების მოქმედების შედეგი; 2 შეიძლება განუვითარდეს ჯანმრთელ ინდივიდებს; 3 შეიძლება საშიში იყოს სიცოცხლისათვის; 4 უფრო ხშირად აღინიშნება ალერგიული დაავადებების მქონე პირებს.

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

619. ანესთეზიოლოგის საქმისაღმის სარისკო დამოკიდებულების მაგალითია: 1 `ნუ მასწავლით, მე ეს არ მიყვარს"; 2 `მე ღვაინტუბირებ ნებისმიერ ავადმყოფს"; 3 `ეს ჩემი კი არა, ქირურგის საქმეა"; 4 `ჩვეულებრივი შემთხვევაც კი შეიძლება პრობლემებით დასრულდეს".

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

620. ანესთეზიოლოგის საქმისაღმის სარისკო დამოკიდებულების მაგალითია: 1 `უნდა ვიმოქმედო წესების შესაბამისად"; 2 `სანამ ვიმოქმედებ, უნდა დაფიქრდე"; 3 `დაკარგული არაფერი არ არის, კიდევ შეიძლება რაღაც შეეცვალოს"; 4 `გავაკეთოთ რაც გინდათ, ოღონდ სწრაფად".

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

621. ზოგადი ანესთეზიის დაწყებამდე ანესთეზიოლოგი დარწმუნებული უნდა იყოს: 1 სამედიცინო აპარატურის არსებობასა და გამართულად მუშაობაში; 2 გამართული სათადარიგო აპარატურის არსებობაში; 3 აპარატურის ძირითადი ტექნიკური მაჩვენებლების ცოდნაში; 4 ყველა აუცილებელი მედიკამენტის არსებობაში.

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

622. ანესთეზიოლოგის მიერ ავადმყოფობის ისტორიაში აუცილებლად უნდა გაკეთდეს შემდეგი ჩანაწერები: 1 ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერი; 2 ზოგადი ანესთეზიის რუქა; 3 ზოგადი ანესთეზიის ოქმი; 4 ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპიის რუქა.

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

623. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერში უნდა დაფიქსირდეს: 1 ლეგალურად უნდა ჩაიწეროს ლაბორატორიული მონაცემების შედეგები; 2 ზოგადი ანესთეზიის წინასწარი გეგმა და პრემედიკაცია; 3 ოპერაციის ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპიის ლეგალური აღწერა; 4 მედიკამენტური აუგზანლობა ან დამოკიდებულება.

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

624. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერში უნდა დაფიქსირდეს: 1 ავადმყოფის ზოგადი სომატური მდგომარეობა; 2 ზოგადი ანესთეზიის რისკ-ფაქტორები; 3 ზოგადი ანესთეზიის რისკის განსაზღვრა; 4 ავადმყოფის ჰემოდინამიკური პროფილი.

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

625. ზოგადი ანესთეზიის დროს: 1 ლიაფრაგმის ფუნქცია შენარჩუნებულია უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე გულმკერდის კუნთების ფუნქცია; 2 თუ გაბთა ნარევი შეიცავს N₂O-ს, უფრო მეტია აგელექტამის წარმოქმნის საშიშროება; 3 ენფლურანი უფრო იწვევს სუნთქვის დათრგუნვას, ვიდრე ჰალოგანი. 4 სუნთქვის ცენტრის რეაქცია CO₂-ის მომატებაზე უფრო დათრგუნულია, ვიდრე ჰიპოქსიაზე;

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

626. ენგბადი: 1 ხელს უწყობს წვის პროცესს; 2 კრიტიკული ტემპერატურაა 85°C; 3 მისი წარმოება ხდება ჰაერის დისტილირების გზით; 4 ინახება წითელი ფერის ბალონებში.

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

627. ნახშირორჟანგისათვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა:

- ა) აბსორბირებს ინფარწითელ სხივებს;
- *ბ) სისხლში განისაზღვრება პირდაპირი მეთოდით CO₂-ის ელექტროლიანი გამოანალიზატორის საშუალებით;
- გ) ამუსუნთქულ გაბთა ნარევი მისი რაოდენობა შეიძლება არ იყოს ზუსტი ამოცის ქვეყანგის თანაარსებობის გამო;
- დ) ამუსუნთქულ გაბთა ნარევი მისი რაოდენობა შეიძლება არ იყოს ზუსტი ამოცის ქანგის თანაარსებობის გამო;
- ე) ნარკოზული ეფექტი აქვს, როცა მისი კონცენტრაცია ჩასუნთქულ ჰაერში 10 %-ზე მეტია.

628. აირის ნაკადის სიჩქარე სანათურში დამოკიდებულია: 1 სიბლანგის კოეფიციენტზე; 2 სიმკვრივეზე; 3 მოლეკულურ წონაზე; 4 სანათურის დიამეტრზე.

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

629. მანომეტრის ჩვენების მიხედვით შესაძლებელია ბალონში განისაზღვროს რაოდენობა: 1 ნახშირორჟანგის; 2 ენგბადის; 3 ამოცის ქვეყანგის; 4 ჰელიუმის;

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

630. თავდაცვის უნივერსალური ზომები ნიშნავს: 1 ყველა პაციენტი ითვლება ინფიცირებულად; 2 გამოყენებული უნდა იყოს დამცავი ხალათი ინფიცირებული სითხის შესხურების თავიდან აცილების მიზნით; 3 გულისხმობს დამცავი სათვალეებისა და ნიღბების გამოყენებას. 4 ითვლება, რომ პაციენტთან ნებისმიერი კონტაქტისას გამოყენებული უნდა იქნეს ხელთათმანი;

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

631. საოპერაციოში სტატიკური ელექტრული მუხტის დაგროვების პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია: 1 რეზინის ნაწარმის გამოყენება, მათი ანტისტატიკური თვისებების გამო; 2 სანარკოზე აპარატისა და საოპერაციო მაგილის დამიწება; 3 საოპერაციო პერსონალის განსაცმელი და ფეხსაცმელი არ უნდა იყოს დამზადებული სინთეზური მასალისაგან; 4 პერსონალისაგან სტატიკური მუხტის მოსახსნელად აუცილებელია მათი შეხება დამიწებულ საგნებთან.

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

632. აღსორბენტი ნახშირორქანის აღსორბების ეფექტურობა დამოკიდებულია: 1 აღსორბენის მოცულობაზე; 2 ნაგრონის კირის მასაზე; 3 ამოსუნთქულ ჰაერში წყლის ორთქლის რაოდენობაზე; 4 წინააღმდეგობაზე, რომელსაც აღსორბენტი უქმნის ჰაერის ნაკადს.

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

633. 10%-იანი ხსნარის 1 მლ-ი შეიცავს ნივთიერების:

- ა) 10 მგ;
- ბ) 20 მგ;
- გ) 60 მგ;
- დ) 80 მგ;
- *ე) 100 მგ.

634. 2 მლ-იანი ამჟღავნებელი 1% ლილოკაინს და 5% ეფედრინს. ეფედრინის რაოდენობა გოლია:

- ა) 300 მგ;
- ბ) 120 მგ;
- *გ) 100 მგ;
- დ) 500 მგ;
- ე) 600 მგ.

635. აირი გამგარ მემბრანაში დიფუნდირდება: 1 მეტი მოცულობის უბნიდან ნაკლები მოცულობის უბანში; 2 ნაკლები მოცულობის უბნიდან მეტი მოცულობის უბანში; 3 დაბალი წნევის არიდან მაღალი წნევის არეში; 4 მაღალი წნევის არიდან დაბალი წნევის არეში.

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

636. არარევერსიულ სუნთქვის კონტურებს ეკუთვნის: 1 ქანქარისებრი; 2 დახურული; 3 ნახევრად დახურული; 4 ნახევრად ღია;

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

637. ნახევრად დახურული სისტემა ნიშნავს:

- ა) ჩასასუნთქი აირი არ შედის სარეზერვუო პარკში და მონაწილეობას არ ღებულობს შემდგომ ჩასუნთქვაში;
- ბ) წვეთოვანი მეთოდის დროს ნიღბი შემოიფარგლება პირსახოცით;
- გ) ინსულაციის დროს აირი არ მონაწილეობს მომდევნო ჩასუნთქვაში
- *დ) ამონასუნთქი აირის ნაზავი, ნახშირორქანის აღსორბების შემდეგ, ნაწილობრივ მონაწილეობს შემდგომ ჩასუნთქვაში;
- ე) გამოიყენება არარევერსიული სარქველი.

638. დახურულ სისტემას ნახშირორქანის აღსორბებით აქვს შემდეგი უპირატესობა: 1 ხდება აირების ეკონომიური მოხმარება; 2 იზრდება ნახშირორქანის გამოღევა; 3 მცირდება სითბოს დანაკარგი; 4 მცირდება სანარკოზე ნაზავის გენიანობა.

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

639. ეირის მსგავსი სისტემის თავისებურებაა: 1 მარტივი და იაფი მოწყობილობა; 2 აირის ნაკადი 2-3 ჯერ უნდა აღემატებოდეს ვენტილაციის მოცულობას; 3 არ გროვდება ნახშირორქანის; 4 არ არის წინააღმდეგობა ამოსუნთქვის დროს.

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

640. 27. რა არის ნახევრად ღია კონტური:

- *ა) ჩასუნთქვა ხდება აპარატიდან, ამოსუნთქვა ხდება ატმოსფეროში;
- ბ) ჩასუნთქვა ხდება ატმოსფეროდან, ამოსუნთქვა ხდება ატმოსფეროში;
- გ) ჩასუნთქვა ხდება აპარატიდან, ამოსუნთქვა ხდება ნაწილობრივ ატმოსფეროში;
- დ) ჩასუნთქვა ხდება ატმოსფეროდან, ამოსუნთქვა ხდება ნაწილობრივ ატმოსფეროში;
- ე) ჩასუნთქვა ხდება აპარატიდან, ამოსუნთქვა ხდება აპარატში.

641. როგამეგრში აირის ნაკადის სიჩქარე დამოკიდებულია:

- ა) მეტალ სიბლანტეზე, ვიღრე სიმკვრივეზე;
- *ბ) მეტალ სიმკვრივეზე, ვიღრე სიბლანტეზე;
- გ) არც სიბლანტეს და არც სიმკვრივეს მნიშვნელობა არა აქვს;
- დ) ზემოთ ჩამოთვლილი არც ერთი არ არის სწორი;
- ე) დამოკიდებულია გარემომცველი აირის ტემპერატურაზე.

642. აზოტის ქვეყანგის ხსნალობა აზოტის ხსნალობაზე მეტია:

- ა) 2-ჯერ;
- ბ) 10-ჯერ;
- გ) 20-ჯერ;
- *დ) 35-ჯერ;
- ე) 25-ჯერ.

643. აირის ბალონების გამოყენების დროს მართებულია: 1 არ უნდა მოთავსდნენ ისინი ცივ ადგილას; 2 არ უნდა ინახებოდეს ვერტიკალურად; 3 არ უნდა დაიხუროს ონკანი, როდესაც დაიცლებიან; 4 არ უნდა წაესვას სარქველზე საცხი.

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

644. მიკრობული დაბინძურებისაგან სანარკომე სასუნთქი აპარატურის და შემაერთებული ელემენტების გასაუვნებელყოფელ პროცესს ეწოდება:

- ა) გასუფთავება;
- *ბ) ლეკონტამინაცია;
- გ) სტერილიზაცია;
- დ) დემინფექცია;
- ე) დემინსექცია.

645. ფილტვებიდან ყველაზე ნელა გამოიყოფა:

- ა) ციკლოპროპანი;
- ბ) ჰალოგანი;
- გ) ტრიქლორეთილენი;
- *დ) დიეთილეთერი;
- ე) ქლოროფორმი.

646. ზოგადი ანესთეზიის დროს ჩასუნთქულ ჰაერში ჟანგბადის მინიმალური კონცენტრაცია უნდა იყოს:

- ა) 62%;
- ბ) 43%;
- *გ) 21%;
- დ) 35%;
- ე) 17%.

647. ხსნარის ოსმოლარობა დამოკიდებულია: 1 ხსნარში არსებული მოლეკულების ზომამზე; 2 მოლეკულურ მასამზე; 3 მოლეკულების რაოდენობამზე; 4 იონების კონცენტრაციაზე.

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

648. როლის ჩაირთვება სანარკომე აპარატში არსებული ALARM (განგაშის) სისტემა:

- ა) სასუნთქი კონტურის ლეჰერმეტიზაციის დროს;
- ბ) სანარკომე აპარატისათვის ჟანგბადის მიწოდების შეწყვეტის დროს;
- გ) ელექტროენერჯის გამორთვის დროს;
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

649. რა არის ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების მინიმალური ალვეოლური კონცენტრაცია:

- ა) მინიმალური კონცენტრაცია, რომელიც განისაზღვრება სისხლში ინჰალაციიდან 1 წთ-ის შემდეგ;
- *ბ) მინიმალური ალვეოლური კონცენტრაცია, რომელიც სპობს ავადმყოფის მოტორულ პასუხს სტანდარტულ მტკივნეულ გალიზიანებაზე ავადმყოფთა 50%-ში;
- გ) მინიმალური ალვეოლური კონცენტრაცია, რომელიც სპობს ავადმყოფის მოტორულ პასუხს სტანდარტულ მტკივნეულ გალიზიანებაზე ავადმყოფთა 100%-ში;
- დ) მინიმალური კონცენტრაცია, რომელიც განისაზღვრება ალვეოლებში ინჰალაციიდან 1 წთ-ის შემდეგ;
- ე) მინიმალური კონცენტრაცია მოც. %-ებით, რომელიც იწვევს შიპნობურ ეფექტს.

650. გაზების სისტემით საოპერაციოს აღჭურვა მოიცავს: 1 გაზების ძირითად საცავს; 2 აირგამგარი მილების განაწილების სისტემას

ჰოსპიტალიზაცია; 3 აირგამტარი მილების საბოლოო განტოტებებს; 4 აირმომარაგების საბოლოო განტოტებების ანესთეზიოლოგიურ აპარატურასთან შემაერთებელ მილებს.

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

651. აირგამტარი სისტემის ანესთეზიოლოგიურ აპარატურასთან შემაერთებელი ელასტიური მილები უნდა იყოს: 1 ურთიერთშეუნაცვლებადები; 2 სხვადასხვა ფერის; 3 უნდა უძლებდეს 4 კილოპასკალზე მეტ წნევას; 4 უნდა იყოს გოფრირებული.

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

652. თორაკალურ ქირურგიაში ორსანათურიანი ენდოგრაქიული მილები გამოიყენება: 1 ფილგების განცალკევებული ვენტილაციისათვის; 2 ფილგების განცალკევებული სანაციისთვის; 3 ცალი ფილგის ვენტილაციისთვის; 4 მაღალსიხშირიანი ფ.ხ.ვ.-თვის.

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

653. საქართველოში ოფიციალურად რა ფერის უნდა იყოს კანგბადის ბალონი:

- ა) მწვანე;
- ბ) შავი;
- *გ) ცისფერი;
- დ) ნაცრისფერი;
- ე) წითელი.

654. საქართველოში ოფიციალურად რა ფერის უნდა იყოს აზოტის ქვექანგის ბალონი:

- ა) მწვანე;
- ბ) შავი;
- გ) ცისფერი;
- *დ) ნაცრისფერი;
- ე) წითელი.

655. საქართველოში ოფიციალურად რა ფერის უნდა იყოს ნახშირორქანგის ბალონი:

- ა) მწვანე;
- *ბ) შავი;
- გ) ცისფერი;
- დ) ნაცრისფერი;
- ე) წითელი.

656. რომელი აირი წარმოქმნის „მელიის კულის“ ფენომენს:

- ა) კანგბადი;
- ბ) აზოტის ქვექანგი;
- *გ) აზოტის კანგი;
- დ) ნახშირორქანგი;
- ე) ციკლოპროპანი.

657. ფლოუმეტრების გაუმართავი მუშაობის შესაძლო მიზეზები შეიძლება იყოს: 1 მოწყობილობის არავერტიკალური მდებარეობა; 2 სტატიკური ელექტრობა; 3 დაბინძურება; 4 არაჰერმეტიკულობა.

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

658. 45. ნაგრონის კირის გამოფიგვის აღრეული ნიშანია:

- *ა) არტერიული წნევის მაგება;
- ბ) ბრალი კარდია;
- გ) მედაპირული სუნთქვა;
- დ) სისხლმდინარობის შემცირება;
- ე) ჰიპოტენზია.

659. საანესთეზიო აპარატში კანგბადის სწრაფი მიწოდების დილაკი განლაგებულია:

- ა) ღიაფრაგმული გიპის ამორთქლებლამდე;
- *ბ) ღიაფრაგმული გიპის ამორთქლებელის შემდეგ;
- გ) როგამეგრამდე;
- დ) ამოსუნთქვის სარქველთან;
- ე) ჩასუნთქვის სარქველთან.

660. აღსორბერი სანარკოზე აპარატში განლაგებული უნდა იყოს: 1 ამოსუნთქვის სარქელის შემდეგ; 2 ჩასუნთქვის სარქელის ბოლოს; 3 ამორთქლებლის წინ; 4 ამოსუნთქვის სარქელის წინ.

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

661. ნატრონის კირის შემადგენლობაში შედის: 1 ნატრიუმის გუგე; 2 კალციუმის გუგე; 3 კალიუმის გუგე; 4 ინლიკატორი.

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

662. საინჰალაციო საანესთეზიო საშუალებების ამორთქლებელი შეიძლება მდებარეობდეს: 1 ჩასუნთქვის სარქელამდე; 2 უშუალოდ ცირკულაციის წრეში; 3 ამოსუნთქვის სარქელის შემდეგ; 4 როგამეგრამდე.

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

663. როდის არ არის საინჰალაციო საშუალებების კონცენტრაცია დამოკიდებული ფილტვების წუთვენტილაციაზე: 1 ბუშტუკოვანი („სპილენძის ჩაიდანის" გიპის) ამორთქლებლის ცირკულაციის წრის გარეთ განლაგებისას; 2 ბუშტუკოვანი („სპილენძის ჩაიდანის" გიპის) ამორთქლებლის ცირკულაციის წრეში განლაგებისას; 3 ღიაფრაგმული ამორთქლებლის ცირკულაციის წრის გარეთ განლაგებისას; 4 ღიაფრაგმული ამორთქლებლის ცირკულაციის წრეში განლაგებისას.

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

664. სად უნდა იყოს განლაგებული სანარკოზე აპარატში ვოლუმეტრი:

- ა) ამოსუნთქვის სარქელის ბოლოს;
- *ბ) ამოსუნთქვის სარქელის წინ;
- გ) ჩასუნთქვის სარქელის წინ;
- დ) ჩასუნთქვის სარქელის ბოლოს;
- ე) ამორთქლებლის წინ.

665. სანარკოზე აპარატი შედგება: 1 როგამეტრებისგან; 2 ლარინგოსკოპისგან; 3 ამორთქლებლისგან; 4 აირის ნაკადის დამატეხიანებისგან.

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

666. ჩამოთვალეთ ენდოტრაქეული საინტუბაციო მილების სახეები: 1 უმუფთო მილები; 2 მუფთიანი მილები; 3 არმირებული მილები; 4 ლარინგეალური ნილაბი.

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

667. ჩამოთვლილი საინტუბაციო მილებიდან რომელი იწვევს გრაქეის უფრო მეტ კომპრესიას:

- *ა) მაღალი წნევის და მცირე მოცულობის მუფთიანი საინტუბაციო მილები;
- ბ) დაბალი წნევის და დიდი მოცულობის მუფთიანი საინტუბაციო მილები;
- გ) მცირე მოცულობის და მცირე წნევის მუფთიანი საინტუბაციო მილები;
- დ) დიდი მოცულობის და დიდი წნევის მუფთიანი საინტუბაციო მილები;
- ე) ლარინგეალური ნილაბი.

668. სანარკოზე აპარატში სად უნდა მდებარეობდეს სასუნთქ გზებში წნევის განმსაზღვრელი მანომეტრი:

- ა) ინსპირაციული სარქელის შემდეგ;
- ბ) ექსპირაციული სარქელის შემდეგ;
- გ) ექსპირაციულ მუხლში;
- დ) უშუალოდ აღსორბერთან;
- *ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

669. სანარკოზე აპარატის სასუნთქ კონტურში სად უნდა მდებარეობდეს დამცავი სარქველი:

- ა) ინსპირაციული სარქელის შემდეგ;
- *ბ) ექსპირაციულ მუხლში;
- გ) ბაქტერიული ფილტრის შემდეგ;
- დ) უშუალოდ ინსპირაციულ სარქელამდე;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

670. სანარკოზე აპარატში, რევერსიული კონტურის დროს, სად უნდა მდებარეობდეს სასუნთქი პარკი:

- ა) ინსპირაციული სარქელის შემდეგ;
- ბ) ინსპირაციულ მუხლში;
- *გ) ექსპირაციული სარქელის წინ;
- დ) უშუალოდ აღსორბერთან;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

671. სანარკოზე აპარატებში ყველაზე მეტად გავრცელებული შემდეგი ტიპის რესპირატორები: 1 მოცულობის მიხედვით მომუშავე რესპირატორები; 2 წნევის მიხედვით მომუშავე რესპირატორები; 3 სუნთქვის სიხშირის მიხედვით მომუშავე რესპირატორები; 4 მაღალსიხშირიანი რესპირატორები.

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

672. მოცულობის მიხედვით მომუშავე რესპირატორებში ისაზღვრება შემდეგი პარამეტრები: 1 ჩასუნთქული ჰაერის მოცულობა; 2 ამოსუნთქული ჰაერის მოცულობა; 3 სუნთქვის წუთმოცულობა; 4 სუნთქვის სიხშირე.

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

673. სუნთქვის სიხშირის მიხედვით მომუშავე რესპირატორებში ისაზღვრება შემდეგი პარამეტრები: 1 სუნთქვის სიხშირე; 2 სუნთქვის წუთმოცულობა; 3 ჩასუნთქული ჰაერის მოცულობა; 4 ამოსუნთქული ჰაერის მოცულობა.

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

674. შეიძლება თუ არა ფ.ხ.ვ.-ის დროს ჩასუნთქვის ფაზაში ჟანგბადის სწრაფი მიწოდება:

- ა) შეიძლება ჩასუნთქვის ნებისმიერ ფაზაში;
- ბ) შეიძლება მხოლოდ ჩასუნთქვის დასაწყის ფაზაში;
- გ) შეიძლება მხოლოდ ჩასუნთქვის ბოლო ფაზაში;
- დ) შეიძლება მხოლოდ ჩასუნთქვის შუა ფაზაში;
- *ე) არ შეიძლება.

675. სასუნთქი კონტურის ჰერმეტიკულობის დარღვევა ვლინდება:

- ა) ჩასუნთქვის ბოლოს წნევის მომატებით;
- ბ) ამოსუნთქვის ბოლოს წნევის მომატებით;
- გ) ამოსუნთქვის ბოლოს წნევის დაქვეითებით;
- *დ) ჩასუნთქვისას პიკური წნევის დაქვეითებით;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

676. ფ.ხ.ვ.-ის დროს ჩასუნთქვისას პიკური წნევის მომატება მიუთითებს: 1 ბრონქოსპაზმზე; 2 სასუნთქი გზების ობსტრუქციაზე; 3 მაღალ სუნთქვით მოცულობაზე; 4 ჩასუნთქვის სარქელის გაუმართაობაზე.

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

677. ფ.ხ.გ.-ს დროს ჩასუნთქვისას პიკური წნევის მომატება მიუთითებს: 1 ბრონქოსპაზმზე; 2 სასუნთქი გზების ობსტრუქციამზე; 3 მაღალ სუნთქვით მოცულობაზე; 4 გაზთა ახალი ნარევის მაღალ ნაკადზე.

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

678. რევერსიული კონგურის არარევერსიულში გადასაყვანად საჭიროა:

- *ა) რევერსიული სარქელის გახსნა;
- ბ) რევერსიული სარქელის დახურვა;
- გ) გაზთა ახალი ნარევის ნაკადის გაზრდა;
- დ) გაზთა ახალი ნარევის ნაკადის შემცირება;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

679. ანესთეზიის სიღრმის ინსტრუმენტული მონიტორინგი: 1 ელექტროენცეფალოგრამა გამოიყენება ანესთეზიის სიღრმის განსაზღვრისათვის; 2 გამოწვეული სომატოსენსორული პოტენციალებით ხდება ანესთეზიის სიღრმის შეფასება; 3 საყლაპავის ქვედა ნაწილის შეკუმშვის მიხედვით შეიძლება შეფასდეს ალექვატური არის თუ არა მიორელაქსაცია; 4 საოფლე ჯირკვლის ფუნქციის მიხედვით შეიძლება შეფასდეს კანის გამტარებლობა და ანესთეზიის სიღრმე.

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

680. ანესთეზიის პირობებში ჰემოდინამიკისა და მოცირკულირე სისხლის მოცულობის მთავარი შეფასება ხდება შემდეგი მანევრების საფუძველზე: 1 პერიფერიული პულსითა და არტერიული წნევით; 2 სისხლის კანგბალით გაჯერებით; 3 მიკროცირკულაციით; 4 დიურეზით.

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

681. სტაბილური ინტრაოპერაციული მდგომარეობის დროს რა სიხშირით არის საჭირო არტერიული წნევის არაინვაზიური მონიტორინგი:

- *ა) ყოველ 3-5 წთ-ში ერთხელ;
- ბ) ყოველ 10-15 წთ-ში ერთხელ;
- გ) ყოველ 15-20 წთ-ში ერთხელ;
- დ) ყოველ 20-30 წთ-ში ერთხელ;
- ე) ყოველ საათში.

682. არტერიული წნევის არაინვაზიური მეთოდით გამოძვის დროს მხარზე მანქეტის დაღების უკუჩვენებაა: 1 ბემო კილურზე ინტრავენური საინფუზიო კათეტერის არსებობა; 2 ბემო კილურზე არტერიო-ვენური ფისტულის არსებობა; 3 ბემო კილურზე არტერიული წნევის ინვაზიური მეთოდით განმსაზღვრელი კათეტერის არსებობა; 4 ბემო კილურის სისხლძარღვების დაზიანება.

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

683. დამოკიდებულია თუ არა გაზომილი არტერიული წნევა მანქეტის ზომებზე:

- *ა) დამოკიდებულია ვინაიდან, ვიწრო მანქეტით გაზომილი არტერიული წნევა იზრდება;
- ბ) დამოკიდებულია ვინაიდან, ფართე მანქეტით გაზომილი არტერიული წნევა იზრდება;
- გ) დამოკიდებულია ვინაიდან, ვიწრო მანქეტით გაზომილი არტერიული წნევა ქვეითდება;
- დ) დამოკიდებულია ვინაიდან, ფართე მანქეტით გაზომილი დიასტოლური არტერიული წნევა იზრდება;
- ე) არ არის დამოკიდებული მანქეტის ზომებზე;

684. სისხლის არტერიული წნევის ინვაზიური მონიტორინგის ჩვენებებია: 1 მართვითი ჰიპოტონია; 2 პათოლოგიები, რომლებიც საჭიროებენ ზუსტ და მუდმივ ინფორმაციას არტერიული წნევის შესახებ; 3 არტერიული სისხლის გაზური შემადგენლობის ხშირი კონტროლის აუცილებლობა; 4 რეინოს სინდრომი.

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

685. ალლენის ცდა მოწოდებულია:

- *ა) სხივის არტერიის თრომბოზის შემთხვევაში ილაყვის არტერიის კოლაგერალური სისხლის მიმოქცევის

- ბ) აღექვაგურობის შესაფასებლად;
- გ) ბარძაყის არგერიის კოლაგერალური სისხლის მიმოქცევის აღექვაგურობის შესაფასებლად;
- დ) მუხლქვეშა არგერიის კოლაგერალური სისხლის მიმოქცევის აღექვაგურობის შესაფასებლად;
- ე) ილიის არგერიის კოლაგერალური სისხლის მიმოქცევის აღექვაგურობის შესაფასებლად;
- ვ) არც ერთი არ არის სწორი.

686. არგერიული წნევის ინვაზიური მონიტორინგის გართულებებია: 1 არგერიის თრომბოზი; 2 არგერიის სპაზმი; 3 ჰაეროვანი ემბოლია; 4 ინფექცია.

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

687. პერიფერიული პულსის პალპირება გვაძლევს ინფორმაციას: 1 პულსის სიხშირეზე; 2 გულისცემის სიხშირეზე; 3 რითმის დარღვევებზე; 4 მიკროცირკულაციაზე.

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

688. პულსური პლეტიმოგრაფია გამოიყენება: 1 პულსის სიხშირის განსაზღვრისათვის; 2 პერიფერიული ვაზოკონსტრიქციის განსაზღვრისათვის; 3 პერიფერიული ვაზოკონსტრიქციის განსაზღვრისათვის; 4 გულისცემის სიხშირის განსაზღვრისათვის.

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

689. პულსოქსიმეტრია გამოიყენება: 1 PaO_2 განსაზღვრისათვის; 2 პულსის სიხშირის განსაზღვრისათვის; 3 $PaCO_2$ განსაზღვრისათვის; 4 არგერიული სისხლის ენგბადით გაჯერების შესაფასებლად.

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

690. პულსოქსიმეტრიის დროს დაშვებული შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 პაციენტის ფრჩხილებზე ლაქის არსებობა;; 2 სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანება; 3 მეტჰემოგლობინის არსებობა; 4 კარბოქსიმოგლობინის არსებობა.

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

691. პერიფერიული პერფუზიის შესახებ შეიძლება მსჯელობა: 1 კანის საფარველის ფერის მიხედვით; 2 ღირებულების მიხედვით; 3 ტემპერატურული გრადიენტის(სხვაობა ცენტრალურ და პერიფერიულ ტემპერატურებს შორის) მიხედვით; 4 გულისცემის სიხშირის მიხედვით.

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

692. შიგნითა საულე ვენის კათეტერიზაციის შესაძლო გართულებებია: 1 ჰაეროვანი ემბოლია; 2 საძილე არგერიის პუნქცია; 3 ლიაფრაგმის ნერვის დაზიანება; 4 პნევმოთორაქსი.

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

693. მარჯვენა ლავიწქევეშა ვენის კათეტერიზაციის შესაძლო გართულებებია: 1 პნევმოთორაქსი; 2 ლავიწქევეშა არგერიის პუნქცია; 3 ჰაეროვანი ემბოლია; 4 საერთო ლიმფური სადინრის დაზიანება.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

694. სპონგანური სუნთქვის პირობებში ცენტრალური ვენური წნევა ნორმაში შეადგენს:

- ა) -5-0 მმ ვწყ სვ;
- *ბ) 0-8 მმ ვწყ სვ;
- გ) 10-15 მმ ვწყ სვ;
- დ) 16-21 მმ ვწყ სვ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

695. სპონგანური სუნთქვის პირობებში ცენტრალური ვენური წნევის გაზომვის დროს ნულოვანი ათვლის წერტილი მოთავსებულია:

- ა) მახვილისებრი მორჩის ღონებზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის ღონებზე;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის ღონებზე;
- *დ) მარჯვენა წინაგულის ღონებზე;
- ე) მარცხენა წინაგულის ღონებზე;

696. გულის წუთმოცულობის განსაზღვრა შეიძლება: 1 თერმოდულიციის მეთოდით; 2 თორაკალური იმპედანსური კარდიოგრაფიით; 3 ტრანსთომაგრაფიული ექოკარდიოგრაფიით; 4 საღებავის განზავების მეთოდით.

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

697. ამოსუნთქულ ჰაერში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის განსაზღვრისათვის გამოიყენება:

- ა) პულსოქსიმეტრი;
- *ბ) კაპნომეტრი;
- გ) ბარომეტრი;
- დ) ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის ტრანსკუტანეული ანალიზატორი;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

698. კაპნოგრაფია გვაძლევს ინფორმაციას: 1 ენდოგრაქეული მილის ტრაქეაში მდებარეობაზე; 2 ენდოგრაქეული მილის საყლაპავში მდებარეობაზე; 3 ვენტილაციის აღქვავადობაზე; 4 სუნთქვით კოეფიციენტზე.

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

699. კაპნოგრაფია: 1 გვაძლევს ინფორმაციას სუნთქვის სიხშირეზე; 2 არის ღამხმარე მეთოდი აიროვანი და თრომბოემბოლიის ვერიფიცირებისათვის; 3 არის ღამხმარე მეთოდი ავთვისებიანი ჰიპერპირექსიის ვერიფიცირებისათვის; 4 წარმოლგენას გვაძლევს ალსორბენტის გამოფიგვანზე.

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

700. სასუნთქი კონტურის რომელი ნაწილიდან უნდა შედიოდეს კაპნოგრაფიაში ამოსუნთქული ჰაერი:

- *ა) ენდოგრაქეული მილის სასუნთქ კონტურთან დამაკავშირებელი კონექტორიდან;
- ბ) ამოსუნთქვის სარქველიდან;
- გ) დამცავი სარქველიდან;
- დ) სასუნთქი პარკიდან;
- ე) ალსორბერიდან.

701. ალვეოლურ ჰაერში ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების კონცენტრაციას განსაზღვრავს: 1 მასპექტრომეტრი; 2 ინფრაწითელი ანალიზატორი; 3 კვარცული ოსცილატორები; 4 პულსოქსიმეტრი.

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

702. ყველაზე მნიშვნელოვანი ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგისათვის არის განსაზღვრა:

- ა) ცენტრალური ტემპერატურის;
- ბ) პერიფერიული ტემპერატურის;
- *გ) ცენტრალურ და პერიფერიულ ტემპერატურებს შორის გრადიენტის;

- დ) ილიის ფოსოში გემპერატურის;
- ე) სწორ ნაწლავში გემპერატურის.

703. ცენტრალური გემპერატურის გამოშვება უფრო მუსკად ხდება:

- ა) ცხვირხახაში;
- ბ) პირხახაში;
- გ) საყლაპავში;
- *დ) ლაფის აპკთან;
- ე) სწორ ნაწლავში.

704. ელექტროენცეფალოგრამა ასახავს: 1 ზოგადი ანესთეზიის სტადიას; 2 გამოყენებული ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალების სახეობას; 3 მიოპლეგიის ხარისხს; 4 ც.ნ.ს.-ის ელექტრულ აქტივობას.

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

705. ელექტროენცეფალოგრაფია შეიძლება აღმოჩნდეს სასარგებლო შემდეგ შემთხვევებში: 1 კარდიოქირურგიული ოპერაციების დროს; 2 მართვითი ჰიპოგლიკიის გამოყენების დროს; 3 ნეიროქირურგიული ოპერაციების დროს; 4 ზოგადი ანესთეზიის მდგომარეობიდან გახანგრძლივებული გამოსვლისას.

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

706. სტანდარტული პრეოპერაციული გამოკითხვა მოიცავს: 1 ავადმყოფობის ანამნეზის შეკრებას; 2 სამკურნალწამლო საშუალებების აუტანლობის გარკვევას; 3 ოჯახური ანამნეზის შეკრებას; 4 ნიკოტინის მომხმარებლობის გარკვევას.

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

707. სტანდარტული პრეოპერაციული გამოკითხვა მოიცავს: 1 ადრე გამოყენებული სამკურნალო საშუალებების შესახებ ინფორმაციის შეკრებას; 2 ალერგიული ანამნეზის შეკრებას; 3 ნარკოტიკული პრეპარატების ბოროტად გამოყენების გარკვევას; 4 ალკოჰოლის ჭარბად და რეგულარულად გამოყენების გარკვევას.

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

708. ავადმყოფის პრეოპერაციული გამოკითხვისას, ანამნეზში უკვე აღნიშნული ზოგადი ანესთეზიის ფაქტი მოითხოვს შემდეგ დამატებით გამოკითხვას: 1 მედიკამენტური ალერგიის გარკვევა; 2 ოპერაციის შემდგომი გულსრევისა და ლებინების ფაქტის გარკვევა; 3 ღრმა ვენების თრომბოზის ფაქტის გარკვევა; 4 გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების მხრივ გართულებების არსებობის ფაქტის გარკვევა.

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

709. გაძნელებული ინტუბაციის მიზეზია: 1 ანკილოზური სპონდილიტი; 2 ღაუნის სინდრომი; 3 პიერ-რობენის სინდრომი; 4 ნეეროზული ბულემია;

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

710. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი პირობები ართულებენ ინტუბაციას: 1 მანდიბულარული სიდრმის კოეფიციენტი: რენტგენოგრაფიაზე უკანა სიდრმე $> 3,6$; 2. მანძილი ფარისებრი ჯირკვლიდან კბილებამდე $> 6,5$ სმ; 3. შემცირებული მანძილი ძვლოვანი მორჩიდან C1 მალამდე. 4 მცირე მანძილი წინა მჭრელის მწვერვალსა და ქვედა ყბის ფსკერს შორის.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

711. მალამპაგის შკალით სასუნთქი გზების შეფასებისას:

- ა) ავადმყოფის პირის ღრუს დათვალიერება ხდება ინგუბაციის პოზიციაში;
- ბ) ხორხის უფრო სრული დათვალიერებისთვის აუცილებელია ენაზე გეწოლა;
- გ) მღვომარეობა კლასიფიცირდება როგორც მეორე კლასი, თუ ჩანს მხოლოდ რბილი სასა, სასის რკალები და ნაქი;
- დ) მღვომარეობა სწორად კლასიფიცირდება მხოლოდ პირდაპირი ლარინგოსკოპიის საშუალებით;
- *ე) არც ერთი არაა სწორი.

712. ავადმყოფის პრეოპერაციული გასინჯვისას, ლარინგოსკოპიისა და გრაქეის ინგუბაციის სირთულე შეიძლება შეფასდეს მალამპაგის 4 ბალიანი შკალით. მიუთითეთ რას მოიცავს მალამპაგის შკალა: 1 მჯღომარე პოზიციაში ავადმყოფის პირის გაღებისას შეიმჩნევა სასის ნაქი; 2 მჯღომარე პოზიციაში ავადმყოფის პირის გაღებისას არ შეიმჩნევა სასის ნაქი; 3 მჯღომარე პოზიციაში ავადმყოფის პირის გაღებისას არ შეიმჩნევა რბილი სასა; 4 მჯღომარე პოზიციაში ავადმყოფის პირის გაღებისას შეიმჩნევა რბილი სასა.

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

713. 1 ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ავადმყოფს მალამპაგის შკალით აღინიშნება პირველი კლასი. კონსტიტუცია ნორმოსთენიულია, თავისა და ყბა-სახის ზომები პროპორციული. მიუხედავად ამისა, მოსალოდნელია გართულება ინგუბაციისას. რას უნდა მიაქციოს ანესთეზიოლოგმა განსაკუთრებული ყურადღება:

- ა) კეტოსხეულების ღონეს სისხლში;
- ბ) გლიკემიის ღონეს სისხლში;
- გ) ჰიპერგლიკემიური კომის არსებობას ანამნეზში;
- დ) ჰიპოგლიკემიური კომის არსებობას ანამნეზში;
- *ე) არცერთ ჩამოთვლილს.

714. ავადმყოფის პრეოპერაციული გამოკითხვისას გაირკვა, რომ იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დებულობდა L-ლოფას. ზოგადი ანესთეზიის დროს რომელი საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება მიგანჩნიათ მიუღებლად:

- ა) დროპერიდოლი;
- ბ) ამოგის ქეექანგი;
- *გ) ჰალოგანი;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი;
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი.

715. ავადმყოფის პრეოპერაციული გამოკითხვისას გაირკვა, რომ იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დებულობდა დიგოქსინს. ზოგადი ანესთეზიის დროს რომელი პრეპარატების გამოყენება მიგანჩნიათ მიუღებლად: 1 კალციუმის გლუკონატი; 2 კალიუმის ქლორიდი; 3 კალციუმის ქლორიდი; 4 პანანგინი.

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

716. ავადმყოფის პრეოპერაციული გამოკითხვისას გაირკვა, რომ იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იღებდა კომბინირებულ (ესტროგენ-გესტაგენური ტიპის) კონტრაცეპტივებს. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან, რომელ შემთხვევაშია მართებული ანესთეზიოლოგის ტაქტიკა: 1 ჰეპარინის გამოყენება პრემედიკაციაში და ინტრაოპერაციულად; 2 ქვემო კიდურების ელასტიკური ბანდით შეხვევა; 3 სტეროიდული ჰორმონების გამოყენება პრემედიკაციაში; 4 გეგმიური კარდიოვერსიის ჩატარება ოპერაციის წინ.

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

717. ავადმყოფის პრეოპერაციული გამოკითხვისას გაირკვა, რომ იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იღებდა ფუროსემიდის აბებს დიგოქსინისა და პანანგინის გარეშე. რომელი გამოკვლევებია ინფორმაციული ასეთ შემთხვევაში: 1 ნატრიუმისა და კალიუმის კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში; 2 ელექტროკარდიოგრაფია; 3 შარდის ხვედრითი წონა; 4 ჰემოგლობინის კონცენტრაცია.

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

718. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი შარდოვანას განსაზღვრა სისხლში: 1 როდესაც ანამნეზში აღინიშნება ხანგრძლივი ღიარება; 2 როდესაც აღინიშნება თირკმლისა და ღვიძლის პათოლოგია; 3 პაციენტებში, რომლებიც ხანგრძლივად იღებდნენ სტეროიდულ ჰორმონებს; 4 როდესაც ანამნეზში აღინიშნება შაქრიანი დიაბეტი.

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

719. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი განისაზღვროს ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: 1 ალკოჰოლდამოკიდებულ პირებში; 2 კვების დარღვევის დროს; 3 პანკრეასის თავის კიბოს გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის წინ; 4 ღვიძლის ციროზის დროს.

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

720. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი განისაზღვროს გლუკოზა სისხლში: 1 კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივად ნამკურნალე ავადმყოფებში; 2 ქრონიკული ტროფიკული წყლულებით და პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტებში; 3 კომპაგომური მდგომარეობის დროს; 4 პოლიურიის არსებობისას ანამნეზში.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) სწორია ა და ბ
- *ე) სწორია ყველა.

721. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი გაკეთდეს კოაგულოგრამა: 1 ღვიძლის დაავადებების დროს; 2 ქრონიკული ან მწვავე ინფექციური პროცესის არსებობისას; 3 ქალებში, რომლებიც ხანგრძლივად იღებდნენ ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს; 4 პოლიურიის არსებობისას ანამნეზში.

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

722. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა: 1 არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობისას ანამნეზში; 2 დეკომპენსირებული ორგანული დაავადებების დროს გეგმიურ ანესთეზიოლოგიაში; 3 ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიაზე ეჭვის დროს; 4 პროფუბული გასტროდუოდენური სისხლდენით გართულებული თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს, ანამნეზში სხვა თანმხლები დაავადებების არსებობის გარეშე.

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

723. პრეოპერაციულად როდის არის აუცილებელი ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა:

- ა) გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი ანამნეზში;
- ბ) დაძაბვის სტენოკარდია მე-2 ფუნქციური კლასი;
- გ) ავადმყოფებში 40 წლის ასაკის შემთხვევაში გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის გარეშე;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა

724. პრეოპერაციულ პერიოდში ინსტრუმენტული გამოკვლევებით გამოვლინდა ქვემოთ ჩამოთვლილი მონაცემები. რომელია მათგან ყველაზე სახიფათო ზოგადი ანესთეზიის უსაფრთხოების თვალსაზრისით: 1 მიოკარდიუმის ჰიპოკინეზური ბონები; 2 მიოკარდიუმის აკინეზური ბონები; 3) 5-მე მეტი პარაკეტოლანი ექსტრასისტოლა წო-ში; 4 ST სეგმენტის დეპრესია.

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

725. ამერიკის ანესთეზიოლოგთა საზოგადოების (A.S.A.) კლასიფიკაციით ზოგადი ანესთეზიის რისკის შეფასებისას, მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი: 1 თანმხლები დაავადებები; 2 სხვადასხვა ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების ფუნქციური დარღვევები; 3 ანესთეზიისა და ოპერაციის გეგმიური ხასიათი; 4 ანესთეზიისა და ოპერაციის გადაუღებელი ხასიათი.

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

726. ავადმყოფი 70 წლის, ქვემო კიდურები შეშუპებულია, გადიდებულია ღვიძლი, აღენიშნება ქოშინი. არტერიული წნევა 160/100 მმ. ვწყ.

სვ. პულსი 100, არითმული. აუცილებელია ქოლესტეროლის ჩატარება გეგმიური წესით. განსაზღვრეთ ზოგადი ანესთეზიის რისკი ამერიკის ანესთეზიოლოგთა საზოგადოების (ASA.) კლასიფიკაციის მიხედვით:

- ა) I;
- ბ) III;
- გ) III;
- *დ) IV;
- ე) V.

727. მამაკაცი 60 წლის, შაქრიანი დიაბეტის კომპენსირებული ფორმით, ჰიპერტონული დაავადებით მე-2 სტადიაში. ანამნეზში 5 წლის წინ გადატანილი აქვს თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის გრანზიგორული მოშლა. ამჟამად ნევროლოგიური ლეფიციტის გარეშე. აუცილებელია სასწრაფო აპენდექტომია. განსაზღვრეთ ზოგადი ანესთეზიის რისკი ამერიკის ანესთეზიოლოგთა საზოგადოების (A.S.A.) კლასიფიკაციის მიხედვით:

- ა) I;
- *ბ) III;
- გ) III;
- დ) IV;
- ე) V.

728. ოპერაციის გადავადების მიზეზები შეიძლება გახდეს: 1 ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია; 2 ისეთი თერაპიული დაავადების არსებობა, რომელიც არ იმყოფება ოპტიმალური კონტროლის ქვეშ; 3 საჭმელის მიღება მოკლე ხნის წინ; 4 გადაუღებელი ოპერაცია.

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

729. პრემელიკაციის მიზნებია: 1 შიშის მოხსნა; 2 ჰიპნოზის მიღწევა; 3 სეკრეციის დაქვეითება; 4 მიორელაქსანტების მოქმედების გაძლიერება.

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

730. პრემელიკაციის მიზნებია: 1 სეკრეციის შემცირება; 2 საანესთეზიო საშუალებების ჰიპნოზური ეფექტის შემცირება; 3 რეტროგრადული ანემიის მიღწევა; 4 ვაგუსური რეფლექსიის გაძლიერება.

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

731. პრემელიკაციის მიზნებია: 1 კუჭის წველის მოცულობის შემცირება pH-ის გაზრდა; 2 სიმპატიმიმეტიკური პასუხის შემცირება; 3 ოპერაციის შემდგომი გულისრევისა და ლეზინების შემცირება; 4 შიშის მოხსნა.

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

732. ინტრამუსკულარულად პრემელიკაციაში გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები: 1 ღიაბეპამი; 2 პრომეტაზინი; 3 აგროპინი; 4 ნეოსტიგმინი.

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

733. პერორალურად პრემელიკაციაში გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები: 1 ღორაბეპამი; 2 ღიაბეპამი; 3 პრომეტაზინი; 4 აგროპინი.

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

734. პრემელიკაციაში გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები: 1 მეტოკლოპრამიდი; 2 ნატრიუმის თიოპენტალი; 3 ფენტანილი; 4 კორლიამინი.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

735. ფენოთიაზინის ჯგუფის პრეპარატები პრემელიკაციაში გამოიყენება: 1 ცენტრალური ღებინების საწინააღმდეგო მოქმედების გამო; 2 სელაციის მიზნით; 3 როგორც H2 რეცეპტორების ანტაგონისტები; 4 ანტიქოლინერგული ეფექტების გამო.

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

736. ფენოთიაზინის ჯგუფის პრეპარატები პრემელიკაციაში გამოიყენება: 1 ოპიოიდების ეფექტების პოტენცირების მიზნით; 2) ალფა ადრენოლიტური ეფექტების გამო; 3 ანტიქოლინერგული თვისებების გამო; 4 სელაციის მიზნით.

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

737. ბუტიროფენონების ჯგუფის პრეპარატებს მიეკუთვნება: 1 დროპერიდოლი; 2 პრომეტაზინი; 3 ჰალოპერიდოლი; 4 ნაკომი.

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

738. დროპერიდოლი პრემელიკაციაში გამოიყენება შემდეგი მიზნით: 1 ნეიოროლეფსის მდგომარეობის მისაღწევად; 2 ალფა ადრენომიმეტიკური ეფექტების გამო; 3 ალფა ადრენოლიტური ეფექტების გამო; 4 ექსტრაპირამიდული სისტემის აქტივაციის მიზნით.

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

739. ოპერაციისწინა დამეს ოპიოიდების დანიშნა პრემელიკაციაში აუცილებელია: 1 ტკივილის სინდრომის არსებობის დროს; 2 გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის ღარღვევების დროს; 3 სელაციის მიზნით; 4 ოდის სფინქტერის სპაზმის მოხსნის მიზნით.

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

740. ბენზოლიამეპინები პრემელიკაციაში ინიშნება შემდეგი მიზნით: 1 სელაციის მიზნით; 2 რეგროგრადული ამნეზიის მიღწევის მიზნით; 3 კრუნჩხვითი ზღურბლის გაზრდის მიზნით; 4 ოპიოიდების ეფექტების პოტენცირების მიზნით.

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

741. ბენზოლიამეპინები პრემელიკაციაში ინიშნება: 1 ნარკოტიკულ ანალგეტიკებთან ერთად; 2 ფენოთიაზინებთან ერთად; 3 ქოლინოლიტიკებთან ერთად; 4 ანტაცილებიდან, ბენზოლიამეპინებთან ერთად, 4 ინიშნება მხოლოდ ციმეტიდინი.

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

742. აგროპინი პრემელიკაციაში გამოიყენება შემდეგი მიზნებით: 1 ჰიპერსალივაციის პროფილაქტიკის მიზნით; 2 ლარინგოსპაზმის პროფილაქტიკის მიზნით; 3 ვაგალური რეფლექსების შეწყვეტის მიზნით; 4 გულის შეკუმშვათა სისხირის შეწყვეტის მიზნით.

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

743. სცეროილული ჰორმონები პრემელიკაციაში გამოიყენება: 1 დამძიმებელი ალერგოანამნეზის დროს; 2 სცეროილდამოკიდებულ

ავადმყოფებში; 3 აღრენოკორტიკოტროპული უკმარისობის დროს; 4 ავადმყოფებში, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ქიმიო- და სხივური თერაპია.

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

744. დამძიმებული ალერგოანამნეზის დროს პრემელიკაციაში გამოიყენება: 1 H1 ბლოკატორები; 2 ეუფილინი; 3 სტეროიდები; 4 მორფინი.

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

745. პრემელიკაციაში ნერწყვის გამოყოფის მახლოკირებელი პრეპარატის ჩართვა: 1 უკუნაჩვენებია იმ პაციენტებში, რომლებიც საჭიროებენ პირის ღრუში ოპერაციულ ჩარევას; 2 არ შეიძლება, თუ იხმარება კეტამინი; 3 არ ახასიათებს არასასურველი გვერდითი მოვლენები; 4 შეიძლება გამოიწვიოს ბრონქიალური სეკრეტის წებოვნების გაზრდა;

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

746. ანესთეზიის და ფართო ქირურგიული ჩარევის წინ წყდება შემდეგი პრეპარატების მიღება: 1 სულფანილმარლოვანას; 2 ორალური კონტრაცეპტივების; 3 კუმარინის; 4 ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტების ინჰიბიტორების.

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

747. ანესთეზია აღვილად შექცევადია, თუ მელიკამენტები შეჰყავთ:

- ა) ენგერალური გზით;
- *ბ) ინჰალაციური გზით;
- გ) რექტალური გზით;
- დ) ინტრავენური გზით;
- ე) კანის ზედაპირიდან;

748. ნიოტკაინი ეკუთვნის შემდეგ ფარმაკოლოგიურ ჯგუფს

- *ა) ეთერებს;
- ბ) ამინებს;
- გ) ესთერებს;
- დ) იმოქინოლის წარმოებულებს.
- ე) ალდეჰიდებს.

749. ლილოკაინი ეკუთვნის შემდეგ ფარმაკოლოგიურ ჯგუფს

- ა) ეთერებს;
- ბ) ამინებს;
- *გ) ამიდებს;
- დ) ესთერებს;
- ე) იმოქინოლის წარმოებულებს;

750. პერილურული ანესთეზიის დროს ლილოკაინის ერთჯერადი მაქსიმალური დოზაა:

- ა) 2,1 მგ/კგ
- ბ) 8 მგ/კგ;
- *გ) 4,5 მგ/კგ;
- დ) 10,5 მგ/კგ;
- ე) 12 მგ/კგ.

751. გამგარებლობითი ანესთეზიის დროს ადგილობრივი ანესთეტიკის განმეორებითი დოზა უნდა შეესაგვესებოდეს:

- ა) საწყისს;
- *ბ) საწყისის 1/2-ს;
- გ) საწყისის 1/3-ს;
- დ) საწყისის 2/3-ს;
- ე) საწყისის 1/4-ს.

752. გამგარებლობითი ანესთეზიის დროს გაუტკივრების დაწყების სიჩქარე დამოკიდებულია: 1 ნერვული ღეროს სისქეზე; 2 საანესთეზიო

საშუალების pH-ზე; 3 საანესთეზიო საშუალების კონცენტრაციაზე; 4 შეყვანის ადგილზე.

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

753. ნერვულ ღეროში იმპულსის გატარება განისაზღვრება: 1 უჯრულში ნატრიუმის დაგროვებით; 2 უჯრულიდან მაგნიუმის გამოსვლით; 3 კალიუმის იონების შეღწევალობით; 4 მემბრანის ლეპოლარიზაციით.

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

754. ეპიდურული ანესთეზიის დროს ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებებზე ვაზოპრესორების დამატება უკუნაჩვენებია: 1 ჰიპერთირეოზის დროს; 2 მიგრალური სტენოზის შემთხვევაში; 3 არტერიული წნევის მაგების დროს; 4 ფეოქრომოციტომის დროს.

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

755. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის დროს, რომელიც ვლინდება კრუნჩხვებით, დადებით ეფექტს იძლევა: 1 ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურაგები; 2 ფილგის ხელოვნური ვენტილაცია; 3 აღრენომიმეტიკური საშუალებები ადგილობრივად; 4 კეტიმინის შეყვანა.

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

756. ეპიდურული ანესთეზიით განპირობებული ჰემოდინამიკური ცვლილებებია: 1 ანესთეზიის მონაში არტერიების და არტერიოლების დილატაცია; 2 აღნიშნულ მონაში ვენური შეგუება; 3 გულსკენ ვენური უკუღინების შემცირება; 4 გულს წუთმოცულობისა და სისვლოური მოცულობის მაგება.

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

757. სუნთქვის დათრგუნვის ცენტრალური მექანიზმი განპირობებულია:

- *ა) სუბლურულ სივრცეში ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ღობის გადაჭარბებით;
- ბ) ეპიდურული ანესთეზიის ღობით;
- გ) კაუდალური ანესთეზიით;
- დ) არც ერთი პასუხი არაა სწორი.
- ე) სწორია ყველა.

758. ეპიდურულ სივრცეში შეყვანილი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების გავრცელების ძირითადი გზებია:

- ა) მალთაშუა ნაპრალი;
- ბ) გრანსპერინევრალური ღიფები;
- გ) მცირე ღობებით გვინის მაგარი გარსის გავლით ლიქვორში;
- დ) არც ერთი არაა სწორი;
- *ე) სწორია ყველა.

759. ზურგის გვინის ნივთიერებაში ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების გავრცელების დიაპაზონი დამოკიდებულია: 1. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების ფიზიკო-ქიმიურ თვისებებზე; 2. ზურგის გვინის სიმპატიკური ბოჭკოების ანატომიურ განლაგებაზე; 3. ზურგის გვინის დიამეტრზე; 4. პაციენტის ასაკზე.

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

760. ეპიდურულ სივრცეში ლილოკაინის შეყვანის შედეგად განვითარებული კუნთების რელაქსაციის ხარისხი პროპორციულად იზრდება დამოკიდებულებით: 1. ხსნარის რაოდენობაზე; 2. სხეულის მასაზე; 3. ავადმყოფის ასაკზე; 4. ხსნარის კონცენტრაციაზე.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4

761. თირკმლის ფუნქციის ხარისხობრივი ცვლილება ეპიდურული ანესთეზიის დროს დამოკიდებულია:

- *ა) ცენტრალური ჰემოდინამიკის მახვევებლებზე;
- ბ) ავადმყოფის მასაზე;
- გ) ვენტილაციის პარამეტრებზე;
- დ) პუნქციის ღონებზე;
- ე) ეპიდურული სივრცის ანაგომიურ თავისებურებებზე.

762. რომ განისაზღვროს, რომელი მალა შეესაბამება ზურგის ტვინის სეგმენტს გულმკერდის ზემო ნაწილში,

- *ა) ერთი მალა;
- ბ) შეესაბამება მალას;
- გ) ორი მალა;
- დ) სამი მალა;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

763. რომ განისაზღვროს, რომელი მალა შეესაბამება ზურგის ტვინის სეგმენტს გულმკერდის შუა ნაწილში, საჭიროა გამოვაკლოთ:

- ა) ერთი მალა;
- ბ) სამი მალა;
- გ) შეესაბამება მალას;
- *დ) ორი მალა;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

764. რომ განისაზღვროს, რომელი მალა შეესაბამება ზურგის ტვინის სეგმენტს გულმკერდის ქვედა ნაწილში, საჭიროა გამოვაკლოთ:

- ა) ერთი მალა;
- ბ) ორი მალა;
- *გ) სამი მალა;
- დ) შეესაბამება მალას;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

765. ეპიდურული სივრცის პუნქცია და კათეტერიზაცია L1-L4 ღონებზე წარმოებს შემდეგი ოპერაციების დროს: 1 შარდის ბუშტზე; 2 წინამდებარე ჯირკვალზე; 3 საშვილოსნოზე; 4 სწორ ნაწლავზე.

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

766. ეპიდურული სივრცის პუნქცია და კათეტერიზაცია L3-L5 მალეების ძვალთაშუა სივრცეში წარმოებს შემდეგი ოპერაციების დროს:

- ა) ქვედა კიდურზე;
- ბ) სწორ ნაწლავზე;
- გ) შორისზე.
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

767. ოპოიდური რეცეპტორები ძირითადად განლაგებულია:

- ა) ზურგის ტვინის გვერდით სვეტებში;
- *ბ) ზურგის ტვინის უკანა რქებში;
- გ) ზურგის ტვინის წინა რქებში;
- დ) ყველა სწორია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

768. ეპიდურული ანესთეზია აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია: 1 სეპტიური მდგომარეობების დროს; 2 შოკის მძიმე ფორმის დროს; 3 ალგილობრივი საანესთეზიო საშუალების აუტანლობის შემთხვევაში; 4 ჰემორაგიული შოკის დროს.

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

769. ეპიდურულ სივრცეში ოპიატების შეყვანის შედეგად შეიძლება განვითარდეს შემდეგი მძიმე გართულება:

- *ა) სუნთქვის დეპრესია;
- ბ) კუნთების კანკალი;
- გ) შემცივნება;
- დ) გულისრევა;
- ე) ჰიპოტონია.

770. რომ განისაზღვროს რომელ მალას შეესაბამება ზურგის გვინის სეგმენტი წელის არეში, საჭიროა გამოვიკლოთ:

- ა) ორი მალა;
- *ბ) სამი მალა;
- გ) ოთხი მალა;
- დ) შეესაბამება მალას;
- ე) ერთი მალა.

771. ეპიდურულ სივრცეში ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების შეყვანის შედეგად არტერიული წნევის დაწევის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს: 1 პარასიმპატიკური ინერვაციის ბლოკადა; 2 სიმპატიკური ინერვაციის ბლოკადა; 3 მოტორული ინერვაციის დაბოლოებების ბლოკადა; 4 სიმპატიკური ინერვაციის ბლოკადა.

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

772. ეპიდურულ სივრცეში ადრენალინის შეყვანისას არსებობს საშიშროება:

- *ა) ლოკალური სისხლძარღვების ვაზოსპაზმის;
- ბ) ვაზოსპაზმის მოქმედების მონის გარეთ;
- გ) ღეროვანი არტერიების დილატაციის;
- დ) არტერიული წნევის შემცირების;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

773. მოტორული ბლოკის დონე, როგორც წესი განლაგებულია ტკივილის შეგრძნების დაკარგვის დონის 2-3 სეგმენტით:

- *ა) ზემოთ;
- ბ) ქვემოთ;
- გ) ერთ დონეზე.

774. ბეჭის ძვლის მორჩებზე გატარებული ხაზი შეესაბამება:

- ა) კისრის მე-7 მალას;
- ბ) გულმკერდის მე-2 მალას;
- *გ) გულმკერდის მე-3 მალას.

775. ბეჭის ძვლის ქვედა კუთხეებზე გატარებული ხაზი შეესაბამება

- ა) გულმკერდის მე-5 მალას;
- ბ) გულმკერდის მე-3 მალას;
- *გ) გულმკერდის მე-7 მალას.

776. მე-12 ნეკის ქვედა ბოლოებს შორის გატარებული ხაზი შეესაბამება:

- ა) გულმკერდის მე-10 მალას;
- ბ) გულმკერდის მე-12 მალას;
- *გ) წელის მე-2 მალას;

777. თეძოს ძვლის ზემო კიდეებს შორის გატარებული ხაზი შეესაბამება:

- ა) წელის მე-2 მალას;
- ბ) წელის მე-4 მალას;
- *გ) წელის მე-4-5 მალათაშუა ხერეულს.

778. ეპიდურული სივრცის პუნქცია და კათეგერიზაცია T3-T7 დონეზე წარმოებს შემდეგი ოპერაციების დროს: 1 გულმკერდზე; 2 ფილტვებზე; 3 შუასაფარის ორგანოებზე; 4 კუჭუკანა ჯირკვალზე.

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

779. ეპიდურული სივრცის პუნქცია და კათეგერიზაცია T7-T10 დონეზე წარმოებს შემდეგი ოპერაციების დროს: 1 კუჭის და 12გოჯა ნაწლავის; 2 დეიდლსა და ნაღვლის ბუშტზე; 3 ელენთაზე; 4 კუჭუკანა ჯირკვალზე.

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

780. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების დოზირება ეპიდურული ანესთეზიის დროს, ხანდაზმული ასაკის დაავადებულთა შორის, წარმოებს გამომდინარე:

- ა) ავადმყოფის მასიდან გამომდინარე;

- ბ) ასაკიდან;
- *გ) სპინალური სეგმენტების დონიდან;
- დ) პუნქციისაღმი ფსიქომოციური დამოკიდებულებიდან;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

781. ეპიდურული სივრცის მოცულობის შემცირებას განაპირობებს: 1 არტერიული ჰიპერტონია; 2 ეპიდურული ანესთეზიის დროს ჰორიზონტალური მდებარეობა; 3 ღიაბეჭი; 4 სიმსუქნე.

