

კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები

1. გულის მარჯვენა საბლვარი წარმოლგენილია:1). ზემო და ქვემო ღრუ ვენებით; 2). მარჯვენა პარკუჭით; 3). მარცხენა პარკუჭით; 4). მარჯვენა წინაგულით.

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

2. გულის წინა ზედაპირი ძირითადად წარმოლგენილია:

- ა) მარცხენა წინაგულით;
- ბ) მარცხენა პარკუჭით;
- *გ) მარჯვენა პარკუჭით;
- დ) მარჯვენა წინაგულით

3. გულის ქვედა ზედაპირის 2/3 წარმოლგენილია

- ა) მარცხენა წინაგულით;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭით;
- გ) მარჯვენა პარკუჭით;
- დ) მარჯვენა წინაგულით

4. ატრიოვენტრიკულური (ორკარიანი და სამკარიანი) სარქველები იხურებიან:

- *ა) პარკუჭების სისტოლის პერიოდში, როდესაც პარკუჭების წნეეები გაუტოლდებიან წინაგულების წნეეებს (შეკუმშვის იზომეტრული ფაზის დასაწყისი);
- ბ) პარკუჭების სისტოლის პერიოდში, როდესაც პარკუჭების წნეეები გაუტოლდებიან პულმონურ და აორტულ დიასტოლურ წნეეებს (შეკუმშვის იზოტონური ფაზის დასაწყისი);
- გ) პარკუჭების დიასტოლის პერიოდში, როდესაც პულმონური და აორტული წნეეები გაუტოლდებიან პარკუჭების ენდ-დიასტოლურ წნეეებს;
- დ) სწორი პასუხი არ არის.

5. ნამგლისებრი სარქველები (აორტის და ფილტვის არტერიის) იხურებიან:

- ა) პარკუჭების სისტოლის პერიოდში, როდესაც პარკუჭების წნეეები გაუტოლდებიან წინაგულების წნეეებს (შეკუმშვის იზომეტრული ფაზის დასაწყისი);
- ბ) პარკუჭების სისტოლის პერიოდში, როდესაც პარკუჭების წნეეები გაუტოლდებიან პულმონურ და აორტულ დიასტოლურ წნეეებს (შეკუმშვის იზოტონური ფაზის დასაწყისი);
- *გ) პარკუჭების დიასტოლის პერიოდში, როდესაც პულმონური და აორტული წნეეები გაუტოლდებიან პარკუჭების ენდ-დიასტოლურ წნეეებს;
- დ) სწორი პასუხი არ არის.

6. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). არტერიული სისტემა იწყება აორტით;2). რაც მეტია სისხლის წნევა არტერიაში, მით მეტია მის კედლებში ელასტიური ქსოვილის შემცველობა კუნთოვანთან შედარებით;3). არტერიული პულსის პალპაციის შესაძლებლობას განაპირობებს არტერიის კედლებში კუნთოვანი ქსოვილის არსებობა.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

7. ქვემოთ ჩამოთვლილი სისხლძარღვებიდან ყველაზე დიდი რაოდენობით ელასტიურ ბოჭკოებს შეიცავს:

- ა) სხივის არტერია;
- ბ) თირკმლის არტერია;
- *გ) აორტა;
- დ) ქვედა ღრუ ვენა;
- ე) ზედა ღრუ ვენა.

8. ქვემოთ ჩამოთვლილი სისხლძარღვებიდან ყველაზე სქელი კედელი აქვს:

- ა) ქვედა ღრუ ვენას;
- ბ) არტერიოლას;
- გ) საჩინო ვენებს;
- დ) ვენულას;
- *ე) იდაყვის არტერიას.

9. ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმულირებებიდან დიდი ვენების შესახებ არასწორია:

- ა) დიდ ვენებს აქვთ სარქველები;
- *ბ) მათი ელასტიური გარსი არტერიების ელასტიური გარსის იდენტურია;
- გ) მათი გარეთა გარსი (ადვენტიცია) შეიძლება შეიცავდეს გლუვ კუნთოვან უჯრედებს;
- დ) მათი მელა (შუა გარსი) შეიცავს ელასტიურ ბოჭკოებს;
- ე) მათი მელა (შუა გარსი) შეიცავს გლუვ კუნთოვან უჯრედებს.

10. პერიფერიულ ვენურ სისტემაში წარმოქმნილი თრომბი გამოიწვევს:

- ა) ცერებრულ თრომბოემბოლიას;

- ბ) კარდიალურ თრომბოემბოლიას;
- გ) პერიფერიულ თრომბოემბოლიას;
- *დ) პულმონურ თრომბოემბოლიას.

11. პულმონურ ვენებში ან გულის მარცხენა ნახევარში წარმოქმნილი თრომბი გამოიწვევს:1). ცერებრულ თრომბოემბოლიას; 2). კარდიალურ თრომბოემბოლიას; 3). პერიფერიულ თრომბოემბოლიას; 4). პულმონურ თრომბოემბოლიას.

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

12. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი, პერიკარდიუმი:1). გულის შემოგარსევი სტრუქტურაა;2). შედგება ფიბროზული და სეროზული შრეებისგან;3). მისი შიგნითა ფურცელი - ეპიკარდიუმი გარედან ეკვრის მიოკარდიუმს;4). მის შიგნითა ფურცელი შეიცავს ცხიმოვან ქსოვილსაც.

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

13. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი, მიოკარდიუმი:1). გულის კუნთოვანი კედელია; 2). შეიცავს ორი გიპის კუნთოვან უჯრედებს;3). შეიცავს ფიბროზულ კარკასში "ჩასმულ" გულის კუნთს;4). ამოფენს გულის ღრუების სანათურს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 2.

14. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი, გულის კუნთოვანი უჯრედები:1). ერთმანეთს უერთდებიან ჩადგმული დისკების საშუალებით;2). იკუმშებიან ავტომატურად (გარეგანი სტიმულის შემოქმედების გარეშე);3). ახასიათებთ ლაგოგვა; 4). აღენიშნებათ სუსტად განვითარებული სისხლძარღვები.

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

15. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან სარკომერთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი გარდა:

- ა) სარკომერი შეკუმშვის ფუნქციური და სტრუქტურული ერთეულია;
- ბ) თითოეული სარკომერი შედგება მსხვილი (ძირითადად, მიოზინის შემცველი) და წვრილი (ძირითადად აქტინის შემცველი) მიოფილამენტებისაგან;
- *გ) სარკომერის სიგრძე უკუპროპორციულია გულის კუნთის სიგრძისა;
- დ) სარკომერების პერიოდულად განმეორებადი ერთობლიობა ქმნის მიოფიბრილებს.

16. ძირითად კუმშვად ცილებს მიეკუთვნებიან:1). მიოზინი; 2). ტროპომიოზინი; 3). ტროპონინი; 4). აქტინი.

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

17. რეგულატორულ ცილებს მიეკუთვნებიან:1). მიოზინი; 2). ტროპომიოზინი; 3). ტროპონინი; 4). აქტინი.

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

18. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) შეკუმშვისას მსხვილი ფილამენტების სიგრძე არ იცვლება, წვრილი ფილამენტები კი მოკლდებიან;
- ბ) როგორც მოსვენების, ასევე შეკუმშვის პერიოდში ფილამენტების სიგრძე არ იცვლება;
- გ) შეკუმშვა ხორციელდება მიოზინის ძაფების გასწვრივ აქტინის ძაფების შეცურებით;
- დ) მიოზინის გააჩნია ენზიმური აქტივობა.

19. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის კუნთის კუმშვალობა ძირითადად განისაზღვრება სარკომერებში კალციუმის იონების ღონით;
- ბ) კალციუმის იონების ცილა ტროპონინთან მიერთება განაპირობებს აქტიმიოზინის კომპლექსის წარმოქმნას;
- *გ) კალციუმის იონების ცილა ტროპომიოზინთან მიერთება განაპირობებს აქტიმიოზინის კომპლექსის წარმოქმნას;
- დ) მიოკარდიუმის შეკუმშვის სიჩქარე დამოკიდებულია ატფ-ის ჰიდროლიზის სიჩქარეზე;
- ე) მიოკარდიუმის შეკუმშვის სიჩქარე დამოკიდებულია მაგნიუმის იონების ღონეზე.

20. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის კუნთის შეკუმშვის ძალა დამოკიდებულია მისი ბოჭკოების საწყის სიგრძეზე;
- ბ) სარკომერის სიგრძე განსაზღვრავს კუმშვადი სისტემის მგრძობილობას კალციუმის იონების მიმართ;
- გ) გულის კუნთის სარკომერის სიგრძე პირდაპირპროპორციულია გულის კუნთის სიგრძის;
- დ) გულის კუნთის საწყის სიგრძეზე შეკუმშვის ძალის დამოკიდებულება საფუძვლად უდევს ფრანკ-სტარლინგის კანონს;

*ე) სარკომერების პერიოდულად განმეორებადი ერთობლიობა ქმნის კუნთოვან ბოჭკოებს.

21. სისგოლური მოცულობა განისაზღვრება:1). პრელაგვირთვით (პარკუჭის საბოლოო-დიასგოლური მოცულობა);2). მიოკარდიუმის კუმშვადობით;3). პოსტლაგვირთვით (ძალა, რომელსაც ანეითარებს პარკუჭის კეღელი გულიდან სისხლის გაღმოსროლის დროს).

*ა) სამივე ფაქტორით;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

22. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) პრელაგვირთვის და მიოკარდიუმის კუმშვადობის გაზრდა იწვევს სისგოლური მოცულობის გაზრდას;

*ბ) პოსტლაგვირთვის გაზრდა იწვევს სისგოლური მოცულობის გაზრდას;

გ) არტერიული წნევა წარმოადგენს გულის წუთმოცულობის და პერიფერიული წინააღმდეგობის წარმოებულს;

დ) პოსტლაგვირთვის სიდიდე განისაზღვრება მარცხენა პარკუჭის ზომითა და არტერიული წნევის დონით.

23. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სისხლის საშუალო წნევა განისაზღვრება ფორმულით $-\frac{1}{3}(\text{დიასგოლური}) + \frac{2}{3}(\text{პულსური})$;

*ბ) სისხლის საშუალო წნევა განისაზღვრება ფორმულით $-\frac{1}{3}(\text{სისგოლური}) + \frac{2}{3}(\text{პულსური})$;

გ) ფიზიკური დატვირთვისას ადგილი აქვს სისგოლური მოცულობის გაზრდას;

დ) ფიზიკური დატვირთვისას საბოლოო დიასგოლური მოცულობა არ იცვლება ან მცირდება;

ე) გაღმოსროლის ფრაქცია გამოითვლება სისგოლური მოცულობის შეფარდებით საბოლოო დიასგოლურ მოცულობასთან.

24. ფიზიკური დატვირთვისას გულის წუთმოცულობა იზრდება:

ა) გულის პარასიმპათიკური სტიმულაციის გაზრდის ხარჯზე;

ბ) პრელაგვირთვის შემცირების ხარჯზე;

გ) საბოლოო დიასგოლური მოცულობის შემცირების ხარჯზე;

დ) საშუალო არტერიული წნევის შემცირების ხარჯზე;

*ე) პარკუჭების კუმშვადობის გაზრდის ხარჯზე.

25. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ენდოკარდიუმი, გულის ღრუების ამომფენი შიგნითა გარსია;

ბ) ენდოთელიუმი გადადის გულში შემომავალ და გულიდან გამომავალი სისხლძარღვების შიგნითა გარსში (ინტიმაში);

*გ) ენდოთელიუმი სეროზული გარსია;

დ) სუბენდოკარდიულ, შემაერთებელქსოვილოვან გარსში მოთავსებული არიან ვენები, ნერვები და პურკინიეს ბოჭკოები.

26. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - კარდიული იმპულსის გენერირების უნარი გააჩნიათ:1). ატრიოვენტრიკულურ კვანძს; 2). სინოატრიულურ კვანძს; 3). ჰისის კონას; 4). სიმპათიკურ ნერვებს.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 1, 2, 4.

27. ყველაზე დიდი არტერიებია:

*ა) ელასტიური ტიპის;

ბ) კუნთოვანი ტიპის;

გ) არტერიოლები;

დ) კუნთოვან-ელასტიური ტიპის.

28. კორონარული არტერიები მიეკუთვნებიან არტერიების შემდეგ ტიპს:

ა) ელასტიურს;

*ბ) კუნთოვანს;

გ) არტერიოლებს;

დ) კუნთოვან-ელასტიურს.

29. აორტა მიეკუთვნება არტერიების შემდეგ ტიპს:

*ა) ელასტიურს;

ბ) კუნთოვანს;

გ) არტერიოლებს;

დ) კუნთოვან-ელასტიურს.

30. ვენური სისტემის, როგორც პერიფერიული სისხლის რეზერვუარის როლი, ძირითადად, განისაზღვრება:

ა) ვენების კედლებში კუნთოვანი შრის არარსებობით;

ბ) ვენების არტერიებთან შედარებით უფრო ზედაპირული განლაგებით;

*გ) ვენური სისტემის დიდი ტევადობით;

დ) არტერიულთან შედარებით, ვენურ სისხლში უანგბადის დაბალი პარციალური წნევით.

31. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია:1). ელასტიურ არტერიებში შუა გარსი წარმოადგენს მხოლოდ ელასტიურ ბოჭკოებით;2). კუნთოვანი არტერიების გარეთა ელასტიურ ფირფიცას (external elastic lamina) ხორკლიანი ზედაპირი აქვს;3). კუნთოვან

არტერიებში შუა გარსი წარმოდგენილია მხოლოდ კუნთოვანი ბოჭკოებით;4). თითოეული ტიპის არტერია წარმოდგენილია ელასტიური და კუნთოვანი ბოჭკოების სხვადასხვა თანაფარდობით.

* ა) სწორია 2, 4;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3.

32. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან რომელი მიესადაგება მეტარტერიოლების ცნებას;1). მეტარტერიოლები არტერიოლებიდან გამოძევილი დატოვებული სისხლძარღვებია;2). მათი შუა გარსი (tunica media) წარმოდგენილია არასრული კუნთოვანი შრით;3).

მეტარტერიოლიდან გამოსვლის ადგილას კაპილარს გარს აკრავს პრეკაპილარული სფინქტერი;4). მეტარტერიოლები უერთდებიან ვენებს.

* ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4.

33. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან რომელი მიესადაგება კაროტიდული სინუსის ცნებას;1). კაროტიდული სინუსი მოთავსებულია საერთო საძილე არტერიის ბიფურკაციის ადგილას და მოქმედებს როგორც ბარორეცეპტორი;2). კაროტიდული სინუსი წარმოადგენს

გასქელებულ ადვენტიციას, რომელიც შეიცავს ნერვულ დაბოლოებებს;3). კაროტიდული სინუსი უანგბადის კონცენტრაციის რეგულატორია;4). კაროტიდული სინუსის თხელი შუა გარსი ადვილად რეაგირებს გაჭიმვაზე და არეგულირებს არტერიულ წნევას.

* ა) სწორია 1, 2, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4.

34. კაროტიდული სინუსის გაღიზიანებისას;1). გულის ცემის სიხშირე იზრდება; 2). გულის ცემის სიხშირე მცირდება;3). არტერიული წნევა იმატებს; 4). არტერიული წნევა ქვეითდება;5). არცერთი მაჩვენებელი არ იცვლება.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

* დ) სწორია 2, 4.

35. არტერიული წნევის გაზრდას და გულის ცემის სიხშირის გაიშვიათებას ადგილი აქვს:

ა) ფიზიკური დატვირთვისას;

ბ) სხეულის ტემპერატურის მომატებისას;

გ) მაღალ მთაზე ასვლისას;

* დ) ინტრაკრანიალური წნევის მომატებისას.

36. ჩასუნთქვისას კლებულობს:

ა) მარჯვენა პარაკუჭის ავსება;

ბ) მარჯვენა პარაკუჭის წუთმოცულობა;

* გ) სისტემური არტერიული წნევა;

დ) მარცხენა პარაკუჭის კუმშვალობა.

37. არტერიული წნევა და გულის ცემის სიხშირე მაგულობს;1). ფიზიკური დატვირთვისას; 2). ჰიპოქსიის პირობებში;3). ინტრაკრანიალური წნევის მომატებისას;4). სინკოპეს განვითარებისას.

* ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

38. არტერიული წნევა და გულის ცემის სიხშირე ქვეითდება:

ა) ფიზიკურ დატვირთვისას;

ბ) ჰიპოქსიის პირობებში;

გ) ინტრაკრანიალური წნევის მომატებისას;

* დ) სინკოპეს განვითარებისას.

39. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებებიდან ვამოპრესული აქტივობა აღენიშნება:

* ა) ანგიოტენზინ-II;

ბ) ანგიოტენზინ-I;

გ) რენინს;

დ) პროსტაგლიცინს;

ე) ყველა ჩამოთვლილს.

40. ჰიპერნატრიემიის შემთხვევაში:

* ა) რენინის სეკრეცია მცირდება;

ბ) ალდოსტერონის სეკრეცია იზრდება;

გ) ანგიოტენზინ II-ის სინთეზი იზრდება;

დ) ანგიოტენზინ I-ის სეკრეცია იზრდება.

41. რენინი სინთეზირდება:

* ა) იუქსტა-გლომერულური აპარატის უჯრედებში;

ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის უჯრედებში;

- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის უჯრედებში;
- დ) პანკრეასში;
- ე) ჰიპოფიზში.

42. რენინის სეკრეცია რეგულირდება:1). თირკმლის მომჩანი არტერიების ბარორეცეპტორებით;2). თირკმლის დისტალური მილაკების ქემორეცეპტორებით; 3). სიმპათო-ადრენალური სისტემით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

43. რენინის აქტივობა მაგულობს:1). სისხლდენის განვითარებისას; 2). ჰიპოვოლემიის შემთხვევაში;3). დიეტაში სუფრის მარილის მიღების მკვეთრად შემლუღებისას;4). რენალური არტერიების სტენოზის განვითარებისას.

- *ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

44. სისხლში ლიპიდების გრანსპორტი ხორციელდება:1). ცილებით; 2). სისხლის ფორმიანი ელემენტებით; 3). ნახშირწყლებით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2.
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

45. ფოსფოლიპიდები შედიან შემდეგი ლიპოპროტეინების შემადგენლობაში:1). ქილომიკრონების; 2). ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების;3). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების; 4). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების.

- *ა) ყველა ტიპის ლიპოპროტეინების;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

46. სისხლში დიეტური ლიპიდების გრანსპორტი ხორციელდება შემდეგი ლიპოპროტეინების საშუალებით:

- *ა) ქილომიკრონების;
- ბ) ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების;
- გ) დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების;
- დ) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების.

47. თრომბის წარმოქმნა მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:1). თრომბოციტების აქტივაციას და აგრეგაციას;2). სისხლის შემლელებელი კასკადის გააქტივებას, რასაც მოყვება თრომბინის წარმოქმნა;3). თრომბინის მიერ ფიბრინოგენის ფიბრინად გარდაქმნას;4). ფიბრინის ძაფების ერთმანეთთან შეკავშირებას და ფიბრინის ბადის წარმოქმნას.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 3.

48. ფიზიოლოგიურ პირობებში თრომბოციტული საცობის წარმოქმნა იწვევს:1). ქსოვილოვანი პლაზმინოგენის აქტივაციით პლაზმინოგენის პლაზმინად გარდაქმნას;2). პლაზმინის მიერ ფიბრინის ბადის დაშლას, რაც ეწინააღმდეგება კოლგის გაგრძელებას;3). თრომბოციტების აქტივაციას; 4). ფიბრინის ძაფების ერთმანეთთან შეკავშირებას.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

49. თრომბოციტების აქტივაციას ასტიმულირებს:1). პროსტაგლიკლინის ღონის დაქვეითება;2). ენდოთელიუმის დაზიანება და სუბენდოთელიური კოლაგენის "გამოშვება";3). თრომბოქსანების ღონის დაქვეითება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

50. თრომბოციტების აქტივაციას აინჰიბირებს:1). ინტაქტური ენდოთელიური უჯრედების მიერ სინთეზირებული პროსტაგლიკლინი;2). თრომბინის დაბალი ღონე; 3). თრომბოქსანების დაბალი ღონე.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

51. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი:1). მიოგლობინი ჰემოპროტეინია, რომელიც გვხვდება მიოკარდიუმსა და ჩონჩხის კუნთებში;2). მიოგლობინის აღენიშნება გამოხატული ენზიმური აქტივობა;3). მიოგლობინი კუნთოვან უჯრედში ასრულებს

ქანგბადის რეზერვუარის და გადატანის ფუნქციებს;4). ჰემოგლობინის ნაკლებობისას მიოგლობინი ცირკულირებს სისხლში და ქანგბადით ამარაგებს ქსოვილებს.

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

52. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ქიმიური სიგნალის ბეჭა და ალფა² რეცეპტორებთან დაკავშირება იწვევს ფერმენტ ადენილილ-ციკლაზას გააქტივებას ან ინჰიბირებას;
- ბ) ფერმენტი ადენილილ-ციკლაზა ატფ-ს გარდაქმნის ციკლურ ამფ-ად;
- * გ) ციკლური ამფ იწვევს ე.წ. ცამფ-დამოკიდებული ფერმენტების გააქტივებას;
- დ) ციკლური ამფ ახდენს ე.წ. ცამფ-დამოკიდებული ფერმენტების ფოსფორილირებას, რაც იწვევს ამ ფერმენტების აქტივაციას ან ინჰიბირებას.

53. ე.წ. "მეორედ გადამცემ" სისტემას მიეკუთვნებიან ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ციკლური ადენოზინ მონოფოსფატი (ცამფ);
- ბ) კალციუმი;
- * გ) ატფ;
- დ) ციკლური გუანოზინ მონოფოსფატი (ცგმფ);
- ე) აზოტის ოქსიდი (NO).

54. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კალციუმის იონების და ცილა-კალმოდულინის კომპლექსი უერთდება და ააქტივებს ე.წ. კალმოდულინ-დამოკიდებულ ენზიმებს;
- * ბ) კალმოდულინ-დამოკიდებული ენზიმები შეიძლება გააქტივდნენ ცამფ-ის საშუალებითაც;
- გ) სტრუქტურულად და ფუნქციურად კალმოდულინი ჰგავს გროპონინ C-ს, რომელიც მონაწილეობს მიოკარდიუმის და ჩონჩხის კუნთების შეკუმშვის რეგულაციაში;
- დ) ადენილილ-ციკლაზა კალმოდულინ-დამოკიდებული ენზიმაა.

55. სისხლძარღვის სანათურიდან ინტერსტიციულ სივრცეში სითხის გადასვლას ადგილი აქვს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობების დროს, გარდა:

- ა) პოსტკაპილარული ვენულების შევიწროებისას;
- ბ) პლაზმაში ალბუმინის კონცენტრაციის დაქვეითებისას;
- გ) ლიმფური ობსტრუქციის განვითარებისას;
- * დ) პრეკაპილარული არტერიოლების შევიწროებისას;
- ე) ბრადიკინინის აქტივობის გაზრდისას.

კვლევის ფიზიკალური მეთოდები კარდიოლოგიაში

56. ფიზიკური ლაგვირთვისას გულის წასვლის (სინკოპეს) განვითარება ყველაზე უფრო დამახასიათებელია:

- ა) აორტის ხერელის სტენოზისთვის;
- ბ) მიტრალური ხერელის სტენოზისთვის;
- * გ) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიისთვის;
- დ) აორტული ნაკლოვანებისთვის;
- ე) მიტრალური ნაკლოვანებისთვის.

57. გულმკერდის არეში ტკივილის ინტენსივობის ცვალებადობა დაკავშირებული მოძრაობასთან, სუნთქვასთან, ხველებასა და ყლაპვასთან, დამახასიათებელია: 1). სტენოკარდიისთვის; 2). პერიკარდიისთვის; 3). პლევრიტისთვის; 4). კისრისა და გულმკერდის ოსტეოქონდროზისთვის.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიისთვის;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- * გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

58. სტენოკარდიული ხასიათის ტკივილი შეიძლება აღინიშნოს შემდეგი პათოლოგიების განვითარებისას: 1). აორტის განმშრეველი ანევრიზმის; 2). ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის; 3). მწვავე პანკრეატიტის.

- * ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

59. გულმკერდის არეში ტკივილი, ზურგში ირადიაციით, ყველაზე მეტად ახასიათებს:

- ა) სტენოკარდიას;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტს;
- * გ) აორტის განმშრეველ ანევრიზმას;
- დ) ბრონქოპნევმონიას;
- ე) სეპტიურ ენდოკარდიტს.

60. გულის ფრიალის შეგრძნებას უჩივიან ავადმყოფები 1). სინუსური ტაქიკარდიით; 2). ანემიით; 3). პაროქსიზმული ტაქიკარდიით.

- * ა) ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიით;

- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

61. ქოშინის უცაბელად განვითარება დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიისათვის, გარდა:

- ა) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია;
- ბ) ფილტვის მწვავე შეშუპება;
- გ) პნევმოთორაქსი;
- დ) გულის ტამპონადა;
- *ე) მიოკარდიუმის ინფარქტი.

62. მულემიო ხასიათის ქოშინი ახასიათებს:1). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობას;2). გულის თანდაყოლილ მანკებს, მარჯვნიდან მარცხნივ შუნგით;3). ფილტვების ემფიზემას.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

63. ქოშინის განვითარება წამოჯდომისას, რომელიც გაივლის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლისას, ახასიათებს:

- ა) მიგრალურ სტენოზს;
- ბ) მიგრალურ ნაკლოვანებას;
- *გ) მარცხენა წინაგულის მიქსომას;
- დ) აორტულ სტენოზს;
- ე) ჰიპერტროფიულ თბსტრუქციულ კარდიომიოპათიას.

64. ცენტრალური ციანოზი, "ლოლის ჯოხისებური" თითები, მეტყველებს:1). გულის ან მსხვილი სისხლძარღვების ღონეზე მარჯვნიდან - მარცხნივ "შუნგის" არსებობაზე;2). გულის ან მსხვილი სისხლძარღვების ღონეზე მარცხნიდან - მარჯვნივ "შუნგის" არსებობაზე;3). ფილტვებში სისხლის არასაკმარის ოქსიგენაციაზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

65. კიღურების დისტალური ნაწილების ციანოზი, ცივი კანი და გაძლიერებული ოფლიანობა მეტყველებს:

- ა) გულის ან მსხვილი სისხლძარღვების ღონეზე მარჯვნიდან-მარცხნივ შუნგის არსებობაზე;
- *ბ) გულის მძიმე უკმარისობის არსებობისას, ვამოკონსტრიქციის განვითარებაზე;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებაზე;
- დ) მარცხნიდან მარჯვნივ შუნგის არსებობაზე.

66. მარჯვენა და მარცხენა ხელებზე გაზომილ არტერიულ წნევებს შორის მნიშვნელოვანი სხვაობა ახასიათებს:

- ა) კონის სინდრომს;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტს;
- გ) ებშტეინის ანომალიას;
- *დ) არასპეციფიურ აორტოარტერიიტს;
- ე) ფალოს ტეტრადას.

67. ქვედა კიღურებზე, ზედა კიღურებთან შედარებით, დაბალი არტერიული წნევა ახასიათებს:

- ა) აორტის სარქველების ნაკლოვანებას;
- *ბ) მუცლის აორტის კოარქტაციას;
- გ) მიგრალურ სტენოზს;
- დ) არასპეციფიურ აორტოარტერიიტს.

68. სისტოლური არტერიული წნევის აწევა და დიასტოლური არტერიული წნევის დაქვეითება ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილ დაავადებას, გარდა:

- ა) აორტის სარქველების ნაკლოვანებას;
- *ბ) სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებას;
- გ) ღია ბოტალოს სადინარს;
- დ) არტერიო-ვენურ შუნგებს;
- ე) ჰიპერთირეოზს.

69. ორტოსტაგიური ჰიპოტენზია და ტაქიკარდია მიუთითებს:

- ა) გულის უკმარისობის არსებობაზე;
- ბ) აორტის სარქველების ნაკლოვანებაზე;
- *გ) მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებაზე.

70. მოსვენების მდგომარეობაში ტაქიკარდიის არსებობა მიუთითებს:

- ა) მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებაზე;
- *ბ) მძიმე გულის უკმარისობის არსებობაზე;
- გ) ჰიპოთირეოზზე;

- დ) მიგრალური ნაკლოვანების არსებობაზე;
- ე) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის არსებობაზე.

71. ერთ-ერთი ქვემო კილურის იზოლირებული შეშუპება ვითარდება:

- ა) გულის უკმარისობის განვითარებისას;
- *ბ) ქვედა კილურების ვენების პათოლოგიების დროს;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის შემთხვევაში;
- დ) ზემო ღრუ ვენის თბსტრუქციისას.

72. ქვემო კილურებთან შედარებით, სახის გამოხატული შეშუპება ვითარდება:1). გულის უკმარისობის განვითარებისას; 2). ქვედა კილურების ვენების პათოლოგიების დროს;3). კონსტრიქციული პერიკარდიტის შემთხვევაში; 4). ზემო ღრუ ვენის თბსტრუქციისას.