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

782. სპინალური ანესთეზიის დროს პუნქციის ტექნიკა გულისხმობს: 1 #19 ნემს-გამტარის გამოყენებას; 2 ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების შეყვანის შემდეგ ლიქვორის მიღებას საპუნქციო ნემსიდან; 3 #22 ნემს-გამტარის გამოყენებას; 4 ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების შეყვანამდე ლიქვორის მიღებას საპუნქციო ნემსიდან.

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

783. 174. სპინალური ბლოკის მოქმედება იწყება ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების შეყვანიდან:

- ა) 5-10 წთ-ში;
- ბ) 30-45 წთ-ში;
- *გ) 2-5 წთ-ში;
- დ) 20 წთ-ში;
- ე) 0,5-1 წთ-ში.

784. ეპიდურული ანესთეზიის ნაკლია: 1 ტექნიკის სირთულე; 2 ჰიპოტონიის განვითარება; 3 ანესთეზიის შეღარებით ღილი ლატენჯური პერიოდი; 4 სუნთქვის ცენტრალური დათრგუნვა.

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

785. დაბალი ეპიდურული ანესთეზიის უპირატესობაა: 1 ოპერაციების დროს სისხლის დანაკარგის შემცირება; 2 სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნება; 3 მეტაბოლიზმის მინიმალური დარღვევა; 4 ოპერაციის შემდგომი გართულებების შემცირება.

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

786. განსხვავება სპინალურ და ეპიდურულ ანესთეზიებს შორის არის: 1 გამოყენებული მედიკამენტის დოზა; 2 მოქმედების დაწყების სიჩქარე; 3 ბლოკის ეფექტურობა; 4 ბლოკის პროფილი.

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

787. როდის შეიძლება ვივარაუდოთ ნემსის არსებობა ეპიდურულ სივრცეში: 1 როდესაც საპუნქციო ნემსიდან გამოიყოფა ლიქვორი; 2 როდესაც საპუნქციო ნემსის შეყვანისას სპინალური სეგმენტის მიმართულებით შეიგრძნობა "ნემსის ჩავარდნა"; 3 როდესაც საპუნქციო ნემსის შეყვანისას სპინალური სეგმენტის მიმართულებით შეიგრძნობა წინააღმდეგობა; 4 როდესაც საპუნქციო ნემსის შეყვანისას სპინალური სეგმენტის მიმართულებით ნემსის ბოლოზე დაკიდებული ფიზიოლოგიური ხსნარის წვეთი შედის ნემსში.

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

788. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების დოზის გადაჭარბებისას (ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვა, არტერიული ჰიპერტენზია) დადებით ეფექტს იწვევს: 1 ვამპირესორების შეყვანა; 2 ფ.ხ.ვ წარმოება; 3 ოქსიგენოთერაპია; 4 ბარბიტურატების მცირე დოზით შეყვანა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

789. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების მოქმედება დამოკიდებულია:

- ა) თვით ალკალიდზე;
- ბ) მისი, როგორც ორგანული მკაფას მოქმედებაზე;
- *გ) მისი, როგორც თავისუფალი ფუძის მოქმედებაზე;
- დ) ქსოვილებში ნელ ჰიდროლიზზე;
- ე) არც ერთი არაა სწორი.

790. მხრის წნულის ლაფიწქვეშა მიდგომით ბლოკადის დროს შესაძლოა შემდეგი გართულებები: 1 პნევმოთორაქსი; 2 ვისცერული და პარიეტული პლევრის დამიანება; 3 ბლოკადის მხარეს ღიაფრაგმის დამბლა; 4 ლაფიწქვეშა ვენის დამიანება.

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

791. ვარსკვლავისებური განგლის ეფექტური ბლოკადის დროს ვლინდება შემდეგი სიმპტომები: 1 გუგის შევიწროება; 2 ენოფტალმი; 3 თვალის ნაპრალის შევიწროება; 4 გუგის გაფართოება.

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

792. ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების ალვეოლებიდან სისხლში გადასვლაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები: 1 საანესთეზიო საშუალებების სისხლში ხსნადობა; 2 გულის წუთმოცულობა; 3 საანესთეზიო საშუალებების პარციალური წნევის ალვეოლო-ვენური გრადიენტი; 4 ფუნქციური მკვლარი სივრცის მოცულობა.

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

793. განაწილება არის არაინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების ფარმაკოკინეტიკის შემადგენელი ნაწილი. იგი განისაზღვრება: 1 ორგანოების ვასკულარიზაციით; 2. მკაფა-გუგოვანი წონასწორობით; 3 ცილებთან შეკავშირების უნარით; 4 ბიოტრანსფორმაციით.

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

794. ნულოვანი რიგის ფარმაკოკინეტიკა არის:

- *ა) თუ პრეპარატის კონცენტრაცია აჭარბებს მისი ბიოტრანსფორმაციის შესაძლებლობას, მაშინ დროის ერთეულში მეტაბოლიზდება პრეპარატის ერთი და იგივე რაოდენობა;
- ბ) დროის ერთეულში, პლაზმაში პრეპარატის კონცენტრაციისაგან დამოუკიდებლად განაწილება ან მეტაბოლიზდება პრეპარატის ერთი და იგივე ფრაქციული წილი;
- გ) ენგერო-ჰეპატური რეცირკულაცია;
- დ) განაწილება;
- ე) გადანაწილება.

795. რა არის აბსორბცია:

- *ა) პროცესი, როდესაც პრეპარატი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში;
- ბ) პრეპარატის გადასვლა სისტემური სისხლის მიმოქცევიდან ორგანოებში;
- გ) განაწილების შემდეგ სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში და ორგანოებს შორის კონცენტრაციული წონასწორობის დამყარება;
- დ) მეტაბოლიზმის პროცესში პრეპარატის ქიმიური გარდაქმნა;
- ე) პრეპარატის ელიმინაცია.

796. რას ეწოდება პრეპარატის განაწილება:

- ა) პროცესს, როდესაც პრეპარატი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში;
- *ბ) პრეპარატის გადასვლას სისტემური სისხლის მიმოქცევიდან ორგანოებში;
- გ) განაწილების შემდეგ სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში და ორგანოებს შორის კონცენტრაციული წონასწორობის დამყარებას;
- დ) მეტაბოლიზმის პროცესში პრეპარატის ქიმიურ გარდაქმნას;
- ე) პრეპარატის ელიმინაციას.

797. რას ეწოდება პრეპარატის გადანაწილება:

- ა) პროცესს, როდესაც პრეპარატი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში;

- ბ) პრეპარატის გადასვლას სისტემური სისხლის მიმოქცევიდან ორგანოებში;
- *გ) განაწილების შემდეგ სისტემურ სისხლის მიმოქცევასა და ორგანოებს შორის კონცენტრაციული წონასწორობის დამყარებას;
- დ) მეტაბოლიზმის პროცესში პრეპარატის ქიმიურ გარდაქმნას;
- ე) პრეპარატის ელიმინაციას.

798. რა არის ბიოტრანსფორმაცია:

- ა) პროცესი, როდესაც პრეპარატი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში;
- ბ) პრეპარატის გადასვლა სისტემური სისხლის მიმოქცევიდან ორგანოებში;
- გ) განაწილების შემდეგ სისტემურ სისხლის მიმოქცევასა და ორგანოებს შორის კონცენტრაციული წონასწორობის დამყარება;
- *დ) მეტაბოლიზმის პროცესში პრეპარატის ქიმიური გარდაქმნა;
- ე) პრეპარატის ელიმინაცია.

799. რა არის ექსკრეცია:

- ა) პროცესი, როდესაც პრეპარატი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში;
- ბ) პრეპარატის გადასვლა სისტემური სისხლის მიმოქცევიდან ორგანოებში;
- გ) განაწილების შემდეგ სისტემურ სისხლის მიმოქცევასა და ორგანოებს შორის კონცენტრაციული წონასწორობის დამყარება;
- დ) მეტაბოლიზმის პროცესში პრეპარატის ქიმიური გარდაქმნა;
- *ე) პრეპარატის დამოყოფა ორგანიზმიდან.

800. ეთილის ეთერით ანესთეზიის დროს ქირურგიული სკალიის შესანარჩუნებლად საჭიროა მისი შემდეგი კონცენტრაცია:

- ა) 1 მოც. %;
- ბ) 2 მოც. %;
- *გ) 3-4 მოც. %;
- დ) 6-8 მოც. %;
- ე) 8-10 მოც. %;

801. ეთილის ეთერით ანესთეზიის დროს ქირურგიული სკალიის დაწყება განისაზღვრება:

- ა) რქოვანას რეფლექსების არარსებობით;
- ბ) გუგების მოძიით;
- გ) გუგების მოძრაობით;
- *დ) რითმული სუნთქვის დაწყებით;
- ე) კორნეალური რეფლექსების არარსებობით;

802. ზოგადი ანესთეზიის სიღრმის შეფასებას ახდენენ შემდეგი ძირითადი ნიშნებით:

- ა) ტკივილზე რეაქცია;
- ბ) სუნთქვის სიღრმე და ხასიათი;
- გ) სისხლის მიმოქცევის მაჩვენებლები (არტერიული წნევა, პულსი, კანის საფარის ფერი);
- დ) კუნთების ტონუსის მდგომარეობა;
- *ე) სწორია ყველა.

803. ეთერით ზოგადი ანესთეზიის ანალგეზიის სკალიას ახასიათებს: 1 ტკივილის შეგრძნების დაკარგვა; 2 შეხუთის გრძნობა; 3 სისხლში ეთერის კონცენტრაცია 20-40 მგ %; 4 კუნთების ტონუსის მაგება, რიგილობა.

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

804. ეთერით ზოგადი ანესთეზიის მეორე სტადიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი თვისება, გარდა:

- *ა) ცნობიერების შენარჩუნებისა;
- ბ) რეფლექტორული აქტივობის მაგებისა;
- გ) ლებინების, პიპერსეკრეციის, გუგების გაფართოებისა;
- დ) მოტორული აქტივობის და კუნთების ტონუსის მაგებისა;
- ე) არათანაბარი სუნთქვისა და არტერიული წნევის მაგებისა;

805. ეთერით ზოგადი ანესთეზიის პირველი ქირურგიული სკალიისათვის არაა დამახასიათებელი:

- ა) ანალგეზია და ამნეზია;
- ბ) თვალის გუგის ფიქსაცია;
- *გ) გუგების გაფართოება;
- დ) არტერიული წნევის და სუნთქვის ნორმალიზაცია;
- ე) სისხლში ეთერის კონცენტრაცია 80-100 მგ.

806. ეთერის ლიმის გადაჭარბების დროს არ აღინიშნება შემდეგი სიმპტომები: 1 ანიზოკორია, გუგების მაქსიმალური გაფართოება; 2 არტერიული წნევის დაწევა, ტაქიკარდია, არითმია; 3 სიფერძნობა, ციანოზი; 4 კუნთური ტონუსის მაგება.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4

ე) 1,2,3,4

807. ჰალოგანით ზოგადი ანესთეზიის ქირურგიულ სტადიას ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სუნთქვის დეპრესია;
- *ბ) ტაქიკარდია;
- გ) არტერიული ჰიპოტონია;
- დ) კუნთების რელაქსაცია;
- ე) ცნობიერების არარსებობა.

808. ზოგადი ანესთეზიის ანალგეზიის სტადიას ახასიათებს: 1 ტკივილის შეგრძნების დაკარგვა; 2 მოტორული აგზნება; 3 სასუნთქი გზების გაღიზიანება და მოგუდვის შეგრძნება; 4 კუნთოვანი ტონუსის მაგება რიგიულ მდგომარეობამდე;

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

809. ეთერის ღობის გადაჭარბების შემთხვევაში არ შეიძლება იყოს: 1 გუგის მაქსიმალური გაფართოება, ანიზოკორია; 2 კუნთური ტონუსის შენარჩუნება. 3 არტერიული წენევის დაქვეითება, ტაქიკარდია, არითმია; 4 გუგის რეფლექსის შენარჩუნება.

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

810. რაგომ არ გამოიყენება თანამედროვე ანესთეზიოლოგიაში დიეთილეთერი: 1 ფეთქებადსაშიშროების გამო; 2 უარყოფითი ინოტროპული ეფექტის გამო; 3 ბრონქორეის გამო; 4 მცირე თერაპიული ღიაპაზონის გამო.

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

811. ეთერით ზოგადი ანესთეზიის III სტადიის პირველი ღონის ქვედა მდგრის ამსახველია: 1 ქუთუთოს რეფლექსის დათრგუნვა; 2 ძილი; 3 ცილიარული რეფლექსის არარსებობა; 4 ანალგეზია.

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

ანესთეზია და ინგენსიური თერაპია გულის, მაგისტრალური სისხლძარღვებისა და ფილგვის ქირურგიაში

812. პარკუჭთაშუა ძვლის დეფექტი ხასიათდება: 1 შუნტით მარცხნიდან მარჯვნივ; 2 მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით; 3 სისხლძარღვთა სურათის ცვლილებებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას; 4 არტერიული ჰიპოქსემიით.

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

813. მიტრალური სარქელის სტენოზს ახასიათებს: 1 მცირე წრის ჰიპერტენზია; 2 მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფია; 3 ფილგვების ინტერსტიციული შეშუპება; 4 გულის წუთმოცულობის გაზრდა.

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

814. მიტრალური სარქელის სტენოზს ახასიათებს: 1 სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის ჰიპერტენზია; 2 დიასტოლური შუილი გულის მწვერვალზე; 3 მარჯვენა პარკუჭის გაღავიროება; 4 მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

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

815. აორტის სარქელის ნაკლოვანებას ახასიათებს: 1 დიასტოლური წენევის დაქვეითება; 2 მაღალი პულსური წნევა; 3 მარცხენა პარკუჭში

საბოლოო დიასტოლური წნევის მომატება; 4 არტერიული ჰიპერტენზია.

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

816. არტერიო- და ვენო- დილატაციების გამოყენება ნაჩვენებია: 1 მიტრალური სტენოზის დროს; 2 მიტრალური ნაკლოვანების დროს; 3 ილიოპათიური სუბორტული სტენოზის დროს; 4 მაგისტრალურ არტერიებზე ოპერაციების დროს.

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

817. სტენოკარდიის შეტევის პროფილაქტიკისათვის წინასაოპერაციო პერიოდში გამოყენებული უნდა იქნას: 1 ოზოსორბიგ-დინიტრატი; 2 ეუფილინი; 3 გლიცერინ-ტრინიტრატი; 4 აგროპინი.

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

818. მიზანშეწონილია თუ არა, ოპერაციული ჩარევის წინ მოციმციმე არითმიის ლიკვიდაცია?

- ა) დიახ;
- ბ) ტაქსისისტოლური ფორმა უნდა გადავიყვანოთ ნორმოსისტოლურში;
- გ) ტაქსისისტოლური ფორმა უნდა გადავიყვანოთ ბრადისისტოლურში;
- დ) არა;
- *ე) სწორია ბ, დ.

819. გულის უკმარისობის მკურნალობა გულისხმობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა: 1 წოლითი რეჟიმისა; 2 საგულე გლიკოზიდების გამოყენებისა; 3 დიურეზული საშუალებების გამოყენებისა; 4 კალიუმის მიღების შეზღუდვისა.

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

820. ქვემოთ ჩამოთვლილი არითმიებიდან რომელ შემთხვევაშია კალიუმის შეყვანა ეფექტური:

- ა) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას;
- ბ) კვანძოვანი ტაქიკარდიისას;
- გ) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიისას;
- დ) რითმის სუპრავენტრიკულური დარღვევისას;
- *ე) რითმის ყველა ჩამოთვლილი დარღვევისას.

821. ჰიპოკალიემიის კორექციის მიზნით ნიშნავენ: 1 პანანგინს; 2 რინგერ-ლაქტატს; 3 დაროუს ხსნარს; 4 მაპოლარიზებელ ნარევეს.

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

822. ყველაზე დაბალი საოპერაციო რისკი არის შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) პროგრესირებადი დაბაზვის სტენოკარდია;
- ბ) მოსვენების სტენოკარდია;
- გ) სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) ანამნეზში 4 თვის წინ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- *ე) აორტის გამოხატული სტენოზი.

823. ელექტროკარდიოგრაფია ნაჩვენებია: 1 წინაგულთა თრთოლვისას; 2 პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას; 3 სუპრავენტრიკულარული ტაქიკარდიისას; 4 სრული AV ბლოკადის დროს.

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

824. რითმის ხელოვნური წარმმართველის ინპლანტაცია ნაჩვენებია: 1 მესამე ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის დროს; 2 მეორე

ხარისხის მობიტი 2 ტიპის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის დროს; 3 სინუსური კვანძის სისუსტის დროს, როდესაც გამოხატულია ჰემოდინამიკური დარღვევები; 4 პირველი ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის დროს.

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

825. პარკუჭთა ფიბრილაციისას აუცილებელია: 1 წერილგალღოვანი დეფორმაცია გადაყვანილი იქნას მსხვილგალღოვანში; 2 შეეყვანოთ ლიდოკაინი; 3 შეეყვანილ იქნას მაგნიუმის სულფატი; 4 შეეყვანილ იქნას ბრეტილიუმი.

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

826. ჰემოდინამიკის დარღვევით მიმდინარე ბრადიარითმიების მკურნალობისას უპირატესობა ენიჭება:

- ა) ატროპინის შეყვანას;
- ბ) აღრენალინის შეყვანას;
- *გ) გარეგან ელექტროკარდიოსტიმულაციას;
- დ) ლოფამინის ინფუზიას;
- ე) იზოპროტერენოლის შეყვანას.

827. მარცხენა პარკუჭის ინოტროპული ფუნქციის დარღვევისას აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საგულე გლიკოზიდების შეყვანა;
- ბ) კატექოლამინების გამოყენება;
- *გ) კოლოიდური ხსნარებისა და სისხლის გადასხმა;
- დ) მცირე წრის სელექტიური ჰიპოტენზიის გამოყენება;
- ე) ფუროსემიდის გამოყენება.

828. მოციმციმე არითმიისას საგულე გლიკოზიდების გამოყენების მიზანია: 1 წინაგულების ფიბრილაციის კუპირება; 2 სინუსური რითმის აღდგენა; 3 პარკუჭების ავტომატიზმის შენარჩუნება; 4 აგრიოვენტრიკულურ კვანძში იმპულსების გატარების შენელება.

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

829. მოზრდილ ავადმყოფში გულის ზონდირება უმჯობესია ჩატარდეს:

- *ა) ალგილობრივი ანესთეზიით;
- ბ) კეტამინის შეყვანით;
- გ) დიაზეპამის შეყვანით;
- დ) ბარბიტურატების შეყვანით;
- ე) ზოგადი კომბინირებული ანესთეზიის პირობებში.

830. აორტოკორონაროგრაფია კეთდება:

- *ა) ალგილობრივი ანესთეზიითა და ე.კ.გ. კონტროლით;
- ბ) ზოგადი კომბინირებული ანესთეზიის პირობებში;
- გ) პენტრანის ორთქლის ინჰალაციით;
- დ) აზოტის ქვეჟანგის ინჰალაციით;
- ე) დიაზეპამის შეყვანით.

831. გულის კათეტერიზაციის დროს ზოგად ანესთეზიას უყენებენ შემდეგ მოთხოვნებს: 1 ანესთეზია არ უნდა ახდენდეს გავლენას ჰემოდინამიკაზე, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეზე; 2 მეთოდი არ უნდა ახდენდეს გავლენას სისხლის აირთა შემადგენლობაზე; 3 შეღებული ანესთეზია; 4 არაფეთქებადი საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება.

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

832. კარდიოქირურგიული ავადმყოფების პრემედიკაციაში უნდა ჩართული იყოს, ყველა, გარდა:

- ა) საძილე საშუალებები;
- ბ) ოპერაციამდე 40 წთ-ით აღრე ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები;
- გ) ანგიპისტამინური პრეპარატები;
- *დ) ატროპინი;
- ე) ტრანკვილიზატორები.

833. კარდიოქირურგიულ ავადმყოფებში გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით მიზანშეწონილია: 1 ფ.ხ.ვ; 2 ბრონქოლიმური აეროზოლის ინჰალაცია; 3) 100 %-იანი ქანგბადის ინჰალაცია; 4 ბეგა-აღრენობლოკატორები.

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

834. ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის ჩასატარებელი სისტემა შედგება: 1 ღამჭირხნავი ტუმბოსა და ფილტრისაგან; 2 არტერიული და ვენური კომუნიკაციებისაგან; 3 მემბრანული ოქსიგენატორისაგან; 4 სითბომცვლელისაგან.

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

835. ოქსიგენატორის გამოყენებისას უნდა ვერილობთ:

- ა) ინფიცირებას;
- ბ) არტერიულ მაგისტრალში ბუმბუკების არსებობას;
- გ) ნორმალური შედეგების აღდგენას ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის მსვლელობაში;
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

836. ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის პირობებში, აორტის გამავლობის აღდგენისა და ლეკანულაციის შემდეგ \\\\ უნდა შესრულდეს ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიება, გარდა:

- ა) მოციროკულირე სისხლის ოპტიმალური მოცულობის შენარჩუნება;
- ბ) მეტაბოლური აციდოზის კორექცია;
- გ) პროტამინ სულფატის შეყვანა;
- *დ) ჰეპარინის შეყვანა;
- ე) წყალ-მარილოვანი ცვლის კორექცია.

837. კონტრპულსაცია მიიღწევა აორტაში სპეციალური ბალონ-კათეტერის შეყვანით და მისი გაბერვით: 1 პარკუჭების დიასტოლის დროს; 2 პარკუჭების სისტოლის დროს; 3 წინაგულეების სისტოლის დროს; 4 წინაგულეების დიასტოლის დროს.

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

838. კონტრპულსაციის მეთოდი საშუალებას იძლევა: 1 გაუმჯობესდეს კორონარული სისხლის მიმოქცევა; 2 დასტაბილდეს გულის წუთმოცულობა; 3 გაუმჯობესდეს მიკროცირკულაცია; 4 გაუმჯობესდეს მარცხენა პარკუჭის მუშაობა.

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

839. კონტრპულსაციის გამოყენება იწვევს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) სისხლის ფორმიანი ელემენტების ტრავმირებისა;
- ბ) ჰემოლიზისა;
- გ) გულის წუთმოცულობის გაზრდისა;
- დ) კოაგულოპათიისა;
- *ე) ფილტვების სასუნთქი ფუნქციის გაუმჯობესებისა.

840. „დია“ გულზე ოპერაციის შემდგომი ყველაზე ხშირი გართულებაა: 1 ჰემოლიზი; 2 რითმის მოშლა; 3 სისხლის შედეგების დარღვევა; 4 პოსტპერფუზიული სინდრომის განვითარება.

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

841. მიგრალური სტენოზის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს ანესთეზიოლოგი ვალდებულია: 1 უზრუნველყოს ცენტრალური ვენური წნევის კონტროლი; 2 უზრუნველყოს ე.კ.გ. მონიტორინგი; 3 უზრუნველყოს არტერიული წნევის კონტროლი; 4 წარმართოს ანესთეზია ბოძიერი ჰიპოტონიის პირობებში.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

842. კომისუროტომიის დროს მოსალოდნელია ყველა ჩამოთვლილი გართულება, გარდა:

- ა) პარკუჭების ფიბრილაციისა;
- ბ) გამოსხაველი ჰიპოტენზიისა;
- გ) გულის წუთმოცულობის დაქვეითებისა;
- დ) არტერიული სისტემის ემბოლიისა;
- *ე) საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის დაქვეითებისა.

843. აორტის კოარქტაციის გამო წარმოებული ოპერაციების დროს ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის მეთოდებია: 1 ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნების პირობებში; 2 მონოანესთეზია ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით; 3 რეგიონალური ანესთეზია; 4 ოპიატები + ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებები.

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

844. გულის დაავადებების გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის დროს ჰემოგრანსფუზიის ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს: 1 არტერიული წნევის დაქვეითება; 2 ვოლემიის სათანადო დონეზე შენარჩუნება; 3 არტერიული ჰიპოქსემიის განვითარება; 4 ჰემოგლობინის 100 გ/ლ-ზე და ჰემატოკრიტის 30 %-ზე ქვემოთ შემცირება.

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

845. სისხლის მიმოქცევის აღდგენისას აორტის კოარქტაციის ლიკვიდაციის შემდეგ, აუცილებელია ჩატარდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მუჟავა-ტუტოვანი ბალანსის კონტროლისა;
- ბ) ნაგრიუმის ჰიდროკარბონატის შეყვანისა;
- *გ) პროტეაზას ინჰიბიტორების შეყვანისა;
- დ) არტერიული წნევის და გულის შეკუმშვათა რიცხვის მონიტორინგისა;
- ე) დიურეზის შეფასებისა.

846. ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის გამოყენების შემდეგ ოპერაციის შემდგომი ინტენსიური თერაპია მიმართული უნდა იყოს ყველა ჩამოთვლილი პარამეტრის კორექციისაკენ: 1 ელექტროლიტური დარღვევების კორექციისა; 2 აირთა ცვლის და ჰემოდინამიის აღქვატური მაჩვენებლების შენარჩუნებისა; 3 თირკმლების მწვავე უკმარისობის პროფილაქტიკისა; 4 ფილტვების შეშუპების პროფილაქტიკისა.

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

847. გულის ჭრილობის მქონე ავადმყოფთა გამოკვლევების ნუსხა ანესთეზიის და ოპერაციის პერიოდში უნდა შეიცავდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) არტერიული წნევის შეფასებას;
- ბ) გულის შეკუმშვათა რიცხვის და ე.კ.გ. შეფასებას;
- გ) მუჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის და ჰემოგლობინის შეფასებას;
- *დ) კრეატინფოსფოკინაზას დონის შეფასებას;
- ე) სისხლის ჯგუფობრიობის და რემუს-ფაქტორის შესწავლას.

848. კონსტიქციული პერიკარდიტის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს არჩევითი საანესთეზიო საშუალებაა:

- ა) ნაგრიუმის თიოპენტალის;
- ბ) პროპოფოლი;
- *გ) კეტამინი + დიაზეპამი;
- დ) ეტომიდატი;
- ე) სობრევინი.

849. „ლია“ გულზე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გარეგანი სუნთქვის უკმარისობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ოპერაციის დროს მასიური სისხლდინამიკური და ჰემოგრანსფუზია;
- ბ) გამოსხაველი ტკივილის სინდრომი;
- გ) ფილტვების ინტერსტიციული შეშუპების განვითარება;
- დ) პლევრის დრუში სითხის დაგროვება;
- *ე) ყველა სწორია.

850. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში არტერიული ჰიპოქსემიის კორექცია მდგომარეობს: 1) 50 %-იანი ჟანგბადის ინჰალაციაში; 2)

ფილგეების დამხმარე ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენებაში; 3 ბრონქოლილატატორების გამოყენებაში; 4 მუკოლიბური საშუალებების გამოყენებაში.

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

851. მაგისტრალური სისხლძარღვების დაავადებების დროს წინასაოპერაციო მომზადებისა და გამოკვლევისათვის აუცილებელია: 1 ცენტრალური ჰემოდინამიკის გამოკვლევა; 2 ანგიოგრაფიული გამოკვლევა; 3 ეკგ გამოკვლევა; 4 ველოერგომეტრია.

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

852. ქვედა კიდურების მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე წარმოებული ოპერაციის დროს შეიძლება იყოს გამოიყენებული ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 დაბალანსებული ენდოგრაფიული ზოგადი ანესთეზიისა; 2 ეპიდურული ანესთეზიისა; 3 სპინალური ანესთეზიისა; 4 ინფილტრაციული ანესთეზიისა.

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

853. საძილე არტერიაზე ოპერაციული ჩარევის დროს: 1 მასზე მომჭერის დაღების შემდეგ მოპირდაპირე ნახევარსფეროს პერფუზია ხორციელდება ვილიზიის წრიდან; 2 საძილე არტერიაზე მომჭერის დაღების შემდეგ შეიძლება დაგვიჭირდეს დროებითი შუნგის დაღება; 3 არ ხდება ჰეპარინიზაცია; 4 კაროტიდული სხეულის ინფილტრაცია ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებებით ამცირებს ავტონომიურ სტიმულაციას.

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

854. მუხლქვეშა არტერიაზე ოპერაციული ჩარევისას უნდა განხორციელდეს ბლოკადა:

- ა) საჯლომი ნერვისა;
- ბ) საჯლომი და თედოს ნერვისა;
- გ) საჯლომი, თედოს, კანის ლაგერალური ნერვისა;
- დ) დამხურავი და თედოს ნერვისა;
- *ე) საჯლომი, დამხურავი, თედოს და კანის ლაგერალური ნერვისა.

855. ბარძაყის კანის ნერვის ბლოკადის გაკეთება მოსახერხებელია:

- ა) ბარძაყის შუა მესამედში;
- ბ) პუპარგის იოგიდან 4 სმ-ით ზემოთ;
- გ) ბოქვენის ბორცვიდან 1 სმ-ით კაუდალურად;
- *დ) თედოს ძვლის წინა ზემო წვეგის 2,5 სმ კაუდალურად და 2,5 სმ მედიალურად;
- ე) პუპარგის იოგიდან 4სმ-ით ქვემოთ.

856. დაალაგეთ თანმიმდევრობით მაგისტრალური არტერიის დამიანების გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის წინ ანესთეზიოლოგის მოქმედებები: 1. მაგისტრალური ვენების პუნქცია და კათეტერიზაცია; 2. ვაზოპრესორების შეყვანა; 3. ჰემოგრანსფუზია; 4. კრისტალოიდიური ხსნარების ნაკადურად გადასხმა; 5. კოლოიდიური ხსნარების გრანსფუზია.

- ა) 1,2,3,4,5;
- *ბ) 1,5,4,2,3;
- გ) 1,3,5,2,4;
- დ) 1,2,4,3,5;
- ე) 1,5,3,2,4.

857. მსხვილ სისხლძარღვებზე ოპერაციების შემდგომ, აღრეული თრომბოზის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია დაინიშნოს: 1 ფაქსიპარინი; 2 რეოპოლიგლუკინი; 3 ფენილინი; 4 ჰეპარინი.

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

858. სისხლძარღვთა პათოლოგიების მქონე ავადმყოფებში სშირია შემდეგი თანმხლები დაავადებები: 1 ჰიპერტონული დაავადება; 2 გულის იშემიური დაავადება; 3 შაქრიანი დიაბეტი; 4 თირკმლის დაავადებები.

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

859. მუცლის აორტის ანევრიზმის გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის დროს აორტიდან მომჭერის მოხსნის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს: 1 პოსტლაგვიროვის შემცირება; 2 ფილტვის კაპილარების განვლადობის გაზრდა; 3 მეტაბოლური აცილოზი; 4 ვაზოკონსტრიქცია.

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

860. ჰიპოთერმია ჩვეულებრივ იწვევს:

- *ა) პლაზმაში აირების ხსნადობისა და გვინის სისხლძარღვებში წინააღმდეგობის მაგებას;
- ბ) პლაზმაში აირების ხსნადობის მაგებასა და გვინის სისხლძარღვებში წინააღმდეგობის შემცირებას;
- გ) პლაზმაში აირების ხსნადობისა და გვინის სისხლძარღვებში წინააღმდეგობის შემცირებას;
- დ) პლაზმაში აირების ხსნადობის შემცირებასა და გვინის სისხლძარღვებში წინააღმდეგობის მაგებას;
- ე) პლაზმაში აირების ხსნადობის შემცირებას.

861. ჰიპოთერმიის ჩატარებისას უნდა გვახსოვდეს, რომ: 1 გულის აღექვატური წუთმოცულობა შენარჩუნებულია მხოლოდ 30°C ტემპერატურაზე; 2 ჰიპოთერმია ახდენს გუბარინის მოქმედების პოტენცირებას; 3 კანკალი იწვევს უანგბაღზე მოთხოვნილების გაზრდას 200 %-ზე მეტად; 4 ხდება ნივთიერებათა ცვლის გააქტიურება.

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

862. ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის პირობებში მიმდინარე ოპერაციების დროს ჰიპოთერმია გამოიყენება: 1 ქსოვილთა მეტაბოლური აქტივობის დასაქვეითებლად; 2 სისხლში აირთა ხსნადობის შესამცირებლად; 3 მიოკარდიუმის ჰიპოქსიისაგან დასაცავად; 4 საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის შესამცირებლად.

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

863. ხელოვნური ჰიპოთერმიის დროს აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი ცელილება, გარდა:

- ა) შედეგების დროის გაზრდა;
- *ბ) ოქსიჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდის გადახრა მარჯვნივ და ქვემოთ;
- გ) შინაგანი ორგანოების სისხლის მომარაგების შემცირება;
- დ) პერიფერიული და გვინის სისხლძარღვების წინააღმდეგობის გაზრდა;
- ე) გორგლოვანი ფილტვრაციის შემცირება.

864. ცირკულატორული ჰიპოქსია, როგორც ზოგადი ანესთეზიის გართულება ვითარდება:

- ა) ჰემოლიზის დროს;
- ბ) ჰემოგლობინის ბლოკირებისას;
- *გ) არტერიული ჰიპოტენზიის დროს;
- დ) ენდოტრაქეული მილის არაკორექტული მდებარეობისას;
- ე) ფილტვების ემფიზემის დროს.

865. ჰიპოტენზიური ანესთეზიის ჩვენებებია: 1 გაფართოებული ონკოლოგიური ოპერაციები; 2 ანევრიზმის კედლის დაჭიმულობის შემცირება; 3 თვალშია წნევის შემცირება; 4 ინტრაოპერაციული მასიური სისხლდენის შემცირება.

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

866. ჰიპოტენზიური ანესთეზიის უსაფრთხოება უპირატესად განისაზღვრება: 1 პერიფერიული არტერიოლილაგაციით; 2 პაციენტის პოზიციით; 3 ვენოლილაგაციით; 4 გულის წუთმოცულობით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4

ე) 1,2,3,4.

867. ჰიპოტენზიური ანესთეზიისას საშუალო არტერიული წნევის ოპტიმალური მაჩვენებელია:

- ა) 10-20 mm Hg;
- ბ) 20-30 mm Hg;
- გ) 30-40 mm Hg;
- დ) 40-45 mm Hg;
- *ე) 50-60 mm Hg;

868. ინტროპერაციული მასიური სისხლდენის შემცირება ჰიპოტენზიური ანესთეზიის გამოყენებით საშუალებას გვაძლევს: 1 შევამციროთ ჰემოგრანსფუზიის მოცულობა; 2 შევამციროთ ჰემოგრანსფუზიული გართულებების რისკი; 3 შევამციროთ Sids-ით და ვირუსული ჰეპატიტი ინფიცირების რისკი; 4 განხორციელდეს ფართო ქირურგიული ჩარევა იალოვას მიმღვერებს შორის.

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

869. მართვითი ჰიპოტენზიისას ნაგრიუმის ნიგროპრუსიდის საწყისი დოზაა:

- ა) 0,01-0,05 მკგ/კგ/წთ;
- *ბ) 0,2-0,5 მკგ/კგ/წთ;
- გ) 0,8-1,0 მკგ/კგ/წთ;
- დ) 2,0-3,5 მკგ/კგ/წთ;
- ე) 4,0-5,5 მკგ/კგ/წთ.

870. მართვითი ჰიპოტენზიისას გლიცერინ ტრინიგრაგის საწყისი დოზაა:

- ა) 2-4 მკგ/წთ;
- ბ) 6-8 მკგ/წთ;
- *გ) 10-20 მკგ/წთ;
- დ) 30-35 მკგ/წთ;
- ე) 40-50 მკგ/წთ.

871. ნაგრიუმის ნიგროპრუსიდით ჰიპოტენზიური ანესთეზიისას აუცილებელია: 1 ფილგვების წუთმოცულობის გაზრდა; 2 სუნთქვის სიხშირის გაზრდა; 3 ამოსუნთქვის ბოლოს დაღებითი წნევის შექმნა; 4 ხანმოკლე პერიოდით Fi O₂-ის 10-20%-ით გაზრდა.

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

872. ჰიპოტენზიური ანესთეზიის ჩაგარება სახიფათოა: 1 პაციენტებში რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ ჰიპოტენზიურ საშუალებებს; 2 კორონარული უკმარისობის დროს; 3 მძიმე რესპირატორული დაავადებების შემთხვევაში; 4 ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტისას.

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

873. ჰიპოტენზიური ანესთეზიისას იმოფლურანი გამოიყენება მისი შემდეგი თვისებების გამო: 1 კონცენტრაციით 1,9 მაკ იწვევს დოზალდამოკიდებულ ჰიპოტენზიას; 2 იწვევს ტაქიკარდიის განვითარებას; 3 კონცენტრაციით 1,9 მაკ არ იწვევს გულის დარღვევითი მოცულობის შემცირებას; 4 ამცირებს თავის გეინის სისხლსმიმოქცევას.

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

874. ჟანგბადის ინჰალაციები იწვევენ ყველა ქვემოთჩამოთვლილს, გარდა: 1 სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის მაგებისა; 2 ჰემოგლობინის ჟანგბადით გაჯერების მრდისა; 3 სისხლში ჟანგბადის შემცველობის მრდისა; 4 ჰიპოკაპნიისა.

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

875. 100%-იანი ჟანგბადის გამოყენება იწვევს: 1 სურფაქტანის დაზიანებას; 2 არტერიაში ჟანგბადის პარციალური წნევის გაზრდას; 3 ფილგვების გოქსიურ შემუქებას; 4 არ იწვევს მანენ მეგავლენას.

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

876. ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის გათვლილი სიდიდის 80% მიანიშნებს:

- ა) სუნთქვის ცენტრის დაზიანებაზე;
- ბ) ფილტვების დაავადებაზე;
- გ) ნივთიერებათა ცვლის დაქვეითებაზე;
- დ) გრაქეობრონქიალური ხის გამავლობის დარღვევაზე;
- *ე) ნორმის მდგარზე.

877. პნევმონიისას ჰიპოქსემიის წარმოშობის ძირითადი ფაქტორია: 1 ფილტვის ქსოვილში არავენტილირებული უბნების გაზრდა; 2 შუნგი მარჯვნიდან მარცხნივ; 3 ზედაპირული სუნთქვა; 4 ჰიპერთერმია.

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

878. ფილტვების ექსპირატორული დახურვის დროს რენტგენოლოგიურად ისაზღვრება:

- ა) ღიაფრაგმის დაბლა დგომა, ჩასუნთქვისას კარგი მოძრაობით;
- ბ) ღიაფრაგმის დაბლა დგომა, ამოსუნთქვისას კარგი მოძრაობით;
- გ) ღიაფრაგმის ნორმალური დგომა, ნორმალური მოძრაობით;
- *დ) ღიაფრაგმის მაღლა დგომა, შეზღუდული მოძრაობით ამოსუნთქვისას;
- ე) ღიაფრაგმის დაბალი დგომა, ამოსუნთქვისას ნორმალური მოძრაობით.

879. ობსტრუქციული ცვლილებების წინასაოპერაციო შეფასებისათვის ყველაზე ბუსტ და მოხერხებულ მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობა;
- ბ) ფიზიოლოგიური ნარჩენი მოცულობა;
- გ) ფილტვების ნარჩენი მოცულობა;
- *დ) ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა 1 წმ-ში;
- ე) არც ერთი.

880. გარეგანი სუნთქვის ეფექტურობის ყველაზე საიმედო კრიტერიუმია:

- ა) სუნთქვითი მოცულობა;
- ბ) სუნთქვის სიხშირე;
- *გ) არტერიულ სისხლში ჟანგბადისა და ნახშირორჟანგის პარციალური წნევების განსაზღვრა;
- დ) სუნთქვის წუთმოცულობა;
- ე) მკვლარი სიერცის მოცულობის განსაზღვრა.

881. ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობა ყველაზე მცირეა ავადმყოფის მდებარეობისას: 1 გვერდზე; 2 ზურგზე; 3 ზურგზე თავის მხრის 45°-ით დაწვეისას; 4 ზურგზე თავის მხრის 45° აწვეისას.

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

882. ავადმყოფის გადაბრუნებისას ზურგიდან გვერდზე ქვეშმდებარე ფილტვის მიერ ჟანგბადის შთანთქმა:

- ა) მცირდება 15-30%-ით;
- *ბ) იზრდება 15-30 %-ით;
- გ) არ იცვლება;
- დ) ოდნავ იზრდება;
- ე) ოდნავ მცირდება.

883. ფილტვის ემფიზემით დაავადებულებში ოქსიგენოთერაპიამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- *ა) სუნთქვის გაიძვირება;
- ბ) არ მოქმედებს სუნთქვის სიხშირეზე;
- გ) ქოშინი;
- დ) სუნთქვის გახშირება;
- ე) ციანოზის გაძლიერება.

884. თორაკალური ანესთეზიოლოგიის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენს: 1 სუნთქვის ოპიატური დეპრესიის თავიდან აცილება; 2 ოპერაციის შესაბამისად შეარჩეულ იქნას ვენტილაციის ადექვატური რეჟიმი; 3 უზრუნველყოფილ იქნას ადექვატური პოსტოპერაციული ანალგეზია; 4 უზრუნველყოფილ იქნას ბრონქოლიტაგაცია.

- *ა) 1,2,3

- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

885. ციანობი შესამჩნევი ხდება, როცა არგერიული სისხლის გაჯერება უანგბადით ნაკლებია:

- ა) 100 %-ზე;
- *ბ) 80 %-ზე;
- გ) 85 %-ზე;
- დ) 90 %-ზე;
- ე) 95 %-ზე.

886. ფილგვების გამოხატული ფიბროზის დროს შეინიშნება ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი: 1 მცირე წრის ჰიპერტენზია; 2 ჰიპოგონია; 3 ტაქიკარდია; 4 ბრადიკარდია.

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

887. ფილგვის ფიბროზიან ავადმყოფებში ინჰალაციური ანესთეზიის სირთულეს იწვევს: 1 ფილგვის ვენგილირებადი ზელაპირის შემცირება; 2 ღრმა ანესთეზიის მიღწევის სიძნელე; 3 უანგბადის საკმარისად მაღალი კონცენტრაციის შენარჩუნების სიძნელე; 4 ჰიპოქსიის თავიდან აცილება.

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

888. პაციენტს მარცხენა ზემო წილის ბრონქის კარცინომის დროს შეიძლება ჰქონდეს: 1 ჰორნერის მარცხენამხრივი სინდრომი; 2 ლიფრაგმის მარცხენამხრივი დამბლა; 3 ლიფრაგმის მარჯვენამხრივი დამბლა; 4 ფილგვების სასიცოცხლო მოცულობის დაქვეითება.

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

889. ავადმყოფთა ასაკი, რომლებიც ექვემდებარებიან ფილგვებზე ოპერაციას ისაზღვრება: 1. 50 წლით; 2. 60 წლით; 3. 70 წლით; 4. არ ისაზღვრება.

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

890. პულმონექტომია უკუნაჩვენებია როდესაც 1 წმ-ში ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა ნაკლებია:

- ა) 2 ლ-ზე;
- ბ) 1 ლ-ზე;
- *გ) 0,8 ლ-ზე;
- დ) 3 ლ-ზე;
- ე) 0,5 ლ-ზე.

891. ფილგვის სიმსივნის დროს გარეგანი სუნთქვის ფუნქცია დამოკიდებულია: 1 სიმსივნის ფორმაზე; 2 სიმსივნის ლოკალიზაციაზე; 3 გართულების არსებობაზე; 4 ფილგვების თანმხლებ დაავადებაზე.

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

892. ფილგვის სიმსივნეიან ავადმყოფებში ჰიპოქსემია ვითარდება: 1 პნევმონიის გამო; 2 ატელექტაზის გამო; 3 ტრაქეის ობსტრუქციის გამო; 4 შუასაყრის ცლომის გამო.

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

893. ფილტვების ცალმხრივი ვენტილაციის აბსოლუტურ ჩვენებებს მიეკუთვნება:

- ა) ჯანმრთელი ფილტვის ინფიცირების საშიშროება;
- ბ) მეორე ფილტვის არაჰერმეტიკულობა;
- გ) ქირურგიული მიდგომის გაუმჯობესება;
- *დ) სწორია ა და ბ;
- ე) სწორია ყველა.

894. ფილტვის ცალმხრივი ვენტილაციის დროს აუცილებელია: 1 ორსანათურიანი საინტუბაციო მილის სწორად ჩადგმა; 2 სისხლის გაზების აღქვებური მდგომარეობის შენარჩუნება; 3 კოლაბირებული ფილტვის გაშლა ოპერაციის ბოლოს; 4 FiO_2 ნაკლები 50%-ზე.

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

895. ფილტვის ტუბერკულოზიან ავადმყოფს ასფიქსია შეიძლება განუვითარდეს: 1 გრაქეაზე ან მთავარ ბრონქზე ლიმფური კვანძების ზეწოლისას; 2 გრაქეაში ან ბრონქებში კაზეოზური მასების გარღვევისას; 3 ფილტვიდან პროფუზული სისხლდენისას; 4 გრაქეისა და მთავარი ბრონქების სტენოზის დროს.

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

896. ფილტვებში რესტრიქციული პროცესების განვითარებას ახასიათებს სპიროგრამის შემდეგი მახვენებლები: 1 სასუნთქი მოცულობის გაზრდა; 2 ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება; 3 სუნთქვის წუთმოცულობის გაზრდა; 4 ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება.

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

897. ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ პროცესს ახასიათებს: 1 ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის მკვეთრი შემცირება; 2 სუნთქვითი მოცულობის შემცირება; 3 ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობის მკვეთრი შემცირება; 4 სუნთქვითი მოცულობის გაზრდა.

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

898. ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტისა და ქრონიკული რესტრიქციული ბრონქიტის დიფერენციალური დიაგნოზისთვის იყენებენ: 1 სპიროგრაფიულ გამოკვლევას; 2 პნემოტაქტომეტრია; 3 სინჯს ბრონქოლიზური საშუალებებით; 4 მარშის სინჯს.

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

899. ფილტვების ქრონიკულ ჩირქოვან დაავადებებს თან ახლავს: 1 შინაგანი ორგანოების ამილიდოზი; 2 ორგანიზმის ალერგიზაცია; 3 სუნთქვის უკმარისობა; 4 ბრონქული სეკრეტის გაძლიერებული გამოყოფა.

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

900. ფილტვების ქრონიკული ჩირქოვანი დაავადებების შემთხვევაში ნახველის დღიური პროდუქციის დაქვეითება კეთილსამიჯლო ნიშანია და მიუთითებს კარგ წინასაოპერაციო მომზადებაზე. ნახველის რა რაოდენობის დროსაა ოპტიმალური ოპერაციის ჩატარება?

- ა) 100 მლ-მდე;
- ბ) 50 მლ-მდე;
- *გ) 30 მლ-მდე;
- დ) 80 მლ-მდე;
- ე) 150 მლ-მდე.

901. ბრონქოსკოპიისას სასუნთქი გზების ანესთეზიისათვის იყენებენ: 1) 1-3 %-იან დიკაინის ხსნარს; 2) 10%-იან ნოვოკაინის ხსნარს; 3) ლიდოკაინის 10 %-იან ხსნარს. 4) 10-15 %-იან კოკაინის ხსნარს.

- *ა) 1,2,3

- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

902. დიკაინის ხსნარით ლორწოვანის ანესთეზიის ხანგრძლივობა შეადგენს:

- ა) 10 წთ;
- *ბ) 20-30 წთ;
- გ) 60 წთ;
- დ) 2 სთ;
- ე) 1,5სთ.

903. ბრონქოსკოპიის ჩატარებისას ფ.ხ.ვ. პირობებში ზოგადი გაუტკივრების არჩევის მეთოდია:

- ა) ბარბიტურატები+ფენგანილი;
- ბ) ნეიროლეპტანალგეზია;
- გ) ღიაზეპამი+რელაქსანტი;
- დ) კეტამინი+ღიაზეპამი;
- *ე) პროპოფოლი+ფენგანილი+ რელაქსანტი.

904. ჰიპერვენტილაციის შემდგომი ჰიპოქსიის მიზეზია:

- ა) მორელაქსანტების ნარჩენი მოქმედება;
- *ბ) CO₂-ის ელიმინაციაზე მოთხოვნილების დაქვეითება;
- გ) ფილტვის გაჭიმვის რეცეპტორების ღებურესია;
- დ) ჟანგბადის მაღალი კონცენტრაციის ხანგრძლივად მიწოდება;
- ე) სუნთქვითი აცილოზი.

905. ფილტვების კომპენსატორული შესაძლებლობების გაუმჯობესება შეიძლება მიღწეული იქნას ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სუნთქვითი ვარჯიშებით;
- ბ) ანტიბიოტიკებისა და ბრონქოლიზური საშუალებების ინჰალაციით;
- გ) საღრენაჟო მდგომარეობაში რეგულარული წამოხველებით;
- დ) ფილტვების დამხმარე ხელოვნური ვენტილაციით;
- *ე) ჰიპერბაროთერაპიით.

906. გრაქეობრონქიალური ხის სანაცის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა: 1 ცხვირიდან გრაქეის კათეტერიზაცია; 2 პოსტურალური დრენირება; 3 მუკო და ბრონქოლიზური საშუალებების გამოყენებით ხველების სტიმულაცია; 4 ბრონქოფიბროსკოპია.

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

907. ბრონქოფიბროსკოპიის ძირითად ჩვენებას წარმოადგენს: 1 ბრონქების შევიწროება სიმსივნეებით ან ნაწიბუროვანი სტენოზით; 2 ფილტვიდან სისხლდენა; 3 კუჭის შიგთავსის ასპირაცია; 4 მარცხენა მთავარი ბრონქის ინტუბაცია.

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

908. ფილტვების ქირურგიული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფებში საგულე გლიკომიდები გამოიყენება:

- ა) როლესაც წნევა ფილტვის არტერიაში აღემატება 30 მმ ვწყ. სვ.-ს;
- ბ) გულის უკმარისობის ფარული ფორმის დროს;
- გ) მკვეთრად გამოხტული გულის უკმარისობის დროს;
- დ) სწორია ბ, გ.
- *ე) ყველა სწორია.

909. ფილტვის დაავადებების მქონე ავადმყოფებში საგულე გლიკომიდების გამოყენებას:

- ა) თან ახლავს ღიაზეპამის ინტოქსიკაციის განვითარების საშიშროება;
- ბ) იმდღეობა ჰიპოკალიემიით, აცილოზით;
- გ) საშიშია სიმპაგომიმეგური და ღიურეზული საშუალებების გამოყენების გამო;
- დ) სწორია ბ, გ.
- *ე) ყველა სწორია.

910. ფილტვების ქირურგიული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფებში, კალციუმის ანტაგონისტები გულის უკმარისობისას გამოიყენება: 1 მთკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარების დასაქვეითებლად; 2 გულის კუნთის დიასტოლაში მოლუნების გასაზრდელად; 3 საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის შესამცირებლად; 4 ანტიარითმიული მოქმედებისათვის.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

911. გრაფებრონქული ხიდან ნახველის ევაკუაციის გაუმჯობესება შეიძლება: 1 გულმკერდის ყაფაზის პერკუსიულ-ვიბრაციული მასაჟით; 2 ბრონქო და მუკოლიზური აეროზოლების ინჰალაციით; 3 ხველების სტიმულაციით; 4 ბრონქოსკოპიის გამოყენებით.

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

912. სუნთქვის მწვავე უკმარისობის უმნიშვნელოვანესი კრიტერიუმია:

- ა) PaCO_2 ;
- ბ) PH;
- *გ) PaO_2 ;
- დ) აეროლინამიური წინააღმდეგობა;
- ე) წუთვენილატია.

913. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა ორსანათურიანი ენდობრონქული მილით გართულებული ინტუბაციისას:

- ა) ერთსანათურიანი ენდოგრაქეული მილით ინტუბაცია;
- ბ) ერთსანათურიანი ენდოგრაქეული მილით მარცხენა ბრონქის ინტუბაცია;
- გ) ერთსანათურიანი ენდოგრაქეული მილით მარჯვენა ბრონქის ინტუბაცია;
- *დ) 6-7მმ დიამეტრის ერთსანათურიანი ენდოგრაქეული მილით ინტუბაცია, მასში სპეციალური გამგარ-კათეტერის შეყვანა და მასზე ორსანათურიანი ენდობრონქული მილის გაგარება;
- ე) ლარინგეალური ნიღბის გამოყენება.

914. ორსანათურიანი ენდობრონქული მილის არასწორ მდებარეობაზე მიუთითებს: 1 მაღალი წნევა სასუნთქ კონტურში; 2 დაბალი წნევა სასუნთქ კონტურში; 3 ამოსუნთქული ჰაერის დაბალი მოცულობა; 4 ამოსუნთქული ჰაერის მაღალი მოცულობა.

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

915. ორსანათურიანი ენდობრონქული მილის სწორი მდებარეობის შემოწმების მიზნით გამოიყენება:

- ა) ფილგვების აუსკულტაცია;
- ბ) ფიბრობრონქოსკოპია;
- გ) გულმკერდის რენტგენოსკოპია;
- *დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ყველა.

916. პულმონექტომიის წინ ოპერაბელობის კრიტერიუმებია: 1) $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mm Hg}$; 2) ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა $< 2 \text{ ლ/წმ}$; 3) სუნთქვის მაქსიმალური მოცულობა 50%-ით ნაკლები ნორმასთან შედარებით; 4) VO_2 -კანგბადის მაქსიმალური მოხმარება $< 10 \text{ მლ/კგ/წთ}$.

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

917. თორაკალურ ქირურგიაში ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები გამოყენების უპირატესობა დაკავშირებულია მათ შემდეგ თვისებებთან: 1 ჰემოლინამიკაზე უმნიშვნელო გავლენა; 2 სასუნთქი გზებიდან რეფლექსების დათრგუნვა; 3 ოპერაციის შემდგომი ნარჩენი ანალგეზია; 4 ხველების რეფლექსის დათრგუნვა.

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

918. ფილგვის რეგულაციის დროს ინფუზიურ-გრანსფუზიური თერაპია გულისხმობს:

- ა) ჰიპეროლემიურ ჰემოდილიუციას;
- ბ) კოლოიდური ხსნარების გადასხმას;
- გ) მხოლოდ სისხლის და სისხლის პრეპარატების გადასხმას;
- დ) მხოლოდ კრიოპრეციპიტაციის ინფუზიას;
- *ე) სისხლანაკარგისა და სითხეებზე ორგანიზმის ბაზალური მოთხოვნილების შევსებას.

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია აბლომინალურ ქირურგიაში

919. რეგურგაციის ძირითად მიზმს ზოგადი ანესთეზიის დროს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა: 1 კუჭის შიდა და მუცლის დრუს შიდა წნევის მატება; 2 კარდიალური სარქველის ფუნქციური უკმარისობა; 3 სასუნთქი გზების ობსტრუქციით გამოწვეული ჰიპოქსია; 4 პრეკურარიზაცია ინლექციის წინ.

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

920. კარდიალური სარქველის ტონუსი მცირდება ყველა ქვემოთჩამოთვლილი პრეპარატების ზეგავლენით, გარდა: 1 არბიტურატისა, კეტამინისა; 2 თეოფილინისა; 3 იზოპროტერენოლისა; 4 ნეოსტიგმინისა.

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

921. „სავსე კუჭის» დროს რეგურგაციის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია: 1 ინტუბაცია მუფთიანი მილით; 2 სელიკის ხერხის გამოყენება; 3 პრეკურარიზაცია არამალეპოლარიზებული მიორელაქსანტით; 4 ტრენდელენბურგის პოზიცია.

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

922. ხორხის ღაცვითი რეფლექსების შემცირება შესაძლებელია ყველა ქვემოთჩამოთვლილი ფაქტორის ზეგავლენით, გარდა: 1 ალგილობრივი ანესთეზია+ნარკოტიკული ანალგეტიკული საშუალებები; 2 ნატრიუმის თიოპენტალისა; 3 ნეიროლეპტანალგეტიკისა; 4 კეტამინისა.

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

923. მიუთითეთ სიტუაციები, როლესაც მოსალოდნელია რეგურგაციის განვითარება: 1 ნებისმიერი ეტიოლოგიის პერიტონიტი; 2 ურემია; 3 პილოროსტენოზი; 4 ღიაბეტური კეტოაცილოზი.

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

924. გადაუღებელი ანესთეზიისას ავადმყოფის წინასაოპერაციო გამოკვლევა მოიცავს: 1 ჰემოლიზმიკური მახეწებლების შეფასებას; 2 ალერგიული ანამნეზის შეგროვებას; 3 ინტუბაციის სირთულის შეფასებას; 4 ღვიძლის ფუნქციების გამოკვლევას.

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

925. 30 წლის ავადმყოფს უნდა ჩაუკარდეს ოპერაცია მწვავე აპენდიციტის გამო; ავად გახდა 24 საათის წინ, ორჯერ აღენიშნა ღებინება, სხეულის ტემპერატურა 38,9°C, ანამნეზში კუჭის წყლულის გამო გაკეთებული აქვს ულცეროზოზოფია. ავადმყოფი აგზნებულია, აღენიშნება ტკივილი მუცლის დრუსში, მუცელი შებერილი, პალპაციით მტკივნეული მარჯვენა თეძოს მოდამოში. პულსი 100 წთ-ში, რითმული, საშუალო ავსების, არტერიული წნევა 140/90, სუნთქვის სიხშირე 26წთ-ში, სუნთქვა ვეზიკულური, ხიხინი არ აღინიშნება. ყველაზე მიზანშეწონილია ჩატარდეს ანესთეზია:

- ა) ალგილობრივი;
- ბ) ნიღბით, სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით;
- გ) ინტრავენული, სპონტანური სუნთქვით;
- *დ) ენდოტრაქეული კომბინირებული;
- ე) ელექტროანესთეზია.

926. მუცლის დრუს ორგანოებზე მასშტაბური ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფმა აღადგინა სპონტანური სუნთქვა. ვენტილაციის პარამეტრებია: სუნთქვითი მოცულობა - 500მლ, სუნთქვის სიხშირე - 6წთ-ში. ფ.ხ.ვ.-ს რომელი რეჟიმი მიზანშეწონილია: 1 ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია ინვერსირებულ რეჟიმში. 2 ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია ღაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 3 ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია ჩასუნთქვაზე წნევის შემზღვით; 4 ფილტვების სინქრონიზირებული იძულებითი გარდამავალი ვენტილაცია.

- ა) 1,2,3

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

927. რეგურგაციის პროფილაქტიკის მიზნით პერიტონიტიან ავადმყოფს საჭიროა ჩაუტარდეს შემდეგი მანიპულაციები: 1 კუჭის შიგთავის ევაკუაცია; 2 განხორციელდეს პრეკურარიზაცია არამადეკოლარიზებული რელაქსანტებით; 3 ავადმყოფი მოთავსდეს ფოვლერის პოზიციაში; 4 გაიბეროს საინტუბაციო მილის შუფთა.

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

928. რესპირატორული აციდოზის დროს ანესთეზიოლოგის ტაქტიკა შემდეგნაირია:

- ა) ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ტრანსფუზია;
- *ბ) ჰიპერვენტილაციის ჩატარება ნახევრად ღია კონტურით;
- გ) ნარკოტიკული ნივთიერებების მიწოდების შემცირება;
- დ) სუნთქვითი ანალეფსიური საშუალებების ინტრავენული შეყვანა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

929. მიუთითეთ მდგომარეობები, როდესაც დეკურარიზაციის ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი: 1 ანამნეზში ინფექციურ-ალერგიული ბრონქული ასთმა; 2 თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა; 3 თიაქარკვეთის გამოწარმოებული ზოგადი ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით; 4 ოპერაციის შემდგომ ავადმყოფის ზოგადი ქირურგიის განყოფილების პალატაში გადაყვანისას.

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

930. ჰიპერტონული დეჰიდრატაცია ვითარდება: 1 ჰიპერტონიის დროს; 2 ქლოზინის დროს; 3 უმაქრო დიაბეტის დროს; 4 დიარეის შედეგად.

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

931. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გახანგრძლივებული ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენებებია: 1 ნებისმიერი ეტიოლოგიის ჰიპოპერფუზია; 2 გახანგრძლივებული შოკური მდგომარეობა; 3 გულის იშემიური დაავადება; 4 ჰემოგლობინის კონცენტრაცია 100 გ/ლ.

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

932. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გახანგრძლივებული ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენებებია: 1 ჭარბი წონა; 2 კუჭის შიგთავის ასპირაცია; 3 ფილტვების მძიმე დაავადებები; 4 სეფსისი.

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

933. კუჭის შიგთავის ასპირაციის გამოვლინებებია: 1 კუჭის შიგთავის პირ-ხახაში არსებობა; 2 მძიმე ჰიპოქსემია; 3 ჩასუნთქვისას პიკური წნევის მომაგება; 4 ბრონქოლიტის დაავადება.

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

934. კუჭის შიგთავის ასპირაციის გამოვლინებებია: 1 ბრონქოსპაზმი; 2 ლარინგოსპაზმი; 3 ხველა; 4 სუნთქვის რიტმის დარღვევა.

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

935. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის საშიშროება არსებობს შემდეგ შემთხვევებში: 1 ლარინგეალური რეფლექსების დაქვეითებისას; 2 `სავსე კუჭის" დროს; 3 კუჭში აირების დაგროვებისას; 4 პაციენტებში, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ოპერაცია საყლაპავზე.

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

936. კუჭის შიგთავსის ასპირაციაზე ეჭვის შემთხვევაში: 1 თუ ავადმყოფი დაინტუბირებულია, იგი უნდა დაეაწვინოთ მარცხენა გვერდზე და მოვითავსოთ გრენდელენბურგის პოზიციაში; 2 უნდა განხორციელდეს გრაქო-ბრონქული ხიდან შიგთავსის ასპირაცია; 3 უნდა განხორციელდეს ფ.ხ.გ. 100% O2-ით; 4 დაუყოვნებლივ დაწყებულ იქნას ფ.ხ.გ. დაღებითი წნევით.

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

937. კუჭის თხიერი შიგთავსის ასპირაციის და ბრონქოსპაზმის შემთხვევაში ანესთეზიოლოგის მოქმედების გაქტიკა: 1 ამოსუნთქვის ბოლოს დაღებითი წნევის შექმნა; 2 ფ.ხ.გ. 100% O2-ით; 3 ბრონქოდილატატორების შეყვანა; 4 დაუყოვნებლივ ბრონქოსკოპის ჩატარება.

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

938. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის გართულებებია: 1 პნევმონია; 2 მოზრდილთა რესპირატორული დისგრეს სინდრომი; 3 სეფსისი; 4 ფ.ხ.გ.-ის პირობებში ფილგვების ბაროტრაემა.

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

939. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის შეიძლება განპირობებული იყოს: 1 ლარინგოსპაზმით; 2 ხორხის შეშუპებით; 3 სახმო იოგების დამზლით; 4 ზემო სასუნთქ გზებში სეკრეცისა და სისხლის არსებობით.

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

940. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის კლინიკური გამოვლინებებია: 1 ძლიერი ინსპირატორული ხმიანობა; 2 დაქვეითებული ინსპირატორული მოცულობა; 3 ჩასუნთქვისას ნეკნთაშუა არეების ჩავარდნა; 4 ამოსუნთქვისას მსგვინავი, მოგუგუნე ხიხინი.

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

941. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის კლინიკური გამოვლინებებია: 1 ძლიერი ინსპირატორული ხმიანობა; 2 დაქვეითებული ინსპირატორული მოცულობა; 3 ჩასუნთქვისას ნეკნთაშუა არეების ჩავარდნა; 4 პსიქომოტორული აგზნება, ჰიპოქსემია, ციანოზი.

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

942. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის დროს: 1 ფილგვების დამზმარე ვენტილაცია ნიღბით მუღმივი დაღებითი წნევის პირობებში; 2 ხორხ-ხახხაში არსებული სითხის ასპირაცია; 3 ლარინგოსპაზმის შემთხვევაში, ბეჭდ-ფარისებური იოგის გავლით სახმო იოგების მიდამოში 5% 10მლ ლილოკაინის ხსნარის შესხურება; 4 ინჰალაცია 30%-იანი ენგბალით.

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

943. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის დროს, როდესაც ფილგვების დამზმარე ვენტილაცია, სანაცია, ლილოკაინის ხსნარის შესხურება და ენგბალის ინჰალაცია უეფექტო ანესთეზიოლოგის გაქტიკა: 1 დასახმარებლად უფრო გამოცდილი სპეციალისტის გამოძახება; 2 ჩატარდეს

ტრაქტის რეინტუბაცია; 3 რეინტუბაციის ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში განხორციელდეს ტრანსტრაქეალური ნაკალური ვენტილაცია; 4 უკანასკნელის უეფექტობის შემთხვევაში, ჩატარდეს კრიკოთირეოტომია ან ტრაქეოსტომია.

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

944. ტრაქტის ინტუბაციის რამდენიმე წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ, ფ.ხ.ვ.-ის ჩატარების ყველაზე მარტივი მეთოდია: 1 ნაზოტრაქეული ინტუბაცია; 2 ტრაქტის ინტუბაცია ფიბრობრონქოსკოპიის დახმარებით; 3 ტრაქტის რეტროგრადული ინტუბაცია; 4 ლარინგეალური ნიღბის ჩაღმა.

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

945. საყლაპავის ინტუბაციის ნიშნებია: 1 ფილგვების აუსკულტაციისას სუნთქვითი ხმიანობის არ არსებობა; 2 სუნთქვითი ხმიანობა მოისმინება ეპიგასტრიუმში; 3 ენდოტრაქეულ მილში კუჭის შიგთავის არსებობა; 4 კაპნოგრაფიის მაღალი ამპლიტუდა.

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

946. დაუგეგმავი ექსტუბაცია შეიძლება მოხდეს: 1 ნაზოგასტრალური ზონის ჩაღმის ან ამოღების დროს; 2 ენდოტრაქეული მილის ცული დაფიქსირების შემთხვევაში; 3 პაციენტის მდებარეობის შეცვლის დროს; 4 ენდოტრაქეული მილის ღრმად ჩაწევისას.

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

947. დაუგეგმავი ექსტუბაციის გამოვლინებებია: 1 სასუნთქი კონტურის სრული ან ნაწილობრივი არაპერმეაბლობა; 2 აირთა ნარევის მაღალი ან ნორმალური ინსპირატორული ნაკალი; 3 ფილგვების აუსკულტაციისას სუნთქვითი ხმიანობის არ არსებობა; 4 კაპნოგრაფიის მაღალი პარამეტრები.

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

948. დაუგეგმავი ექსტუბაციისას მოქმედების ტაქტიკაა: 1 ზედა სასუნთქი გზების გამაფლობის უზრუნველყოფა; 2 ენდოტრაქეული მილის ღრმად ჩაწევა; 3 ნიღბით ფ.ხ.ვ. 100% O₂-ით; 4 დაუგეგმავ ექსტუბაციაზე ეჭვისას დაუყოვნებლივ ავადმყოფის სასწრაფო განმეორებითი ინტუბაცია.

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

949. ავადმყოფებში ალკოჰოლური ინტოქსიკაციით ნარკოზში ინლექციისას გამოიყენება შემდეგი მედიკამენტები: 1 ღიაპეპაში; 2 ნაგრიუმის თიოპენტალი; 3 ეტომიდაგი; 4 პროპანილიდი (სომბრეფინი).

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

950. ავადმყოფებში ალკოჰოლური ინტოქსიკაციით:

- *ა) ბარბიტურატებისა და სუქცინილქოლინის დოზა უნდა გაიზარდოს;
- ბ) ბარბიტურატებისა და სუქცინილქოლინის დოზა უნდა შემცირდეს;
- გ) ბარბიტურატების დოზა გაიზარდოს, სუქცინილქოლინის – შემცირდეს;
- დ) ბარბიტურატების დოზა შემცირდეს, სუქცინილქოლინის – გაიზარდოს;
- ე) ბარბიტურატებისა და სუქცინილქოლინის დოზა არ უნდა შეიცვალოს.

951. ნარკოტიკული დამოკიდებულების მქონე პაციენტების წინასაოპერაციო მომზადების პერიოდში საჭიროა:

- *ა) ნარკოტიკული პრეპარატების მიღების ციკლოგრამისა და დოზის შენარჩუნება;

- ბ) ნარკოტიკული პრეპარატების ღირებულების გაზრდა;
- გ) ნარკოტიკული პრეპარატების ღირებულების შემცირება;
- დ) ნარკოტიკული პრეპარატების მოხსნა.

952. ნარკოტიკული დამოკიდებულების მქონე პაციენტებში ნარკოზში ინლექციისას გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები:

- ა) მხოლოდ ნატრიუმის თიოპენტალი;
- *ბ) ნატრიუმის თიოპენტალი + ფენტანილი;
- გ) მხოლოდ ბენზოლიაზეპინები;
- დ) ბენზოლიაზეპინები + ფენტანილი;
- ე) ჰალოგანით ინჰალაცია.

953. ნარკოტიკული დამოკიდებულების მქონე პაციენტებში მოგადი ანესთეზიის ჩატარებისას უპირატესობა ენიჭება:

- ა) ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით მონოანესთეზიას;
- ბ) ინტრავენურ გოგალურ ანესთეზიას;
- *გ) ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების და ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებების კომბინაციას;
- დ) ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების კომბინაციას გამტარებლობით ანესთეზიასთან;
- ე) ადგილობრივ ან გამტარებლობით ანესთეზიას.

954. დაბალანსებული მოგადი ანესთეზიისას ინლექცია გულისხმობს:

- ა) ღიაზეპამი 0,33 მგ/კგ ი.ვ.;
- ბ) ფენტანილი 0,8 მკგ/კგ ი.ვ.;
- გ) ნატრიუმის თიოპენტალი 20 მგ/კგ ი.ვ.;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- *ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

955. დაბალანსებული მოგადი ანესთეზიისას ინლექცია გულისხმობს: 1 სუქციინილქოლინი 2 მგ/კგ ი.ვ.; 2 ფენტანილი 3,3 მკგ/კგ ი.ვ.; 3 ღიაზეპამი 0,16 მგ/კგ ი.ვ. და ნატრიუმის თიოპენტალი 6,5-7,5 მგ/კგ ი.ვ.; 4 პიპეკურონიუმით 0,016მგ/კგ ი.ვ.

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

956. დაბალანსებული მოგადი ანესთეზიისას ნარკოზში ინლექცია გულისხმობს: 1 ფენტანილი 3,3 მკგ/კგ ი.ვ.; 2 ღიაზეპამი 0,16 მგ/კგ ი.ვ.; 3 ნატრიუმის თიოპენტალი 6,5-7,5 მგ/კგ ი.ვ.; 4 პიპეკურონიუმით 0,1 მგ/კგ ი.ვ.

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

957. დაბალანსებული მოგადი ანესთეზიისას ნარკოზში ინლექციისას: 1.ფენტანილი, 2. სუქციინილქოლინი, 3.ნატრიუმის თიოპენტალი, 4.პიპეკურონიუმის გესგ-ლომა, 5.ღიაზეპამი.

- ა) 1,2,3,4,5;
- ბ) 4,5,2,1,3;
- გ) 3,1,4,5,2;
- *დ) 4,5,3,1,2;
- ე) 2,1,5,3,4.

958. დაბალანსებული მოგადი ანესთეზიისას ნარკოზში ინლექციისას: 1.ფენტანილი, 2.ნატრიუმის თიოპენტალი, 3.პიპეკურონიუმით 0,1 მგ/კგ ი.ვ., 4.ღიაზეპამი.

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

959. ავადმყოფებში `სავსე კუჭით`, სწრაფი თანმიმდევრული ინლექციის დროს, თავისა და სხეულის მდებარეობა უნდა იყოს:

- ა) თავის მდებარეობა ჯექსონის კლასიკურ პოზიციაში;
- ბ) ფოვლერის მდებარეობა;
- გ) ტრენდლენბურგის მდებარეობა;
- *დ) ანესთეზიოლოგისათვის მისაღებად ავადმყოფის ისეთი პოზიცია, რომელ პირობებშიც მისთვის უფრო მარტივი ე) და მოსახერხებელია გრაქების ინტუბაცია;
- ვ) ავადმყოფის მდებარეობა გვერდზე.

960. ბაზისური ანესთეზია მოიცავს: 1 ფსიქოსტამისის მართვას; 2 ანტინოციცეფიურ დაცვას; 3 მიოპლეჯიას; 4 ნეიროვეგეტატიურ სტაბილიზაციას.

- ა) 1,2,3

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

961. ბაზისური ანესთეზია ხორციელდება: 1 ინჰალაციური გზით; 2 ინტრავენური გზით; 3 კომბინირებული გზით; 4 კანგზალის გამოყენების გარეშე.

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

962. ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების და ინტრავენური ანალგეტიკების კომბინირებული გამოყენება მისაღებია შემდეგი მოსაზრებებიდან გამომდინარე: 1 ზოგადი ანესთეზიის მართვალობა; 2 ეფექტების პოტენცირება; 3 ანტიოციციფციური ღაცვის მაღალი ღირებულება; 4 პოსტოპერაციულ პერიოდში მიზანმიმართული ანგიოლოგიური მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობა.

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

963. აბლომინალური ურგენტული ოპერაციული ჩარევების დროს, რომლებსაც თან არ ახლავს მასიური სისხლდენა, გადასასხმელი სითხის მოცულობა ჩვეულებრივ შეადგენს:

- *ა) 2-7 მლ/კგ-ზე სთ-ში;
- ბ) 30-40 მლ/კგ-ზე სთ-ში;
- გ) 8-10 მლ/კგ-ზე სთ-ში;
- დ) 10-20 მლ/კგ-ზე სთ-ში;
- ე) 20-30 მლ/კგ-ზე სთ-ში.

964. ღვიძლი: 1 ღებულობს გულის წუთმოცულობის 15 %-ს; 2 ბარბიტურატების გამოყენების შემდეგ ღვიძლის ფერმენტების რაოდენობა მაგულობს; 3 ორგანიზმში მოხვედრილი ჰალოგანის 10 % მეტაბოლიზდება ღვიძლში; 4 ღვიძლი სისხლის 70 %-ს ღებულობს კარის ვენის სისტემიდან.

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

965. ქრონიკული პროცესები ღვიძლში და ღვიძლგარე სანაღველე გზებში ვლინდება: 1 ცილოვანი დისკროფიით; 2 დისპროტეინემიით; 3 ცხიმოვანი დისკროფიით; 4 ასპარტატამინოტრანსფერაზის შემცველობის შემცირებით.

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

966. მექანიკური სიყვითლის დროს ღვიძლის ფუნქციის დარღვევას ახასიათებს: 1 დისპროტეინემია; 2 ფიბრინოგენის შემცველობის მაგება; 3 პირდაპირი ბილირუბინის ღირებულების მომაგება სისხლში; 4 ტუტე ფოსფატაზის შემცირება.

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

967. მიუთითეთ დარღვევები ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებში: 1 ფიბრინოგენი - 300მგ%; 2 თიმოლის სინჯი - 7 ერთეული; 3 ტუტე ფოსფატაზა - 26 ერთეული; 4 სულემის სინჯი - 4 მლ.

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

968. მწვავე ლესტრუქციული ქოლესისტიტით გამოწვეული მექანიკური სიყვითლის გამო სასწრაფო ოპერაციული ჩარევისათვის ავადმყოფის მომზადება ჩვეულებრივ გრძელდება:

- *ა) 1-2 სთ;
- ბ) 6 სთ;
- გ) 12 სთ;

- დ) 1 ღღე-ღამე;
- ე) 2 ღღე-ღამე.

969. ავადმყოფი მწვავე ქოლერისტიგით ღა მექანიკური სიყვიითლით ოპერაციის წინ უნღა მომზადღეს: 1 სპაზმოლიზური საშუაღებებით; 2 პრეპარაღებით, რომღებიც უზრუნვეღყოფენ ნორმაღურ ჰემოსღაზს; 3 კრისღალიღებით; 4 პროღეაზას ინჰიბიღორებით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

970. კომღლექსური გაღოკეღეღის საფუძეღღე 60 წღის ავადმყოღს ღაღესღა ღიაღნოზი: მწვავე ქოლერისტიგი, ქოლელოქოლითიაზი, მექანიკური სიყვიითღე. კონსერვატიული თერაპია მოიცავს ყვეღას, გარღა;

- ა) კრისღალიღების გაღასღმას;
- ბ) პრეპარაღებს, რომღებიც უზრუნვეღყოფენ ნორმაღურ ჰემოსღაზს;
- *გ) მორფინის კანქვეღა ინექციას;
- ღ) სპაზმოლიზური საშუაღებებს;
- ე) ანღიბიოტიკებს.

971. მწვავე ქოლერისტიგით ღაავადღებულის მღგომარეობა ერთი ღღე-ღამის განმზავღობაში გაუარღსღა, მარჯვენა ფერღქვეღა არეში გაუღღიერღა ტკივიღი, გაღოღღინღა პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტოღები, მოიზაღა ბიღირუბინეღიაზ, პუღსი 60 წღ-ში, არღერიული წნევე 90/50 მმ.ვწყ. სვ. გაღაწყღა ოპერაციული ჩარევე. წინასაოპერაციო მომზადღება მოიცავს: 1 კრისღალიღების გაღასღმა არაუღცირღს 1,5-2 ღ-ისა; 2 ნაზოგასტრალური ზონღის ჩაღგმა; 3 პრემაღიკაცია სუპრასღინი+ფენღანიღი+აგროპინი; 4 პრემაღიკაცია პროღეაზინი+მორფინი;

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- ე) 1,2,3,4.

972. მექანიკური სიყვიითღის გაღო ოპერაციული ჩარეღის ღროს არაზაღეპოღარიზღებელი რეღაქსანღების გაღოყენება: 1 საჭიროღეს აუციღებღღ ღეკურარიზაციას; 2 გაღოყენება ღასაღვეღია მხოლოღ საკმარისი ღიურების ღროს; 3 აღინიზნება მათი ჰიღროღიზის შენეღება; 4 აღგიღი აქღს ორღანიზმიღან მეღაბოღიღების გაღოყოღის გაზანღრღღიღებას.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

973. აგროპინის სღანღარღული პრეღეღიკაციული ღოზა არის 0,01 მგ/კგ-ზღე. მიუთითეთ მღგომარეობები, როღესაღ მიზანშეწონიღია მისი გაღოყენება უფრო ღღი ღოზით: 1 მწვავე კალკულოზური ქოლერისტიგი; 2 მწვავე აპენდიციტი; 3 წერიღი პიგმენტიკური კონკრემენღების არსებობა ნაღღღის საერთო საღინარში; 4 უნივერსალური ფერმენტიკული პერიტონიტი.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- ე) 1,2,3,4.

974. მწვავე პანკრეატიტის ღა პანკრეონეკროზის პათოგენეზურ რღოღს წარმოაღგენს: 1 კუჭუკანა ჯირღვალის საღინარში წნეღის მოზაღება; 2 კინინ-კალიკრეინის სისღემის აქტივაცია; 3 პროტიღიზი; 4 ჰიპოვოღემია.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

975. მწვავე პანკრეატიტის ღა პანკრეონეკროზის ღროს პერიფერიული ღა ცენტრალური ჰემოღინაზიკის ცვლიღება განპირობებულია შეღღეღი ფაქტორებით: 1 ბრადიკინინით; 2 კალიღინით; 3 ჰისღამინით; 4 ტრიფსინით.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- ღ) 4
- ე) 1,2,3,4.

976. მწვავე პანკრეატიტის ღროს განვითარებული გოქსემიის პირვეღ ფაზას აზასიათებს: 1 ცხიზოვანი ნეკროზი; 2 ქიმიური პერიტონიტიის განვითარება; 3 ჰემოღინაზიკის ღარღეღეღის ჰიპერღინაზიური ზასიათი; 4 მოცირკულირე სისღღის მოციღობის შემცირება.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

977. მწვავე პანკრეატიტის დროს აღინიშნება შემდეგი ცვლილებები: 1 დისპროტეინემია; 2 ჰიპერკალციემია; 3 ჰიპოქლორემია; 4 ჰიპერნატრიემია.

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

978. მწვავე პანკრეატიტის დროს გოქსემიის ერთ-ერთი მძიმე გართულების სუნთქვის უკმარისობის განვითარების მიზეზია: 1 ფილტვის კაპილარების განვლადობის დარღვევა; 2 ვენტილაციის დარღვევა; 3 ვენტილაციურ-პერფუზიული თანაფარდობის დარღვევა; 4 ალვეოლურ მემბრანაში აირების დიფუზიის დარღვევა.

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

979. მწვავე პანკრეატიტის დროს ინტენსიური თერაპიის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს: 1 ჰიპოვოლემიის კორექცია; 2 ლეზინტოქსიკაცია; 3 გაუტკივარება; 4 წყალ-მარილოვანი და მჟავა-ტუტოვანი ცვლის კორექცია.

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

980. მიუთითეთ დარღვევები შემდეგ პარაკლინიკურ მონაცემებში:

- ა) ამილაზა სისხლში 48 ერთეული;
- ბ) ამილაზა შარდში 16 ერთეული;
- გ) გლუკოზა სისხლში 6,6 მგ%;
- დ) ლიპაზა სისხლში 1,5 ერთეული;
- *ე) არც ერთი არ არის დარღვევა.

981. მწვავე პანკრეატიტის ხშირად თან ახლავს შეუჩერებელი პირღებინება. მიუთითეთ რისი გამოყენება არის მიზანშეწონილი: 1 ნატრიუმის ქლორიდი; 2 ნატრიუმის ლაქტატი; 3 კალიუმის ქლორიდი; 4 კალციუმის ფოსფატი.

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

982. პანკრეონეკროზით დაავადებულებს შენარჩუნებული დიურეზის ფონზე ესაჭიროებათ სითხეების გადასხმა:

- ა) 1 ლ-მდე;
- ბ) 1-2 ლ-მდე;
- გ) 2-3 ლ-მდე;
- *დ) 5-6 ლ-მდე;
- ე) 15 ლ-მდე.

983. მწვავე პანკრეატიტით დაავადებულებს ელექტროლიტური ცვლის კორექციისათვის სჭირდებათ: 1 კალიუმის პრეპარატი; 2 კალციუმის პრეპარატი; 3 მაგნიუმის შემცველი პრეპარატი; 4 ნატრიუმის შემცველი პრეპარატი.

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

984. მწვავე პანკრეატიტის დროს ჰიპერგლიკემია განპირობებულია: 1 ლანგერჰანსის კუნძულების დაზიანებით; 2 ინსულინის შედარებითი უკმარისობით; 3 გლუკაგონის მოქმედების გაძლიერებით; 4 ქსოვილების მიერ ინსულინის უგილიზაციის უნარის დაკარგვით.

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

985. პანკრეონეკროზის დროს გოქსემიის მეორე ფაზაში ოლიგურია არის:

- ა) პრერენული;
- *ბ) რენული;
- გ) პოსტრენული.

986. პანკრეონეკროზის დროს გოქსემიის პირველ ფაზაში ოლიგურია არის:

- *ა) პრერენული;
- ბ) რენული;
- გ) პოსტრენული.

987. აპენდექტომიის დროს, ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია ფ.ხ.ფ-ით მიორელაქსაციის ფონზე მიზანშეწონილია ჩატარდეს, როდესაც: 1 მოსალოდნელია მუცლის ღრუს გაფართოებული რევიზია; 2 მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესია; 3 ღანაზი აგიაპური მღებარეობისა; 4 ავადმყოფი მსუქანია.

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

988. ავადმყოფი, პერიტონიგის ნიშნებით, საჭიროებს შემდეგ მომზადებას: 1 ჯგუფისა და რემუს-ფაქტორის განსაზღვრას; 2 შარდის ბუშის კათეტერიზაციას; 3 კუჭში ზონდის ჩაღმას; 4 ნერვოპათოლოგის კონსულტაციას.

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

989. პერიტონიგიან ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე უნდა ჩაუტარდეს პრემედიკაცია: 1 სუპრასტინით; 2 ფენტანილით; 3 დიაზეპამით; 4 აგროპინით.

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

990. პერიტონიგიან ავადმყოფს ინლექცია შეიძლება ჩაუტარდეს: 1 ბარბიტურატი; 2 ჰალოგანი; 3 ლიპრივანი; 4 დიაზეპამით.

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

991. პერიტონიგიან ავადმყოფს ზოგადი ანესთეზია შეიძლება ჩაუტარდეს: 1 ატარალგეზით; 2 დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზიით; 3 ზოგადი ანესთეზია + გამტარებლობითი ანესთეზია; 4 ზოგადი ანესთეზია მხოლოდ ჰალოგანი.

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

992. მწვავე აპენდიციტის დროს კომბინირებული ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით შესაძლოა ჩატარდეს: 1. ავადმყოფთან, გამოხატული ენდოკრინული დარღვევებით; 2. მსუქან ავადმყოფთან; 3. ავადმყოფთან, სასუნთქი ორგანოების მძიმე თანმხლები პათოლოგიით; 4. ავადმყოფთან, რომლის სახისა და კისრის აგებულება ართულებს ინტუბაციას.

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

993. კუჭის წყლულის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დროს პერიტონიგის რეაქტიული ფაზა განპირობებულია:

- ა) მუცლის ფარის ჰიპერერგული რეაქციით;
- ბ) ორგანიზმის რეაქტიულობის ცვლილებით;
- *გ) მუცლის ღრუში მყავე შიგთავსის შეღწევით;
- დ) ცთომილი ნერვის ხანგრძლივი გაღიზიანებით;
- ე) შიპოვოლემით.

994. კუჭის წყლულის პერფორაციის დროს პერიტონიგის გოქსიურ ფაზას ახასიათებს: 1 ბრადიკარდია; 2 ნაწლავის პარეზი; 3 საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირება; 4 ქოშინი.

- ა) 1,2,3

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

995. გულის წუთმოცულობის შენარჩუნება პერიტონიგის მეორე ფაზაში განპირობებულია:

- ა) სისტოლური მოცულობის მომატებით;
- *ბ) გულის კუმშვადობის სისშირის მომატებით;
- გ) მარცხენა პარკუჭის მუშაობის გაძლიერებით;
- დ) საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირებით;
- ე) მოციროკულირე სისხლის მოცულობის მატებით.

996. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციით გამოწვეულ პერიტონიგის გერმინალურ ფაზას ახასიათებს: 1 ცნს-ის გოქსიური ღამიანება; 2 ფუნქციური გაუვალობის განვითარება; 3 დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედელების სინდრომის განვითარება; 4 ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის განვითარება.

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

997. პერიტონიგის გერმინალურ ფაზაში შესაძლოა მუცლის მხრივ არ აღინიშნებოდეს ადგილობრივი მოვლენები, რაც ანესთეზიოლოგს ავალღებულებს აწარმოოს პერიტონიგის დიფერენცირება: 1 მიოკარდიუმის ინფარქტთან; 2 გოქსიკონინფექციასთან; 3 ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობასთან; 4 გასტრო-ინტესტინურ სისხლღენასთან.

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

998. კუჭის წყლულის პერფორაციით ღაღაღებულს პერიტონიგის მეორე ფაზაში აღინიშნებოდა ჰიპოვოღემია, რაც განპირობებულია: 1 ღებინებით; 2 ნაწლავის სანათურში სისხლის თხიერი ნაწილის გაღენით; 3 წერილი ნაწლავის კეღელში სითხის ღაგროვებით; 4 სითხის პერსპირაციული ღანაკარგი.

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

999. პერიტონიგის ღროს დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედელების სინდრომის განვითარება განპირობებულია: 1 სისხლის ფორმიანი ეღემენგების აღჰემით და აგრეგაციით; 2 თრომბოციგებიღან და ერითროციგებიღან კოაგულაციური ფაქტორების გომონთავისუღლებით; 3 მიკროცირკულაციის ღარღვევით; 4 მიკროსისხლძარღვების კეღლების განვღაღობის ღარღვევით.

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

1000. ავადმყოფს, რომელსაც პერიტონიგით გართუღებული კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის გომო უკეთღება ოპერაცია, ოპერაციისწინა პერიოღში უღარღება ყვეღაფერი, გარღა: 1 ცენტრალური ვენის კათეგერიზაცია; 2 ცენტრალური ვენური წნევის კონტროლი; 3 დიურემის კონტროლი; 4 პრესორული ამინების შეყვანა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *ღ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1001. პერიტონიგის რეაქტიულ ფაზაში ოპერაციისწინა პერიოღის ხანგრძლიობა საშუალოღ უღრის:

- ა) არ საჭიროებს მომზაღებას;
- *ბ) 1-2 სთ;
- გ) 3-5 სთ;
- ღ) 5-7 სთ;
- ე) 10-12 სთ.

1002. პერიტონიგის გერმინალურ ფაზაში, ოპერაციისწინა მოსამზაღებელ პერიოღში უნღა ჰაგარღეს: 1 ცენტრალური ვენის კათეგერიზაცია; 2 კუჭის ინტუბაცია; 3 ეღექტროლიტური ბაღანსის კორექცია; 4 ჰიპოვოღემიის კორექცია.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1003. მიუთითეთ მდგომარეობები, როდესაც მოსალოდნელია მეტაბოლური აციდოზის განვითარება: 1 სწორი ნაწლავის სიმსივნე.; 2 სიგმური ნაწლავის შემოგრება; 3 წვრილ ნაწლავ-კოლინჯის ფისგულა; 4 წვრილი ნაწლავის მაღალი სტრანგულაციური გაუვალობა.

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

1004. ავადმყოფი საოპერაციოა კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის შედეგად განვითარებული პერიტონიტის გამო. ოპერაციისწინა მომზადება შეიძლება შეფასდეს დამაკმაყოფილებლად ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) ცენტრალური ვენური წნევა უდრის 20 სმ. წყ. სვ.;
- ბ) აღინიშნება არტერიული წნევის მაგების ტენდენცია;
- გ) ღიურები არანაკლებ 0,8-1,2 მლ/წთ;
- დ) გულის კუმშვალობის სიხშირე შემცირდა;
- ე) ტემპერატურული გრადიენტის შემცირება.

1005. პერიტონიტის რეაქტიული ფაზის დროს ავადმყოფს პრემედიკაციაში უკეთდება:

- ა) ნარკოტიკული ანალგეტიკები;
- ბ) ქოლინოლიტიკები;
- გ) ტრანკვილიზატორები;
- დ) ანტიჰისტამინური პრეპარატები;
- *ე) სწორია ყველა.

1006. კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს შესაძლებელია ძირითადი ანესთეზიის შემდეგი ვარიანტები: 1 აზოტის ქვექანგი+ნეიროლეპტანალგეზია; 2 აზოტის ქვექანგი+ატარალგეზია; 3 აზოტის ქვექანგი+ქანგბალი+კეტამინი+ცენტრალური ანალგეზია მორფინით; 4 აზოტის ქვექანგი+ცენტრალური ანალგეზია ფენტანილით+ქანგბალი.

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

1007. ნაწლავთა გაუვალობის დროს ნაწლავთა კედელში მიკროცირკულაციის დარღვევა განპირობებულია: 1 რეაბსორბციის დარღვევით; 2 ნაწლავთა პერისტალტიკის შესუსტებით; 3 ალდოსტერონის გამოყოფის გაძლიერებით; 4 ნაწლავთა მარყუქში წნევის მაგებით.

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

1008. ნაწლავთა გაუვალობის დროს აღინიშნება სითხეების და ელექტროლიტების დანაკარგი, რაც განპირობებულია: 1 რეაბსორბციის დაქვეითებით; 2 ლეზინებით; 3 ქოშინით; 4 სეკვესტრაციით ნაწლავთა სანათურში.

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

1009. ნაწლავთა მაღალი გაუვალობის დროს კალიუმის დაკარგვის მიზეზს წარმოადგენს: 1 ლეზინება; 2 ნაწლავის კედლის მიკროცირკულაციის დარღვევა; 3 კუჭის შიგთავსის მუდმივი ასპირაცია; 4 მეტაბოლური აციდოზის განვითარება.

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

1010. ნაწლავთა პარალიზური გაუვალობის გამომწვევი მიზეზებია: 1 ნაწლავთა ინერვაციის მოშლა; 2 სისხლში კატექოლამინების მაგება; 3 სისხლში ალდოსტერონის მომაგება; 4 ჰიპოკალიემია.

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

1011. ჩაჭედილი თიაქარის დროს ანესთეზიოლოგის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს: 1 წყლის და ელექტროლიტების დარღვეული ცვლის კორექცია; 2 დემინტოქსიკაციური თერაპია; 3 ასპირაციის პროფილაქტიკა; 4 ალექვატური გაუჭკვიარება.

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

1012. ნაწლავთა გაუვალობით გართულებული ჩაჭედილი თიაქარის გამო წარმოებული ოპერაციისას ასპირაციის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა: 1 კუჭში ზონდის ჩადგმა; 2 აგრაგებული და სწრაფი ინგუბაცია; 3 პრეკურაროზაცია არამადეკოლარიზებული მიორელაქსანტებით; 4 სელიკის ილეთის გამოყენება.

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

1013. ძირითადი ანესთეზიას შესაძლო ვარიანტები ნაწლავთა გაუვალობით გართულებული ჩაჭედილი თიაქარის გამო წარმოებული ოპერაციის დროს: 1 აგარალგემია+აზოტის ქვექანგი+ქანგბადი; 2 იზოფლურანი+აზოტის ქვექანგი+ქანგბადი; 3 ჰალოგანი+აზოტის ქვექანგი+ქანგბადი; 4 დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია.

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

1014. ავადმყოფს თიაქარკვეთის შემდეგ პოსტოპერაციულ პერიოდში შესაძლოა განუვითარდეს შემდეგი გართულებები: 1. ელექტროლიტური დისბალანსი; 2 ჭრილობის სუპურაცია; 3 ნაწლავის პარეზი; 4 შარდის შეკავება.

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

1015. ოპერაციის შემდგომ ნაწლავთა პარეზთან ბრძოლის მიზნით გამოიყენება ყველა, გარდა:

- *ა) განგლიობლოკატორები;
- ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლეკომპრესია;
- გ) კალიუმის შემცველი ხსნარების გადასხმა;
- დ) ელექტროსტიმულაცია;
- ე) პრომერინიზაცია.

1016. საყლაპავის გაუვალობის დროს ავადმყოფის კვების დარღვევის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს შიმშილი. ოპერაციის წინა მოსამზადებელ პერიოდში საჭიროა ყველა გარდა: 1 პოლითონური ხსნარების ინფუზია; 2 ცილოვანი პრეპარატების და კალორიული ხსნარების ინფუზია; 3 გლუკოზის ხსნარის ინფუზია; 4 მაღალმოლეკულური ლექსტრანების ინფუზია.

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

1017. მკავებით საყლაპავის დამწვრობის შემთხვევაში მწვავე პერიოდში აუცილებელია: 1 ტკივილისა და სპაზმის მოხსნა; 2 გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნორმალიზაცია; 3 წყლისა და ელექტროლიტების ნორმალიზაცია; 4 ანთების საწინააღმდეგო თერაპია.

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

1018. თანდაყოლილი პილოროსტენოზი: 1 გვხვდება სიხშირით 1 : 350; 2 თანაბრად გვხვდება ორივე სქესში; 3 ჩვეულებრივ გამოვლინდება 1 თვის ასაკში; 4 გამოწვეულია პერინატალურ პერიოდში ვირუსული ინფექციით.

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

1019. დიაფრაგმის თანდაყოლილი თიაქარი: 1 უფრო ხშირია მამაკაცებში; 2 შემთხვევითა 80%-ში მარცხენა მხრისია; 3 თან ახლავს ჰიპერტენზია მცირე წრეში; 4 გამორიცხავს ანესთეზიის დროს აზოტის ქვექანგის გამოყენებას.

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

1020. პილორუსის სტენოზმა შეიძლება გამოიწვიოს ყველაფერი, გარდა:

- ა) კუჭის ხილული პერისტალტიკა;
- *ბ) ჰიპერქლორემიული ალკალოზი;
- გ) აზოტემია;
- დ) ჰიპოვენტილაცია;
- ე) ასპირაციის მომატებული რისკი.

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია შეანობა-გინეკოლოგიაში

1021. ორსულობის დროს: 1 იმრდება ალვეოლური ვენტილაცია; 2 ინტუბაციის შემდეგ შეიძლება აღინიშნოს სისხლდენა; 3 II გრიმესტრში ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების მაკ მცირდება დაახლოებით 30 %-ით; 4 იმრდება თრომბოემბოლიური გართულებების რისკი.

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

1022. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო გრიმესტრისთვის დამახასიათებელია: 1 მოციტოკულირე ერითროციტების მოცულობის შემცირება; 2 მოციტოკულირე სისხლის მოცულობის მომატება; 3 ჰემატოკრიტის მომატება; 4 მოციტოკულირე პლაზმის მოცულობის მომატება.

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

1023. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო გრიმესტრისთვის დამახასიათებელია ჰემოდინამიკის შემდეგი ცვლილებები: 1 ბრადიკარდია; 2 არტერიული წნევის დაქვეითება; 3 ცენტრალური ვენური წნევის მომატება; 4 გულის წუთმოცულობის მომატება.

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

1024. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო გრიმესტრისთვის დამახასიათებელია: 1 სუნთქვის წუთმოცულობის მომატება; 2 ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის შემცირება; 3 ფუნქციური ნარჩენი მოცულობის შემცირება; 4 სუნთქვის მოცულობის შემცირება.

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

1025. ორსულობის ბოლო გრიმესტრისთვის დამახასიათებელია: 1 ძირითადი ცვლის გაძლიერება; 2 ნახშირწყლოვანი ცვლის გაძლიერება; 3 ცხიმების უნაგვითი პროცესების გაძლიერება; 4 მინერალების გაძლიერებული გამოყოფა.

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

1026. მშობიარობის მესამე პერიოდის დამთავრების შემდეგ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ქალის ინსულინის დოზა:

- ა) არ იცვლება;
- ბ) მაგულობს;
- *გ) კლებულობს;
- დ) დამოკიდებულია მშობიარობის მიმდინარეობაზე;
- ე) ცვლილებები არაკანონზომიერია.

1027. საშვილოსნოს ელექტრო და მექანიკურ აქტივობას აძლიერებენ: 1 კალციუმის იონები; 2 ოქსიგენი; 3 პროსტოგლანდინი; 4 მაგნიუმის იონები.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1028. მშობიარობის დაწყებას იწვევს: 1 საშეილოსნოს გადაჭიმვა; 2 თავის გენის ქერქში მომაგებული აგზნებალობის კერის წარმოქმნა; 3 ესტროგენების სინთეზის მაგება; 4 ზურგის გენის აგზნებალობის გაძლიერება.

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

1029. პლაცენტის ძირითადი ფუნქციაა: 1 გამთა ცელა; 2 კეება; 3 მეტაბოლიზმის საბოლოო პროდუქტების გამოყოფა; 4 ჰორმონების სინთეზი.

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

1030. პლაცენტა გამოიმუშავებს შემდეგ ჰორმონებს: 1 გონადოტროპინი; 2 ესტროგენები; 3 სომატომომოტროპინი; 4 აკტჰ-ს ანალოგი.

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

1031. პლაცენტურ ბარიერს აღვილად გალიან ნივთიერებები, რომელთა მოლეკულის ზომაა:

- *ა) 50-100 დალტონი;
- ბ) 100-150 დალტონი;
- გ) 600-700 დალტონი;
- დ) 1000-2000 დალტონი;
- ე) 3000-10000 დალტონი.

1032. გლუკოზა გადის პლაცენტურ ბარიერს: 1 ბიოქიმიურ ნაერთებში ჩართვით; 2 პინოციტოზით; 3 ფერმენტული დაშლის შემდეგ; 4 ლიფუზით.

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

1033. პლაცენტურ ბარიერს გალიან: 1 გლუკოზა; 2 ატროპინი; 3 ჰეპარინი; 4 კოლოიდური პლამმის შემცველები.

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

1034. პლაცენტურ ბარიერს გალიან: 1 ამოგის ქვეყანგი; 2 მორფინი; 3 ბარბიტურატი; 4 საგულე გლიკომიდები.

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

1035. მელიკამენტების პლაცენტურ ბარიერში გავლის სიჩქარე დამოკიდებულია: 1 ამ ნივთიერების ფიზიკო-ქიმიურ თვისებებზე; 2 ორსულობის ვადაზე; 3 პლაცენტაში მიმდინარე ცვლილებებზე; 4 ორსულობის მიმდინარეობაზე.

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

1036. ორსულებში: 1 აღინიშნება პროგესტერონის ღონის მომაგება; 2 არ იცვლება გასტრინის ღონე; 3 ასპირაციის რისკი იმრდება ორსულობის მე-18 კვირიდან; 4 კუჭის დაცლის ხანგრძლივობა უცვლელია.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1037. ჰალოგანის მინიმალური ალევოლური კონცენტრაცია (მაკ), რომელიც არ იწვევს ნაყოფის გამობზავულ ნარკოტიკულ ლეპრესიას:

- *ა) 0,5-0,75 მაკ;
- ბ) 0,75-1,0 მაკ;
- გ) 1,0-1,25 მაკ;
- დ) 1,25-1,5 მაკ;
- ე) 1,5-2,0 მაკ.

1038. ნაყოფის ნარკოტიკულ ლეპრესიას ყველაზე ნაკლებად იწვევს:

- *ა) აზოგის ქვეყანგი;
- ბ) ჰალოგანი;
- გ) ენფლურანი;
- დ) იზოფლურანი;
- ე) მეტოქსიფლურანი.

1039. ახალშობილის ნარკოტიკული ლეპრესიის განვითარების რისკი მცირდება:

- ა) ენფლურანის 2,0 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- ბ) ჰალოგანის 2,5 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- *გ) ჰალოგანის 0,5-0,75 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- დ) იზოფლურანის 1,5 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

1040. ნაგრიუმის თიოპენტალის ოპტიმალური დოზა, რომელიც არ იწვევს ნაყოფის გამობზავულ ნარკოტიკულ ლეპრესიას:

- ა) 0,5-1 მგ/კგ;
- ბ) 1-1,5 მგ/კგ;
- *გ) 3,0-6,0 მგ/კგ;
- დ) 8,0-10,0 მგ/კგ;
- ე) 10,0-12,0 მგ/კგ.

1041. მიორელაქსანტებიდან პლაცენტურ ბარიერს ყველაზე ადვილად გადის:

- ა) ტუბოკურანილი;
- ბ) პანკურონიუმი;
- გ) ვეკურონიუმი;
- *დ) გალაამინი;
- ე) სუქცილინქოლინი.

1042. მეანობაში კეტამინის გამოყენების წინააღმდეგ ჩვენებებია: 1 ნაყოფის ჰიპოქსია; 2 გვიანი გესტოზი; 3 სხვადასხვა ეტიოლოგიის ჰიპერტენზია; 4 ფსიქიური დაავადებები.

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

1043. გერაგოგენული ეუქეტი გააჩნია შემდეგ საანესთეზიო საშუალებებს: 1 ჰალოგანი; 2 იზოფლურანი; 3 აზოგის ქვეყანგი; 4 დიაზეპამი.

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

1044. საკეისრო კეცის დროს პროპანდილის(სომბრეფინი) გამოყენების უკუჩვენებებია: 1 სისხლის მასიური დანაკარგი; 2 გულის კუნთის პათოლოგია; 3 რითმის დარღვევა; 4 ლეიდიისა და თირკმლის პათოლოგია.

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

1045. მაგნიუმის სულფატი: 1 ხასიათდება სედაციური მოქმედებით; 2 აქვეითებს არტერიულ წნევას; 3 აძლიერებს დიურეზს; 4 აქვეითებს პერიფერიულ წინააღმდეგობას.

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

1046. გაერთულებელი მშობიარობის გაუტკივრება უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ პირობებს: 1 არ ღატრგუნოს სამშობიარო ჭინთები; 2 დელისა და ნაყოფის უსაფრთხოების დაცვა; 3 მშობიარეს უნდა შეეძლოს მშობიარობაში აქტიური მონაწილეობის მიღება; 4 არ უნდა მოქმედებდეს უარყოფითად აღრეული ლოგინობის პერიოდის მიმდინარეობაზე.

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

1047. ორსულობასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები ხელს უწყობს ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფისას შემდეგი გართულებების წარმოშობას: 1 ჰიპერგლიკემია; 2 ანემია; 3 ასპირაცია; 4 ჰიპოტენზია.

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

1048. მეანობაში ასპირაციის საშიშროება მკვეთრად იზრდება:

- ა) ორსულობის მე-4-6 კვირიდან;
- ბ) ორსულობის მე-8-10 კვირიდან;
- გ) ორსულობის მე-10-12 კვირიდან;
- *დ) ორსულობის მე-16-18 კვირიდან;
- ე) ორსულობის მე-20 კვირიდან.

1049. ზოგადი ანესთეზიის პირობებში საკეისრო კვეთის დროს ჰიპოტენზიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 სისხლდენა; 2 ზეწოლა ქვედა დრუ ვენაზე; 3 საანესთეზიო საშუალება; 4 ოქსიგენაციის გამოყენება.

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

1050. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ავადმყოფს ფსიქოემოციური აგზნების შემთხვევაში უნდა გაუკეთდეს:

- ა) დიაზეპამი;
- ბ) მიდაზოლამი;
- გ) კეტამინი;
- *დ) სწორია ა, ბ.
- ე) სწორია ყველა.

1051. მშობიარობის ეპიდურული ანესთეზიით გაუტკივრება ითვალისწინებს: 1 კავალური ოკლუზიის პროფილაქტიკას; 2 არტერიული წნევის კონტროლს ყოველ 15 წთ-ში; 3 ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგს; 4 აღექვატური ანალგეზიის მიღწევის შემდეგ, მშობიარეზე მეთვალყურეობის შეწყვეტას.

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

1052. მშობიარობის ეპიდურული ანესთეზიით გაუტკივრებისას, არტერიული წნევის რომელი მაჩვენებლების დროს არის აუცილებელი, წნევის ნორმალიზაციის მიზნით, ინტენსიური თერაპიის ჩატარება:

- ა) სისტოლური წნევა < 90 mm Hg;
- ბ) სისტოლური წნევა < 60 mm Hg;
- გ) საწყის წნევასთან შედარებით 20 mm Hg-ით დაქვეითება;
- *დ) სწორია ა, გ.
- ე) სწორია ბ, გ.

1053. სამეანო პრაქტიკაში წარუმატებელი ინტუბაციის სიხშირეა:

- ა) 1/400;
- *ბ) 1/300;
- გ) 1/200;
- დ) 1/100;
- ე) 1/50.

1054. მშობიარობის ეპიდურული ანესთეზიით გაუტკივრების ერთ-ერთ გართულებას წარმოადგენს გოტალური სპინალური ბლოკის განვითარება. მიუთითეთ ამ გართულებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები: 1 ტავის ტკივილი; 2 ჰიპოტენზია; 3 ზედა კიდურებში მგრძობილობის დაქვეითება; 4 გარეგანი სუნთქვის დარღვევა.

- ა) 1,2,3

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

1055. აორგო-კავალური კომპრესიის თავიდან აცილების მიზნით ორსული უნდა იწვევს:

- ა) მურგზე;
- ბ) მუცელზე;
- *გ) მარცხენა გვერდზე;
- დ) მარჯვენა გვერდზე;
- ე) იმყოფებოდეს ფოფერის მდებარეობაში.

1056. ორსულებში ზოგადი ანესთეზიის დროს ასპირაციის საშიშროების მრდს ხელს უწყობს: 1 აორგო - კავალური კომპრესია; 2 ნაყოფის გიგანტიზმი; 3 ჰილროცეფალია; 4 კუჭის შიგთავსის ნაწლავებში ევაკუაციის შეფერხება.

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

1057. მშობიარობის ოპერაციული გზით დასრულებისას ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის ოპტიმალური მეთოდია:

- *ა) ეპიდურული ანესთეზია;
- ბ) ანესთეზია ნიღბით;
- გ) აუტონალგეზია;
- დ) ელექტროანალგეზია;
- ე) არც ერთი.

1058. აორგის სტენოზით დაავადებულ ორსულებში, საკეისრო კვეთის დროს ნაჩვენებია:

- ა) კეტამინით ინლექცია, ენდოტრაქეული ანესთეზია;
- ბ) ბარბიტურატით ინლექცია, ენდოტრაქეული ანესთეზია;
- გ) ეპიდურული ანესთეზია მორფინთან კომბინაციაში;
- დ) ანესთეზია ნიღბით;
- *ე) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია.

1059. გულის მანკით დაავადებულ ორსულებში მშობიარობის გაუტკივრების ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) ეპიდურული ანესთეზია;
- ბ) მცირე ტრანკვილიზატორები, ამოგის ქვეჟანგთან და ჟანგბადთან კომბინაციაში;
- გ) ატარალგეზია;
- *დ) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- ე) ანესთეზია ჰალოგანით.

1060. მშობიარობის გაუტკივრებისათვის მიღებულია ამოგის ქვეჟანგის და ჟანგბადის კომბინაციის შემდეგი შეფარდება:

- *ა) 1:1;
- ბ) 1:2;
- გ) 1:3;
- დ) 2:1;
- ე) 3:1.

1061. მშობიარობის გაუტკივრებისათვის ჰალოგანი ნაჩვენებია: 1 საშვილოსნოს გახვევის საშიშროების დროს; 2 გვიანი გესტომის დროს; 3 ჰიპერტონული დაავადების დროს; 4 სამშობიარო ჭინთეების სისუსტის დროს.

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

1062. მშობიარობისას პეტიდინის გამოყენება ნაჩვენებია: 1 საშვილოსნოს ყელის რიგილობის დროს; 2 საშვილოსნოს ყელის ნაწიბუროვანი ცელილებების დროს; 3 საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის ჰიპერტონუსის დროს; 4 სამშობიარო ჭინთეების სისუსტის დროს.

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

1063. საკეისრო კვეთის დროს ანესთეზიის ოპტიმალური მეთოდია: 1 ადგილობრივი ანესთეზია; 2 ეპიდურული ანესთეზია; 3 ზოგადი ანესთეზია ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით სპონტანური სუნთქვის პირობებში; 4 დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია.

- ა) 1,2,3

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

1064. ორსულელებში ზოგადი ანესთეზიის ჩატარებისას: 1 დედის ჰიპეროქსია იწვევს ნაყოფის ჰიპეროქსიის განვითარებას; 2 კეტიკომის ბრლის საშვილოსნოს ტონუსს; 3 ნეოსტიგმინი იწვევს საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებას; 4 ზელაპირული ანესთეზია შეიძლება იყოს ნაყოფის აცილოზის მიზეზი.

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

1065. ზოგადი ანესთეზიით საკეისრო კვეთის წინ, პრემედიაკაციაში ანგიჰისტამინური პრეპარატების ჩართვის ჩვენებაა: 1 ალერგიული რეაქციები; 2 ბრონქული ასთმა; 3 ნეიროლეფსიური საშუალებების პოტენცირება; 4 მშობიარეთა მომზადებული ფსიქოემოციური აღზნებალობა.

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

1066. საკეისრო კვეთის დროს ეპიდურული ანესთეზიის ჩატარების წინააღმდეგჩვენებებია: 1 ჰემორაგიული დიათეზი; 2 ხერხემლის ლეფორმაცია; 3 ალგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების მიმართ ალერგია; 4 ნევროლოგიური დარღვევები.

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

1067. მიუთითეთ სიტუაციები, როდესაც საკეისრო კვეთის დროს, ეპიდურულ ანესთეზიასთან შედარებით, უპირატესობა ენიჭება ზოგად ანესთეზიას: 1 პლაცენტის წინმდებარეობა; 2 საინექციო არეში ჩირქოვანი გამონაყარი; 3 კოაგულოპათიის არსებობა; 4 ქალის სურვილი.

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

1068. საკეისრო კვეთის დროს ეპიდურული ანესთეზიის შესაძლებელია შემდეგი გართულებები: 1 პრეპარატის ტოქსიური მოქმედება; 2 ხანმოკლე ჰიპოტენზია; 3 საშვილოსნოს კუმშვითი აქტივობის ხანმოკლე დაქვეითება; 4 ასპირაცია.

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

1069. ელვისებური მშობიარობის ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფისათვის აუცილებელია: 1 მშობიარის დაწვენა ნაყოფის პოზიციის საწინააღმდეგო მხარეს; 2 ტრანკვილიზატორების გამოყენება; 3 ჰალოგანით ინჰალაციური ანესთეზია; 4 გოკოლიზური საშუალებების გამოყენება.

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

1070. ასპირაციის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 კუჭშია წნევის მომატება, „სავსე კუჭი“; 2 კუჭის შიგთავსის მაღალი მუკოვიანობა; 3 სამეანო პრაქტიკაში სასწრაფო ანესთეზიოლოგიური ჩარევის სისშირე; 4 მუცლის შიდა წნევის მომატება.

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

1071. მშობიარეებში ასპირაციის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა: 1 გასტრალური ზონდის ჩადგმა `სავსე კუჭის` დროს; 2 ანესთეზიის დაწყებამდე 30 წთ-ით ადრე ანტაციდის მიღება; 3 რელაქსანტის შეყვანის შემდეგ სალიკის ხერხის გამოყენება; 4 ტრაქეის ინტუბაცია მუფთიანი მილით.

- ა) 1,2,3

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

1072. მენდელსონის სინდრომის კლინიკური ნიშნებია: 1 ბრონქიოლოსპაზმის სწრაფი განვითარება; 2 ციანოზი; 3 ჰიპერტენზია, შემდგომი კოლაფსით; 4 ფილგეების შეშუპება.

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

1073. საკეისრო კვეთის დროს მოსალოდნელი გართულებებია: 1 ასპირაცია; 2 მენდელსონის სინდრომი; 3 ნაყოფის სუნთქვის დეპრესია; 4. აორტო-კავალური კომპრესიით გამოწვეული ჰიპოტენზია.

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

1074. ჰალოგანის გამოყენების უკუჩვენებაა ყველა, გარდა:

- *ა) საშვილოსნოს გახევის საშიშროება;
- ბ) ჰიპოტონია;
- გ) პლაცენტის ნაადრევი აცლა;
- დ) დეიდლის უკმარისობა;
- ე) თირკმლის უკმარისობა.

1075. ანესთეზიით გაუტკივარების მეთოდის ძირითადი ნაკლია: 1 პერიფერიული ვაზოდილატაცია; 2 კომპენსატორული ვაზოკონსტრიქციის ღატორგუნვა სისხლდენის დროს; 3 საშვილოსნოს გახევის რეალური საშიშროების პირობებში ტკივილის სიმპტომოკომპლექსის არარსებობა; 4 ნაყოფის დეპრესია.

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

1076. საშვილოსნოს ღრუში ხელით შესვლის დროს ჩვეულებრივ გამოიყენება გაუტკივარების შემდეგი ღონისძიებები: 1 პარაცეტრევიკალური ანესთეზია; 2 საანესთეზიო საშუალებების ინტრავენური შეყვანა; 3 სასირცხო ბაგეების ანესთეზია; 4 ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება.

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

1077. ხელოვნური აბორტის დროს გამოიყენება გაუტკივარების შემდეგი ღონისძიებები:

- *ა) ინტრავენური ანესთეზია;
- ბ) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- გ) სასირცხო ბაგეების ანესთეზია;
- დ) ეპიდურული ანესთეზია;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი.

1078. მომყოლის ხელით გამოგანის დროს ოპტიმალურია: 1 ინჰალაციური ანესთეზია ჰალოგანით; 2 ეპიდურული ანესთეზია; 3 ინტრავენური ანესთეზია ბარბიტურატებით. 4 ინტრავენური ანესთეზია პროპოფოლით და ფენტანილით + საშვილოსნოს შესაკუმში პრეპარატებით;

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

1079. მუანობაში სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ნორმალური მღებარეობის დროს პლაცენტის ნაადრევი აცლა; 2 პლაცენტის წინმღებარეობა; 3 საშვილოსნოს ატონია; 4 საშვილოსნოსა და საშობიარო გზების გრაფმა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1080. მშობიარობის მე-3 პერიოდში ჰემოსტაზის მექანიზმებია: 1 საშვილოსნოს კუნთების რეგრაქცია და კონტრაქცია; 2 არტერიული სისხლძარღვების დისტალური ნაწილის სანათურის შევიწროვება; 3 სისხლის შემადღებელი სისტემის გააქტიურება; 4 პლაცენტაში და დეციდუალურ ქსოვილებში თრომბოპლასტინური და პლაზმის ფაქტორების სიჭარბე.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1081. მეანობაში სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგის ფონზე ოპერაციის დროს ანესთეზიის ოპტიმალური მეთოდია:

ა) ეპიდურული ანესთეზია;

ბ) ელექტროანალგეზია;

გ) ნიღბით ანესთეზია;

*დ) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;

ე) ყველა ჩამოთვლილი.

1082. მასიური ჰემოგრანსფუზიის სინდრომის ნიშნებია: 1 ჰიპოპროტეინემია; 2 ოლიგურია; 3 ჰიპერკალიემია; 4 ჰიპერკალციემია.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1083. მშობიარეებში ატონიური სისხლდენის დროს ინტენსიური თერაპია პირველ რიგში გულისხმობს: 1 ინფუზიურ-გრანსფუზიულ თერაპიას; 2 სისხლის მიმოქცევის ცენტრალიზაციის ლიკვიდაციას; 3 სისხლდენის შეჩერებას; 4 მეტაბოლური დარღვევების კორექციას.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1084. პრეეკლამფსია: 1 იწვევს პლაცენტური უკმარისობისა და ნაყოფის ინტრანატალური ჰიპოქსიის განვითარებას; 2 თან ახლავს ვაზოსპაზმს და ჰიპოვოლემიას; 3 ახდენს გავლენას თრომბოციტების ფუნქციასა და რაოდენობაზე; 4 წყალ-მარილოვანი ცვლის დარღვევის შედეგად იწვევს კრუნჩხვების განვითარებას.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1085. გვიანი გესტოზისას მშობიარობის საკეისრო კვეთით დასრულების ჩვენებაა: 1 ეკლამფსია უკონტროლო კრუნჩხვებით; 2 პროგრესირებადი რეტინოპათია; 3 ნორმალურად მღებარე პლაცენტის ნაღრევი აცლა; 4 ოლიგურია.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1086. ეკლამფსიით გართულებული მშობიარობის საკეისრო კვეთით დასრულების დროს ინდუქციისას ნაჩვენებია: 1 ნატრიუმის თიოპენტალის; 2 კეტამინი; 3 ლიამეპამი; 4 ნატრიუმის ოქსიბუტირატი.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1087. პრეეკლამფსიით ან ეკლამფსიით გართულებული მშობიარობის გაუტკივარებისათვის ნაჩვენებია: 1 ეპიდურული ანესთეზია; 2 ანესთეზია კეტამინით; 3 ენდოტრაქეული მრავალკომპონენტური კომბინირებული ანესთეზია; 4 ანესთეზია ნატრიუმის ოქსიბუტირატით.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1088. გვიანი გესტოზით გართულებული მშობიარობის დროს ანესთეზია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: 1 უნდა იყოს აღქვავადი; 2 ვაზოკონსტრიქციის და ჰიპერტენზიის მოხსნა; 3 არ უნდა დაითრგუნოს სამშობიარო ჭინთები; 4 მინიმალური მავნე

ზემოქმედება ნაყოფზე.

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

1089. ეკლამფსიის ღროს ღელის სიკვდილის ძირითადი მიზეზებია: 1 თავის ტვინის სისხლისმიმოქცევის მწვავე მოშლა; 2 გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა; 3 ფილტვების შეშუპება; 4 სუნთქვის მწვავე უკმარისობა.

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

1090. ეკლამფსიის ღროს ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ჩვენებაა: 1 არაკუპირებული ეკლამფსიის შეტევები; 2 ფილტვების შეშუპება; 3 პოსტეკლამფსიური კომა; 4 სასწრაფო საკეისრო კვეთა.

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

1091. ეკლამფსიის მკურნალობაში ინტენსიური თერაპიის ძირითადი პრინციპებია: 1 კრუნჩხვითი სინდრომის მოხსნა; 2 არტერიული ჰიპერტენზიის კუპირება; 3 ქალასშიდა ჰიპერტენზიის შემცირება; 4 ნაყოფის დაცვა ჰიპოქსიისაგან.

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

1092. ეკლამფსიის მკურნალობაში ინტენსიური თერაპიის ძირითადი პრინციპებია: 1 ჰიპოვოლემის კორექცია; 2 აღექვატური დიურეზის მიღწევა; 3 მიკროცირკულაციისა და სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუმჯობესება; 4 ორსულობის დროული შეწყვეტა.

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

1093. გვიანი გესტოზების ღროს ადგილი აქვს შემდეგ პათოგენურ მექანიზმებს: 1 არტერიოლების გენერალიზებულ სპაზმს; 2 სისხლის კოაგულაციურ-ლიტიური თვისებების დარღვევას; 3 გორგლოვანი ფილტვრაციის დაქვეითებას; 4 ჰიპო- და ლისპროტინემიას.

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

1094. პრეეკლამფსიის ღროს აღინიშნება შემდეგი სიმპტომები: 1 მხედველობის გაორება; 2 ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში; 3 თავის ტკივილი; 4 ჰიპორეფლექსია.

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

1095. პრეეკლამფსია: 1 შეიძლება ადგილი ჰქონდეს რთულ ინტუბაციას; 2 გვხვდება ორსულობის მე-20 კვირის შემდეგ; 3 მკურნალობისას გამოიყენება მაგნიუმის სულფატი; 4 წარმოადგენს ლავიწქვეშა ვენის კათეტერიზაციის ჩვენებას.

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

1096. მშობიარობის ღროს მშობიარეს აღენიშნა შემცირება, გემპერაგურის მომაგება 39°C-მდე, რასაც თან დაერთო არტერიული წნევის დაქვეითება, ტაქიკარდია, სუნთქვის გაძნელება, ციანოზი, თქვენი ღიაგნოზი:

- ა) ეკლამფსია;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- *გ) ემბოლია სანაყოფე წყლით;

- დ) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1097. სანაყოფე წყლით ემბოლიისას აუცილებელია: 1 ინკუბაცია, ფ.ხ.ვ; 2 სწრაფი მშობიარობა; 3 ანგიოკოაგულაციური თერაპია, ე.კ.გ მონიტორინგი; 4 მშობიარობა ფიზიოლოგიური გზით.

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

1098. ანესთეზიოლოგიური თვალსაზრისით გინეკოლოგიური ავადმყოფების თავისებურებებია: 1 ხშირია ფსიქოემოციური დარღვევები და ნევროზები; 2 ხშირია ანემიები; 3 ხშირია თანმხლები ენდოკრინული დაავადებები; 4 მათ ხშირად თან ახლავთ ექსტრაგენიტალური პათოლოგიები.

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

1099. გინეკოლოგიური ავადმყოფის სტანდარტულ პრემელიკაციაში შედის: 1 M-ქოლინოლიტიკები; 2 H1 ბლოკატორები; 3 ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები; 4 კორტიკოსტეროიდები.

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

1100. გეგმიურ ოპერაციამდე რამდენი ხნით ადრე უნდა შეწყდეს პერორალური კონტრაცეპტივების მიღება:

- ა) ოპერაციის წინა ღამეს;
- ბ) ერთი კვირით ადრე;
- გ) 2 კვირით ადრე;
- *დ) 6 კვირით ადრე;
- ე) 10 კვირით ადრე.

1101. ხელოვნური აბორტის დროს ყველაზე მტკივნეულია:

- ა) წინა ბაგეზე მაშის დაღება;
- ბ) სარკის ჩაღვმა;
- *გ) საშვილოსნოს ყელის გახსნა;
- დ) ნაყოფის დაშლა;
- ე) ნაყოფის გამომძევა.

1102. პირველი ჩასუნთქვის ძირითადი გამომწვევი მიზეზია: 1 ჭიპლარის გადაკვანძვით გამოწვეული ქანგბადის მიწოდების შეწყვეტა და CO₂-ის დაგროვება სისხლში; 2 ჰიპოქსემიის საპასუხოდ აორტის რკალის კაროტიდული კვანძის ქემორეცეპტორების აღგზნება; 3 საშვილოსნოსა და აგმოსფეროს შორის ტემპერატურისა და წნევის სხვაობა; 4 ქიმიური და ფიზიკური ფაქტორების ჯამური მოქმედება.

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

1103. ახალშობილის სუნთქვითი მოცულობა გოლია:

- ა) 10-15 სმ³;
- *ბ) 15-20 სმ³;
- გ) 25-30 სმ³;
- დ) 30-40 სმ³;
- ე) 40-45 სმ³.

1104. ახალშობილის სუნთქვის სიხშირეა:

- ა) 16-20 წთ-ში;
- ბ) 20-25 წთ-ში;
- გ) 25-30 წთ-ში;
- *დ) 40-60 წთ-ში;
- ე) 60-70 წთ-ში.

1105. ახალშობილის სუნთქვის წუთმოცულობაა:

- *ა) 1000 მლ-მდე;
- ბ) 1000-1400 მლ;

- გ) 1600-2000 მლ;
- დ) 2000-2500 მლ;
- ე) 2500-3000 მლ.

1106. ახალშობილის გულისცემის სიხშირეა:

- ა) 60-80 წთ-ში;
- ბ) 80-100 წთ-ში;
- გ) 100-120 წთ-ში;
- *დ) 120-140 წთ-ში;
- ე) 150- 180 წთ-ში.

1107. ახალშობილის არტერიული წნევაა:

- ა) 50/20 mm Hg;
- *ბ) 65/35 mm Hg;
- გ) 75/40 mm Hg;
- დ) 90/60 mm Hg;
- ე) 120/80 mm Hg.

1108. აპგარის შკალა მოიცავს შემდეგ კლინიკურ ნიშნებს: 1 გულისცემის სიხშირე და რითმი; 2 სუნთქვის ხასიათი; 3 კუნთების ტონუსი და რეფლექსების გამოხატულობა; 4 კანის ფერი.