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

73. შეშუპებასთან ერთად პალპაციის დროს მტკიცეულობა ახასიათებს:1). თრომბოფლებიგს; 2). ღრმა ვენების თრომბოზს; 3). გულის უკმარისობას.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

74. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია:1). ცენტრალური არტერიული პულსის აღმავალი მუხლი (ანაკროტული ნაწილი) უფრო ციცაბოა დაღმავალ მუხლთან შედარებით;2). ცენტრალური არტერიული პულსის დაღმავალ მუხლზე (დიკროტულ ნაწილზე) აღინიშნება გამოხატული ჩაღრმავება - ინციზურა რომელიც შეესაბამება აორტული სარქველების დახურვას;3). პერიფერიული არტერიული პულსის დაღმავალი მუხლი ციცაბოა აღმავალთან შედარებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

75. საძილე არტერიების გაძლიერებული პულსაცია ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) აორტული სარქველების ნაკლოვანებას;
- ბ) თირეოტოქსიკოზს;
- *გ) აორტის ხერელის სტენოზს;
- დ) მკვეთრ ანემიას.

76. საძილე არტერიების პულსის მრუდზე აღმავალი გალღის გახანგრძლივება (ნაკლებად გამოხატული ციცაბოვნება) ახასიათებს:

- ა) აორტული სარქველების ნაკლოვანებას;
- ბ) თირეოტოქსიკოზს;
- *გ) აორტული ხერელის სტენოზს;
- დ) მკვეთრ ანემიას.

77. მცირე პულსი (p. parvus) აღინიშნება:1). სისტოლური მოცულობის შემცირებისას; 2). დაბალი პულსური წნევის არსებობისას;3). სისხლძარღვთა პერიფერიული რემისცენტობის შემცირებისას.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

78. დიდი პულსი (p. magnus) აღინიშნება:1). სისტოლური მოცულობის გაზრდისას; 2). დაბალი პულსური წნევის არსებობისას;3).

- სისხლძარღვთა პერიფერიული რემისცენტობის შემცირებისას.
- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

79. მცირე (p. parvus) და ნელი (p. tardus) პულსი ახასიათებს:

- ა) სამკარიათი სარქელის ნაკლოვანებას;
- ბ) მიგრალურ სტენოზს;
- *გ) აორტის ხერელის სტენოზს;
- დ) მიგრალური სარქელის ნაკლოვანებას;
- ე) აორტულ ნაკლოვანებას.

80. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან დიკროტული პულსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დიკროტული პულსის მრუდზე აღინიშნება ორი სისტოლური პიკი;
- ბ) დიკროტული პულსი აღინიშნება აორტის სარქელის ნაკლოვანების არსებობისას;
- გ) დიკროტული პულსი, ხშირად, აღინიშნება დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს;
- *დ) დიკროტული პულსი აორტის ხერელის სტენოზის პათოგნომური ნიშანია.

81. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან, საუღლე ვენის პულისის მრუდის შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საუღლე ვენის პულისის მრუდი ასახავს მარჯვენა წინაგულში წნევის ფაზურ ცვლილებებს;
- ბ) საუღლე ვენის პულისის მრუდი წარმოდგენილი 2 - 3 დაღებითი გაღლით და 2 ჩაღრმავებით;
- *გ) საუღლე ვენის პულისის მრუდი არ იცვლება გულის რიგმის და გამჭარებლობის დარღვევისას;
- დ) საუღლე ვენის პულისის მრუდი იცვლება სამკარიანი სარქელის ხერელის სტენომის, სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანების და კონსტრიქციული პერიკარდიტის განვითარებისას.

82. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: ცენტრალური ვენური წნევა

- ა) ჩვეულებრივ იმომება შიგნითა საუღლე ვენაზე;
- ბ) ყველაზე ხშირად იმაგებს მარჯვენა პარკუჭის დიასტოლური წნევის გამრდისას;
- გ) მოსვენების მდგომარეობაში შეიძლება ნორმალური იყოს მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის შემთხვევაშიც;
- *დ) ნორმაში ჩასუნთქვისას იმაგებს (დაღებითი ვენური პულსი).

83. ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან დაღებითი ვენური პულსი ახასიათებს:

- ა) აორტის სარქელის ნაკლოვანებას;
- *ბ) სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანებას;
- გ) მიგრალური სარქელის ნაკლოვანებას;
- დ) მიგრალურ სტენომს;
- ე) აორტულ სტენომს.

84. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი გარდა:

- ა) ნორმაში მარცხენა პარკუჭის მწვერვალს საძგერი შეიგრძნობა IV-V ნეკნთაშუა სივრცეში მარცხენა მედიოკლავიკულური ხაზის ოდნავ მედიალურად;
- ბ) გულმკერდის წინა კედელზე მწვერვალს საძგერის დიამეტრი არ აღემაგება 3 სმ-ს;
- *გ) მწვერვალს საძგერის მდამოში, დიასტოლის პერიოდში, მიგრალური ხერელის სტენომის ან მიგრალური სარქელის ნაკლოვანებისას შეიგრძნობა ე.წ. დიასტოლური "კატის კრუტენი";
- დ) ნორმაში მწვერვალს საძგერის პიკი შეესაბამება აორტული სარქელის გაღებას.

85. გულის აბსოლუტური და შეღარებითი მოყრუების საზღვრების თანხვდენა ახასიათებს:

- *ა) ექსულაციურ პერიკარდიტს;
- ბ) კომბინირებულ მიგრალურ მანკს;
- გ) ექსულაციურ პლევრიტს;
- დ) ფილტვების ემფიზემას;
- ე) კომბინირებულ აორტულ მანკს.

86. I ტონი ძლიერდება: 1). ტაქიკარდიის განვითარებისას დიასტოლის ხანგრძლივობის შემცირების შედეგად; 2). სისტოლური მოცულობის გამრდისას; 3). მიგრალური ხერელის სტენომის დროს; 4). P-R ინტერვალის შემოკლებისას.

- *ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 4.

87. I ტონი სუსტდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ატრიოვენტრიკულური სარქელის დაზიანებისას;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითებისას;
- გ) ატრიოვენტრიკულური სარქელის აფრების მოძრაობის შეზღუდვისას;
- დ) გულმკერდის წინა კედელში ბგერის გამჭარობის შესუსტებისას;
- *ე) P-R ინტერვალის შემოკლებისას.

88. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) I ტონის გახლენა მიგრალურ და ტრიკუსპიდულ კომპონენტებად, რომელთა შორის ინტერვალი 10-30 მწმ-ს შეადგენს ნორმალური მოვლენა;
- *ბ) I ტონის პირველი კომპონენტი შეესაბამება ტრიკუსპიდული სარქელის, მეორე კომპონენტი კი მიგრალური სარქელის დახურვას;
- გ) I ტონის მიგრალურ და ტრიკუსპიდულ კომპონენტებს შორის ინტერვალის გამრდა მისი შემადგენელი კომპონენტების თანმიმდევრობის შენარჩუნებით, ყველაზე ხშირად აღინიშნება ჰისის კონის მარჯვენა ფხის სრული ბლოკადის დროს;
- დ) I ტონის გახლენა მისი შემადგენელი კომპონენტების თანმიმდევრობის გაღანაცვლებით ყველაზე ხშირია მძიმე მიგრალური სტენომისა და მარცხენა წინაგულის მიქსომის დროს;
- ე) I ტონის გახლენა მისი შემადგენელი კომპონენტების თანმიმდევრობის გაღანაცვლებით შეიძლება აღინიშნოს ჰისის კონის მარცხენა ფხის სრული ბლოკადის არსებობისას.

89. II ტონის ე.წ. "ფიქსირებული გახლენის" ფენომენის დაფიქსირებას დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდეგი პათოლოგიის დიაგნოსტიკისთვის:

- ა) მიგრალური სარქელის ნაკლოვანება;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტი;
- *გ) წინაგულთაშუა ძგიდის გავრცელებული ღეფექტი;
- დ) აორტული ნაკლოვანება;
- ე) დია ბოტალის საღინარი

90. გულის II ტონის პარადოქსული გახლეჩა ასოცირებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა:

- ა) აორტული სტენოზი;
- *ბ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა;
- გ) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა;
- დ) მარცხენა პარკუჭის იშემია;
- ე) ჰიპერტენზია.

91. II ტონის აქცენტი ფილტვის არტერიაზე მოისმინება შემდეგი პათოლოგიების დროს:

- *ა) პულმონური ჰიპერტენზიის;
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიის;
- გ) აორტის კედლების გასქელების (სკლეროზირების);
- დ) აორტის სარქველების გასქელების (სკლეროზირების);
- ე) ფილტვის არტერიის ხერელის სტენოზის.

92. II ტონის აქცენტი აორტაზე მოისმინება შემდეგი პათოლოგიების დროს: 1). პულმონური ჰიპერტენზიის; 2). არტერიული ჰიპერტენზიის; 3). აორტის კედლების გასქელების (სკლეროზირების); 4). აორტის სარქველების გასქელების (სკლეროზირების); 5). ფილტვის არტერიის სტენოზის.

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

93. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან III ტონის შესახებ სწორია:

- ა) III ტონი, ჩვეულებრივ შესუსტებულია გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს;
- *ბ) III ტონის წარმოქმნას განაპირობებს პარკუჭების სწრაფი ავსების ფაზაში სისხლის ტურბულენტური მოძრაობა;
- გ) III ტონის წარმოქმნას განაპირობებს წინაგულების შეკუმშვის შედეგად განვითარებული სისხლის ტურბულენტური მოძრაობა;
- დ) III ტონის წარმოქმნას განაპირობებს წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის არსებობა.

94. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან III ტონის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ბავშვებში, ახალგაზრდებსა და ორსულებში III ტონის მოსმენა ნორმალური მოვლენაა;
- ბ) 40 წელს გადაცილებულ ადამიანებში III ტონის მოსმენა მიუთითებს პარკუჭების დიასტოლური ავსების სიჩქარის და მოცულობის გაზრდაზე;
- გ) მიტრალური სარქველის უკმარისობით განპირობებული III ტონი ყველაზე კარგად მოისმინება ამოსუნთქვისას, გულის მწვერვალზე, მარცხენა გვერდზე წოლისას;
- დ) სამკარიანი სარქველის უკმარისობით განპირობებული III ტონი ყველაზე კარგად მოისმინება ჩასუნთქვისას, მკერდის ძელის მარცხენა მხარეს, მახვილისებრ შორჩთან;
- *ე) გულის უკმარისობის ნიშნების კუპირების მიუხედავად, ჩვეულებრივ III ტონი მაინც მოისმინება.

95. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან ე.წ. გალების ხმიანობის შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) "გალების ხმიანობა" ყოველთვის მოისმინება მიტრალური ხერელის სტენოზის დროს;
- ბ) უფრო ხშირად, "გალების ხმიანობის" წარმოქმნის მიზეზი ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანებაა;
- *გ) მიტრალური სარქველის "გალების ხმიანობა" ყველაზე კარგად მოისმინება მკერდის ძელის მარცხენა - ქვემო კიდესთან;
- დ) "გალების ხმიანობა" მოისმინება დიასტოლის პერიოდში, II ტონის შემდეგ.

96. IV ტონი შეიძლება მოვისმინოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების არსებობისას, გარდა:

- ა) სისტემური არტერიული ჰიპერტენზიის;
- ბ) აორტული სტენოზის;
- *გ) მოციმციმე არიტმიის;
- დ) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის;
- ე) მიტრალური სარქველის მწვაველ განვითარებული ნაკლოვანების;
- ვ) მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდგომ.

97. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან ე.წ. განღვენის ტონის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) განღვენის ტონი მოისმინება სისტოლის დასაწყისში, უშუალოდ I ტონის შემდეგ;
- ბ) განღვენის ტონის აღმოცენების მიზეზი აორტისა და ფილტვის არტერიების სარქველების სტენოზი ან აორტისა და ფილტვის არტერიის დილატაციაა;
- გ) ანსხვავებენ აორტულ და პულმონურ განღვენის ტონებს;
- *დ) პულმონური განღვენის ტონი ძლიერდება ამოსუნთქვისას.

98. ფილტვისმიერი განღვენის ტონი სხვა მარჯვენამხრე აკუსტიკური ფენომენებისაგან განსხვავდება იმით, რომ ყველაზე კარგად მოისმინება: 1). მკერდის ძელის მარცხნივ მეორე ნეკნთაშუა სივრცეში; 2). ძლიერდება ამოსუნთქვისას; 3). ძლიერდება ჩასუნთქვისას.

- ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2.

99. ქვემოთ მოყვანილი ლებულებებიდან ატრიოვენტრიკულური სარქველების პროლაფსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შეიძლება განვითარდეს როგორც მარცხენა, ასევე მარჯვენა ატრიოვენტრიკულური სარქველების პროლაფსი;
- ბ) ატრიოვენტრიკულური სარქველების პროლაფსის განვითარებისას ადგილი აქვს ე.წ. პროლაფსის ხმიანობების წარმოშობას;
- გ) პროლაფსის ტაკუნე შეიძლება მოვისმინოთ როგორც იმოლირებულად, ასევე გვიან სისტოლურ შუილთან ერთად;

დ) პროლაფსის ხშიანობები ყველაზე კარგად მოისმინება მწვერვალზე და მკერდის ძვლის მარცხენა - ქველა წერტილში;
*ე) მიგრალური პროლაფსის ხშიანობების ინტენსივობა და I ტონთან დამოკიდებულება არ იცვლება სხვადასხვა მანევრების საპასუხოდ.

100. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - ფორმის მიხედვით არჩევენ შემდეგი გიპის შუილებს:1). კრემჩენლოს; 2). ლეკრემჩენლოს; 3). რომბისებურს.
*ა) ყველა ჩამოთვლილს;
ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 2, 3.

101. ჩასუნთქვისას შუილის ინტენსივობის გამრდა მიგვანიშნებს:1). მარჯვენა აგრიოვენტრიკული სარქელის პათოლოგიაზე;2). მარცხენა აგრიოვენტრიკული სარქელის პათოლოგიაზე;3). ფილგვის არტერიის სარქელის პათოლოგიაზე; 4). აორტის სარქელის პათოლოგიაზე.
ა) სწორია 1, 2, 3;
*ბ) სწორია 1, 3;
გ) სწორია 2, 3, 4.

102. ვალსალვის სინჯის ჩატარებისას აღინიშნება სისტოლური შუილის გაძლიერება. რომელი დაავადების არსებობაზე შეიძლება მიუთითებდეს ეს ნიშანი:1). მიგრალური სარქელის ნაკლოვანების; 2). მიგრალური პროლაფსის;3). აორტული სარქელის ნაკლოვანების; 4). ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის.
ა) ყველა ჩამოთვლილს;
ბ) სწორია 1, 2, 3;
*გ) სწორია 2, 4.

103. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - პანსისტოლური შუილი:1). აღმოცენდება I ტონთან ერთად და გრძელდება II ტონის დასასრულამდე;2). ძირითადად, კრემჩენლოს გიპისაა;3). შეიძლება განვითარდეს სამკარიანი ან ორკარიანი სარქელების ნაკლოვანებისას;4). ახასიათებს პარკუჭთაშუა ძგილის ლეფექტს.
ა) ყველა პასუხი სწორია;
ბ) სწორია 1, 2, 3;
გ) სწორია 1, 2, 4;
*დ) სწორია 1, 3, 4.

104. ამილნგრის ინჰალაციის შემდეგ აღინიშნა პანსისტოლური შუილის ინტენსივობის შემცირება, რომელი დაავადების არსებობაზე მიუთითებს ეს ნიშანი:1). ორკარიანი სარქელის ნაკლოვანების; 2). სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანების; 3). პარკუჭთაშუა ძგილის ლეფექტს.
ა) ყველა ჩამოთვლილზე;
*ბ) სწორია 1, 3;
გ) სწორია 1, 2;
დ) სწორია 2, 3.

105. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან მეზოსისტოლური შუილის შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:მეზოსისტოლური შუილი
ა) აღმოცენდება I ტონის შემდეგ, მცირე ინტენსივობით;
ბ) ხშირად რომბისებური გიპისაა;
*გ) შეიძლება განვითარდეს აორტის ან ფილგვის არტერიის სარქელების ნაკლოვანების დროს;
დ) შეიძლება განვითარდეს სისტოლური მოცულობის გამრდისას (ინტაქტური სარქელების შემთხვევაში);
ე) შეიძლება აღმოცენდეს ღვრილისებური კუნთების დისფუნქციის შედეგად განვითარებული მიგრალური ან სამკარიანი სარქელის უკმარისობის შემთხვევაში.

106. ამილნგრის სინჯის ჩატარებისას აღინიშნა მეზოსისტოლური შუილის ინტენსივობის გამრდა, რომელი დაავადების არსებობაზე მიუთითებს ეს ნიშანი:1). ფილგვის არტერიის ხვრელის სტენოზი; 2). აორტის ხვრელის სტენოზი;3). მიგრალური სარქელის ნაკლოვანება; 4). სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანება.
ა) ყველა ჩამოთვლილზე;
*ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 3, 4.

107. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - აღრეული სისტოლური შუილი:1). აღმოცენდება I ტონთან ერთად და გრძელდება შუა სისტოლამდე;2). დამახასიათებელია პულმონური ჰიპერტენზიის გარეშე მიმდინარე ორკარიანი სარქელის ნაკლოვანებისათვის;3). შეიძლება აღმოცენდეს პარკუჭთაშუა ძგილის მცირე ლეფექტის არსებობისას;4). შეიძლება აღმოცენდეს პულმონური ჰიპერტენზიით მიმდინარე პარკუჭთაშუა ძგილის დიდი ლეფექტის არსებობისას.
*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2, 3;
გ) სწორია 2, 4.

108. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან პრესისტოლური შუილის შესახებ სწორია:1). პრესისტოლური შუილის აღმოცენებისთვის აუცილებელი პირობაა სინუსური რიტმის არსებობა;2). შუილი აღმოცენდება წინაგულების დიასტოლის პერიოდში;3). სტენოზის ხარისხზე შუილის ხანგრძლივობაზე მეტად, მისი ინტენსივობა მეტყველებს;4). შუილი, ჩვეულებრივ, ლეკრემჩენლოს გიპისაა.
ა) სწორია 1, 2, 3;

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

109. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - მუდმივი (უწყვეტი სისტოლურ-დიასტოლური) შუილი:1). იწყება სისტოლაში, მაქსიმუმს აღწევს II ტონთან მიხლეობისას და გრძელდება მთელი დიასტოლის განმავლობაში;2). რომბისებური (კრემზენლო - ლეკრემზენლო) გიპისა;3). ვითარდება მამინ, როლესაც გულის მუშაობის მთელი ციკლის განმავლობაში აღვილი აქვს სისხლის შუნტირებას მაღალი წნევის არიდან (მაგ, აორტიდან) დაბალი წნევის არეში (მაგ, ფილგვის არტერიაში);4). ახასიათებს პარკუჭთაშუა ძგილის ლეფექტს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

110. უწყვეტი სისტოლურ-დიასტოლური შუილი ახასიათებს1). წინაგულთაშუა ძგილის ლეფექტს; 2). ებშტეინის ანომალიას;3). ღია ბოგალის საღინარს; 4).პარკუჭთაშუა ძგილის ლეფექტს.

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

111. პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა უკეთესად მოსმინება:

- ა) სისტოლის პერიოდში;
- ბ) დიასტოლის პირველ ნახევარში;
- გ) დიასტოლის ბოლოს;
- *დ) ზუსტად არ ემთხვევა გულის მუშაობის არცერთ ფაზას და ზოგჯერ მოსმინება გულის მუშაობის ორივე ფაზაში.

112. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: შუილისაგან განსხვავებით პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა

- ა) ზუსტად არ ემთხვევა გულის მუშაობის არცერთ ფაზას, ზოგჯერ მოსმინება როგორც სისტოლაში, ასევე დიასტოლაში;
- ბ) დროის ხანმოკლე მონაკვეთში შეიძლება მოვისმინოთ ხან სისტოლის, ხან დიასტოლის პერიოდში;
- გ) არამუდმივი ხასიათისაა, შეიძლება გაქრეს და შემდეგ კვლავ აღმოცენდეს;
- დ) არ ემთხვევა სარქველების მოსასმენ წერტილებს;
- *ე) სუსტდება სტეტოსკოპის დაჭერისას და სხეულის წინ გაღმობისას.

კლინიკური ელექტროკარდიოლოგია

113. მოსვენებით მდგომარეობაში გულის ყოველი უჯრედის:

- *ა) შიგნითა მელაპირი დამუხტულია უარყოფითად;
- ბ) შიგნითა მელაპირი დამუხტულია დადებითად;
- გ) შიგნითა მელაპირი დამუხტავია;
- დ) გარეთა მელაპირი დამუხტულია უარყოფითად;
- ე) გარეთა მელაპირი დამუხტავია.

114. მოსვენებულ მდგომარეობაში უჯრედის შიგნით:1). კალიუმის იონების კონცენტრაცია მეტია, ვიდრე უჯრედგარე სივრცეში;2). ნატრიუმის და კალციუმის კონცენტრაცია მეტია, ვიდრე უჯრედგარე სივრცეში;3). კალიუმის იონების კონცენტრაცია ნაკლებია, ვიდრე უჯრედგარე სივრცეში;4). ნატრიუმის და კალციუმის იონების კონცენტრაცია ნაკლებია ვიდრე უჯრედგარე სივრცეში.

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

115. მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის ყველაზე ხანმოკლე ფაზაა:

- *ა) 0;
- ბ) 1;
- გ) 2;
- დ) 3;
- ე) 4.

116. მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის ყველაზე ხანგრძლივი ფაზაა:

- ა) 0;
- ბ) 1;
- *გ) 2;
- დ) 3;
- ე) 4.

117. მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის "0" ფაზა განპირობებულია:

- ა) უჯრედში კალიუმის იონების შესვლით;
- *ბ) უჯრედის შიგნით ნატრიუმის იონების სწრაფი ნაკალით;

- გ) უჯრედის შიგნით კალციუმის იონების შესვლით;
- დ) უჯრედიდან კალციუმის იონების გამოსვლით;
- ე) უჯრედიდან ნატრიუმის იონების გამოსვლით.

118. მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის 2 ფაზა განპირობებულია:

- ა) უჯრედის შიგნით ნატრიუმის იონების სწრაფი შესვლით;
- *ბ) უჯრედის შიგნით ნატრიუმის და კალციუმის იონების ნელი ნაკალით;
- გ) უჯრედის შიგნით კალიუმის იონების შესვლით;
- დ) უჯრედიდან ქლორის იონების გამოსვლით;
- ე) უჯრედიდან ნატრიუმის იონების გამოსვლით.

119. იმპულსის გაგარების სინქარე განისაზღვრება: 1). მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის "0" ფაზის სინქარით და ამპლიტუდით; 2). მოსვენების გრანსმემბრანული პოტენციალის დონით; 3). მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის "2" ფაზის სინქარით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

120. იმპულსის გაგარების სინქარე ყველაზე ნაკლებია:

- *ა) AV კვანძში;
- ბ) პარკუჭების კუნთოვან უჯრედებში;
- გ) წინაგულეების კუნთში;
- დ) პურკინიეს სისტემაში.

121. იმპულსის გაგარების სინქარე ყველაზე მეტია:

- ა) AV კვანძში;
- ბ) პარკუჭების კუნთში;
- *გ) პურკინიეს სისტემაში;
- დ) წინაგულეების კუნთში.

122. AV კვანძი: 1). ახორციელებს იმპულსის გაგარების ფიზიოლოგიურ შეფერხებას, რაც განაპირობებს წინაგულეებსა და პარკუჭებში აგზნების ტალღის თანმიმდევრულ გავრცელებას; 2). ავტომატიზმის II რიგის ცენტრია; 3). ავტომატიზმის III რიგის ცენტრია.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3.

123. შეფარდებითი რეფრაქტურობის პერიოდი შეესაბამება მოქმედების გრანსმემბრანული პოტენციალის:

- ა) 0, 1, 2, 3 ფაზებს;
- ბ) "2" ფაზას;
- *გ) "3" ფაზას;
- დ) 2, 3 ფაზებს.

124. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი წინაგულეებში აგზნების ტალღის გავრცელებასთან მიმართებაში: 1).

წინაგულეებში აგზნების ტალღის გავრცელების მიმართულებაა - ზევადან ქვევით და ოდნავ მარცხნივ; 2). წინაგულეებში აგზნების ტალღის გავრცელების ხანგრძლივობა 0,1 წმ-ს აღწევს; 3). წინაგულეებში აგზნების ტალღის გავრცელების სინქარე 1000 მმ/წმ-ია; 4). ჯერ აღიგზნება მარცხენა წინაგული, შემდეგ მარჯვენა და ბოლოს ორივე ერთად.

- ა) სწორია მხოლოდ 1, 2;
- ბ) სწორია 3, 4;
- *გ) სწორია 1, 2, 3.

125. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი AV კვანძში აგზნების ტალღის გავრცელებასთან მიმართებაში: 1). AV კვანძში აგზნების გავრცელების სინქარე მიოკარდიუმის სხვა ნაწილებთან შედარებით დაბალია და 200 მმ/წმ-ს შეადგენს; 2). 180-220 შეკ/წმ-ზე მეტად სინუსური ან წინაგულოვანი რიგის განხორციელებისას შეიძლება განვითარდეს ნაწილობრივი ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა; 3). AV კვანძში ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებას (წინაგულეების რიგის 180-220 შეკ/წმ-ზე მეტად განხორციელებისას) დამცველობითი მნიშვნელობა აქვს; 4). 180-220 შეკ/წმ სისხლის წინაგულოვანი რიგის ფონზე ნაწილობრივი ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა მხოლოდ იმ შემთხვევაში ვითარდება, თუ ერთდროულად აღინიშნება AV კვანძის დისფუნქცია.

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

126. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი პარკუჭებში აგზნების ტალღის გავრცელებასთან მიმართებაში: 1). აგზნების ტალღის გავრცელების სინქარე პარკუჭების კუნთში - 400 მმ/წმ-ს, პურკინიეს სისტემაში კი 4000 მმ/წმ-ს შეადგენს; 2). ნორმაში აგზნება ორივე პარკუჭში 0,08-0,1 წმ-ში ვრცელდება; 3). პარკუჭების მიოკარდიუმში დეპოლარიზაციის ტალღა ვრცელდება ეპიკარდიუმიდან ენდოკარდიუმისკენ; 4). ჯერ აღიგზნება პარკუჭთაშუა ძგიდე, შემდეგ ორივე პარკუჭის უმეტესი ნაწილი (მწვერვალს, უკანა და გვერდითი კედლები), ბოლოს პარკუჭთაშუა ძგიდის და პარკუჭების ბაზალური ნაწილები.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

127. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). დეპოლარიზაციის ვექტორის მიმართულება ემთხვევა დეპოლარიზაციის მიმართულებას;2). დეპოლარიზაციის ვექტორის მიმართულება დეპოლარიზაციის მიმართულების საწინააღმდეგოა;3). რეპოლარიზაციის ვექტორის მიმართულება ემთხვევა რეპოლარიზაციის მიმართულებას;4). რეპოლარიზაციის ვექტორის მიმართულება რეპოლარიზაციის მიმართულების საწინააღმდეგოა.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

128. სტანდარტული ეკგ განხრებია:1). ორპოლუსიანი განხრები კილურებიდან; 2). ერთპოლუსიანი განხრები კილურებიდან;3). გულმკერდის განხრები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია ა, ბ;

*გ) სწორია 1;

დ) სწორია 3.

129. კოორდინატების ექვს ღერძიან სისტემაში (ბეილის მიხედვით) I განხრა მოთავსებულია:

*ა) ჰორიზონტალურად;

ბ) ვერტიკალურად;

გ) +30 გრადუსიანი კუთხით;

დ) -30 გრადუსიანი კუთხით.

130. კოორდინატების ექვს ღერძიან სისტემაში (ბეილის მიხედვით) avF განხრა მოთავსებულია:

ა) ჰორიზონტალურად;

ბ) ვერტიკალურად;

*გ) -30 გრადუსიანი კუთხით;

დ) +60 გრადუსიანი კუთხით.

131. კოორდინატების ექვს ღერძიან სისტემაში (ბეილის მიხედვით) II განხრა მოთავსებულია:

ა) ჰორიზონტალურად;

ბ) ვერტიკალურად;

*გ) +60 გრადუსიანი კუთხით;

დ) +30 გრადუსიანი კუთხით.

132. კოორდინატების ექვს ღერძიან სისტემაში (ბეილის მიხედვით) III განხრა მოთავსებულია:

ა) ჰორიზონტალურად;

ბ) ვერტიკალურად;

*გ) +120 გრადუსიანი კუთხით;

დ) -60 გრადუსიანი კუთხით.

133. avF განხრის ღერძი პერპენდიკულურია:

*ა) I განხრის;

ბ) II განხრის;

გ) III განხრის;

დ) avL განხრის.

134. avR განხრის ღერძი პერპენდიკულურია:

ა) I განხრის;

ბ) II განხრის;

*გ) III განხრის;

დ) avR განხრის.

135. გულის ელექტრული ღერძი ნორმულია, თუ ალფა კუთხე:

*ა) 30-69 გრადუსის ფარგლებშია;

ბ) 0-29 გრადუსის ფარგლებშია;

გ) 70-90 გრადუსის ფარგლებშია;

დ) 0-20 გრადუსის ფარგლებშია.

136. გულის ელექტრული ღერძი ჰორიზონტალურია, თუ ალფა კუთხე:

ა) 30-69 გრადუსის ფარგლებშია;

*ბ) 0-29 გრადუსის ფარგლებშია;

გ) 70-90 გრადუსის ფარგლებშია;

დ) 20-70 გრადუსის ფარგლებშია

137. გულის ელექტრული ღერძი გადახრილია მარჯვნივ, თუ ალფა კუთხე:

*ა) 91 - '180 გრადუსის ფარგლებშია;

- ბ) 0-29 გრადუსის ფარგლებშია;
- გ) 70-90 გრადუსის ფარგლებშია;
- დ) 0 - (-90) გრადუსის ფარგლებშია;
- ე) 0 - (-150) გრადუსის ფარგლებშია.