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

1109. ახალშობილის მსუბუქი ხარისხის ასფიქსიის დროს ინტენსიური თერაპია მოიცავს შემდეგ კომპლექსებს: 1. სასუნთქი გზების გამგარობის უზრუნველყოფას; 2. გრაქების ინტუბაციას და ფ.ხ.ე-ს; 3. O₂-ის ინჰალაციას; 4. გულის არაპირდაპირ მასაჟს.

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

1110. ახალშობილის საშუალო ხარისხის ასფიქსიის დროს ინტენსიური თერაპია მოიცავს შემდეგ კომპლექსებს: 1 ლორწოს ასპირაციას სასუნთქი გზებიდან; 2 ნიღბით ფილტვის ვენტილაციას O₂-ით; 3 ინჟუბიურ თერაპიას; 4 გულის არაპირდაპირ მასაჟს.

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

1111. ახალშობილის მძიმე ასფიქსიისა და გულის გაჩერების დროს ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 სასუნთქი გზების გამგარობის აღდგენას; 2 გრაქების ინტუბაციას, ფ.ხ.ე-ს; 3 გულის არაპირდაპირ მასაჟს. 4 გულის გაჩერებისას 0,1% აღრენალინი 0,1-0,2 მლ.

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

1112. ახალშობილის სამშობიარო ქალა-გვინის გრაფმის დროს ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 სისხლის შემალელებელი სისტემის ნორმალიზაციას; 2 გვინის კომპრესიის დროს ჰემატომის დრენირების მიზნით ოპერაციულ ჩარევას; 3 კრანოცერებრალურ ჰიპოთერმიას; 4 O₂-ის ინჰალაციას.

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

1113. ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსიის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებს განეკუთვნება: 1 გვიანი გესტოზები; 2 დედის დაავადებები, რომლებიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან; 3 პლაცენტის მდებარეობის ანომალიები; 4 ვადაგადაცილებული ორსულობა.

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

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია ნეიროქირურგიასა და ნევროლოგიაში

1114. გვინის ფიზიოლოგიის შესახებ მართებულია: 1 ქალასშიდა წნევა ნორმაში არის 10-15 მმ. ვწყ. სვ. 2 საუღლე ვენის ბოღქვში წნევა ნორმაში არის 0 მმ. ვწყ. სვ. 3 თავის გვინის სისხლისმიმოქცევის განსაზღვრის უმთავრესი ფაქტორი არის ცერებრული პერფუზიული წნევა; 4 თავის გვინის სისხლისმიმოქცევა უპირველეს ყოვლისა დამოკიდებულია არტერიულ წნევაზე, რაღგანაც თავის გვინი არ იჭმუხნება.

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

1115. თავის გვინი ცერებრულ პერფუზიულ წნევას არეგულირებს დამოკიდებლად. სამუღლო არტერიული წნევის რომელ დიაპაზონში ხორციელდება ასეთი აუტორეგულაცია:

- *ა) 50-160 მმ.ვწყ.სვ.
- ბ) 30-100 მმ.ვწყ.სვ.
- გ) 70-180 მმ.ვწყ.სვ.
- დ) 80-190 მმ.ვწყ.სვ.
- ე) 70-120 მმ.ვწყ.სვ.

1116. ნეიროქირურგიული ოპერაციისას ანესთეზიოლოგისათვის პრიორიტეტულია: 1 ნევროლოგიური ფუნქციების დარღვევა; 2 ზოგადი ანესთეზიის გავლენა თავის გვინის ფუნქციაზე; 3 ქალასშიდა წნევის პარამეტრები; 4 ცერებრული პერფუზიული წნევის კონტროლი.

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

1117. თავის გვინის ქირურგიული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფებში, წყალ-ელექტროლიტური ბალანსის მოშლილობები გამოწვეულია შემდეგი მიზეზებით:

- ა) დიურეტიკების გამოყენებით;
- ბ) მასიური დეჰიდრატაციული თერაპიით;
- გ) ნაგრიუმის შემცველი ხსნარების გაღასხმით;
- დ) არც ერთი არ არის სწორი;
- *ე) ყველა სწორია.

1118. თავის გვინის ქირურგიული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფების მღგომარეობის სიმძიმე ოპერაციისწინა პერიოდში განპირობებულია: 1 ქალასშიდა ჰიპერტენზიის დონით; 2 დისლოკაციური პროცესებით; 3 ექსტრაკრანიალური გამოვლინებებით; 4 თანმხლები პათოლოგიით.

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

1119. ზურგის გვინის ქირურგიული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფების მღგომარეობის სიმძიმე ოპერაციისწინა პერიოდში განპირობებულია:

- ა) ღაზიანების დონით;
- ბ) ნევროლოგიური დეფიციტის სიღრმით;
- გ) მეორადი ცელილებით;
- დ) ღაზავლების ხანგრძლივობით;
- *ე) სწორია ყველა.

1120. მიუთითეთ ფილტვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაციის მეთოდები, რომლებიც იწვევენ ქალასშიდა წნევის მომაგებას:

- ა) ფილტვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაცია დაღებით წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში (BIPAP);
- ბ) ფილტვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაცია დაღებით წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP);
- გ) ფილტვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაცია ჰიპერვენტილაციურ რეჟიმში;
- *დ) სწორია ა და ბ;
- ე) სწორია ყველა.

1121. ქალასშიდა წნევის დაქვეითებისათვის მისაღებია: 1 ფ.ხ.გ.-ს ზომიერი ჰიპერვენტილაციური რეჟიმი; 2 მანიტოლი; 3 დიკარბი; 4 იზოვოლემიური ჰემოდლიუცია.

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

1122. მანიტოლის ინჟუბიის დროს მოსალოდნელია: 1 მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის განვითარება; 2 `ბუმერანგის" ფენომენის განვითარება; 3 ცენტრალური ვენური წნევის გაზრდა; 4 სიხლენის განვითარების შესაძლებლობა, განსაკუთრებით სუბლურული

ჰემატომის დროს.

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

1123. IV პარაკუჭის დისლოკაციით გამოწვეული გართულებებია, ყველა ჩამოთვლილი გარდა:

- ა) ჰიპოგონია;
- *ბ) ჰიპერპნოე;
- გ) შენელებული გაღვიძება;
- დ) ბრადიკარდია;
- ე) რითმის დარღვევა.

1124. ქვემოთ ჩამოთვლილია ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმები. მიუთითეთ რომელია უკუნაჩვენები ვენტრიკულო-იუგულარული შუნტირების ოპერაციის დროს: 1 ფილტვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაცია დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP); 2 კონტური ნახევრადლია, სუნთქვითი მოცულობა 5 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 10 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ; 3 კონტური დახურული, სუნთქვითი მოცულობა 5 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 10 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ. კაპნომეტრის ჩვენება - PCO₂ 45%; 4 კონტური ნახევრადლია, სუნთქვითი მოცულობა 10 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 14 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ.

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

1125. გვინის სიმსივნეების დროს წყალ-მარილოვანი ცელის დარღვევის კორექციისათვის საჭიროა: 1 ინფუზიური თერაპიის შეზღუდვა; 2 დიაკარბი; 3 სალურეტიკები; 4 სისხლის გადსხმა.

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

1126. ქალასშიდა წნევის ნორმალიზაციისათვის იხმარება: 1 დიურეტიკები (დიაკარბი, ლაზიქსი); 2 მანიტოლი; 3 10 %-იანი NaCl; 4 სიმპაგომიმეტური საშუალებები.

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

1127. ქალასშიდა ჰიპერტენზიების დროს ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სალურეტიკები;
- ბ) განვლიობლოკატორები;
- გ) ბარბიტურატებით ანესთეზია;
- *დ) ანესთეზია კეტამინით;
- ე) მანიტოლი.

1128. ქალასშიდა ჰიპერტენზიის მიზეზია ყველა, გარდა:

- ა) ბარბიტურატები;
- ბ) ანესთეზია ჰალოტანით;
- გ) დიჰეპამის გამოყენება;
- *დ) სწორია ა და გ;
- ე) სწორია ბ და გ.

1129. ავადმყოფებში ქალასშიდა ჰიპერტენზიით მიზანშეწონილია: 1 ბაზისური ანესთეზია ენფლურანით; 2 ზომიერი ჰიპერვენტილაცია; 3 ამოტის ქვეყანგი; 4 დეჰიდრატაცია.

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

1130. ქალასშიდა ჰიპერტენზიით ავადმყოფებში, დეკომპენსაციის ნიშნებია: 1 ჰიპერტენზია; 2 ფოტოფობია; 3 გულისრევა და ღებინება; 4 კისრის კუნთების რიგილობა.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1131. ქალასშიდა ოპერაციების დროს გვინის მოცულობის შემცირება შესაძლებელია: 1 ზომიერი ჰიპერვენტილაციით; 2 მანიტოლის გადასხმით; 3 ავადმყოფის ვერტიკალიზაციით; 4 ბემეგრით.

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

1132. ზურგის გვინის აღმავალი შეშუპების კორექციის მეთოდებია: 1 ფ.ხ.ვ. ჰიპერვენტილაციის რეჟიმში; 2 გლუკოკორტიკოიდები; 3 ზურგის გვინის ლოკალური ჰიპოთერმია; 4 ჰემოდილიზაცია.

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

1133. ფაქტორები, რომლებიც ამცირებენ თავის გვინის სისხლის მიმოქცევას: 1 მაღალი FiO_2 ; 2 ჰალოგანი 3 ნარკოტიკული ანალგეზიკური საშუალებები; 4 ტრენდელენბურგის პოზიცია.

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

1134. ფუროსემიდის გამოყენება ლეჰიდრაგაციული თერაპიის მიზნით, დაკავშირებულია მის შემდეგ ეფექტებთან:

- ა) ასტროციტების ჰიდრაგაციის შემცირება;
- ბ) ლიქვოროპროლუქციის შემცირება;
- გ) კალიუმის შემნახველ თვისებასთან;
- *დ) სწორია ა და ბ;
- ე) სწორია ბ და გ.

1135. ავადმყოფებში ინტრაკრანიალური სიმსივნეებით ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის ძირითადი პრინციპებია: 1 ქალასშიდა წნევის მომატების პროფილაქტიკა; 2 მოსალოდნელი სისხლდენების პროფილაქტიკა; 3 დისლოკაციური გართულებების პროფილაქტიკა; 4 თავის გვინის ფარმაკოლოგიური და ფიზიოლოგიური დაცვა.

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

1136. ნეიროქირურგიულ ავადმყოფებში გვინის დროს დისლოკაციის კლინიკური ნიშნებია: 1 ცნობიერების დათრგუნვა; 2 ბრადიკარდია; 3 ფიქსირებული და გაფართოებული გუგები; 4 ბიოგის სუნთქვა.

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

1137. იშემიური ინსულტის დროს ნაჩვენებია: 1 ლეზაგრეგანტები; 2 ცხიმოვანი ემულსიები; 3 სპაზმოლიტიკები; 4 სიმპტომიკები.

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

1138. მენინგოკოკემიის დროს გამოიყენება შემდეგი ანტიბიოტიკები, გარდა:

- ა) ბენზილპენიცილინი;
- *ბ) ვანკომიცინი;
- გ) კლაფორანი;
- დ) იმიპენემი+ცილასტაგინი;
- ე) ამიკაცილინი.

1139. მენინგოკოკემიის დროს მკურნალობის ტაქტიკა მდგომარეობს: 1 ლემინტოქსიკაციაში; 2 ანტიბაქტერიულ მკურნალობაში; 3 ჰორმონების დანიშვნაში; 4 ჰეპარინიზაციაში.

- ა) 1,2,3

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

1140. ჰემორაგიული ინსულტის განვითარებისთანავე აუცილებელია: 1 კალციუმის ანტაგონისტები; 2 პროტეაზას ინჰიბიტორები; 3 ჰიპოტენზიური პრეპარატები; 4 ანტიკოაგულაციური პრეპარატები.

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

1141. ქალასშილა ჰიპერტენზიის დროს წინააღმდეგნაჩვენებია:

- *ა) ოპიოიდები პრემელიკაციაში;
- ბ) დიაზეპამი პრემელიკაციაში;
- გ) ხელოვნური ჰიპოტონია ანესთეზიის დროს;
- დ) ბარბიტურატები პრემელიკაციაში;
- ე) არც ერთი არ არის წინააღმდეგნაჩვენები.

1142. თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მომლის შემთხვევაში აუცილებელია: 1 არ დავეუშვათ ტვინის სისხლძარღვების გაფართოება; 2 არ დავეუშვათ ჰიპერკაპნია; 3 შევინარჩუნოთ მსუბუქი ალკალოზის მდგომარეობა; 4 შევინარჩუნოთ ტვინის ნორმალური პერფუზიული წნევა.

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

1143. ტვინის შეშუპების შესამცირებლად არ გამოიყენება:

- *ა) 5%-იანი გლუკოზის ხსნარი;
- ბ) მანიტოლი;
- გ) ჰიპერვენტილაცია;
- დ) ჰიპოთერმია;
- ე) კორტიზოლი.

1144. გაფანტული სკლეროზი:

- ა) დიაგნოზი ყველაზე სარწმუნოდ ისმება თავ-ზურგ-ტვინის სითხის გამოკვლევისას;
- ბ) უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში;
- გ) ხშირია 40 წელს გადაცილებულ პაციენტებში;
- *დ) ხშირად აღინიშნება ნევროლოგიური დეფიციტი;
- ე) უფრო გავრცელებულია ტროპიკულ ქვეყნებში.

1145. თავის ტვინის ღამიანების მწვავე შემთხვევის დროს, წინასაოპერაციო პერიოდში საჭიროა ყველა ჩამოთვლილი პირობის დაცვა, გარდა:

- ა) არ დავეუშვათ ვაზოდილატაცია (ნიტროგლიცერინი);
- ბ) არ დავეუშვათ ჰიპერკაპნია;
- გ) შევინარჩუნოთ მსუბუქი ალკალოზის მდგომარეობა;
- დ) ტვინის ნორმალური პერფუზიული წნევის შენარჩუნება;
- *ე) ნახშირორჟანგის ინჰალაციის ჩატარება.

1146. სპინალური შოკის ძირითადი ნიშნებია:

- ა) ბრადიკარდია;
- ბ) ჰიპოვოლემია;
- გ) ჰიპოტონია;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

1147. ქალა-ტვინის გრავმის დროს ფ.ხ.ე-ის ჩვენებებია: 1 ჰიპოვენტილაცია; 2 ეჭვი სპონტანური სუნთქვის არაადექვატურობაზე; 3 ტვინის შეშუპება; 4 გლაზგოს შკალით 5 ბალიანი კომა.

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

1148. ქალა-ტვინის გრავმის დროს დეჰიდრატაციული თერაპიის ჩვენებებია:

- ა) ტვინის შეშუპება;

- ბ) კომპატობური მდგომარეობა;
- გ) ნეკროლოგიური სტატუსის მკვეთრი გაუარესება;
- დ) გვინის მაგარი გარსის გახსნის წინ ინგრაოპერაციული მომზადება;
- *ე) სწორია ყველა.

1149. ქალა-გვინის მძიმე გრავმისას, ასპირაციული სინდრომის პროფილაქტიკისათვის ინლექციის დროს უმჯობესია:

- ა) ნაზოგასტრალური მონდის ჩაღმა;
- ბ) ანტიბიოტიკური პრემედიკაცია;
- *გ) სელიკის ილეთის გამოყენება;
- დ) ინლექცია ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით;
- ე) რელაქსაციისათვის სუქცინილქოლინის გამოყენება.

1150. ქალა-გვინის გრავმის დროს კორტიკოსტეროიდების გამოყენების პათოფიზიოლოგიური საფუძვლებია: 1 ნაგრიუმის შეკავება; 2 ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება; 3 იმუნოდეპრესია; 4 მემბრანის გამტარუნარიანობის შემცირება.

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

1151. ავადმყოფებში ხერხემლის კისრის ნაწილის გრავმით, მისაღებია სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფის შემდეგი მეთოდები, გარდა:

- ა) ინტუბაცია ბრონქოფიბროსკოპიით;
- ბ) ბრმა ნაზოგრაქეალური ინტუბაცია;
- გ) გრაქეოსტომია ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში;
- *დ) ინტუბაცია ჯექსონის კლასიკურ პოზიციაში;
- ე) ინტუბაცია ნიღბით ხანგრძლივი ვენტილაციის (პრეოქსიგენაციის) შემდეგ.

1152. ქალა-გვინის გრავმის დროს ინფუზიური თერაპიის ტაქტიკა დამყარებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა: 1 კოლოიდების და კრისტალოიდების შეფარდება 1:2; 2) ზომიერად ჰიპერტონული კრისტალოიდები; 3 იზოტონური კრისტალოიდები; 4 ჰიპოტონური კრისტალოიდები.

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

1153. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია რეკიში დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP) არ არის მიზანშეწონილი არც ერთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა: 1 გულმკერდის პოლიგრავმა პნევმოთორაქსის გარეშე; 2 საგიტალური სინუსის თრომბოემბოლიით გართულებული ნეიროქირურგიული ოპერაცია; 3 ფილტვების შეშუპებით გართულებული კომპატობური მდგომარეობა; 4 გვინის შეშუპებით გართულებული ქალა-გვინის დახურული გრავმა.

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

1154. ქალა-გვინის გრავმის მიღებიდან პირველ დღეებში ანტიბიოტიკური მკურნალობის დანიშნისას ითვალისწინებენ: 1 ჰემატო-ენციფალურ ბარიერში შეღწევის უნარს; 2 მოსალოდნელ მიკროფლორას; 3 პრეპარატის ნეიროტოქსიურობას; 4. მოქმედების სპექტრის სიფართოეს.

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

1155. ავადმყოფებში ქალა-გვინის გრავმით, ხელოვნურმა ჰიპოთერმიამ შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ორგანიზმში ნახშირორჟანგის პროლუქციის შემცირება;
- ბ) გვინის უანგბადით მომარაგების მოთხოვნილების შემცირება;
- გ) კატაბოლიზმის შემცირება;
- დ) გვინის შეშუპების შემცირება;
- *ე) ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობის ზრდა.

1156. ავადმყოფებში ქალა-გვინის გრავმით, როდესაც სავარაუდოა ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია, გვინის პერფუზიის უსაფრთხო მომატება შეიძლება განხორციელდეს: 1 ფ.ხ.ვ.-ს რეკიმიტ - დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP); 2 ცერებროსპინალური სითხის დრენირებით; 3 თიოპენტალის შეყვანით; 4 მანიტოლის ინტრავენური შეყვანით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1157. ავადმყოფებში ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის ქრონიკული დაზიანებით მართებულია: 1 სპინალური ანესთეზიის დროს შეიძლება გამწვავდეს ავტონომიური ჰიპერრეფლექსია; 2 ზოგადი ანესთეზიის დროს უნდა განხორციელდეს სწრაფი ინლექცია ნარკოზში არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტების გამოყენებით; 3 პრემელიკაციაში სელაციური პრეპარატების გამოყენება; 4 სპინალური რეფლექსების დასაბრუნებლად ხშირად გამოიყენება არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტები.

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

1158. ქალა-ტვინის ტრავმის მძიმე შემთხვევებში, პირველ რიგში უნდა აღვადგინოთ:

- *ა) აირცვლა და სისხლის მიმოქცევა;
- ბ) სპონტანური სუნთქვა;
- გ) ღვიძლის ფუნქცია;
- დ) თირკმლის ფუნქცია;
- ე) ცნობიერება.

1159. თავის ტვინის მძიმე კონტუზიის მიღებისთანავე განვითარებული კლინიკური სიკვდილის შემთხვევაში გულის მასაჟი:

- *ა) აუცილებლად გარდება;
- ბ) მისი აუცილებლობა დამოკიდებულია თანმხლებ დაზიანებებზე;
- გ) შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ სტაციონარის პირობებში;
- დ) შეიძლება ჩატარდეს ქალის კომპრესიული მოტეხილობის არარსებობაზე რადიოლოგიური დასკვნის შემდეგ;
- ე) არ შეიძლება ჩატარდეს.

1160. „სპინალური შოკის“ დროს ნაჩვენებია: 1 კოლიდების და კრისტალოიდების გადასხმა; 2 სელაციური საშუალებები; 3 ვაზოპრესორები; 4 განგლიოლიზური საშუალებები.

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

1161. ბარბიტურატების ინტრავენული გამოყენების წინააღმდეგჩვენებაა:

- ა) ეპილეფსიური კრუნჩხვები;
- ბ) ფსიქომოტორული ადგზნება;
- გ) ნაგრიუმის ოქსიბუტირატით გამოწვეული კრუნჩხვითი სინდრომი;
- *დ) კოლაფსი;
- ე) ტონური კრუნჩხვები.

1162. ნეიროქირურგიაში ანესთეზიის შემდგომი ცნობიერების ხანგრძლივი მოშლის მიზეზებია:

- ა) ტვინის შეშუპება;
- ბ) ტვინშიდა ჰემატომები;
- გ) სისხლის ჩაქცევა ტვინის პარაკუტებში;
- დ) ნარკოტიკული დეპრესია;
- *ე) სწორია ყველა.

1163. ნაგრიუმის ნიტროპრუსილით მართვითი ჰიპოტონიის განხორციელებისას მოსალოდნელია:

- ა) ჰისტოტოქსიური ჰიპოქსია;
- ბ) ე.წ. „კორონარული გაჭურდვის“ ფენომენი;
- გ) ტაქიფილაქსია;
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილი;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი.

1164. თავის ტვინზე ოპერაციის შემდეგ კრუნჩხვითი სინდრომის კუპირებისათვის ნაჩვენებია: 1 ღიაბეპამი; 2. კეგამინი; 3. ბარბიტურატები; 4. ალგემინი.

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

1165. თავის ტვინზე ოპერაციის შემდეგ ფ.ხ.გ-ის ჩვენებებია: 1 კომატოზური მდგომარეობა; 2 არტერიული ჰიპოტენზია; 3 არაადექვატური სუნთქვა; 4 დიურეზი 70-100 მლ/წთ-ში.

- ა) 1,2,3

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

1166. ნეიროქირურგიული ოპერაციების შემდეგ ავადმყოფებს პარენჯერალური კვება ენიშნებათ: 1 ცხიმოვანი ემულსიებით; 2 მარგო ამინომჟავებით; 3 ნაწლავების პერისტალტიკის ფონზე; 4 ნაწლავების პარეზის ფონზე.

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

1167. თავის ქალაზე ოპერაციების დროს არმირებული საინტუბაციო მილების ხმარებისას: 1 შესაძლებელია თავის პოზიციის შეცვლა, სასუნთქო გზების გამავლობის დარღვევის გარეშე; 2 გრძელი მილი იწვევს ჰიპოქსიას და ჰიპერკაპნიას; 3 თავის მოხრის დროს მილი შეიძლება მოხვედეს მარჯვენა ბრონქში; 4 არასაკმარისი რიგილობის გამო მილი არ იხმარება მართვითი სუნთქვის დროს.

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

1168. ქვემოთ ჩამოთვლილია არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტები. რომელი იწვევს ინტრაკრანიალური წნევის მომატებას:

- ა) გუბოკურარინი;
- ბ) პიპეკურონიუმი;
- გ) ატრაკურიუმი;
- *დ) სწორია ა და გ;
- ე) სწორია ყველა.

1169. ნეიროქირურგიული ოპერაციების დროს „ფარული“ ჰიპერთერმიის მიზეზები შეიძლება იყოს: 1 ჰიპოთალამია; 2 დეჰიდრატაცია; 3 არასაკმარისი ანალგეზია; 4 ნეიროლექსანალგეზია.

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

1170. თავის გვინზე ოპერაციის შემდეგ მაღალსისხირიანი მოცულობითი ფ.ხ.ე.:

- *ა) არ არის ნაჩვენები;
- ბ) ნაჩვენებია მთელი პერიოდის განმავლობაში;
- გ) ნაჩვენებია ცალკეული სეანსებით;
- დ) ნაჩვენებია დიაპაზონში 1-4 ჰერცი;
- ე) ნაჩვენებია დიაპაზონში 4-6 ჰერცი;

1171. ნეიროქირურგიული ოპერაციის შემდგომ უახლოეს პერიოდში, სპონტანური სუნთქვის პირობებში, კრუნჩხვითი სინდრომის კუპირებისათვის უნდა გაკეთდეს ყველაფერი, გარდა: 1 მიდამოლაში 0,07 მგ/კგ; 2 დიაზეპამი 0,12 მგ/კგ; 3 გლუკოზა ინტრავენურად; 4 ნატრიუმის თიოპენტალი 5მგ/კგ-ზე.

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

1172. თავის გვინის მაგისტრალური სისხლძარღვების ანევრიზმის გამო წარმოებული ოპერაციების ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის დროს მისაღება: 1 სრულფასოვანი პრემელიკაცია; 2 მართვითი ჰიპოტონია; 3 ნეიროპროტექტორული ტაქტიკა; 4 ინტუბაციის წინ ესმოლოლის შეყვანა.

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

1173. მუცელზე მწოლიარე ნეიროქირურგიულ ავადმყოფებში მოსალოდნელია შემდეგი „პოზიციასთან დაკავშირებული“ გართულებები: 1 ვენტილაციურ-პერფუზიული თანაფარდობის შემცირება; 2 ცენტრალური ვენური წნევის გაზრდა; 3 ლიქვორის წნევის მომატება; 4 გულის წუთმოცულობის გაზრდა.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1174. ეპილეფსიით დაავადებულ ავადმყოფებში ზოგადი ანესთეზიის დროს უკუნაჩვენებია: 1 კეტამინი; 2 ატრაკურიუმის; 3 ენფლურანი; 4 ჰალოტანი.

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

1175. პარკინსონიზმით დაავადებულ ავადმყოფებში ზოგადი ანესთეზიის დროს უკუნაჩვენებია: 1 დროპერიდოლი; 2 მეტოკლოპრამიდი; 3 კეტამინი; 4 პროპოფოლი.

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

1176. ბოტულიზმის ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 A, C, E ტიპის ანტიტოქსინური შრატის შეყვანას; 2 ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციას; 3 ანტიბიოტიკოთერაპიას, განსაკუთრებით, ხანგრძლივი ფ.ხ.ვ.-ს პირობებში; 4 ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალებებს.

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

1177. ტეტანუსის ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 ანტიტეტანუსური იმუნოგლობულინი 30 ერთ/კგ ი.მ.; 2 ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციას; 3 ანტიკონვულსიური მკურნალობას; 4 ჰომეოსტაზის კორექციას.

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

1178. გლავგოს შკალით კომის შეფასება ითვალისწინებს: 1 მოტორული რეაქცია სიგყვიერ ბრძანებაზე; 2 მოტორული რეაქცია მტკივნეულ გაღიზიანებაზე; 3 თვალების გახელა სიგყვიერ ბრძანებაზე; 4 სიგყვიერი ბრძანების შემდეგ მტკივნეული გაღიზიანების ლოკალიზაციის უნარი.

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

1179. გლავგოს შკალით კომის შეფასება ითვალისწინებს:

- ა) თვალების გახელის შეფასებას;
- ბ) მოტორული რეაქციების შეფასებას;
- გ) აუზიის შეფასებას;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

1180. კომის დროს, შენარჩუნებული სპონტანური სუნთქვის პირობებში, ვენტილაციის აღქვავატურობა ჩამოთვლილთაგან ყველაზე ზუსტად ფასდება:

- ა) სუნთქვის სიხშირით;
- ბ) სუნთქვითი მოცულობით;
- გ) FiO_2 -ით;
- დ) $PaCO_2$ -ით;
- *ე) არც ერთით.

1181. ნევროლოგიურ ავადმყოფებში, რომლებიც ხანგრძლივად იმყოფებოდნენ ფ.ხ.ვ.-ზე, აღადგინეს სპონტანური სუნთქვა და საჭიროებენ რესპირატორული მხარდაჭერის შეწყვეტას, გამოიყენება ღამხმარე ფ.ხ.ვ.-ს შემდეგი რეჟიმები: 1 ფილტვების სინქრონული იძულებითი გარღმაჟალი ვენტილაცია (SIMV); 2 სპონტანური სუნთქვა დალებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში (CPAP); 3 ფილტვების ღამხმარე ვენტილაცია დალებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში (BIPAP); 4 ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია (CMV).

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

1182. გვინის შეშუპების დროს კომპოში მყოფი ავადმყოფის ენგერალური კვებისათვის ნაჩვენებია ისეთი საკვების გამოყენება, რომლის ენერგეტიკული ღირებულება შეადგენს (ნორმოთერმიის პირობებში):

- ა) 1,0 კკალ/მლ;
- ბ) 1,5 კკალ/მლ;
- გ) 2,0 კკალ/მლ;
- *დ) სწორია ბ და გ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1183. კომპოში მყოფი ავადმყოფის ენგერალური კვების სრულფასოვნების შეფასების კრიტერიუმებია: 1 სხეულის მასის დაქვეითება; 2 შრატის ალბუმინის დეფიციტი; 3 ხელის გარშემოწერილობის შემცირება; 4 შარლოვანას ექსკრეციის განსაზღვრა.

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

1184. ცილებზე დღე-ღამური მოთხოვნილება ისაზღვრება:

- *ა) შარლოვანას კონცენტრაცია დღე-ღამის შარდში/30;
- ბ) კრეატინინის კონცენტრაცია დღე-ღამის შარდში/30;
- გ) პროტეინების კონცენტრაცია დღე-ღამის შარდში/30;
- დ) შარლოვანას კონცენტრაცია სისხლში/30;
- ე) კრეატინინის კონცენტრაცია სისხლში/30.

ანესთეზია და ინგენსიური თერაპია უროლოგიაში და ნეფროლოგიაში

1185. თირკმლებში ჯამური სისხლის ნაკადი შეადგენს;

- ა) გულის წუთმოცულობის 10 %-ს;
- *ბ) გულის წუთმოცულობის 20 %-ს;
- გ) გულის წუთმოცულობის 30 %-ს;
- დ) გულის წუთმოცულობის 40 %-ს;
- ე) გულის წუთმოცულობის 50%-ს.

1186. თირკმლებში ლიმფის წარმოქმნის სიჩქარე დაახლოებით გოლია შარდის წარმოქმნის სიჩქარისა, ანუ დაახლოებით შეადგენს:

- *ა) 1 მლ/წთ-ში;
- ბ) 2 მლ/წთ-ში;
- გ) 3 მლ/წთ-ში;
- დ) 10 მლ/წთ-ში.
- ე) 5მლ/წთ-ში.

1187. თირკმლის სისხლის ნაკადის აუტორეგულაცია წყდება სისტოლური არტერიული წნევის დაწვევისას:

- ა) 100 მმ. ვწყ. სვ-მდე;
- ბ) 90 მმ. ვწყ. სვ-მდე;
- *გ) 60-70 მმ. ვწყ. სვ-მდე;
- დ) 40-50 მმ. ვწყ. სვ-მდე;
- ე) 30-20 მმ. ვწყ. სვ-მდე.

1188. თირკმელების სისხლის მიმოქცევის ნორმალური მაჩვენებელი მოზრდილ ადამიანში საშუალოდ შეადგენს:

- ა) 1600 მლ/წთ-ში;
- *ბ) 1100 მლ/წთ-ში;
- გ) 800 მლ/წთ-ში;
- დ) 600 მლ/წთ-ში;
- ე) 400 მლ/წთ-ში.

1189. თირკმლის ეფექტური პლაზმის ნაკადის ნორმალური სიდიდე მოზრდილი ადამიანისათვის საშუალოდ შეადგენს:

- ა) 1300 მლ/წთ;
- *ბ) 925 მლ/წთ;
- გ) 625 მლ/წთ;
- დ) 425 მლ/წთ.
- ე) 300 მლ/წთ.

1190. ნორმალურ პირობებში მოზრდილი ადამიანისათვის გორგლოვანი ფილტვრაციის საშუალო სიჩქარე შეადგენს:

- ა) 60 მლ/წთ;
- *ბ) 120 მლ/წთ;
- გ) 180 მლ/წთ;
- დ) 240 მლ/წთ;
- ე) 300 მლ/წთ.

1191. გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარის განსაზღვრისათვის ჩამოთვლილთაგან უფრო ინფორმატიულია:

- *ა) კრეაგინინი პლაზმაში;
- ბ) შარდოვანა პლაზმაში;
- გ) სისხლში ნარჩენი ამოცი;
- დ) ყველა სწორია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1192. კრეაგინინის კლირენსი წარმოადგენს გვაძლევს:

- *ა) გორგლოვან ფილტრაციამზე;
- ბ) პროქსიმალური მილაკების ფუნქციამზე;
- გ) დისგალური მილაკების ფუნქციამზე;
- დ) ამონიოგენემის ინტენსივობამზე;
- ე) კაგაბოლური პროცესების ინტენსივობამზე.

1193. ეუფილინის შეყვანა ზრდის დიურემს:

- ა) ნაგრიუმის რეაბსორბციის ბლოკადის ხარჯზე;
- ბ) ნაგრიურემის უმნიშვნელო გადილების ხარჯზე;
- გ) ნაგრიუმის რეაბსორბციის გადილების ხარჯზე;
- დ) თირკმლის სისხლის მიმოქცევის გაზრდის ხარჯზე.
- *ე) სწორია ბ და დ.

1194. ოსმოსური დიურეზული საშუალებები (მანიტოლი) მოქმედებენ შემდეგ ღონებზე:

- ა) ჰენლეს მარყუკის აღმავალი მუხლის ტვინოვან ნაწილზე;
- *ბ) ჰენლეს მარყუკისა და პროქსიმალური მილაკის ღონებზე;
- გ) დისგალური მილაკის ღონებზე;
- დ) თირკმლის მარყუკის დაღმავალ მუხლზე;
- ე) ბოუმენის კაფსულის ღონებზე.

1195. საღურეზული საშუალებები (ფუროსემიდი) მოქმედებენ შემდეგ ღონებზე: 1 ჰენლეს მარყუკის აღმავალი მუხლის ღონებზე; 2 ჰენლეს მარყუკის დაღმავალი მუხლის ღონებზე; 3 პროქსიმალური მილაკების ღონებზე; 4 დისგალური მილაკების ღონებზე.

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

1196. კალიუმშემნახველი შარდმდენი საშუალებები (სპირონოლაქტონი) მოქმედებენ:

- *ა) მილაკების დისგალური ნაწილის ღონებზე;
- ბ) თირკმლის მარყუკისა და პროქსიმალური მილაკის ღონებზე;
- გ) ჰენლეს მარყუკის ღონებზე;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1197. ამინოგლიკომიდებმა შეიძლება გამოიწვიონ: 1 თირკმლის სისხლის მიმოქცევის შემცირება; 2 თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარება; 3 საშარდე გზების პოსტრენული ობსტრუქცია; 4 თირკმლების გოქსიური დაზიანება.

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

1198. გლუკომის მიმართ სისტემური გოლერანგობა, რომელიც ხშირად შეინიშნება თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალურ სტადიაში, იწვევს ე.წ. ურემიული ფსევდოლიაბეტის განვითარებას:

- ა) ინსულინის დეფიციტის ხარჯზე;
- *ბ) ინსულინის საკმაოდ მაღალი შემცველობის ფონზე გლუკომის უგილიზაციის დაქვეითების ხარჯზე;
- გ) ენდოგენური ინსულინის მიმართ უჯრედების მგრძობილობის დაქვეითების და ეგზოგენურ ინსულინზე მგრძობილობის გაზრდის ხარჯზე;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1199. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს აღინიშნება შემდეგი პარაკლინიკური მონაცემები, გარდა:

- ა) ჰემოგლობინი - 60 გ/ლ;
- ბ) ერითროციტები - $2,3 \cdot 10^{12}/\text{ლ}$;
- *გ) თრომბოციტები - $250 \cdot 10^3/\text{მმ}^3$;
- დ) პროთრომბინული ინდექსი - 65%;
- ე) კრეაგინინი სისხლში - 320 მკმოლ/ლ.

1200. გრანსამინაზების (გრანსფერაზები) აქტივობის მაგება წარმოადგენს თირკმლების გრანსპლანტაციის უკუჩვენებას, თუ მათი ღონე:

- ა) <50ს.ე.
- ბ) <100ს.ე.
- *გ) >100ს.ე.
- დ) <40ს.ე.
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1201. თირკმელების ქრონიკული უკმარისობის გერმინალურ სტადიაში მყოფი ავადმყოფებისათვის ჰემოგრანსფუზიისაგან თავი უნდა შევიკავოთ, თუ ჰემოგლობინის შემცველობაა არანაკლებ:

- *ა) 80 გ/ლ-ისა;
- ბ) 90 გ/ლ-ისა;
- გ) 100 გ/ლ-ისა;
- დ) 110 გ/ლ-ისა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1202. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის გერმინალურ სტადიაში მყოფი ავადმყოფისათვის ქსოვილებამდე ჟანგბადის გრანსპორტის უზრუნველყოფა ხდება:

- ა) გულის წუთმოცულობის გაზრდის ხარჯზე;
- ბ) ჰემოგლობინთან ჟანგბადის შეკავშირების დაქვეითების ხარჯზე;
- გ) მაღალი საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის ხარჯზე;
- *დ) სწორია ა,ბ;
- ე) სწორია ა,ბ,გ.

1203. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს ანემიის განვითარების ძირითადი მიზეზია:

- ა) პოსტჰემორაგიული ანემია;
- ბ) ჰემაგურია;
- გ) გორგლოვანი ფილტვრაციის შემცირება;
- *დ) არც ერთი;
- ე) ყველა.

1204. გაღანერგილი ცულად მოფუნქციონირე თირკმლის პირობებში, შესაძლოა აღინიშნებოდეს ხანგრძლივი აპნოე შემდეგი არამადეჰოლარიმბელი რელაქსანტების გამოყენებისას: 1 აგრაკურიუმი; 2 ტუბოკურანინი; 3 მივაკურიუმი; 4 პანკურონიუმი.

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

1205. თირკმლის გრანსპლანტაციისას, მისი სისხლის მიმოქცევაში ჩართვამდე, ინფუზიური თერაპიის ტაქტიკა მდგომარეობს:

- ა) ინფუზიური თერაპია უკუნაჩვენებია;
- ბ) მერყეობს ფართო ფარგლებში;
- გ) დამოკიდებულია გრანსპლანტაციის ფუნქციაზე;
- *დ) საინფუზიო ხსნარების მოცულობის მკაცრ შემლუღვაში;
- ე) ნაჩვენებია მხოლოდ კოლოიდური ხსნარების გადასხმა.

1206. ქსოვილებთან ჟანგბადის გრანსპორტის უზრუნველსაყოფად ჰემოგლობინის მინიმალური კონცენტრაცია ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უნდა იყოს:

- ა) 60 გ/ლ;
- *ბ) 80 გ/ლ;
- გ) 100 გ/ლ;
- დ) 120 გ/ლ;
- ე) 140 გ/ლ.

1207. თირკმლის გრანსპლანტაციის შემდგომი გულის უკმარისობის კლინიკური სურათი ყველაზე ხშირად გამოხატულია:

- ა) ჰიპოკინეტიკური ფორმით;
- ბ) ჰიპოვოლემიური ფორმით;
- *გ) ჰიპერკინეტიკური ფორმით;
- დ) ეუკინეტიკური ფორმით;
- ე) ჰიპერვოლემიური ფორმით.

1208. ჰიპერკალიემიის ფონზე, თირკმლის გრანსპლანტაციის შემდგომი გულის უკმარისობის მკურნალობისას ჩამოთვლილთაგან არჩევის პრეპარატია: 1 რიბოქსინი; 2 სტროფანტინი; 3 განგლიობლოკატორები; 4 დიგოქსინი.

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

1209. უროლოგიური დაავადებების დროს უფრო ხშირად ვითარდება თირკმლის მწვავე უკმარისობის შემდეგი ფორმა:

- *ა) პოსტრენული;
- ბ) რენული;
- გ) პრერენული;
- დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ბ, გ.

1210. ენდოგენური წყალი, რომელიც წარმოიქმნება ორგანიზმში ქანგვა-აღლგენითი პროცესების შედეგად, ნორმაში შეადგენს:

- ა) 100 მლ დღე-ღამეში;
- *ბ) 200 მლ დღე-ღამეში;
- გ) 500 მლ დღე-ღამეში;
- დ) 700 მლ დღე-ღამეში;
- ე) 1000 მლ დღე-ღამეში.

1211. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიის სტადიაში ჰიდრატაციის დასაშვები მოცულობა უნდა იყოს:

- ა) სადღეღამისო დიურეზის ტოლი;
- *ბ) სადღეღამისო დიურეზს+პერსპირაციული დანაკარგი;
- გ) სადღეღამისო დიურეზს-პერსპირაციული დანაკარგი;
- დ) პერსპირაციული დანაკარგის ტოლი;
- ე) სადღეღამისო დიურეზზე ნაკლები.

1212. ავადმყოფს თირკმლის მწვავე უკმარისობის ანურიის სტადიაში აქვს ანესთეზიოლოგიური პრობლემები: 1 თირკმლის ექსკრეციულ და კონცენტრაციული ფუნქციის მოშლა (აუტონგოქსიკაცია, ჰიდრატაცია, ჰიპერაზოტემია); 2 ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა (ჰიპერკალიემია, ჰიპონატრემია, ჰიპოკალციემია, ჰიპოქლორემია); 3 მეტაბოლური აციდოზის დარღვევა (მეტაბოლური აციდოზი); 4 ჰემოდინამიკური დარღვევები (გულის უკმარისობა, არითმია, ჰიპერვოლემია).

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

1213. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიულ სტადიაში კალიუმის კონცენტრაციის 12 მმოლ/ლ-ზე გადაჭარბებისას შესაძლოა აღინიშნებოდეს:

- ა) მოციმციმე არითმიის ტაქისისტოლური ფორმა;
- ბ) პაროქსიზმული ტაქიკარდია;
- გ) წინაგულების თრთოლვა;
- დ) სინუსური არითმია;
- *ე) არც ერთი.

1214. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიულ სტადიაში ვითარდება:

- ა) მეტაბოლური ალკალოზი;
- *ბ) მეტაბოლური აციდოზი;
- გ) შერეული აციდოზი;
- დ) შერეული ალკალოზი;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1215. თირკმლის მწვავე უკმარისობის მიზეზები შეიძლება იყოს: 1 შოკოგენური ფაქტორები; 2 ჰემოლიზი ან მიოლიზი, კრამ-სინდრომი; 3 ეგზოტოქსიკოზები, მოწამელები; 4 სეფსისი.

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

1216. მცირე უროლოგიური ოპერაციების, ბიოფსიების, ცისტოსკოპიების, მტკივნეული შეხვევების დროს ანესთეზიის და ანალგეზიის ყველაზე ოპტიმალური ვარიანტებია: 1 ანესთეზია სომბრეფინით; 2 ანესთეზია პროპოფოლი+ფენტანილი; 3 ანესთეზია კეტამინით; 4 ანესთეზია ამოგის ქვექანგი+ფენტანილი.

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

1217. დეკომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი, გამოხატული თირკმლის უკმარისობის მქონე ავადმყოფებში:

- *ა) ზრდის სისხლძარღვთა რემისტენგობას აღრენომიმეტური ნივთიერებების მიმართ;
- ბ) აქვეითებს სისხლძარღვთა რემისტენგობას აღრენომიმეტური ნივთიერებების მიმართ;
- გ) შეგავლენას არ ახდენს ვაზოპრესორების მოქმედებაზე;
- დ) A პასუხში მითითებული მდგომარეობა მართებულია მხოლოდ დოფამინის მიმართ;
- ე) B პასუხში მითითებული მდგომარეობა მართებულია მხოლოდ დოფამინის მიმართ.

1218. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიის სტადიაში ინლექციისათვის იხმარება თიოპენტალის შემდეგი დოზა:

- *ა) 4-6 მგ/კგ;
- ბ) 8-10 მგ/კგ;
- გ) 12-13 მგ/კგ;
- დ) 2-3 მგ/კგ;
- ე) არ იხმარება.

1219. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიის სტადიაში ზოგადი ანესთეზიის ინლექციისათვის სომბრევის გამოყენება არაა რეკომენდირებული:

- *ა) ჰიპოტენზიური რეაქციის გამო;
- ბ) სუნთქვის დათრგუნვის გამო;
- გ) ნეფროტოქსიურობის გამო;
- დ) ხანმოკლე ნარკოტიკული ეფექტის გამო;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1220. ავადმყოფებში თირკმლის მწვავე უკმარისობით, მეტოქსიფულურანი არ გამოიყენება იმის გამო, რომ: 1 თრგუნავს სუნთქვას; 2 ნეფროტოქსიურია; 3 არღვევს უჯრედის მეტაბოლიზმს; 4 თრგუნავს გულ-სისხლძარღვთა სისტემას.

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

1221. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ოლიგურიის სტადიაში ნეიროლეპტანალგემიის გამოყენებას თან ახლავს: 1 მათი ორგანიზმიდან გამოყოფის დაყოვნება; 2 პოსტურალური რეაქციების საშიშროება; 3 პერიფერიულ სისხლძარღვთა ტონუსის დაქვეითება; 4. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შეღარებითი სტაბილურობა.

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

1222. ერთმომენტიანი აღენომექტომიის უკუჩვენება შეიძლება იყოს:

- ა) თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის კომპენსატორული სტადია;
- ბ) კომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტი;
- გ) ბრონქული ასთმა;
- დ) თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლის შემდგომი პარეზი;
- *ე) მიოკარდიუმის ინფარქტი.

1223. გეგმიური აღენომექტომიის დროს, ანესთეზიის ყველაზე მიღებული მეთოდია: 1 გოგალური ინტრავენური ანესთეზია; 2 ეპიდურული ანესთეზია; 3 დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია; 4 სპინალური ანესთეზია.

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

1224. თირკმლის გრანსკუტანული პუნქციური ჩარევებისათვის ანესთეზიის ოპტიმალური ვარიანტია: 1 ადგილობრივი ანესთეზია; 2 კეტიბინი+ლიბეპამი ინტრავენურად; 3 ადგილობრივი ანესთეზია+სელაგია+ნარკოტიკული ანალგეტიკები; 4 ეპიდურული ანესთეზია.

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

1225. აღენომექტომიის შემდგომი პოსტოპერაციული ტვივილის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდია:

- ა) გრანსკუტანული ელექტროანალგეზია;
- ბ) ცენტრალური ელექტროანალგეზია;
- *გ) ეპიდურული ანალგეზია + ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება;
- დ) ეპიდურული ანალგეზია ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებებით;
- ე) ნარკოტიკი კუნთში.

1226. ავადმყოფის პარაკლინიკური მონაცემებია: კრეატინინი პლაზმაში 3,3 მექვ/ლ-ში, კრეატინინი შარდში 200 მექვ/ლ-ში, ღლე-ღამური ღირებულება 960 მლ. როგორ შეფასებას მისცემდით თირკმლის ძირითად - გორგლოვანი ფილტრაციის - ფუნქციას:

- *ა) არაღამაკმაყოფილებელია;
- ბ) ძალზე არაღამაკმაყოფილებელია;
- გ) ნორმის ფარგლებშია;

- დ) მოსალოდნელია გორგლოვანი ფილტრაციის სწრაფი გაუარესება;
- ე) არ მისცემდით არც ერთ შემთხვევაში ჩამოთვლილ შეფასებას.

1227. იმ შემთხვევებში, როცა ძნელია გარკვევა, ოლიგურიის მიზეზი გორგლოვანი ფილტრაციის შემცირებაა თუ გორგლოვანი აპარატის ფუნქციური უკმარისობა, დასაწყისში გამოიყენება შემდეგი მედიკამენტების მცირე დოზები: 1 ფუროსემიდი; 2 სპირონოლაქტონი; 3 მანიტოლი; 4 ეუფილინი.

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

1228. ანურიის დროს დღე-ღამური დიურეზი:

- *ა) <100 მლ-ზე;
- ბ) <200 მლ-ზე;
- გ) <300 მლ-ზე;
- დ) <400 მლ-ზე;
- ე) <500 მლ-ზე.

1229. მოზრდილებში ოლიგურიის დროს დღე-ღამური დიურეზი შეადგენს:

- ა) 100 მლ-ზე ნაკლებს;
- *ბ) 200-300 მლ;
- გ) 400-500 მლ;
- დ) 500 მლ-ზე მეტს;
- ე) 500 მლ-ს.

1230. თირკმლის უკმარისობის დროს გლიკომიდების დოზები:

- *ა) შემცირდეს 3/4-ით;
- ბ) არ შეიცვალოს;
- გ) გაიზარდოს 1/4-ით;
- დ) გაიზარდოს 1/2-ით.
- ე) გაიზარდოს 2ჯერ.

1231. თირკმლის უკმარისობისას უმჯობესია გამოიყენებულ იქნას ანტიბიოტიკები, რომლებიც არ ექსკრეტირდებიან თირკმლებით და ნაკლებად გოქსიურები არიან სისხლში მათი თერაპიული კონცენტრაციის გაღაჭარბებისას. მათ მიეკუთვნება: 1 ტეტრაციკლინი; 2 კარბაპენემები; 3 ამინოგლიკომიდები; 4 ცეფალოსპორინები.

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

1232. თირკმლის სისხლის ნაკადის ნორმალიზაცია პრერენული (ფუნქციური) ოლიგურიისას პათოგენურად ხორციელდება: 1 სალურეტიკების შეყვანით; 2 ოსმოლიურეტიკების შეყვანით; 3 განგლიოლიტიკების შეყვანით; 4 ჰემოლიზამიკის სტაბილიზაციით.

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

1233. თირკმლის უკმარისობის დროს პროლონგირდება ყველა ჩამოთვლილი ანალგეზიური საშუალების მოქმედება, გარდა: 1 მორფინი; 2 პეტიდინი; 3 ფენტანილი; 4 რემიფენტანილი.

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

1234. ოპერაციული ჩარევის შემდგომ პარასიმპატიკური სტრუქტურების ბლოკადისას (ავადმყოფი ამ დროს ვერ გრძნობს შარდის ბუშტის გადასხმას) აუცილებელია: 1 დიათერმია; 2 ედროფონიუმი; 3 სიმპატომიმეტიკები; 4 ნეოსტიგმინი.

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

1235. ზოგადი ანესთეზიის შემდგომი ოლიგურიული სინდრომის მკურნალობა მოიცავს ყველას, გარდა: 1 რინგერის ხსნარის გადასხმას; 2 ამინოთიამინების გადასხმას; 3 ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმას; 4 კრიოპლაზმის გადასხმას.

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

1236. ზოგადი ანესთეზიის შემდგომი ოლიგურიული სინდრომის მკურნალობა მდგომარეობს:

- ა) ესქტრაკორპორალურ დეტოქსიკაციაში;
- *ბ) ინფუზიური თერაპიის გაზრდაში;
- გ) ინფუზიური თერაპიის შემცირებაში;
- დ) რეგაბოლილის დანიშვნაში;
- ე) დექსამეტაზონის დანიშვნაში;

1237. აღრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში არსებული თირკმლის ფუნქციის მოშლისას, რომელიც ვლინდება ოლიგურიით, დამახასიათებელია:

- *ა) თირკმლის კონცენტრაციული და ექსკრეტორული ფუნქციის შენახვა;
- ბ) თირკმლის კონცენტრაციული და ექსკრეტორული ფუნქციის დაქვეითება;
- გ) თირკმლის კონცენტრაციული და ექსკრეტორული ფუნქციის გაძლიერება;
- დ) თირკმლის კონცენტრაციული ფუნქცია გაძლიერებულია, ექსკრეტორული დაქვეითებული.
- ე) თირკმლის კონცენტრაციული ფუნქცია დაქვეითებულია, ექსკრეტორული ფუნქცია მომატებული.

1238. გარეთა სასქესო ორგანოებზე და შარდის ბუშტზე ოპერაციების დროს იყენებენ: 1 გოტალურ ინტრავენურ ანესთეზიას; 2 დაბალანსებულ ზოგად ანესთეზიას; 3 ინჰალაციურ ანესთეზიას სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით; 4 ალგილობრივ ანესთეზიას.

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

1239. შორისმე, შარდის ბუშტზე, წინამდებარე ჯირკვალზე და შარდსაწვეთების ქვემო და შუა მესამედის არეში ლითიაზის გამო წარმოებული ოპერაციების დროს, ყველაზე მეტად ნაჩვენებია: 1 დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია; 2 გოტალური ინტრავენური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით; 3 ალგილობრივი ანესთეზია; 4 ეპიდურული და სპინალური ანესთეზია.

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

1240. თირკმლებზე, თირკმელზედა ჯირკვლებზე და შარდსაწვეთის ზედა მესამედზე წარმოებული ოპერაციების გაუტკივარების ყველაზე რაციონალური მეთოდია:

- *ა) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- ბ) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზიისა და ეპიდურული ანესთეზიის კომბინაცია;
- გ) სპინალური ანესთეზია;
- დ) ეპიდურული ანესთეზია;
- ე) გოტალური ინტრავენური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით.

1241. ხანგრძლივი და გრძელვადიანი ოპერაციებისას (სისხლძარღვოვანი ოპერაციები, თირკმლის აუტოტრანსპლანტაცია, შარდსაწვეთების პლასტიკა, შარდის ბუშტის ექსტირპაცია) სასურველია:

- *ა) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია ეპიდურული ანესთეზიით;
- ბ) სპინალური ანესთეზია;
- გ) ეპიდურული ანესთეზია;
- დ) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- ე) გოტალური ინტრავენური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით.

1242. თირკმლის დიდი სიმსივნეების გამო წარმოებული ნეფრექტომიის დროს ანესთეზიოლოგი მზად უნდა იყოს შემდეგი გართულებებისათვის: 1 ვენური უკუღინების დარღვევა ქვემო დრუ ვენაზე მეწოლის გამო; 2 მასიური სისხლის დანაკარგი; 3 თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა მისი დამიანების ან მოცილების გამო; 4 ერთი ფილტვის „პოზიციური“ ჰიპოვენტილაცია.

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

1243. თირკმლის მრავლობითი და მარჯნისებური ქვების მქონე ავადმყოფებში ნეფრექტომიისას ანესთეზიის ძირითადი საშიშროებაა: 1 მასიური სისხლდენა; 2 თირკმელზედა ჯირკვლის დამიანება; 3 თირკმლის ფუნქციური შესაძლებლობების შემცირება; 4 ინფუზიურ-ტრანსფუზიური თერაპიის არასაკმარისი ტემპი.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1244. კალკულოზით დაზიანებული ერთადერთი თირკმლის ფუნქციური მახვენებლების დაქვეითება მიუთითებს იმაზე, რომ ოპერაციის და მის შემდგომ პერიოდში შეყვანილი პრეპარატების ღირებულება:

- *ა) უნდა შემცირდეს;
- ბ) შენარჩუნებული უნდა იქნას;
- გ) უნდა გაიზარდოს;
- დ) უნდა გაიზარდოს ზოგიერთ შემთხვევაში;
- ე) უნდა შემცირდეს ზოგიერთ შემთხვევაში.

1245. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებში:

- *ა) გამზდილია იმ პრეპარატების თავისუფალი ფრაქცია, რომლებსაც აქვთ ცილებთან შეკავშირების მაღალი უნარი;
- ბ) ცხიმში უხსნადი პრეპარატები ძირითადად მეტაბოლიზმშია ღვიძლში;
- გ) ურემია არ იწვევს ფარმაკოკინეტიკურ ეფექტებს;
- დ) ხშირად აღინიშნება ჰიპოკოლეემია;
- ე) სტანდარტული ბიკარბონატის კონცენტრაცია ნორმაშია.

1246. ერთადერთ თირკმელზე ოპერაციული ჩარევისას ანესთეზიოლოგიური უბრუნველყოფის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს იმ ფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენება, რომლებიც:

- ა) არ ამცირებენ თირკმლის სისხლის ნაკადს;
- ბ) ნაკლებად გააჩნიათ კუმულაციური ეფექტი;
- გ) ნაკლებად თრგუნავენ ღირებულებას;
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1247. იმ პაციენტებში, რომლებსაც ერთი თირკმელი აქვთ, შესაძლოა ნარჩენი მიორელაქსაციის განვითარება, რაც პირველ რიგში მოითხოვს: 1 გახანგრძლივებულ ფილტვების ვენტილაციას; 2 დეკურარიზაციის ჩატარებას; 3 მეტაბოლიზმის კორექციას და ღირებულებას სტიმულაციას; 4 ცენტრალური ანალეფსიური საშუალებების გამოყენებას.

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

1248. გართულებების არარსებობისას ოპერაციის შემდგომ პერიოდში თირკმლის ფუნქციურ მდგომარეობაზე გამარტივებული კონტროლი ხორციელდება: 1 დღე-ღამური ღირებულების გამოვლით; 2 ნარჩენი აზოტის განსაზღვრით; 3 შარდის კლინიკური ანალიზით; 4 სისხლის ბიოქიმიური მაჩვენებლებით.

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

1249. თირკმლის მწვავე უკმარისობის მყარი ანუროის სტადიაში გადაუღებელი ჰემოლიზის ჩვენებაა: 1 კრეატინინის მაღალი მაჩვენებელი; 2 პროგრესირებადი აზოტემია; 3 ჰიპერჰიდრატაცია; 4 მკვეთრი ჰიპერკალიემია.

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

1250. თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტში: 1 კატაბოლურმა სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს პლაზმაში კალიუმის კონცენტრაციის მომაგება; 2 ჰიპერმაგნიემია იწვევს მიორელაქსანტების მოქმედების პოტენცირებას; 3 აღინიშნება გასტრინის მაღალი დონე; 4 ჰიპერკალციემიას მიუყვართ მეორადი ჰიპერპარათირეოიდიზმის განვითარებამდე.

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

1251. თირკმლის მწვავე უკმარისობის ნეფროტოქსიური ფორმის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: 1 მძიმე მეტალების ნაერთებით მოწამვლისა; 2 ორგანული გამხსნელებისა (ეთილენგლიკოლი); 3 სულფანილამიდებისა; 4 ჰემორაგიული შოკისა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1252. წინამდებარე ჯირკვლის გრანსურეთრული რეგექციის გართულებებს მიეკუთვნება: 1 დამწვრობა; 2 ფიბრინოლიზი; 3 ჰემოლიზი; 4 იმოსმოლარული ხსნარებით გადაგვიროთვა.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1253. წინამდებარე ჯირკვლის გრანსურეთრული რეგექციის შემდეგ, ჰიპოსმოლარული გადაგვიროთვის შედეგად ვითარდება ე.წ. "ტურ-სინდრომი". კლინიკურად იგი ვლინდება: 1 ციანოზი; 2 კრუნჩხვები; 3 არითმია; 4 ქოშინი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1254. წინამდებარე ჯირკვლის გრანსურეთრული რეგექციის შემდეგ, ჰიპოსმოლარული გადაგვიროთვის შედეგად ვითარდება ე.წ. "ტურ-სინდრომი". მისი მკურნალობა მდგომარეობს: 1 ნაგრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარით; 2 თიოპენგალი 500-1000 მგ; 3 მილაზოლამი 2-4 მგ; 4 ფენგანილი 10-20 მგ/კგ-ზე.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1255. დიურეზის ინტრაოპერაციული შემცირება < 20მლ/სთ შეიძლება იყოს განპირობებული: 1 შარდის ბუშტის კათეტერის არასწორი მდებარეობით; 2 ჰემოლიზამიკური დარღვევებით; 3 ქორურგიული მანიპულაციებით; 4 დოზამინის 4 მკგ/კგ/სთ ი.ვ. შეყვანით.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1256. მენჯის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციისას დიურეზის შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 შარდის ბუშტზე ბეწოლა; 2 შარდის ბუშტის ღებინება; 3 შარდსაწვეთების ღებინება ან გადაკვანძვა; 4 ფოვლერის მდებარეობა.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1257. ჰალოგენშემცველი საანესთეზიო საშუალებების ნეფროტოქსიურობა განპირობებულია ფტორის იონით. მიუთითეთ ჩამოთვლილი ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებიდან რომელს აქვს ყველაზე მეტად გამობზავლი ეს თვისება:

ა) ჰალოგანი;

ბ) ამოგის ქეექანგი;

*გ) მეტოქსიფლურანი;

დ) იზოფლურანი;

ე) სევიოფლურანი.

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს

1258. სითხის ბალანსს ორგანიზმში აკონტროლებს: 1 ჰიპოფიზის უკანა წილი; 2 ფილტვების და კანის შედაპირიდან დაკარგული სითხე; 3 ჰიპოთალამუსის სუპრაოპიკალური ბირთვი; 4 ალდოსტერონი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1259. ოპერაციული სტრესის საპასუხოდ აღინიშნება შემდეგი ენდოკრინული ცვლილებები: 1. კორტიზოლის დონის მომატება; 2. გლუკაგონის კონცენტრაციის შემცირება; 3. კატეპოლამინების კონცენტრაციის გაზრდა; 4. ანგილიურეზული ჰორმონის კონცენტრაციის შემცირება.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1260. ჰიპოფიზი გაველენას ახდენს: 1 ჰიპოთალამუსის სეკრეციაზე; 2 თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი ქსოვილის სეკრეციაზე; 3 თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სეკრეციაზე; 4 კუჭქვეშა ჯირკვლის სეკრეციაზე.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1261. ჰიპოფიზექტომიის შემდეგ: 1 მაგულობს მგრძობელობა მწვავე სტრესული სიტუაციების მიმართ; 2 ღუნდება მგრძობელობა მწვავე სტრესული სიტუაციების მიმართ; 3 მცირე ცელილებებია ნახშირწყლოვან ცელაში; 4 ირღვევა ნახშირწყლოვანი, ცილოვანი და ცხიმოვანი ცვლა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1262. ავადმყოფებმა ჰიპოფიზექტომიის შემდეგ უნდა მიიღონ: 1 პარათირეოიდული ჰორმონები; 2 ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები; 3 აღრენალინი; 4 კორტიზოლი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1263. იცენგო-კუშინგის სინდრომის ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა: 1 ოსტეოპოროზი; 2 ჰიპერტენზია; 3 ჰირსუტიზმი; 4 კანზე მეწამული ფერის ზოლები.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1264. კუშინგის სინდრომი: 1 ვითარდება ჰიპოფიზის სიმსივნის მიერ აკტპ-ის პროლექციის შედეგად; 2 თან ახლავს ჰიპერგლიკემია; 3 ღამახასიათებელია ჰიპოტენზია; 4 საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება ავადმყოფის საოპერაციო მაგიდაზე მოთავსების დროს.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1265. სუბტოტალური სტრუმექტომიიდან 8 საათში განვითარებული კრუნჩხვების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს: 1 ჯირკვლის ძალიან დიდი ნაწილის რეზექცია; 2 აცილოზი და ჰიპერგლიკემია; 3 თირეოტოქსიური კრიზი; 4 ტეტანია.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4

1266. თირეოტოქსიკოზის დროს ზოგადი ანესთეზიის სირთულეებს განაპირობებს: 1 ტრაქეოტონდრომალაციის განვითარების საფრთხე; 2 არითმიები და გულის წუთმოცულობის გაზრდა; 3 გლუკოზის მიმართ გოლერანგობის დარღვევა; 4 კუნთების სისუსტე.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1267. თირეოტოქსიური კრიზის კლინიკური ნიშნებია: 1 კეტოაცილოზი; 2 ცნობიერების დაბინდვა, მოუსვენრობა, დელირიუმი; 3 ღეჰიდრატაცია; 4 ჰიპორთერმია.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1268. თირეოტოქსიური კრიზის ინგენსიური თერაპია გულისხმობს: 1 ანგითირეოიდული პრეპარატების გამოყენებას; 2

ბეტა-ადრენოლკატორების გამოყენებას; 3 მძიმე მდგომარეობის დროს რესპირატორულ მხარდაჭერასა და ქანგბადის ინჰალაციას; 4 ინფუზიურ თერაპიას.