138. გულის ელექტრული ღერძი ნორმულია, თუ მაქსიმალური ამპლიტუდის R კბილი რეგისტრირდება:

- ა) I განხრაში;
- *ბ) II განხრაში;
- გ) III განხრაში;
- დ) avL განხრაში.

139. გულის ელექტრული ღერძი ვერტიკალურია, თუ მაქსიმალური ამპლიტუდის R კბილი რეგისტრირდება:

- ა) I განხრაში;
- ბ) II განხრაში;
- გ) III განხრაში;
- *დ) avF განხრაში.

140. გულის ელექტრული ღერძი ჰორიზონტალურია, თუ მაქსიმალური ამპლიტუდის R კბილი რეგისტრირდება:

- *ა) I განხრაში;
- ბ) II განხრაში;
- გ) III განხრაში;
- დ) avF განხრაში.

141. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია II განხრაში, R=S კომპლექსი კი აღინიშნება avL განხრაში, ალფა კუთხე უდრის:

- ა) +30 გრადუსს;
- *ბ) +60 გრადუსს;
- გ) +90 გრადუსს;
- დ) 0 გრადუსს.

142. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია avL განხრაში, R=S კომპლექსი კი აღინიშნება II განხრაში, ალფა კუთხე უდრის:

- ა) +30 გრადუსს;
- *ბ) -30 გრადუსს;
- გ) 0 გრადუსს;
- დ) +60 გრადუსს.

143. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია avF განხრაში, R=S კომპლექსი კი აღინიშნება I განხრაში, ალფა კუთხე უდრის

- *ა) +90 გრადუსს;
- ბ) -30 გრადუსს;
- გ) 0 გრადუსს;
- დ) +60 გრადუსს.

144. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია I განხრაში, R=S კომპლექსი კი აღინიშნება avF განხრაში, ალფა კუთხე უდრის

- ა) +90 გრადუსს;
- ბ) -30 გრადუსს;
- *გ) 0 გრადუსს;
- დ) +60 გრადუსს.

145. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია III განხრაში, R=S კომპლექსი აღინიშნება avR განხრაში, ალფა კუთხე უდრის

- ა) +90 გრადუსს;
- ბ) -30 გრადუსს;
- *გ) +120 გრადუსს;
- დ) +60 გრადუსს.

146. R კბილის ამპლიტუდა მაქსიმალურია avR განხრაში, R=S კომპლექსი აღინიშნება III განხრაში, ალფა კუთხე უდრის

- ა) +90 გრადუსს;
- *ბ) -150 გრადუსს;
- გ) +120 გრადუსს;
- დ) +60 გრადუსს.

147. გულის მობრუნებისას განივი ღერძის გარშემო, მწვერვალით წინ, სტანდარტულ განხრებში QRS კომპლექსი იღებს:

- ა) RS(I), RS(II), RS(III) ფორმას;
- *ბ) qR(I), qR(II), qR(III), ფორმას;
- გ) qRS(I), qRS(II), qRS(III), ფორმას;
- დ) QRS(I), QRS(II), QRS(III) ფორმას.

148. გულის მობრუნებისას განივი ღერძის გარშემო, მწვერვალით უკან, QRS კომპლექსი იღებს:

- *ა) RS(I), RS(II), RS(III) ფორმას;
- ბ) qR(I), qR(II), qR(III), ფორმას;

- გ) qRS(I), qRS(II), qRS(III), ფორმას;
- დ) QRS(I), QRS(II), QRS(III) ფორმას.

149. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია:1). გულმკერდის განხრები ეწოდებათ ერთპოლუსიან ფრონტალურ განხრებს, რომელთა მისაღებად აქტიურ ელექტროდს ათავსებენ გულმკერდის ზედაპირზე განსაზღვრულ წერტილებში;2). გულმკერდის განხრები ეწოდებათ ორპოლუსიან განხრებს, როდესაც ორივე ელექტროდი მთავსებულია გულმკერდის ზედაპირზე;3). ნების განხრები ეწოდებათ ერთპოლუსიან ფრონტალურ განხრებს, რომელთა მისაღებად აქტიურ ელექტროდს ათავსებენ გულმკერდის ზედაპირზე განსაზღვრულ წერტილებში;4). ნების განხრები ეწოდებათ ორპოლუსიან განხრებს, როდესაც ორივე ელექტროდი მთავსებულია გულმკერდის ზედაპირზე.

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

150. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან გულმკერდის განხრებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) გულმკერდის განხრები საშუალებას გვაძლევს გულის მუშაობა შევაფასოთ საგიტალურ სიბრტყეში;
- ბ) ამ განხრების უარყოფით ელექტროდს ვილსონის ელექტროდი ეწოდება;
- გ) V1_V2 განხრები თავსდება მარჯვენა პარკუჭის პროექციაზე;
- დ) V3_V4 განხრები თავსდება პარკუჭთაშუა ძგიდის პროექციაზე;
- ე) V5_V6 განხრები თავსდება მარცხენა პარკუჭის პროექციაზე.

151. საათის ისრის მოძრაობის მიმართულებით, განივი ღერძის გარშემო გულის მობრუნების ეკგ ნიშნებია:1). V6 და I სტანდარტულ განხრაში QRS კომპლექსს RS ფორმა აქვს; 2). გარდამავალი ზონა (R=S) V3 განხრიდან გადაინაცვლებს V4_V5 განხრისკენ;3). V6 და I სტანდარტულ განხრაში QRS კომპლექსს qR ფორმა აქვს;4). გარდამავალი ზონა (R=S) V3 განხრიდან გადაინაცვლებს V2 განხრისკენ.

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

152. საათის ისრის მოძრაობის საწინააღმდეგო მიმართულებით, განივი ღერძის გარშემო გულის მობრუნების ეკგ ნიშნებია:1). V6 და I სტანდარტულ განხრაში QRS კომპლექსს RS ფორმა აქვს;2). გარდამავალი ზონა (R=S) V3 განხრიდან გადაინაცვლებს V4_V5 განხრისკენ;3). V6 და I სტანდარტულ განხრაში QRS კომპლექსს avR ფორმა აქვს;4). გარდამავალი ზონა (R=S) V3 განხრიდან გადაინაცვლებს V2 განხრისკენ.

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

153. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან ე.წ. ღამაგებით განხრებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღამაგებით განხრები გამოიყენება იმ შემთხვევებში, როდესაც 12 განხრიანი ეკგ გამოკვლევა არასაკმარისად ინფორმატიულია;
- ბ) V7_V9 განხრები ვილსონის განხრებისაგან მხოლოდ აქტიური ელექტროდის გულმკერდის ზედაპირზე მთავსების ადგილების მიხედვით განსხვავდებიან;
- *გ) V7_V9 განხრები გამოიყენებიან მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის ინფარქტების საღიაგნოსტიკოდ;
- დ) D, A და I ნების განხრებია, რომლებიც გამოიყენებიან მთიკარდიუმის კუროვანი ღამიანეების საღიაგნოსტიკოდ, შესაბამისად, მარცხენა პარკუჭის უკანა, წინა-გვერდით და წინა-ზემო ნაწილებში.

154. პრეკარდიალური კარგოგრაფია (35 გულმკერდის ერთპოლუსიანი განხრა) გამოიყენება:

- ა) პარკუჭშიდა გამგარებლობის დარღვევის ხასიათის დასაზუსტებლად;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის სავარაუდო ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის;
- *გ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტების დროს მთიკარდიუმის ღამიანებული ნაწილის მოცულობის დასადგენად;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა ინფარქტების დროს მთიკარდიუმის ღამიანებული ნაწილის მოცულობის დასადგენად.

155. ნორმაში P კბილის ამპლიტუდა:

- *ა) 1,5-2,5 მმ;
- ბ) 2,5-3,5 მმ;
- გ) 3,5-4 მმ;
- დ) 0,5-1,5მმ.

156. ნორმაში P კბილის ხანგრძლივობა აღწევს:

- *ა) 0,1 წმ;
- ბ) 0,12 წმ;
- გ) 0,14 წმ;
- დ) 0,20 წმ.

157. ნორმაში P კბილი ყოველთვის დაღებითია:1). I, II სტანდარტულ განხრებში; 2). avF განხრაში; 3). V2_V6 გულმკერდის განხრებში; 4). avL განხრაში.

- *ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 3, 4.

158. ნორმაში P კბილი ყოველთვის უარყოფითია:

ა) I, II, III სტანდარტულ განხრებში;

*ბ) avR განხრაში;

გ) avR, V1 განხრებში;

დ) avR, avL, III განხრებში.

159. ნორმაში P კბილი:1). შეიძლება იყოს დადებითი, უარყოფითი და ორფაზიანი III და avL განხრებში;2). შეიძლება იყოს დადებითი და ორფაზიანი V1 განხრებში;3). შეიძლება იყოს დადებითი და ორფაზიანი V2 განხრებში;4). უარყოფითი და ორფაზიანი avR განხრაში.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4.

160. P კბილი ასახავს:1). წინაგულეების დეპოლარიზაციას; 2). წინაგულეების რეპოლარიზაციას;3). მარჯვენა წინაგულის დეპოლარიზაციას;4). მარცხენა წინაგულის დეპოლარიზაციას.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3, 4.

*გ) სწორია 1;

დ) სწორია 3.

161. ნორმაში P-Q(R) ინტერვალის ხანგრძლივობა:

ა) 0,08 - 0,12 წმ;

*ბ) 0,12 - 0,20 წმ;

გ) 0,10 - 0,20 წმ;

დ) 0,12 - 0,21 წმ.

162. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელი სწორი QRS კომპლექსთან მიმართებაში:1). QRS კომპლექსი წარმოდგენილია Q, R და S კბილებით და მათი ნებისმიერი კომბინაციით;2). Q არის R კბილის წინმდებარე უარყოფითი კბილი;3). R არის კომპლექსის დადებითი კბილი; 4). S არის R კბილის მომდევნო უარყოფითი კბილი.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

163. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან R კბილთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) V1_V2 განხრებში R კბილი ასახავს აგზნების ტალღის გავრცელებას პარაკუჭთაშუა ძგიდეში;

ბ) შინაგანი გადხრის ინტერვალის V6 განხრაში არ აღემატება 0,05 წმ-ს;

*გ) V4_V6 განხრებში R კბილი ასახავს აგზნების ტალღის გავრცელებას მხოლოდ მარცხენა პარაკუჭში;

დ) შინაგანი გადხრის ინტერვალის V1 განხრაში არ აღემატება 0,03 წმ-ს.

164. გულის ელექტრული ღერძის ნორმული მდებარეობისას:

*ა) RII>RI>RIII;

ბ) RI>RII>RIII;

გ) RIII>RII>RIII;

დ) RI>RIII>RII;

ე) RIII>RI>RII.

165. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი S კბილთან მიმართებაში:1). ნორმაში S კბილის ამპლიტუდა სხვადასხვა სხვადასხვა ეკგ განხრაში, მაგრამ არ აღემატება 20 მმ-ს;2). გულის ელექტრული ღერძის ნორმული მდებარეობისას, სტანდარტულ და გაძლიერებულ ერთპოლუსიან განხრებში ყველაზე მცირე ამპლიტუდის S კბილი აღინიშნება avR განხრაში;3). გულმკერდის განხრებში S კბილის ამპლიტუდა V1-დან V4 განხრაზე მცირდება, V5_V6 განხრაში კი შეიძლება საერთოდ არ ღარეგისტრირდეს.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

166. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი T კბილთან მიმართებაში:1). T კბილის ამპლიტუდა სტანდარტულ და გაძლიერებულ ერთპოლუსიან განხრებში არ აღემატება 5-6 მმ-ს, ამასთან T(I)<T(III);2). T კბილი ასახავს პარაკუჭების რეპოლარიზაციას;3). T კბილის ხანგრძლივობა 0,16-0,24 წმ-ია.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2,

*გ) სწორია 2, 3.

167. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია მცდარი ექსტრასისტოლების ცნებასთან მიმართებაში:

ა) წინაგულოვანი და კვანძოვანი ექსტრასისტოლებს მოჰყვებათ არაკომპენსატორული პაუზა;

ბ) პარაკუჭოვანი ექსტრასისტოლებს მოჰყვებათ კომპენსატორული პაუზა;

*გ) წინაგულოვანი და კვანძოვანი ექსტრასისტოლები არ იწვევენ SA კვანძის მოქმედების რეგულარობის დარღვევას;

დ) პარაკუჭებში აღმოცენებული ექსტრასისტოლა არ არღვევს SA კვანძის რიტმს.

168. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია მცდარი ექსტრასისტოლების ცნებასთან მიმართებაში:

- ა) ერთი ექტოპური კერიდან აღმოცენებულ ნაადრევ შეკუმშვებს უნიფოკალური (მონოტოპური) ექსტრასისტოლები ეწოდებათ;
- ბ) ორი ან მეტი ექტოპური კერიდან აღმოცენებულ ნაადრევ შეკუმშვებს მულტიფოკალური (პოლიტოპური) ექსტრასისტოლები ეწოდებათ;
- *გ) მულტიფოკალური (პოლიტოპური) ექსტრასისტოლების კერები აუცილებლად გულის სხვადასხვა ნაწილში, მაგ წინაგულებსა და AV კვანძში, ან AV კვანძში და პარაკუტებში უნდა მდებარეობდნენ;
- დ) უნიფოკალურ ექსტრასისტოლებს ერთნაირი ხანგრძლივობის შეჭილების ინტერვალი ახასიათებთ, მულტიფოკალური ექსტრასისტოლების შეჭილების ინტერვალი კი განსხვავდება ერთმანეთისგან.

169. წინაგულოვანი ექსტრასისტოლის კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ნაადრევი, განსხვავებული კონფიგურაციის დადებითი P კბილი, რომელსაც მოსდევს დომინანტური რიგმის იდენტური QRS კომპლექსი;
- ბ) წინაგულოვან ექსტრასისტოლას მოსდევს არაკომპენსატორული პაუზა;
- გ) თუ ექტოპური P კბილი აღმოცენდა მეტისმეტად ნაადრევად, ის შეიძლება ვერ გაგარდეს პარაკუტებამდე (ბლოკირებული წინაგულოვანი ექსტრასისტოლა);
- *დ) ნაადრევი P კბილის ხანგრძლივობა აუცილებლად აღემატება 0,1 წმ-ს.

170. კვანძოვანი და წინაგულოვანი ექსტრასისტოლების განმასხვავებელი კრიტერიუმებია:

- ა) არაკომპენსატორული პაუზა;
- ბ) QRS კომპლექსის ფორმა და ხანგრძლივობა;
- *გ) P კბილის ფორმა და მისი დამოკიდებულება QRS კომპლექსთან;
- დ) შეჭილების ინტერვალის ხანგრძლივობა.

171. პარაკუტოვანი ექსტრასისტოლის კრიტერიუმებია:1). ნაადრევი, გაფართოებული, დეფორმული კონფიგურაციის QRS კომპლექსი;2). პარაკუტოვან ექსტრასისტოლას მოსდევს კომპენსატორული პაუზა;3). ექტოპური P კბილი უარყოფითია და მოჰყვება QRS კომპლექსს;4). ექტოპური P კბილის ხანგრძლივობა აღემატება 0,1 წმ-ს.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3, 4.

172. ბლოკირებული წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია, სინუსური არიგმიისგან განსხვავებით, ხასიათდება:1). სუნთქვის ფაზებთან დაკავშირებით რიგმის თანდათანობითი გახშირებით და გაიშვიათებით;2). პარაკუტოვანი პაუზის უეცარი განვითარებით;3). მოკლე და გრძელი R-R და P-Q(R) ინტერვალების მონაცვლეობით.

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

173. სინუსური ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია:1). გულის რიგმის გახშირება 100-180 შეკ/წთ-მდე; 2). სწორი სინუსური რიგმის შენარჩუნება;3). P-Q(R) ინტერვალების ცვალებადობა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

174. სინუსური ბრადიკარდიის კრიტერიუმებია:1). გულის რიგმის გაიშვიათება 59-40 შეკ/წთ-მდე; 2). სწორი სინუსური რიგმის შენარჩუნება; 3). P-Q(R) ინტერვალების ცვალებადობა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

175. სინუსური არიგმიის კრიტერიუმებია:1). სუნთქვის ციკლთან დაკავშირებით R-R ინტერვალების მერყეობა 0,15 წმ-ზე მეტად;2). არარეგულარული 100-125 შეკ/წთ სიხშირის სინუსური რიგმი;3). P-Q(R) ინტერვალის მუდმივობა.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

176. სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მდგრადი სინუსური ბრადიკარდია;
- ბ) პერიოდულად არიგმიების განვითარება;
- გ) სინოატრიალური ბლოკადის არსებობა;
- *დ) ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის არსებობა;
- ე) ტაქიკარდია-ბრადიკარდიის სინდრომი.

177. სუპრავენტრიკულური რიგმის წამყვანის მიგრაციის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) რიგმის გახშირება 100-200 შეკ/წთ-მდე;
- ბ) ციკლიდან ციკლამდე P კბილის ფორმისა და პოლარობის თანდათანობითი შეცვლა;
- გ) P-Q(R) და R-R ინტერვალების ცვალებადობა;

დ) QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს.

178. პაროქსიზმული წინაგულოვანი ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია:1). ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი წინაგულოვანი ექსტრასისტოლა რეგულარული P-P ციკლით - 140-220 შკ/წთ;2). QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს;3). თუ წინაგულების რიგში ხშირია, ყველა წინაგულოვანი იმპულსი შეიძლება ვერ გაგარდეს პარაკუტებად (პაროქსიზმული წინაგულოვანი ტაქიკარდია ბლოკადით).

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

179. მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი წინაგულოვანი ექსტრასისტოლა არათანაბარი P-P ციკლით და ცვალებადი P-Q ინტერვალებით, შუკუმშვის სიხშირით 100/200 წთ-ში;

ბ) P კბილის ფორმის ცვალებადობა;

გ) ზოგიერთი წინაგულოვანი ექსტრასისტოლა შესაძლოა არ გაგარდეს პარაკუტებად;

დ) QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს;

*ე) P-P და P-R ინტერვალების ცვალებადობა დაკავშირებულია სუნთქვის ფაზებთან.

180. წინაგულების თრთოლვის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) წინაგულებში არსებული რომელიმე ერთი ექტოპიური კერა აღიგზნება მაღალი - 220-350 იმპ/წთ სიხშირით;

*ბ) პარაკუტოვანი პასუხი აუცილებლად არარეგულარულია;

გ) QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს;

დ) პარაკუტოვანი პასუხი შეიძლება იყოს რეგულარული - 1:1, 2:1, 3:1 და ა.შ.

181. წინაგულების ციმციმის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

*ა) წინაგულებში არსებული რომელიმე ერთი ექტოპიური კერა აღიგზნება მაღალი- 350-650 იმპ/წთ სიხშირით;

ბ) QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს;

გ) ციმციმის მსხვილი (F) ან წვრილი (f) ტალღები ცვლიან P კბილებს;

დ) პარაკუტოვანი რეაქცია უკიდურესად არარეგულარულია.

182. ტაქსისტოლური ფორმის მოციმციმე არიგმიის და წინაგულოვანი ტაქიკარდიის დიფერენცირებისას წინაგულოვანი ტაქიკარდიის სასარგებლოდ მეტყველებს:1). რეგულარული R-R ციკლი; 2). P კბილის არსებობა; 3). სწრაფი პარაკუტოვანი რიგში; 4). QRS კომპლექსის დეფორმულობა.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 2, 3.

183. სინუსური და წინაგულოვანი ტაქიკარდიების დიფერენცირებისთვის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმებია:1). გულის შუკუმშვის სიხშირის გამრდა 100 შკ/წთ და მეტად;2). უნიფოკალური P კბილები, რეგულარული P-P ციკლით;3). ნორმალური ფორმისა და ხანგრძლივობის QRS კომპლექსები.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3;

*გ) სწორი პასუხი არ არის.

184. გამომხტარი კვანძოვანი რიგის კრიტერიუმებია:1). ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი გამომხტარი კვანძოვანი შუკუმშვა რეგულარული, წუთში 60 შუკუმშვაზე ნაკლები სიხშირით;2). QRS კომპლექსი ნორმალური, კარდიალური რიგის დროს არსებული კომპლექსის მსგავსია;3). QRS კომპლექსი შეიძლება დეფორმული და გახანგრძლივებული იყოს.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3.

185. კვანძოვანი ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია:1). ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი კვანძოვანი ექსტრასისტოლა წუთში 100 შუკუმშვაზე მეტი სიხშირით;2). QRS კომპლექსის ფორმა ნორმალური კარდიალური რიგის დროს არსებული კომპლექსის მსგავსია;3). QRS კომპლექსი შეიძლება დეფორმული და გახანგრძლივებული იყოს;4). ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი კვანძოვანი ექსტრასისტოლა 60-100 შუკ/წთ სიხშირით.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 3, 4.

186. ბრადისისტოლური ფორმის, წერილგაღლოვანი მოციმციმე არიგმიისა და გამომხტარი კვანძოვანი რიგის დიფერენცირებისას კვანძოვანი რიგის სასარგებლოდ მეტყველებს:

ა) შეუცვლელი QRS კომპლექსი;

*ბ) თანაბარი R-R ციკლი;

გ) I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ნიშნები;

დ) პისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადის ნიშნები;

ე) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

187. გამომხატარი პარკუჭოვანი რიგმის კრიტერიუმებია:1). ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა რეგულარული 40 შეკ/წთ და ნაკლები სიხშირით;2). გაფართოებული და დეფორმული QRS კომპლექსები;3). ექტოპიური P კბილის არ არსებობა;4). შეიძლება აღინიშნოს ნორმალური კარდიული რიგმის მსგავსი QRS კომპლექსების აღმოცენება.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4.

188. აჩქარებული პარკუჭოვანი რიგმის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა რეგულარული 40-100 შეკ/წთ სიხშირით;

*ბ) ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა არარეგულარული 40-100 შეკ/წთ სიხშირით;

გ) გაფართოებული და დეფორმული QRS კომპლექსები;

დ) ექტოპიური P კბილის არ არსებობა.

189. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა რეგულარული 100 შეკ/წთ და მეტი სიხშირით;

ბ) გაფართოებული და დეფორმული QRS კომპლექსები;

*გ) ერთმანეთის მიყოლებით აღმოცენებული 4-6 ან მეტი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა არარეგულარული 100 შეკ/წთ და მეტი სიხშირით;

დ) ექტოპიური P კბილის არ არსებობა.

190. პარკუჭების ციმციმის კრიტერიუმებია:1). პარკუჭებში არსებული 1 ან მეტი ექტოპიური კერა აღიგზნება რეგულარული 150-300 შეკ/წთ სიხშირით;2). პარკუჭებში არსებული მრავალი ექტოპიური კერა აღიგზნება რეგულარული 150-500 იმპ/წთ სიხშირით;3). პარკუჭებში არსებული მრავალი ექტოპიური კერა აღიგზნება ქაოსური რიგმით 150-500 იმპ/წთ სიხშირით;4). არ ფიქსირდება არც წინაგულთა აქტივობა და არც QRS კომპლექსები და მათთან ასოცირებული ST-S კბილები.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 4;

*გ) სწორია 3, 4.

191. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) AV-დისოციაციის განვითარებისას ადგილი აქვს ორი დამოუკიდებელი რიგმის წამყვანის ფუნქციონირებას, რომელთაგან ერთი (ლომინანტური) მათავსებელია AV კვანძში ან პარკუჭებში, მეორე კი სინოატრიალურ კვანძში ან წინაგულეებში;

ბ) AV დისოციაციის არსებობისას წინაგულეების და პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირე ან იდენტურია, ან პარკუჭები იკუმშებიან უფრო მაღალი რიგმით;

გ) სრული AV ბლოკადის დროს პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირე მნიშვნელოვნად დაბალია წინაგულეების შეკუმშვის სიხშირეზე;

*დ) სრული AV ბლოკადა და AV დისოციაცია სინონიმებია.

192. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი ცნება Torsades de Pointes-ის ცნებასთან მიმართებაში:1). Torsades de Pointes პარკუჭოვანი არიტმიების ერთ-ერთი სახეა; 2). Torsades de Pointes გულის თანდაყოლილი მანკია;3). Torsades de Pointes ხშირად ასოცირებულია Q-T ინტერვალის გახანგრძლივებასთან;4). ხშირად ვითარდება I ჯგუფის ანტიარითმული პრეპარატების მიღებისას.

*ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

193. აბერაციით მიმდინარე წინაგულეების თრთოლვის და ციმციმის კრიტერიუმებია:

*ა) დეფორმული და გაფართოებული QRS კომპლექსი, რომელიც ხანმოკლე შუალედით მოჰყვება გრძელ R-R ციკლს;

ბ) დეფორმული და გაფართოებული QRS კომპლექსი, რომელიც ხანგრძლივი შუალედით მოჰყვება გრძელ R-R ციკლს;

გ) დეფორმული და გაფართოებული QRS კომპლექსი, რომელიც ხანგრძლივი შუალედით მოჰყვება მოკლე R-R ციკლს;

დ) დეფორმული და გაფართოებული QRS კომპლექსი, რომელიც ხანმოკლე შუალედით მოჰყვება მოკლე R-R ციკლს.

194. აბერაციით მიმდინარე სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) გაფართოებული და დეფორმული QRS კომპლექსები აღმოცენდებიან სწრაფი რიგმით;

ბ) მათ წინ უსწრებს ან უკან მოჰყვება T კბილზე მდებარე ექტოპიური P კბილი;

*გ) ხშირად პარკუჭების რიგმი ღარღვეულია;

დ) აბერანტული QRS კომპლექსის საწყისი ნაწილი ისეთივე პოლარობისაა, როგორც ნორმალური გამგარობის დროს.

195. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი აბერაციის ცნებასთან მიმართებაში:1). აბერაცია ეწოდება QRS კომპლექსის ნორმალური კონფიგურაციიდან გადახრას;2). აბერანტული QRS კომპლექსი, ხშირად, ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადისას არსებული კომპლექსის მსგავსია;3). აბერაციის ხარისხი დამოკიდებულია ნორმალური და არანორმალური გზებით გატარებული დეპოლარიზაციის ტალღების რაოდენობრივ თანაფარდობაზე;4). აბერანტული QRS კომპლექსი, უპირატესად, ჰისის კონის მარცხენა ფეხის წინა ტოლის ბლოკადისას არსებული კომპლექსის მსგავსია.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 4.

196. წინაგულეების ციმციმის და თრთოლვის ფონზე აღმოცენებული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლის და აბერაციის სადიფერენციაციოდ მნიშვნელოვანია შემდეგი კრიტერიუმების ცოდნა:1). თუ გაფართოებული და დეფორმული QRS კომპლექსი მოკლე ინტერვალით მოჰყვება

გრძელ R-R ციკლს უნდა ვიფიქროთ აბერაციაზე;2). თუ ასეთივე კომპლექსი მოჰყვება მოკლე R-R ციკლს, სავარაუდოა პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლის არსებობა;3). მულტიფოკალური, გაფართოებული და ლეფორმირებული კომპლექსები მიუთითებენ პარკუჭოვან ექსტრასისტოლაზე.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორი პასუხი არ არის.

197. ეკგ-ზე აღინიშნება არათანაბარი P-P ციკლი, ცვალებადი PR ინტერვალებით და 178 შეკ/წთ სიხშირით. QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა 0,13 წმ-ია; P კბილების ფორმა ცვალებადობს, QRS კომპლექსები მცირედ ლეფორმულია. ავადმყოფს აღინიშნება შემდეგი არიგმია:

ა) პაროქსიმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია;

ბ) წინაგულების თრთოლვა;

გ) სინუსური არიგმია, აბერაციით;

*დ) მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდია აბერაციით;

ე) პარკუჭოვანი ტაქიკარდია.

198. ავადმყოფი მამაკაცი, 45 წლის პერიოდულად უჩივის გულის ფრიალს. ეკგ-რიგში სინუსური, არარეგულარული; პერიოდულად აღინიშნება ნაადრევი, ლეფორმული და გაფართოებული QRS კომპლექსების აღმოცენება, რომლებსაც მოჰყვება ინვერსიული P კბილი და არასრული კომპენსატორული პაუზა. ავადმყოფს აღინიშნება შემდეგი გიპის არიგმია:

ა) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგმია;

*ბ) კვანძოვანი ექსტრასისტოლური არიგმია აბერაციით;

გ) წინაგულოვანი ექსტრასისტოლური არიგმია აბერაციით;

დ) სინუსური არიგმია;

ე) სინუსური არიგმია აბერაციით.

199. II ხარისხის AV ბლოკადის (მობიგცის I გიპი) კრიტერიუმებია:1). რეგულარული P-P ციკლი; 2). P-R ინტერვალის პროგრესულად გახანგრძლივება, ვიდრე რომელიმე წინაგულოვანი იმპულსის გაგარება პარკუჭებამდე არ შეწყდება (ბლოკირებული P კბილი) და არ ჩაიწერება პარკუჭოვანი პაუზა;3). მუდმივი P-R ინტერვალი, ვიდრე არ მოხდება რომელიმე P კბილის ბლოკირება და განვითარდება პარკუჭოვანი პაუზა;4). ლეფორმული QRS კომპლექსების არსებობა.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 4.