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

1269. სუბტოტალური თირეოქტომიიდან 8 საათის შემდეგ განვითარებული კრუნჩხვების ძირითადი მიზეზია:

- ა) ჯირკვლის დიდი უბნის რემექცია;
- ბ) აცილოზი;
- *გ) ტეტანია;
- დ) ჰიპერგლიკემია;
- ე) ჰიპერკაპნია.

1270. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ქრონიკული უკმარისობის დროს:

- ა) მცირდება ნაგრიუმის შემცველობა უჯრედებში;
- ბ) მცირდება კალიუმის შემცველობა შარდში;
- გ) იზრდება კალიუმის შემცველობა უჯრედებში;
- დ) სწორია ა, ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

1271. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონი, რომელიც არ განიცდის ჰიპოთალამუსის გავლენას, არის:

- *ა) ალდოსტერონი;
- ბ) ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონი;
- გ) ჰიდროკორტიზონი;
- დ) კორტიზონი;
- ე) თიროქსინი.

1272. ალდოსტერონი აკონტროლებს:

- ა) ნაგრიუმის დაკარგვას და კალიუმის შეკავებას;
- *ბ) კალიუმის დაკარგვას და ნაგრიუმის შეკავებას;
- გ) წყლის გამოყოფას;
- დ) ნახშირორჟანგის გრანსპორტს;
- ე) ქანგბადის ცვლას.

1273. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ ნახშირწყლოვან, ცხიმოვან და ცილოვან ცვლაზე, მიეკუთვნებიან: 1 დებოქსიკორტიკოსტერონის აცეტატი; 2 კორტიზონი; 3 ჰიდროკორტიზონი; 4 ალდოსტერონი.

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

1274. აკტჰ-ს ან კორტიზოლის ხანგრძლივი მიღებით გამოწვეული ელექტროლიტური დისბალანსის დარღვევა:

- ა) იწვევს მეტაბოლურ აცილოზს;
- *ბ) იწვევს მეტაბოლურ ალკალოზს;
- გ) არ იწვევს სერიოზულ ცვლილებებს;
- დ) იწვევს ორგანიზმში ნაგრიუმის შემცველობის დაქვეითებას.
- ე) იწვევს ინტერსტიციალური სივრცის შემცირებას;

1275. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის უკმარისობის ლატენგური ფორმის ნიშნებია: 1 სისხლში ნაგრიუმის შემცირება; 2 სისხლში კალიუმის მატება; 3 გულის საზღვრების შემცირება და ჰიპოტონია; 4 კანის პიგმენტაციის დარღვევა.

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

1276. თირკმელზედა ჯირკვლის მინერალკორტიკოიდური ფუნქციის უკმარისობის დროს შარდში ზომიერად მომატებული ნაგრიუმის შემცველობა აიხსნება:

- ა) ორგანიზმში მარილების შემცველობის დაქვეითებით;
- ბ) თირკმლის მილაკების ფუნქციის დარღვევით;
- *გ) თირკმლის მილაკების მიერ ნაგრიუმის რეაბსორბციის უნარის დაქვეითებით;
- დ) თანმხლები არათირკმლისმიერი ნაგრიუმის დაკარგვით.
- ე) ნაგრიუმის გორგლოვანი ფილტვრაციის გაძლიერებით.

1277. ალდოსტერონიზმის დროს აღინიშნება: 1 მდგრადი ჰიპერტენზია; 2 ჰიპოკალიემიური ალკალოზი; 3 ჰიპერნატრიემია; 4 თავის

ტკივილი, კუნთოვანი სისუსტე, ნიქტურია, პარესთეზიები.

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

1278. თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობის მქონე პაციენტებში რომელი პრეპარატის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი:

- *ა) სუქცინილქოლინი;
- ბ) აგრაკურიუმი;
- გ) პანკურონიუმი;
- დ) მივაკურიუმი;
- ე) პიპეკურონიუმი.

1279. ფოქრომთციტომის დროს სიკვდილი შეიძლება გამოიწვიოს: 1 ტვინში სისხლის ჩაქცევამ; 2 მარცხენა პარაკუტის უკმარისობამ; 3 მთლიანად ინფარქტმა; 4 ფილტვების შეშუპებამ.

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

1280. ფოქრომთციტომის გამო ოპერაციის დროს: 1 სიმსივნის გამოყოფისას ვითარდება ჰიპერტენზია; 2 რამდენიმე დღეში ვითარდება ჰიპოტონია; 3 ოპერაციამდე რამდენიმე დღით ადრე ჰიპერტენზიული კრიზის პროფილაქტიკის მიზნით ნიშნავენ ალფა-ადრენოლიტიკებს (ფენგოლამინი, გროპაფენი, რეგიტინი); 4 რითმის დარღვევის შემთხვევაში კარგ ეფექტს იძლევა ბეგა-ადრენობლოკატორები (ანაპრილინი).

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

1281. ფოქრომთციტომის დროს წინასაოპერაციო მომზადებისას რეკომენდირებულია შემდეგი პრეპარატების დანიშვნა: 1 ფენგოლამინი; 2 ალფა-მეთილთიროზინი; 3 ფენოქსიბენზამინი; 4 ანაპრილინი.

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

1282. ფოქრომთციტომის გამო ოპერაციის დროს რეკომენდირებული არ არის შემდეგი საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება: 1 კეტამინი; 2 იზოფლურანი; 3 ამოტის ქვეყანგი; 4 ჰალოტანი.

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

1283. ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშანი, რომელიც მიუთითებს, ოპერაციის დროს ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებულ თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის უკმარისობაზე, არის:

- ა) მღვრალი ტაქიკარდია;
- ბ) მღვრალი ბრადიკარდია;
- გ) მღვრალი ჰიპერტენზია;
- *დ) მღვრალი ჰიპოტენზია;
- ე) მღვრალი ქოშინი.

1284. ფოქრომთციტომის დროს ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა გულისხმობს: 1 ალფა-და ბეგა-ადრენობლოკატორების დანიშვნას ოპერაციის წინ; 2 არტერიული და ვენური წნეების ინვაზიურ მონიტორინგს; 3 არტერიული წნევის კონტროლს ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდით; 4 ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პრაზომინის დანიშვნას.

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

1285. ფოქრომთციტომით დაავადებულებში პრემელიკაციაში შეიძლება ჩართული იყოს ყველა, გარდა: 1 პრომეტაზინი; 2 მიდაზოლამი; 3 ლიბეკაზმი; 4 აგროპინი.

- ა) 1,2,3

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

1286. ფოქრომციტომით დაავადებულებში ზოგადი ანესთეზიისას შეიძლება გამოიყენებულ იქნას: 1 სუქცინილქოლინი; 2 პანკურონიუმი; 3 მორფინი; 4 იზოფლურანი.

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

1287. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ავადმყოფს ოპერაციამდე სისხლში გლუკოზის დონით 11,1 მმოლ/ლ, ჩაუტარდა ანესთეზია კეტამინით. ანესთეზიის დამთავრების შემდეგ გლუკოზის დონე სისხლში შეიძლება იყოს: არ იცვლება;

- ა) არ იცვლება;
- ბ) 2,78 მმოლ/ლ;
- გ) 5,6 მმოლ/ლ;
- *დ) 22,2 მმოლ/ლ;
- ე) არც ერთი.

1288. დიაბეტური (ჰიპერგლიკემიური) კომის დროს აღინიშნება:

- ა) ლეკომპენსირებული რესპირატორული აცილოზი, მეტაბოლური ალკალოზი;
- ბ) ჰიპონატრიემია, მეტაბოლური ალკალოზი;
- გ) pH 7,35-ზე მაღალია;
- *დ) ჰიპონატრიემია, მეტაბოლური აცილოზით;
- ე) ლეკომპენსირებული რესპირატორული ალკალოზი, მეტაბოლური ალკალოზი.

1289. რომელი პრეპარატის გამოყენებაა წინააღმდეგაჩვენები აცილოზის კორექციის დროს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ავადმყოფებში: 1 კალიუმის ქლორიდი; 2 რინგერ-ლაქტატის ხსნარი; 3 ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ხსნარი; 4 ნარკოტიკული ანალგეტიკები.

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

1290. დიაბეტიან ავადმყოფებში ანესთეზიოლოგიური თვალსაზრისით სირთულეებს ქმნის: 1 ჰიპოტონია; 2 ნეფროპათია; 3 ატლანტ-კეფის სახსრის დაზიანება; 4 სიმსუქნე.

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

1291. დიაბეტიან ავადმყოფებში ანესთეზიოლოგმა უნდა გაითვალისწინოს: 1 დიაბეტის კონტროლირებადობა; 2 დიაბეტის ტიპი; 3 ინსულინის დოზა; 4 თანმხლები დაავადებების არსებობა.

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

1292. მიუთითეთ წყალ-მარილოვანი ბალანსის როგორი ცვლილებები აღინიშნება არაკეცონური, ჰიპერგლიკემიური, ჰიპეროსმოლარული დიაბეტური კომის დროს:

- ა) იზოტონური ლეჰიდრატაცია;
- ბ) ჰიპოტონური ლეჰიდრატაცია;
- გ) ჰიპოტონური ჰიპერჰიდრატაცია;
- დ) ჰიპერტონური ჰიპერჰიდრატაცია;
- *ე) არც ერთი.

1293. მოყვანილია ავადმყოფი კეტოაცილოზური ჰიპერგლიკემიური კომით. ინსულინოთერაპიის მიმართ რეანიმატოლოგის რომელი ტაქტიკაა სწორი:

- *ა) ინსულინის ბოლუსური დოზები ინტრავენურად და ინტრამუსკულარულად ჰიპერგლიკემიის ხარისხის შემცირების მიზნით;
- ბ) ინსულინის ბოლუსური დოზები ინტრავენურად და ინტრამუსკულარულად ნორმოგლიკემიის გადაუღებელი მიღწევის მიზნით;
- გ) ინსულინოთერაპიის დაწყება 3-5 ლიგრამდე კრისტალოიდების გადასხმის შემდეგ;
- დ) ინსულინოთერაპიის დაწყება კრისტალოიდებისა და კოლოიდების გადასხმის შემდეგ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1294. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ავადმყოფებში, ჰიპერგლიკემიის განვითარებას ინსულინის ჩვეულებრივი დოზების ფონზე, ხელს უწყობს:

- ა) მეტაბოლური აციდოზის თერაპია ნატრიუმის ბიკარბონატით;
- ბ) ჰალოგანის გამოყენება;
- *გ) სტრესული რეაქცია ქირურგიულ ჩარევამზე;
- დ) ალფა-ადრენობლოკატორების დანიშვნა;
- ე) ბეტა-ადრენობლოკატორების დანიშვნა.

1295. თირეოიდიის მემბრანული პერიოდში, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ავადმყოფებში, ინსულინის მიმართ რეზისტენტობას განაპირობებს: 1 ადექვატური ანესთეზია; 2 კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა; 3 მეტაბოლური ალკალოზი; 4 სიმპაგო-ადრენალინული სისტემის ჰიპერრეაქცია.

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

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია გრავმატოლოგიასა და ორთოპედიაში. ქრონიკული გვიწყობის მკურნალობა

1296. გრავმული შოკის დროს პოლიორგანული უკმარისობის პროფილაქტიკისათვის ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს მწვავე გრავმატოლოგიური ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახმარების შემდეგ სახეს:

- ა) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
- *ბ) სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება ჰოსპიტალში ეტაპზე;
- გ) სპეციალიზებული საექიმო დახმარება ჰოსპიტალურ ეტაპზე;
- დ) ავადმყოფის გრანსპორტირება;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1297. გრავმული შოკის ფონზე ძვლების მოტეხილობის დროს, ჩვეულებრივ დამიანებასთან შედარებით, რეგიონული ბლოკადისათვის ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების გამოყენების მიმართ მართებულია:

- *ა) შემცირებული დოზებით გამოყენება;
- ბ) მომაკვებელი დოზებით გამოყენება;
- გ) უცვლელი დოზებით გამოყენება;
- დ) საერთოდ არ უნდა გამოვიყენოთ;
- ე) უნდა გამოვიყენოთ რამდენიმე საანესთეზიო საშუალების კომბინაცია მომაკვებელი დოზებით.

1298. ავადმყოფი მოყვანილია სტაციონარში შოკის მდგომარეობაში, ორივე ბარძაყის ძვლის მოტეხილობით, მაგისტრალური სისხლძარღვების დამიანების გარეშე. არტერიული წნევა 60/40 მმ. ვწ. სვ. სუნთქვის სისხირე 24. ამ სიტუაციაში უფრო მისაღებია:

- ა) სასწრაფოდ იყოს დაწყებული ინფუზიური თერაპია ანესთეზიის დაწყების პარალელურად;
- *ბ) სასწრაფოდ იყოს დაწყებული ინფუზიური თერაპია, განხორციელდეს ანალგეზია, მიღწეულ იქნას არტერიული წნევის სტაბილიზაცია, შემდეგ ჩატარდეს ოპერაცია და ანესთეზია;
- გ) სასწრაფოდ გაკეთდეს ინტუბაცია და დაწყებულ იქნას ინფუზიური თერაპია;
- დ) ავადმყოფი მომზადდეს 2-3 დღის მანძილზე და შემდეგ გაკეთდეს ოპერაცია;
- ე) არც ერთი არ არის მისაღები.

1299. ქვედა კიდურების და მენჯის ძვლის მრავლობითი მოტეხილობის დროს შინაგანი ორგანოების საეჭვო დამიანებით, სასწრაფო გაუტკივრების არჩევით მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) ანესთეზია ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით;
- ბ) ეპიდურული ანესთეზია;
- *გ) მრავალკომპონენტური ენდოტრაქეული ზოგადი ანესთეზია ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციით;
- დ) სპინალური ანესთეზია;
- ე) ადგილობრივი ანესთეზია;

1300. იმ ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც არა აქვთ შევსებული სისხლის დანაკარგი, აღნიშნუბათ ჰიპოტენზია, ინტუქციისას არჩევის საანესთეზიო საშუალება:

- ა) ეთერი;
- ბ) ჰალოგანი;
- *გ) კეტამინი + დიამოქსანი;
- დ) ბარბიტურატები;
- ე) არც ერთი.

1301. ავადმყოფი შემოვიდა საოპერაციოში გრავმის მიღებიდან 30 წუთის შემდეგ, დიაგნოზით: ქვედა კიდურის გრავმული მოგლეჯა ბარძაყის ქვემო მესამედის ღონებზე. გრავმის ადგილზე დაღებულა ლახვი, T/A - 60/20 mmHg. ამ სიტუაციაში ყველაზე მეტად მიზანშეწონილია:

- *ა) სასწრაფოდ იქნას დაწყებული ინფუზიური თერაპია, განხორციელდეს ანალგეზია და მიღებული იქნას ჰემოდინამიკის სტაბილიზაცია, შემდეგ კი ჩატარდეს ანესთეზია და ოპერაცია;
- ბ) სასწრაფოდ ერთდროულად იქნას დაწყებული ინფუზიური თერაპია და ანესთეზია;
- გ) ჩატარდეს ინფუზიური თერაპია და გაკეთდეს გადავადებული ოპერაცია;

- დ) ავადმყოფი მომზადდეს 1-2 ღლის მანძილზე, შემდეგ ჩატარდეს ოპერაცია;
- ე) არც ერთი არ არის მისაღები.

1302. კეტამინის გამოყენება მძიმე მეტაბოლური აცილოზით გართულებული გრავმული შოკის დროს:

- *ა) აღრმავებს აცილოზს;
- ბ) ამცირებს აცილოზს;
- გ) გაველენას არ ახდენს აცილოზის ხარისხზე;
- დ) იწვევს pH-ის მომაგებას;
- ე) კეტამინი გაველენას ახდენს მხოლოდ წყალ-მარილოვან ბალანსზე.

1303. გემო სასუნთქი გზების გამგარობის აღდგენის, ან ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენება გრავმული შოკის დროს არის: 1 სუნთქვის სიხშირე > 40 ; 2 კისრისა და თავის II, III ხარისხის დამწვრობა; 3 ყბა-სახის ძელოვანი აპარატის პოლიგრავმა; 4 სუნთქვითი მოცულობა/ანაგომიური მკვლარი სივრცის მოცულობასთან $> 0,5$.

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

1304. პოლიგრავმის დროს რეანიმაციულ ღონისძიებებს განეკუთვნება: 1 ხერხემლის კისრის ნაწილის იმობილიზაცია; 2 სასუნთქი გზების გამაგელობის უზრუნველყოფა; 3 აღექვატური ვენტილაციის უზრუნველყოფა; 4 ჰემოდინამიკის სტაბილიზაცია.

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

1305. მძიმე გრავმის დროს სისხლის დანაკარგთან ბრძოლის წარმატებას განსაზღვრავს: 1 დაკარგული სისხლის რაოდენობა; 2 რადიკალური ჰემოსტაზიდან გასული დრო; 3 ინფუზიური თერაპიის აღექვატურობა; 4 სისხლის დანაკარგის შევსების ვადა.

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

1306. გრავმული შოკის მკურნალობის დროს პირველი ღონისძიებები მიმართულია: 1 სუნთქვის უკმარისობის კორექციისაკენ; 2 მოციროკულირე სისხლის მოცულობის აღდგენისაკენ; 3 გაუტკივარებისაკენ; 4 დისპროტეინემიის ლიკვიდაციისაკენ.

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

1307. ჰოსპიტალურ ეტაპზე ნარკოტიკული ანალგეტიკების გამოყენება დაუშვებელია, როცა საეჭვოა: 1 ქალა-ტენის გრავმა; 2 მენჯის მოტეხილობები; 3 შინაგანი ორგანოების გრავმა; 4 ბარძაყის მოტეხილობა.

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

1308. აირთა ცვლის ყველაზე ღრმა მოშლას ადგილი აქვს: 1 გულმკერდის დაზიანებისას, რომელსაც თან ახლავს სარქველოვანი პნევმოთორაქსი; 2 გულმკერდის დაზიანებისას, რომელსაც თან ახლავს ღია პნევმოთორაქსი; 3 მასიური პნევმოთორაქსის დროს; 4 ფილტვების ემფიზემის დროს.

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

1309. გრავმული შოკის დროს აირთა ცვლის მოშლა შეიძლება განვითარდეს შემდეგ ღონეზე: 1 გარეგანი სუნთქვის; 2 სისხლის; 3 მიკროცირკულაციის; 4 უჯრედოვანი სუნთქვის.

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

1310. მძიმე ტრავმების დროს რეგიონული ბლოკადის ღირსება არის ის, რომ:

- ა) არ იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას;
- ბ) აბსოლუტურად უსაფრთხოა;
- *გ) კლინიკური სურათის წაუშლელად იწვევს გაუტკივრებას;
- დ) სწორია ა,ბ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1311. სისხლის მასიური დაკარგვისას, როცა მოცირკულირე სისხლის მოცულობა დაქვეითებულია 30-40 %-ით, ტრავმის მომენტიდან 60 წუთის შემდეგ:

- ა) ვითარდება ჰემოლიზურია ჰემატოკრიტის დაქვეითებით;
- ბ) ინტენსიური სითხე სწრაფად გადაინაცვლებს სისხლძარღვთა ქსელში;
- გ) ვითარდება ჰემოკონცენტრაცია ჰემატოკრიტის მაგებით;
- დ) ჰემატოკრიტი არ იცვლება.
- *ე) სწორია ა,ბ;

1312. თავის ტრავმის დროს ინტენსიური თერაპია გულისხმობს: 1 ქალასშიდა წნევის შემცირებას; 2 თავის გვინის მეტაბოლური პროცესების დაქვეითებას; 3 ანტიკონვულსიურ თერაპიას; 4 სუნთქვის უკმარისობის კორექციას.

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

1313. ხანგრძლივი მეწოლის სინდრომის მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: 1 დეზინტოქსიკაცია; 2 პერიფერიული მიკროცირკულაციის გაუმჯობესება; 3 თირკმლის პერფუზიის გაუმჯობესება; 4 ჰიპოკალიემიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები.

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

1314. ხანგრძლივი მეწოლის სინდრომით ავადმყოფებში მოსალოდნელია ან აღინიშნება შემდეგი გართულებები: 1 ენდოტოქსიური შოკი; 2 სუნთქვის მწვავე უკმარისობა; 3 თირკმლის მწვავე უკმარისობა; 4 ჰიპერკალიემია.

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

1315. ხანდაზმული ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც დაზიანებული აქვთ საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი, ოპერაციის აბსოლუტურ უკუჩვენებას წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ალცჰეიმერის სინდრომის;
- ბ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის;
- გ) თავის გვინის სისხლისმიმოქცევის მწვავე მოშლის;
- დ) შაქრიანი დიაბეტის ფონზე პრეკომატოზური მდგომარეობის;
- ე) ქალას დაზერული ტრავმის დროს უგონო მდგომარეობის.

1316. მოზრდილებში ბარძაყის ძვლის მოგეხილობის დროს სისხლის ემპირიული დანაკარგი საშუალოდ შეადგენს:

- ა) 800-1000 მლ;
- ბ) 300-400 მლ;
- გ) 2000-2500 მლ;
- *დ) 1000-1500 მლ;
- ე) 2500-3000 მლ.

1317. მოზრდილებში მენჯის ძვლების მოგეხილობის დროს სისხლის ემპირიულმა დანაკარგმა შეიძლება მიაღწიოს:

- ა) 1500-2000 მლ-ს;
- *ბ) 2000-3000 მლ-ს;
- გ) 3000-4000 მლ-ს;
- დ) 500-1000 მლ-ს;
- ე) 1000-1500 მლ-ს.

1318. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტრავმულ ართროზს თან ახლავს სისხლის დანაკარგი, რომელიც უდრის:

- ა) 500 მლ
- ბ) 1000 მლ;
- გ) 300-700 მლ;
- დ) 1500-2000 მლ;
- *ე) 1000-1500 მლ.

1319. სისხლანაკარგის შეძენის მიზნით გეგმიურ ორთოპედოლოგიაში გამოიყენება: 1 ნიგროგლიცერინის ინფუზია; 2 ნაგრიუმის ნიგროპრუსიდის ინფუზია; 3 ჰიპერვოლემიური ჰემოდილიზაცია; 4 არფონალი.

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

1320. ანესთეზიის მეთოდის ამორჩევა გრაფმატოლოგიაში დამოკიდებულია: 1 დაზარალებულის ზოგად მდგომარეობაზე და ასაკზე; 2 აპარატურისა და მედიკამენტების არსებობაზე; 3 ოპერაციული ჩარევის სიმძიმესა და სავარაუდო ხანგრძლივობაზე; 4 სპეციალისტების კვალიფიკაციაზე.

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

1321. ოპერაციული ჩარევის დროს ავადმყოფის გვერდზე წოლისას იქმნება შემდეგი საშიშროება: 1 ქვემოთ მდებარე ხელის ნეკრიტის განვითარება; 2 ქვემოთ მდებარე ფილგეში სეკრეტის დაგროვება; 3 ქვემოთ მდებარე ხელის იშემია; 4 ქვემოთ მდებარე ფილგის ვენტილაციის დაქვეითება.

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

1322. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირების ოპერაციის დროს, ხელოვნური სახსრის ბუნებრივ ძვალთან ცემენტით დაფიქსირების შემდეგ, ანესთეზიოლოგის გაქტივება არ შეიძლება ჩაითვალოს მცდარად, თუ ის: 1 დროებით გამოიყენებს ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმს დაღებთი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 2 გაზრდის ინფუზიურ-გრანსფუზიული თერაპიის მოცულობას; 3 მოუსმენს გულის ტონებს; 4 ყოველ 3-5 წუთში გაზომავს არტერიული სისხლის წნევას.

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

1323. ქველა კიბურების პროქსიმალურ ნაწილებზე ოპერაციული ჩარევის დროს ანესთეზიის არჩევის მეთოდი შეიძლება იყოს: 1 ზოგადი გაუტკივარება; 2 ეპიდურული ანესთეზია; 3 სპინალური ანესთეზია; 4 გამტარებლობითი ანესთეზია.

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

1324. ხანდაზმულ ავადმყოფებში ბარძაყის ყელის მოტეხილობის დროს გაუტკივარების ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) ვენური ანესთეზია კეტამინით;
- *ბ) სპინალური ანესთეზია, ინტრავენურ სელაციასთან ერთად;
- გ) ზოგადი ანესთეზიის რეცეპტში ნეიროლეპტიკების ჩართვა;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1325. ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის გამო ბარძაყის ნერვის ბლოკადის ჩატარების დროს, ნემსის ჩხვლეტის წერტილი მოთავსებულია:

- *ა) საზარდულის იოგის ქვემოთ, ბარძაყის არტერიის პულსაციის წერტილიდან 1სმ-ით ლატერალურად;
- ბ) საზარდულის იოგის ქვემოთ ბარძაყის არტერიის პულსაციის წერტილიდან 1სმ-ით მედიალურად;
- გ) თემოს ძვლის ზედა წინა წვეტთან;
- დ) თემოს ძვლის ზედა უკანა წვეტთან;
- ე) თემოს ძვლის ქვედა წინა წვეტთან.

1326. ბარძაყის სახსრის პროტეზირების დროს ცემენტის გამოყენებისას შეიძლება განვითარდეს: 1 თრომბოემბოლია; 2 ჰიპერთერმია; 3 არითმიები; 4 ჰიპერტენზია.

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

1327. გრაფმის მიღების შემდეგ, ჩამოთვლილთაგან ქალას ფუძის მოტეხილობაზე მიუთითებს:

- ა) სისხლენა ყურებიდან;

- ბ) გლამგოს შკალით 8 ბალიანი კომა;
- გ) არასტაბილური ჰემოდინამიკა და გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის დარღვევები;
- დ) სწორია ბ და გ;
- *ე) სწორია ყველა.

1328. მომრდილი ადამიანის გორსის წინა ზელაპირის ფართობი (გულმკერდის წინა ზელაპირი+მუცლის წინა ზელაპირი) შეადგენს სხეულის მთლიანი ზელაპირის:

- *ა) 18%-ს;
- ბ) 9%-ს;
- გ) 36%-ს;
- დ) 25%-ს;
- ე) 30%-ს.

1329. მომრდილი ადამიანის ხელის გულის ფართობი შეადგენს სხეულის მთლიანი ზელაპირის:

- ა) 1%-ს;
- *ბ) 2%-ს;
- გ) 3%-ს;
- დ) 4%-ს;
- ე) 5%-ს.

1330. დამწვრობის დროს ინტენსიური თერაპიის მიმართ სწორია: 1 უკუნაჩვენებია ჰემოტრანსფუზია; 2 ანალგეზიის საჭიროება ნაკლებია, რადგანაც დამწვარი ქსოვილი ნაკლებად მგრძობიარეა; 3 უპირატესობა ენიჭება კრისტალოიდურ ხსნარებს; 4 კისრის ცირკულატორული დამწვრობა წარმოადგენს ინტუბაციის ჩვენებას.

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

1331. ზელა კიღურების დამწვრობა („ცხრიანების წესის მიხედვით“) შეადგენს მთელი სხეულის ზელაპირის:

- ა) 5%;
- ბ) 9%;
- *გ) 18 %;
- დ) 24%;
- ე) 36%.

1332. დამწვრობის ფართის განსაზღვრისას, როცა ერთიანი ზელაპირი არ არის, უფრო მოსახერხებელია გამოყენებულ იქნას:

- *ა) „ხელისგულების“ წესი;
- ბ) „ცხრიანების“ წესი;
- გ) ფრანკის ინდექსი;
- დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1333. დამწვრობის შეხვევის დროს უფრო მოსახერხებელია გამოყენებულ იქნას: 1 ენდოტრაქეული ზოგადი ანესთეზია; 2 ეპიდურული ანესთეზია; 3 ადგილობრივი ანესთეზია; 4 გოტალური ინტრავენური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით.

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

1334. თერმული დამიანებისას აღინიშნება: 1 მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირება; 2 კოლოიდურ-ოსმოსური წნევის დაქვეითება; 3 ანემია; 4 მიოგლობინურია.

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

1335. დამწვრობითი შოკის პირველ საათებში სისხლის გადასხმა:

- *ა) არაა საჭირო;
- ბ) მიზანშეწონილია 500 მლ ახლად დაკონსერვებული სისხლი;
- გ) მიზანშეწონილია 1000 მლ ახალციტრატული სისხლი;
- დ) მიზანშეწონილია ერთიტოციტების შენაწონი;
- ე) აუცილებელია.

1336. დამწვრობითი შოკის დროს ოლიგურიის და ანურიის მკურნალობა ითვალისწინებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა: 1 ადექვატური ჰიდრატაციის ჩატარებისა; 2 წყლისა და ელექტროლიტების ნორმალური ბალანსის უზრუნველყოფისა; 3 მანიტოლის ვენაში შეყვანისა; 4

სისხლის გადასხმისა.

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

1337. ღამწვრობითი შოკის დროს აღინიშნება: 1 შიპოვოლეშია; 2 შიპოპროტეინეშია; 3 შიპონატრიეშია; 4 შიპოკალიეშია.

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

1338. რომელი ქრონიკული ტკივილის სინდრომის დროს არიან სალიცილატები ეფექტურნი:

- *ა) ძვალ-სახსროვანი სისტემის;
- ბ) კაუზალგიური ქრონიკული ტკივილის დროს;
- გ) ნეიროპათიული ქრონიკული ტკივილის დროს;
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილი;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი.

1339. ონკოლოგიურ ავადმყოფებში, ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მკურნალობის საწყის ეტაპზე ჩამოთვლილთაგან არჩევის პრეპარატია:

- ა) ამიგრიპტილინი;
- ბ) შალოპერიდოლი;
- გ) იბუპროფენი;
- დ) ფენაზეპამი;
- *ე) კოდეინი.

1340. ქრონიკული ღიაბეგური ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომის მკურნალობისათვის ჩამოთვლილთაგან არჩევის პრეპარატია:

- *ა) ამიგრიპტილინი;
- ბ) შალოპერიდოლი;
- გ) იბუპროფენი;
- დ) კლონაზეპამი;
- ე) კოდეინი.

1341. ქრონიკული ნევრალგიური ტკივილის სინდრომის მკურნალობისათვის ჩამოთვლილთაგან არჩევის პრეპარატია:

- ა) ამიგრიპტილინი;
- ბ) შალოპერიდოლი;
- გ) იბუპროფენი;
- *დ) კარბამაზეპინი;
- ე) კოდეინი.

1342. ძვალ-სახსროვანი სისტემის ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მკურნალობისათვის ჩამოთვლილთაგან არჩევის პრეპარატია:

- ა) ამიგრიპტილინი;
- ბ) შალოპერიდოლი;
- *გ) იბუპროფენი;
- დ) კლონაზეპამი;
- ე) კოდეინი.

1343. ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მკურნალობის მეთოდებია: 1 ფსიქოთერაპია; 2 ფიზიოთერაპია; 3 აკუპუნქტურა; 4 ელექტროსტიმულაცია კანიდან.

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

1344. როდის არის უკუნაჩვენები გახანგრძლივებული ტკივილის მკურნალობა: 1 როდესაც მუცლის პალპაციის დროს დადებითია ბლუმბერგის სიმპტომი; 2 როდესაც ანამნეზის შეკრებისას ექიმმა გაარკვია, რომ ავადმყოფმა აღნიშნა დელაფუას სიმპტომის არსებობა; 3 როდესაც პერკუსიით გამჭრალია ღვიძლის მოყრუების საზღვრები; 4 როდესაც ანამნეზის შეკრებისას ექიმმა გაარკვია, რომ ავადმყოფმა აღნიშნა კოხერის სიმპტომის არსებობა.

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

1345. მწვავე ტკივილის კუპირების მიზნით ფენტანილი შეიძლება შეყვანილ იქნას: 1 ენის ქვეშ; 2 კუნთებში; 3 ინტრავენურად; 4 რექტალურად.

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

1346. ქრონიკული ტკივილის მკურნალობის მიზნით გამოიყენება ნარკოტიკული ანალგეტიკების შეყვანის შემდეგი მეთოდები:

- ა) ბოლუსური;
- ბ) პროგრამული;
- გ) ლოტაციური;
- დ) სწორია ა,ბ;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

1347. ნარკოტიკული ანალგეტიკების ინტრავენურად ბოლუსურად შეყვანა საშუალებას გვაძლევს:

- *ა) სწრაფად მივალწით კონცენტრაციულ პიკს;
- ბ) მივალწით კონცენტრაციის მუდმივ ღონეს;
- გ) განვხორციელოთ ავადმყოფის მიერ ანალგეზიის მართვა;
- დ) სწორია ა, გ;
- ე) სწორია ბ,გ.

1348. რას გულისხმობს `ანალგეზია მოთხოვნისამებრ`:

- *ა) ტკივილის სინდრომის აღმოცენების დროს ანალგეზიური საშუალების შეყვანას;
- ბ) ანალგეზიური საშუალების შეყვანას ციკლოგრამის მიხედვით;
- გ) ანალგეზიური საშუალების დოზის 1/2 შეყვანას;
- დ) სწორია ა, გ;
- ე) სწორია ბ,გ.

1349. მიუთითეთ რა მიზნით გამოიყენება ქრონიკული ტკივილის მკურნალობის დროს კორტიკოსტეროიდული საშუალებები:

- ა) ანალგეზიის;
- ბ) ნარკოტიკული ანალგეტიკების პოტენცირების;
- გ) არანარკოტიკული ანალგეტიკების პოტენცირების;
- დ) სწორია ყველა;
- *ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1350. ონკოინკურაბელურ ავადმყოფებში ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მკურნალობისას ნერვული კვანძისა და ბოჭკოს დესტრუქცია მიიღწევა: 1 ეთანოლის 50%-იანი ხსნარით; 2 ფენოლის 6-12%-იანი ხსნარით; 3 კრიოანალგეზიით; 4 ნერვების გრანსკუტანეული მალალსიზმირიანი კოაგულაციით.

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

1351. ავადმყოფის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის მეთოდის გამოყენებისას ანალგეზიური საშუალების დოზა:

- *ა) შემლუღულია;
- ბ) განისაზღვრება მხოლოდ ავადმყოფის მიერ;
- გ) განისაზღვრება მხოლოდ მედპერსონალის მიერ;
- დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ა,გ.

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია ყბა-სახის ქირურგიაში, სტომატოლოგიასა და ოტო-რინო-ლარინგოლოგიაში

1352. ყბა-სახის არის ფლეგმონიანი ავადმყოფების გამოკვლევისას ანესთეზიოლოგს უპირველესად აინტერესებს:

- ა) წყალ-მარილოვანი ცვლის მდგომარეობა;
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა;
- გ) პირის გაღების ხარისხი;
- დ) სასუნთქი გზების გამავლობა და გარეგანი სუნთქვის მდგომარეობა;
- *ე) სწორია გ და დ.

1353. პირის ღრუში ოპერაციისას, ზოგადი ანესთეზიის ჩატარება გრაქის ინტუბაციის გარეშე შეიძლება:

- ა) ნატრიუმის თიოპენტალით;
- *ბ) კეტამინით;
- გ) გამაოქსიერბოსმეპავით;
- დ) ატარალგეზიით;
- ე) ჰექსენალით.

1354. ყბა-სახის და ლორ-ოპერაციების დროს ანესთეზიის კლინიკური მიმდინარეობის კონტროლი ხორციელდება: 1 კანის საფარველის მდგომარეობით (ფერი, ტემპერატურული გრადიენტი); 2 პულსის მახასიათებლებით; 3 არტერიული წნევით; 4 გუგის სიდიდით და კორნეალური რეფლექსით.

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

1355. ყბა-სახის მიღამოს ფლეგმონის დროს ანესთეზიისა და ინტენსიური თერაპიის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 წყალ-მარილოვანი ბალანსის კორექცია; 2 მკაფა-გუგოვანი წონასწორობის კორექცია; 3 ინფიზიურ-გრანსფუზიული თერაპია; 4 ანტიბაქტერიული მკურნალობა.

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

1356. ზელა ყბის ნერვის ბლოკადისათვის საინექციო ადგილია:

- ა) პირის კუთხიდან 3სმ-ით ლაგერალურად;
- ბ) ქველა ყბის კუთხის უკან;
- გ) დვრილისებური კუთხის წინ;
- დ) თვალბუდის ზელა მედიალური კიდე;
- *ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1357. პირის არასაკმარისი გაღების შემთხვევაში გრაქეის ინტუბაცია მიზანშეწონილია გაკეთდეს: 1 პირიდან, სწორი ლარინგოსკოპის კონტროლით; 2 ცხვირიდან „ბრძალ“ ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში; 3 გრაქეოსგომული მილიდან; 4 ფიბროსკოპით ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ.

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

1358. საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის ცალმხრივი ანკილოზისას გრაქეის ინტუბაციის სიძნელე დაკავშირებულია იმასთან, რომ:

- ა) ნიკაპი წანაცვლებულია შუახაზიდან;
- ბ) გრაქეა წანაცვლებულია შუახაზიდან;
- გ) შეუძლებელია პირის სრული გახსნა.
- *დ) სწორია ყველა;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1359. მიკროგენიის დროს გრაქეის ინტუბაციის სიძნელე დაკავშირებულია იმასთან, რომ: 1. არასაკმარისია პირის გახსნა; 2. წინა-უკანა მიმართულებით პირის ღრუში შეყვანილი ლარინგოსკოპის ნიჰბის ზემოთ აწევა არ ხერხდება; 3. ხორხსარქველის აწევა არ ხერხდება; 4. ქველა ყბა წამოწეულია წინ.

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

1360. თაე-კისრის მიღამოს ნაწიბუროვანი დეფორმაციის მქონე ავადმყოფებში, ენლოგრაქეული ზოგადი ანესთეზიის ჩვენებისას, ოპერაციამდე აუცილებელია: 1 ჩატარდეს ლორ-სპეციალისტის კონსულტაცია; 2 გაკეთდეს გრაქეის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში; 3 ჩატარდეს ენლოსკოპისგის კონსულტაცია და გაკეთდეს ენლოსკოპია ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში; 4 განხილული იქნას ანესთეზიის სხვა სახეები (კომბინირებული, ადგილობრივი ინფილტრაციული, ეპიდურული, ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით).

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

1361. ძალიან თხელი მილებით ინტუბაციის გაკეთებისას რჩება საშიშროება: 1 ამოსუნთქვისას მაქსიმალური წინააღმდეგობის გაჩენისა; 2 ჰიპოვენტილაციისა; 3 ჰიპერკაპნიისა; 4 მილის გაღალუნვის გამო ობსტრუქციის განვითარებისა.

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

1362. ყბა-სახის პათოლოგიის მქონე ავადმყოფებში პრევენციული გრაქეოსტომიის ჩვენებაა: 1 კისრის წინა ზედაპირზე ნაწიბუროვანი ცელილებები; 2 პირის სრული გახსნის შეუძლებლობა; 3 ქვედა ყბის განუვითარებლობა; 4 პირის ღრუს ფლეგმონა.

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

1363. ხორხის გამოხატული სტენოზის დროს პრემედიკაციაში რთავენ:

- *ა) აგროპინს;
- ბ) პეტიდინს;
- გ) დიმედროლს;
- დ) პრომეტაზინს;
- ე) ფენტანილს.

1364. ხორხზე ოპერაციების და მისი გამოხატული სტენოზის დროს ინტუბაცია უნდა ჩატარდეს:

- ა) პირდაპირი ლარინგოსკოპიით სუქცინილქოლინის შეყვანის შემდეგ;
- *ბ) გრაქეოსტომული მილიდან;
- გ) ინტუბაცია საჭირო არ არის, უნდა შევინარჩუნოთ სპონტანური სუნთქვა.
- დ) სწორია ა და ბ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1365. კრალის ოპერაციის დროს ანესთეზიის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) ალგილობრიფი ანესთეზია;
- ბ) ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით;
- გ) რეგიონული ანესთეზია;
- *დ) დაბალანსებული მოგადი ანესთეზია;
- ე) გოგალური ინტრავენური ანესთეზია.

1366. ლარინგექტომიისა და ჰემილარინგექტომიის დროს შეიძლება გამოიყენებულ იქნას ფილგვების მაღალსიხშირიანი ვენტილაციის შემდეგი მეთოდები: 1 ფილგვების მაღალსიხშირიანი ოსცილატორული ვენტილაცია; 2 ფილგვების მაღალსიხშირიანი ინექციური ვენტილაცია; 3 ფილგვების მაღალსიხშირიანი მოცულობითი ვენტილაცია; 4 ფილგვების მაღალსიხშირიანი ნაკალური ვენტილაცია ტრანსკუტანული ინტრაგრაქეალური კათეტერით.

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

1367. აეთვისებიანი სიმსივნეების გამო წარმოებული ლარინგექტომიების დროს, ფილგვების მოცულობითი იძულებითი ვენტილაციის ნაკლოვანებებს მიეკუთვნება: 1 ბაროტრაუმის საფრთხე; 2 ქირურგის მუშაობისათვის არახელსაყრელი პირობები; 3 ასპირაციისა და სასუნთქი გზების ობსტრუქციის საფრთხე; 4 მეტასტაზირების შესაძლებლობა.

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

1368. რადიკალური ლარინგექტომიის შემდეგ, ინგენსიური თერაპიის მიმართ მართებულია ყველა, გარდა: 1 ჟანგბადის ინჰალაცია სველი წესით; 2 დექსამეტაზონი 12-24 მგ დღე-ღამეში; 3 ღონისძიებები თირკმლის უკმარისობის პრევენციისა და მკურნალობისათვის; 4 დაბალანსებული პარენტერალური კვება.

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

1369. 65 წლის ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს ხორხის სიმსივნის გამო ოპერაცია; ავადმყოფი გამოფიგულია, კანის საფარველი მშრალი, სუნთქვა გაძნელებული, მოსვენებულ მდგომარეობაში ქოშინი. წინასაოპერაციო მომზადება გულისხმობს: 1 ზონდით კვებას; 2 პარენტერალურ კვებას; 3 ოპოიოდების დანიშვნას; 4. ოქსიგენოთერაპიას.

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

1370. შემოსულია 20 წლის ავადმყოფი კისრის წინა ზედაპირის ჭრილობით. კონტაქტის დამყარება არ ხერხდება, ციანოზურია, სახეზეა

სისხლის დაკარგვის ნიშნები. ჭრილობაში გრაქეის ლეფექტია. მიზანშეწონილია გაკეთდეს ყველაფერი, გარდა:

- *ა) გრაქეის ინგუბაცია ოროგრაქეალური მიდგომით;
- ბ) გრაქეის ინგუბაცია მისი ლეფექტიდან;
- გ) ინგუბაცია შესრულდეს ქირურგის თანდასწრებით, სისხლდენის გაძლიერების საფრთხის გამო;
- დ) შოკისაწინააღმდეგო ღონისძიებები;
- ე) გრაქეისა და ბრონქის სანაცია.

1371. გრაქეოსტომიან ავადმყოფებში ბრონქული სეკრეტის გამოშრობისა და ქერქების წარმოშობის პროფილაქტიკისათვის იყენებენ:

- ა) გრიფსინს;
- ბ) პოსტურალურ ღრენაქს;
- გ) ანტიბიოტიკს;
- *დ) აირის ნაკადის დატენიანებას;
- ე) რეზინის გრაქეოსტომიულ კანულებს.

1372. შუა ყურზე, დაფის აპკსა და სასმენი ხერხელის ძელოვან ნაწილზე ოპერაციების დროს ამოგის ქვეყანგი:

- ა) გამოიყენება მხოლოდ მონონესთემიის სახით;
- ბ) გამოიყენება გრაქეოსტომიული მილიდან ინჰალაციის გზით;
- გ) ნაჩვენებია არაინჰალაციურ საანესთეზიო საშუალებებთან კომბინაციის პირობებში;
- *დ) არ არის ნაჩვენები;
- ე) ნაჩვენებია სხვა ინჰალაციურ საანესთეზიო საშუალებებთან კომბინაციის პირობებში.

1373. ამბულატორულ სტომატოლოგიაში ანესთეზიისადმი შემდეგი მითხონილებებია: 1 ანესთეზია უნდა იყოს ადექვატური; 2 გამოღვიძება უნდა იყოს სწრაფი, ხანგრძლივი ლეპრესიის გარეშე; 3 პრემედიკაციაში საკმარისია აგროპინის გამოყენება; 4 პრემედიკაცია უნდა იყოს ღრმა.

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

1374. ავადმყოფის სურვილით, კბილის დაბეჭენის მანიპულაცია მას უგარდება ზოგადი ანესთეზიის პირობებში. უეცრად, ავადმყოფს გუჩები გაუხდა ციანოზური, რასაც მოჰყვა სპონტანური სუნთქვის შეწყვეტა. ანესთეზიოლოგმა პირველ რიგში უნდა გააკეთოს: 1 წინ წამოსწიოს ქველა ყბა; 2 ჩაღვას ნაზოფარინგეალური აირგამტარი ან ლარინგეალური ნიღაბი; 3 ჩაატაროს დამხმარე ფ.ხ.ე.; 4 ჩაატაროს გულის არაპირდაპირი მასაჟი.

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

1375. ამბულატორული სტომატოლოგიური ავადმყოფის გაშვება ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ შეიძლება:

- ა) გაღვიძებისთანავე;
- ბ) გაღვიძებიდან 15 წთ-ში;
- *გ) ფსიქო-ემოციური სტატუსის სრული აღდგენის შემდეგ;
- დ) გაღვიძებიდან 30 წთ-ში;
- ე) გაღვიძებიდან 60 წთ-ში.

1376. სტომატოლოგიური პოლიკლინიკის პირობებში ზოგადი ანესთეზიის ძირითად ჩვენებას წარმოადგენს: 1 ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების აუტანლობა; 2 ავადმყოფის თხოვნა; 3 არამდგრადი ფსიქიკა შიმის მოვლენებით; 4 სხვადასხვა ორგანოებისა და სისხტემების თანხლები დაავადებები ლეკომპენსაციის სტადიაში.

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

1377. სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკაში იყენებენ შემდეგ საანესთეზიო საშუალებებს:

- ა) ჰალოტანი;
- ბ) პროპანიდილი (სომბრევინი);
- გ) მეტოქსიფლურანი;
- დ) სწორია ყველა;
- *ე) სწორია ა და ბ

1378. მცირე ოპერაციული ჩარევა სხეულის ზედაპირზე ამბულატორულ პირობებში მიზანშეწონილია ჩატარდეს შემდეგი სახის ანესთეზიით, გარდა: 1 მხოლოდ ბარბიტურატებით; 2 ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით; 3 ეპიდურული ან სპინალური ანესთეზიით; 4 კალიფსოლის ინტრამუსკულარული ინექციით.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1379. ამბულატორულ პირობებში ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის ჩატარებისას უნდა გავითვალისწინოთ: 1 ავადმყოფის ფიზიკური სტატუსი; 2 ავადმყოფის სოციალური სტატუსი; 3 ავადმყოფის ასაკი; 4 მედიკამენტური დამოკიდებულება.

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

1380. მიუთითეთ AS-ს შკალის მიხედვით, რომელ ავადმყოფებს შეიძლება ჩაუტარდეთ ამბულატორულ პირობებში ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა:

- ა) I;
- ბ) II;
- გ) III;
- *დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ყველა.

1381. მიუთითეთ AS-ს შკალის მიხედვით, რომელ ავადმყოფებს შეიძლება ჩაუტარდეთ ამბულატორულ პირობებში ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა:

- ა) I;
- ბ) II;
- გ) IV;
- *დ) სწორია ა, ბ;
- ე) სწორია ყველა.

1382. ამბულატორულ პირობებში ოპერაციისა და ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის ხანგრძლივობა სასურველია არ აღემატებოდეს:

- ა) 90 წთ-ს;
- ბ) 60 წთ-ს;
- გ) 120 წთ-ს;
- *დ) 30 წთ-ს;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1383. წინასაოპერაციო პერიოდში ამბულატორულ ავადმყოფთა დიეტა ითვალისწინებს:

- ა) მკრივი საკვების მიღების შეწყვეტას ოპერაციამდე 4 სთ-ით ადრე;
- ბ) თხიერი საკვების მიღების შეწყვეტას ოპერაციამდე 2 სთ-ით ადრე;
- გ) მკრივი საკვების მიღების შეწყვეტა ოპერაციამდე 2 სთ-ით ადრე;
- დ) თხიერი საკვების მიღების შეწყვეტა ოპერაციამდე 9 სთ-ით ადრე;
- *ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1384. ამბულატორულ პირობებში ინტრაოპერაციული მონიტორინგის მასშტაბი ითვალისწინებს: 1 ეკგ; 2 არტერიული წნევის ინვაზიური მონიტორინგი; 3 პულსოქსიმეტრია; 4 კაპნოგრაფია.

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

1385. მიუთითეთ სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში პროპოფოლის გამოყენების სირთულეები: 1 გარეგანი სუნთქვის დეპრესია; 2 ბრალიკარდიის განვითარება; 3 ხველისა და ყლაპვის რეფლექსების დათრგუნვა; 4 ლარინგეალური ნიღბის გამოყენების შესაძლებლობა.

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

1386. ამბულატორულ პირობებში ანესთეზიოლოგიურ აღჭურვილობაში შედის: 1 სანარკოზე აპარატი; 2 ლეფობრილატორი; 3 ეკგ-ს მონიტორი, პულსოქსიმეტრი; 4 ანესთეზიოლოგიური მონიტორი მასსპექტრომეტრით.

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

1387. პანარიციუმის გაკვეთა მგვენის თითზე უმჯობესი და უსაფრთხოა:

- ა) ჰალოგანით ზოგადი ანესთეზიის პირობებში;

- ბ) ეთერ-რაუმის ანესთეზიით;
- *გ) ალგილობრივი ანესთეზიით ობერსტ-ლუკაშევიჩის მეთოდით;
- დ) კეტამინით ანესთეზიით;
- ე) პროპოფოლით ანესთეზიით.

1388. მტევის ფლეგმონის გაკვეთა შესაძლებელია განხორციელდეს შემდეგი სახის ანესთეზიით: 1 ინტრავენურად პროპანიდილი(სომბრევინი); 2 მხრის წნულის ბლოკადით; 3 კეტამინით; 4 ალგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით.

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

1389. ამბულატორულ პრაქტიკაში ანესთეზიის მიმართ წაყენებული მოთხოვნაა, გარდა: 1 ღრმა ანესთეზიის; 2 ალექვატური ანესთეზიის; 3 ღრმა პრემელიკაციის; 4 სწრაფი გაღვიძება ლეპრესიის გარეშე.

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

1390. ამბულატორულ პირობებში მიზანშეწონილია, გარდა:

- ა) ალგილობრივი გამგარებლობითი ანესთეზია;
- *ბ) ენდოტრაქეული ზოგადი ანესთეზია;
- გ) ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით;
- დ) გოტალური ინტრავენური ანესთეზია;
- ე) სწორია ყველა.

1391. ამბულატორული ავადმყოფის პრემელიკაციაში აგროპინის ჩართვა დაკავშირებულია: 1 ჰიპოსეკრეციულ მოქმედებასთან; 2 ლებინების საწინააღმდეგო მოქმედებასთან; 3 ვაგუსის პათოლოგიული რეაქციის ბლოკადასთან; 4 გლევი მუსკულატურის ტონუსის შემცირებასთან;

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

1392. ამბულატორულ პირობებში ზოგადი ანესთეზიის შესაძლო გართულებებია: 1 ლებინება; 2 სუნთქვის დეპრესია; 3 კოლაფსი; 4 ალერგიული რეაქცია.

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

ანესთეზიოლოგია და ინტენსიური თერაპია ოფთალმოლოგიაში

1393. თვალშია წნევა ნორმაში:

- ა) ატმოსფერული წნევის ტოლია;
- ბ) ატმოსფერულ წნევაზე 10-20 მმ.ვწყ.სვ.-ით დაბალია;
- *გ) ატმოსფერულ წნევაზე 10-20 მმ.ვწყ.სვ.-ით მაღალია;
- დ) ატმოსფერულ წნევაზე 20-30 მმ.ვწყ.სვ.-ით მაღალია;
- ე) მაგულობს თვალის სისხლძარღვების სისხლსავსეობის შემცირებასთან ერთად.

1394. თვალშია წნევა მაგულობს: 1 ჰიპერტონული კრიზის დროს; 2 ხველის დროს; 3 ჰიპოქსიის დროს; 4 ჰიპოკაპნიის დროს.

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

1395. ოკულოკარდიალური, ოკულოგასტრალური, ოკულორესპირატორული რეფლექსების გამოწვევის მიზეზებია:

- ა) თვალშია წნევის მაგება;
- ბ) ჰიპოქსია;
- *გ) თვალის კუნთების ტრაქცია;
- დ) მადეპოლარიზებული მიორელაქსანტები.
- ე) არამედეპოლარიზებული მიორელაქსანტები.

1396. ოკულოკარდიალური რეფლექსების ნიშნებია: 1 ბრადიკარდია; 2 გულის გაჩერება; 3 ჰიპოტონია; 4 ჰიპერტონია.

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

1397. ოკულოგასტრალური რეფლექსის ნიშნებია:

- ა) ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში;
- ბ) გულმძარვა;
- *გ) სლოკინი;
- დ) ლებინება;
- ე) ბოცინი.

1398. ოკულორესპირატორული რეფლექსის ნიშნებია:

- ა) ქოშინი;
- ბ) ბრონქიოლოსპაზმი;
- გ) ლარინგოსპაზმი;
- *დ) სწორი ბ და გ;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

1399. ოკულოკარდიალური რეფლექსის საშიშროება ხშირია:

- *ა) სიელმის ქირურგიული მკურნალობის დროს;
- ბ) გლანუკომის ქირურგიული მკურნალობის დროს;
- გ) დაკრიოცისგორინოსგომიის დროს;
- დ) ბალურის ჩამოცლის გამო ჩატარებული ოპერაციების დროს;
- ე) კატარაქტების ქირურგიული მკურნალობის დროს.

1400. ოკულოკარდიალური რეფლექსის პროფილაქტიკის მიზნით აუცილებელია:

- *ა) პრემედიკაციაში აგროპინის დანიშვნა;
- ბ) რეგრობულბარული ანესთეზია;
- გ) ალფა-ადრენობლოკატორების დანიშვნა;
- დ) კორტიკოსტეროიდების გამოყენება.
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

1401. 22 წლის ავადმყოფს თვალის გრავმული დამიანების გამო უკეთდება ოპერაცია ენდოგრაქეული ზოგადი ანესთეზიის პირობებში. ავადმყოფის გადმოცემით მან საკვები მიიღო 1 საათის წინ. გართულებების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია: 1 ზონდის კუჭში ჩადგმა; 2 სუქცინილქოლინის გამოყენება; 3 სელიკის ილეთის გამოყენება; 4 ავადმყოფის მოთავსება ტრენდელენბურგის პოზიციაში.

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

1402. მიუთითეთ, ჩამოთვლილი საანესთეზიო საშუალებებიდან, რომლის გამოყენებაც მიზანშეწონილი თვალის გრავმის მქონე ავადმყოფების ინდუქციისას: 1 კეტამინი; 2 პროპოფოლი; 3 მორფინი; 4 ეტომიდაგი.

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

1403. ბავშვს, რომელსაც უკეთდება ოპერაცია სიელმის გამო, პრემედიკაციაში უნდა დაენიშნოს:

- ა) მორფინი;
- *ბ) აგროპინი;
- გ) ანაპრილინი;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი;
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი.

1404. ოფთალმოლოგიაში ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: 1 თვალის კაკლის უმოძრაობა; 2 დაბალი თვალშიდა წნევის შენარჩუნება; 3 ექსტრაოკულარული კუნთთა ტონუსის დაქვეითება; 4 ხველის, გულისრევის, ლებინების თავიდან აცილება.

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

1405. ოლუკოკარდიალური რეფლექსის კლინიკის გამოვლინების შემთხვევაში აუცილებელია:

- *ა) აგროპინი ვენაში;
- ბ) გლუკოკორტიკოიდები ვენაში;
- გ) ეფედრინი ვენაში;
- დ) ვაზოდilatატორები;
- ე) გლიკოზიდები.

1406. 60 წლის ავადმყოფს, რომელსაც უკეთდება ოპერაცია მარჯვენა თვალზე კატარაქტის გამო, პრემედიკაციაში უკეთდება:

- ა) მორფინი;
- ბ) აგროპინი;
- გ) დროპერიდოლი;
- დ) სწორია ყველა;
- *ე) სწორია ბ და გ.

1407. ინტრაოკულარული ოპერაციების დროს უპირატესობა ენიჭება:

- *ა) ფ.ხ.ვ. ბომიერ ჰიპერვენტილაციურ რეჟიმში;
- ბ) ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით;
- გ) ფ.ხ.ვ. დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს;
- დ) ფ.ხ.ვ. დადებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში;
- ე) მოცულობითი მაღალსიხშირიანი ფ.ხ.ვ.

1408. თვალში და წნევას აქვეითებს ყველა, გარდა:

- ა) დროპერიდოლი;
- ბ) თიოპენტალი;
- გ) ჰალოგანი;
- დ) ენფლურანი;
- *ე) კეტამინი.

1409. რომელი ქვემოთჩამოთვლილი პროპარაგი იწვევს თვალში და წნევის შემცირებას: 1 პროპოფოლი; 2 ტუბოკურარინი; 3 აცეტამოლამიდი; 4 ამოგის ქვეუანგი.

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

1410. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი მიორელაქსანტები იწვევენ თვალში და წნევის მომატებას:

- ა) პიპეკურონიუმი;
- ბ) პანკურონიუმი;
- გ) ტუბოკურონიუმი;
- *დ) არც ერთი;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი.

1411. კუნთთა ფიბრილაციის დროს მადეპოლარიზებული რელაქსანტების მოქმედებით თვალში და წნევას:

- *ა) მაგლობს;
- ბ) კლებულობს;
- გ) არ იცვლება;
- დ) მკვეთრად ქვეითდება;
- ე) სწორია ბ და დ.

1412. სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფის რომელი მეთოდი არის მიზანშეწონილი დაკრიოციტოროინოსტომიის ოპერაციის დროს:

- ა) ოროფარინგეალური აირგამტარი;
- ბ) ნაზოფარინგეალური აირგამტარი;
- *გ) ენდოტრაქეული მილი;
- დ) ტრაქეის რეგროგრადული ინტუბაცია;
- ე) აირის ნაკადის ინსუფლაცია კონიკოტომიის შემდეგ ენდოტრაქეალურად ჩადგმული მილიდან.

1413. ალგილობრივი ანესთეზიის ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდებიდან რომელი გამოიყენება ოფთალმოლოგიაში: 1 რეგრობულბალური; 2 პერიბულბალური; 3 კონიუნქტივის ანესთეზია; 4 სახის ნერვის ბლოკადა.

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

ანესთეზია და ინტენსიური თერაპია თანმხლები დაავადებების დროს

1414. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პაციენტებში ზოგადი ანესთეზიის ჩატარების ძირითადი პრინციპებია: 1 ადექვატური ოქსიგენაცია; 2 გულის წუთმოცულობის შენარჩუნება; 3 მიოკარდის ქანგბადით უზრუნველყოფა; 4 ჰიპოტონური ანესთეზიის გამოყენება.

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

1415. აღნიშნეთ სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების არსებობაზე: 1 ქოშინი; 2 ტკივილი გულმკერდის არეში; 3 ტაქი- ან ბრადიკარდია; 4 ქვედა კიდურების შეშუპება ან გარდამავალი კოჭლობა.

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

1416. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფთა პრემედიკაცია გულისხმობს: 1 აგროპინი მაღალი დოზებით; 2 ბენზოლიამინები; 3 ნეიროლეპტიკები; 4 ჩვეული კარდიოლოგიური პრეპარატების მიღება.

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

1417. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფთა ეკგ-ის მონიტორინგი გარდებს:

- ა) ზოგადი ანესთეზიის წინ;
- ბ) ოპერაციისა და ზოგადი ანესთეზიის დროს;
- გ) პოსტოპერაციულ პერიოდში;
- დ) სწორია ა,ბ.
- *ე) სწორია ყველა.

1418. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფთა ინლექცია გულისხმობს: 1 ნაგრიუმის თიოპენტალისა და ფენტანილის შეყვანას; 2 პროპოფოლისა და ფენტანილის შეყვანას; 3 პროპოფოლისა და სუქცინილქოლინის შეყვანას; 4 დიაზეპამისა და ფენტანილის შეყვანას.

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

1419. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფებში მიზანშეწონილია შემდეგი მიორელაქსანტების გამოყენება: 1 სუქცინილქოლინი; 2 აგრაკურიუმი; 3 ტუბარინი; 4 ვეკურიონიუმი.

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

1420. გულის იშემიური დაავადების მქონე პაციენტებში ზოგადი ანესთეზიის რომელი მეთოდი არის უფრო ოპტიმალური:

- *ა) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- ბ) ტოტალური ინტრავენური ანესთეზია კეტამინის გამოყენებით;
- გ) სპინალური ანესთეზია;
- დ) ზოგადი ანესთეზიის რეცეპტში დროპერიდოლის მაღალი დოზების გამოყენება;
- ე) სწორია ბ და დ.

1421. ადექვატური ანალგეზიის პირობებში არსებული ინტრაოპერაციული ჰიპერტენზიის კუპირება შეიძლება: 1 ლაბეტოლოლი 0,25 მგ/კგ ბოლუსურად; 2 ნიფედინი 10 მგ ენისქვეშ; 3 გლიცერინტრინიტრატი 1-5 მგ/სთ ი.ვ.; 4 ჰიდრალაზინი 0,5 მგ/კგ ბოლუსურად.

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

1422. ზოგადი ანესთეზიის მსვლელობაში აღმოცენებული არითმიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ჰიპოქსემია; 2 ჰიპერკაპნია; 3 მიოკარდის კატექოლამინებისადმი სენსიბილიზაცია; 4 ჰიპოკალიემია.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1423. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლების რა სიხშირის დროს საჭიროა ანტიარითმიული მკურნალობის ჩატარება:

- ა) 1 წთ-ში;
- ბ) 2 წთ-ში
- გ) 3 წთ-ში;
- დ) 4 წთ-ში;
- *ე) 6 წთ-ში.

1424. ანესთეზიის დროს სპეციალურ ანტიარითმიულ მკურნალობას არ საჭიროებს:

- ა) პარკუჭების ფიბრილაცია;
- ბ) III ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- *გ) სინუსური ტაქიკარდია;
- დ) მოციმციმე არითმია;
- ე) პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია.

1425. სტაბილური მოციმციმე არითმიით დაავადებული ავადმყოფის წინასაოპერაციო მომზადებისათვის დასაშვებია გაკეთდეს ყველაფერი, გარდა:

- ა) დიგოქსინი;
- ბ) მეტაპროლოლი;
- გ) ეთმოზინი;
- *დ) სინქრონიზებული კარდიოვერსია;
- ე) საერთოდ არ ჩატარდეს წინასაოპერაციო მომზადება.

1426. როდესაც აღინიშნება ჰიპერკოაგულაცია ან მაღალია თრომბოემბოლიური გართულებების რისკი, ოპერაციის შემდგომი ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 ჰეპარინიზაციას; 2 ქვემო კიდურების ელასტიური ბანდით შეხვევას; 3 ტრენგალის დანიშვნას ამპულირებული ან ტაბლეტირებული ფორმით; 4 მცირე დოზებით ბეგა ალტრენობლოკატორების დანიშვნას.

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

1427. ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან, რომელია ყველაზე მნიშვნელოვანი ფილტვების ფუნქციური დარღვევების განსაზღვრისათვის: 1 ხიხინი; 2 ხველა; 3 ნახველის არსებობა; 4 ქოშინი.

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

1428. ფილტვების თანმხლები დაავადებების მქონე ავადმყოფთა წინასაოპერაციო მომზადება მოიცავს: 1 გულმკერდის რენტგენოგრაფიას; 2 ეკგ-ს; 3 სისხლის საერთო ანალიზს; 4 სისხლის გაზური შემადგენლობისა და 1წმ-ში ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობის განსაზღვრას.

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

1429. ფილტვების თანმხლები დაავადებების მქონე ავადმყოფთა პრემედიკაციაში შეიძლება გამოვიყენოთ ყველა პრეპარატი, გარდა: 1 მეტოპროლოლი; 2 მორფინი; 3 კოლეინი; 4 ატროპინი.

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

1430. ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფებში გეგმიური ოპერაცია უნდა ჩატარდეს:

- ა) კონტროლირებადი ბრონქული ასთმის დროს;
- ბ) სტერილული პრეპარატების მაღალი დოზებით კონტროლირებადი ბრონქული ასთმის დროს;
- გ) ბეგა-2-ალტრენოქსიკატორების აგონისტებით კონტროლირებადი ბრონქული ასთმის დროს;
- დ) ფოსფორილესთერაზას ინჰიბიტორებით კონტროლირებადი ბრონქული ასთმის დროს.
- *ე) სწორია ყველა.

1431. ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფებში ოპერაციის დროს ბრონქოლუსტრუქციული სინდრომი შეიძლება განვითარდეს: 1 ტრაქეის ინტუბაციის დროს; 2 თიოპენტალის ინტრავენური შეყვანის დროს; 3 ტუბარინისა და სუქცინილქოლინის ინტრავენური შეყვანის დროს; 4 ჰალოგენშემცველი ინჰალაციური საშუალებების გამოყენებისას.

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

1432. ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფებში, ზოგადი ანესთეზიის ჩატარებისას სასურველია გამოვიყენოთ:

- *ა) ჰალოტანი;
- ბ) ეთერი;
- გ) გუბარინი;
- დ) ამოგის ქვექანგი;
- ე) ნაგრიუმის თიოპენტალი.

1433. პიპეკურონიუმის გამოყენება ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფებში:

- *ა) ნაჩვენებია;
- ბ) უკუნაჩვენებია;
- გ) ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, როცა გიფნოს ინდექსი ნორმის ფარგლებშია;
- დ) უკუნაჩვენებია, როცა გიფნოს ინდექსი ნორმის ფარგლებშია;
- ე) ნაჩვენებია მხოლოდ Cor Pulmonalis არარსებობის შემთხვევაში.

1434. ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფებში უკუნაჩვენებია ფილგვების ხელოვნური ვენტილაციის შემდეგი რეჟიმები:

- ა) ფილგვების იძულებითი ვენტილაცია ღაღებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში (BIPAP);
- ბ) ფ.ხ.ვ. ინვერსიულ რეჟიმში inspiratio/exspiratio 2:1, სუნთქვითი მოცულობა 600მლ, სუნთქვის სიხშირე 20 წუთში;
- გ) ფილგვების იძულებითი ვენტილაცია ღაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP);
- *დ) სწორია ა,ბ,გ.
- ე) სწორია ა,გ.

1435. ღვიძლის ქრონიკული დაავადებების დროს აღინიშნება დისპროგნეზია (ჰიპოალბუმინემია, ჰიპერგლობულინემია). როგორი იქნება ნაგრიუმის თიოპენტალის ფარმაკოკინეტიკა:

- ა) ნარკოტიკული ეფექტი მიიღწევა სტანდარტული დოზის გამოყენებისას;
- *ბ) ნარკოტიკული ეფექტი მიიღწევა სტანდარტულზე ნაკლები დოზის გამოყენებისას;
- გ) ნარკოტიკული ეფექტი მიიღწევა სტანდარტულზე მეტი დოზის გამოყენებისას;
- დ) ასეთ პირობებში თიოპენტალის ნარკოტიკული ეფექტი მიიღწევა მხოლოდ სხვა საანესთეზიო საშუალებასთან ერთად მისი გამოყენებისას;
- ე) ასეთ პირობებში თიოპენტალის მონოანესთეზიით ნარკოტიკული ეფექტი თითქმის არ მიიღწევა.

1436. ღვიძლის დაავადებების დროს აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მადეპოლარიზებული რელაქსანტების გახანგრძლივებული მოქმედება;
- ბ) გუბარინის დაშლის შენელება;
- გ) ფსევდოქოლინესთერაზას წარმოქმნის შემცირება;
- *დ) ნაგრიუმის გაძლიერებული ექსკრეცია შარდით;
- ე) სხვა პრეპარატების მეტაბოლიზმის შენელება.

1437. ღვიძლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში: 1 აღინიშნება გულის მაღალი წუთმოცულობა; 2 უნდა გამოიყენონ ნაგრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარები; 3 ადგილი აქვს თრომბოციტოპენიას; 4 ველგმანის კოაგულაციური ლენგა გაღაბრილია მარჯვნივ.

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

1438. მწვავე ჰეპატიტით დაავადებულ ავადმყოფებში წინააღმდეგნაჩვენებია შემდეგი პრეპარატების გამოყენება: 1 ნაგრიუმის თიოპენტალი; 2 ჰალოტანი; 3 ეთერი; 4 ამოგის ქვექანგი.

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

1439. ღვიძლის უკმარისობით დაავადებულ ავადმყოფებში კალიუმის შემცველობის მომაგება შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი პრეპარატებით: 1 სუქცინილქოლინი; 2 აღრენალინი; 3 დაბალი pH-ის შემცველი სისხლის გადასხმა; 4 ნაგრიუმის ოქსიბუგირატი.

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

1440. ღვიძლის მძიმე უკმარისობის მქონე ავადმყოფებში ანესთეზიოლოგიური თვალსაზრისით პრობლემებს ქმნის: 1 იზოგონური

დეჰიდრაზაცია; 2 ჰეპატო-რენალური სინდრომი; 3 პრეპარატების გაძლიერებული მეტაბოლიზმი; 4 სისხლის შედელების უნარის დაქვეითება.

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

1441. პიკვიკის სინდრომს ახასიათებს: 1 სიმსუქნე; 2 ძილიანობა და ჰიპოვენტილაცია; 3 პოლიციტემია; 4 სისხლისმიმოქცევის მცირე წრის ჰიპერტენზია.

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

1442. ჭარბწონიანი ავადმყოფებისათვის მოცულობითი ფ.ხ.ვ.-ის ოპტიმალური პარამეტრებია:

- ა) დიდი სუნთქვითი მოცულობა და მაღალი სუნთქვის სიხშირე;
- *ბ) მცირე სუნთქვითი მოცულობა და მაღალი სუნთქვის სიხშირე;
- გ) ნორმალური სუნთქვითი მოცულობა და დაბალი სუნთქვის სიხშირე;
- დ) დიდი სუნთქვითი მოცულობა და დაბალი სუნთქვის სიხშირე.
- ე) ნორმალური სუნთქვითი მოცულობა და ნორმალური სუნთქვის სიხშირე.

1443. პილორუსის სტენოზის დროს ძლიერი ღებინება და ქლორიდების დაკარგვა იწვევს: 1 დეკომპენსირებულ მეტაბოლურ ალკალოზს; 2 ჰიპოოლეკემიას; 3 კრუნჩხვებს; 4 სისხლის pH-ის დაწევას.

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

1444. ავადმყოფს უკეთდება გეგმიური ოპერაცია n. medianus-ის დაზიანების გამო. აღნიშნავს 10 წლიანი ანამნეზის თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას. მიუთითებ რა მიზნისათვის გამოიყენებთ პრემელიკაციაში ომეპრაზოლს:

- *ა) კუჭის წვენის სეკრეციის დაქვეითების მიზნით;
- ბ) კუჭის მუავე წვენის განეიტრალების მიზნით;
- გ) როგორც წყლულის შემომგარსველ საშუალებას;
- დ) როგორც *Campylobacter pylori*-ს ბაქტერიოციდულ საშუალებას;
- ე) როგორც გასტროპროტექტორულ საშუალებას.

1445. ავადმყოფს უკეთდება გეგმიური ოპერაცია n. medianus-ის დაზიანების გამო. აღნიშნავს 10 წლიანი ანამნეზის თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას. ზოგადი ანესთეზია გარღება ატარალგემიის (დიაზეპამი+ფენტანილი) მეთოდით. რომელი ანგაცილის გამოყენება არ არის სასურველი პრემელიკაციაში:

- ა) გასტროცეპინი;
- ბ) ფამოტიდინი;
- *გ) ციმეტიდინი;
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილის;
- ე) ყველა ჩამოთვლილის.

1446. თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში: 1 კატაბოლურმა სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერკალიემია; 2 სტანდარტული ბიკარბონატის კონცენტრაცია ნორმაშია; 3 ჰიპერმაგნიემიამ შეიძლება გამოიწვიოს მიორელაქსანტების მოქმედების პოტენცირება; 4 ხშირად აღინიშნება ჰიპოკალემია.

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

1447. ხანდამულ პაციენტებში: 1 შემცირებულია ცერებრული ნეიროტრანსმიტების დონე; 2 გორგლოვანი ფილტრაცია მომატებულია; 3 მომატებულია ენდორფინებისა და ენკეფალინების დონე; 4 თავის გვინის მიერ უანგბადის მოხმარება არ იცვლება.

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

1448. ხანდამულ ავადმყოფებში საანესთეზიო საშუალებების ხარჯის შემცირების მიზნით: 1 ც.ნ.ს-ის უჯრედთა ფუნქციური თვისებების შეცვლა; 2 გვინში სისხლის მიმოქცევის შენელება; 3 სისხლძარღვშიდა სექტორის ნაკლები მოცულობა მოზრდილებთან შედარებით; 4 ცხიმოვანი ქსოვილის განლევა.

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

1449. ხანდაზმულ პაციენტებში აღინიშნება: 1 შემცირებული ელასტიური წინააღმდეგობის ძალები; 2 ფილგების ფუნქციური ნარჩენი მოცულობის შემცირება; 3 შემცირებული მგრძობელობა ჰიპერკაპნიის მიმართ; 4 შემცირებულია ჰემოგლობინის კანგაბლით გაჯერება.

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

1450. ქირურგიული აგრესიის დროს ხანშიშესულ და მოხუცებულ ავადმყოფებში სტრეს-ლიმიტირების უმთავრესი მიზეზია: 1 ცვლილებები სინუსურ-წინაგულვან კვანძში; 2 სიმპატიკური ექსტრაკარდიალური ბემოქემელების შესუსტება; 3 გულის დარტყმითი მოცულობის შემცირება; 4 არტერიული წნევის შესამჩნევი მაგება.

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

1451. ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფებში, პრემელიკაციაში შემცირებული ღებებით ენიშნებათ:

- ა) ჰიპნოტიკები;
- ბ) ანალგეტიკები;
- გ) სელაციური პრეპარატები;
- დ) ნარკოტიკული პრეპარატები;
- *ე) სწორია ყველა.

1452. ხანდაზმული ავადმყოფების საოპერაციო მომზადებისას თანმხლები გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიით აუცილებელია: 1 შემცირდეს სისხლისმიმოქცევის სისტემის ქრონიკული, შეგუებითი უკმარისობის მოვლენები; 2 არტერიული წნევის და გულის რითმის სტაბილიზაცია; 3 შემცირდეს სტენოკარდიის შეტევის სიხშირე; 4 სხვა ორგანოთა ფუნქციის ნორმალიზაცია.

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

1453. ხანდაზმულ და მოხუც ავადმყოფებს თანმხლები ჰიპოქსემიის გათვალისწინებით, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ფილგისმიერი გართულებების პროფილაქტიკის მიზნით უნდა ჩაუტარდეთ: 1 სუნთქვის ვარჯიშები; 2 კანგაბლის ინჰალაცია სველი წესით; 3 ფილგის არტერიის თრომბოემბოლის პროფილაქტიკური ღონისძიებები; 4 ფილგის ვიბრაციული მასაჟი.

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

1454. შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტებში: 1 ანესთეზიის დროს შემცირებულია ენდოგენური პასუხი ჰიპოგლიკემიაზე; 2 მიზანშეწონილია ბეგა-ბლოკატორის გამოყენება პრემელიკაციაში; 3 მიზანშეწონილია კალიუმის პრეპარატების გამოყენება; 4 ზოგადი ანესთეზიის დროს არჩევის ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებაა ეთერი.

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

1455. ოპერაციის შემდგომი ინტენსიური თერაპიის პალატაში მყოფი, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ავადმყოფის სისხლში გლუკოზის მაჩვენებელია 220 მგ%-მე. მიუთითეთ ინსულინის ის მაქსიმალური ღება, რომელსაც გამოიყენებდით ამ შემთხვევაში:

- *ა) 25 ერთეული;
- ბ) 30 ერთეული;
- გ) 35 ერთეული;
- დ) 10 ერთეული;
- ე) 12 ერთეული.

1456. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულის ოპერაციის შემდგომი ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 ინფუზიურ-გრანსფუზიულ თერაპიას; 2 კორტიკოსტეროიდებს; 3 გლიკემიის კონტროლს; 4 არითმიული გართულებების მკურნალობას და პროფილაქტიკას პროპრანოლოლით.

- ა) 1,2,3

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

1457. თირეოტოქსიური აღენომით დაავადებულ პაციენტს გაუკეთდა თაერაცია მარჯვენა საზარღულის ჩაჭედელი თიაქარის გამო. თაერაციის შემდეგში ინტენსიური თერაპია მოიცავს: 1 კორტიკოსტეროიდები; 2 ბეგა აღრენობლოკატორები; 3 კრისტალოიდების ინფუზია; 4 ვალიუმის აბები სელაციის მიზნით.

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

1458. პორფირიის დროს უკუნაჩვენებია:

- ა) ოპიოიდები;
- *ბ) ბარბიტურატები;
- გ) სულფანილამიდები;
- დ) რელაქსანტები;
- ე) სიმპატომიმეტიკები.

1459. ანემიის დროს ზოგადი ანესთეზიის მართვის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 საანესთეზიო საშუალებების დოზის შემცირება; 2 სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუმჯობესება; 3 ფ.ხ.ვ.-ს ჰიპეროქსიგენაციისა და მსუბუქი ჰიპერვენტილაციის რეჟიმი; 4 ძირითადი ანესთეზია - აზოტის ქვეყანგი+ცენტრალური ანალგეზია.

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

1460. მწვავე და ქრონიკული ლეიკოზების დროს, ზოგადი ანესთეზიის მართვის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 ანესთეზიის ჰემოდინამიურად დამზოგველი მეთოდების გამოყენება; 2 დონისძიებები სისხლენის პროფილაქტიკისათვის; 3 ჰიპეროქსიგენაციის რეჟიმი; 4 პრედნიზოლონის დიდი დოზები პრემედიკაციაში.

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

1461. ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა თანმხლები დაავადების დროს შესაძლებელია გამოვიყენოთ ენდოგრაქული ზოგადი ანესთეზია, თუ თაერაციის მასშტაბი იძლევა ამის შესაძლებლობას, რომელი დაავადების დროს არის ენდოგრაქული შუღარებით უფრო ნაჩვენები ზოგადი ანესთეზია ნიღბით: 1 ვერლჰოფის დაავადება; 2 პაროქსიზმული ჰემოგლობინურია; 3 ვილენბრანგის დაავადება; 4 მეგალობლასტური ანემია.

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

1462. კონტროლის ქვეშ მყოფ ეპილეფსიით დაავადებულ პაციენტებში: 1 უკუნაჩვენებია მეტოკლოპრამიდის გამოყენება; 2 უკუნაჩვენებია ენფლურანის გამოყენება; 3 უკუნაჩვენებია კეტამინის გამოყენება; 4 პიპეკრონიუმის გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეპილეფსიური აქტივობა.

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

1463. ზოგადი ანესთეზიის განხორციელებისას მიასთენიით დაავადებულ ავდმყოფებში წინააღმდეგვებება შემდეგი პრეპარატების გამოყენება:

- *ა) ღიაშეპამი;
- ბ) პროპერინი;
- გ) ნატრიუმის თიოპენტალი;
- დ) ატროპინი პრემედიკაციაში;
- ე) დიტილინი.

1464. მიასთენიის დროს მიონევრული სინაფსის რეცეპტორული უჯრედები ამკლავებენ ყველა ჩამოთვლილ თვისებებს, გარდა:

- *ა) მომაგებულ მგრძობელობას აცეტილქოლინის მიმართ;

- ბ) შემცირებულ მგრძობელობას აცეტილქოლინის მიმართ;
- გ) მომატებულ მგრძობელობას ტუბოკურარინის მიმართ;
- დ) მათი აქტიურობა მაგულობს ანტიქოლინესთერაპიის შეყვანისას;
- ე) არც ერთი პასუხი არ არის სწორი.

1465. მთავრობის დროს ნერვ-კუნთოვან სინაფსში აღინიშნება:

- ა) მომატებული მგრძობელობა მაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მიმართ;
- ბ) შემცირებული მგრძობელობა მაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მიმართ;
- გ) მომატებული მგრძობელობა არამაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მიმართ;
- დ) დაქვეითებული მგრძობელობა მაღეპოლარიზებული რელაქსანტების მიმართ;
- *ე) სწორია ბ და გ.

ანესთეზია და ინგენსიური თერაპია ბავშვთა ქირურგიასა და პედიატრიაში

1466. სასუნთქი სისტემის თავისებურებები ბავშვებში: 1. ვიწრო გემო სასუნთქი გზები; 2. დიდი ენა; 3. მიდრეკილება ლორწოვანი გარსების შეშუპებისაკენ; 4. ლიაფრაგმის და გულმკერდის ყაფაზის შეზღუდული მოძრაობა.

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

1467. ფილგვების ხელოვნურ ვენტილაციაზე მყოფ ახალშობილებს გრაქეობრონქული ხის სანაცია უნდა ჩაუტარდეს:

- ა) ყოველ 1 საათში;
- ბ) ყოველ 2 საათში;
- გ) ყოველ 4 საათში;
- *დ) ჩვენების მიხედვით;
- ე) ყოველ 5 საათში.

1468. 10-20 კგ-იან ბავშვის სითხის დღე-ღამური მოთხოვნილება შეადგენს:

- ა) 100 მლ/კგ-ზე;
- *ბ) $1000 \text{ მლ} + 50x(\text{სხეულის მასა} - 10) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- გ) $1500 \text{ მლ} + 25x(\text{სხეულის მასა} - 20) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- დ) 50 მლ/კგ-ზე;
- ე) 30 მლ/კგ-ზე.

1469. 20-30 კგ-იან ბავშვის სითხის დღე-ღამური მოთხოვნილება შეადგენს:

- ა) 100 მლ/კგ-ზე;
- ბ) $1000 \text{ მლ} + 50x(\text{სხეულის მასა} - 10) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- *გ) $1500 \text{ მლ} + 25x(\text{სხეულის მასა} - 20) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- დ) 50 მლ/კგ-ზე;
- ე) 30 მლ/კგ-ზე.

1470. 4-10 კგ-იან ბავშვის სითხის დღე-ღამური მოთხოვნილება შეადგენს:

- *ა) 100 მლ/კგ-ზე;
- ბ) $1000 \text{ მლ} + 50x(\text{სხეულის მასა} - 10) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- გ) $1500 \text{ მლ} + 25x(\text{სხეულის მასა} - 20) \text{ მლ/კგ-ზე}$;
- დ) 50 მლ/კგ-ზე;
- ე) 30 მლ/კგ-ზე.

1471. ბავშვებში PO₂-ის მიმართ მართებულია ყველა ჩამოთვლილი მაჩვენებელი, გარდა:

- ა) ჩასუნთქულ ჰაერში - 159 mm Hg;
- ბ) ამოსუნთქულ ჰაერში - 113-121 mm Hg;
- გ) ალვეოლარულ ჰაერში - 95-105 mm Hg;
- *დ) ვენურ სისხლში - 45-65 mm Hg;
- ე) არტერიულ სისხლში - 75-100 mm Hg;

1472. ბავშვებში PCO₂-ის მიმართ მართებულია ყველა ჩამოთვლილი მაჩვენებელი, გარდა:

- ა) ჩასუნთქულ ჰაერში - 0,23 mm Hg;
- ბ) ამოსუნთქულ ჰაერში - 21-28 mm Hg;
- გ) ალვეოლარულ ჰაერში - 40 mm Hg;
- *დ) ვენურ სისხლში - 58 mm Hg;
- ე) არტერიულ სისხლში - 36-44 mm Hg;

1473. ბავშვებში CO₂-ის დიფუზიის სიჩქარე ფილგვის მემბრანის მეშვეობით:

- ა) O₂-ის დიფუზიის სიჩქარის ტოლია;
- ბ) O₂-ის დიფუზიის სიჩქარეზე ნაკლებია;
- გ) O₂-ის დიფუზიის სიჩქარეზე 10-ჯერ მეტია;

- *დ) O2-ის დიფუზიის სიჩქარეზე 20-ჯერ მეტია;
- ე) O2-ის დიფუზიის სიჩქარეზე 30-ჯერ მეტია.

1474. ახალშობილის სუნთქვითი მოცულობაა:

- ა) 10 მლ;
- *ბ) 16-21 მლ;
- გ) 25-35 მლ;
- დ) 30-42 მლ
- ე) 50 მლ.

1475. ქანგბადის დესატურაციის შესაძლებლობა მეტია ახალშობილებში ვიდრე მოზრდილებში, რადგანაც: 1 ბავშვებში უფრო მაღალია მეტაბოლიზმის დონე; 2 ფუნქციური ნარჩენი მოცულობა უფრო ნაკლებია; 3 სასუნთქი სისხემა განუვითარებელია; 4 ქანგბადის მოხმარება კილოგრამზე გადაანგარიშებით მეტია.

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

1476. ოპერაციის დროს ახალშობილების გემპერატურის დაწვევა გამოწვეულია: 1 თერმორეგულაციის ცენტრების მოუმწიფებლობით; 2 ჰემოგრანსფუზიით; 3. ნახევრადლია კონტურით; 4. მეგილ-მეიპლსონის სისხემის კონტურის გამოყენებით.

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

1477. მოზრდილებთან შედარებით ბავშვებში: 1 გამოხატულია რემისგენგულობა ოპიოიდების მიმართ; 2 მეტია ინტერსტიციული შეშუპების განვითარების შესაძლებლობა; 3 ხორხის ყველაზე ვიწრო ნაწილი მღებარეობს ფარისებრი ხრტილის დონეზე; 4 კილოგრამ წონაზე უფრო მეტია ქანგბადის მოხმარება.

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

1478. მოზრდილებთან შედარებით ბავშვებში ჰიპოქსემია კლინიკურად ვლინდება გაცილებით სწრაფად ვინაიდან: 1 მცირეა სასუნთქი მოცულობა; 2 მცირეა ფილტვების ფიზიოლოგიური ნარჩენი მოცულობა; 3 მაღალია სუნთქვის წუთმოცულობა; 4 მაღალია ალვეოლური ვენტილაცია.

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

1479. ახალშობილებში გულის წუთმოცულობის სათანადო დონეზე შენარჩუნებას უზრუნველყოფს:

- ა) გულის მაღალი ღარტყმითი მოცულობა;
- ბ) პარკუჭების კარგი ჭიმვადობის უნარი;
- *გ) გულისცემის გახშირება;
- დ) სწორია ა,ბ.
- ე) სწორია ყველა.

1480. რომელი ქვემოთ მოყვანილი მონაცემები და ფორმულებია მნიშვნელოვანი პედიატრიულ პრაქტიკაში: 1) 10 კგ-ზე წონის ბავშვის სითხის დღიური მოთხოვნილება 100 მლ/კგ; 2) დაბადებისას სისხლის მოცულობა შეადგენს 85 მლ/კგ; 3) ახალდაბადებულებში ქსოვილების მოთხოვნილება ქანგბადზე შეადგენს 6 მლ/კგ/წთ-ში. 4) ენდოტრაქეული მილის დიამეტრი ერთი წლის ბავშვით ისაზღვრება ფორმულით: დიამეტრი (მმ) = ასაკი/2+12.

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

1481. ბავშვებში, არამამკვამური ოპერაციების დროს ანესთეზიის მართვის გააღვივების მიზნით, საჭიროა საანესთეზიო საშუალების შეყვანა:

- ა) ენტერალურად;
- *ბ) ინჰალაციური გზით;
- გ) რექტალურად;
- დ) ინტრავენურად;

ე) ინტრაპუსკულარულად.

1482. ყველაზე სწრაფ ინლექციას, „სისხლი-აირი» ხსნალობის კოეფიციენტის მიხედვით, იწვევს:

- ა) ჰალოტანი;
- *ბ) ამოგის ქვექანგი;
- გ) ეტრანი.
- დ) მეტოქსიფლურანი;
- ე) იზოფლურანი.

1483. ბავშვებში ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით ნარკოზში ინლექციისა და ზოგადი ანესთეზიის დასრულების მიმართ მართებულია შემდეგი:

- *ა) სწრაფი ინლექცია და ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების სწრაფი ელიმინაცია;
- ბ) ხანგრძლივი ინლექცია და ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების სწრაფი ელიმინაცია;
- გ) სწრაფი ინლექცია და ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების ხანგრძლივი ელიმინაცია;
- დ) ხანგრძლივი ინლექცია და ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების ხანგრძლივი ელიმინაცია;
- ე) მოზრდილებთან შედარებით ხანგრძლივი ინლექცია და ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების ხანგრძლივი ელიმინაცია.

1484. გვინის სისხლძარღვების ძლიერ გაფართოებას იწვევს:

- ა) ეთერი;
- ბ) ჰალოტანი;
- გ) ბარბიტურატები;
- *დ) pCO_2 -ის მაგება;
- ე) pO_2 -ის შემცირება.

1485. ბავშვებში ხელოვნური ჰიპერვენტილაციის დროს აღინიშნება: 1 გულის წუთმოცულობის შემცირება; 2 არტერიული წნევის ღაცება; 3 პერიფერიული სისხლძარღვების სპაზმი; 4 სუნთქვის ცენტრის აღზნების დაქვეითება.

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

1486. ბავშვებში კეტამინის ინლექციური დოზაა:

- ა) 0,5-1 მგ/კგ ი.ვ.;
- ბ) 1-1,5 მგ/კგ ი.ვ.;
- *გ) 2-3 მგ/კგ ი.ვ.;
- დ) 3-4 მგ/კგ ი.ვ.;
- ე) 4,5-5 მგ/კგ ი.ვ.

1487. ბავშვებში ინლექციის მიზნით კეტამინი კუნთებში კეთდება დოზით:

- ა) 2 მგ/კგ;
- ბ) 4-5 მგ/კგ;
- *გ) 8-10 მგ/კგ;
- დ) 10-12 მგ/კგ;
- ე) 12-14 მგ/კგ.

1488. ბავშვებში კეტამინის კუნთებში გაკეთების შემდეგ ანესთეზიის ხანგრძლივობა შეადგენს:

- ა) 5-10 წთ;
- *ბ) 20-25 წთ;
- გ) 40 წთ;
- დ) 60 წთ;
- ე) 1-2 სთ.

1489. ბავშვებში კეტამინით ანესთეზიის ყველაზე დამახასიათებელი გართულებებია: 1 ჰიპერგონუსი; 2 ჰიპერსალივაცია; 3 ფსიქომოტორული აგზნება; 4 ჰალუცინაციები.

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

1490. ბავშვებში ფენტანილის დიდ დოზას შეუძლია გამოიწვიოს ყველაფერი, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპოტონია;
- ბ) ბრადიკარდია;
- გ) სუნთქვის დათრგუნვა;
- *დ) ხველის რეფლექსის გაძლიერება.
- ე) გულმკერდის კუნთების რიგიულულობის მომაგება.

1491. ბავშვებში ინტრავენურად ღროპერილოლის მოქმედების კლინიკური გამოხატვა იწყება შეყვანიდან:

- ა) 1 წთ-ში;
- *ბ) 2-3 წთ-ში;
- გ) 15 წთ-ში;
- დ) 5-7 წთ-ში;
- ე) 10 წთ-ში.

1492. ბავშვებში ღროპერილოლის მოქმედების მაქსიმალური ეფექტი ვლინდება:

- ა) 1-3 წთ-ში;
- ბ) 5 წთ-ში;
- გ) 6-10 წთ-ში;
- *დ) 10-15 წთ-ში;
- ე) 40 წთ-ში.

1493. პელიტრიულ პრაქტიკაში ოპერაციისწინა შიმშილი ითვალისწინებს:

- ა) მყარი საკვების მიღების შეწყვეტას 6 სთ-ით აღრე;
- ბ) ტუბუზე მყოფი ბავშვების კვების შეწყვეტას 3 სთ-ით აღრე;
- გ) თხიერი საკვების მიღების შეწყვეტას 3 სთ-ით აღრე;
- დ) სწორია ა,გ.
- *ე) სწორია ყველა.

1494. ბავშვებში ოპიოიდების პრემელიკაციაში გამოყენება იწვევს: 1 ვაგუსის სტიმულაციას; 2 ღებინებას და გულსრევას; 3 ანალგეზიურ ეფექტს; 4 მიოკარდიუმის სტიმულაციას.

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

1495. ბავშვებში პრემელიკაციაში ქოლინოლოკატორების გამოყენების მიზანია ყველა, გარდა: 1 პათოლოგიური ვაგუსური რეფლექსის თავიდან აცილება; 2 ანტიჰისტამინური მოქმედება; 3 მადეპოლარიზებული რელაქსანტების ბრალი კარდიული ეფექტის თავიდან აცილება; 4 გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის გაუმჯობესება.

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

1496. ბავშვებში პრემელიკაცია აგროპინით და პეტიდინით იწვევს:

- *ა) სელაციურ ეფექტს და ოფლიანობის შემცირებას;
- ბ) სუსტ სელაციურ ეფექტს და ზომიერ ოფლიანობას;
- გ) სისხლში ადრენალინის და ნორადრენალინის მომაგებას;
- დ) ანალგეზიურ ეფექტს;
- ე) სისხლის მიმოქცევის წუთმოცულობის შემცირებას.

1497. ბავშვებში პრემელიკაცია კეტამინით და აგროპინით იწვევს: 1 სელაციურ ეფექტს; 2 სისხლში ადრენალინის და ნორადრენალინის მომაგებას; 3. გულის ღარტყმითი მოცულობის მაგებას; 4. ჰიპერჰიდროზს.

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

1498. ბავშვებში პრემელიკაცია კეტამინი+ აგროპინი+ დიაზეპამი იწვევს: 1 გამოხატულ სელაციურ ეფექტს; 2 ჰიპერჰიდროზს; 3 სტაბილური ჰემოდინამიკის შენარჩუნებას; 4 სისხლში კატექოლამინების გამოყოფის შემცირებას.

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

1499. პელიტრიულ პრაქტიკაში მონიტორინგი მოიცავს: 1 ავადმყოფის მეთვალყურეობას; 2 პრეკარდიული და ემოფაგალური სტეგოსკოპის გამოყენებას; 3 მინაგანი ტემპერატურის რეგისტრაციას; 4 არტერიული წნევის განსაზღვრას.

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

1500. ახალშობილებში გემპერაგურული მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს: 1 მაშტაბური ოპერაციების დროს; 2 ხანგრძლივი ოპერაციების დროს; 3 ინტენსიური თერაპიის ბლოკში; 4 ხანმოკლე და არამაშტაბური ოპერაციების დროს.

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

1501. პედიატრიულ პრაქტიკაში ინლექცია შეიძლება განხორციელდეს პრეპარატების შეყვანით: 1 ინჰალაციური გზით; 2 ინტრავენური გზით; 3 კუნთებში; 4 რექტალურად.

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

1502. ბავშვებში მენდელსონის სინდრომის პროფილაქტიკისათვის შეიძლება გამოიყენოთ შემდეგი პრეპარატები: 1. ციმეტიდინი; 2. გასტროცეპინი; 3. აგროპინი; 4. სუპრასტინი.

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

1503. ბავშვებში ინლექციისას 20%-იანი ნაგრიუმის ოქსიბუტირატის დოზაა:

- *ა) 65-75 მგ/კგ;
- ბ) 50 მგ/კგ;
- გ) 150 მგ/კგ;
- დ) 200 მგ/კგ;
- ე) 40 მგ/კგ.

1504. პედიატრიულ პრაქტიკაში ინტუბაციის სირთულეს განაპირობებს: 1 დიდი თავი; 2 დიდი ენა; 3 მოკლე კისერი; 4 დიდი ხორხსარქველი.

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

1505. მომრდილებთან შედარებით, ბავშვებში ც.ნ.ს.-ში ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების კონცენტრაციის სწრაფი ზრდა განპირობებულია:

- ა) მაღალი ალვეოლური ვენტილაციით;
- ბ) შემცირებული ფილტვების ფუნქციური ნარჩენი მოცულობით;
- გ) ორგანოების ჭარბი ვასკულარიზაციით;
- დ) სწორია ა,გ;
- *ე) სწორია ყველა.

1506. მიუთითეთ, როდის არის სახიფათო აზოტის ქვეყანგის ინჰალაცია ახალშობილებში:

- ა) პნევმოთორაქსის დროს;
- ბ) თანდაყოლილი წილოვანი ემფიემის დროს;
- გ) თანდაყოლილი დიაფრაგმული თიაქრისას;
- დ) სწორია ა,ბ.
- *ე) სწორია ყველა.

1507. პედიატრიულ პრაქტიკაში მითოპრეგის შენარჩუნებისათვის არამადეკოლარიზებული მითრელაქსანგების დოზა შეადგენს საწყისი დოზის:

- ა) 1/2-ს;
- ბ) 1/4-ს;
- გ) 1/7-ს;
- *დ) 1/10-ს;
- ე) 1/15-ს.

1508. ეირის სასუნთქი კონტური წარმოადგენს:

- *ა) არარევერსიულ კონტურს;
- ბ) რევერსიულ კონტურს;
- გ) ქანქარისებურ კონტურს;
- დ) დახურულ კონტურს;
- ე) არც ერთ ჩამოთვლილს.

1509. ეირის უსარქველო სასუნთქ კონტურს აქვს:

- *ა) T -ს მაგვარი ფორმა;
- ბ) Y -ს მაგვარი ფორმა;
- გ) V -ს მაგვარი ფორმა;
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილი;
- ე) სასუნთქი კონტურის ფორმა დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე.

1510. პედაგოგიკურ პროექტში უსარქველო სასუნთქი კონტურის ნაკლოვანებებს მიეკუთვნება: 1 აირის ნარევის ნაკლები გათბობა და დაგენიანება; 2 ალსორბენტის გამოყენების აუცილებლობა; 3 ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების დიდი ხარჯი; 4 სანარკოზე სისტემის სტერილიზაციის სირთულე.

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

1511. T-ს მაგვარი კონექტორის გამოყენებისას ახალი გაზთა ნარევის ნაკადი უნდა აღემატებოდეს სუნთქვის წუთმოცულობას:

- ა) 0,5-ჯერ;
- ბ) 1,5-ჯერ;
- *გ) 2,5-ჯერ;
- დ) 3-ჯერ;
- ე) 5-ჯერ;

1512. ქანქარისებური კონტურის მიმართ მართებულია: 1 წარმოადგენს ნახევრადრევერსიულ კონტურს; 2 გამოიყენება ალსორბერთან ერთად; 3 ამცირებს მკვდარ სივრცეს; 4 ხდება აირთა ნარევის არასრული რეციკულაცია.

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

1513. ფილტვების ვენტილაციის რეჟიმი - მუდმივი დადებითი წნევა სასუნთქ გზებში - ბავშვებში გამოიყენება: 1 ფილტვების შეშუპების დროს; 2 ახალშობილთა რესპირატორული დისტრესის სინდრომის დროს; 3 რესპირატორული მხარდაჭერის შეწყვეტის ბოლო ეტაპებზე; 4 სპონტანური სუნთქვის არარსებობის დროს.

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

1514. ფილტვების ვენტილაციის რეჟიმის - მუდმივი დადებითი წნევა სასუნთქ გზებში - გართულებებია: 1 ბაროტრავმა; 2 ფილტვების ემფიზემა; 3 პემოდინამიკის დესტაბილიზაცია ვოლემის დეფიციტის პირობებში; 4 სპონტანური სუნთქვის დათრგუნვა.

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

1515. ბავშვთა რეანიმაციასა და ინტენსიურ თერაპიაში გამოიყენება ფ.ხ.ვ.-ს შემდეგი რეჟიმები: 1 იძულებითი ფ.ხ.ვ. პასიური ამოსუნთქვით; 2 იძულებითი ფ.ხ.ვ. ამოსუნთქვის ბოლოს დადებითი წნევით; 3 ფილტვების იძულებითი გარდამავალი ვენტილაცია; 4 იძულებითი ფ.ხ.ვ. აქტიური ამოსუნთქვით.

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

1516. ახალშობილებში ფ.ხ.ვ.-ს დროს უფრო მეტად მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები:

- ა) პნევმოთორაქსი;
- ბ) პნევმომელიასტინუმი;
- გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დეპრესია;
- *დ) სწორია ა და ბ;
- ე) სწორია ყველა.

1517. ახალშობილებსა და ბავშვებში ფ.ხ.ვ.-ს დროს მოსალოდნელია შემდეგი პათოფიზიოლოგიური გართულებები: 1 ფილტვების ჰემვალბის დაქვეითება; 2 აეროლინამიური წინააღმდეგობის გაზრდა; 3 მიკროატელექტაზების განვითარება; 4 სასუნთქი გზების დრენაჟული ფუნქციის დარღვევა.

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

1518. მიუთითეთ აირის ნაკადის მოცულობითი სიჩქარის რომელი მაჩვენებელია კატეგორიულად მიუღებელი პელიაგრიულ პრაქტიკაში:

- ა) 8 ლ/წთ-ში;
- *ბ) 30 ლ/წთ-ში;
- გ) 5-8 ლ/წთ-ში;
- დ) 8-12 ლ/წთ-ში;
- ე) 2-5 ლ/წთ-ში.

1519. პელიაგრიულ პრაქტიკაში ენდოგრაქული მიღების გამოყენების მიმართ მართებულია შემდეგი:

- ა) გამოიყენება არმირებული მილები;
- ბ) გამოიყენება უმუფო მილები;
- გ) გამოიყენება 4-7 მმ დიამეტრის მილები;
- დ) არც ერთი არ არის სწორი;
- *ე) ყველა სწორია.

1520. ფ.ხ.ვ.-ს რომელი რეჟიმი მისაღები ახალშობილთა რესპირატორული დისტრეს სინდრომის ფილტვების შეშუპების სტადიაში: 1 იძულებითი ფ.ხ.ვ. დაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 2 იძულებითი ფ.ხ.ვ. აქტიური ამოსუნთქვით; 3 ფ.ხ.ვ. დაღებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში; 4 იძულებითი ფ.ხ.ვ. ჩასუნთქვაზე წნევის გაზრდით.

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

1521. ბავშვებში მწვავე მარცხენაპარაკუჭოვანი უკმარისობის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 ხშირია მწვავე მიოკარდიტით დაავადებულებში; 2 ხშირია რეგმატიული მანკების დროს; 3 ხშირია მწვავე ნეფრიტის დროს; 4 ფილტვების შეშუპება ვითარდება უფრო ადვილად, ვიდრე მობრდილებში.

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

1522. მარჯვენა პარაკუჭის მწვავე უკმარისობა ბავშვებში ვითარდება: 1 ვოლემიური გადატვირთვის შედეგად; 2 ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის შედეგად; 3 სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს; 4 ლეჰიდრაგაციის შემდეგ.

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

1523. ფილტვების შეშუპების სამკურნალოდ ბავშვებში გამოიყენება: 1 ფუროსემიდი; 2 სკროფანგინი; 3 ჟანგბადის ინჰალაცია სველი წესით; 4 დობუტამინი.

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

1524. ბავშვებში ზოგადი ანესთეზიის დროს დაუყოვნებელი გიპის ალერგიული რეაქციის განვითარებისას ინგენსიური თერაპია მოიცავს: 1 კორტიკოსტეროიდებს; 2) H1 ბლოკატორებს; 3 ადრენალინს; 4 ინფუზიური თერაპიის შემცირებას.

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

1525. ასთმური სტაგუსის ინგენსიური თერაპია ბავშვებში მოიცავს: 1 ჩვენების შემთხვევაში ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას; 2 კორტიკოსტეროიდებს; 3 ჟანგბადის ინჰალაციას სველი წესით; 4 ბრონქოდილატატორების გამოყენებას.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1526. ეპილეფსიური სტატუსის ინგენსიური თერაპია ბავშვებში მოიცავს ყველაფერს, გარდა: 1 სასუნთქი გზების გამაფლობის უმრუნველეყოფა; 2 პლამმის კოლოიდურ-ოსმოსური წნევის ნორმალიზაცია; 3 ანგიკონეულსიური პრეპარატების გამოყენება; 4 კორტიკოსტეროიდების გამოყენება.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

*გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1527. ჰიპერთერმიული სინდრომის მიზეზი ბავშვებში შეიძლება იყოს:

ა) ჰემოლიზი;

ბ) ხანგრძლივი მეწოლის სინდრომი;

გ) თურქული კეხის სიმსივნე.

დ) სწორია ა,ბ;

*ე) სწორია ყველა.

1528. ახალშობილებში ფიზიოლოგიური მკვლარი სივრცე შეადგენს სუნთქვის მოცულობის:

*ა) 30%-ს;

ბ) 15%-ს;

გ) 50%-ს;

დ) 60%-ს;

ე) 20%-ს.

1529. ახალშობილებში აპარატის მიერ მკვლარი სივრცის არაპროპორციული გაზრდა დაკავშირებულია:

ა) მოზრდილებთან შედარებით ფიზიოლოგიური მკვლარი სივრცის უფრო დიდ მოცულობასთან;

ბ) მოზრდილებთან შედარებით ფიზიოლოგიური მკვლარი სივრცის უფრო მცირე მოცულობასთან;

*გ) მცირე სუნთქვის მოცულობასთან;

დ) სასუნთქი გზების მაღალ რემისტენცობასთან;

ე) ფილტვების დაბალ ელასტიურობასთან.

1530. ახალშობილებში საყლაპავ-გრაქების ფისგულის გამო წარმოებული ოერაციისა და ზოგადი ანესთეზიის მიმართ მართებულია: 1 გრაქების ინტუბაცია ხორციელდება ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებით ინლექციის შემდეგ; 2 ენდოგრაქული მილი თავსდება ფისგულის დისტალურად; 3 ფ.ხ.ვ.-ს აწარმოებენ ჩასუნთქვაზე წნევის მაქსიმალური შემზღვევის პირობებში; 4 პოსტოპერაციულ პერიოდში რეკომენდირებულია გახანგრძლივებული ფ.ხ.ვ.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1531. ახალშობილებში ოპერაციისა და ზოგადი ანესთეზიის დროს ჰიპოთერმიის განვითარებას იწვევს: 1 საანესთეზიო საშუალებების თერმორეგულაციის ცენტრზე მოქმედება; 2 მიორელაქსანტების მოქმედება; 3 ფ.ხ.ვ.; 4 სხეულის მასასთან შედარებით მეტი სხეულის ზედაპირის ფართობის არსებობა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1532. ახალშობილებში ოპერაციისა და ზოგადი ანესთეზიის დროს ჰიპოთერმია იწვევს: 1 გარეგანი სუნთქვის დათრგუნვას; 2 გულის წუთმოცულობის შემცირებას; 3 პრეპარატების მოქმედების გახანგრძლივებას; 4 ჰიპერვენტილაციას პოსტოპერაციულ პერიოდში.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1533. ბავშვებში ჰიპოქსიით გამოწვეული გვინის დაზიანების პროფილაქტიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ ღონისძიებას, გარდა:

ა) კრანოციერებრალური ჰიპოთერმია;

ბ) ლეჰიდრატაცია ოსმოლიურეგეკებით;

გ) გლუკოკორტიკოიდების დანიშვნა;

*დ) ინფუზიურ-გრანსფუზიული თერაპიის გაზრდა;

ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1534. გვინის შეშუპების ინგენსიური თერაპია ბავშვებში მოიცავს: 1 ლექტროპროლექციის შემამცირებელი პრეპარატები; 2 ლეჰიდრატაციულ თერაპიას; 3 პლამმის კოლოიდურ-ოსმოსური წნევის ნორმალიზაციას; 4 5%-გლუკოზის გადასხმას.

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

1535. გულ-ფილგვის რეანიმაციის დროს ახალშობილებში მართებულია: 1 გულის დახურული მასაჟი ხორციელდება ორი თითით; 2 გულის დახურული მასაჟი ხორციელდება 120 ზეწოლის სიხშირით; 3 სამ ზეწოლაზე მოდის ერთი ჩასუნთქვა; 4 ლეფობრილაციისას საწყისი მუხტის ენერჯიაა 2 ჯ/კგ.

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

ზოგადი ინტენსიური თერაპიის პრინციპები. გართულებები ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში

1536. არასტაციონარულ პირობებში გულის გაჩერების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) პარკუჭების ფიბრილაცია;
- ბ) ელექტრომექანიკური დისოციაცია;
- გ) ასისტოლია;
- დ) პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია;
- ე) სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

1537. სტაციონარულ პირობებში გულის გაჩერების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) პარკუჭების ფიბრილაცია;
- ბ) ელექტრომექანიკური დისოციაცია;
- გ) ასისტოლია;
- *დ) პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია;
- ე) სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

1538. ძირითად რეანიმაციულ ღონისძიებებს მიეკუთვნება: 1 სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა; 2 ფილგვების ხელოვნური ვენტილაცია; 3 გულის არაპირდაპირი მასაჟი; 4 გარეგანი ელექტროკარდიოსტიმულაცია.

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

1539. გულ-ფილგვის რეანიმაციის ჩვენებად ითვლება: 1 სუნთქვის გაჩერება; 2 ცნობიერების არ არსებობა; 3 გულისცემის არ არსებობა; 4 აკროციანოზი.

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

1540. სასუნთქი გზების გამგარებლობის აღდგენის მარტივი მეთოდებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თავის უკან გადაწევა;
- ბ) პირის გაღება და ქვედა ყბის წამოწევა;
- გ) სასუნთქი გზების სანაცია პოსტურალური დრენაჟით და გულმკერდის შერყევა;
- დ) ენის გამოწევა;
- *ე) ავადმყოფისათვის გრენდელენბურგის მღებარეობის მიცემა.

1541. სტაციონარის პირობებში სუნთქვის დეპრესიის დროს, მისი აღდგენის ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: 1 ფ.ხ.ვ. სასუნთქი პარკის საშუალებით; 2 სილვესტერის მეთოდით სუნთქვა; 3 გრაქის ინტუბაცია და ფ.ხ.ვ; 4 ბრონქოსკოპია.

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

1542. კლინიკური სიკვდილის ნიშნებია: 1 სუნთქვის გაჩერება; 2 გუგების გაფართოება; 3 მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე პულსის არ არსებობა; 4 გუგის რეფლექსის არ არსებობა;

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1543. გულის დახურული მასაჟის წარმოების შემდეგი წესებიდან რომელია მუღი: 1 დაზარალებული დაწვენა მაგარ ზედაპირზე; 2 ზეწოლის წერტილები განლაგებული უნდა იყოს გულმკერდის ქვედა მესამედში; 3 თანაფარდობა ჩასუნთქვის სიხშირესა და გულმკერდის კომპრესიას შორის უნდა იყოს 1:5 ან 2:15; 4 საჭიროა მასაჟის ეფექტურობის კონტროლი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1544. გულ-ფილტვის რეანიმაციის ეფექტურობის ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან რომელია მართებული: 1 სახის ფერის გავარდისფერება; 2 საძილე არტერიაზე პულსის გამოჩენა; 3 გუგების შევიწროვება; 4 გუგის რეფლექსის გამოჩენა.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1545. პარკუჭების ფიბრილაციის დროს პირველ რიგში უნდა გაკეთდეს:

ა) ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია;

ბ) ტრაქეის ინტუბაცია;

*გ) პრეკორდიული დარტყმა;

დ) ლეფიბრილაცია;

ე) გულის არაპირდაპირი მასაჟი.

1546. მიუთითეთ რა თანმიმდევრობით უნდა ჩატარდეს ელექტრული განმუხტვა ლეფიბრილაციის პირველი საში ცდის დროს:

*ა) 200ჯოული-320ჯოული-360ჯოული;

ბ) 50ჯოული-100ჯოული-300ჯოული;

გ) 100ჯოული-150ჯოული-360ჯოული;

დ) 300ჯოული-360ჯოული-360ჯოული;

ე) 150ჯოული-320ჯოული-320ჯოული.

1547. სისხლისმიმოქცევის გაჩერების შემთხვევაში ნატრიუმის ბიკარბონატის შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს: 1 ოქსიჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდის მარცხნივ გადახრა; 2 კატექოლამინების ინაქტივაცია; 3 ალკალოზის განვითარება; 4 ლეფიბრილაციის ეფექტურობის შემცირება.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1548. სისხლისმიმოქცევის და სუნთქვის გაჩერების აღრეულ ეტაპებზე აცილოზის კორექცია მიზანშეწონილია:

ა) ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 4%-იანი ხსნარით;

ბ) რინგერ-ლაქტატის ხსნარით;

გ) ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 1,4%-იანი ხსნარით;

დ) ტრისამინით;

*ე) არც ერთით.

1549. როდესაც გულ-ფილტვის რეანიმაციას ატარებს ერთი რეანიმატოლოგი, „პირით-პირში“ სუნთქვისა და გულის არაპირდაპირი მასაჟის შეფარდება უნდა იყოს:

*ა) 2/15;

ბ) 1/5;

გ) 2/10;

დ) 1/7;

ე) 2/8.

1550. როდესაც გულ-ფილტვის რეანიმაციას ატარებს ორი რეანიმატოლოგი „პირით-პირში“ სუნთქვისა და გულის არაპირდაპირი მასაჟის შეფარდება უნდა იყოს:

ა) 2/15;

*ბ) 1/5;

გ) 2/10;

დ) 1/7;

ე) 2/8.

1551. სისხლისმიმოქცევისა და სუნთქვის გაჩერების დროს ჩატარებული „პირით-პირში“ სუნთქვისას:

ა) ჩასუნთქვის ხანგრძლივობა ნაკლებია ამოსუნთქვის ხანგრძლივობაზე;

*ბ) ჩასუნთქვის ხანგრძლივობა მეტია ამოსუნთქვის ხანგრძლივობაზე;

- გ) ჩასუნთთვის ხანგრძლივობა გოლია ამოსუნთქვის ხანგრძლივობის;
- დ) სუნთქვის სიხშირე წუთში უდრის 20-ს;
- ე) სუნთქვის სიხშირე წუთში უდრის 8-ს.

1552. რეფრაქტორული პარკუჭთა ფიბრილაციის დროს ლილოკაინის ნაკალური ინტრავენური ინექციის დოზაა:

- ა) 3 მგ/კგ;
- ბ) 4 მგ/კგ;
- გ) 1 მგ/კგ;
- *დ) 1,5 მგ/კგ;
- ე) 5 მგ/კგ.

1553. ამერიკის კარდიოლოგიური ასოციაციის (AKA) რეკომენდაციებით, პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას, როდესაც არის პულსი და ჰემოდინამიკა არასტაბილურია, არჩევის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) დეფიბრილაცია 200 ჯოულით;
- *ბ) გაღაულებელი სინქრონული კარდიოვერსია;
- გ) პრეკორდიალური დარტყმა;
- დ) ლილოკაინის ინტრავენური შეყვანა;
- ე) ბრეგელიუმის ინტრავენური შეყვანა.

1554. ამერიკის კარდიოლოგიური ასოციაციის (AKA) რეკომენდაციებით, პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას, როდესაც არ არის პულსი და ჰემოდინამიკა არასტაბილურია, არჩევის მეთოდს წარმოადგენს:

- *ა) დეფიბრილაცია 200 ჯოულით;
- ბ) გაღაულებელი სინქრონული კარდიოვერსია;
- გ) პრეკორდიალური დარტყმა;
- დ) ლილოკაინის ინტრავენური შეყვანა;
- ე) ბრეგელიუმის ინტრავენური შეყვანა.

1555. ამერიკის კარდიოლოგიური ასოციაციის (AKA) რეკომენდაციებით, პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას, როდესაც არგერიული წნევა სტაბილურია, არჩევის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) დეფიბრილაცია 200 ჯოულით;
- ბ) გაღაულებელი სინქრონული კარდიოვერსია;
- გ) პრეკორდიალური დარტყმა;
- *დ) ლილოკაინის ინტრავენური შეყვანა;
- ე) ბრეგელიუმის ინტრავენური შეყვანა.

1556. რომელი სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიისას არის სინქრონული კარდიოვერსია ყველაზე ეფექტური:

- ა) მოციმციმე არითმია;
- *ბ) წინაგულთა თრთოლვა;
- გ) სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია;
- დ) სინუსური ტაქიკარდია;
- ე) პოლიგოპური წინაგულოვანი ტაქიკარდია.

1557. ე.კ.გ.-ზე ფართო QRS-კომპლექსებიანი გაურკვეველი ეტიოლოგიის ტაქიკარდიისას მიზანშეწონილია შემდეგი პრეპარატის გამოყენება:

- ა) ვერაპამილი;
- ბ) დიგოქსინი;
- *გ) ალენომინი;
- დ) ლილოკაინი;
- ე) დილთიაზემი.

1558. აღრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში აღმოცენებული მოციმციმე არითმიის მკურნალობისათვის ეფექტურია შემდეგი პრეპარატები:

- 1 დიგოქსინი; 2 ობზიდანი; 3 კორგლიკონი; 4 ვერაპამილი.
- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1559. ამერიკის კარდიოლოგიური ასოციაციის (AKA) რეკომენდაციებით, სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიისას, როდესაც ჰემოდინამიკა არასტაბილურია, არჩევის მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) პროკაინამილი 500მგ;
- *ბ) სინქრონული კარდიოვერსია;
- გ) ვერაპამილი 5მგ ინტრავენურად;
- დ) ლილოკაინის 100მგ-ის ინტრავენური შეყვანა;
- ე) ბრეგელიუმი 500მგ.

1560. ზოგადი ანესთეზიის დროს პარკუჭოვანი არითმიების ეტიოპათოგენური მიზეზებია: 1 პარკუჭების ნააღრევი შეკუმშვა; 2 მიოკარდის ავტომატიზმის მოშლა; 3 reentry-ის მექანიზმი; 4 მედიკამენტების გოქსიური გემოქმედება.

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

1561. მოგადი ანესთეზიის დროს სუპრავენტრიკულური არითმიების აღმოცენების მიზეზებია: 1 WPW სინდრომი; 2 ჰიპოქსემია და ჰიპერკაპნია; 3 ელექტროლიტური დარღვევები და ჰიპერმეტაბოლური მდგომარეობები; 4 მიოკარდიტი და პერიკარდიტი.

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

1562. ჰემოდინამიკის დარღვევით მიმდინარე ბრადიარითმიების დროს აგროპინის მაქსიმალური საერთო დოზაა:

- ა) 0,1 მგ/კგ;
- ბ) 0,2 მგ/კგ;
- *გ) 0,04 მგ/კგ;
- დ) 0,01 მგ/კგ;
- ე) 0,02 მგ/კგ.

1563. ბრადიარითმიების დროს აგროპინის გამოყენებისას მართებულია შემდეგი:

- ა) გამოყენება აბსოლუტურად ნაჩვენებია;
- *ბ) გამოყენება არ არის უსაფრთხო;
- გ) განიხილება, როგორც მკურნალობის ძირითადი საშუალება;
- დ) მისი მაქსიმალური საერთო დოზაა 0,01 მგ/კგ;
- ე) სწორია ყველა.

1564. მიუთითეთ როდის არის ნაჩვენები ლეფობრილაცია: 1 არასტაბილური ჰემოდინამიკით მიმდინარე პარკუტოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია; 2 ასისტოლია; 3 პარკუტოზი ფიბრილაცია; 4 წინაგულთა თრთოლვა.

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

1565. არასტაბილური ჰემოდინამიკით მიმდინარე ბრადიარითმიების დროს დოფამინი გამოიყენება შემდეგი დოზით:

- ა) 20 მკგ/კგ;
- ბ) 10-20 მკგ/კგ;
- *გ) 5-10 მკგ/კგ;
- დ) 0,5-2 მკგ/კგ;
- ე) 25 მკგ/კგ.

1566. ჰეიმლიხის ილეთი მოწოდებულია:

- ა) რთული ინტუბაციის დროს;
- ბ) რეგურგიტაციისა და ასპირაციის პროფილაქტიკის მიზნით;
- *გ) სასუნთქი გზების ობსტრუქციის დროს;
- დ) როგორც ვაგუსური სინჯი;
- ე) ლავიწქვეშა ვენის პუნქციის გასაადვილებლად.

1567. გულის მწვავე უკმარისობის პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებს წარმოადგენს: 1 „მცირე გადმოსროლის“ სინდრომი; 2 „რეპერფუზიული“ სინდრომი; 3 იშემიური მდგომარეობა; 4 თირკმლის მწვავე უკმარისობა.

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

1568. მარცხენა პარკუტის დისფუნქციის ყველაზე ადრეულ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) დარტყმითი მოცულობის შემცირება;
- ბ) ტაქიკარდია;
- *გ) ფილტვის კაპილარებში დაჭირხენის წნევის გაზრდა;
- დ) ცენტრალური ვენური წნევის გაზრდა;
- ე) გულის წუთმოცულობის შემცირება.

1569. მიუთითეთ მარცხენა პარკუტის უკმარისობის ნიშნები:

- ა) ცენტრალური ვენური წნევა > 10 სმ. წყ. სვ. და აღემატება ფილტვის კაპილარებში დაჭირხენის წნევას;
- ბ) ცენტრალური ვენური წნევა > 10 სმ. წყ. სვ და ნაკლებია ფილტვის კაპილარებში დაჭირხენის წნევაზე;

- * გ) ფილგვის კაპილარებში დაჭირხვნის წნევა > 12 მმ. ვწყ. სვ. და აღემატება ცენტრალური ვენურ წნევას;
- დ) ფილგვის კაპილარებში დაჭირხვნის წნევა > 12 მმ. ვწყ. სვ. და ნაკლებია ცენტრალური ვენურ წნევაზე;
- ე) არც ერთი ლეზულება არ არის სწორი.

1570. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური უკმარისობის მიზეზია: 1 ფ.ხ.ვ. დაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 2 აგრიოვენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია; 3 მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია; 4 სინუსური ბრადიკარდია.

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

1571. მიუთითეთ მორფინის რომელი ეფექტების გამო გამოიყენება იგი მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მკურნალობაში: 1 პერიფერიული; 2 ადრენობლოკატორული; 3 თაბატომიმეტიკური; 4 ქოლინომიმეტიკური.

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

1572. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მიზეზებია: 1 პარკუჭოვანი არითმია; 2 ფილგვის არტერიის თრომბოემბოლია; 3 მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; 4 ჰიპერტონული ხსნარების გადასხმა.

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

1573. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მიზეზებია: 1 გულის გამპონადა; 2 სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა; 3 მიტრალური პროლაფსი; 4 პროპანდილის გამოყენება.

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

1574. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობას ახასიათებს: 1 ტაქიკარდია; 2 ცენტრალური ვენური წნევის მომატება; 3 ფილგვებში მრავლობითი სველი ხიხინი; 4 ექსპირატორული ქოშინი.

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

1575. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მკურნალობა მოიცავს: 1 ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდი 0.5-2 მკგ/კგ წთ-ში; 2 ფუროსემიდი 40-60 მგ; 3 ლობუტამინი 5-10 მკგ/კგ წთ-ში; 4 ერთოროციტული მასის გადასხმას.

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

1576. ჩამოთვლილი საანესთეზიო საშუალებებიდან რომელმა შეიძლება გამოიწვიოს მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა: 1 ამოგის ქვექანგი; 2 ლიპრიფანი; 3 იზოფლურანი; 4 ნაგრიუმის თიოპენტალი.

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

1577. ჩამოთვლილი საანესთეზიო საშუალებებიდან არჩევის პრეპარატს მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის დროს წარმოადგენს: 1 ამოგის ქვექანგი; 2 ჰალოგანი; 3 ენფლურანი; 4 იზოფლურანი.

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

1578. გულის მწვავე უკმარისობის კომპენსატორული მექანიზმებია ყველა, გარდა: 1 სიმპატიკური ტონუსის მომატება; 2 რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის გააქტიურება; 3 ტაქიკარდია; 4 ანტიდიურეტიული ჰორმონის გამოყოფის შემცირება.

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

1579. გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება დაკავშირებული იყოს: 1 ინფუზიურ-ტრანსფუზიულ თერაპიასთან; 2 ნაზოტრაქეულ ინტუბაციასთან; 3 ენფლურანის გამოყენებასთან; 4 საათობრივ დიურეზთან 60 მლ/სთ-ში.

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

1580. კარდიოგრამის როგორი ცვლილებებია მარჯვენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის დროს: 1 ელექტრული დერძის მარჯვნივ გადახრა; 2 მაღალი R კბილი V5-V6 განხრებში; 3 ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა; 4 დაბალი, ორფაზიანი P კბილი I და II განხრებში.

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

1581. დასაწყის ეტაპზე მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობისათვის, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობისაგან განსხვავებით, დამახასიათებელია: 1 შეგუება სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში; 2 ტაქიკარდია; 3 ქოშინი; 4 მომატებული ცენტრალური ვენური წნევა.

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

1582. ზოგადი გეგმიური ანესთეზიის უკუჩვენებებია: 1) 3 თვის წინ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი; 2 დაძაბვის სტენოკარდიის II ფუნქციური კლასი; 3 პრეოპერაციულ პერიოდში პირველად აღმოცენებული დაძაბვის სტენოკარდია; 4 მოციმციმე არითმია.