200. წინაგულების თრთოლვის და ციმციმის ფონზე მაღალი ხარისხის AV ბლოკადის კრიტერიუმებია:1). წინაგულების თრთოლვის და ციმციმის დროს ეკგ-ზე ჩაიწერება ხანგრძლივი პარკუჭოვანი პაუზები;2). QRS კომპლექსის ფორმა ისეთივეა, როგორც რეგულარული კარდიალური რიგის დროს;3). პერიოდულად ჩაიწერება ბლოკირებული P კბილი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

201. ფრედერიკის სინდრომი:

ა) პარკუჭების ასისტოლის მიზეზით თავის გვირგვინის ჰიპოქსიის განვითარების შედეგად გამოწვეული ცნობიერების დაკარგვა და კრუნჩხვითი სინდრომის განვითარება;

*ბ) სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის და წინაგულების თრთოლვის ან ციმციმის შერწყმა;

გ) ხშირად ვითარდება სრული სინოაურიკულური ბლოკადის ფონზე;

დ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის თანდაყოლილი ანომალია.

202. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის სრული ბლოკადის ძირითადი ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) V1_V2 განხრებში (იშვიათად III, avF) rSR ან rsR გიპის QRS კომპლექსების არსებობა;

ბ) V5_V6 და I და avL განხრებში ფართე, დაკბილური S კბილის არსებობა;

გ) QRS კომპლექსის გახანგრძლივება 0,12 წმ-ზე მეტად;

დ) V1 (იშვიათად III) განხრაში RS-T სეგმენტის ლეპრესია და უარყოფითი ან ორფაზიანი ასიმეტრიული T კბილის არსებობა;

*ე) გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მკვეთრად მარცხნივ.

203. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის წინა გოგის ბლოკადის ნიშნებია:1). გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მკვეთრად მარცხნივ;2). I და avL განხრებში qR, III და avF განხრებში კი sR გიპის QRS კომპლექსის არსებობა;3). QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა აღემატება 0,12 წმ-ს.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

204. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის სრული ბლოკადის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

*ა) გულის ელექტრული ღერძი აუცილებლად გადახრილია მკვეთრად მარჯვნივ;

ბ) V5, V6, I და avL განხრებში QRS კომპლექსი გაფართოებული (0,12 წმ-ზე მეტად) და ლეფორმულია R კბილის დაკბილვის ან გაფართოების ხარჯზე;

გ) V5, V6, I და avL განხრებში აღინიშნება ST სეგმენტის ლეპრესია და უარყოფითი ან ორფაზიანი T კბილი;

დ) V1, V2, I და avF განხრებში QRS კომპლექსი გაფართოებული და ლეფორმულია S კბილის გაფართოების ან დაკბილვის ხარჯზე.

205. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის არასრული ბლოკადის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) I, avL, V5, V6 განხრებში მაღალი, გაფართოებული, ზოგჯერ დაკბილული R კბილი (V6 განხრებში S კბილი არ ფიქსირდება);
- ბ) III, avF, V1, V2 განხრებში ღრმა, გაფართოებული, ზოგჯერ დაკბილული S კბილი;
- გ) QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა 0,10_0,11 წმ-ის ფარგლებშია;
- *დ) I, avL, V5, V6 განხრებში უარყოფითი ან ორფაზიანი T კბილი;
- ე) გულის ელექტრული ღერძი უფრო ხშირად მარცხნივია გადახრილი.

206. ქვემოთ ჩამოთვლილი ეკგ პათოლოგიებიდან რომელი არ შეესაბამება ბიფასციკულური ბლოკადის ცნებას:

- ა) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის წინა გოგის და მარჯვენა ფეხის ბლოკადა;
- ბ) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის უკანა გოგის და მარჯვენა ფეხის ბლოკადა;
- გ) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ორივე გოგის ბლოკადა;
- *დ) ჰისის კონის რომელიმე ორი გოგის და I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

207. ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მიუთითეთ რომელია სწორი I ხარისხის სინოატრიალურ ბლოკადასთან მიმართებაში:

- ა) P-P ციკლი პროგრესულად მოკლდება მანამ, სანამ აღიძვრება პარკუჭოვანი პაუზა;
- ბ) პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე P-P ციკლი მუდმივია;
- *გ) I ხარისხის სინოატრიალური ბლოკადა ეკგ-ზე არ ფიქსირდება;
- დ) P-Q(R) ინტერვალი მუდმივია, მანამ სანამ არ აღიძვრება პარკუჭოვანი პაუზა.

208. ვენკენბახის II ხარისხის სინოატრიალური ბლოკადის კრიტერიუმებია:1). P-P ციკლი პროგრესულად მოკლდება მანამ, სანამ აღიძვრება პარკუჭოვანი პაუზა, რომლის დროსაც არ ფიქსირდება PQRST კბილები;2). პაუზის ხანგრძლივობა ნაკლებია წინა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობამდე;3). პაუზის ხანგრძლივობა მეტია წინა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობამდე;4). QRS კომპლექსი გულის რეგულარული რიტმის დროს არსებული კომპლექსის მსგავსია.

- *ა) სწორია 1, 2, 4;
- ბ) სწორია 1, 3, 4.

209. მობიტიცი II ხარისხის SA ბლოკადის კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე P-P ციკლი მუდმივია;
- ბ) პაუზის განმავლობაში არ ჩაიწერება არც P კბილი და არც QRS კომპლექსი;
- *გ) პარკუჭოვანი პაუზა ნაკლებია წინა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობამდე;
- დ) QRS კომპლექსი გულის რეგულარული რიტმის დროს არსებული კომპლექსის მსგავსია.

210. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის (WPW) სინდრომის კრიტერიუმია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სინუსური რიტმი, შემოკლებული P-Q(R) ინტერვალებით;
- ბ) დელტა ტალღის არსებობა;
- გ) სხვადასხვა სიფართის და კონფიგურაციის QRS კომპლექსები;
- დ) მიღრეკილება სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების აღმოცენებისას;
- *ე) მიღრეკილება პარკუჭოვანი ტაქიკარდიების აღმოცენებისას.

211. WPW სინდრომის დროს განვითარებული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დიფერენცირებისას მნიშვნელოვანია:

- ა) QRS კომპლექსის ფორმა და ხანგრძლივობა;
- ბ) R-R ციკლის რეგულარობა და სიხშირე;
- *გ) ექტოპიური P კბილების აღმოჩენა;
- დ) Q-T ინტერვალის ხანგრძლივობა.

212. WPW სინდრომის დროს განვითარებული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის და ამ სინდრომის ფონზე აღმოცენებული მოციმციმე არიტმიის დიფერენცირებისას მნიშვნელოვანია:1). QRS კომპლექსის ფორმა; 2). რეგულარული ან არარეგულარული R-R ციკლის არსებობა;3). ეკგ P კბილების აღმოჩენა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

213. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია არასწორი ლაუნ-ჰენონგ-ლევისის სინდრომთან (LGL) მიმართებაში:

- ა) LGL სინდრომი ვითარდება წინაგულებიდან პარკუჭებამდე დამატებითი გამტარი გზების ფუნქციონირებისას;
- ბ) LGL სინდრომის დროს P-Q(R) ინტერვალის ხანგრძლივობა 0,12 წმ-ზე ნაკლებია;
- გ) LGL სინდრომის დროს QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა და ფორმა ნორმის ფარგლებშია;
- *დ) LGL სინდრომი, ჩვეულებრივ, ვითარდება თირეოტოქსიკოზის ფონზე.

214. ეკგ-ზე აღენიშნება არათანაბარი 75-82 შეკ/წთ სიხშირის რიტმი, კომპლექსიდან კომპლექსამდე P კბილის ფორმა ცვალებადობს. აღინიშნება P-R ინტერვალის მცირედ გამოსხვავებული მერყეობა ავადმყოფს აღენიშნება შემდეგი ტიპის არიტმია:

- ა) სინუსური არიტმია;
- ბ) I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- *გ) რიტმის წამყვანის მიგრაცია;
- დ) მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდია;
- ე) II ხარისხის სინოატრიკულური ბლოკადა.

215. კლერკ-ლევი-კრიგესკოს სინდრომი (CLC) განსხვავდება ლაუნ-ჰენონგ-ლევის სინდრომისაგან იმით, რომ1). CLC არ არის დაკავშირებული დამატებითი გზების ფუნქციონირებასთან;2). CLC ვითარდება მოკარდიუმის ინფარქტის, თირეოტოქსიკოზის და ზოგიერთი სხვა პათოლოგიის დროს;3). CLC სინდრომის დროს აღინიშნება P-Q(R) ინტერვალის შემოკლება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

216. მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის და წინაგულში ბლოკადის დიფერენცირებისას, ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ მეტყველებს:

- ა) I, avL, V5, V6 განხრებში ორკუბიანი P კბილის არსებობა;
- ბ) II, III, avF განხრებში P კბილის ამპლიტუდის შემცირება - გადასწორებული P კბილი;
- გ) P კბილის ამპლიტუდის გაზრდა - 2,5მმ-ზე მეტად;
- *დ) P კბილის გახანგრძლივება 0,12 წმ-ზე მეტად.

217. ორივე წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) I, avL, V5-V6 განხრებში გაფართოებული და ორკუბიანი P კბილი;
- ბ) II, III, avF განხრაში წვეტიანი P კბილები;
- გ) III და avF განხრებში P კბილის ამპლიტუდა 2,5 მმ-ია;
- *დ) მამურის ინდექსი (P კბილის ხანგრძლივობის შეფარდება PQ სეგმენტთან) არ აღემატება 1,6-ს.

218. ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან რომლები ვითარდება მარცხენა პარაკუტის მკვეთრი ჰიპერტროფიის დროს (ზომიერ ჰიპერტროფიას ეს ნიშნები არ ახასიათებს)1). V5-V6 განხრებში კ კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, V1-V2 განხრებში კი S კბილის გაღრმავება;2). გულის მობრუნება სიგრიდოვანი ღერძის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის საწინააღმდეგო მიმართულებით;3). V5, V6, I და avL განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია და უარყოფითი ან ორფაზიანი T კბილი;4). V5-V6-ზე განხრებში შინაგანი გადახრის ინტერვალის გაზრდა 0,05 წმ-ზე მეტად.

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

219. მარცხენა პარაკუტის ჰიპერტროფიისას:1). I განხრაში R არანაკლებ 15მმ-ია; 2). avL განხრაში R არანაკლებ 11მმ-ია;3). avR განხრაში R არანაკლებ 7მმ-ია; 4). V5, V6 განხრებში R > 25მმ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

220. მარჯვენა პარაკუტის R ტიპის ჰიპერტროფიის ნიშნებია:1). V1 განხრაში Rs ტიპის QRS კომპლექსი;2). გულმკერდის ყველა განხრაში rS ან RS ტიპის QRS კომპლექსი;3). V1 განხრაში rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი; 4). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი.

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

221. მარჯვენა პარაკუტის S ტიპის ჰიპერტროფიის ნიშნებია:1). V1 განხრაში Rs ტიპის QRS კომპლექსი; 2). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი;3). RS ტიპის ან RS ტიპის QRS კომპლექსი გულმკერდის ყველა განხრაში;4). rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი V1 განხრაში.

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

222. მარჯვენა პარაკუტის RSR ტიპის ჰიპერტროფიის ნიშნებია:1). V1 განხრაში RS ტიპის QRS კომპლექსი; 2). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი;3). rS ან RS ტიპის QRS კომპლექსი გულმკერდის ყველა განხრაში;4). V1 განხრაში rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი.

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

223. მარჯვენა პარაკუტის მკვეთრი ჰიპერტროფიის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ (აღუა > +110 გრადუსი);
- ბ) III, avF, V1, V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია და უარყოფითი T კბილების წარმოქმნა;
- გ) V1 განხრაში შინაგანი გადახრის ინტერვალის გაზრდა 0,03 წმ-ზე მეტად;
- *დ) გულის ელექტრული ღერძის მობრუნება სიგრიდოვანი ღერძის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის საწინააღმდეგო მიმართულებით.

224. მარჯვენა და მარცხენა პარაკუტების ჰიპერტროფიისას, შესაბამისად, გულმკერდის მარჯვენა და მარცხენა განხრებში RS-T სეგმენტის და R(S) კბილის დისკორდანტული ცდომის მიზეზებია:

- ა) ჰიპერტროფიის შედეგად განვითარებული გულის უკმარისობა;
- ბ) ელექტროლიტური დისბალანსი;

- *გ) ჰიპერტოფიის შედეგად რეპოლარიზაციის პროცესის დარღვევა;
- დ) გულის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითება.

225. მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტოფიისას, ქვემოთ ჩამოთვლილი, რომელი ეკგ ნიშნები მიგვანიშნებენ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფიის არსებობაზე:1). V1-V2 განხრებში S კბილის გაღრმავება;2). გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მკვეთრად მარცხნივ ალფა=-30 გრადუსი;3). V5-V6 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა.

- *ა) ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

226. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტოფიისას, ქვემოთ ჩამოთვლილი, რომელი ეკგ ნიშნები მიგვანიშნებენ მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტოფიის შესაძლო არსებობაზე:1). გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ ალფა=+100 გრადუსი;2). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა ($R > 7\text{მმ}$);3). V1 განხრებში ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები;4). V1-V2 განხრებში ღრმა S კბილი.

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

227. მარცხენა პარკუჭის სისტოლური გადაძაბვის ნიშნებია:1). V5-V6 განხრებში RS-T სეგმენტის ღერძის და T კბილის ინვერსია;2). V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ღერძის და T კბილის ინვერსია;3). V5-V6 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა 35 მმ-ზე მეტად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 3;
- *ე) სწორია 1.

228. მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური გადაძაბვის ნიშნებია:1). V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ღერძის და T კბილის ინვერსია;2). მაპროვოცირებული ფაქტორის მოხსნის შემდეგ RS-T სეგმენტი და T კბილი სწრაფად უბრუნდება ნორმას;3). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა 7მმ-ზე მეტად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

229. მიოკარდიუმის იშემიის ეკგ ნიშნებია:

- *ა) T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები;
- ბ) RS-T სეგმენტის ცლომა იმოხაზს შემთხვევით;
- გ) Q კბილის ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის ცვლილებები;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი.

230. გულმკერდის განხრებში მაღალი წვეტიანი T კბილების ჩაწერა:1). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე;2). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სუბეპიკარდიულ, გრანსმურულ და ინტრამურულ იშემიაზე;3). ხშირად გვხვდება ახალგაზრდებში, რაც შესაძლოა ნორმის ვარიანტსაც წარმოადგენდეს;4). ხშირად ფიქსირდება ხანდაზმულ მამაკაცებში, რაც შესაძლოა ნორმის ვარიანტს წარმოადგენდეს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 2, 3, 4;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

231. გულმკერდის განხრებში უარყოფითი კორონარული T კბილის დაფიქსირება:1). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე;2). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიულ, გრანსმურულ და ინტრამურულ იშემიაზე;3). ნორმის ვარიანტია გულმკერდის მარჯვენა განხრებში ბავშვებში;4). ნორმის ვარიანტია გულმკერდის მარცხენა განხრებში ბავშვებში.

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

232. ორფაზიანი T კბილი, ჩვეულებრივ:1). ფიქსირდება იშემიური ბონის და ინტაქტური უბნის საზღვარზე;2). გულმკერდის მარჯვენა განხრებში მომარტებში, შესაძლოა, ნორმაშიც შეგვხვდეს;3). გულმკერდის მარჯვენა განხრებში ხანდაზმულ მამაკაცებში ნორმის ვარიანტია.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

233. გულმკერდის განხრებში ღერძისეული ან იმოლექტრული T კბილების ჩაწერა მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სუბეპიკარდიულ იშემიაზე;
- გ) ხშირად რეგისტრირდება ნორმაში, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკში;

დ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე.

234. მთოკარდიუმის იშემიური დაზიანების ეკგ ნიშანია:

- ა) T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები;
- *ბ) RS-T სეგმენტის ცლობა იზოხაზს ზევით ან ქვევით;
- გ) Q კბილის ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის ცვლილებები;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი.

235. გულმკერდის განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია მიუთითებს:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფიის არსებობაზე;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიული ან გრანსმურული იშემიური დაზიანების არსებობაზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიული იშემიის არსებობაზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის გრანსმურული იშემიური დაზიანების არსებობაზე.

236. გულმკერდის განხრებში RS-T სეგმენტის ღებრესია მიუთითებს:1). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიული იშემიური დაზიანების არსებობაზე;2). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიული იშემიური დაზიანების არსებობაზე;3). მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის გრანსმურული დაზიანების არსებობაზე.

- *ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 2, 3.

237. ST სეგმენტის ელევაცია და ღებრესია 0,5მმ-ით:1). ყოველთვის მიუთითებს მთოკარდიუმის იშემიური დაზიანების არსებობაზე;2).

შეიძლება ადინიზოს პრექტიკულად ჯანმრთელ პირებში;3). შეიძლება განვითარდეს სხვა კარდიალური პათოლოგიების არსებობისასაც.

- *ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 2.

238. მთოკარდიუმის ნეკროზის ძირითადი ეკგ ნიშანია:1). T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები;2). RS-T სეგმენტის ცლობა იზოხაზს ზევით ან ქვევით; 3). პათოლოგიური Q კბილი; 4). QS კომპლექსი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 3, 4.

239. გულმკერდის განხრებსა და I და avL განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება, მიუთითებს:

- ა) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ღიაფრაგმული (ქვედა) კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არაგრანსმურულ ინფარქტზე.

240. გულმკერდის განხრებსა და I, avL განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ღიაფრაგმული (ქვედა) კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არაგრანსმურულ ინფარქტზე.

241. III, avF და II განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ღიაფრაგმული (ქვედა) კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე.

242. III, avF და II განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ღიაფრაგმული (ქვედა) კედლის გრანსმურულ ნეკროზზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე.

243. V7-V9 განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება მიუთითებს:1). მარცხენა პარკუჭის უკანა-ღიაფრაგმული (ქვედა) კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;2). მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე;3). მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კედლის არაგრანსმურულ ნეკროზზე.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3.

244. V7-V9 განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს:1). მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;2). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე;3). მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის გრანსმურულ ინფარქტზე.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

245. V1, V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა შეიძლება აღინიშნოს:

- ა) მარჯვენა პარაკუტის ინფარქტის განვითარებისას;
- *ბ) მარცხენა პარაკუტის უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტის განვითარებისას;
- გ) მარცხენა პარაკუტის წინა-სეპტალური კედლის ინფარქტის განვითარებისას;
- დ) მარცხენა პარაკუტის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტის განვითარებისას.

246. მარცხენა პარაკუტის ტრანსმურული ნეკროზის სპეციფიური ეკგ ნიშანია:

- *ა) გულმკერდის განხრებში QS კომპლექსი;
- ბ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ლეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

247. მარცხენა პარაკუტის სუბეპიკარდიული ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS კომპლექსი;
- *ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ლეპრესია ან avR, V1, V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

248. მარცხენა პარაკუტის სუბენდოკარდიული ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;
- ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი, "კორონარული" T კბილი;
- *გ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის (ეპიკარდიულ) განხრებში ST სეგმენტის ლეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

249. მარცხენა პარაკუტის ინტრამურალური ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;
- ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში ST სეგმენტის ლეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- *დ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის გულმკერდის რამდენიმე განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

250. მთოკარდიუმის ინფარქტის უმწვავეს სტადიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) "იშემიური", "გიგანტური" T კბილი;
- ბ) ST სეგმენტის ელევაცია;
- გ) R კბილის ამპლიტუდის შემცირება;
- *დ) პათოლოგიური Q კბილი.

251. მთოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიას ახასიათებს:1). პათოლოგიური Q კბილი;2). RS-T სეგმენტის ელევაცია და მასთან შერწყმული დადებითი T კბილი - ე.წ. ერთფაზიანი მრული;3). RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი; 4). QS კომპლექსი.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

252. მთოკარდიუმის ინფარქტის ქვემწვავე სტადიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) პათოლოგიური Q კბილი;
- *ბ) RS-T სეგმენტის ლეპრესია;
- გ) უარყოფითი, კორონარული T კბილი;
- დ) QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი.

253. მთოკარდიუმის ინფარქტის ნაწიბუროვანი სტადიისთვის დამახასიათებელია:1). პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;2). T კბილის უმნიშვნელოდ გამოხატული ინვერსია; 3). გაღასწორებული T კბილი; 4). დადებითი T კბილი.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

254. მარცხენა პარაკუტის წინა-გვერდითი კედლის ინფარქტის ნიშნებია:1) I, avL, V5, V6, Q განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის QRS კომპლექსი;2) I, avL, V5, V6, Q (იშვითად II, V4) განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3) V1-V3 (ზოგჯერ III, avF) განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია (რეციპროკული ცვლილებები).

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

255. მარცხენა პარკუჭის წინა-სეპტალური კედლის ინფარქტის ნიშნებია:1) V1-V3, I, avL განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2) V3-V4 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი;3) V1-V3, I, avL განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

256. მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის ნიშნებია:1). V3-V4 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2). V3-V4 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3). III, avF განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

257. მარცხენა პარკუჭის წინა გავრცელებული ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:1) I, avL, V1-V6, A, D განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2) I, avL, V1-V6, A, D განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3) III, avF განხრებში RS-T სეგმენტის ღებრესია და დადებითი T კბილი.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1,3;
- დ) სწორია 2, 3.

258. მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქველა) კედლის ინფარქტის ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) III, avF, II განხრებში პათოლოგიური Q და QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;
- *ბ) III, avF, II განხრებში RS-T სეგმენტის ღებრესია და დადებითი T კბილი;
- გ) III, avF, II განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;
- დ) I, avF, V1-V4 განხრებში RS-T სეგმენტის ღებრესია და მაღალი, დადებითი T კბილი.

259. მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტის ნიშნებია:1). V7-V9 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2). V7-V9 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის ღებრესია და მაღალი დადებითი T კბილი;4). II, III, avF განხრებში Q კბილი ან QS კომპლექსი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

260. მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კედლის ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:1). III, II, avF, V5-V6, I, avL, D, Q განხრებში პათოლოგიური Q ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2). III, II, avF, V5-V6, I, avL, D, Q განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის ღებრესია და მაღალი, დადებითი T კბილი;4). V7-V9 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

261. მარცხენა პარკუჭის უკანა გავრცელებული ინფარქტის ნიშნებია:1). II, III, avF, V5, V6, V7-V9, D განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;2). II, III, avF, V5-V9, D განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი; 3) V1-V3 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის ღებრესია და დადებითი, მაღალი T კბილი; 4) V1-V3 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- *ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 2, 4.

262. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტი შედარებით ხშირად ვითარდება უკანა-დიაფრაგმული (ქველა) კედლის ინფარქტების დროს;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის იმოლირებული ინფარქტი, ჩვეულებრივ, 12 ეკგ განხრაში არ ვლინდება;
- გ) V3(R)-V4(R) განხრებში აღინიშნება პათოლოგიური Q კბილი, RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი კორონარული T კბილი;
- დ) V7-V9 განხრებში მოგვარ რეგისტრირდება რეცეპროკული ცელილებები;
- *ე) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის ფონზე აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებას ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს.

263. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი წინაგულეების ინფარქტთან მიმართებაში:1). წინაგულეების იმოლირებული ინფარქტი პრაქტიკულად არ ვითარდება;2). მარცხენა პარკუჭის ინფარქტის დროს პროცესის წინაგულეებზე გავრცელებისას ადგილი აქვს სხვადასხვა ტიპის წინაგულეოვანი არიტმიების და აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებას;3). ამ პათოლოგიის განვითარებისას სტანდარტულ, გაძლიერებულ ერთპოლუსიან ან გულმკერდის განხრებში შესაძლოა დაფიქსირდეს PQ სეგმენტის ღებრესია ან ელევაცია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1,3;
- დ) სწორია 2, 3.

264. მარცხენა პარკუჭის მაღალი-გვერდითი ინფარქტის სავარაუდო ლიაგნოზის დასადასტურებლად დამატებით იღებენ:

- ა) ნების განხრებს;
- ბ) V7-V9 განხრებს;
- *გ) V5-V6 განხრებს იღებენ ორი ნექნით მაღლა;
- დ) ლინის განხრას.

265. ეკგ-ზე V1 განხრაში აღინიშნება მაღალი R კბილი, R/S=1,2, ST სეგმენტის ღებრესია და უარყოფითი T კბილი. QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა ნორმის ფარგლებშია. სავარაუდო ეკგ დასკვნაა:

- ა) ეკგ ნორმის ვარიანტი;
- ბ) უკანა-ბაზალური ინფარქტი;
- *გ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია ან/და ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
- დ) უკანა-დიაფრაგმული ინფარქტი.

266. ეკგ-ზე V1 განხრაში აღინიშნება მაღალი R კბილი, R/S=1,5, ST სეგმენტის ღებრესია იზოხაზიდან 2მმ-ით ქვემოთ და დადებითი T კბილი. QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა ნორმის ფარგლებშია. ყველაზე უფრო სავარაუდო ეკგ დასკვნაა:

- ა) ეკგ ნორმის ვარიანტი;
- *ბ) უკანა-ბაზალური ინფარქტი;
- გ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

267. II, III და aVL განხრებში აღინიშნება ST სეგმენტის ელევაცია და დადებითი T კბილი (მონოფაზური მრუდი) შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტი განვითარდა:

- *ა) 12-24 საათის წინ;
- ბ) 24-72 საათის წინ;
- გ) 2 კვირის წინ;
- დ) 1 თვის წინ.

268. პოსტინფარქტული ნაწიბურის ადგილას განმეორებითი ინფარქტის განვითარებისას ეკგ-ზე აღინიშნება:1). Q კბილის გაღრმავება; 2). Q კბილის ადგილას QS კომპლექსის ჩამოყალიბება;3). ST სეგმენტის ელევაცია.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

269. მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კელის ინფარქტისას V1 განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია მიგვანიშნებს:

- ა) უკანა-ბაზალური კელის ინფარქტის განვითარებაზე;
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის განვითარებაზე;
- გ) წინა-სეპტალური კელის ინფარქტის განვითარებაზე;
- დ) უკანა-გავრცელებული ინფარქტის განვითარებაზე.

270. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის არსებობისას, მარცხენა პარკუჭის წინა-სეპტალური კელის არეში ინფარქტის განვითარების მაჩვენებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) V1, V2 (ზოგჯერ V3) განხრებში qR ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსის წარმოქმნა;
- ბ) V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და დადებითი T კბილი (მონოფაზური მრუდი);
- გ) V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი კორონარული (სიმეტრიული) T კბილი;
- *დ) V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ღებრესია და უარყოფითი, ასიმეტრიული T კბილი.

271. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის არსებობისას მარცხენა პარკუჭის წინა კელის არეში ინფარქტის განვითარების მაჩვენებელია:1). V1 და V2 განხრებში მაღალი დაკბილული R კბილი და ST სეგმენტის ღებრესია;2). V5-V6 განხრებში ღრმა S კბილის არსებობა;3). V3-V4 განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;4). V3-V4 განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი სიმეტრიული T კბილი.

- ა) სწორია 1, 2, 3;
- *ბ) სწორია 3, 4.

272. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის ფონზე მარცხენა პარკუჭის გვერდითი კელის არეში ინფარქტის განვითარების მაჩვენებელია:1). V5-V6 განხრებში Q კბილის გაღრმავების ხარჯზე QRS, Qr ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსის წარმოქმნა;2). V5-V6 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებური ელევაცია და დადებითი T კბილი (მონოფაზური მრუდი);3). V5-V6 განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი სიმეტრიული T კბილი.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

273. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის ფონზე მარცხენა პარკუჭის უკანა კელის ინფარქტის განვითარების მანევრებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) III, avF განხრებში qR ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსები;
- ბ) III, avF განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი, სიმეტრიული T კბილი;
- გ) V1 განხრაში მაღალ ამპლიტუდიანი R კბილი და დადებითი T კბილი;
- დ) avR განხრაში ST სეგმენტის ელევაცია და დადებითი ან ორფაზიანი T კბილი;
- *ე) III, avF განხრებში მაღალი წვეტიანი T კბილი.

274. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადის ფონზე მარცხენა პარკუჭის წინა და წინა-სეპტალური კელის არეში ინფარქტის განვითარების მანევრებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) V5, V6 განხრებში avR, QS ან qRS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;
- ბ) I და avL განხრებში S კბილის აღმაჯალი მუხლის დაკბილება;
- *გ) I, II, III, avL და V1 განხრებში QRS კომპლექსის გახანგრძლივება;
- დ) V1-V4 განხრებში R კბილის რეგრესი;
- ე) V1-V4 განხრებში ST სეგმენტის მნიშვნელოვანი ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

275. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადის ფონზე მარცხენა პარკუჭის გვერდითი კელის არეში ინფარქტის განვითარების მანევრებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) V5, V6, I, avL (ზოგჯერ V7-V8) განხრებში R კბილის ამპლიტუდის შემცირება;
- ბ) V5, V6, (ზოგჯერ V7, V8) განხრებში ღრმა და გაფართოებული S კბილი;
- გ) V5, V6 განხრებში QRS კომპლექსის გამოხატული დაკბილება;
- დ) V4-V6, I და avL განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია;
- *ე) V5-V6 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა.

276. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადის ფონზე მარცხენა პარკუჭის ქვედა კელის ინფარქტის განვითარების მანევრებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) II, III, avF განხრებში QRS კომპლექსის გამოხატული დაკბილება;
- ბ) II, III, avF განხრებში q კბილის არსებობა ან R კბილის აღრეული დაკბილება;
- გ) II, III, avF განხრებში მონოფაზური მრუდი;
- *დ) II, avF, I და avL განხრებში T კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- ე) avR განხრაში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;
- ვ) III, avF I და avL განხრებში უარყოფითი T კბილი.

277. გულის ანევრიზმის ეკგ ნიშნებია:

- ა) რამოდენიმე განხრაში QS კომპლექსის ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;
- ბ) რამოდენიმე განხრაში RS-T სეგმენტის ელევაცია, რომელიც თანდათან უბრუნდება ნორმას;
- *გ) ე.წ. "გაყინული" ეკგ - QS ტიპის კომპლექსი და RS-T სეგმენტის ელევაცია რჩება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში;
- დ) რამოდენიმე განხრაში RS-T სეგმენტის სტაბილური ღებრესია.

278. დაძაბვის სტენოკარდიის შეტევის დროს მიოკარდიუმის იშემიის ძირითადი ეკგ ნიშნებია:1). T კბილის სხვადასხვა ტიპის "იშემიური" ცვლილებები;2). RS-T სეგმენტის ღებრესია, რომელიც სწრაფად ნორმალიზდება სტენოკარდიის შეტევის კუპირებისას;3). RS-T სეგმენტის ღებრესია, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩება;4). RS-T სეგმენტის ელევაცია, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩება.

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

279. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელი მიესადაგება მიოკარდიუმის მწვავე იშემიის ცრურევერსიბელური ფორმის ცნებას:1). მიოკარდიუმის მწვავე იშემიის დროს არსებული "იშემიური" T კბილი სტენოკარდიული შეტევის შემდეგ დროებით უბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობას, მაგრამ რამოდენიმე ხნის შემდეგ კვლავ უარყოფითი ხდება და ინფარქტის დამახასიათებელი ცვლილებები ვლინდება ლინამიკაში;2). საწყის ეკგ-ზე არსებული სტაბილური, უარყოფითი T კბილი სტენოკარდიული შეტევის დროს გაღალის დადებით T კბილში, შეტევის მოხსნის შემდეგ კი კვლავ უარყოფითი ხდება;3). სტენოკარდიის შეტევის განვითარებისას RS-T სეგმენტის ღებრესიის მაგივრად აღინიშნება მისი ელევაცია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

280. გიდ-ის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე უფრო მგრძობიარე მეთოდია:

- ა) სიცივის სინჯი;
- ბ) დიპირიდამოლის სინჯი;
- *გ) ლობირებული ფიზიკური დატვირთვის სინჯი;
- დ) მასტერის სინჯი.

281. დაძაბვის სტენოკარდიის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე უფრო მგრძობიარე მეთოდია:

- ა) 24 საათიანი ეკგ მონიტორირება;
- *ბ) ლობირებული ფიზიკური დატვირთვის სინჯი;

- გ) ფარმაკოლოგიური სინჯები;
- დ) სიცხის სინჯი.

282. გილ-ის დიაგნოსტიკის ყველაზე ნაკლებ მგრძობიარე მეთოდია:

- ა) ველოერგომეტრული ლობირებული ფიზიკური დატვირთვის სინჯი;
- ბ) ტრემლიზზე ფიზიკური დატვირთვის სინჯი;
- *გ) 24 საათიანი ეკგ მონიტორინგის;
- დ) ტრანსემოფაგური ელექტროკარდიოსტიმულაცია.

283. დაძაბვის სტენოკარდიით შეპყრობილი ავადმყოფების 24 საათიანი ეკგ მონიტორინგისას ხშირად ვლინდება:

- *ა) ST სეგმენტის ღებრის ეპიზოდები;
- ბ) ST სეგმენტის ელევაციის ეპიზოდები;
- გ) სუპრავენტრიკულური არიტმიების ეპიზოდები;
- დ) მარცხენა პარკუჭის სისტოლური გადაძაბვის ეპიზოდები.

284. სტენოკარდიით შეპყრობილი ავადმყოფების 24 საათიანი ეკგ მონიტორინგის მეთოდის დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობაზე მოქმედებენ შემდეგი ფაქტორები: 1). გამოკვლევის პერიოდში ავადმყოფის აქტივობა; 2). მედიკამენტების მიღება; 3). ფიზიკური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

285. გილ-ის დიაგნოსტიკისთვის ლობირებული ფიზიკური დატვირთვის სინჯის სპეციფიურობა ყველაზე მაღალია:

- ა) ქალებში;
- ბ) ახალგაზრდა მამაკაცებში;
- *გ) საშუალო ასაკის და ხანდაზმულ მამაკაცებში;
- დ) ახალგაზრდა მწვეველ ქალებში.

286. ველოერგომეტრული სინჯის ჩატარების შეწყვეტის კლინიკური კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სტენოკარდიის შეტევის განვითარება;
- *ბ) არტერიული წნევის დაქვეითება საწყის მაჩვენებელთან შედარებით 5-10%-ით;
- გ) არტერიული წნევის გაზრდა 230/130 მმ.ვწყ.სვ. და მეტად;
- დ) ძლიერი ზოგადი სისუსტის განვითარება;
- ე) მკვეთრად გამოხატული ქოშინი;
- ვ) თავბრუსხვევის, ძლიერი თავის ტკივილის, გულის რევის შეგრძნების განვითარება.
- ზ) ავადმყოფის სურვილი შეწყვიტოს სინჯის ჩატარება;
- თ) გულის შეკუმშვის მაქსიმალური და სუბმაქსიმალური სიხშირის მიღწევა.

287. ფიზიკური დატვირთვისადმი ტოლერანტობას აფასებენ:

- *ა) ცლის შეწყვეტის მომენტში დატვირთვის სიმძლავრით - (მაქსიმალური დატვირთვის სიმძლავრე);
- ბ) ცლის შეწყვეტის მომენტში გულის ცემის სიხშირით;
- გ) ცლის შეწყვეტის მომენტში არტერიული წნევის ღირებით;
- დ) ცლის შეწყვეტის მომენტში ზოგადი თვითშეგრძნებით.

288. ველოერგომეტრული სინჯის ჩატარებისას იშემიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია (დადებითი ველოერგომეტრული სინჯი) - ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მოცემული ავადმყოფისათვის გიპური სტენოკარდიული შეტევის განვითარება;
- ბ) RS-T სეგმენტის ღებრის ან ელევაცია 1მმ-ზე მეტად;
- გ) არტერიული წნევის დაქვეითება 25-30%-ით;
- დ) R კბილის დაკბილება;
- ე) გულის რიტმისა და გამტარებლობის სხვადასხვა ტიპის დარღვევების განვითარება;
- *ვ) T კბილის გამოხატული ცვლილებები.

289. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი დიპირიდამოლის სინჯის ჩატარებასთან მიმართებაში: 1). დიპირიდამოლის სინჯის ჩატარება რეკომენდებულია ფიზიკური დატვირთვის სინჯის უკუჩვენების შემთხვევაში; 2). დიპირიდამოლის სინჯის ჩატარება ეფუძნება ამ პრეპარატისთვის დამახასიათებელ ე.წ. "მოპარვის ეფექტის" გამოვლინებას; 3). დადებითი დიპირიდამოლის სინჯის კრიტერიუმად ითვლება ეკგ-ზე RS-T სეგმენტის ღებრის ან ელევაციის გამოვლინება.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

290. მიგრალური სარქელის ნაკლოვანების არსებობისას ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *დ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

291. როული მიგრალური მანკის არსებობისას შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ეკგ ნიშნები:1). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორი 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

292. აორტული სტენოზის შემთხვევაში ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის სისტოლური გადაძაბვის ნიშნები;
- გ) პისის კონის მარცხენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები;
- დ) პისის კონის მარცხენა ფეხის სრული ბლოკადის ნიშნები;
- *ე) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

293. აორტული სარქველების ნაკლოვანების შემთხვევაში ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *გ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- დ) მარცხენა პარკუჭის სისტოლური გადაძაბვის ნიშნები;
- ე) პისის კონის მარცხენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები.

294. სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებისას ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი ეკგ ნიშანი, გარდა:

- ა) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *გ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- დ) პისის კონის მარჯვენა ფეხის სრული ან არასრული ბლოკადის ნიშნები.

295. კომბინირებული მიგრალურ-ტრიკუსპიდური მანკის (მიგრალური ხერხელის სტენოზის და სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება) ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *დ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

296. მწვავე ფილტვისმიერი გულის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) Q(III) - S(I) ნიშანი (QR(III) და RS(I));
- ბ) III, AVF, V1, V2 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;
- გ) I, avL, V5, V6 განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია;
- *დ) პისის კონის მარცხენა ფეხის სრული ან არასრული ბლოკადის ნიშნები;
- ე) მარჯვენა წინაგულის გადაძაბვის ნიშნები.

297. ქრონიკული ფილტვისმიერი გულის ადრეული სტადიის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საწყის მდებარეობასთან შედარებით გულის ელექტრული ღერძის 30 გრადუსით მარჯვნივ გადახრა;
- ბ) გულმკერდის მარჯვენა განხრებში გადასწორებული ან ორფაზიანი T კბილები;
- გ) II, III, avF განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია;
- დ) პისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის ნიშნები;
- *ე) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

298. ქრონიკული ფილტვისმიერი გულის გვიანი სტადიის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ;
- ბ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *დ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

299. ფილტვების ემოფემის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სტანდარტულ განხრებში დაბალვოლტაჟიანი ეკგ;
- *ბ) გულის მობრუნება სიგრძივი ღერძის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის საწინააღმდეგო მიმართულებით;
- გ) P(III)>P(II)>P(I);
- დ) V1 განხრაში მაღალი P კბილი;
- ე) გულმკერდის მარჯვენა განხრებში QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსები.

300. მწვავე პერიკარდიტის ყველაზე უფრო ტიპური ეკგ ნიშნებია:1). უმრავლეს ეკგ განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია;2). ამავე განხრებში რამოლენიმე დღეში T კბილის ინვერსია;3). დაბალვოლტაჟიანი ეკგ.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) მხოლოდ 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

301. მთავარი მითითების ყველაზე უფრო გიბიური ეკგ ნიშნები ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) რამოდენიმე ეკგ განხრამი RS-T სეგმენტის ლეპრესია და გადასწორებული ან უარყოფითი, სიმეტრიული ან არასიმეტრიული T კბილი;
- ბ) სხვადასხვა გიბის არიგმიების განვითარება;
- გ) სხვადასხვა გიბის ბლოკადის განვითარება;
- *დ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

302. ჰიპერტროფიული თბსტრუქციული კარდიომიოპათიის დროს ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:1). მარცხენა პარკუჭის წინა-სეპტალური კელის მწვავე ინფარქტის ნიშნები;2). მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კელის მწვავე ინფარქტის ნიშნები;3). მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კელის მწვავე ინფარქტის ნიშნები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

303. გულის სიმსივნეების დროს ყველაზე უფრო გავრცელებული ეკგ ცვლილებებია:1). წინაგულების ან/და პარკუჭების ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). ფსევდოინფარქტის ნიშნები;3). სხვადასხვა ხასიათის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის და სხვადასხვა გიბის პარკუჭშია გამგარობის დარღვევის ნიშნები;4). წინაგულების თროტოლვის ან ციმციმის ეკგ ნიშნები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

304. თავის გვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისას შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი ეკგ ცვლილებები, გარდა:

- ა) T კბილის ფორმისა და პოლარობის შეცვლა;
- *ბ) Q-T ინტერვალის შემოკლება;
- გ) RS-T სეგმენტის ლეპრესია ან ელევაცია;
- დ) U კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- ე) გულის რიგმის სხვადასხვა გიბის დარღვევები.

305. რეანიმაციულ განყოფილებაში შემოვიდა მამაკაცი - 42 წლის, ქალაგინის გრავით, უგონო მდგომარეობაში. ეკგ-რიგმი სინუსური, 85 შკ/წთ; P კბილის და QRS კომპლექსის ფორმა და ხანგრძლივობა ნორმის ფარგლებშია; I, II, III, avF, V4-V6 განხრებში აღინიშნება პათოლოგიური Q კბილი, ST სეგმენტის ლეპრესია და T კბილის ინვერსია, ამავე განხრებში U კბილის ამპლიტულა აღემატება 1,5 მმ-ს. Q-T ინტერვალის მკვეთრად გახანგრძლივებულია. ყველაზე სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) მარცხენა პარკუჭის გავრცელებული ინფარქტი;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კელის იშემიური დამიანება;
- *გ) თავის გვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა;
- დ) ელექტროლიტური დისბალანსი - ჰიპოკალემია;
- ე) უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კელის ინფარქტი.

306. ალკოჰოლური მიოკარდიოდისტროფიის დამახასიათებელი ნიშნებია:1). მაღალი წვეტიანი T კბილი; 2). გადასწორებული ან უარყოფითი T კბილი;3). RS-T სეგმენტის ლეპრესია; 4). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

307. თირეოტიკოსიკომის დროს გულის დამიანების უმთავრესი ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სინუსური ტაქიკარდია;
- *ბ) სინუსური ბრადიკარდია;
- გ) II, III განხრამი P კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- დ) II, III და გულმკერდის განხრებში T კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- ე) მოციმციმე არიგმია;
- ვ) RS-T სეგმენტის ლეპრესია და გადასწორებული, ორფაზიანი ან უარყოფითი T კბილი.

308. მიქსედემის დროს შეიძლება განვითარდეს შემდეგი ეკგ ცვლილებები:1). დიდიგულაგვიანი ეკგ; 2). სინუსური ბრადიკარდია;3). ST სეგმენტის ლეპრესია და უარყოფითი T კბილი;4). P-Q(R) და QT ინტერვალის გახანგრძლივება.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

309. ფეოქრომოციტომის დროს შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ეკგ ცვლილება, გარდა:

- ა) II, III avF განხრებში P კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *გ) P-Q ინტერვალის შემოკლება;
- დ) U კბილის ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ე) TP სეგმენტის ცლომა.

310. სიმსუქნის დროს ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ცვლილებები:1). გულის ელექტრული დერძის მარჯვნივ გადახრა;2). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის და გადაძაბვის ნიშნები;3). QRS კომპლექსის დაკბილება; 4). Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

311. კლიმაქტერული და დისჰორმონული მიოკარდიოდისტროფიის დროს ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:1). გადასწორებული, ორფაზიანი და უარყოფითი T კბილი (უპირატესად გულმკერდის განხრებში);2). RS-T სეგმენტის ლეპრესია; 3). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

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

312. ჰიპოკალიმიის და ჰიპოკალციემიის დიფერენცირებისას ამ უკანასკნელის არსებობაზე მიუთითებს:

- ა) Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება;
- ბ) RS-T სეგმენტის ლეპრესია;
- გ) უარყოფითი ან ორფაზიანი T კბილი;
- *დ) ნორმალური ფორმისა და პოლარობის T კბილი.

313. საგულე გლიკომილებით ინტოქსიკაციის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) RS-T სეგმენტის ვარცლისებური ლეპრესია და ორფაზიანი ან უარყოფითი T კბილი;
- *ბ) RS-T სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და დაღებითი წვეტიანი T კბილი;
- გ) ალორიტმიის ტიპის პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიტმიის განვითარება;
- დ) სინუსური ბრადიკარდია;
- ე) ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის შეფერხება.

314. T კბილის ამპლიტუდის შემცირება და U კბილი ამპლიტუდის გაზრდა ახასიათებს:

- ა) ჰიპერკალიმიას;
- *ბ) ჰიპოკალიმიას;
- გ) ჰიპერკალციემიას;
- დ) ჰიპოკალციემიას.

315. პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის არსებობისას შეიძლება აღინიშნოს შემდეგი ეკგ ცვლილებები:1). გულის ელექტრული დერძის გადახრა მარჯვნივ;2). მარცხენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები; 3). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). გულმკერდის მარცხენა განხრებში ღრმა Q კბილი.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

316. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის ეკგ ნიშნებია:1). გულის ელექტრული დერძის გადახრა მარჯვნივ $a=+120$ გრადუსი;2). მარჯვენა პარკუჭის გადაძაბვის და ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები;4). მოციმციმე არიტმიის ნიშნები.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

317. ღია ბოგალის სადინრის არსებობისას ეკგ-ზე აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარცხენა პარკუჭების ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები;
- გ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *დ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ე) მარცხენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები.

318. ფალოს ტეგრადის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული დერძის გადახრა მკვეთრად მარჯვნივ;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- გ) გულმკერდის მარჯვენა განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია;
- დ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები;
- *ე) მარცხენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები.

319. ფილტვის არტერიის იმპლირებული სტენოზის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული დერძის გადახრა მარჯვნივ;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები - qR და R ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი V1 განხრაში;
- გ) V1-V4 განხრებში RS-T სეგმენტის ლეპრესია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- დ) II, III, avF განხრებში მაღალი, წვეტიანი P კბილი;
- *ე) I, avL განხრებში P კბილის გახანგრძლივება.

320. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან დექსტროკარდიისთვის გიპურია:1). I სტანდარტულ განხრაში უარყოფითი PQRST კბილები;2). II განხრა შეესაბამება III-ს და პირიქით;3). V3-V6 განხრებში QRS კომპლექსისა და T კბილის ვოლტაჟის თანდათანობითი შემცირება.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

321. ჰიპოთერმიის ტიპური ეკგ ნიშნებია:1). გულის რიტმის გაიშვითება; 2). R-Q(R) და Q-T ინტერვალის შემოკლება;3). QRS კომპლექსის ST სეგმენტის გადასვლის ადგილის j კბილის გაჩენა;4). სხვადასხვა ტიპის არიტმიების აღმოცენება.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

322. ქვემოთ ჩამოთვლილი კარდიოსტიმულატორების ტიპებიდან ყველაზე ხშირად გამოიყენება:

ა) ემოფაგალური;

ბ) პერიკარდიული;

გ) მთოკარდიული;

დ) ენდოკარდიული წინაგულოვანი;

*ე) ენდოკარდიული პარაკუტოვანი.

323. მუშაობის რეჟიმის მიხედვით ყველაზე მარტივი სტიმულატორია:

*ა) იმპულსების ფიქსირებული სიხშირით მომუშავე (ასინქრონული);

ბ) მოთხოვნის მიხედვით მომუშავე (demand-ტიპი);

გ) წინაგულის აქტივობასთან სინქრონული (P-მართვადი);

დ) პარაკუტების აქტივობასთან სინქრონული.

324. გულის ელექტრული ღერძის მარჯვნივ გადახრის მიზეზია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ფილტვების ემფიზემა;

ბ) მარჯვენა პარაკუტის ჰიპერტროფია;

*გ) მარცხენა წინა ჰემიბლოკი;

დ) მარცხენა უკანა ჰემიბლოკი;

ე) დექსტროკარდია;

ვ) მარცხენა პარაკუტოვანი კარდიოსტიმულაცია.

325. გულის ელექტრული ღერძის მარცხნივ გადახრის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

*ა) მარცხენა უკანა ჰემიბლოკი;

ბ) ქველა კედლის გავრცელებული ინფარქტი;

გ) მარჯვენა პარაკუტოვანი კარდიოსტიმულაცია;

დ) მარცხენა პარაკუტის ჰიპერტროფია;

ე) WPW სინდრომის B ტიპი.

326. I და aVL განხრებში გაფართოებული და ორფაზიანი P კბილი ფიქსირდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების დროს, გარდა:

ა) მიტრალური სტენოზი;

ბ) რეგურგიტაციით მიმდინარე მიტრალური პროლაფსი;

გ) დილატაციური კარდიომიოპათია;

დ) მიტრალური ნაკლოვანება;

*ე) აორტული სტენოზი.

327. III და aVF განხრებში მაღალი წვეტიანი P კბილი აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის არსებობისას, გარდა:

ა) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია;

ბ) მარჯვენა წინაგულის მიქსომა;

გ) ფილტვების ქრონიკული არასპეციფიური პათოლოგიები;

*დ) მიტრალური ნაკლოვანება;

ე) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანება.

328. I, II, aVF განხრებში გაფართოებული, ორკუბიანი P კბილი აღინიშნება შემდეგი პათოლოგიების დროს:1). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფია;2). წინაგულშია გამტარებლობის შეფერხება;3). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფია.

ა) ყველა შემთხვევაში;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

329. მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ეკგ ნიშნები შეიძლება დაფიქსირდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის არსებობისას, გარდა:

ა) სინუსური ტაქიკარდია;

ბ) ჰიპოკალემია;

- გ) ასთენიური სინდრომი;
- *დ) მარცხენა წინაგულის მიქსომა;
- ე) ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები.

330. მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ეკგ ნიშნები შეიძლება დაფიქსირდეს შემდეგი პათოლოგიის არსებობისას:

- ა) სინუსური ტაქიკარდია;
- ბ) ჰიპოკალემია;
- გ) ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები;
- დ) მარჯვენა წინაგულის მიქსომა;
- *ე) მარცხენა წინაგულის მიქსომა.

331. P-Q(R) ინტერვალის გახანგრძლივების მიზეზი შეიძლება იყოს, ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გილ;
- ბ) საგულე გლიკოზიდების მიღება;
- გ) რევმატიზმი;
- *დ) LGL სინდრომი.

332. მარჯვენა პარკუჭის QRS ტიპის ჰიპერტროფია ყველაზე ხშირად აღინიშნება შემდეგი პათოლოგიების არსებობისას:

- ა) სამკარიანი ხერხელის სტენოზი;
- ბ) სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანება;
- *გ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი;
- დ) ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული პათოლოგია;
- ე) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი.

333. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია;
- ბ) აორტის ხერხელის სტენოზი;
- გ) აორტის სარქვლების ნაკლოვანება;
- დ) ილიოპათიური სუბორტული სტენოზი;
- ე) აორტის კოარქტაცია;
- *ე) სამკარიანი ხერხელის სტენოზი.

334. I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა შეიძლება იყოს:

- ა) ილიოპათიური;
- ბ) თანდაყოლილი;
- გ) გილ-ით გამოწვეული;
- დ) რევმატიზმის შედეგი;
- ე) წამლისმიერი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

335. II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის (2:1 გამტარობით) მიზეზი შეიძლება იყოს: 1). მწვავე რევმატიული კარდიტი; 2). საგულე გლიკოზიდები; 3). დიფტერია; 4). გილ.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

336. პარკუჭების ფიბრილაცია შეიძლება განვითარდეს ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ქირურგიული ჩარევით გამოწვეული ჰიპოქსიის შედეგად;
- ბ) ელექტრული შოკის შედეგად;
- გ) ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფონზე;
- დ) ჰიპოთერმიის დროს;
- ე) მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას;
- *ე) სრულიად ჯანმრთელ პირებში.

337. Q-T ინტერვალის შემოკლების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერკალიემია;
- *ბ) ჰიპოკალიემია;
- გ) ჰიპერკალციემია;
- დ) აცილოზი;
- ე) საგულე გლიკოზიდების მიღება.

338. Q-T ინტერვალის გახანგრძლივების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოკალემია, ჰიპოკალციემია, ჰიპომაგნემია;
- ბ) ჰიპოთერმია;
- გ) ზოგიერთი ანტიარითმიული პრეპარატის მიღება;
- *დ) ბეტა-ბლოკატორების მიღება;
- ე) თანდაყოლილი კარდიალური პათოლოგია;
- ვ) კარდიომიოპათია.

339. უარყოფითი უ კბილის აღმოცენების მიზეზი შეიძლება გახდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიგრალური ხერხელის სტენოზი და მარჯვენა პარაკუჭის ჰიპერტროფია;
- *ბ) შაქრიანი დიაბეტი;
- გ) საგულე გლიკოზიდების მიღება;
- დ) მარცხენა პარაკუჭის ჰიპერტროფია;
- ე) მიოკარდიუმის ინფარქტი და სტენოკარდია.

340. დაბალვოლტაჟიანი ეკგ ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მიქსედემას;
- ბ) პერიკარდიუმის ღრუში ექსულაციის ან გრანსულაციის დაგროვებას;
- გ) ფილტვების ემფიზემას;
- დ) პარაფარისებრი ჯირკვლების ჰიპოფუნქციას;
- *ე) თირეოტიკოზის კომას.

341. ვექტოროკარდიოგრაფიის მეთოდი განსაკუთრებით ფასეულია:

- ა) გულის რიტმის დარღვევების ანალიზისთვის;
- ბ) ატრიოვენტრიკულური გამგარებლობის ანალიზისთვის;
- გ) მიოკარდიუმის იშემიის გამოვლენისთვის;
- *დ) მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის.

გულის გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები

342. გულის გამოკვლევის არაინვაზიურ მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) რენტგენოგრაფია;
- ბ) ფონოკარდიოგრაფია;
- გ) ექოკარდიოგრაფია;
- დ) რადიონუკლიდური მეთოდები;
- *ე) ანგიოგრაფია;
- ვ) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი.

343. რენტგენოგრაფიულად გულის გამოკვლევა, ჩვეულებრივ, წარმოებს შემდეგ პოზიციებში: 1). პირდაპირ; 2). გვერდით; 3). პირველ (მარჯვენა წინა) ირიბ; 4). მეორე (მარცხენა წინა) ირიბ.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

344. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია მართებული რეტროკარდიალურ სივრცესთან მიმართებაში: 1). რეტროკარდიალური სივრცე 2-3 სმ სიფართის ნათელი ველია ხერხემლისა და გულსისხლძარღვთა ჩრდილებს შორის, რომელიც გამოისახება პირველ ირიბ პოზიციასში; 2). რეტროკარდიალური სივრცის მეტა ნაწილი ვიწროვდება მარცხენა წინაგულის გადილებისას; 3). მიგრალური მანკების დიაგნოსტიკისათვის მიმართავენ რეტროკარდიალური სივრცის გამოკვლევას საყლაპავში კონტრასტული ნივთიერების (ბარიუმის ფაფის) შეყვანით; 4). რეტროკარდიალური სივრცის ქვედა ნაწილი ვიწროვდება მარცხენა პარაკუჭის ჰიპერტროფიისას.

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

345. აორტის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისთვის ყველაზე ინფორმატიულია შემდეგი პოზიცია:

- ა) პირდაპირი;
- ბ) პირველი (მარჯვენა წინა) ირიბი;
- *გ) მეორე (მარცხენა წინა) ირიბი;
- დ) ყველა პოზიცია ერთნაირი ინფორმატიულობით ხასიათდება;
- ე) აორტის გამოკვლევა რენტგენოლოგიურად არ ხერხდება.

346. რენტგენოლოგიურად ნეკნების მეტაპირების უზურაცია დამახასიათებელია:

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტისათვის;
- ბ) პარაკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტისათვის;
- გ) ფალოს ტეტრადასთვის;
- *დ) აორტის კოარქტაციისთვის;
- ე) ღია ბოგალის სადინრისთვის.

347. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: ციფრობრივი ანგიოგრაფია:

- ა) საშუალებას იძლევა კონტრასტული ნივთიერება გამოვიყენოთ ჩვეულებრივ ანგიოგრაფიაზე გაცილებით ნაკლები დოზით;
- ბ) საშუალებას იძლევა მივიღოთ სისხლძარღვოვანი სტრუქტურების მკაფიო სურათი;
- *გ) არაინფორმატიულია სისხლძარღვოვანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისთვის;
- დ) გამოიყენება გულშიდა შუნტების, თანდაყოლილი მანკების დიაგნოსტიკისთვის;
- ე) გამოიყენება პარაკუჭების ფუნქციის და კორონარული ტრანსპლანტაციების გამაჯობის შესაფასებლად.

348. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: კომპიუტერული ტომოგრაფია:

- ა) საშუალებას იძლევა თხელი განივი ჭრილების სახით მივიღოთ სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის თანმიმდევრობითი გამოსახულება;
- ბ) საშუალებას იძლევა მივიღოთ ინფარქტის და იშემიის მონების მკაფიო გამოსახულება;
- გ) გამოიყენება გულის ანევრიზმის, გულშიდა თრომბების, აორტის და პერიკარდიუმის პათოლოგიების სადიაგნოსტიკოდ;
- დ) საშუალებას იძლევა შევავასოთ კორონარული გრანსპლანტაციების გამავლობა;
- *ე) გამოკვლევის ინვაზიური მეთოდია;

349. საუკლე ვენის პულსის მრუდი საშუალებას იძლევა შევავასოთ წნევის ცვლილებები:

- *ა) მარჯვენა წინაგულში;
- ბ) მარცხენა პარკუჭში;
- გ) აორტაში;
- დ) მარჯვენა პარკუჭში;
- ე) მარცხენა წინაგულში.

350. საძილე არტერიის პულსის მრუდი საშუალებას იძლევა შევავასოთ წნევის ცვლილებები:

- ა) მარჯვენა წინაგულში;
- ბ) მარცხენა პარკუჭში;
- *გ) აორტაში;
- დ) მარჯვენა პარკუჭში;
- ე) მარცხენა წინაგულში.

351. გულის მწვერვალის პულსის მრუდი საშუალებას იძლევა შევავასოთ წნევის ცვლილებები:

- ა) მარჯვენა წინაგულში;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭში;
- გ) აორტაში;
- დ) მარჯვენა პარკუჭში;
- ე) მარცხენა წინაგულში.