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

1583. ითვლება პრეინფარქტულ მდგომარეობად ინტრაორგული ბალონური კონტრპულსაციის ჩვენებებია ყველა, გარდა: 1 კარდიოგენული შოკით გართულებული მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; 2 მიტრალური სარქველის მწვავე უკმარისობა; 3 ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის შემდგომი პერიოდი; 4 აორტული სარქველის ნაკლოვანება.

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

1584. ლოფამინის გამოყენება ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) კარდიოგენული შოკი;
- ბ) თირკმლის მწვავე უკმარისობა;
- გ) სეპტიური შოკი;
- *დ) ჰიპოფოლემიური შოკი;
- ე) სწორია ბ და გ.

1585. ლოფამინი ლობუტამინისაგან განსხვავდება: 1 მაღალი დოზებით იწვევს ფილტვის კაპილარებში ჰიპროსტატიკური წნევის მომატებას; 2 მაღალი დოზებით გამოყენებისას ვითარდება ვამოკონსტრიქცია; 3 უფრო ხშირად იწვევს პარკუჭოვან არითმიებს; 4 ხასიათდება დაღებიით ინტროპული ეფექტით.

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

1586. ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის მიზეზებია: 1 ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია; 2 ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია; 3 არასწორი ინფუზიურ-ტრანსფუზიური თერაპია; 4 ექსპირატორული ობსტრუქცია.

- ა) 1,2,3

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

1587. მიუთითეთ მდგომარეობები, როლესაც გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის პათოგენეზში წამყვანია სისხლძარღვოვანი კომპონენტი: 1 პერიულტრალური და სპინალური ანესთეზია; 2 ანაფილაქსიური რეაქცია; 3 მართვითი შიპოტონია; 4 ჰალოგანით ინჰალაციური ანესთეზია.

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

1588. ტუბოკურარინმა შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. ამის მიზეზია: 1 ვეგეტატიური ბლოკადა; 2 პირდაპირი ვაგუსური ზემოქმედება; 3 ჰისტამინურგული ეფექტი; 4 ჰიპერკალიემია.

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

1589. ყველა ჩამოთვლილმა შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. მიუთითეთ საანესთეზიო საშუალება, რომლის მოქმედების მექანიზმშიც წამყვანია სისხლძარღვოვანი კომპონენტი:

- ა) ჰალოგანი;
- ბ) ენფლურანი;
- გ) მეტოქსიფლურანი;
- *დ) დროპერიდოლი;
- ე) აზოტის ქვეყანგი.

1590. ჩამოთვლილთაგან რომელი მიუთითებს ტვინის სიკვდილზე: 1 რქოვანას რეფლექსის არარსებობა; 2 დაღებითი აპნოეს ტესტი; 3 დაღებითი ოკულოცეფალური ტესტი; 4 სისხლის მიმოქცევის გაჩერება.

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

1591. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმებია: 1 თავის ტვინის სტრუქტურული დაზიანება; 2 არეაქტიულობა - ძლიერ მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მამოძრავებელი რეაქციების არარსებობა; 3 აპნოე; 4 'თოჯინის თვალის' უარყოფითი სინჯი.

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

1592. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმებია: 1 შურგის ტვინის რეფლექსების შენარჩუნება; 2 კუნთების მომაგებელი ტონუსი; 3 სიცივის სინჯზე თვალის მოძრაობის არარსებობა; 4 ძლიერი მტკივნეული გაღიზიანებისას ელექტროენცეფალოგრამაზე აგვიობის გამოვლენა.

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

1593. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების განსაზღვრისას უნდა გამოირიცხოს: 1 ჰიპერვენტილაცია; 2 პრეპარატების პოსტმედიკაციური ეფექტი; 3 ჰიპოთერმია; 4 ეგზო- და ენდოგენური ინტოქსიკაცია.

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

1594. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების განსაზღვრისას აუცილებელია: 1 სხეულის ტემპერატურა უნდა იყოს $>32^{\circ}\text{C}$; 2 კლინიკური და პარაკლინიკური პარამეტრების ღინაშიკაში დაკვირვება; 3 $\text{PaCO}_2 = 60 \text{ mm Hg}$ - არ არის სპონტანური სუნთქვა; 4 კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და ანგიოგრაფიის ჩატარება.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

ე) 1,2,3,4

1595. რა არის ვეგეტაციური მდგომარეობა:

*ა) სიმპტომოკომპლექსი, რომლის საფუძველია თავის გვინის ქერქის სრული ღისფუნქცია;

ბ) მდგომარეობა, როდესაც მთლიანად დათრგუნულია ვეგეტაციური ნერვული სისტემა;

გ) მდგომარეობა, რომელიც გამოიხატება სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრების სრული დამბლით;

დ) მდგომარეობა, როდესაც შენარჩუნებულია მიზანმიმართული ქცევითი მოქმედებები გკვილით გაღიზიანებაზე, მაგრამ გამჭრალია სმენით გაღიზიანებაზე;

ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1596. ვეგეტაციური მდგომარეობა ვლინდება: 1 შემეცნებითი ქცევის სრული დაქვეითებით; 2 ძილისა და ღვიძილის მონაცვლეობის შენარჩუნებით; 3 სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით; 4 გულის მუშაობისა და სებაილური ჰემოდინამიკის შენარჩუნებით.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1597. ვეგეტაციური მდგომარეობის განვითარების მიზეზებია: 1 თავის გვინის გლობალური იშემია; 2 დიფუზური სისხლჩაქცევა, გვინის ინფარქტი; 3 ც.ნ.ს.-ის ინფექციები, ეგზო- და ენდოგენური ინტოქსიკაციები; 4 თავის გვინის გრავმული დაზიანებები.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1598. ვეგეტაციური მდგომარეობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია: 1 მხედველობით, სმენით, გაქტილურ და მტკივნეულ გაღიზიანებაზე მიზანმიმართული ქცევითი რეაქციების არარსებობა; 2 მეტყველების არარსებობა; 3 ჰიპოთალამუსის და ღეროს აქტიური ფუნქციების შენარჩუნება; 4 კრანიალური და სპინალური რეფლექსების შენარჩუნება.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1599. გაბრუება არის:

*ა) მოქმედებისა და ამრების ურთიერთდაკავშირების მოშლა;

ბ) ღრმა ძილის მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა შეიძლება გარეგანი გაღიზიანებით, რის შემდეგაც მას შეუძლია ინსტრუქციების შესრულება და კითხვებზე პასუხის გაცემა;

გ) მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოღვიძება შეუძლებელია ძლიერი გამღიზიანებლის ზემოქმედებითაც კი, სიგყვიერ გაღიზიანებაზე პასუხი სუსტია ან სულ არ არის, ამავდროულად მას გააჩნია მიზანმიმართული ღაცვითი რეაქციები;

დ) მდგომარეობა, როდესაც მტკივნეული გაღიზიანება იწვევს მხოლოდ უმარტივეს, უწესრიგო მოძრაობებს; ც.ნ.ს.-ის მძიმე დაზიანება, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების მოშლა, გარეშე ძლიერ გაღიზიანებაზე კი რეაქციის არარსებობა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის მოშლა.

1600. სკუპორი არის:

ა) მოქმედებისა და ამრების ურთიერთდაკავშირების მოშლა;

*ბ) ღრმა ძილის მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა შეიძლება გარეგანი გაღიზიანებით, რის შემდეგაც მას შეუძლია ინსტრუქციების შესრულება და კითხვებზე პასუხის გაცემა;

გ) მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოღვიძება შეუძლებელია ძლიერი გამღიზიანებლის ზემოქმედებითაც კი, სიგყვიერ გაღიზიანებაზე პასუხი სუსტია ან სულ არ არის, ამავდროულად მას გააჩნია მიზანმიმართული ღაცვითი რეაქციები;

დ) მდგომარეობა, როდესაც მტკივნეული გაღიზიანება იწვევს მხოლოდ უმარტივეს, უწესრიგო მოძრაობებს; ც.ნ.ს.-ის მძიმე დაზიანება, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების მოშლა, გარეშე ძლიერ გაღიზიანებაზე კი რეაქციის არარსებობა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის მოშლა.

1601. სოპორი არის:

ა) მოქმედებისა და ამრების ურთიერთდაკავშირების მოშლა;

ბ) ღრმა ძილის მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა შეიძლება გარეგანი გაღიზიანებით, რის შემდეგაც მას შეუძლია ინსტრუქციების შესრულება და კითხვებზე პასუხის გაცემა;

*გ) მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოღვიძება შეუძლებელია ძლიერი გამღიზიანებლის ზემოქმედებითაც კი, სიგყვიერ გაღიზიანებაზე პასუხი სუსტია ან სულ არ არის, ამავდროულად მას გააჩნია მიზანმიმართული ღაცვითი რეაქციები;

დ) მდგომარეობა, როდესაც მტკივნეული გაღიზიანება იწვევს მხოლოდ უმარტივეს, უწესრიგო მოძრაობებს;

ე) ც.ნ.ს.-ის მძიმე დაზიანება, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების მოშლა, გარეშე ძლიერ გაღიზიანებაზე კი რეაქციის არარსებობა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის მოშლა.

1602. ბელაპირული კომა არის:

ა) მოქმედებისა და ამრების ურთიერთდაკავშირების მოშლა;

ბ) ღრმა ძილის მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა შეიძლება გარეგანი გაღიზიანებით, რის შემდეგაც მას შეუძლია

ინსტრუქციების შესრულება და კითხვებზე პასუხის გაცემა;

გ) მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოღვიძება შეუძლებელია ძლიერი გამღიზიანებლის ზემოქმედებითაც კი, სიტყვიერ გაღიზიანებაზე პასუხი სუსტია ან სულ არ არის, ამავდროულად მას გააჩნია მიზანმიმართული დაცვითი რეაქციები;

*დ) მდგომარეობა, როდესაც მტკივნეული გაღიზიანება იწვევს მხოლოდ უმარტივეს, უწესრიგო მოძრაობებს;

ე) ც.ნ.ს.-ის მძიმე დაზიანება, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების მოშლა, გარეშე ძლიერ გაღიზიანებაზეც კი რეაქციის არარსებობა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის მოშლა.

1603. ღრმა კომა არის:

ა) მოქმედებისა და ამრების ურთიერთდაკავშირების მოშლა;

ბ) ღრმა ძილის მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა შეიძლება გარეგანი გაღიზიანებით, რის შემდეგაც მას შეუძლია ინსტრუქციების შესრულება და კითხვებზე პასუხის გაცემა;

გ) მდგომარეობა, საიდანაც ავადმყოფის გამოღვიძება შეუძლებელია ძლიერი გამღიზიანებლის ზემოქმედებითაც კი, სიტყვიერ გაღიზიანებაზე პასუხი სუსტია ან სულ არ არის, ამავდროულად მას გააჩნია მიზანმიმართული დაცვითი რეაქციები;

დ) მდგომარეობა, როდესაც მტკივნეული გაღიზიანება იწვევს მხოლოდ უმარტივეს, უწესრიგო მოძრაობებს;

*ე) ც.ნ.ს.-ის მძიმე დაზიანება, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების მოშლა, გარეშე ძლიერ გაღიზიანებაზეც კი რეაქციის არარსებობა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის მოშლა.

1604. იზოლაციის სინდრომი ვითარდება: 1 თავის გვინის ხილის დაზიანებისას; 2 კორგიკოსპინალური გრაქტის დაზიანებისას; 3 კორგიკოპულბალური გრაქტის დაზიანებისას; 4 თავის გვინის ქერქის დაზიანებისას.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1605. იზოლაციის სინდრომის განვითარების მიზეზებია: 1 ღეროს ინფარქტი; 2 ჰიპოთერმია; 3 ცენტრალური მიელინოლიზი; 4 ჰიპერკაპნია.

ა) 1,2,3

*ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4

1606. იზოლაციის სინდრომი ხასიათდება: 1 ნებითი მოძრაობის გაქრობით; 2 უმოძრაობით, მეტყველების არარსებობით; 3 ქუთუთების და თვალების ვერტიკალური მოძრაობის შენარჩუნებით; 4 ცნობიერების შენარჩუნებით.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4

1607. მიუთითეთ ნერვ-კუნთოვანი გენემის სუნთქვის მწვავე უკმარისობის მიზეზები: 1 რეკურარიზაცია; 2 მიასთენია; 3 პოსტოპერაციული კანკალი; 4 აღმავალი პოლირადიკულონევიტი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1608. სუნთქვის მწვავე უკმარისობის მიზეზებია: 1 გვინის ღეროს დაზიანება; 2 რესპირატორული დისტრეს სინდრომი; 3 ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია; 4 ლეკომპენსირებული პილდროსტენოზი.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1609. პარიესული ანუ თორაკო-დიაფრაგმული სუნთქვის უკმარისობის მიზეზებია: 1 ფილტვის არტერიის მცირე ტოტების თრომბოემბოლია; 2 რესპირატორული დისტრეს სინდრომი; 3 მენდელსონის სინდრომი; 4 გულმკერდის ოპერაციის შემდგომი ტკივილის სინდრომი.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

*დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1610. რომელმა ინტოქსიკაციებმა შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა: 1 ოპიატებით ინტოქსიკაცია; 2 ფოსფორორგანული ნივთიერებებით მოწამვლა; 3 ბარბიტურატებით ინტოქსიკაცია; 4 საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაცია.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1611. მიუთითეთ სუნთქვის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლები: 1) $PaO_2 = 80 \text{ mm Hg}$; 2) სუნთქვის სიხშირე 25 წთ-ში; 3) $PaCO_2 > 45 \text{ mm Hg}$; 4) ჟანგბადის ალვეოლო-არტერიული გრადიენტი $> 25 \text{ mm Hg}$.

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

1612. მიუთითეთ სუნთქვის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლები: 1) $SaO_2 = 98$; 2) სუნთქვის სიხშირე 32 წთ-ში; 3) $PaCO_2 = 40 \text{ mm Hg}$; 4) ჟანგბადის ალვეოლო-არტერიული გრადიენტი $> 25 \text{ mm Hg}$.

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

1613. მიუთითეთ სუნთქვის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლები: 1) $SaO_2 = 98$; 2) $PaO_2 = 80 \text{ mm Hg}$; 3) $PaCO_2 = 40 \text{ mm Hg}$; 4) VD/VT (ანატომიური მკვლარი სივრცის მოცულობა/სუნთქვით მოცულობა) = 0,6;

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

1614. მიუთითეთ სუნთქვის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლები: 1) სუნთქვითი მოცულობა 300 მლ; 2) $PaO_2 = 98 \text{ mm Hg}$; 3) სუნთქვის წუთმოცულობა 14 ლ/წთ-ში; 4) $PaCO_2 = 39 \text{ mm Hg}$.

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

1615. ჰიპერვენტილაციისას აღინიშნება:

- ა) ჰიპოქსემია;
- *ბ) ჰიპოკაპნია;
- გ) ჰიპერკაპნია;
- დ) სწორია ა და გ;
- ე) სწორია ა და ბ.

1616. რესპირატორული დისტრეს სინდრომის გამომწვევი პათოფიზიოლოგიური მექანიზმებია: 1) სურფაქტანტის პრუდუქციის დარღვევა; 2) სლარჯ სინდრომი; 3) მიკროციტოკულაციური დარღვევები; 4) არტერიო-ვენური შუნტირება.

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

1617. ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენებებია: 1) სპონტანური სუნთქვის არარსებობა; 2) სუნთქვის სიხშირე > 40 ; 3) სუნთქვითი მოცულობა = 150 მლ; 4) $PaO_2 = 90 \text{ mm Hg}$.

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

1618. ფილტვების ტრიგერული ვენტილაციის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1) წნევითი მხარდაჭერის რეჟიმი (Pressure support - PS); 2) ფილტვების გარდამავალი იძულებითი ვენტილაცია (Intermittent mandatory ventilation - IMV); 3) ფილტვების სინქრონული გარდამავალი იძულებითი ვენტილაცია (Synchronized intermittent mandatory ventilation - SIMV); 4) ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია დაღებითი წნევითი ამოსუნთქვის ბოლოს (Continuous positive pressure ventilation - CPPV).

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

1619. ფილტვების იძულებითი ვენტილაციის მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა:

- ა) ფილტვების ვენტილაცია დაღებითი წნევით სუნთქვის ორივე ფაზაში (BIPAP);
- ბ) ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია ინვერსირებულ რეჟიმში;
- გ) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია დაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (CPPV);
- დ) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ჩასუნთქვაზე წნევის შეზღუდვით;
- *ე) ფილტვების ხელოვნურ-დამხმარე ვენტილაცია.

1620. „მუნჯი ფილტვის“ სინდრომი ვითარდება:

- ა) რესპირატორული დისტრეს სინდრომის დროს;
- ბ) ექსულაციური პლევრიტის დროს;
- *გ) ასთმური სტაგუსის დროს;
- დ) კრუპოზული პნევმონიის დროს;
- ე) პნევმოსკლეროზის დროს.

1621. ასთმური სტაგუსის მედიკამენტური მკურნალობა მოიცავს ყველაფერს, გარდა:

- ა) კორტიკოსტეროიდები;
- ბ) ამინოფილინი;
- გ) ინჟურბიური თერაპია;
- *დ) შესაძლებელია ჩატარდეს სამკურნალო ნარკოზი ბარბიტურატებით;
- ე) შესაძლებელია ჩატარდეს სამკურნალო ნარკოზი ჰალოტანიტით.

1622. ბრონქულ ასთმიან ავადმყოფებში, ზოგადი ანესთეზიის დროს არ გამოიყენება: 1 ნატრიუმის თიოპენტალი; 2 ჰალოტანი; 3 პროპოფინი; 4 არღუანი.

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

1623. ბრონქოსპაზმის დროს საჭიროა: 1 აერთოპოლი ან ი/ე გმით ბრონქოდილატაციური საშუალება; 2 კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები; 3 ანტიჰისტამინური პრეპარატები; 4 ფ.ხ.გ.

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

1624. პნევმოთორაქსის დროს არტერიული ჰიპოქსემიის ძირითადი მიზეზია:

- *ა) არტერიო-ვენური შუნგი;
- ბ) დაღებითი ინტრაპლევრული წნევა;
- გ) პარადოქსული სუნთქვა;
- დ) ჟანგბადის ინტრაალვეოლური პარციალური წნევის შემცირება;
- ე) ალვეოლო-კაპილარული მემბრანის გამავლობის გაუარესება.

1625. სუნთქვით ფერმენტებს მიეკუთვნება: 1 ნიკოტინამილადენინ-დინუკლეოტიდ-ფოსფატი; 2 ციტოქრომი; 3 კონეზიმ - Q; 4 ფლავეინადენინდინუკლეოტიდი.

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

1626. ჰიპოქსიის სახეებია: 1. ჰიპოქსიური ჰიპოქსია; 2. ჰისტოტოქსიური ჰიპოქსია; 3. ჰემური ჰიპოქსია; 4. გრაემული ჰიპოქსია.

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

1627. ქსოვილებისათვის ჟანგბადის მიწოდებისა და ქსოვილების მიერ ჟანგბადის მოხმარების აღქვაგურობას ყველაზე მეტად განსაზღვრავს:

- ა) PaO_2 ;
- ბ) SaO_2 ;
- გ) ჟანგბადის ალვეოლო-არტერიული გრადიენტი;
- *დ) ჟანგბადის არტერიო-ვენური გრადიენტი;
- ე) ოქსიჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდი.

1628. ქსოვილებისათვის ჟანგბადის გადაცემის შეფერხება მოსალოდნელია:

- ა) მეტაბოლური აციდოზის დროს;
- *ბ) მეტაბოლური ალკალოზის დროს;
- გ) ჰიპერთერმიის დროს;
- დ) სწორია ა და გ;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1629. ოქსიჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: 1 მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა; 2 ტემპერატურა; 3) 2,3-დიფოსფოგლიცერატის კონცენტრაცია; 4) PaCO_2 .

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

1630. სუნთქვის უკმარისობის საკომპენსაციო მექანიზმებია: 1 ტაქიპნოე; 2 კაპილარული ქსელის გაფართოება; 3 გულის წუთმოცულობის გაზრდა; 4 პოლიციტემია.

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

1631. ჟანგბადზე მოთხოვნილება იზრდება: 1 სეპტიური მდგომარეობის დროს; 2 კარდიოგენული შოკის დროს; 3 ჰიპერთერმიის დროს; 4 ჰიპოვოლემიური შოკის დროს.

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

1632. ფ.ხ.გ.-ის ჩვენებებია: 1) VD/VT (ანაგომიური მკვდარი სივრცის მოცულობა/სუნთქვით მოცულობა) = 0,3;2) როცა $\text{FiO}_2=1,0$ და $\text{PaO}_2=65 \text{ mm Hg}$; 3) სუნთქვის სიხშირე 30 წთ-ში; 4) როცა $\text{FiO}_2=1,0$ და ჟანგბადის ალვეოლ-არტერიული გრადიენტი $> 400 \text{ mm Hg}$.

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

1633. ენდოგრაფიული ზოგადი ანესთეზიის ინტრაოპერაციული მონიტორინგის დროს, სწორად შერჩეული ვენტილაციური პარამეტრების პირობებში, ამოსუნთქულ ჰაერში PCO_2 -ის მკვეთრი შემცირება მიუთითებს:

- ა) ჰიპერთერმიამზე;
- *ბ) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიამზე;
- გ) ენერგეტიკული ცვლის გაძლიერებამზე;
- დ) ჰიპოვოლემიამზე;
- ე) ჟანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდამზე.

1634. ამინოფილინის დანიშნა ბრონქულ ასთმის ავადმყოფებში თანხმლები გულის იშემიური დაავადებით:

- ა) ნაჩვენებია შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით;
- *ბ) არ არის უსაფრთხო;
- გ) ნაჩვენებია ხშირი ასთმური შეტევების შემთხვევებში;
- დ) ნაჩვენებია ჰიპოქსემიური კომის დროს;
- ე) უკუნაჩვენებია.

1635. მოზრდილთა რესპირატორული დისტრეს სინდრომის დიაგნოზი ისმება შემდეგი მდგომარეობების ერთობლიობისას: 1 ინფილტრატების არსებობა გულმკერდის რენტგენოგრაფიამზე; 2 ფ.ხ.გ.-ს დროს ჩასუნთქვამზე მაღალი წნევა; 3 ფილტვების ელასტიურობის შემცირება; 4 შოკური მდგომარეობა.

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

1636. ბრონქული ასთმის დროს ნაჩვენებია ყველა, გარდა: 1 ტუბოკურარინი; 2 მორფინი; 3 ეთერი; 4 კეგამინი.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1637. როდესაც რესპირატორული დისტრეს სინდრომის მოგვიანებით ეტაპებზე აღინიშნება ლაქტაცილოზი და არ არის ფილგვების შეშუპების კლინიკური სურათი, მისი მკურნალობისათვის უნდა გაკეთდეს:

ა) გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის გადსხმა;

ბ) FiO_2 -ის გაზრდა;

გ) იძულებითი მოცულობითი ფ.ხ.ვ.-ს ინვერსირებული რეჟიმი inspiratio/exspiratio 2:1;

*დ) სწორია ბ და გ;

ე) სწორია ა და ბ.

1638. რესპირატორული დისტრეს სინდრომის კლინიკური სურათი მოიცავს: 1 ქოშინს; 2 არტერიულ ჰიპოქსემიას; 3 ფილგვების ატელექტაზს; 4 მიგრირებადი კრეპიტაცია.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1639. მიუთითეთ რომელია სწორი ფილგვების დამხმარე ვენტილაციის რეჟიმის - სპონტანური სუნთქვა სასუნთქ გზებში მულტივი დადებითი წნევით (CPAP) - მიმართ: 1 გამოიყენება ფილგვების შეშუპების დროს; 2 გამოიყენება რესპირატორული მხარდაჭერის შეწყვეტის ბოლო ეტაპებზე; 3 გამოიყენება ახალშობილების რესპირატორული დისტრეს სინდრომის მკურნალობისათვის; 4 ხელს უწყობს სასუნთქი გზების ნაბარევე ექსპირატორულ დახურვას.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1640. მიუთითეთ რომელია სწორი ფილგვების დამხმარე ვენტილაციის რეჟიმის - ფილგვების სინქრონული იძულებითი გარდამავალი ვენტილაცია (SIMV) - მიმართ: 1 ამ რეჟიმთან ერთდროულად შეიძლება გამოვიყენოთ წნევითი მხარდაჭერის რეჟიმი; 2 ამ რეჟიმის დროს მისაღებია დადებითი წნევა სასუნთქ გზებში ამოსუნთქვის ბოლოს; 3 არ ზღუდავს სპონტანურ სუნთქვას; 4 არის დამხმარე ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმის - სპონტანური სუნთქვა სასუნთქ გზებში მულტივი დადებითი წნევით (CPAP) - თანამედროვე მოდიფიკაცია.

*ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1641. გულმკერდის დახურული გრაფმის დროს, რომელია მისაღები ფილგვების ხელოვნური ვენტილაციის მიმართ:

ა) ფილგვების ნაკალური მაღალსიხშირიანი ვენტილაცია;

ბ) პნევმოთორაქსის შემთხვევაში იძულებითი ფ.ხ.ვ. დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს;

გ) პნევმოთორაქსის არარსებობის შემთხვევაში იძულებითი ფ.ხ.ვ. დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს;

დ) სწორია ა და ბ;

*ე) სწორია ა და გ.

1642. ასთმური სტაგუსის დროს, რომელია მისაღები ფ.ხ.ვ.-ს მიმართ:

ა) მაღალსიხშირიანი ფ.ხ.ვ.

ბ) PaCO_2 სწრაფმა დაქვეითებამ შეიძლება გამოიწვიოს არასასურველი შედეგები;

*გ) იძულებითი ფ.ხ.ვ.-ს ინვერსირებული რეჟიმი: inspiratio/exspiratio 1:2;

დ) არც ერთი არ არის სწორი;

ე) სწორია ყველა.

1643. ჰოსპიტალამდელ ეტაპზე ფ.ხ.ვ.-ს ჩატარების მიმართ მართებულია შემდეგი:

ა) თავის გაშლა;

ბ) პირით პირში სუნთქვის ჩატარების დროს ჰერმეტიზმის დაცვა;

გ) ხელოვნური სუნთქვის დაწყებამდე პირის ღრუს სანაცია;

დ) აირგამტარი მილის ჩაღვმა;

*ე) მართებულია ყველა.

1644. ფ.ხ.ვ.-ზე ხანგრძლივად მყოფი ავადმყოფის მოვლის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 სასუნთქი გზების ტუალეტი უნდა ჩავატაროთ ავადმყოფის გადაბრუნებამდე და გადაბრუნებისთანავე; 2 ჩავატაროთ სრულფასოვანი პარენკერალური და ენკერალური კვება; 3 სასურველია სანაციური ფიბრობრონქოსკოპია 2-3 დღეში ერთხელ; 4 მივიღოთ ღონისძიებები ფილგვების პერიოდული გაშლისათვის.

ა) 1,2,3

ბ) 1,3

გ) 2,4

დ) 4

*ე) 1,2,3,4.

1645. ფილტვების ხანგრძლივი ხელოვნური ვენტილაციის გართულებებს მიეკუთვნება: 1 ტრაქეის სტენოზი; 2 პნევმონია; 3 ფილტვების ატელექტაზი; 4 ფილტვების ემფიზემა.

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

1646. მიუთითეთ თირკმლის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელი პარაკლინიკური მონაცემები: 1) დღე-ღამური დიურეზი 300 მლ; 2) კრეატინინი 200მკმოლ/ლ; 3) შარდოვანა 11 მმოლ/ლ; 4) შარდში ერთროციტები 5-6 მხ. არეში.

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

1647. მიუთითეთ თირკმლის მწვავე უკმარისობის პოსტრენულ მიზეზებზე: 1 ურეთრის სტრიქტურა; 2 შარდის ბუშტის კენჭი; 3 პროსტატის აღენოზი; 4 ჰიდრონეფროზი.

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

1648. მიუთითეთ თირკმლის მწვავე უკმარისობის პრერენულ მიზეზებზე: 1 ჰიპოვოლემიური შოკი; 2 მწვავე კარდიოგენული შოკი; 3 მწვავე პოსტემორაგიული ანემია; 4 მიორელაქსანტების დოზის გადაჭარბება.

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

1649. მიუთითეთ თირკმლის მწვავე უკმარისობის შესაძლო გამომწვევე მიზეზებზე: 1 შეუთავსებელი სისხლის გადასხმა; 2 ეთილენგლიკოლით მოწამვლა; 3 მეტოქსიფლურანის გამოყენება; 4 გლუკოზის 20%-იანი ხსნარის გამოყენება.

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

1650. მიუთითეთ რომელია ნეფროტოქსიური: 1 ამოგის ქვეყანგისა და ჟანგბადის ნარევის გამოყენება ზოგადი ანესთეზიისას; 2 სევოფლურანით ინჰალაციური ანესთეზია დახურული კონტურით; 3 ანალგეზია მორფინით; 4 გენგამიცინი 480 მგ დღეში.

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

1651. თირკმლის მწვავე უკმარისობის მკურნალობა მოიცავს ყველაფერს, გარდა:

- ა) შარდმდენების გამოყენება;
- ბ) 5%-იანი გლუკოზის ინფუზია;
- *გ) ცილოვანი ხსნარებით პარენტერალური კვება;
- დ) ელექტროლიტური ბალანსის კორექცია;
- ე) ცენტრალური ვენური წნევის კონტროლი.

1652. დაბლაგვთ თანმიმდევრობით თირკმლის მწვავე უკმარისობის სტადიები:

- ა) ოლიგურია, პოლიურია, ანურია, რემიდეალური;
- ბ) პოლიურია, ოლიგურია, ანურია, რემიდეალური;
- გ) ანურია, პოლიურია, ოლიგურია, რემიდეალური;
- *დ) ოლიგურია, ანურია, პოლიურია, რემიდეალური;
- ე) პოლიურია, ანურია, ოლიგურია, რემიდეალური.

1653. თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად რომელია ყველაზე ინფორმაციული:

- ა) კრეატინინი სისხლში;
- ბ) შარდოვანა სისხლში;
- *გ) კრეატინინის კლირენსი;
- დ) სისხლის ამოცი;
- ე) ნარჩენი ამოცი.

1654. არჩევის რელაქსანტი თირკმლის უკმარისობის დროს არის: 1 აგრაკურიუმი; 2 გუბოკურონიუმი; 3 მივაკურიუმი; 4 პიპეკურონიუმი.
ა) 1,2,3
*ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4.

1655. ჩამოთვლილთაგან რომელი გართულებებია მოსალოდნელი ზოგადი ანესთეზიის დროს, თირკმლის უკმარისობის პირობებში: 1 ნარჩენი კურარიზაცია; 2 ც.ნ.ს.-ის ლეპრესია ბენზოდიამპინების გამოყენების დროს; 3 ც.ნ.ს.-ის ლეპრესია ჰალოგანის გამოყენების დროს; 4 ჰიპოკალიემიით გამოწვეული გულის რიგმის დარღვევები.
*ა) 1,2,3
ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4.

1656. ღვიძლის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელია: 1 ოლიგურია; 2 გოქსიური ენცეფალოპათია; 3) ალანინამინოტრანსფერაზას ღონის მომატება; 4 ღვიძლის ზომების გადიდება.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4
*ე) 1,2,3,4.

1657. ღვიძლის მწვავე უკმარისობის მკურნალობა მოიცავს: 1 ჰეპატოციტების მემბრანის სტაბილიზაციას; 2 ინფუზიურ-ტრანსფუზიულ თერაპიას; 3 ლეტოქსიკაციას; 4 სისხლდენების პროფილაქტიკას.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4
*ე) 1,2,3,4.

1658. მძიმე ჰეპატო-რენული სინდრომის დროს რომელია ყველაზე საგანგაშო:
ა) კრეატინინის მომატება;
ბ) შარლოვანას მომატება;
*გ) შარლოვანას შემცირება;
დ) ალანინამინოტრანსფერაზას მომატება;
ე) ღე-რიგისის კოეფიციენტის შემცირება.

1659. რომელ საანესთეზიო საშუალებებს გამოიყენებთ ღვიძლის უკმარისობის დროს:
ა) ნაგრიუმის თიოპენტალი;
ბ) ჰალოგანი;
გ) ეთილის ეთერი;
დ) ყველას;
*ე) არც ერთს.

1660. რომელი მიორელაქსანტის გამოყენებაა კატეგორიულად დაუშვებელი ღვიძლის უკმარისობის დროს:
ა) პიპეკურონიუმი;
ბ) აგრაკურიუმი;
გ) მივაკურიუმი;
*დ) პანკურიონიუმი;
ე) სუქსინილქოლინი.

1661. ჩამოთვლილი საანესთეზიო საშუალებებიდან რომელი არ გამოიყენება ღვიძლის უკმარისობის დროს: 1 იზოფლურანი; 2 მეტოქეფსიტალი; 3 ამოგის ქვეუანგი; 4 ნაგრიუმის თიოპენტალი.
ა) 1,2,3
ბ) 1,3
*გ) 2,4
დ) 4
ე) 1,2,3,4.

1662. მიუთითეთ ჩამოთვლილი საანესთეზიო საშუალებებიდან რომელს გამოიყენებთ ღვიძლის ქრონიკული უკმარისობის დროს: 1 პროპოფოლი; 2 დროპერიდოლი + ფენგანილი; 3 დიაზეპამი; 4 ჰალოგანი + პანკურიონიუმი.
ა) 1,2,3
*ბ) 1,3
გ) 2,4
დ) 4

ე) 1,2,3,4.

1663. ცენტრალური ანალგეზიის ჩამოთვლილი მეთოდებიდან რომელს მიანიჭებთ უპირატესობას ღვიძლის დაავადებების დროს:

- ა) მორფინი;
- ბ) ფენტანილი;
- გ) სუფენტანილი;
- *დ) რემიფენტანილი;
- ე) მეპერიდინი.

1664. ჩამოთვლილი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებებიდან რომელია უკუნაჩვენები ღვიძლის მწვავე უკმარისობის დროს:

- ა) პროკაინი;
- ბ) ტეტრაკაინი;
- *გ) ლილოკაინი;
- დ) ნოვოკაინი;
- ე) დიკაინი.

1665. რომელია ყველაზე ხშირი შეცდომა ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში:

- *ა) ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმის არასრული შეფასება;
- ბ) ჰიპერსთენიური კონსტიტუციის ავადმყოფების ინტუბირების ტექნიკის არცოდნა;
- გ) საანესთეზიო აპარატურის გაუმართაობა;
- დ) გართულებების დაგვიანებული დიაგნოსტიკა;
- ე) ინლექციის მეთოდის არასწორი შერჩევა.

1666. მოქმედების ტაქტიკა საოპერაციოში ელექტრომომარაგების შეწყვეტის დროს: 1 ავარიული განათების ჩართვა; 2 ფ.ხ.ვ.-ს განხორციელება ხელით სასუნთქი პარკის საშუალებით; 3 კანგბადის მიწოდების უზრუნველყოფა; 4 სუნთქვისა და გულის მუშაობის მონიტორინგისათვის პრეკორდიული ან ეზოფაგეალური სტეტოსკოპის გამოყენება.

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

1667. სწორად შესრულებული პირდაპირი ლარინგოსკოპიის დროს, არგერიული წნევის მაგება დაკავშირებულია:

- ა) ჰიპოქსიასთან;
- ბ) ჰიპერკაპნიასთან;
- გ) ჰიპოკაპნიასთან;
- დ) ყველა სწორია;
- *ე) არც ერთი არაა სწორი.

1668. რთული ინტუბაცია მოსალოდნელია: 1 მაკროგლოსიისას; 2 დაუნის სინდრომისას; 3 კისრის მალეების ოსტეოქონდროზის დროს; 4 რელელის სინდრომის დროს.

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

1669. რთული ინტუბაცია მოსალოდნელია: 1 რეტროგნათის დროს; 2 პროგნათის დროს; 3 ანგინის დროს; 4 ჯექსონის გაუმჯობესებული პოზიციის დროს.

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

1670. რთული ინტუბაცია მოსალოდნელია: 1 ჰიპერსთენიკებში; 2 პაგარა თავის დროს; 3 მოკლე კისერის დროს; 4 აგლანგ-აქსისის სახსრის ლეფორმაციის დროს.

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

1671. რთული ინტუბაცია მოსალოდნელია: 1 სახმო იოგების შეშუპების დროს; 2 დიდი ხორხსარქველის დროს; 3 მალამპაგის შკალით მე-3 კლასის დროს; 4 მსუქან ავადმყოფებში.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1672. რთული ინტუბაციის დროს ალტერნატიულ ღონისძიებებზე განიხილება: 1 აირგამტარი მილის ჩაღვმა; 2 ლარინგეალური ნიღაბის ჩაღვმა; 3 რეტროგრადული ინტუბაცია; 4 პირდაპირი ლარინგოსკოპია.

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

1673. რთული ინტუბაციის შემდეგ ექსტუბაციისას მართებულია შემდეგი: 1 უნდა გაფაკეთოთ ლეკურარიზაცია; 2 ექსტუბაცია მოვახდინოთ ცნობიერების სრული აღდგენის შემდეგ; 3 ექსტუბაცია მოვახდინოთ სტაბილური ჰემოდინამიკის პირობებში; 4 ექსტუბაცია მოვახდინოთ წინასწარი პროქსიგენაციის შემდეგ.

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

1674. რთული ინტუბაციის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: 1 ასისგოლია; 2 ჰიპერტენზია; 3 ლარინგოსპაზმი; 4 სისხლდენა ტრაქეიდან.

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

1675. რთული ინტუბაციის გასაადვილებლად მოწოდებულია: 1 ჯექსონის გაუმჯობესებული პომიცია; 2 ჰეიმლის ილეთი; 3 სელიკის ილეთი; 4 აშნერის სინჯი.

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

1676. რთული ინტუბაციის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა, გარდა:

- ა) ინტუბაცია ამოტის ქვეყანგით ჰიპნოზის ფონზე;
- ბ) ინტუბაცია ამოტის ქვეყანგით ჰიპნოზის და პიპეკურონიუმის 0.1 მგ/კგ-ზე ღოზის ინტრავენური შეყვანიდან 2წთ-ში;
- გ) ინტუბაცია თიოპენტალის 5მგ/კგ-ზე ღოზის ინტრავენური შეყვანიდან 2წთ-ში;
- *დ) ინტუბაცია ჰალოტანიტ ჰიპნოზის და სუქცინილქოლინის 2მგ/კგ-ზე ღოზის ინტრავენური შეყვანიდან 2წთ-ში;
- ე) ინტუბაცია ცნობიერ მდგომარეობაში.

1677. რამოლენიზე წარუმატებელი ინტუბაციის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს:

- ა) ინტუბაციის მცდელობის დროული შეწყვეტა;
- ბ) მოეუხმით უფრო გამოცდილი ანესთეზიოლოგს;
- გ) ავადმყოფის მოთავსება ფოლერის მდგომარეობაში;
- დ) ვენტილაცია 100%-იანი კანგბადით;
- *ე) ყველა სწორია.

1678. ანესთეზიის დროს, კუჭის შიგთავსის ასპირაციის რისკი მომატებულია შემდეგი დაავადებების დროს: 1 შაქრიანი დიაბეტი; 2 კუნთების დისტროფია; 3 მიასთენია; 4 კარცინოიდული სინდრომი;

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

1679. მენდელსონის სინდრომის პროფილაქტიკის მიზნით მართებულია: 1 ავადმყოფის მოთავსება ტრენდელენბურგის მდგომარეობაში; 2 სელიკის ილეთის გამოყენება; 3 ავადმყოფის წოლა ზურგზე; 4 პრემედიკაციაში H2 ბლოკატორებისა და პერორალური ანტაციდების ჩართვა.

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

1680. ჩამოთვლილი მდგომარეობებიდან როდის არის მოსალოდნელი ასპირაციული სინდრომის განვითარება ზოგადი ანესთეზიის დროს: 1

პლაზმერ-ვისონის სინდრომი; 2 მელორი-ვეისის სინდრომი; 3 ცოლინგერ-ელსონის სინდრომი; 4 ფსევდობულბალური სინდრომი.

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

1681. მიუთითეთ ასპირაციის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები: 1 კუჭისშიდა წნევის მომაგება; 2 ლარინგეალური რეფლექსების ლატრგუნვა; 3 საყლაპავის კარლიალური სფინქტერის უკმარისობა; 4 სუქცინილქოლინის გამოყენება არამალეპოლარიზებული მორელაქსანტის ტესტ-დოზის გარეშე.

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

1682. ასპირაციული სინდრომის მკურნალობა მოიცავს: 1 გრაქვის სანაცვას; 2 ოქსიგენოთერაპიას; 3 კორტიკოსტეროიდებს; 4 ყველა შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება მკურნალობის აღრეულ ეტაპებზე.

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

1683. ასპირაციული სინდრომის რისკის შემთხვევაში, ფილგეების ხელოვნური ვენტილაციის როგორი რეჟიმი მისაღები ინტუბაციამდე: 1 ფ.ხ.ვ. დაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 2 ვენტილაცია რეჟიმში inspiratio: expiratio=2:1; 3) ფ.ხ.ვ. ჩასუნთქვაზე წნევის შეზღუდვით; 4 შიპერვენტილაცია.

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

1684. არტერიული შიპოქსემიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 ამოგის ქვეყანგის გამოყენება; 2 ელოგრაქეული მილის მუფთის არაჰერმეტილობა; 3 ანესთეზიოლოგის უყურადღებობა; 4 სანარკომე აპარატურის გაუმართაობა.

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

1685. არტერიული შიპოქსემიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 როგამეტრის გაუმართაობა; 2 ლაპარასკოპიული ოპერაციული ჩარევა; 3 მედიასტინუმის სიმსივნის გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის დროს დაშვებული ტექნიკური შეცდომა; 4 არტერიული შიპერტენზია.

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

1686. არტერიული შიპოქსემიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 სასუნთქი გზების ბაროტრაგმა; 2 დახურული კონტური; 3 ენდობრონქეული ინტუბაცია; 4 პულსოქსიმეტრის გაუმართაობა.

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

1687. არტერიული შიპოქსემიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 შიპერვოლემიური ჰემოდილუცია; 2 ფილგის არტერიის თრომბოემბოლია; 3 FiO_2 -ის შემცირება; 4 ინსპირაციული სარქველის გაუმართაობა.

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

1688. არც ერთი ოპერაციული ჩარევა არ არის შიპოქსემიის მიზეზი პოსტოპერაციულ პერიოდში, გარდა ერთისა:

- ა) გრანსურეტრალური აღენომექტომია;

- ბ) პარაპროექტივის გამო წარმოებული ოპერაცია;
- *გ) ჰემიკოლექტომიის გამო წარმოებული ოპერაცია;
- დ) ხელოვნური აბორტი;
- ე) ჰემოროიდული კვანძების ამოკვეთა.

1689. უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში ჰიპოქსიის განვითარების მიზეზებია: 1 ამინოგლიკომიდების გამოყენება; 2 არასაკმარისი ანალგეზია; 3 ზოგადი ანესთეზიის დროს ფ.ხ.გ.-ს რეჟიმის - ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია აქტიური ამოსუნთქვით - გამოყენება; 4 ცეფალოსპორინების გამოყენება.

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

1690. ზოგადი ანესთეზიის დროს არტერიული ჰიპოქსემიის შესაძლო მიზეზებია: 1 გულის „მცირე გადმოსროლის“ სინდრომი; 2 ALARM სისტემის არარსებობა; 3 ტრაქეის ხანგრძლივი სანაცია; 4 ფ.ხ.გ.-ს რეჟიმი: სანარკოზე აპარატის რესპირატორი - ტაიმციკლური ტიპის; აირის ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე (AIR FLOW) 6ლ/წთ-ში; სუნთქვის სიხშირე - 15 წუთში; inspiratio/exspiratio=2:1, კონტური ნახევრადლია.

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

1691. აპარატურის გაუმართაობასთან დაკავშირებული არტერიული ჰიპოქსემიის მიზეზებია: 1 კონტურის დეჰერმეტიზაცია; 2 წყლის დაგროვება კონტურში; 3 სარქველების განლაგება ავადმყოფისაგან შორს; 4 სანარკოზე აპარატის მანომეტრზე უარყოფითი წნევა ჩასუნთქვის ბოლოს.

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

1692. აპარატურის გაუმართაობასთან დაკავშირებული არტერიული ჰიპოქსემიის მიზეზებია: 1 გოფრირებული მილის გამოყენება; 2 აღსორბერის განლაგება ექსპირატორული მუხლის ბოლოს; 3 Y-ს მაგვარი კონექტორის გამოყენება; 4 აირის ლომიმეტრის გაგვხვა.

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

1693. ჰიპერკაპნიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 ავთვისებიანი ჰიპერთერმია; 2 მაღალკონცენტრირებული გლუკომის გადასხმა; 3 ლაპარასკოპიული ოპერაცია; 4 ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა.

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

1694. ჰიპერკაპნიის მიზეზები ზოგადი ანესთეზიის დროს შეიძლება იყოს: 1 ჰიპოტონიით მიმდინარე ჰიპოვოლემია; 2 არაადექვატური ვენტილაცია; 3 ნაგრონის კირის გამოყენება ინდიკატორის გარეშე; 4 ჰიპოთერმია.

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

1695. ჰიპერკაპნიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 აღსორბერის განლაგება ინსპირაციულ მუხლში; 2 ვენტილაციის პარამეტრები ოპერაციის დროს: სუნთქვითი მოცულობა 700მლ, სუნთქვის წუთმოცულობა 10ლ, წნევა ჩასუნთქვის ბოლოს 15 სმ. წყ. სვ. კონტური ნახევრადლია; 3 ჰალოგანის გაველენა ც.ნ.ს.-ზე; 4 არასაკმარისი ანალგეზია ოპერაციიდან 24 სთ-ის შემდეგ.

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

1696. უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში ჰიპოქსიისა და ჰიპერკაპნიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ოპერაციული ჩარევა რინოპლასტიკის გამო; 2 მამაკაცი, რომელიც ყოველდღიურად ეწევა 2 კოლოფ თამბაქოს; 3 თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა; 4 ჰიდრალენიის

შემდგომი აბსცესის ღრენირება.

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

1697. სანარკომე აპარაგურის გაუმართაობასთან დაკავშირებულ ჰიპერკაპნიის მიზეზებს მიეკუთვნება: 1 მეთილორანჯიანი აღსორბენის ნარინჯისფერი შეფერილობა; 2 დამცავი სარქველის მწყობრიდან გამოსვლა; 3 ინსპირაციული სარქველის უნაგირის ლეფორმაცია; 4 კაპნომეტრის მწყობრიდან გამოსვლა.

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

1698. ინგრაოპერაციულად განვითარებული არტერიული ჰიპერტენზიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ანამნეზში არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობა; 2 ჰიპოქსემია, ჰიპერკაპნია; 3 არასაკმარისი ანალგეზია; 4 მიორელაქსაციის მიზნით პანკურთიუმის გამოყენება.

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

1699. რომელი საანესთეზიო საშუალების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე ავადმყოფებში:

- ა) სუფენტანილი;
- *ბ) კეტამინი;
- გ) პროპოფოლი;
- დ) ნატრიუმის თიოპენტალი;
- ე) ეტომიდატი.

1700. უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში განვითარებული არტერიული ჰიპერტენზიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 არასაკმარისი ანალგეზია; 2 სუნთქვის დარღვევები; 3 ჰიპერვოლემია; 4 სავსე შარდის ბუშტი.

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

1701. ჰიპერტონული კრიზისის დროს საჭიროა: 1 განგლიოლიზური საშუალებები; 2 შარდმდენები; 3 სელაციური საშუალებები; 4 კალციუმის ანტაგონისტები.

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

1702. ინგრაოპერაციულად განვითარებული არტერიული ჰიპოტენზიის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ჰიპოვოლემია; 2 ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია; 3 საანესთეზიო საშუალებების დოზის გადაჭარბება; 4 პაციენტის მღებარეობა.

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

1703. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა სინუსური ტაქიკარდიის აღმოცენებისას გ.ი.დ.-ის არმქონე ავადმყოფში, სტაბილური არტერიული წნევით: 1 ანესთეზიის გაღრმავება; 2 პროკაინამიდი 1000მგ ინტრავენურად; 3 ფ.ხ.ვ.-ს წუთმოცულობის გაზრდა; 4 ლილოკაინი 80 მგ ინტრავენურად.

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

1704. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა კარდიომონიტორზე პარკუტოვანი ტაქიკარდიის აღმოცენებისას: 1 ადრენალინის შეყვანა; 2 ანესთეზიის გაღრმავება; 3 ნახევრად ღია კონტურის გადაყვანა ნახევრად დახურულში; 4 ბრძანების გაცემა ქირურგიული ჩარევის შეწყვეტის თაობაზე.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1705. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა, როცა გ.ი.დ.-ის არმქონე ავადმყოფში კარდიომონიტორზე აღინიშნება PQ ინტერვალის გახანგრძლივება:

- ა) ჰალოგანის ინჰალაცია 2,5 მც.%-ით;
- ბ) მორფინი 20 მგ ი.ვ.;
- გ) აღრენალინი 2 მგ ი.ვ.;
- დ) ფენტანილი 2 მკგ/კგ-ზე;
- *ე) არც ერთი.

1706. ჩამოთვლილთაგან პარკუჭოვანი არითმიის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა, გარდა: 1 ზოგადი ანესთეზია იზოფლურანით; 2 ზოგადი ანესთეზია მეტოქსიფლურანით; 3 აგარალგემია; 4 ჰალოგანით ზოგადი ანესთეზიის დროს მუხლის სახსრის ბლოკირება ნოვოკაინ-აღრენალინის ხსნარით.

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

1707. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა კარდიომონიტორზე პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლის აღმოცენებისას: 1 ვერაპამილი 5 მგ ინტრავენურად; 2 კალიუმისა და მაგნიუმის შემცველი ხსნარები ინტრავენურად; 3 ინფუზიის გაზრდა; 4 ლილოკაინი 1,5 მგ/კგ-ზე ინტრავენურად.

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

1708. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა კარდიომონიტორზე პარკუჭოვანი პაროქსიმული ტაქიკარდიის აღმოცენებისას: 1 ლილოკაინი 1,5 მგ/კგ-ზე ბოლუსურად; 2 ბრძანების გაცემა ქირურგიული ჩარევის შეწყვეტის თაობაზე; 3 ბრძანების გაცემა კარდიოვერსისათვის მოსამზადებლად; 4 კალიუმისა და მაგნიუმის შემცველი ხსნარების გადასხმა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1709. ინტროპერაციულად აღმოცენებული გულის რითმის რომელი დარღვევების დროს არის ნაჩვენები ანგარიშთული მედიკამენტური მკურნალობა: 1 სინუსური ტაქიკარდია, პულსი-100, არტერიული წნევა 120/80 mm Hg. 2 სინუსური ბრადიკარდია, პულსი-48, არტერიული წნევა 110/70 mm Hg. 3 PQ ინტერვალი 0,20 წმ; 4 სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის პაროქსიზმი ვიწრო QRS კომპლექსებით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1710. ანესთეზიოლოგის გაქტიკა კარდიომონიტორზე პარკუჭოვანი ფიბრილაციის აღმოცენებისას: 1 ბრძანების გაცემა ქირურგიული ჩარევის შეწყვეტის თაობაზე; 2 დაუყოვნებელი დეფიბრილაცია; 3 ბრძანების გაცემა ცენტრალური ვენის კათეტერიზაციისათვის მოსამზადებლად; 4 ბრძანების გაცემა დაუყოვნებელი კარდიოვერსისათვის მოსამზადებლად.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1711. ავადმყოფებში რისკ-ჯგუფით ან გულის იშემიური დაავადებით, ინტროპერაციული მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების შესაძლო მიზეზებია: 1 კვანძოვანი პერიარტერიტი; 2 ჰიპერტენზია; 3 ტაქიკარდია; 4 ჰიპოტენზია.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1712. ინტროპერაციული მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისათვის ანესთეზიოლოგმა მხედველობაში უნდა მიიღოს შემდეგი: 1 ეანგზალის საგურაჟის შემცირება, ეკგ-ზე R კბილის ჩავარდნა და ST სეგმენტის ელევაცია; 2 ჰიპოტენზია, ფილტვებში მრავლობითი სველი ხიხინი; 3 ჰიპოტენზია, ეკგ-ზე T კბილის ინვერსია და ST სეგმენტის ელევაცია; 4 ჰიპერტენზია, საათობრივი ლიურემის შემცირება.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1713. ინტრაოპერაციული მიოკარდიუმის გრანსმურული ინფარქტის მკურნალობა მოიცავს: 1) ოპერაციული ჩარევის შემზადება აუცილებელ მინიმუმამდე; 2) ანესთეზიის სიღრმის შემცირება; 3) სუნთქვის სისძირისა და სუნთქვითი მოცულობის შემცირება; 4) FiO_2 -ის გაზრდა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1714. აიროვანი ემბოლიის განვითარება მოსალოდნელია: 1) ლაპაროსკოპიული ოპერაციების დროს; 2) ზოგიერთი ნეიროქირურგიული ოპერაციის დროს; 3) ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის დროს; 4) პლაცენტის ნაადრევი აცლის გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის დროს.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1715. ზოგადი ანესთეზიის დროს აიროვან ემბოლიაზე შეიძლება მიუთითებდეს ყველა, გარდა:

- ა) უხეში სისტოლური შუილი;
- ბ) აუსკულტაციურად ე.წ. „წისქვილის ქვების ბრუნვის“ ხმიანობა;
- გ) ამოსუნთქულ ჰაერში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის მკვეთრი დაქვეითება;
- *დ) ფილტვის არტერიაში წნევის შემცირება;
- ე) ე.კ.გ.-ზე ელექტრული ლერძის გადახრა მარჯვნივ.

1716. აიროვანი ემბოლიის მკურნალობა მოიცავს:

- ა) საოპერაციო ველის განლაგება გულის ღონის ქვემოთ;
- ბ) ავადმყოფის მოთავსება მარცხენა გვერდზე;
- გ) მეწოლა საუღლე ვენაზე;
- დ) ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს;
- *ე) სწორია ყველა.

1717. აიროვანი ემბოლიისათვის მართებულია ყველა, გარდა:

- ა) უფრო ხშირია დაბალი ცენტრალური ვენური წნევის დროს;
- *ბ) უფრო სახიფათოა სისხლძარღვებში ჰაერის ნელი და თანდათანობითი მოხვედრისას;
- გ) შეიძლება განვითარდეს პნევმოთროგრაფიისას;
- დ) შეიძლება განვითარდეს ნეიროქირურგიული ოპერაციების დროს, განსაკუთრებით, ავადმყოფის მჯდომარე მდგომარეობაში;
- ე) შეიძლება განვითარდეს ნაყოფის ვაკუუმექსტრაქციის დროს.

1718. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის კლინიკური სურათი მოიცავს: 1) პარკუჭოვან ტაქიკარდიას; 2) კუნთების რიგილობას; 3) კანის საფარველზე ლაქების გაჩენას; 4) ციანოზს.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1719. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის გართულებებია:

- ა) თირკმლის მწვავე უკმარისობა;
- ბ) კოაგულაციური დარღვევები;
- გ) ფილტვების მწვავე შეშუპება;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

1720. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის გამო ავადმყოფის გამოკვლევისას: 1) კრეატინფოსფატკინაზის ნორმალური დონე გამოორიცხავს ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის არსებობას; 2) კუნთოვანი ქსოვილის ბიოფსია ხორციელდება ადგილობრივი ანესთეზიით; 3) ავადმყოფის კუნთის ბიოპატაჟი, 2% ჰალოგანსა ან 2 მმოლ/ლ კოფეინში ექსპოზიციისას იკუმშება 2 გრ ძალით. 4) კრეატინფოსფატკინაზის დონის განსაზღვრა წარმოადგენს სკრინინგულ მეთოდს იმ ოჯახის წევრების გამოსაკვლევად, რომლებიც მიდრეკილნი არიან ავთვისებიანი ჰიპერთერმიისაკენ.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1721. ჰიპოთერმიაში შეიძლება გამოიწვიოს: 1) ჟანგბადის დისოციაციის მრუდის მარჯვნივ გადახრა; 2) 28°C-ზე დაბალი ტემპერატურის დროს გუგების გაფართოება და ფიქსირება; 3) ჰიპოგლიკემია; 4) ჰიპოქსიური ვაზოკონსტრიქციის დაქვეითება;

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1722. პორფირიის მწვავე შეტევა: 1) შეიძლება განვითარდეს ფსიქომის დროს; 2) შეიძლება თან ახლდეს მუცლის ტკივილი; 3) შეიძლება მისი პროვოცირება სტრესით; 4) იშვიათად არის გამოხატული ნერვული სისტემის დაზიანება.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1723. ოპერაციის შემდგომი სასუნთქი გზების ობსტრუქციის მიზეზები შეიძლება იყოს: 1) ლარინგოსპაზმი; 2) ხორხის შეშუპება; 3) პირის ღრუს არასაკმარისი სანაცია; 4) ნეოსტიგმინის შეყვანა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1724. ოპერაციის შემდგომი სასუნთქი გზების ობსტრუქციის მკურნალობა მოიცავს: 1) 100%-იანი ჟანგბადის ინჰალაცია; 2) ფილტვების ვენტილაცია მულტივი ღაღებითი წნევის პირობებში; 3) საჭიროების შემთხვევაში გრაქეის რეინტუბაცია; 4) გულის არაპირდაპირი მასაჟი.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1725. უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში ჰიპოგლიკემიის გამოვლინებები შეიძლება იყოს: 1) ცნობიერების გახანგრძლივებული დათრგუნვა; 2) კრუნჩხვები; 3) ოფლიანობა; 4) ჰიპერტენზია.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1726. რომელი პრეპარატია უკუნაჩვენები ღიაბეჭიან ავადმყოფებში, აცილოზის კორექციის დროს:

- ა) ინსულინი;
- ბ) კალიუმის ქლორიდი;
- გ) რინგერ-ლაქტატის ხსნარი;
- *დ) მორფინი 15მგ;
- ე) ბიკარბონატის ხსნარი.

1727. სუნთქვის აღდგენის გახანგრძლივება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება იყოს დაკავშირებული: 1) ჰიპოკალცემიასთან; 2) ჰიპერკალცემიასთან; 3) ჰიპერვენტილაციურ რეჟიმთან ზოგადი ანესთეზიის დროს; 4) ჰიპოთერმიასთან.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1728. ცნობიერების აღდგენის გახანგრძლივება ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ შეიძლება იყოს დაკავშირებული: 1) ჰიპნოზური საშუალებების დოზის გადაჭარბებასთან; 2) ანალგეზიური საშუალებების დოზის გადაჭარბებასთან; 3) მეტაბოლურ დარღვევებთან; 4) ჰიპოქსიასთან.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1729. ცნობიერების აღდგენის გახანგრძლივება ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ შეიძლება იყოს დაკავშირებული: 1) ნაგრიუმის თიოპენტალის საშუალოდ ინტრავენურ ინექციასთან; 2) მეტოქსიფლურანის პოსტმელიკაციურ ეფექტთან; 3) ჰალოტანის პოსტმელიკაციურ ეფექტთან; 4) ნალოქსონის გამოყენებასთან.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3

- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1730. საოპერაციოდ მოყვანილია 30 წლის ავადმყოფი, დიაგნოზით: თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია. ამერიკის ანესთეზიოლოგთა საზოგადოების (ASA) კლასიფიკაციით როგორია ზოგადი ანესთეზიის რისკი:

- ა) I;
- *ბ) II;
- გ) III;
- დ) IV;
- ე) V.

1731. საოპერაციოდ მოყვანილია 54 წლის მამაკაცი გამჭოლი ცეცხლნასროლი ჭრილობით თავის არეში. ამერიკის ანესთეზიოლოგთა საზოგადოების (ASAA) კლასიფიკაციით როგორია ზოგადი ანესთეზიის რისკი:

- ა) I;
- ბ) II;
- გ) III;
- დ) IV;
- *ე) V.

1732. გერმინალური მდგომარეობის დროს, ზოგადი ანესთეზიის მართვის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 საანესთეზიო და ანალგეზიური საშუალებების დოზის შემცირება; 2 ფ.ხ.ვ.-ის რეჟიმის შერჩევა; 3 ინფიზიურ-გრანსფიზიური თერაპიის ინდივიდუალური შერჩევა; 4) საოპერაციოდ გაყვანა ელექტროლიტური ბალანსისა და შუა-ტუტოვანი წონასწორობის წინასწარი კორექციის შემდეგ.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1733. გერმინალური მდგომარეობის დროს, ზოგადი ანესთეზიის მართვის მიმართ მართებულია შემდეგი: 1 ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია; 2 პრემედიკაციის ჩატარება; 3 ნაზალური ზონის ჩადგმა; 4 ანაბეზის შეკრება ავადმყოფისაგან.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1734. გერმინალური მდგომარეობის დროს, ჩამოთვლილთაგან, ინდექსისათვის არჩევის საანესთეზიო საშუალებებია: 1 ჰალოგანი+აზოტის ქვეყანგი+ფენტანილი; 2 ნატრიუმის თიოპენტალი+ფენტანილი; 3 პროპოფოლი+ფენტანილი; 4 კეტამინი+დიაზეპამი+ფენტანილი.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1735. არჩევის ანალგეზიური საშუალება გულის „მცირე გადმოსროლის“ სინდრომის დროს არის: 1 მორფინი; 2 ფენტანილი; 3 პეტიდინი; 4 სუფენტანილი.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1736. არჩევის მიორელაქსანტი გერმინალური მდგომარეობის დროს არის:

- ა) გუბოკურანილი;
- ბ) ატრაკურიუმი;
- *გ) პანკურონიუმი;
- დ) მიფაკურიუმი;
- ე) მეტოკურიუმი.

1737. პოსტოპერაციული ინტენსიური თერაპიის პალატაში მყოფი ავადმყოფის პარაკლინიკური მონაცემებია: ჰემატოკრიტი - 40%, კალიუმი პლაზმაში - 2,8 მექვ/ლ-ში, ნატრიუმი პლაზმაში - 140 მექვ/ლ-ში, გლუკოზა სისხლში -6,0 მმოლ/ლ-ში. ანესთეზიოლოგის გაქეცა:

- ა) ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა;
- ბ) 20%-იანი გლუკოზის გადასხმა;
- *გ) კალიუმის შემცველი ხსნარები ინტრავენურად;
- დ) ერთროციტული მასის გადასხმა;
- ე) რეოპოლიგლუკინის გადასხმა.