352. კაროტიდული პულსის მრუდის საშუალებით გამოთვლილი სისტოლური ინტერვალები: მპგლ (მარცხენა პარკუჭიდან გადმოსროლის დრო) - შემოკლებულია, პეპ (პრეექციური პერიოდი - QA2 - მპგლ) - გახანგრძლივებულია, პეპ/მპგლ - გაზრდილია. შეძლება ვივარაუდოთ, რომ ავადმყოფს აღენიშნება:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა;
- ბ) აორტის ხერეღის სტენოზი;
- გ) ჰიპერტროფიული თბსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- დ) ფილტვისმიერი გული.

353. კაროტიდული პულსის მრუდის საშუალებით გამოთვლილი მპგლ (მარცხენა პარკუჭიდან გადმოსროლის დრო) გახანგრძლივებულია. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ავადმყოფს აღენიშნება: 1). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა; 2). აორტის ხერეღის სტენოზი; 3). ჰიპერტროფიული თბსტრუქციული კარდიომიოპათია; 4). ფილტვისმიერი გული.

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

354. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი: 1). ფონოკარდიოგრაფიის საშუალებით შეიძლება მივიღოთ გულის ტონების და შუილების გრაფიკული გამოსახულება; 2). ფონოკარდიოგრაფიის მუსკი ანალიზის ჩასატარებლად ერთდროულად აწარმოებენ ეკგ გაღებებსაც; 3). ნორმაში I ტონის ამპლიტუდა ყველაზე დიდია მწვერვალზე, და მისი ყველაზე მაღალი ცენტრალური ნაწილი შეესაბამება S კბილს; 4). ნორმაში II ტონი ჩაიწერება T კბილის შემდეგ და მისი ამპლიტუდა ყველაზე მაღალია გულის ფუძეზე.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

355. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია: 1). ნორმაში, ფონოკარდიოგრაფიაზე I ტონი ჩაიწერება ერთდროულად გადაღებულ ეკგ-ს Q კბილის შემდეგ; 2). ნორმაში, ფონოკარდიოგრაფიაზე I ტონი ჩაიწერება ერთდროულად გადაღებულ ეკგ-ს S კბილის შემდეგ; 3). ნორმაში ინტერვალი Q-I ტონი 0,04-0,06 წმ-ია და შეესაბამება დროის შუალედს პარკუჭების აგზნებიდან მიგრალური სარქელის დახურვამდე; 4). მარცხენა წინაგულში წნევის გაზრდისას (მაგ. მიგრალური სტენოზის დროს) აღვილი აქვს Q-I ტონი ინტერვალის გახანგრძლივებას.

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

356. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: ფონოკარდიოგრაფიაზე:

- ა) III ტონი რეგისტრირდება ერთდროულად ჩაწერილ ეკგ-ს P კბილის დაფიქსირებამდე;
- ბ) IV ტონი რეგისტრირდება ერთდროულად ჩაწერილ ეკგ-ს P კბილის დაფიქსირების შემდეგ;
- *გ) ნორმაში II ტონი - III ტონი ინტერვალი 0,12-0,18 წმ-ია;
- დ) ნორმაში Q-I ტონი ინტერვალი 0,04-0,06 წმ-ია;
- ე) II ტონი - OS (მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობა) ინტერვალი 0,04-0,12 წმ-ს შეადგენს.

357. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი - ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევის ტიპები: 1). M-ექოკარდიოგრაფია; 2). ორგანომომილებიანი ექოკარდიოგრაფია; 3). დოპლეროექოკარდიოგრაფია; 4). კორონაროგრაფია.

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

358. ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია საშუალებას იძლევა:1). მივიღოთ გულის გამოსახულება 2 სიბრტყეში;2). რეალურ დროში შევაფასოთ კარდიალური სტრუქტურების მოძრაობა;3). განვსაზღვროთ სისხლის ღინების სისწრაფე და მისი ტურბულენტობა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3.

359. სხვა ექოკარდიოგრაფიული მეთოდებისაგან განსხვავებით დოპლეროექოკარდიოგრაფია საშუალებას იძლევა:1). მივიღოთ გულის გამოსახულება 2 სიბრტყეში;2). რეალურ დროში შევაფასოთ კარდიული სტრუქტურების მოძრაობა;3). განვსაზღვროთ სისხლის ღინების სისწრაფე და მისი ტურბულენტობა.

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

360. ექოკარდიოგრაფიის ინფორმაციულობა ნაკლებია:1). ბავშვებში გულის თანდაყოლილი პათოლოგიების გამოსაყენება;2). ხანდაზმულ, ფილგვეის ემფიზემით შეპყრობილ ავადმყოფებში;3). სიმსუქნით შეპყრობილ პაციენტებში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 1, 3.

361. ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევით გამოვლინდა ორკარიანი სარქელის აფრების გასქელება და მათი მოძრაობის შემდგომ, ამავე სარქელის ქორდები დამოკლებული და გასქელებულია. რომელი პათოლოგიის არსებობაზე მიუთითებენ ეს ნიშნები:1). მიგრალური სარქელის ნაკლოვანება; 2). მიგრალური სტენოზი; 3). მარცხენა წინაგულის მიქსომა; 4). მარცხენა წინაგულის თრომბი.

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

362. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:დოპლეროექოკარდიოგრაფიის საშუალებით:

- ა) დასტოვებული წნევის გრანსმიგრალური გრადიენტის სიჩქარის განსაზღვრა საშუალებას იძლევა საკმაოდ დიდი სიზუსტით დავადგინოთ მიგრალური სარქელის სანათურის ფართობი;
- ბ) შეიძლება შევაფასოთ მიგრალური სარქელის ნაკლოვანების მარცხენა წინაგულის დრუში სისტოლური ტურბულენტობის გამოხატულება და აქედან გამოვლინარე, რეგურგიტაციის ხარისხი;
- გ) დადგენილია - მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში გადასვლისას სისხლის მოძრაობის მაღალი სიჩქარე მიუთითებს აორტის ხერელის სტენოზის არსებობაზე;
- *დ) დადგენილია - მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში გადასვლისას სისხლის მოძრაობის დაბალი სიჩქარე მიუთითებს აორტული სარქელის ნაკლოვანებაზე.

363. ქვემოთ მოყვანილ დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ხელოვნური სარქელების ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა გაძნელებულია პროთეზების მაღალი ექოგენობის გამო;
- *ბ) ხელოვნური სარქელების დახურვა-გაღების პერიოდულობის დარღვევის დასადგენად მიზანშეწონილია დოპლეროექოკარდიოგრაფიის გამოყენება;
- გ) ხელოვნური სარქელების დახურვა-გაღების პერიოდულობის დარღვევის დასადგენად მიზანშეწონილია ფონოკარდიოგრაფიის და M-ექოკარდიოგრაფიის ერთდროული გამოყენება;
- დ) ექოკარდიოგრაფიის ინფორმაციულობა ნაკლებია მსუქან ავადმყოფებში.

364. ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია საშუალებას იძლევა:1). შევაფასოთ მარცხენა პარკუჭის ფუნქცია გიღით განპირობებული მიოკარდიუმის ასიმეტრიული შეკუმშვის დროს;2). მოვახდინოთ მარცხენა პარკუჭის მწვერვალის ყველაზე უფრო სრულყოფილი დათვალერება;3). მოვახდინოთ კარდიომიოპათიის დიაგნოსტიკა და განვსაზღვროთ მისი ტიპი;4). მოვახდინოთ გულის თანდაყოლილი მანკების დიაგნოსტიკა.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

365. ექოკარდიოგრაფია საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ:1). გულის და პერიკარდიუმის სიმსივნეების უმეტესობა;2). 5-10 მლ ოლენობის პერიკარდიული სითხე; 3). 15-20 მლ ოლენობის პერიკარდიული სითხე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 2.

366. გულის რადიომოტოპური მეთოდებით გამოკვლევის ჩვენებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) პარკუჭების სისტოლური და დიასტოლური ფუნქციების გამოკვლევის აუცილებლობა;

ბ) გულსშილა შუნტების ილენტიფიკაცია და რაოლენობრივი შეფასება;

გ) მთოკარლიუმის პერფუზიის შეფასება;

*დ) ენლოკარლიუმის პერფუზიის და სარქვლებზე ვეგეტაციების არსებობის დაღვენა;

ე) მთოკარლიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოსტიკა.

367. ქვემთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: რადიომოტოპური ვენტრიკულოგრაფია:

ა) გამოიყენება პარკუჭების სისტოლური და დიასტოლური ფუნქციის შესაფასებლად;

ბ) ტარდება რადიოაქტიური ინლიკატორის გექნიციუმ-99-ის ინტრავენურად შეყვანით, რომელიც უკავშირდება ერთოროციტებს;

*გ) მთოკარლიუმის ინფარქტის სადიაგნოსტიკოლ ყველაზე ინფორმატიული მეთოლია;

ღ) შეიღლება გამოიყენოთ ქრონიკული იშემიური ღავაღლების გამოსავლენად;

ე) საშუალებას იღლევა მოვახლინოთ მიგრალური სარქვლის ნაკლოვანების, პარკუჭთაშუა ძგიღის გაღლეჯის, პოსტინფარქტული ანევირიზმების დიაგნოსტიკა;

ვ) საშუალებას იღლევა მოვახლინოთ მარცხნიდან - მარჯვნივ და მარჯვნიდან _ მარცხნივ შუნტების დიაგნოსტიკა და შევავასოთ გაღმოსროლილი სისხლის რაოლენობა.

368. რადიომოტოპური ვენტრიკულოგრაფიოთ კორონარული სისხლძარღვების გამოხატული პათოლოგიის მიმანიშნებელი კრიტერიუმებია: 1). მაქსიმალური ფიზიკური ღაღვიროვისას გაღმოსროლის ფრაქციის 5%-ზე ნაკლებად გაზრდა; 2). პარკუჭების კელების ერთი ან რამოლენიმე უბნის პათოლოგიური რხევიოთი მოძრაობა; 3). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 1, 3.

369. ქვემთ მოყვანილი ღებულებებიდან ამოირჩიოთ სწორი პასუხი: 1). სცინტიგრაფია თალიუმ-201-ოთ გამოიყენება მთოკარლიუმის პერფუზიის შესაფასებლად; 2). თალიუმ-201-ის შეყვანიღან მცირე ღროში მთოკარლიუმის იშემიის, ნეკროზის და ფიბროზის უბნები გამოვლინღებიათ "ცივი ღაქების" სახიოთ; 3). სცინტიგრაფია თალიუმ-201-ოთ ხშირად გამოიყენება ფიზიკური ღაღვიროვიოთ პროფოციერებული იშემიის გამოსავლენად; 4). "ცივი ღაქები" გამოვლინღებიათ იმოტოპის შეყვანიღან ხანგრძლივი პერიოღის გასვლის შემღეგაც.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4;

ღ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.

370. ქვემთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სცინტიგრაფიის ჩაგარება თალიუმ-201-ოთ ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია იმ ავღმყოფებისთვის, რომლებსთვისაც იშემიის გამოსავლენად ეკგ გამოკვლევის ჩაგარება არასაკმარისად ინფორმატიულია;

ბ) "ცივი ღაქების" რიცხვი კოორელირებს შემღვოთში განვიოთარებული სტენოკარდიული შეტევეების რიცხვოთან;

*გ) სცინტიგრაფია თალიუმ-201-ოთ საშუალებას იღლევა მოვახლინოთ ძველი და ახალი ნეკროზული უბნების დიფერენციერება;

ღ) მთოკარლიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოსტიკისათვის თალიუმ-201-ოთ სცინტიგრაფიის სიზუსტე ნაკლებია სისხლის ფერმენტული ანალიზის სიზუსტეზე.

371. ამოირჩიოთ სწორი პასუხი - სცინტიგრაფია პიროფოსფატ-გექნიციუმ-99-ოთ: 1). მღღალინფორმატიული მეთოლია მთოკარლიუმის გრანსმურული ინფარქტების დიაგნოსტიკისათვის, თუ შენარჩუნებულია ნორმალური კორონარული სისხლის მიმოქცევის 10-40% მაინც; 2). მღღალინფორმატიული მეთოლია სუბენდოკარდიული ინფარქტების დიაგნოსტიერებისთვის; 3). მთოკარლიუმის ნეკროზის აღგიღას იწვევს ე.წ. "ცხელი ღაქების" წარმოქმნა; 4). ყველაზე უფრო ინფორმატიულია მთოკარლიუმის ინფარქტის განვიოთარებიღან 48-72 საათის გასვლის შემღეგ.

*ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 2, 4.

372. ქვემთ მოყვანილი ღებულებებიდან ბირთვეულ-მაგნიტურ რეზონანსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ბირთვეულ-მაგნიტური რეზონანსის უპირატესობა კომპიუტერულ ტომოგრაფიასოთან გამოიხატება იმაში, რომ ამ მეთოღის გამოყენებისას არ აქვს აღგიღი მაიოთებელ გამოსხივებას და არ არსებობს კონტრასტული ნივიოთერების შეყვანის აუცილებლობა;

ბ) ექოკარლიოგრაფიისგან განსხვავებით ბირთვეულ-მაგნიტური რეზონანსი საშუალებას იღლევა მივიღოთ გუღის გამოსახულება ნებისმიერ პროექციოთაში;

გ) ბირთვეულ მაგნიტური რეზონანსის ნაკლია, გამოკვლევის დიღი ხანგრძლივობა, სიღვირე, სხეუღის ნებისმიერი მოძრაობის ფიქსირება და პორტატული აპარატურის არარსებობა;

*ღ) ბირთვეულ-მაგნიტური რეზონანსის მეთოლიოთ მომუშავე სამეღციწოთ პერსონალში დიღია სხივეური ღავაღლების განვიოთარების რისკი.

373. გუღის ღრუების კათეგერიზაციოთ შეიღლება: 1). განვსაზღვროთ წინაგუღების და პარკუჭების სისტოლური და დიასტოლური წნევეები; 2). განვსაზღვროთ გუღის ერთი ნაწილიღან მეორეში ან სისხლძარღვებში სისხლის გაღასვლისას სარქვლებზე განვიოთარებული წნევის გრადიენტი; 3). მივიღოთ ინფორმაცია გუღის ღრუების ანაგომიური მონაცემების შესახებ; 4). მივიღოთ ინფორმაცია კორონარული სისხლძარღვების ანაგომიური მონაცემების შესახებ.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

374. კორონარული ანგიოგრაფიოთ შეიღლება: 1). განვსაზღვროთ გუღის წუთმოცულობის, სისტემური და პულმონური რეზისტენციობის მნიშენელობები; 2). მივიღოთ ინფორმაცია აორტის ანაგომიური თავისებურებების შესახებ; 3). მივიღოთ ინფორმაცია კორონარული

არტერიების ანატომიური თავისებურებების შესახებ;4). შევაფასოთ კორონარული სისხლის მიმოქცევის მოცულობა.

ა) სწორია 2, 3, 4;

*ბ) სწორია 3, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4.

375. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან გულის მარჯვენა ნაწილების კათეტერიზაციის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მედიცინის თანამედროვე ეტაპზე გულის მარჯვენა ნაწილების კათეტერიზაცია კარგად დამუშავებული და უსაფრთხო პროცედურაა;

ბ) გამოკვლევა წარმოებს ფლუოროსკოპიური ან კინოანგიოგრაფიული კონტროლით;

*გ) გამოკვლევა ტარდება ზოგადი ანესთეზიით;

დ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერი შეჰყავთ ბარდაყის ვენაში, საიდანაც თანმიმდევრობით ხედებიან მარჯვენა წინაგულში, მარჯვენა პარაკუჭსა და ფილგვის არტერიაში;

ე) ზოგჯერ გამოკვლევა ტარდება ფლუოროსკოპიური და კინოანგიოგრაფიული კონტროლის გარეშე - მხედველობასა და ტაქტილურ შეგრძნებებზე დაყრდნობით.

376. გულის მარცხენა ნაწილების კათეტერიზაციის მეთოდებია:1). რეტროგრადული არტერიული მიდგომა; 2). ტრანსსეპტალური მიდგომა;

3). წინა კანსტაგელითი მიდგომა.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.

377. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან - ტრანსსეპტალური მიდგომის შესახებ მართებულია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) გამოიყენება აორტის ხერეის მძიმე სტენოზის არსებობისას;

ბ) გამოიყენება ობსტრუქციული ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს;

გ) გამოიყენება აორტის ხელოვნური სარქველის არსებობისას;

*დ) გამოიყენება ხელოვნური სამკარიანი სარქველის არსებობისას;

ე) საშუალებას იძლევა გამოვიკვლიოთ მარცხენა წინაგული და პარაკუჭი.

378. ზემო და ქვემო ღრუ ვენების რენტგენოკონტრასტული ანგიოგრაფია გამოიყენება შემდეგი დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ:1).

კონსტრიქციული პერიკარდიტი; 2). ებშტეინის ანომალია;3). სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება; 4). ფალოს ტეტრადი; 5). პულმონური თრომბოემბოლია; 6). ფილგვის არტერიის თანდაყოლილი სტენოზი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3, 4;

დ) სწორია 5, 6.

379. მარჯვენა პარაკუჭის სელექტიური ვენტრიკულოგრაფია გამოიყენება შემდეგი დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ:1).

კონსტრიქციული პერიკარდიტი; 2). ებშტეინის ანომალია;3). სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება; 4). ფალოს ტეტრადი; 5). პულმონური თრომბოემბოლია; 6). ფილგვის არტერიის თანდაყოლილი სტენოზი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 3, 4;

დ) სწორია 5, 6.

380. ფილგვის არტერიის მთავარი ღეროს რენტგენოკონტრასტული ანგიოგრაფია გამოიყენება შემდეგი დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ:1).

კონსტრიქციული პერიკარდიტი; 2). ებშტეინის ანომალია;3). სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება; 4). ფალოს ტეტრადი; 5). პულმონური თრომბოემბოლია;6). ფილგვის არტერიის თანდაყოლილი სტენოზი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3, 4;

*დ) სწორია 5, 6.

381. მარცხენა პარაკუჭის სელექტიური ვენტრიკულოგრაფია გამოიყენება შემდეგი დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ:1).

მიგრალური ხერეის სტენოზი; 2). მიგრალური სარქველის ნაკლოვანება;3). მიგრალური პროლაფსი; 4). აორტის ხერეის სტენოზი;5). ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია; 6). მარცხენა პარაკუჭის ანევიზმა.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 3, 4, 5;

დ) სწორია 2, 5, 6.

382. მარცხენა პარაკუჭის ვენტრიკულოგრაფიის ანალიზით შეიძლება გამოვლინდეს:1).

მიოკარდიუმის აკინეზიის, ჰიპოკინეზიის ან დისკინეზიის უბნები;2). მარცხენა პარაკუჭის კედლისმიერი თრომბები;3). მარცხენა პარაკუჭის სისტოლური ან/და დიასტოლური მოცულობების ცვლილებები;4). აორტის აღმავალი ნაწილის ანევიზმა.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4.

383. აორტის აღმავალი ნაწილის რენტგენოკონტრასტული ანგიოგრაფიით შეიძლება განვსაზღვროთ:1).

ნაკლოვანების ხარისხი;2). აორგის ანევიზმის ლოკალიზაცია და მომები;3). მიგრალური სარქელის ნაკლოვანების ხარისხი;4). გულის სისტოლური მოცულობა და გადმოსროლის ფრაქცია.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 2, 3.

384. მარცხენა წინაგულის რენგენოკონტრასტული ანგიოგრაფია გამოიყენება შემდეგი დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ:1). მიგრალური სარქელის ნაკლოვანება; 2). მარცხენა წინაგულის თრომბოზი; 3). მარცხენა წინაგულის სიმსივნეები;4). სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

385. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან კორონარული ანგიოგრაფიის შესახებ, სწორია1). კორონარული ანგიოგრაფია გამოიყენება კორონარული არტერიების ანატომიური და ფუნქციური მახასიათებლების შესაფასებლად;2). სპეციალური კათეტერის და რენგენოკონტრასტული ნივთიერების შეყვანა შეიძლება მხრის არტერიიდან;3). სპეციალური კათეტერის და რენგენოკონტრასტული ნივთიერების შეყვანა შეიძლება ბარძაყის არტერიიდან;4). ერთდროულად სხვადასხვა პროექციებში ტარდება ფლუოროგრაფიული და კინოანგიოგრაფიული კვლევები.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 1, 2;

დ) სწორია 2, 4.

386. კორონარული არტერიოგრაფიის დროს ერგომეტრინის სინჯი საშუალებას გვაძლევს დავაზუსტოთ:

ა) მოსვენების სტენოკარდიის დიაგნოზი;

ბ) დაძაბვის სტენოკარდიის დიაგნოზი;

გ) "მუნჯი" იშემიის დიაგნოზი;

*დ) პრინციპტალის (ვარიანტული) სტენოკარდიის დიაგნოზი;

ე) მიოკარდიუმის წინა კედლის ინფარქტის დიაგნოზი;

ვ) მიოკარდიუმის უკანა კედლის ინფარქტის დიაგნოზი.

387. ყველაზე ნაკლები გართულებები ახასიათებს:1). გულის მარჯვენა ნაწილების კათეტერიზაციას;2). გულის მარცხენა ნაწილების კათეტერიზაციას - რეტროგრაული არტერიული მიდგომით;3). გულის მარცხენა ნაწილების კათეტერიზაციას - ტრანსკატეტალური მიდგომით;4). კორონარულ ანგიოგრაფიას.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 3;

*ე) სწორია 1.

388. მარცხენა პარკუჭის ანგიოგრაფიის ყველაზე უსაფრთხო მეთოდია:

*ა) რეტროგრაული არტერიული მიდგომა;

ბ) ტრანსკატეტალური მიდგომა;

გ) წინა კანსგავლითი მიდგომა;

დ) ხინის მეთოდი;

ე) ყველა მეთოდი ერთნაირად უსაფრთხოა.

389. გულის ღრუების ანგიოგრაფიით მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება გამოეთვალათ შემდეგი მახასიათებელი:1).

ენდ-სისტოლური მოცულობა;2). ენდ-დიასტოლური მოცულობა; 3). გადმოსროლის ფრაქცია;4). მიოკარდიუმის ბოჭკოების ცირკულური ღამოკლების საშუალო სიჩქარე;5). სისტემური და ფილტვისმიერი რემისტენცობა; 6). გულის წუთმოცულობა; 7). სარქელების ხერხელების სანათურის მომები და რეგურგიტაციის ხარისხი.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) ყველა პასუხი არასწორია.

390. კანსგავლითი ტრანსლუმინური კორონარული ანგიოგრაფია განსაკუთრებით ნაჩვენებია და ეფექტურია:

ა) კარდიოგენური შოკის განვითარებისას;

ბ) დაძაბვის სტენოკარდიის მძიმე ფორმით შეპყრობილი ავადმყოფებისათვის;

გ) პრინციპტალის სტენოკარდიით შეპყრობილი ავადმყოფებისათვის;

*დ) მძიმედ მიმდინარე მონოფასკულური პათოლოგიისას (როდესაც გილ-ის აღმოცენების მიზეზი ერთი რომელიმე კორონარული არტერიის დაზიანებაა);

ე) პოლიფასკულური პათოლოგიისას.

391. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). გულშია ეკგ-ის ჩასაწერად გამოიყენება სპეციალური კათეტერ-ელექტროდები, რომელთა მეშვეობით შეიძლება ამორჩევითად დავარეგისტრიროთ მარჯვენა წინაგულის, პარკუჭის და ჰისის კონის პოტენციალები;2). გულშია ელექტროსტიმულაციით ჩატარებული ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევები გამოიყენებიან რეფრაქტორული ტაქსარიტმიების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის;3). კათეტერული ელექტროდები გამოიყენებიან ელექტრული იმპულსით აგრიოვენტრიკულური

კვანძის და დამატებითი გამგარი გზების აბლაციისთვის.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3.

392. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). გრანსვენური გულშიდა ბიოფსია გარდება სპეციალური კატეგორიებით, რომელთა საშუალებითაც შეიძლება სუბენდოკარდიული ბიოფსიური მასალის აღება, როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა პარკუჭიდან;2). გულშიდა ბიოფსია განსაკუთრებით ინფორმატიულია ინფილტრაციული კარდიომიოპათიების სადიაგნოსტიკოდ;3). გულშიდა ბიოფსია ინფორმატიულია სხვადასხვა ტიპის ანთებითი პროცესების დიფერენცირებისათვის.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3.

კლინიკური ფარმაკოლოგია

393. ორგანიზმში შეყვანილი პრეპარატი განიცდის:1). აბსორბციას; 2). პლაზმასა და ქსოვილებში განაწილებას;3). მეტაბოლიზმს; 4). ორგანიზმიდან ელიმინაციას.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) არცერთი პასუხი არ არის სწორი.

394. ორგანიზმში პრეპარატის პარენტერალური შეყვანის გზებია:1). ინტრავენური; 2). ინტრამუსკულური; 3). გრანსლერმული; 4). კანქვეშა.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4.

395. პრეპარატის ენტერალური შეყვანის გზებია:1). პერორალური; 2). ინჰალაციური; 3). სუბლინგვალური; 4). რექტალური.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 1, 2, 3.

396. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). ბიომისაწვდომობა, ორგანიზმში არაინტრავენური გზით (მაგ. პერორალური) შეყვანილი პრეპარატის ის პროცენტული რაოდენობაა, რომელიც მიაღწევს სისტემურ ცირკულაციამდე;2). ერთი და იმავე ფარმაკოლოგიური ჯგუფის პრეპარატებს (მაგ. ნიტრატებს) ერთნაირი ბიომისაწვდომობა ახასიათებთ;3). პრეპარატის ბიომისაწვდომობა განისაზღვრება მისი დოზით;4). რაც ნაკლებია პერორალურად მიღებული პრეპარატის ე.წ. ღვიძლში პირველად გავლის მეტაბოლიზმი (ე.ი. რაც ნაკლებად მეტაბოლიზდება ღვიძლში პრეპარატი) მით მეტია მისი ბიომისაწვდომობა.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 4.

397. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სისხლში პრეპარატების გრანსპორტი ხორციელდება ცილების საშუალებით;

ბ) სისხლში პრეპარატების გრანსპორტი ძირითადად ხორციელდება პლაზმის ალბუმინის საშუალებით;

გ) პლაზმის ალბუმინს შეუძლია შეასრულოს რემერეგუარის როლი;

*დ) სისხლში პრეპარატების გრანსპორტი ხორციელდება გლობულონების საშუალებითაც;

ე) ჰიპოალბუმინემიის არსებობისას საჭიროა იმ პრეპარატის დოზის შემცირება, რომლის მიმართაც ალბუმინს დიდი მიზიდულობა ახასიათებს.

398. ნახევარდაშლის პერიოდი, ეს არის დრო, რომლის განმავლობაშიც:

ა) აბსორბირდება პერორალურად შეყვანილი პრეპარატის დოზის ნახევარი;

*ბ) ნახევარდება ორგანიზმში შეყვანილი პრეპარატის კონცენტრაცია პლაზმაში;

გ) გამოვლინდება პრეპარატის მაქსიმალური თერაპიული ეფექტის ნახევარი;

დ) ორგანიზმში შეყვანილი პრეპარატის ნახევარი მიუერთდება პლაზმის ალბუმინს;

ე) დრო, რომლის განმავლობაში პერორალურად მიღებული პრეპარატის ნახევარი მოხვდება სისტემურ ცირკულაციაში.

399. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) პლაზმის პროტეინებთან მიერთებული პრეპარატი ფარმაკოლოგიურად არააქტიურია;

ბ) ჰიპოალბუმინემიამ შეიძლება გამოიწვიოს პრეპარატის ეფექტის გაძლიერება;

გ) პლაზმის ალბუმინთან პრეპარატის დაკავშირება შექცევადი პროცესია;

დ) ალბუმინს ძლიერი მიზიდულობა ახასიათებს ანიონური და ჰიდროფობური პრეპარატების მიმართ;

*ე) ალბუმინს ძლიერი მიზიდულობა ახასიათებს ჰიდროფილური და ნეიტრალური პრეპარატების მიმართაც.

400. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან P - 450 სისტემის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) P - 450 ენზიმების ოჯახია, რომელიც თითქმის ყველა უჯრედში გვხვდება, მაგრამ განსაკუთრებით დიდი რაოდენობითა წარმოდგენილი ღვიძლში;

ბ) P - 450 მონაწილეობას მრავალი პრეპარატის მეტაბოლიზმში;

გ) ზოგიერთი პრეპარატი იწვევს P - 450-ის გააქტივებას;

დ) მრავალი პრეპარატი იწვევს P - 450-ის ინჰიბირებას;

*ე) P - 450 სისკემის ფერმენტები მოქმედებენ მხოლოდ ლიპოფილურ პრეპარატებზე.

401. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი:1). პრეპარატის ეფექტურობა - ამ პრეპარატის მაქსიმალური თერაპიული ეფექტია;2). პრეპარატის პოტენცია განისაზღვრება მოცემული პრეპარატის იმ დოზით, რომლითაც მიიღწევა მაქსიმალური თერაპიული ეფექტი;3). ერთნაირი ეფექტურობის ორ პრეპარატით ერთნაირი თერაპიული ეფექტის მისაღწევად შედარებით მაღალი პოტენციის პრეპარატის ნაკლები დოზა იქნება საჭირო;4). ერთნაირი ეფექტურობის ორ პრეპარატით ერთნაირი თერაპიული ეფექტის მისაღწევად შედარებით მაღალი პოტენციის პრეპარატის მეტი დოზით მიღება იქნება საჭირო.

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

402. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი:1). პრეპარატის თერაპიული ინდექსი განისაზღვრება ამ პრეპარატის ტოქსიური დოზის შეფარდებით ეფექტურ დოზასთან;2). რაც ვიწროა პრეპარატის თერაპიული ინდექსი, მით უფრო ნაკლებია ტოქსიური ეფექტის გამოვლენის საშიშროება;3). რაც ვიწროა პრეპარატის თერაპიული ინდექსი, მით მეტია ტოქსიური ეფექტის გამოვლენის საშიშროება.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

403. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). რეცეპტორი სპეციფიური სუბსტრატის ამომცნობი სტრუქტურაა;2). რეცეპტორები განლაგებული არიან სამიზნე ორგანოების უჯრედების მემბრანების ზედაპირზე;3). რეცეპტორებს არ ახასიათებთ სუბსტრატის მიმართ სპეციფიურობა;4). რეცეპტორების უმეტესობა ლიპიდურია;5). რეცეპტორების უმეტესობა ცილებია.

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

404. ამოირჩიეთ სწორი პასუხი:1). აგროპინი, 1 მგ-ზე ნაკლებ დოზებში იწვევს ბრადიკარდიას;2). აგროპინი, 1 მგ-ზე მეტ დოზებში იწვევს ტაქიკარდიას;3). თერაპიულ დოზებში აგროპინი არტერიულ წნევაზე არ მოქმედებს;4). აგროპინის გვერდითი ეფექტებია- პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა, ტაქიკარდია და ყაბზობა.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

405. ალფა1 - რეცეპტორების სტიმულაციით გამოწვეული ძირითადი ეფექტებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ვაზოკონსტრიქცია;
- *ბ) ნორეპინეფრინის (ნორადრენალინის) გამოყოფის ინჰიბირება;
- გ) პერიფერიული რემისგენტობის გაზრდა;
- დ) არტერიული წნევის მომატება;
- ე) მიდრიაზი;
- ვ) შარდის ბუშის შიგნითა სპინქტერის დახურვა.

406. ალფა2-რეცეპტორების სტიმულაციით გამოწვეული ძირითადი ეფექტებია:1). ვაზოკონსტრიქცია; 2). ნორეპინეფრინის (ნორადრენალინის) გამოყოფის ინჰიბირება;3). ინსულინის გამოყოფის ინჰიბირება; 4). არტერიული წნევის მომატება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 3.

407. ბეტა -1 რეცეპტორების სტიმულაციით გამოწვეული ძირითადი ეფექტებია:1). ტაქიკარდია; 2). ვაზოდილატაცია; 3). ლიპოლიზის გაძლიერება; 4). მთკარდიუმის კუმშვალობის გაზრდა; 5). ბრონქოდილატაცია.

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

408. ბეტა - 2 რეცეპტორების სტიმულაციით გამოწვეული ძირითადი ეფექტებია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ტაქიკარდია;
- ბ) ვაზოდილატაცია;
- გ) პერიფერიული რემისგენტობის შემცირება (მცირედ გამოხატული);
- დ) ბრონქოდილატაცია;
- ე) კუნთებსა და ღვიძლში გლიკოგენოლიზის გაძლიერება;
- ვ) საშვილოსნოს გლუვი კუნთების მოღუნება.

409. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). კარდიოლოგიურ პრაქტიკაში ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულატორები გამოიყენებიან, როგორც სწრაფად მოქმედი ინოტროპული საშუალებები;2). ფოსფოდიესტერაზა - III-ის ინჰიბიტორები აინჰიბირებენ ციკლური ამფ-ის დაშლას;3). ადრენერგული სტიმულატორების უმეტესობა (სხვადასხვა დოზებში) ასტიმულირებს, როგორც ალფა, ისე ბეტა - რეცეპტორებს;4). ზოგიერთი პრეპარატი ასტიმულირებს მხოლოდ ბეტა - რეცეპტორებს;5). ბეტა სტიმულატორების ხანგრძლივი (72 სთ და მეტი) გამოყენების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ამ რეცეპტორების „ქვერეგულაცია“ (რაოლენობის შემცირება);6). ბეტა - ბლოკატორების მცირე დოზით შეიძლება მოვახდინოთ ბეტა - რეცეპტორების „ზერეგულაცია“.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 4, 5;
- გ) სწორია 1, 2, 3, 5.

410. ქვემოთ მოყვანილი პრეპარატებიდან აღრენერგული რეცეპტორების სტიმულატორებია ყველა სწამოთვლილი, გარდა:

- ა) ეპინეფრინი (აღრენალინი);
- ბ) ნორეპინეფრინი (ნორაღრენალინი);
- გ) დობუტამინი;
- *დ) მილრინონი;
- ე) დოფამინი;
- ვ) იზოპროტერენოლი.

411. ქვემოთ მოყვანილი პრეპარატებიდან მხოლოდ ბეტა-რეცეპტორების სტიმულატორებია:

- ა) ეპინეფრინი (აღრენალინი);
- ბ) ნორეპინეფრინი (ნორაღრენალინი);
- გ) დობუტამინი;
- დ) მილრინონი;
- ე) დოფამინი;
- *ვ) იზოპროტერენოლი.

412. ქვემოთ მოყვანილი პრეპარატებიდან ფოსფოდიესტერაზა-III-ის ინჰიბიტორებია:1). ეპინეფრინი (აღრენალინი); 2). ნორეპინეფრინი (ნორაღრენალინი); 3). დობუტამინი; 4). მილრინონი; 5). დოფამინი;6). ამრინონი.

- *ა) სწორია 4, 6;
- ბ) სწორია 3, 6;
- გ) სწორია 1, 2, 4, 5.

413. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ალფა-ბლოკატორების უმეტესობა არასელექტიურია - ე.ი. აბლოკირებენ როგორც ალფა-1, ისე ალფა-2 აღრენორეცეპტორებს;2). ალფაბლოკატორებს აღენიშნებათ, როგორც ვენო, ასევე არტერიოდილატატორული ეფექტი;3). ალფაბლოკატორები მხოლოდ არტერიოდილატატორები არიან;4). პრაზომინი, დოქსამინი და გერამინი მიეკუთვნებიან ალფა-ბლოკატორებს.

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

414. ამირნით სწორი პასუხი: რემბრინი1). მცენარე რაუვოლფიას ალკალოიდა;2). იწვევს ნეირონებში ნორეპინეფრინის მარაგის გამოფიგვას და ამით სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის დაქვეითებას;3). ცენტრალური ალფა-2 აღრენობლოკატორია; 4). ხანგრძლივ მოქმედი პრეპარატია.

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

415. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ცენტრალური ანგიოპერტენზიული პრეპარატები გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და იწვევენ ცენტრალური ალფა 2 რეცეპტორების სტიმულაციას;2). ცენტრალური ანგიოპერტენზიული პრეპარატები გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და იწვევენ ცენტრალური ალფა 2 რეცეპტორების ბლოკირებას;3). ცენტრალური ანგიოპერტენზიული პრეპარატები არტერიულ წნევას ამცირებენ პერიფერიული რემისტენტობის შემცირების ხარჯზე;4). ცენტრალური ანგიოპერტენზიულიებიდან ყველაზე ნაკლები გვერდითი ეფექტები აღენიშნება მეთილდოფას (დოპეგის);5). ცენტრალური ანგიოპერტენზიულიებიდან შედარებით ნაკლები გვერდითი ეფექტები აღენიშნება კლონიდინს (კლოფელინს).

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

416. არასელექტიური ბეტა-ბლოკატორებია:1). პროპრანოლოლი (ანაპრილინი); 2). ნალოლოლი; 3). პინდოლოლი; 4). აცებუტოლოლი; 5). ათენოლოლი; 6). მეტოპროლოლი; 7). ლაბეტალოლი.

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

417. კარდოსელექტიური ბეტა-ბლოკატორებია:1). პროპრანოლოლი; 2). ნალოლოლი; 3). პინდოლოლი; 4). აცებუტოლოლი; 5). ათენოლოლი; 6). მეტოპროლოლი.

- ა) სწორია 1, 2, 3;
- *ბ) სწორია 4, 5, 6;
- გ) სწორია 3, 4, 6.

418. კარდოსელექტიური ბეტა-ბლოკატორებია:1). ნებისმიერ დოზებში აბლოკირებენ მხოლოდ ბეტა1-რეცეპტორებს;2). დიდ დოზებში აბლოკირებენ ბეტა2-რეცეპტორებსაც;3). გამოიყენებიან სტენოკარდიის და ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ;4). არასელექტიურ ბეტა-ბლოკატორებთან შედარებით ნაკლებად გამოხატული გვერდითი ეფექტები აღენიშნებათ.

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

419. ვამოდილატატორული ბეგა - ბლოკატორები:1). პროპრანოლოლი; 2). ნადოლოლი; 3). აცებუტალოლი;4). ლაბეტალოლი; 5). მეტოპროლოლი; 6). კარვედილოლი.

- *ა) სწორია 4, 6;
- ბ) სწორია 3, 5;
- გ) სწორია 1, 2, 6.

420. შინაგანი სიმპათომიმეგური აქტივობა:1). ახასიათებს აცებუტოლოლს და პინდოლოლს;2). გამოიხატება იმაში, რომ ასეთი პრეპარატები უკავშირდებიან ბეგა - რეცეპტორებს, მცირედ ასკიმიულირებენ მათ და ამით აინჰიბირებენ მათ სტიმულაციას ენდოგენური კატექოლამინებით;3). მიზეზია იმისა, რომ ასეთი პრეპარატები სხვა ბეგა - ბლოკატორებთან შედარებით ნაკლებად აიშვიათებენ გულის რიტმს და ამცირებენ სისტოლურ მოცულობას;4). მიზეზია იმისა, რომ ასეთი პრეპარატების დანიშვნა შესაძლებელია იმ ავადმყოფთათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ ზომიერი ბრადიკარდია.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3, 4.

421. რომელ ბეგა-ბლოკატორს ახასიათებს ალფა-რეცეპტორების ბლოკირების უნარიც:1). პროპრანოლოლი; 2). ნადოლოლი; 3). აცებუტალოლი; 4). ლაბეტალოლი; 5). კარვედილოლი.

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

422. ბეგა-ბლოკატორები გამოიყენებიან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის თერაპიისათვის, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია;
- ბ) დაძაბვის სტენოკარდია;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- დ) სუპრავენტრიკულური არითმიები;
- ე) პარკუჭოვანი არითმიები;
- *ე) პრინციპალის სტენოკარდია;
- ზ) ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- თ) შაკიკი;
- ი) პოსტალკოპოლური მოხსნის სინდრომი.

423. სტენოკარდიის სამკურნალოდ ბეგა-ბლოკატორების ეფექტურობა აიხსნება:

- ა) კატექოლამინების სინთეზის დაქვეითებით;
- ბ) კორონარული არტერიების გაფართოებით;
- *გ) მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარების შემცირებით;
- დ) პერიფერიული რემისგენტობის გაზრდით;
- ე) კატექოლამინების მიმართ მგრძობიანობის გაზრდით.

424. ბეგა-ბლოკატორის ღირსი გადაჭარბებისას შეძლება გამოვიყენოთ:

- ა) ატროპინი;
- ბ) ღობუტამინი;
- გ) გლუკაგონი;
- დ) იმოპროტერენოლი;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი.

425. ბეგა-ბლოკატორების აბსოლუტური უკუჩვენებებია:1). ბრონქული ასთმა; 2). მაღალი ხარისხის AV - ბლოკადა;3). რეინოს ფენომენის აქტიური ფორმები;4). ინსულინი - დამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი; 5). ორსულობა.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 4, 5.

426. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). ყველა ნიტრატი ორგანიზმში მოხვედრისას გარდაიქმნება ამოგის ჟანგად -NO; 2). NO მიეკუთვნება მეორად გადამცემ სისტემას;3). NO-ს მოქმედებით აღვილი აქვს გლუვი კუნთების რელაქსაციას.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

427. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). თერაპიულ დოზებში ნიტრატები იწვევენ დიდი ვენების დილატაციას;2). თერაპიულ დოზებში ნიტრატები ძირითადად იწვევენ პოსტლატერითის შემცირებას;3). თერაპიულ დოზებში ნიტრატები ძირითადად იწვევენ პრელატერითის შემცირებას;4). ნიტრატები აფართოებენ, როგორც დამიანებულ, ასევე ინტაქტურ კორონარულ არტერიებს;5). ნიტრატები აფართოებენ, ძირითადად დამიანებულ კორონარულ არტერიებს.

- ა) სწორია 1, 2, 4;

- ბ) სწორია 1, 3, 5;
- *გ) სწორია 1, 3, 4.

428. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). გრი- დი და მონონიგრაგებს ერთნაირი ბიომისაწვდომობა ახასიათებთ;2). გრინიგრაგები მხოლოდ სუბლინგვალურად ინიშნებიან;3). ღინიგრაგები ინიშნებიან როგორც სუბლინგვალურად, ისე პერორალურად;4). მონონიგრაგები ძირითადად ინიშნებიან სუბლინგვალურად.

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

429. სტენოკარდიის შეტევის კუპირებისთვის არჩევის პრეპარატია სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინი (გლიცერინლ გრინიგრაგი), ხოლო სტენოკარდიის ხანგრძლივი მკურნალობისთვის გრინიგრაგების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი, რატომ? 1). ნიტროგლიცერინის მოქმედება ძალიან სწრაფად (დაახლოებით, 1 წთ-ში) იწყება;2). გრინიგრაგებს დაბალი ბიომისაწვდომობა ახასიათებთ;3). გრინიგრაგების ღვიძლში პირველად - გავლის მეტაბოლაზმი ძალიან დაბალია;4). გრინიგრაგებს მიმართ ძალიან სწრაფად ვითარდება ტოლერანტობა.

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

430. სტენოკარდიის ხანგრძლივი თერაპიისთვის მიზანშეწონილია:1). გრინიგრაგების გამოყენება; 2). ღინიგრაგების გამოყენება; 3). მონონიგრაგების გამოყენება; 4). სამივე ჯგუფის პრეპარატები ერთნაირი ეფექტურობით ხასიათდებიან.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3.

431. სტენოკარდიის შეტევის კუპირებისთვის გამოიყენება:1). ნიტროგლიცერინის სუბლინგვალური ან შესასხურებელი ფორმა;2). ნიტროგლიცერინის ტრანსდერმული ფორმა;3). გახანგრძლივებული მოქმედების ნიტრაგები; 4). იმოსორბიდ ღინიგრაგი; 5). იმოსორბიდ მონონიგრაგი.

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

432. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ნიტრაგების მიმართ ტოლერანტობის განვითარება საყოველთაოდ აღიარებული პრობლემაა;2). ტოლერანტობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ე.წ. ნიტრაგისაგან თავისუფალი ინტერვალის შემოღება, რომელიც, ჩვეულებრივ 6-8 სთ-ს შეადგენს;3). ტოლერანტობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ნიტრაგების თანდათანობით მოხსნა;4). ხანგრძლივი მკურნალობის შემდგომ პრეპარატის მიღების უცბად შეწყვეტისას ვითარდება „მოხსნის სინდრომი“.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

433. ნიტრაგების და ჰეპარინის ერთდროული დანიშნისას საჭიროა:

- ა) ნიტრაგის დოზის გაზრდა;
- *ბ) ჰეპარინის დოზის გაზრდა;
- გ) ორივე პრეპარატის დოზის გაზრდა;
- დ) ორივე პრეპარატის დოზის შემცირება;
- ე) ნიტრაგების დოზის შემცირება;
- ვ) ჰეპარინის დოზის შემცირება.

434. კალციუმის ანტაგონისტების ძირითადი ეფექტებია:1). მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება; 2). მიოკარდიუმის კუმშვადობის გაზრდა;3). ატრიოვენტრიკულური გამტარობის შეფერხება;4). სისხლძარღვოვანი რემისგენგობის დაქვეითება.

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

435. დიჰიდროპირიდინის ჯგუფის კალციუმის ანტაგონისტების (ნიფედინი და II რიგის დიჰიდროპირიდინები) ძირითადი თერაპიული ეფექტი:1). ვენოდილატაციაა; 2). პერიფერიული და კორონარული არტერიოლილატაციაა;3). სინოაურიკულური და ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის შეფერხებაა;4). მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითებაა.

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

436. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ვერაპამილის და დილთიაზემის ძირითადი თერაპიული ეფექტი პერიფერიული არტერიოლილატაციაა;2). ვერაპამილი და დილთიაზემი უპირატესად მოქმედებენ გულის კვანძოვან ქსოვილზე;3). ვერაპამილს და დილთიაზემს გამოხატული აქვთ უარყოფითი ინოტროპული ეფექტი;4). ვერაპამილი დილთიაზემთან შედარებით ნაკლებად მოქმედებს სინოატორიალურ კვანძზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 2, 3, 4.

437. ნიფელიპინი და ლიპიდროპირიდინის ჯგუფის პრეპარატები ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი დაავადების სამკურნალოდ, გარდა:

- ა) ჰიპერტონული დაავადება;
- ბ) პრინციპალის სტენოკარდია;
- გ) მოსვენების სტენოკარდია;
- დ) დაძაბვის სტენოკარდია;
- *ე) სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია;
- ვ) ათეროსკლეროზი.

438. ვერაპამილი და ლილითამეში ნაჩვენებია შემდეგი დაავადებების სამკურნალოდ: 1). ჰიპერტონული დაავადება; 2). პრინციპალის სტენოკარდია; 3). სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები; 4). პარკუჭოვანი ტაქიკარდიები; 5). ათეროსკლეროზი.

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

439. ნიფელიპინი და ლიპიდროპირიდინის ჯგუფის სხვა პრეპარატები უკუნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების არსებობისას, გარდა:

- ა) აორტის ხერეღის სტენოზი;
- ბ) ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- გ) არასტაბილური სტენოკარდია;
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ე) მძიმე გულის უკმარისობა;
- *ვ) WPW სინდრომი.

440. ვერაპამილი და ლილითამეში უკუნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიების არსებობისას: 1). სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომი; 2). არასტაბილური სტენოკარდია; 3). დიგიტალისური ინტოქსიკაცია; 4). WPW სინდრომი; 5). მიოკარდიუმის ინფარქტი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 2, 5.

441. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). I კლასის ანტიარითმული პრეპარატები იყოფიან IA, IB, IC კლასებად; 2). I კლასის ანტიარითმული პრეპარატებია ქინიდინი, პროკანიამიდი, ლილოკაინი, პროპაფენონი, სოტალოლი; 3). I კლასის პრეპარატები აქვეითებენ მოქმედების პოტენციალის სწრაფი დეპოლარიზაციის ფაზას - 0 ფაზას; 4). I კლასის პრეპარატები აბლოკირებენ Na^+ სწრაფ არხებს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 1, 3, 4.

442. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). I კლასის ანტიარითმული პრეპარატებიდან ყველაზე მეტად გამოხატული პროარითმული მოქმედება ახასიათებთ IB კლასის აგენტებს; 2). IA კლასის პრეპარატების გვერდითი ეფექტებიდან აღსანიშნავია Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება და Torsades de pointes განვითარება; 3). IC კლასის პრეპარატებისთვის დამახასიათებელია QRS კომპლექსის გახანგრძლივება და „ფართო“ კომპლექსებიანი ტაქიკარდიის განვითარება, რომელიც ხშირად გადადის პარკუჭების ფიბრილაციაში; 4). IA კლასის პრეპარატების პროარითმული ეფექტების გამოვლენას ხელს უწყობს ჰიპოკალემია და ბრადიკარდია.

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

443. II კლასის ანტიარითმულ პრეპარატებს: 1). მიეკუთვნებიან ბეგა - ბლოკატორები; 2). ახასიათებთ სპონტანური დეპოლარიზაციის ფაზის (ფაზა 4) ინჰიბირება; 3). ახასიათებთ K^+ არხების ინჰიბირება; 4). ახასიათებთ Ca^{2+} არხების ინჰიბირება; 5). ახასიათებთ Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება.

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

444. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). III კლასის ანტიარითმული პრეპარატებია ამიოდარონი, სოტალოლი, ბრეტილიუმი; 2). III კლასის ანტიარითმული პრეპარატები აბლოკირებენ კალციუმის არხებს; 3). III კლასის ანტიარითმული პრეპარატები აბლოკირებენ გარეთ მიმართული კალიუმის არხებს; 4). III კლასის ანტიარითმული პრეპარატები არ მოქმედებენ რეპოლარიზაციის ფაზის ხანგრძლივობაზე.

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

445. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). I კლასის ანტიარიგმული პრეპარატების გამოხატული პროარიგმული მოქმედების გამო პარკუჭოვანი ტაქიკარდიების მკურნალობისთვის უპირატესობა ენიჭებათ II და III ჯგუფის ანტიარიგმულ აგენტებს;2). III კლასის ანტიარიგმული პრეპარატების პროარიგმული ეფექტების საფუძველია მოქმედების პოტენციალის და Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება;3). III კლასის პრეპარატების IA კლასის აგენტებთან კომბინაცია ზრდის Torsades de pointes განვითარების რისკს;4). III კლასის პრეპარატების პროარიგმული ეფექტები განსაკუთრებით ვლინდება ჰიპოკალიმიის და ბრადიკარდიის ფონზე.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 4.

446. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). III კლასის ანტიარიგმულ ეფექტებთან ერთად ამიოდარონს (კორდარონს) აღენიშნება, I კლასის ეფექტები;2). ამიოდარონი უნივერსალური „ფართო სპექტრის“ ანტიარიგმიული პრეპარატია, რომელსაც III კლასის ანტიარიგმულ ეფექტებთან ერთად აღენიშნება ნაკლებად გამოხატული II და IV კლასის ანტიარიგმიული პრეპარატების ეფექტები;3). ამიოდარონი არ გამოიყენება მოციმციმე არიგმიის და WPW სინდრომის ფონზე განვითარებული არიგმიების სამკურნალოდ;4). ამიოდარონი წარმატებით გამოიყენება მძიმე, განსაკუთრებით, პოსტინფარქტული პერიოდის პარკუჭოვანი არიგმიების სამკურნალოდ.

ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 1, 2, 4.

447. ამიოდარონის გამოყენებისას წამოჭრილ პრობლემებს მიეკუთვნება:1). მოქმედების ნელი დასაწყისი, რაც ქმნის მედიკამენტის დიდი ღარტყმითი ღომებით დანიშნვის საჭიროებას;2). მოქმედების ძალიან ხანმოკლე ხანგრძლივობა, რაც ქმნის მედიკამენტის დიდი ღარტყმითი ღომებით დანიშნვის საჭიროებას;3). სერიოზული გვერდითი ეფექტების, განსაკუთრებით, პულმონური ინფილტრატების განვითარების საშიშროება;4). მოგვიერო პრეპარატთან კომბინირებისას Torsades de pointes განვითარების რისკი.

*ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

448. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). III კლასის ანტიარიგმულ ეფექტებთან ერთად, სოტალოლს აღენიშნება II კლასის ანტიარიგმული პრეპარატების ეფექტები;2). d - სოტალოლს მხოლოდ III კლასის თვისებები აქვს;3). სოტალოლი გამოიყენება, როგორც სუპრავენტრიკულური, ისე WPW სინდრომის ან იშემიის ფონზე აღმოცენებული და აგრეთვე თერაპიისადმი რეზისტენტული პარკუჭოვანი არიგმიების სამკურნალოდ;4). სოტალოლის გამოყენებისას გვერდითი ეფექტების განვითარება, მამაკაცებთან შედარებით, უფრო ხშირია ქალებში.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

449. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). IV კლასის ანტიარიგმულ პრეპარატებს მიეკუთვნებიან ვერაპამილი, დილითაბემი და კალციუმის არხების არაპირდაპირი ანტაგონისტი - აღენოზინი;2). IV კლასის ანტიარიგმული პრეპარატები ეფექტურნი არიან სუპრავენტრიკულური არიგმიების თერაპიისთვის;3). IV კლასის ანტიარიგმული პრეპარატები ეფექტურნი არიან პარკუჭოვანი არიგმიების თერაპიისათვის;4). IV კლასის ანტიარიგმული პრეპარატების ეფექტი განსაკუთრებით კარგადაა გამოხატული კვანძოვან ქსოვილში.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 2, 4.

450. აღენოზინი:1). IV B კლასის ანტიარიგმული პრეპარატია, რომელიც იწვევს K^+ არხების გაღებას (ჰიპერპოლარიზაცია);2). ეფექტურია "ვირო" კომპლექსებიანი სუპრავენტრიკულური არიგმიის პაროქსიზმის მოსახსნელად;3). ეფექტურია "ფართო" კომპლექსებიანი (აბერაციით მიმდინარე) სუპრავენტრიკულური არიგმიის მოსახსნელად;4). გვეხმარება პარკუჭოვანი და აბერაციით მიმდინარე სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების ერთმანეთისგან დიფერენცირებაში;5). უკუნაჩვენებია ბრონქული ასთმით შეპყრობილი ავადმყოფებისთვის.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 4, 5;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 3.

451. აღენოზინის საწინააღმდეგო მოქმედება აღენიშნება:

ა) ბეტა-ბლოკატორებს;

ბ) კალიუმის პრეპარატებს;

გ) აგე ინჰიბიტორებს;

*დ) თეოფილინს;

ე) კალციუმის ანტაგონისტებს.

452. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). "მარყუქის" შარღმდენების მოქმედების ადგილი ჰენლეს მარყუქის აღმავალი მუხლია;2). "მარყუქის" შარღმდენების მოქმედებით ქვეითდება ნაგრიუმის, კალიუმის და ქლორის იონების გამოყოფა;3). "მარყუქის" შარღმდენები აძლიერებენ კალციუმის იონების გამოყოფას;4). "მარყუქის" შარღმდენები არაეფექტურნი არიან გლომერულურ

ფილტვრის სიჩქარის დაქვეითების შემთხვევაში.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

453. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). "მარყუქის" შარღმდენების - ფუროსემიდის, ბუმეტანიდის, ტორსემიდის - მოქმედებისმექანიზმი, თერაპიული გამოყენება, გვერდითი ეფექტები და უკუჩვენებები მსგავსია;2). "მარყუქის" შარღმდენების თერაპიული ჩვენებებია ფილტვის მწვავე შეშუპება, არტერიული ჰიპერტენზია, გულის და თირკმლის მძიმე უკმარისობა;3). "მარყუქის" შარღმდენების ძირითადი გვერდითი ეფექტებია ჰიპერკალიემია, ჰიპოკალემია და ჰიპოურიკემია;4). ინდომეტაცინი და კაპტოპრილი სხვადასხვა მექანიზმით ამცირებენ ფუროსემიდის ეფექტს.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 3, 4;

*დ) სწორია 1, 2, 4.

454. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). თიაზიდური შარღმდენების მოქმედების ადგილი თირკმლის დისკალური მილაკია;2). თიაზიდური შარღმდენები იწვევენ ნაგრიუმის და ქლორის იონების რეაბსორბციის დაქვეითებას;3). თიაზიდურ შარღმდენებს ვენოლიტაციური მოქმედება ახასიათებთ;4). თიაზიდური შარღმდენები ნაკლებ ეფექტურნი არიან გლომერულური ფილტვრის დაბალი სიჩქარის შემთხვევაში.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

455. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). თიაზიდური შარღმდენების თერაპიული ჩვენებებია: არტერიული ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა, იდიოპათიური ჰიპერკალციურია, შარღკენჭოვანი დაავადება;2). თიაზიდური შარღმდენები არ მოქმედებენ ცხიმოვან და ნახშირწყლოვან ცვლაზე;3). თიაზიდური შარღმდენების ერთ-ერთი გვერდითი ეფექტი იმპოტენციის განვითარებაა;4). თიაზიდურ შარღმდენებთან IA და III კლასის ანტიარითმული პრეპარატების კომბინირება ზრდის Torsades de pointes განვითარების რისკს.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

456. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). მეტოლამონი და ინდაპამიდი თიაზიდური დიურეზული საშუალებებს მსგავსია;2). მეტოლამონი არაეფექტურია რენალური ფუნქციის დაქვეითების პირობებში;3). ინდაპამიდი იწვევს შაქრიანი დიაბეტის ფონზე განვითარებული მიკროალბუმინურიის ხარისხის შემცირებას;4). ინდაპამიდი ანტიჰიპერტენზიულია სუბლიურემულ ლიმბეშიც.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

457. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ამილორიდი, ტრიაამტერენი და სპირინოლაქტონი (ვეროშპირონი) კალიუმის დამზოგველი შარღმდენები არიან;2). კალიუმის დამზოგველი შარღმდენები მოქმედებენ თირკმლის შემკრები მილაკების ღონებზე;3). ამილორიდი და ტრიაამტერენი აინჰიბირებენ ნაგრიუმის და წყალბადის იონების გაცვლის პროცესს;4). სპირინოლაქტონი აინჰიბირებს ნაგრიუმის და კალიუმის იონების გაცვლის პროცესს.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

458. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ამილორიდი და ტრიაამტერენი სპირინოლაქტონზე ძლიერ შარღმდენებად ითვლებიან;2). ამილორიდს და ტრიაამტერენს ახასიათებთ მრავალრიცხოვანი გვერდითი ეფექტების განვითარება;3). ამილორიდის და ტრიაამტერენის აქტივობა განისაზღვრება ალდოსტერონის ღონით;4). ამილორიდი და ტრიაამტერენი ხშირად ინიშნებიან თიაზიდურ შარღმდენებთან კომბინაციაში.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3, 4;

დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 1;

*ვ) სწორია 4.