1738. პოსტოპერაციული ინტენსიური თერაპიის პალატაში მყოფი ავადმყოფის პარაკლინიკური მონაცემებია: ჰემატოკრიტი - 50%, კალიუმი პლაზმაში - 2,5 მექვ/ლ-ში, ნატრიუმი პლაზმაში - 120 მექვ/ლ-ში, გლუკოზა სისხლში - 6,0 მმოლ/ლ-ში. ანესთეზიოლოგის ტაქტიკაა: 1. ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა; 2. ერთორციტული მასის გადასხმა; 3. რინგერის ხსნარი პანანგინთან ერთად; 4. ჰემოდემის გადასხმა.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1739. პოსტოპერაციული ინტენსიური თერაპიის პალატაში მყოფი ავადმყოფის პარაკლინიკური მონაცემებია: ჰემატოკრიტი - 40%, კალიუმი პლაზმაში - 3,5 მექვ/ლ-ში, ნატრიუმი პლაზმაში - 140 მექვ/ლ-ში, გლუკოზა სისხლში - 3,0 მმოლ/ლ-ში. ანესთეზიოლოგის ტაქტიკაა:

- ა) ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა;
- ბ) ერთორციტული მასის გადასხმა;
- გ) რინგერის ხსნარი პანანგინთან ერთად;
- დ) პლაზმასგერილის გადასხმა;
- *ე) გლუკოზის გადასხმა.

1740. პოსტოპერაციული ინტენსიური თერაპიის პალატაში მყოფი ავადმყოფის პარაკლინიკური მონაცემებია: H90გ/ლ, ჰემატოკრიტი-35%, ერთორციტები სისხლში-3,2ფ10¹²/ლ, მოციტოკულირე სისხლის დანაკარგი » 800მლ. უნდა გაკეთდეს ყველაფერი, გარდა: 1 ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა; 2 რინგერის ხსნარის გადასხმა; 3 რეოპოლიგლუკინის გადასხმა; 4 ერთორციტული მასის გადასხმა.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1741. ჰემოგრანსფუზიის წინ უნდა გაკეთდეს ყველაფერი, გარდა: 1 ინდივიდუალური შეთავსება; 2 ღონის ჰემოგლობინის კონცენტრაციის განსაზღვრა; 3 ბიოლოგიური სინჯი; 4 რეციპიენტის გამოკვლევა HBSანტიგენზე.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- *გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1742. მოციტოკულირე სისხლის 15-20 % დანაკარგის დროს უპირატესობა ენიჭება: 1 პლაზმას; 2 ლეიკოციტურ მასას; 3 თრომბოციტულ მასას; 4 კრისტალოიდურ ხსნარებს.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1743. მასიური სისხლდენისას, როდესაც სისხლის დანაკარგი მოციტოკულირე სისხლის მოცულობის 30 %-ზე მეტია, უპირატესობა ენიჭება: 1 თრომბოციტულ მასას; 2 კრისტალოიდური ხსნარების გადასხმას; 3 ლეიკოციტურ მასას; 4 ერთორციტულ მასას.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1744. ჰემოგრანსფუზიული გართულებების დროს სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმისას უნდა ჩაგარდეს: 1 ღონის და რეციპიენტის სისხლის ფორმიანი ელემენტების, ლიმფოციტების, ერთორციტების, თრომბოციტების ანტიგენური შემაღვინლობის გამოკვლევა; 2 ლიმფოციტების, ერთორციტების, თრომბოციტების სენსიბილიზაციის ინდექსის განსაზღვრა; 3 ანგისხეულების სპეციფიური მიმართულების განსაზღვრა: ანტიერთორციტული, ანტილეიკოციტური, ანტითრომბოციტული; 4 სინჯი შეთავსებაზე რეციპიენტის შრატა და ღონის ერთორციტებს შორის.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4

1745. გრანსფუზიის შემდგომი ჰემოლიზური გართულება წარმოიშობა ანტიგენ-ანგისხეულის რეაქციის შედეგად, რაც იწვევს ერთორციტების დაშლას. მსგავს გართულებას ადგილი აქვს სისხლის კომპონენტების გადასხმისას, გარდა: 1 სისხლისა; 2 ერთორციტული მასისა; 3 ერთორციტული შენაწონისა; 4 ლეიკოციტური მასისა.

- ა) 1,2,3

- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1746. რა უნდა გამოვიყენოთ ჰემოგრანსფუზიის დროს სისხლის კოაგულაციური თვისებების შესანარჩუნებლად:

- ა) ერთროციტული მასა;
- *ბ) კრიოპრეციპიტატი;
- გ) კალციუმის გლუკონატი;
- დ) ჟანგბადის ინჰალაცია;
- ე) არც ერთი არ არის სწორი.

1747. სისხლისა და მისი პრეპარატების გადასხმისას, რომლებიც შეუთავსებელია ABO სისტემით და რემუს ფაქტორით, ავადმყოფს უვითარდება: 1 შემცივნება, შეუძლოდ ყოფნა, ტკივილები; 2 ჰემოლიზი; 3 ჰემოგლობინურია; 4 დისემინირებული სისხლძარღვშია შეღებების სინდრომი.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4

1748. ზოგადი ანესთეზიის დროს გრანსფუზიული რეაქციები ვლინდება: 1 ურტიკარული გამონაყარით; 2 ქოშინით; 3 მაკროჰემატურიით; 4 ტკივილით მკერდის ძეღის უკან.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1749. სისხლენის დაწყებიდან რომელი კომპენსატორული მექანიზმები ირთება პირველად: 1. სითხის გადასვლა ინტერსტიციული სივრციდან სისხლძარღვებში; 2. ღვიძლის მიერ ცილოვანი დანაკარგის აღდგენა; 3. ღვიძლი ორგანოებიდან სისხლის გადმოსროლა; 4. თირკმლის სისხლის მიმოქცევის გაზრდა.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4

1750. მოზრდილი ადამიანის სისხლის როგორ მოცულობას შეესაბამება ახალშობილის სისხლის დანაკარგი - 30 მლ:

- ა) 50 მლ;
- ბ) 100 მლ;
- გ) 250 მლ;
- *დ) 500 მლ;
- ე) 1000 მლ.

1751. მიუთითეთ რით არ შეიძლება დაეწყოთ მკურნალობა ჰემორაგიული შოკის დროს:

- ა) ფიზიოლოგიური ხსნარით;
- ბ) რინგერ-ლაქტატის ხსნარით;
- *გ) 5%-იანი გლუკოზით;
- დ) რეოპოლიგლუკინით;
- ე) პოლიგლუკინით.

1752. ჰემორაგიული შოკის მკურნალობის მოგვიანებით ეტაპზე, როდესაც კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემებით სავარაუდოდ აღმოფხვრილია მოციროკულირე სისხლის მოცულობის დეფიციტი, მაგრამ ჰემოლიზინამია არასტაბილურია, ლოფამინი უნდა გამოვიყენოთ შემდეგი დოზით:

- ა) 2 მკგ/კგ-ზე;
- *ბ) 5-10 მკგ/კგ-ზე;
- გ) 2-5 მკგ/კგ-ზე;
- დ) 10-20 მკგ/კგ-ზე;
- ე) 20-30 მკგ/კგ-ზე.

1753. მიუთითეთ რა მიზნისათვის გამოიყენება ამინოკაპრონის მჟავა ჰემორაგიული შოკის დროს:

- ა) კოაგულაციური ჰემოსტაზის სტიმულაციის მიზნით;
- ბ) ფიბრინოლიზის სტიმულაციის მიზნით;
- *გ) ფიბრინოლიზის ინჰიბირების მიზნით;
- დ) სისხლძარღვოვან-თრომბოციტული ჰემოსტაზის სტიმულაციის მიზნით;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი მიზნით.

1754. ჰემორაგიული შოკის კომპლექსურ მკურნალობაში ერთროციტული მასის გადასხმა ნაჩვენებია: 1 მოცულობის ლეფციტის შეესების მიზნით; 2 მიკროციტულაციის გაუმჯობესების მიზნით; 3 არტერიული წნევის ნორმალიზაციის მიზნით; 4 სისხლის ენგაბლტრანსპორტაბელური ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- *დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1755. ჰემორაგიული შოკის კომპლექსურ მკურნალობაში, ჰემოდინამიკის სტაბილიზაციის მიზნით აღრუნალინის გამოყენება არ არის ნაჩვენები: 1 დასაწყისში; 2 მიკროციტულაციის გაუმჯობესებისას; 3 ცენტრალური ვენური წნევის შემცირებისას; 4 სისხლის ენგაბლტრანსპორტაბელური ფუნქციის გაუმჯობესებამდე.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1756. ჰემორაგიული შოკის კომპლექსურ მკურნალობაში, როგორი თანმიმდევრობით არის მიზანშეწონილი ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპია:

- ა) კრისტალოიდები-ერთროციტული მასა-კოლოიდები-კრიოპრეციპიტატი;
- ბ) ერთროციტული მასა-კრისტალოიდები-კოლოიდები-კრიოპრეციპიტატი;
- გ) კოლოიდები-კრისტალოიდები-კრიოპრეციპიტატი-ერთროციტული მასა;
- *დ) კრისტალოიდები-კოლოიდები-კრიოპრეციპიტატი-ერთროციტული მასა;
- ე) ერთროციტული მასა-კრიოპრეციპიტატი-კრისტალოიდები-კოლოიდები.

1757. მწვავე სისხლდენის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ხშირი და მცირე ავსების პულსი;
- ბ) არტერიული წნევის დაცემა;
- გ) თავბრუსხვევა, სისუსტე და გულისრევა;
- *დ) ციანოზი;
- ე) აღინაშნა.

1758. ერთროციტული მასის გადასხმის აბსოლუტური ჩვენებაა:

- ა) სისხლის დანაკარგი 500 მლ;
- ბ) ჰემოგლობინი 90 გ/ლ;
- გ) ჰემატოკრიტი 25-30%-ის ქვემოთ;
- დ) ჰიპოკოაგულაცია;
- *ე) არც ერთი.

1759. ცილოვანი პრეპარატებით გამოწვეული ალერგიული შოკის დროს თანმიმდევრობით უნდა გამოიყენოთ: 1 კორტიკოსტეროიდები; 2 ვაზოპრესორები; 3 ანტიჰისტამინური პრეპარატები; 4 კოლოიდური და გლუკოზის შემცველი ხსნარების ინფუზია;

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1760. ნაზოკომბალური ინფექცია ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- *ა) ზოგადი ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციის განყოფილებაში;
- ბ) ზოგადქირურგიულ განყოფილებაში;
- გ) ზოგადთერაპიულ განყოფილებაში;
- დ) კარდიოლოგიურ განყოფილებაში;
- ე) მიმღებ განყოფილებაში.

1761. სტაფილოკოკური ინფექციის დროს, ემპირიულად (ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობილობის შემოწმებამდე) უმჯობესია დაინიშოს: 1 ნახევრალსინთეზური პენიცილინები; 2 ვანკომისინი; 3 ცეფტაზიმი; 4 მეტრონიდაზოლი.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1762. ანაერობული არაკლოსტრიდიული ინფექციის დროს, ემპირიულად (ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობილობის შემოწმებამდე) უმჯობესია დაინიშოს: 1 მეტრონიდაზოლი; 2 კლინდამისინი; 3 იმიპენემი; 4 ციპროფლოქსაცინი.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4

- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1763. Pseudomonas Aeruginos-ით გამოწვეული ინფექციის დროს, ემპირიულად (ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის შემოწმებამდე) უმჯობესია დაინიშოს: 1 ცეფტაზიმიდი; 2 ციპროფლოქსაცინი; 3 აზიტროსინი; იმიპენემი+ცილასტაგინი (ტიენამი).

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

1764. სოკოვანი ინფექციის დროს ინიშნება:

- ა) ვანკომიცინი;
- *ბ) ფლუკონაზოლი;
- გ) გობრაზოლი;
- დ) არც ერთი;
- ე) ყველა.

1765. ჰიპერკალიემიის დროს გამოიყენებთ: 1 ფიზიოლოგიურ ხსნარს; 2 რინგერ-ლაქტატის ხსნარს; 3) 10%-იან გლუკოზს; 4 სპირონოლაქტონი.

- ა) 1,2,3
- *ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1766. როდის არის შესაძლებელი კალიუმის პრეპარატებით ემპირიული (კალიუმის განსაზღვრამდე სისხლის პლაზმაში) მკურნალობა: 1 ჰიპეროსმოლარული კომა; 2 გულის რიტმისა და აგზნებადობის მომატების დროს; 3 წვრილ-ნაწლავური ფისტულების დროს; 4 ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის შემთხვევაში.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1767. არტერიული ჰიპოქსემიის პირობებში პარენტერალური კვებისათვის არჩევის საშუალებაა:

- *ა) გლუკოზი;
- ბ) ცილოვანი ემულსია;
- გ) ცხიმოვანი ემულსია;
- დ) ამონომეცალების ემულსია;
- ე) არც ერთი.

1768. სრულ პარენტერალურ კვებაზე მყოფი ავადმყოფის ცილებით კვების აღქვაცურობა ყველაზე ზუსტად განისაზღვრება:

- *ა) აზოტოვანი ბალანსით;
- ბ) სუნთქვითი კოეფიციენტით;
- გ) კრეატინინით სისხლში;
- დ) კრეატინინით შარლში;
- ე) შარლოვანათი სისხლში.

1769. რომელია მართებული პარენტერალური კვების მიმართ: 1 სასურველია გამოვიყენოთ ენტერალურ კვებასთან კომბინირებულად; 2 რაც შეიძლება ადრე უნდა გადავიდეთ სრულ ენტერალურ კვებაზე; 3 სრული პარენტერალური კვების დროს ბუცილებელია ვიტამინებისა და მიკროელემენტების ჩართვა; 4 პარენტერალური კვება არ უნდა ახდენდეს გავლენას ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპიის ტექნიკაზე.

- *ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- ე) 1,2,3,4.

1770. ცხიმოვანი ემულსიებით პარენტერალური კვების წინააღმდეგეულობები: 1 შაქრიანი დიაბეტი; 2 ჰიპერჰიდრატაცია; 3 ემბოლია; 4 ხანდაზმული ასაკი.

- ა) 1,2,3
- ბ) 1,3
- გ) 2,4
- დ) 4
- *ე) 1,2,3,4.

სხვადასხვა

1771. ჩამოთვლილი ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებებიდან, რომელს ახასიათებს კრუნჩხვითი აქტივობის მომატება:

- ა) ჰალოგანს;
- ბ) იმოფლურანს;
- *გ) ენფლურანს;
- დ) ამოგის ქვექანგს;
- ე) არცერთს.

1772. ამოგის ქვექანგის ხანგრძლივი ექსპოზიცია იწვევს: 1. მეგალობლასტურ ანემიას; 2. პერიფერიულ ნეიროპათიას; 3. ფუნიკულურ მიელომს; 4. ლეიქემიის უკმარისობას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1773. ჰალოგანი უკუნაჩვენებია: 1. ლეიქემიის დაავადებების დროს; 2. ჰიპოთალამიის დროს; 3. აორტალური სტენოზისას; 4. ქალაშიდა მოცულობითი პროცესების დროს.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1774. რომელი პრეპარატის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი ჰალოგანით ინჰალაციური ანესთეზიის დროს: 1. ბეგა-აღრენობლოკატორების; 2. გრიციკლური ანტიდეპრესანტების; 3. მაო-ს ინჰიბიტორების; 4. ამინოფილინის.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1775. ლეიქემიის დაავადებებში ყველაზე ძლიერ ტოქსიურ გავლენას ახდენს:

- ა) სევიოფლურანი;
- ბ) ამოგის ქვექანგს;
- გ) იმოფლურანი;
- დ) ეთერი;
- *ე) ქლოროფორმი.

1776. თბილისურ რეცეპტორებზე მოქმედებენ: 1. მორფინი; 2. კეტამინი; 3. ფენტანილი; 4. ლიბეგაპტი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1777. მორფინი იწვევს: 1. სპინტერების სპასმს; 2. სუნთქვის ცენტრის დეპრესიას; 3. ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარებას; 4. მიორელაქსაციას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1778. ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალებებს განეკუთვნება: 1. მორფინი; 2. მეპერიდინი; 3. სუფენტანილი; 4. დროპერიდოლი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1779. რომელი ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება მეტაბოლიზდება სისხლის არასპეციფიური ესთერაზებით:

- ა) მორფინი;
- ბ) ფენტანილი;
- *გ) რემიფენტანილი;
- დ) სუფენტანილი;
- ე) ალფენტანილი.

1780. რომელი ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალების გამოყენება მიზანშეწონილი ლეიქემიის და თირკმლის უკმარისობის დროს:

- ა) მორფინი;
- ბ) ფენგანილი;
- *გ) რემიფენგანილი;
- დ) სუფენგანილი;
- ე) ალფენგანილი.

1781. მორფინი იწვევს: 1. აპნეიზური მღურბლის გაზრდას; 2. ჰიპოქსიური ღრიავის დათრგუნვას; 3. გულსრევისა და ლეზინების განვითარებას; 4. გულმკერდის რიგილობას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1782. ფენგანილის ორგანიზმში შეყვანის გზებია: 1. სუბლინგვალური; 2. ინტრამუსკულარული; 3. ტრანსკუტანეული; 4. ინტრავენური

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1783. მორფინის ცენტრალური ლეპრესიული მოქმედება ვლინდება: 1 ანალგეზიით; 2 ბრადიკარდიით; 3 სედაციით; 4 მიოზით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1784. მორფინის ცენტრალური აღმგზნები მოქმედება ვლინდება: 1 ეიფორიით, ჰალუცინაციებით; 2 ბრადიკარდიით; 3 გულსრევა-ლეზინებით; 4 მიოზით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1785. მორფინის პერიფერიული მოქმედება ვლინდება: 1 ერთიმის განვითარებით; 2 ბრონქოსპაზმით; 3 ჰისტამინის გამონთავისუფლებით; 4 გლევი კუნთების ტონუსის დაქვეითებით.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1786. კეგამინის ახასიათებს: 1 არტერიული წნევის მომაგება; 2 ბრონქოსპაზმის განვითარება; 3 ქალასშიდა წნევის მომაგება; 4 მიორელაქსაცია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1787. კეგამინის მოქმედება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ვლინდება: 1 თავის გინის მიერ კანგბაღზე მოთხოვნილების გაზრდით; 2 გინის სისხლის მიმოქცევის გაზრდით; 3 ქალასშიდა წნევის მომაგებით; 4 ქერქქევა სტრუქტურების აქტივობის გაზრდით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1788. კეგამინის გამოყენების უკუჩვენებებია: 1 არტერიული ჰიპერტენზია; 2 ეპილეფსია; 3 მაღალი ქალასშიდა წნევა; 4 შოკური მდგომარეობები.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1789. ნატრიუმის თიოპენტალი იწვევს: 1 მთოკარლიუმის ინოტროპული ფუნქციის დაქვეითებას; 2 სუნთქვის ლეპრესიას; 3 კუნთთა ტონუსის დაქვეითებას; 4 თვალშიაღწევის დაქვეითებას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1790. ნატრიუმის თიოპენტალის გვერდითი ეფექტებია: 1 ლარინგოსპაზმი; 2 ბრონქოსპაზმი; 3 გრომბოფლებიგის განვითარება; 4 ალერგიული რეაქცია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1791. ბარბიტურატების გამოყენების უკუჩვენებებია: 1 შოკური მდგომარეობები; 2 სასუნთქი გზების ობსტრუქცია; 3 პორფირია; 4 ჰიპერსენსიბილიზაცია პრეპარატის მიმართ.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1792. ბენზოდიამპინების ცნს-ზე მოქმედება ვლინდება: 1. თავის ტვინის ქანგბაღზე მოთხოვნილების შემცირებით; 2. ქალასშიაღწევის დაქვეითებით; 3. თავის ტვინის სისხლისძიმოქცევის შემცირებით; 4. რეგროგრადული აძნეებით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1793. ბენზოდიამპინების გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე მოქმედება ვლინდება: 1. მთოკარლიუმის მგრძობელობის გაზრდით კატექოლამინების მიმართ; 2. გულის დარტყვითი მოცულობის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით; 3. გულისცემის სიხშირის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით; 4. უმნიშვნელო ჰიპოტენზიის განვითარებით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1794. პროპოფოლის მოქმედების მექანიზმია:

- *ა) გაემერგულ რეცეპტორებზე მოქმედება;
- ბ) ოპიოიდურ რეცეპტორებზე მოქმედება;
- გ) M-ქოლინერგულ რეცეპტორებზე მოქმედება;
- დ) რეგიკულურ ფორმაციაზე მოქმედება;
- ე) ლოფამინურ რეცეპტორებზე მოქმედება.

1795. დროპერიდოლის მოქმედების მექანიზმია: 1. ოპიოიდურ რეცეპტორებზე მოქმედება; 2. მოგრძო ტვინის გრგერული მონის და კუდიანი ბირთვის ქეორეცეპტორებზე მოქმედება; 3. M-ქოლინერგულ რეცეპტორებზე მოქმედება; 4. ლოფამინურ რეცეპტორებზე მოქმედება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1796. ბენზოდიამპინების სპეციფიურ ანტაგონისგს წარმოადგენს:

- ა) ნალოქსონი;
- ბ) პროპერინი;
- *გ) ფლუმაზენილი;
- დ) აგროპინი;
- ე) პენტამოცილი.

1797. ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებების აგონისგ-ანტაგონისგია:

- ა) ნალოქსონი;
- ბ) პროპერინი;
- გ) ფლუმაზენილი;
- დ) აგროპინი;

*ე) პენტაგონი.

1798. პროპოზიტი იწვევს: 1. სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობის მნიშვნელოვან შემცირებას; 2. ჰიპოტენზიის განვითარებას; 3. მიოკარდიუმის ინოტროპული ფუნქციის დაქვეითებას; 4. პრელაგვირთის შემცირებას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1799. პროპოზიტი იწვევს: 1. სუნთქვის ღებრესიას; 2. თავის გვინის სისხლისმიმოქცევის დაქვეითებას; 3. სასუნთქი გზების რეფლექსების დათრგუნებას; 4. ქალასშილა წნევის გაზრდას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1800. პროპოზიტი მოქმედება ცნს-ზე ვლინდება: 1. ცერებრალური პერფუზიული წნევის დაქვეითებით; 2. ქალასშილა წნევის შემცირებით; 3. თავის გვინის მიერ ჟანგბადის მოხმარების შემცირებით; 4. მკვეთრად გამოხატული ანგიკონველსიური მოქმედებით.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1801. დროპერიდოლის მოქმედება გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე ვლინდება: 1. ალფა-ადრენორეცეპტორების ზომიერი ბლოკადით; 2. სუსტად გამოხატული ანგიარითმიული ეფექტით; 3. პერიფერიული ვაზოდილატაციის განვითარებით; 4. ბეტა1-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1802. დროპერიდოლი იწვევს: 1. სუნთქვის ღებრესიის განვითარებას; 2. თავის გვინის სისხლძარღვების შევიწროებას; 3. ანალგეზიის განვითარებას; 4. გულისრევისა და ღებრესიის შემცირებას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1803. ეტომიდაგი: 1. ახდენს უმნიშვნელო გავლენას გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე; 2. თრგუნავს კორტიზოლის სინთეზს; 3. ამცირებს ქალასშილა წნევას; 4. იწვევს სუნთქვის მნიშვნელოვან ღებრესიას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1804. პრომეტაგამინი იწვევს: 1. H1-რეცეპტორების სტიმულაციას; 2. ბრონქოდილატაციის განვითარებას; 3. სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის სეკრეციის გაძლიერებას; 4. სელაციას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1805. მაღეპოლარიზებულ მიორელაქსანტს წარმოადგენს:

- *ა) სუქცინილქოლინი;
- ბ) ტუბოკურარინი;
- გ) ატრაკურიუმი;
- დ) სწორია ბ და გ;
- ე) არცერთი არ არის სწორი.

1806. სუქცინილქოლინი იწვევს: 1. ფასციკულაციების განვითარებას; 2. ჰიპოკალიემიას; 3. თვალშილა წნევის გაზრდას; 4. ქალასშილა წნევის დაქვეითებას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1807. სუქცინილქოლინის გამოყენება საფრთხილოა შემდეგი პათოლოგიების დროს: 1. მასიური დამწვრობისას; 2. მურგის ტვინის გრავმის დროს; 3. პოლინეიროპათიებისას; 4. კოაგულოპათიების დროს.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1808. მალეპოლარიზებული მიორელაქსანტების გვერდითი ეფექტებია: 1. ჰიპერკალიემია; 2. ჰიპერსალივაცია; 3. გულის რითმის დარღვევა(უპირატესად ბრადიკარდიის განვითარება); 4. ავთვისებიანი ჰიპერტერმიის პროვოცირება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1809. არამადეპოლარიზებულ მიორელაქსანტებს მიეკუთვნება:

- ა) გუბოკურარინი;
- ბ) პიპეკურონიუმი;
- გ) პანკურონიუმი;
- დ) სწორია ბ და გ;
- *ე) სწორია ყველა.

1810. გუბოკურარინი იწვევს: 1. ჰიპოტენზიას; 2. ტაქიკარდიის განვითარებას; 3. ბრონქოსპაზმს; 4. ჰისტამინის გამოყოფის შემცირებას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1811. არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტების მოქმედების პოტენცირება აღინიშნება შემდეგი ელექტროლიტური დარღვევების დროს: 1. ჰიპოკალიემია; 2. ჰიპერმაგნიემია; 3 ჰიპოკალციემია; 4. ჰიპერნატრიემია.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1812. მიუთითეთ პრეპარატები, რომლებიც ახდენენ არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტების მოქმედების პოტენცირებას: 1 ანტიბიოტიკები (სტრეპტომიცინი, ტეტრაციკლინი) 2 ანტიარითმიული პრეპარატები (ნოვოკაინამიდი, ქინიდინი); 3 მაგნიუმის სულფატი; 4. აცეტილქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1813. ჩამოთვლილი მიორელაქსანტებიდან რომელი განიცდის ჰიდროლიზს ფსევდოქოლინესტერაზას მეშვეობით: 1 პანკურონიუმი; 2 მივაკურიუმი; 3 ატრაკურიუმი; 4 სუქცინილქოლინი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1814. ჩამოთვალეთ აცეტილქოლინესტერაზას ინჰიბიტორების მოქმედების გვერდითი ეფექტები: 1. ბრონქოსპაზმი; 2. სეკრეციის გაძლიერება; 3. ნაწლავთა სპაზმი; 4. ბრადიკარდია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1815. დოფამინი: 1. იწვევს ლაფა და ბეტა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას; 2. უკავშირდება დოფამინერგულ რეცეპტორებს; 3. მაღალი დოზები იწვევენ ვაზოკონსტრიქციის განვითარებას; 4. იწვევს თირკმლების მიერ ნაგრიუმის ექსკრეციის გაზრდას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1816. მიუთითეთ დოფამინის დოზა, როდესაც მეტად არის გამოხატული კარდიოტონული ეფექტი:

- ა) 0.1-0.5 მკგ/კგ/წთ;
- ბ) 1 მკგ/კგ/წთ;
- *გ) 3-10 მკგ/კგ/წთ;
- დ) 10-20 მკგ/კგ/წთ;
- ე) > 20 მკგ/კგ/წთ.

1817. დოფამინის დოფამინერგული დოზა:

- ა) 0.1-0.5 მკგ/კგ/წთ;
- *ბ) 1 მკგ/კგ/წთ;
- გ) 3-10 მკგ/კგ/წთ;
- დ) 10-20 მკგ/კგ/წთ;
- ე) > 20 მკგ/კგ/წთ.

1818. მიუთითეთ დოფამინის ის დოზა, როდესაც ერთდროულად ხდება ალფა და ბეტა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაცია:

- ა) 0.1-0.5 მკგ/კგ/წთ;
- ბ) 1 მკგ/კგ/წთ;
- გ) 3-10 მკგ/კგ/წთ;
- *დ) 10-20 მკგ/კგ/წთ;
- ე) > 20 მკგ/კგ/წთ.

1819. მიუთითეთ დოფამინის ის დოზა, როდესაც უპირატესად გამოხატულია ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციის ეფექტი:

- ა) 0.1-0.5 მკგ/კგ/წთ;
- ბ) 1 მკგ/კგ/წთ;
- გ) 3-10 მკგ/კგ/წთ;
- დ) 10-20 მკგ/კგ/წთ;
- *ე) > 20 მკგ/კგ/წთ.

1820. დოზაგამინი: 1) წარმოადგენს სინთეზურ კატეკოლამინს; 2) იწვევს ბეტა1-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას; 3) გააჩნია სუსტი ბეტა 2-ადრენომიმეტიკური თვისება; 4 დოფამინთან შედარებით ნაკლებად აქვს გამოხატული კარდიოტონური მოქმედება.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1821. დოზაგამინს: 1 გააჩნია ინოტროპული ეფექტი; 2 იწვევს პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირებას; 3 ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია წარმოადგენს პრეპარატის გამოყენების უკუჩვენებას; 4 დოფამინთან შედარებით მეტად აქვს გამოხატული არითმოგენული მოქმედება.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1822. ცნს-ში შეყვანილი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების განაწილებაზე გავლენას ახდენს: 1. პრეპარატის დოზა; 2. პრეპარატის ცხიმში ხსნადობის უნარი; 3. ლოკალური სისხლისმიმოქცევა; 4. ავადმყოფის ასაკი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1823. სპინალური ანესთეზიის გართულებებს წარმოადგენს: 1. მენინგიტი; 2. შარდის შეკავება; 3. თავის ტკივილი; 4. სისხლძარღვებისა და ნერვების დაზიანება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;

*ე) სწორია 1,2,3,4.

1824. ეპილურული ანესთეზიის ჩვენებებია: 1. ოპერაციები მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებზე; 2. ოპერაციული ჩარევა ქვემო კიდურების სისხლძარღვებზე; 3. მშობიარობის გაუჭკივარება; 4. ქოლესისტექტომია.

*ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

ე) სწორია 1,2,3,4.

1825. ეპილურული ანესთეზიის აბსოლუტური უკუჩვენებებია: 1. გამოხატული ჰიპოვოლემია; 2. ქალასშიდა წნევის მომაგება; 3. კოაგულოპათია; 4. პერიფერიული ნეიროპათია.

*ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

ე) სწორია 1,2,3,4.

1826. ეპილურული ანესთეზიის შედარებითი უკუჩვენებებია: 1. აორტალური სტენოზი; 2. სეფსისი; 3. ცნს-ის მალემიელინიზებული დაავადებები; 4. ავადმყოფის მიერ უარის თქმა.

ა) სწორია 1,2,3;

*ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

ე) სწორია 1,2,3,4.

1827. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების მიმართ მართებულია: 1. თრგუნავენ გულის ავტომატიზმს; 2. იწვევენ სპონტანური დეპოლარიზაციის გახანგრძლივებას; 3. იწვევენ ზომიერ არტერიულ დილატაციას; 4. ახანგრძლივებენ რეფრაქტერულ პერიოდს.

*ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

ე) სწორია 1,2,3,4.

1828. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ღობის გადაჭარბების ნევროლოგიური ნიშნებია: 1. ენის პარესთეზიები; 2. თავბრუსხვევა; 3. ყურებში შუილი და მხეღველობის დაბინდვა; 4. აგზნების შეცვლა დეპრესიით.

ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

*ე) სწორია 1,2,3,4.

1829. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების მიმართ მართებულია: 1. ისინი იწვევენ არამადეპოლარიზებული მიორელაქსანტების მოქმედების პოტენცირებას; 2. ეთერული ჯგუფის მქონე ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები განიცდიან ჰიდროლიზს ფსევდოქოლინესტერაზას მეშვეობით; 3. ოპიატები და ალფა-ადრენომიმეტიკები იწვევენ ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ეფექტის პოტენცირებას; 4. ციმეტიდინი ამცირებს ლილოკაინის კლირენსს.

ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

*ე) სწორია 1,2,3,4.

1830. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ღობის გადაჭარბების შემთხვევაში მიზანშეწონილია: 1. სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა; 2. სუქცინილქოლინის შეყვანა; 3. გრაქების ინტუბაცია; 4. ნაგრიუმის თიოპენტალის ან ლიბეპამის ინტრავენური შეყვანა.

ა) სწორია 1,2,3;

ბ) სწორია 1,3;

გ) სწორია 2,4;

დ) სწორია 4;

*ე) სწორია 1,2,3,4.

1831. რომელი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების მოქმედება ხანგრძლივდება ფსევდოქოლინესტერაზას თანდაყოლილი ნაკლოვანებისას:

ა) ბუპივაკაინი;

ბ) ლილოკაინი;

*გ) პროკაინი;

დ) პრილოკაინი;

ე) მეპივაკაინი.

1832. რომელი ადგილობრივი საანესტეზიო საშუალებების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი ღვიძლის უკმარისობის დროს: 1. პროკაინი; 2. ლილოკაინი; 3. ტეტრაკაინი; 4. ბუპივაკაინი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1833. პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის უმდაბლესი ცენტრები განლაგებულია: 1 შუა გვინში; 2 მოგრძო გვინში; 3 ზურგის გვინის კულუსუნის ნაწილში; 4 ზურგის გვინის გულმკერდის ნაწილში

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1834. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პარასიმპატიკური ნაწილის აგზნებისას არ აღინიშნება: 1 გულის რიტმის გაზიარება; 2 გუგების შევიწროვება; 3 არტერიული წნევის მაგება; 4 წერილი ნაწლავის მოტორიკის გაძლიერება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1835. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპატიკური ნაწილის აგზნების შემთხვევაში არ აღინიშნება: 1 გულის რიტმის გაიშვიატება; 2 გუგების გაფართოება; 3 ჰიპოგლიკემია; 4 ჰიპერგლიკემია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1836. სიმპატიკური ნერვული სისტემის უმდაბლესი ცენტრები განლაგებულია: 1 შუა გვინში; 2 მოგრძო გვინში; 3 ზურგის გვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების წინა რქებში; 4 ზურგის გვინის გულმკერდისა და წელის ნაწილების გვერდით რქებში.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1837. ცთომილი ნერვი (ნ. ვაგუს): 1 მოქმედებს გულისცემის სისწორებზე; არ იძლევა გოგებს პარაკუტების კუნთისათვის; 3 მისი სტიმულაცია იწვევს ბრადიკარდიას; 4 აძლევს გოგებს სინუსურ და ატრიოვენტრიკულურ კვანძებს.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1838. გულის რითმის მეორე რიგის პეისმეკერს წარმოადგენს:

- ა) სინუსური კვანძი;
- *ბ) ატრიოვენტრიკულური კვანძი;
- გ) პურკინიეს ბოჭკოები;
- დ) ჰისის კონა;
- ე) პარაკუტთაშუა ძგიდე.

1839. რომელი დებულება არ არის სწორი ნორმალური ეკგ-ს შესახებ:

- ა) P-კბილი შეესაბამება პარაკუტების აგზნებას;
- ბ) PQ- ინტერვალი შეესაბამება ჰისის კონაში იმპულსის გავრცელებას;
- გ) PQ- ინტერვალის ხანგრძლივობაა 0,5-0,2 წმ;
- დ) QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა უნდა აღემატებოდეს 0,1 წმ-ს;
- *ე) T კბილი აღმოცენდება პარაკუტების შეკუმშვის დროს.

1840. ხორხის ჩონჩხს ქმნის შემდეგი ხრტილები, გარდა: 1. ფარისებრი 2. ბეჭდისებრი 3. ციცხვისებრი 4. ნუშისებრი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1841. ასპირაციის დროს, უმეტეს შემთხვევაში, უცხო სხეულის მარჯვენა ფილგეში მოხვედრას განაპირობებს: 1. მარჯვენა მთავარი ბრონქის დიდი სანათური და გადახრის ბლაგი კუთხე; 2. მარცხენა მთავარი ბრონქის გადახრის ბლაგი კუთხე; 3. სასულის ღემის ოდნავ მარცხნივ მდებარეობა; 4. მარცხენა მთავარი ბრონქის დიდი სანათური.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1842. ანატომიურ ანომალიებს, რომლებიც იწვევენ სირთულეებს ინგუბაციის დროს მიეკუთვნება: 1. მოკლე კუნთოვანი კისერი; 2. წაკვეთილი მოკლე ნიკაპი; 3. წინ წამოწეული ზედა საჭრელი კბილები; 4. ვიწრო პირის ღრუ.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1843. ბავშვებში ხორხი: 1. მოზრდილებთან შედარებით მაღლაა მოთავსებული; 2. მისი ზედა საზღვარი მდებარეობს კისრის C3-C4 მალეების დონეზე; 3. რამდენაღმე წინ არის წამოწეული; 4. მასზე ზეწოლა წინიდან უკანა მიმართულებით ააღვილებს ინგუბაციის დროს ყის ვიშუალიზაციას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1844. გულის უკმარისობის მკურნალობა გულისხმობს: 1. წლითი რეჟიმი; 2. საგულე გლიკომიდების გამოყენება; 3. დიურეტიკების გამოყენება; 4. კალიუმის მიღების შემზღუდვა.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1845. ქვემოთ ჩამოთვლილი არითმიებიდან რომელ შემთხვევაშია კალიუმის შეყვანა ეფექტური: 1. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისას; 2. კვანძოვანი ტაქიკარდიისას; 3. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლისას; 4. სუპრავენტრიკულური რითმის ღარღვევისას.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1846. ჰიპოკალიემიის კორექციის მიზნით ნიშნავენ: 1. პანანგინს; 2. ასპარკამს; 3. ღაროუს ხსნარს; 4. ფიზიოლოგიურ ხსნარს.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1847. ყველაზე დაბალი საოპერაციო რისკი არის შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) პროგრესირებადი დაბაბვის სტენოკარდიას;
- ბ) მოსვენების სტენოკარდიას;
- გ) სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) ანამნეზში 4 თვის წინ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- *ე) არტერიული ჰიპერტენზია II ხარისხის.

1848. ელექტროკარდიოგრაფია ნაჩვენებია: 1. წინაგულთა თრთოლვისას; 2. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის დროს; 3. სუპრავენტრიკულარული ტაქიკარდიისას; 4. სრული AV ბლოკადის დროს.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1849. რითმის ხელოვნური წარმართველის ინპლანტაცია ნაჩვენებია: 1. მესამე ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის დროს; 2. მეორე ხარისხის მობიგ 2 ტიპის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის დროს; 3. სინუსური კვანძის სისუსტის დროს, როდესაც გამოხატულია ჰემოდინამიკური ღარღვევები; 4. წინაგულთა თრთოლვის დროს.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1850. პარკუჭთა ფიბრილაციისას აუცილებელია: 1. წვრილტალღოვანი დეფორმაცია გადაყვანილი იქნას მსხვილტალღოვანში; 2. შეეყვანოს ლილოკანი; 3. შეეყვანოს იქნას მაგნიუმის სულფატი; 4. შეეყვანოს იქნას დიგოქსინი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1851. სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის დროს შეიძლება გამოყენებულ იქნას ყველა, გარდა:

- ა) ატოპინისა;
- ბ) ნოვოდრინისა;
- *გ) ანაპრილინისა;
- დ) ადრენალინისა;
- ე) გარეგანი ელექტროსტიმულაციისა.

1852. ჰემოდინამიკის დარღვევით მიმდინარე ბრადიარითმიების მკურნალობისას უპირატესობა ენიჭება:

- ა) ატოპინის შეყვანას;
- ბ) ადრენალინის შეყვანას;
- *გ) გარეთა ელექტროკარდიოსტიმულაციას;
- დ) დობუტამინის ინფუზიას;
- ე) იზოპროტერენოლის შეყვანას.

1853. მარცხენა პარკუჭის ინოტროპული ფუნქციის დარღვევისას აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საგულე გლიკომიდების შეყვანა;
- ბ) კატექოლამინების გამოყენება;
- *გ) სისხლის გადასხმა;
- დ) მცირე წრის სელექტიური ჰიპოტენზიის გამოყენება;
- ე) ფუროსემიდის გამოყენება.

1854. მოციმციმე არითმიისას საგულე გლიკომიდების გამოყენების მიზანია: 1. სინუსური რითმის აღდგენა; 2. სინუსური კვანძის ავტომატიზმის შემცირება; 3. პარკუჭების ავტომატიზმის შენარჩუნება; 4. ატრიოვენტრიკულურ კვანძში იმპულსების გატარების შენელება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1855. მოზრდილ ავადმყოფში გულის მონღირება უმჯობესია ჩატარდეს:

- *ა) ადგილობრივი ანესთეზიით;
- ბ) დროპერიდოლის შეყვანით;
- გ) ღიაზეპამის შეყვანით;
- დ) ბარბიტურატების შეყვანით;
- ე) ზოგადი კომბინირებული ანესთეზიის პირობებში.

1856. აორტოკორონაროგრაფია კეთდება:

- *ა) ადგილობრივი ანესთეზიითა და ე.კ.გ. კონტროლით;
- ბ) ზოგადი კომბინირებული ანესთეზიის პირობებში;
- გ) ჰალოტანის ინჰალაციით;
- დ) ამოტის ქვეყანგის ინჰალაციით;
- ე) კეტამინის შეყვანით.

1857. რეგურტიაციის ძირითად მიზებს ზოგადი ანესთეზიის დროს წარმოადგენს: 1. კუჭის შიდა და მუცლის დრუს შიდა წნევის მაგება; 2. კარდიალური სარქველის ფუნქციური უკმარისობა; 3. სასუნთქი გზების ობსტრუქციით გამოწვეული ჰიპოქსია; 4. პრეკურარიზაცია ინლექციის წინ.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1858. რომელი პრეპარატი ამცირებს კარდიალური სარქველის ტონუსს: 1 ბარბიტურატები, კეტამინი; 2 თეოფილინი; 3 იზოპროტერენოლი; 4 ნეოსტიგმინი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1859. „სავსე კუჭის“ დროს რეგურგიტაციის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია ყველა გარდა: 1 ინტუბაცია მუფთიანი მილით; 2 სელიკის ხერხის გამოყენება; 3 პრეკურარიზაცია არამადეკლარირებული მიორელაქსანტით; 4 ტრენდლენბურგის პოზიცია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1860. ხორხის დაცვითი რეფლექსების შემცირება შესაძლებელია: 1 ადგილობრივი ანესთეზია+ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები; 2 პროპოფოლი; 3 ნეიროლეპტანალგეზიისა; 4 კეტამინისა.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1861. გადაუღებელი ანესთეზიისას ავადმყოფის წინასაოპერაციო გამოკვლევა მოიცავს: კოაგულოგრამას; 2. ალერგიული ანამნეზის შეგროვებას; 3. ელექტროლიტური ბალანსის შეფასებას; 4. სისხლის ჯგუფისა და რემუსის განსაზღვრა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1862. წყალ-მარილოვანი ბალანსის როგორი დარღვევები აღინიშნება მეტაბოლური აციდოზის დროს: ჰიპერკალიემია; 2. ჰიპოქლორემია; 3. ჰიპონატრიემია; 4. ბიკარბონატების სიჭარბე

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1863. აციდოზის კლინიკურ ნიშნებს განეკუთვნება: ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესია; 2. კანკალი; 3. ტაქიპნოე; 4. კრუნჩხვები

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1864. ალკალოზის კლინიკურ ნიშნებს განეკუთვნება: აგზნება; 2. გულისრევა-ღებინება; 3. ზერეღე სუნთქვა; 4. კუსმაულის გიპის სუნთქვა

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1865. ზოგადი ანესთეზიის დროს გულის მცირე გადმოსროლის სინდრომის მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა:

- ა) ინოტროპების და ვაზოდilatატორების კომბინირებული გამოყენება;
- ბ) ინოტროპებით მონოთერაპია;
- *გ) ფ.ხ.ვ. დაღებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს;
- დ) მარდმდენების გამოყენება;
- ე) დიგიტალიზაცია.

1866. ზოგადი ანესთეზიის დროს გულის მცირე გადმოსროლის სინდრომის მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1. დიურეზის სტიმულაცია; 2. დოპამინის ინფუზია; 3. ნაგრიუმის ნიგროპრუსიდის გამოყენება; 4. ინტრაორგული ბალონური კონტრაქტაცია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1867. სრული პარენკერალური კვების დროს სეფსისის განვითარების მიზეზებია: 1. პირობითპათოგენური ფლორის გრანსლოკაცია; 2.

ცენტრალური ვენის ხანგრძლივი კათეტერიზაცია; 3. იმუნორებისგენგობის შემცირება; 4. ანტაცილებით მკურნალობა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1868. მუცლის ღრუს ორგანოებზე მასშტაბური ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფმა აღადგინა სპონტანური სუნთქვა. ვენტილაციის პარამეტრებია: სუნთქვითი მოცულობა - 200 მლ, სუნთქვის სიხშირე - 10 წთ-ში. ფ.ხ.ვ.-ს რომელი რეჟიმი მიზანშეწონილია: 1. ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია; 2. ფილტვების იძულებითი ვენტილაცია დალებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს; 3. ფილტვების იძულებითი-დამხმარე ვენტილაცია; 4. სპონტანური სუნთქვა სასუნთქ გზებში მუდმივი დალებითი წნევით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1869. მიუთითეთ მდგომარეობები, როდესაც ლეკურარიზაციის ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი: 1. ანამნეზში პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია; 2. ანამნეზში II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა; 3. გულის თანდაყოლილი მანკების დროს; 4. სინუსური ბრადიკარდია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1870. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გახანგრძლივებული ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენებებია: 1. ფილტვების ქრონიკული ემფიზემა; 2. კაპნომეტრის მონაცემებით დაბალი PCO₂; 3. ავადმყოფი პიკვიკის სინდრომით; 4. აპენდექტომიის შემდგომი მდგომარეობა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1871. ლარინგეული ნიღბის გამოყენების შესახებ მართებულია: 1 იდეალურ შემთხვევაში ნიღბის მანუეტი უნდა ეყბვნობოდეს გემოთ-ენის ფუძეს, ქვემოთ-საყლაპავის ზედა სფინქტერს; 2 ასპირაციის რისკს მრდის საყლაპავის სახათურის მანუეტის რგოლში მოთავსება; 3 დატოვებულ იქნას სახაში სასუნთქი გზებიდან რეფლექსების სრულ აღდგენამდე; 4 უბრუნველყოფს ხორხის დაცვას კუჭის შიგთავსის ასპირაციისაგან.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1872. ფილტვის არტერიის კათეტერიზაციის ჩვენებებია: 1 გულის მანკები; 2 გულის გამპონადა; 3 აორტო-კორონარული შუნტირება; 4 კარის ვენის შუნტირება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1873. ფილტვის არტერიის კათეტერიზაციის უკუჩვენებებია: 1 სრული AV ბლოკი; 2 WPW სინდრომი; 3 ჰიპერკოაგულაცია; 4 შოკი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1874. ფილტვის არტერიის კათეტერიზაციის გართულებებია: 1 პნევმოთორაქსი; 2 ჰაეროვანი ემბოლია; 3 გულის რიგმის მძიმე ღარღვევები; 4 პოსტპუნქციური ნეიროპათია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1875. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გახანგრძლივებული ფ.ხ.ვ.-ის ჩვენებებია: 1. კუჭის შიგთავსის ასპირაცია; 2. ჭარბი წონა; 3.

ფილგეების მძიმე დაავადებები; 4. სეფსისი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1876. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის გამოვლინებებია: 1. კუჭის შიგთავსის პირ-ხახაში არსებობა; 2. მძიმე ჰიპოქსემია; 3. ჩასუნთქვისას პიკური წნევის მომატება; 4. ბრონქოსპაზმი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1877. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის გამოვლინებებია: 1. სუნთქვის რითმის დარღვევა; 2. ლარინგოსპაზმი; 3. ხველა; 4. ბრონქოლილატაცია.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1878. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის საშიშროება არსებობს შემდეგ შემთხვევებში: 1. ლარინგეალური რეფლექსების დაქვეითებისას; 2. „სავსე კუჭის“ დროს; 3. კუჭში აირების დაგროვებისას; 4. ნაწლავთა გაუვალობის დროს.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1879. კუჭის შიგთავსის ასპირაციაზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა ყველა, გარდა: 1. თუ ავადმყოფი დაინტუბირებულია, იგი უნდა დაფარვინოთ მარცხენა გვერდზე და მოვითავსოთ ტრენდლენბურგის პოზიციაში; 2. უნდა განხორციელდეს ტრაქეო-ბრონქული ხიდან შიგთავსის ასპირაცია; 3. უნდა განხორციელდეს ფ.ხ.გ. 100% O₂-ით; 4. დაუყოვნებლივ დაწყებულ იქნას ფ.ხ.გ. დაღებითი წნევით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1880. კუჭის თხიერი შიგთავსის ასპირაციის და ბრონქოსპაზმის შემთხვევაში ანესთეზიოლოგის მოქმედების ტაქტიკა ყველა გარდა: 1. ამოსუნთქვის ბოლოს დაღებითი წნევის შექმნა; 2. ფ.ხ.გ. 100% O₂-ით; 3. ბრონქოლილატატორების შეყვანა; 4. დაუყოვნებლივ ბრონქოსკოპის ჩატარება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1881. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის გართულებებია: 1. პნევმონია; 2. მოზრდილთა რესპირატორული დისტრეს სინდრომი; 3. ფ.ხ.გ.-ის პირობებში ფილგეების ბაროტრავმა; 4. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1882. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორი შეიძლება განპირობებული იყოს: 1. ლარინგოსპაზმით; 2. ხორხის შეშუპებით; 3. სახმო იოგების დამბლით; 4. მემო სასუნთქი გზების არასრული სანაცით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1883. ოპერაციის შემდგომი სტრიდორის კლინიკური გამოვლინებებია ყველა, გარდა: 1. ძლიერი ინსპირატორული ხმიანობა; 2. დაქვეითებული ინსპირატორული მოცულობა; 3. ჩასუნთქვისას ნეკნთაშუა არეების ჩავარდნა; 4. ამოსუნთქვისას მსგვინავი, მოგუგუნე ხიხინი.

- ა) სწორია 1,2,3;

- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1884. ორსულობის დროს: 1. იზრდება ალვეოლური ვენტილაცია; 2. ინგუბაციის შემდეგ შეიძლება აღინიშნოს სისხლდენა; 3. II ტრიმესტრში ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების მაკ მცირდება დაახლოებით 30 %-ით; 4. მცირდება თრომბოემბოლიური გართულებების რისკი.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1885. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია: 1. მოცირკულირე ერთროციტების მოცულობის მომატება; 2. მოცირკულირე სისხლის მოცულობის მომატება; 3. ჰემატოკრიტის შემცირება; 4. მოცირკულირე პლაზმის მოცულობის მომატება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1886. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია ჰემოდინამიკის შემდეგი ცვლილებები, გარდა: 1. ბრადიკარდია; 2. არტერიული წნევის დაქვეითება; 3. ცენტრალური ვენური წნევის მომატება; 4. გულის წუთმოცულობის მომატება.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1887. გაურთულებელი ორსულობის ბოლო ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა: 1. სუნთქვის წუთმოცულობის მომატება; 2. ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის შემცირება; 3. ფუნქციური ნარჩენი მოცულობის შემცირება; 4. სუნთქვის მოცულობის შემცირება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1888. ორსულობის ბოლო ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა: 1. ძირითადი ცვლის გაძლიერება; 2. ნახშირწყლოვანი ცვლის გაძლიერება; 3. ცხიმების კანგვიითი პროცესების გაძლიერება; 4. მიწერალების გაძლიერებული გამოყოფა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1889. მშობიარობის მესამე პერიოდის დამთავრების შემდეგ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ქალის ინსულინის დოზა:

- ა) მაგულობს;
- ბ) არ იცვლება;
- *გ) კლებულობს;
- დ) აუცილებელია ინსულინის მიღების შეწყვეტა;
- ე) ცვლილებები არაკანონზომიერია.

1890. საშილოსნოს ელექტრო და მექანიკურ აქტივობას აძლიერებენ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: 1. კალციუმის იონები; 2. ოქსიგოცინი; 3. პროსტოგლანდინი; 4. მაგნიუმის იონები.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1891. მშობიარობის დაწყებას იწვევს: 1. საშილოსნოს გადაჭიმვა; 2. თავის გვინის ქერქში მომატებული აგზნებალობის კერის წარმოქმნა; 3. ესტროგენების სინთეზის მაგება; 4. ზურგის გვინის აგზნებალობის შემცირება.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1892. პლაცენტის ძირითადი ფუნქციაა: 1. კვება; 2. გაზთა ცვლა; 3. ჰორმონების სინთეზი; 4. მეტაბოლიზმის საბოლოო პროდუქტების გამოყოფა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1893. პლაცენტურ ბარიერს გადიან: 1. გლუკოზი; 2. აგროპინი; 3. ჰეპარინი; 4. მორფინი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1894. პლაცენტურ ბარიერს გადიან: 1. აზოტის ქვეყანგი; 2. მორფინი; 3. ბარბიტურაგები; 4. კოლოიდური პლაზმის შემცველები.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1895. ორსულებში: 1. აღინიშნება პროგესტერონის ღონის მომატება; 2. გასტრინის ღონე მომატებულია; 3. ასპირაციის რისკი იზრდება ორსულობის მე-18 კვირიდან; 4. კუჭის დაცლა გახანგრძლივებულია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1896. ნაყოფის ნარკოტიკულ ღებრესიას ყველაზე ნაკლებად იწვევს:

- *ა) აზოტის ქვეყანგი;
- ბ) სევიფლურანი;
- გ) ენფლურანი;
- დ) დესფლურანი;
- ე) მეტოქსიფლურანი.

1897. ახალშობილის ნარკოტიკული ღებრესიის განვითარების რისკი მცირდება:

- ა) სევიფლურანის 2,0 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- ბ) ჰალოგანის 2,5 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- *გ) ჰალოგანის 0,5-0,75 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- დ) იზოფლურანის 3 მოც. %-ით გამოყენებისას;
- ე) სწორია ა და დ.

1898. გვინის ფიზიოლოგიის შესახებ მართებულია ყველა, გარდა: 1. ქალასშიდა წნევა ნორმაში არის 10-15 მმ. ვწყ. სვ.; 2. საულლე ვენის ბოლქვში წნევა ნორმაში არის 0 მმ. ვწყ. სვ.; 3. თავის გვინის სისხლისმიმოქცევის განსაზღვრის უმთავრესი ფაქტორი არის ცერებრული პერფუზიული წნევა; 4. თავის გვინის სისხლისმიმოქცევა უპირველეს ყოვლისა დამოკიდებულია არტერიულ წნევაზე, რადგანაც თავის გვინი არ იჭმუხნება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1899. ქალასშიდა წნევის დაქვეითებისათვის მისაღება ყველა, გარდა: 1. ფ.ხ.ვ.-ს ზომიერი ჰიპერვენტილაციური რეჟიმი; 2. მანიტოლი; 3. ლიკარბი; 4. იზოვოლემიური ჰემოდილიზაცია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1900. IV პარკუჭის დისლოკაციით გამოწვეული გართულებებია: 1. ჰიპოტონია; 2. შენელებული გავლივება; 3. ბრადიკარდია; 4. რითმის ღარღვევა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;

- *ა) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1901. ქვემოთ ჩამოთვლილია ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმები. მიუთითეთ რომელია მისაღები ვენტრიკულო-იუგულარული შუნგირების ოპერაციის დროს:

- ა) ფილგვების იძულებითი ხელოვნური ვენტილაცია დადებითი წნევით ამოსუნთქვის ბოლოს (PEEP);
- ბ) კონტური ნახევრადლია, სუნთქვითი მოცულობა 5 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 10 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ;
- გ) კონტური დახურული, სუნთქვითი მოცულობა 5 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 10 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ. კაპნომეტრის ჩვენება - PCO₂ 45%;
- *დ) კონტური ნახევრადლია, სუნთქვითი მოცულობა 10 მლ/კგ-ზე, სუნთქვის სიხშირე 14 წუთში. ფ.ხ.ვ.-ს რეჟიმი - იძულებითი ფ.ხ.ვ.
- ე) სწორია ა და ბ.

1902. გინის სიმსივნეების დროს წყალ-მარილოვანი ცვლის დარღვევის კორექციისათვის საჭიროა ყველა, გარდა: 1. ინფუზიური თერაპიის შეზღუდვა; 2. ღიაკარბი; 3. სალურეტიკები; 4. სისხლის გაღასხმა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1903. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პაციენტებში ზოგადი ანესთეზიის ჩატარების ძირითადი პრინციპებია ყველა, გარდა: 1. აღქვატური ოქსიგენაცია; 2. გულის წუთმოცულობის შენარჩუნება; 3. მიოკარდის ენგბალით უზრუნველყოფა; 4. ჰიპოტონური ანესთეზიის გამოყენება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1904. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფთა პრემელიკაცია გულისხმობს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა: 1. ატროპინი მაღალი დოზებით; 2. ბენზოდიამიპინები; 3. ნეიროლეპტიკები; 4. ჩვეული კარდიოლოგიური პრეპარატების მიღება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- *ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1905. გულის იშემიური დაავადების მქონე ავადმყოფებში მიზანშეწონილია შემდეგი მიორელაქსანტების გამოყენება: 1. სუქცინილქოლინი; 2. ატრაკურიუმი; 3. ტუბარინი; 4. ვეკურონიუმი.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1906. გულის იშემიური დაავადების მქონე პაციენტებში ზოგადი ანესთეზიის რომელი მეთოდი არის უფრო ოპტიმალური:

- *ა) დაბალანსებული ზოგადი ანესთეზია;
- ბ) ტოტალური ინტრავენური ანესთეზია კეტამინის გამოყენებით;
- გ) სპინალური ანესთეზია;
- დ) ზოგადი ანესთეზიის რეცეპტში დროპერიდოლის მაღალი დოზების გამოყენება;
- ე) ზოგადი ანესთეზია ინჰალაციური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენებით მაღალ მოცულობით პროცენტებში.

1907. ზოგადი ანესთეზიის მსვლელობაში აღმოცენებული არითმიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ჰიპოქსემია;
- ბ) ჰიპერკაპნია;
- გ) ჰიპოკალიემია;
- დ) სწორია ა და ბ;
- *ე) სწორია ყველა.

1908. სასუნთქი სისტემის თავისებურებები ბავშვებში: 1. ფართო გემო სასუნთქი გზები; 2. მიდრეკილება ლორწოვანი გარსების შეშუპებისაკენ; 3. პაგარა ენა; 4. დიაფრაგმის და გულმკერდის ყაფამის შეზღუდული მოძრაობა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1909. ოპერაციული სტრესის საპასუხოდ აღინიშნება შემდეგი ენდოკრინული ცვლილებები: 1. კორტიზოლის დონის მომაგება; 2.

გლუკაგონის კონცენტრაციის გაზრდა; 3. კაგექოლამინების კონცენტრაციის გაზრდა; 4. ანტილიურეზული ჰორმონის კონცენტრაციის მომატება.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1910. ჰიპოფიზი გავლენას ახდენს: 1. ჰიპოთალამუსის სეკრეციაზე; 2. ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონთა სეკრეციაზე; 3. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სეკრეციაზე; 4. საკვერცხეების სეკრეციაზე.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1911. ხანგრძლივი მეწოლის სინდრომის მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია ყველა, გარდა: 1. დემინგოქსიკაცია; 2. პერიფერიული მიკროცირკულაციის გაუმჯობესება; 3. თირკმლის პერფუზიის გაუმჯობესება; 4. ჰიპოკალიემიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1912. ხანგრძლივი მეწოლის სინდრომით ავადმყოფებში მოსალოდნელია ან აღინიშნება შემდეგი გართულებები: 1. ენდოგოქსიური შოკი; 2. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა; 3. თირკმლის მწვავე უკმარისობა; 4. ჰიპოკალიემია.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1913. ხანდაზმული ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც დაზიანებული აქვთ საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი, ოპერაციის აბსოლუტურ უკუჩვენებას წარმოადგენს: 1. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; 2. თავის ტვინის სისხლისმომქცევის მწვავე მოშლა; 3. შაქრიანი დიაბეტის ფონზე პრეკომატოზური მდგომარეობა; 4. ქალას დახურული გრავის დროს უკონო მდგომარეობა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1914. ბარძაყის სახსრის პროტეზირების დროს ცემენტის გამოყენებისას შეიძლება განვითარდეს: 1. თრომბოემბოლია; 2. ჰიპერტერმია; 3. არითმია; 4. ჰიპოტენზია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1915. დამწვრობის დროს ინტენსიური თერაპიის მიმართ სწორია ყველა, გარდა: 1. ინფუზიური თერაპია ხორციელდება კოლოიდური, ცილოვანი და კრისტალოიდური ხსნარებით; 2. უკუენაჩვენებია ჰემოტრანსფუზია; 3. კისრის ცირკულატორული დამწვრობა წარმოადგენს ინტენსიური ჩვენებას; 4. ანალგეზიის საჭიროება ნაკლებია, რადგანაც დამწვარი ქსოვილი ნაკლებად მგრძობიარეა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1916. დამწვრობითი შოკის დროს ოლიგურიის და ანურიის მკურნალობა ითვალისწინებს: 1. ადექვატური ჰიდრატაციის ჩატარებას; 2. წყლისა და ელექტროლიტების ნორმალური ბალანსის უზრუნველყოფას; 3. მანიტოლის ვენაში შეყვანას; 4. სისხლის გადასხმას.

- *ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1917. დამწვრობითი შოკის დროს აღინიშნება: 1. ჰიპერვოლემია; 2. ჰიპოპროტეინემია; 3. ჰიპოკალიემია; 4. ჰიპონატრიემია.

- ა) სწორია 1,2,3;

- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1918. მიკროგენიის დროს გრაქეის ინგუბაციის სიძნელე დაკავშირებულია იმასთან, რომ: 1. არასაკმარისია პირის გახსნა; 2. წინა-უკანა მიმართულებით პირის ღრუში შეყვანილი ლარინგოსკოპის ნიჩბის ზემოთ აწევა არ ხერხდება; 3. ხორხსარქველის აწევა არ ხერხდება; 4. ბელა ყბა წამოწეულია წინ.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- *ე) სწორია 1,2,3,4.

1919. ამბულატორულ სკომატოლოგიაში ანესთეზიისადმი მოთხოვნილებებია ყველა, გარდა: 1. ანესთეზია უნდა იყოს ადექვატური; 2. გამოლვიძება უნდა იყოს სწრაფი, ხანგრძლივი ღებრესიის გარეშე; 3. პრემელიკაციაში საკმარისია აგროპინის გამოყენება; 4. პრემელიკაცია უნდა იყოს ღრმა.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- გ) სწორია 2,4;
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1920. მცირე ოპერაციული ჩარევა სხეულის ზედაპირზე ამბულატორულ პირობებში მიზანშეწონილია ჩატარდეს შემდეგი სახის ანესთეზიით: 1. მხოლოდ ბარბიტურატებით; 2. ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით; 3. ეპიდურული ან სპინალური ანესთეზიით; 4. კალიფსოლის ინტრამუსკულარული ინექციით.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.

1921. ამბულატორულ პირობებში ინტრაოპერაციული მონიტორინგის მასშტაბი ითვალისწინებს ყველას, გარდა: 1. ეკგ; 2. არტერიული წნევის ინვაზიური მონიტორინგი; 3. პულსოქსიმეტრია; 4. კაპნოგრაფია.

- ა) სწორია 1,2,3;
- ბ) სწორია 1,3;
- *გ) სწორია 2,4;
- დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 1,2,3,4.