459. სპირინოლაქტონი:1). ორგანიზმში მოხვედრისას გარდაიქმნება აქტიურ მეტაბოლიტად- კარნეონად;2). ინიშნება იზოლირებულად და თიაზიდურ შარღმდენებთან კომბინაციაში;3). არჩევს პრეპარატია ინსულინ დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის და პოლაგრისარსებობისას;4). დიდი ღონებით მიღებისას იწვევს იმპოტენციის და გინეკომასტიის განვითარებას.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3, 4;

დ) სწორია 2, 3.

460. ფუროსემიდი და თიაზიდური შარღმღენებით მკურნალობისას ჰიპოკალიემიის თავიდან ასაცილებლად:1). აუცილებელია კალიუმის პრეპარატის დანიშვნა;2). შეიძლება მათი კომბინირება კალიუმის დამზოგველ შარღმღენებთან;3). შეიძლება მათი კომბინირება ანგიოტენზინის გარღამქმნელი ენზიმის (აგე) ინჰიბიტორებთან;4). მიზანშეწონილია ფუროსემიდის და კაპტოპრილის კომბინირება.

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

461. ანგიოტენზინის გარღამქმნელი ენზიმის მაინჰიბიტორული პრეპარატების (აგე ინჰიბიტორები) ვაზოდილატატორული ეფექტი განისაზღვრება:1). ანგიოტენზინ II-ის პროლუქციის შემცირებით; 2). ანგიოტენზინ I-ის პროლუქციის შემცირებით;3). ბრადიკინინის რაოლენობის შემცირებით; 4). ბრადიკინინის რაოლენობის გაზრდით.

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

462. ანგიოტენზინ II იწვევს:1). ვაზოკონსტრიქციას; 2). სიმჰათიკური ნერვეული სისტემის გააქტივებას;3). ალდოსტერონის გამოთავისუფლების სტიმულაციას;4). სისხლძარღვების გლუვი კუნთების და მიოკარდიუმის ჰიპერტროფიას.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

463. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ბრადიკინინი ხელს უწყობს სისხლძარღვოვანი ენდოთელიუმიდან აზოტის მჰავისა და პროსტაგლანდინების გამოთავისუფლებას;2). აზოტის მჰავა და პროსტაგლანდინები ვაზოდილატატორები არიან;3). აზოტის მჰავა და პროსტაგლანდინები ვაზოკონსტრიქტორები არიან;4). აზოტის მჰავას და პროსტაგლანდინებს ენდოთელიუმის დამცველობითი თვისებები აღემატება.

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

464. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). I კლასის აგე ინჰიბიტორები აქტიურნი არიან პირვანდელი სახით (კაპტოპრილი);2). I კლასის აგე ინჰიბიტორები აქტივებიან ლეიღლში აქტიურ მეტაბოლიტებად გარღამქმნის შემღეგ;3). II კლასის აგე ინჰიბიტორები აქტივებიან ლეიღლში აქტიურ მეტაბოლიტებად გარღამქმნის შემღეგ;4). III კლასის აგე ინჰიბიტორები წყალში ხსნადები არიან (ლიზინოპრილი).

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

465. აგე ინჰიბიტორები გამოიყენებიან ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიის თერაპიისთვის, გარღა:

- ა) გულის შეღებებითი უემარისობა;
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზია;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უსიმჰტომო ლისფუნქცია;
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადია;
- ე) პოსტინფარქტული პერიოდი;
- *ვ) თირკმლის არტერიის ბილატერალური სტენოზი;
- ზ) ღიაბეგური ნეფროპათია.

466. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). აგე ინჰიბიტორებისათვის დამახასიათებელია ე.წ. "პირველი ღობის ეფექტი ---- პრეპარატის პირველად მიღებისას სინკოპუს და მწვავე რენალური შეშუპების განვითარება;2). აგე ინჰიბიტორების პირველი ღობის მიღება უნდა მოხდეს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ;3). ტესტირებისთვის იყენებენ 6,25 მგ კაპტოპრილს (როგორც ყველაზე ხანმოკლე მოქმედების აგე ინჰიბიტორს);4). ტესტირებისთვის შეიძლება 1,25 მგ რამიპრილის გამოყენება.

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

467. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ხველა აგე ინჰიბიტორების ერთ-ერთი გვერდითი ეფექტია;2). ბრინქოკონსტრიქცია აგე ინჰიბიტორების ერთ-ერთი გვერდითი ეფექტია;3). კაპტოპრილის და სპირინოლაქტონის (ვეროშპირონის) კომბინირებისას იზრდება ჰიპერკალემიის განვითარების რისკი;4). არასტერეოიდული ანტიანთებითი პრეპარატები ამცირებენ აგე ინჰიბიტორების ეფექტებს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

468. აგე ინჰიბიტორები სიფრთხილით ინიშნებიან ხანღამჰულ ასაკში, რადგან მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ:

- ა) კანზე გამონაყარი;
- ბ) ცხელება;
- გ) ლეიღლის დამიანება;

- *დ) თირკმლის უკმარისობა;
- ე) ძეგლის გვინის დეპრესია.

469. აგე ინჰიბიტორები ყველაზე ხშირად იწვევენ შემდეგ გვერდით ეფექტებს:

- ა) ჰეპატიტი;
- *ბ) პროტეინურია;
- გ) ჰიპოკალემია;
- დ) აგრანულოციტოზი;
- ე) ჰირსუტიზმი.

470. ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები აგე ინჰიბიტორებისაგან განსხვავდებიან, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები გამოიყენებიან ჰიპერტონული დაავადების და გულის უკმარისობის სამკურნალოდ;
- ბ) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები იწვევენ სისხლში რენინისა და ანგიოტენზინ II-ის ღონის გაზრდას;
- გ) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები არ იწვევენ ხველას;
- დ) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები ამცირებენ ქოლესტეროლის ღონეს;
- ე) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტებს არ აღნიშნებათ ენდოთელიუმის დამცველობითი ეფექტები;
- ვ) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები არ მოქმედებენ ბრადიკინინის სისტემაზე.

471. ღიგოქსინი ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების თერაპიისთვის, გარდა:

- ა) გულის უკმარისობის და მოციმციმე არიგმიის შერწყმა;
- ბ) ბავშვებში განვითარებული გულის უკმარისობა;
- გ) სინუსური რიგით მიმდინარე გულის უკმარისობა;
- *დ) WPW სინდრომის ფონზე განვითარებული გულის უკმარისობა;
- ე) მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის კუპირება;
- ვ) მოციმციმე არიგმიის დროს პარკუჭოვანი რიგმის კონტროლირება;

472. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). სხვა ინოტროპული პრეპარატებისგან განსხვავებით, საგულე გლიკომიდებს ერთდროულად აღნიშნებათ უარყოფითი ინო- და ქრონოტროპული ეფექტები;2). საგულე გლიკომიდები დიდი აქტივობით გამოირჩევიან, მაგრამ ასევე დიდია მრავალრიცხოვანი გვერდითი ეფექტების განვითარების რისკი;3). საგულე გლიკომიდების მთავარი პრობლემა დაბალი თერაპიული ინდექსია;4). საგულე გლიკომიდებით ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა მათი თერაპიული ღონე დაბალი იყოს.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

473. ღიგოქსინის ინტოქსიკაციის განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) ცლომილი ნერვის ტონუსის მომატება;
- ბ) სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის მომატება;
- *გ) რენალური უკმარისობა;
- დ) სხეულის დაბალი მასა;
- ე) ფილტვების ქრონიკული დაავადებები;
- ვ) მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ზ) ჰიპოკალემია;
- თ) მწვავე რეკმატიული ან ვირუსული კარდიტი;
- ი) თიაზიდური და "მარყუჟის" შარდმდენების მიღება.

474. საგულე გლიკომიდები აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:1). ბავშვებში განვითარებული გულის უკმარისობა;2). ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;3). WPW სინდრომი; 4). აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

475. საგულე გლიკომიდები შედარებით უკუჩვენებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის არსებობისას, გარდა:

- ა) გულის სარქელოვანი სტენოზი;
- ბ) ქრონიკული პერიკარდიტი;
- გ) მწვავე მიოკარდიტი;
- *დ) ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- ე) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ვ) პოსტინფარქტული მდგომარეობა;
- ზ) მწვავე გლომერულონეფრიტი;
- თ) ფილტვისმიერი გული;
- ი) თირეოტოქსიკოზი;
- კ) ჰიპოკალემია.

476. რა ცვლილება შეიძლება გამოვლინდეს იმ პაციენტის ეკგ-ზე, რომელიც დებულობს ღიგოქსინის თერაპიულ ღონას:

- ა) Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება
- *ბ) P-Q(R) ინტერვალის გახანგრძლივება;

- გ) T კბილის ამპლიტუდის გაზრდა;
- დ) QRS კომპლექსის გახანგრძლივება;
- ე) ST სეგმენტის ელევაცია.

477. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, ჰიდრალიზინი და მინოქსიდილი პირდაპირი ვაზოდილატატორები არიან;2). პირდაპირი ვაზოდილატატორები თანაბარი ხარისხით იწვევენ როგორც არტერიების, ისე ვენების დილატაციას;3). პირდაპირი ვაზოდილატატორები ხასიათდებიან ჰიპოტენზიური ეფექტით;4). პირდაპირი ვაზოდილატატორები "პირველი რიგის" ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები არიან.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

478. ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი:1). ეფექტური არტერიო - და ვენოდილატატორია;2). ძირითადად ნაჩვენებია ჰიპერტონიული კრიზისის და რეფრაქტორული გულის უკმარისობის თერაპიისთვის;3). ხასიათდება "მოსხნის ეფექტით"; 4). არ უნდა გაიხსნას ტუტე გამხსნელებში.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

479. ვარფარინი პერორალური ანტიკოაგულანტია, რომელიც გამოიყენება მრავალი კარდიოლოგიური პათოლოგიის სამკურნალოდ. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი მრდის ვარფარინის ანტიკოაგულანტურ ეფექტს, გარდა:

- ა) ციმეტიდინი;
- *ბ) რიფამპიცინი;
- გ) ქინიდინი;
- დ) ალფა-მეთილდოფა.

480. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:ჰიდრალიზინი:

- ა) არტერიოდილატატორია;
- ბ) გამოიყენება არტერიული ჰიპერტენზიის მსუბუქი და საშუალო ფორმების თერაპიისთვის;
- *გ) ახასიათებს უარყოფითი ინოტროპული ეფექტი;
- დ) ასტიმულირებს რენინის გამოთავისუფლებას;
- ე) მოგჯერ იწვევს „მგლურას სინდრომის" განვითარებას.

481. თრომბოციტების აგრეგაციის ინჰიბიტორები:1). აინჰიბირებენ თრომბოციტების აგრეგაციის მასტიმულირებელი სიგნალების მოქმედებას;2). ააქტივებენ თრომბოციტების აგრეგაციის მაინჰიბირებელი სიგნალების მოქმედებას;3). არიან: ასპირინი, დიპირიამიდი (კურანტილი) და ტიკლოპიდინი;4). გამოიყენებიან გულისსხლტარღვთა სისტემის ოკლუზიური დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

482. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ასპირინის მიერ თრომბოციტების აგრეგაციის დათრგუნვა გრძელდება თრომბოციტების მთელი სიცოცხლის განმავლობაში - 7 - 10 დღე;2). ასპირინის მიერ თრომბოციტების აგრეგაციის დათრგუნვა გრძელდება 48 - 72 სთ-ის განმავლობაში;3). ასპირინის კომბინირება უკუნაჩვენებია პირდაპირ ანტიკოაგულანტებთან;4). ასპირინის ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენები გასტრო-ინტენსიური გართულებებია.

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

483. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ჰეპარინი, ვარფარინი და ლიკუმაროლი ანტიკოაგულანტები არიან;2). ჰეპარინი, ვარფარინი და ლიკუმაროლი K ვიტამინის ანტაგონისტები არიან;3). ჰეპარინის ძირითადი ეფექტი ანგითრომბინ III-თან ურთიერთმოქმედებაა;4). ჰეპარინის და ანგითრომბინ III-ის კომპლექსი სწრაფად ებმის და აინჰიბირებს თრომბინს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3, 4.

484. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ჰეპარინის ხანგრძლივი გამოყენებისას თანდათან იმრდება ანგითრომბინ III-ის აქტივობა;2). ჰეპარინის ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს თრომბოზის რისკის გაზრდა;3). მიზანშეწონილია ჰეპარინის მცირე დოზებით შეყვანა;4). ჩვეულებრივ ჰეპარინის შეყვანა 7 - 10 დღე გრძელდება.

- ა) სწორია 1, 3, 4;
- *ბ) სწორია 2, 3, 4.

485. ჰეპარინის თერაპიული ჩვენებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ბ) არასტაბილური სტენოკარდია;
- გ) ფილგეების ემბოლია;

დ) ღრმა ვენების თრომბოზი;

*ე) სტრუქტოკინაზური თრომბოლიზური თერაპია.

486. ჰეპარინის გვერდითი ეფექტებია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სისხლდენა;

ბ) ანაფილაქსიური შოკი;

*გ) ჰიპოტენზია;

დ) შექცევადი თრომბოციტოპენია;

ე) თრომბოციტული თრომბოზი;

ვ) ჭინჭრის ციება.

487. ჰეპარინით მკურნალობის ფონზე მასიური სისხლდენის განვითარებისას საჭიროა: 1). პრეპარატის შეყვანის შეწყვეტა; 2). პროტამინ სულფატის ნელი ინფუზია; 3). K ვიგამინის შეყვანა.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3.

488. დაბალი მოლეკულური წონის (დმწ) ჰეპარინების ჰეპარინისაგან განმასხვავებელი ნიშნებია: 1). დმწ ჰეპარინების მოლეკულური წონა ჰეპარინის მოლეკულური წონის 1/3- ია; 2). დმწ ჰეპარინები შეიყვანება მხოლოდ კანქვეშ; 3). დმწ ჰეპარინებს უფრო ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი და უკეთესი ბიომისაწვდომობა ახასიათებთ; 4). დმწ ჰეპარინებს თითქმის არ აღენიშნებათ გვერდითი ეფექტების განვითარება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4;

ე) სწორია 1, 2, 4.

489. ვარფარინი და ლიკუმაროლი: 1). პერორალური ანტიკოაგულანტები არიან; 2). K ვიგამინის და მის კოფაქტორულ ფუნქციაზე დამოკიდებული შემდეგებული ფაქტორების ინჰიბიტორები არიან; 3). ურთიერთქმედებენ მრავალ კარდიოლოგიურ თუ არაკარდიოლოგიურ პრეპარატთან; 4). ინიშნებიან ჰეპარინის მოხსნის 4 - 5 დღის შემდეგ.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

490. ვარფარინით განპირობებული სისხლდენა: 1). არ განვითარდებოდა პროთრომბინის დონის მკაცრი კონტროლის ფონზე; 2). შეიძლება განვითარდეს პროთრომბინის დონის მკაცრი კონტროლის მიუხედავად; 3). საჭიროებს პრეპარატის დაუყოვნებლივ მოხსნას; 4). საჭიროებს K ვიგამინის პერორალურად ან ინტრავენურ შეყვანას.

ა) სწორია 1, 3, 4;

*ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 2, 4.

491. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). ყველა ფიბრინოლიზური პრეპარატი პირდაპირი თუ არაპირდაპირი გზით იწვევს პლაზმინოგენის პლაზმინად გარდაქმნას; 2). რაც უფრო სწრაფად იწვევს ფიბრინოლიზური თერაპია, მით უფრო ადვილად ღვდება კოლგა; 3). ფიბრინოლიზისის შედეგად მცირდება ალგილობრივი თრომბინის რაოდენობა; 4). ფიბრინოლიზისის შედეგად შეიძლება გაიზარდოს ალგილობრივი თრომბინის რაოდენობა.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4.

492. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). ფიბრინოლიზური პრეპარატებია - სტრუქტოკინაზა, ალტეპლაზმა, ანიზტრეპლაზმა, უროკინაზა; 2). თრომბოზის თავიდან ასაცილებლად ყველა ფიბროლიზური პრეპარატი საჭიროებს ჰეპარინთან კომბინირებას; 3). თრომბოლიზური პრეპარატები, ჩვეულებრივ, ინტრავენურად შეიყვანებიან; 4). შესაძლებელია თრომბოლიზური პრეპარატების ინტრაკორონალურად შეყვანა.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

493. თრომბოლიზური თერაპიის ჩვენებაა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მწვავე მთკარლიუმის ინფარქტი;

*ბ) არასტაბილური სტენოკარდია;

გ) ფილტვების ემბოლია;

დ) ღრმა ვენების თრომბოზი;

ე) პერიფერიული არტერიული თრომბოზი;

ვ) პერიფერიული არტერიული ემბოლია.

494. სტრუქტოკინაზას, ალტეპლაზმას და უროკინაზასაგან განსხვავებით: 1). არ აღენიშნება ენზიმური აქტივობა; 2). არ საჭიროებს ჰეპარინთან კომბინირებას; 3). არ ახასიათებს ალერგიული რეაქციების განვითარებას; 4). არ ახასიათებს ჰემორაგიული გართულებების

განვითარება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 3, 4.

495. სტრუქტოკინაზა:1). C ჯგუფის ჰემოლიზური სტრუქტოკოკის ბულიონის კულტურიდან გამოყოფილი უჯრედგარეთა ცილაა;2). ხშირად იწვევს ალერგიული რეაქციების განვითარებას;3). უკუნაჩვენებია ანამნეზში (უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში) სტრუქტოკოკული ინფექციების არსებობისას;4). უკუნაჩვენებია (უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში) ჩატარებული სტრუქტოკინაზური თერაპიის შემდგომ.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

496. ანტიპერლიპიდემიური პრეპარატები იწვევენ:1). ქსოვილებში ლიპოპროტეინების პროლუქციის შემცირებას;2). ლიპოპროტეინების კატაბოლიზმის გაზრდას;3). ორგანიზმიდან ქოლესტეროლის გამოტანის დაჩქარებას;4). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) რაოდენობის შემცირებას;5). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (მსლ) რაოდენობის გაზრდას.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 3, 4, 5.

497. ნიკოტინის მკაფა (ნიაცინი):1). ცხიმში ხსნადი ვიტამინია; 2). ლიპოლიზის მაინჰიბირებელია; 3). იწვევს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების კონცენტრაციის შემცირებას; 4). იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების კონცენტრაციის გაზრდას.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

498. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ნიკოტინის მკაფას ახასიათებს მრავალრიცხოვანი გვერდითი მოვლენების განვითარება;2). გვერდითი მოვლენების შესამცირებლად ეფექტურია ნიკოტინის მკაფას დილის ლობამდე 30 წთ-ით ადრე ასპირინის მიღება;3). ნიკოტინის მკაფათი მკურნალობას იწყებენ პრეპარატის ღარგვითი დოზით, რომელსაც თანდათანობით ამცირებენ;4). ნიკოტინის მკაფა ერთადერთი ანტიპერლიპიდემიური პრეპარატია, რომლის მიღება დასაწყებად ორსულობის პერიოდში.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 3, 4.

499. ქოლესტერამინი და ქოლესტიპოლი:1). ნაღვლის მკაფების სეკვესტრანტები არიან;2). აჩქარებენ ორგანიზმიდან ქოლესტეროლის გამოტანას;3). ახასიათებთ მცირერიცხოვანი გვერდითი ეფექტების განვითარებას;4). იწვევენ ცხიმში ხსნადი ვიტამინების აბსორბციის ღარღევას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3;

*დ) სწორია 1, 2, 4.

500. ლოვოსტაგინი, პრავასტაგინი, სიმეასტაგინი, ფლუვასტაგინი:1). სტაგინები არიან; 2). იწვევენ ქოლესტეროლის სინთეზის ინჰიბირებას;3). აძლიერებენ დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების კატაბოლიზმს; 4). ზრდიან მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონეს.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

501. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). სტაგინები „პირველი რიგის“ ანტიპერლიპიდემიური პრეპარატები არიან;2). ეფექტურია სტაგინების დღეში ერთხელ, საუზმის დროს დანიშვნა;3). ეფექტურია სტაგინების დღეში ერთხელ, ვახშმის დროს დანიშვნა;4). სხვა ანტიპერლიპიდემიურ პრეპარატებთან შედარებით სტაგინებს, გაცილებით ნაკლები გვერდითი ეფექტების განვითარება ახასიათებთ.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

502. გემფიბროზილი, ბეზაფიბრატი - ფიბრატები:1). იწვევენ ტრიგლიცერიდების დაშლას; 2). იწვევენ მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რაოდენობის გაზრდას;3). იწვევენ დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რაოდენობის შემცირებას;4). სტაგინებთან კომბინირებისას იწვევენ მიოპათიის განვითარებას.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

503. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ანტიჰიპერლიპიდემიური თერაპიის დაწყება მიზანშეწონილია სტაგინებით;2). არ არის რეკომენდებული სტაგინების ფიბრაგებთან დნიკოგინის შეჯავსთან კომბინირება;3). სტაგინები უკუნაჩვენებია შვილოსნობის ასაკის და ორსული ქალებისათვის;4). პრობუკოლის მიღება მოსალოდნელ ორსულობამდე 6 თვით ადრე უნდა შეწყდეს.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

504. აღნიშნეთ მეტაპროლოლის შესატყვისი ეფექტი:

- ა) აღენიშნება ცენტრალური ადრენობლოკატორული ეფექტი;
- ბ) აქვეითებს გლუვი კუნთების ტონუსს;
- *გ) აქვეითებს რენინის გამოყოფას;
- დ) აფართოებს არტერიებს და არტერიოლებს;
- ე) ხელს უშლის ნორადრენალინის მიერ ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას.

505. აღნიშნეთ ნიფედიპინის შესატყვისი ეფექტი:

- ა) აღენიშნება ცენტრალური ადრენობლოკატორული ეფექტი;
- *ბ) აქვეითებს გლუვი კუნთების ტონუსს;
- გ) აქვეითებს რენინის გამოყოფას;
- დ) აფართოებს მხოლოდ არტერიებს და არტერიოლებს;
- ე) ხელს უშლის ნორადრენალინის მიერ ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას.

506. აღნიშნეთ პრაზომინის შესატყვისი ეფექტი:

- ა) აღენიშნება ცენტრალური ადრენობლოკატორული ეფექტი;
- ბ) აქვეითებს გლუვი კუნთების ტონუსს;
- გ) აქვეითებს რენინის გამოყოფას;
- დ) აფართოებს არტერიებს და არტერიოლებს;
- *ე) ხელს უშლის ნორადრენალინის მიერ ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას.

507. აღნიშნეთ მეთილდოფას შესატყვისი ეფექტი:

- *ა) აღენიშნება ცენტრალური ადრენობლოკატორული ეფექტი;
- ბ) აქვეითებს გლუვი კუნთების ტონუსს;
- გ) აქვეითებს რენინის გამოყოფას;
- დ) აფართოებს არტერიებს და არტერიოლებს;
- ე) ხელს უშლის ნორადრენალინის მიერ ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას.

508. აღნიშნეთ ჰიდრალაზინის შესატყვისი ეფექტი:

- ა) აღენიშნება ცენტრალური ადრენობლოკატორული ეფექტი;
- ბ) აქვეითებს გლუვი კუნთების ტონუსს;
- გ) აქვეითებს რენინის გამოყოფას;
- *დ) აფართოებს არტერიებს და არტერიოლებს;
- ე) ხელს უშლის ნორადრენალინის მიერ ალფა-ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას.

ათეროსკლეროზი

509. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). არტერიების კედლების გასქელებას და გამკვრივებას არტერიოსკლეროზი ეწოდება;2). არტერიოსკლეროზი და ათეროსკლეროზი სინონიმებია;3). ათეროსკლეროზი აზიანებს მსხვილ არტერიებს;4). გულის იშემიური დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა უმეტესობას აღენიშნება კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

510. არტერიის კედლის შიგნითა გარსი:1). წარმოდგენილია ენდოთელური უჯრედების ერთი (კუნთოვანი გიპის წვრილ არტერიებში) ან მრავალშრიანი (ელასტიური გიპის მსხვილ არტერიებში) ფენით;2). წარმოდგენილია ერთ რიგად დალაგებული ენდოთელური უჯრედების უწყვეტი ფენით, რომელსაც გარედან აკრავს შიგნითა ელასტიური მემბრანა;3). ნორმალურ პირობებში წარმოადგენს ბარიერს, რომელიც ეწინააღმდეგება სისხლში მოციროკულირე ზოგიერთი ნივთიერების არტერიის კედელში შეღწევას;4). ჩვეულებრივ, მცირე რაოდენობით შეიცავს ე.წ. "ღრუბლოვან" უჯრედებს.

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

511. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ინტაქტური ენდოთელური უჯრედები თავიანთ მემბრანაში შერჩევითად აგარებენ სისხლში მოციროკულირე ნივთიერებებს;2). სისხლში მოციროკულირე ნივთიერებები ენდოთელური უჯრედების ციკლოპლაზმაში აღწევენ ე.წ. პასიური გრანსპორტის საშუალებით;3). ინტაქტური ენდოთელური უჯრედები გამოყოფენ პროსტაციკლინს, რომელიც აინჰიბირებს თრომბოციტების აქტივაციას;4). ინტაქტური ენდოთელური უჯრედები გამოყოფენ თრომბოქსანებს, რომლებიც ასტიმულირებენ

თრომბოციტების აქტივაციას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 4;

ე) სწორია 1, 2, 4.

512. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). არტერიების შუა გარსი შეიცავს რამდენიმე ტიპის ერთ ან მრავალ რიგად დალაგებულ კუნთოვან უჯრედებს;2). არტერიების შუა გარსი შეიცავს ერთი ტიპის ერთ ან მრავალრიგად დალაგებულ კუნთოვან უჯრედებს;3). არტერიის კედლების გლუკკუნთოვანი უჯრედები ენერჯის წყაროდ იყენებენ, უპირატესად, ენდოთელური უჯრედების მიერ სინთეზირებულ ლიპიდებს;4). არტერიის კედლების გლუკკუნთოვანი უჯრედები ენერჯის წყაროდ იყენებენ, უპირატესად ლიპოპროტეინების მიერ გრანსპორტირებულ ლიპიდებს.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3.

*დ) სწორია 2, 4.

513. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). არტერიის კედლების გლუკკუნთოვანი უჯრედების ზედაპირზე მოთავსებულია დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) მიმართ სპეციფიური რეცეპტორები;2). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების სპეციფიურ რეცეპტორთან შეკავშირებით და შემდგომი ენდოციტოზით ხორციელდება ქოლესტეროლის გრანსპორტი უჯრედის შიგნით;3). უჯრედის მემბრანის ზედაპირზე განლაგებული დსლ-რეცეპტორები სპეციფიურნი არიან დსლ ცილოვანი ფრაქციის (აპოლიპოპროტეინის) მიმართ;4). უჯრედის მემბრანის ზედაპირზე განლაგებული დსლ-რეცეპტორები სპეციფიურნი არიან დსლ ფოსფოლიპიდების მიმართ.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 1, 2, 4;

ე) სწორია 1, 4.

514. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების - რეცეპტორების (დსლ-რეცეპტორები) რიცხვი იზრდება პლაზმაში ლიპოპროტეინების დონის გაზრდისას (გერეგულაცია);2). დსლ-რეცეპტორების რიცხვი მცირდება პლაზმაში ლიპოპროტეინების დონის გაზრდისას (ქვერეგულაცია);3). დსლ-რეცეპტორების რიცხვი იზრდება უჯრედის შიგნით ქოლესტეროლის დონის დაქვეითებისას (გერეგულაცია);4). დსლ-რეცეპტორების რიცხვი მცირდება უჯრედის შიგნით ქოლესტეროლის დონის დაქვეითებისას (ქვერეგულაცია).

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

*გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

515. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების-რეცეპტორები (დსლ-რეცეპტორები) სპეციფიურნი არიან ქიმიურად შეუცვლელი დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) მიმართ;2). დსლ-რეცეპტორები სპეციფიურნი არიან როგორც ნორმალური, ასევე ქიმიურად მოდიფიცირებული დსლ-ის მიმართ;3). უჯრედის შიგნით ენდოციტოზის გზით მოხვედრილი ქოლესტეროლი ასტიმულირებს ენდოგენური ქოლესტეროლის სინთეზს, საკუთარ ეთერიფიცირებას და აქვეითებს უჯრედის ზედაპირზე დსლ-რეცეპტორების რაოდენობას;4). უჯრედის შიგნით ენდოციტოზის გზით მოხვედრილი ქოლესტეროლი თრგუნავს ენდოგენური ქოლესტეროლის სინთეზს და აქვეითებს უჯრედის ზედაპირზე დსლ-რეცეპტორების რაოდენობას.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

*გ) სწორია 1, 4;

დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 2, 4;

ვ) სწორია 3, 4.

516. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია:1). მოცირკულირე მონოციტების ზედაპირზე მოთავსებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რეცეპტორები (დსლ-რეცეპტორები) სპეციფიურნი არიან ქიმიურად შეუცვლელი დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) მიმართ;2). მაკროფაგების ზედაპირზე არსებულ დსლ-რეცეპტორებთან დსლ-ის დაკავშირება იწვევს ამ რეცეპტორის რაოდენობის შემცირებას (ქვერეგულაცია);3). ნორმაში, მოცირკულირე მონოციტები დსლ-თან შეკავშირების შემდეგ შეაღწევენ სუბენდოთელურ შრეში და ეწინააღმდეგებიან არტერიის კედელში დსლ-ის შემდგომ შესვლას;4). ქიმიურად მოდიფიცირებული დსლ ნორმალურ დსლ-თან შედარებით უფრო ძნელად უკავშირდება მონოციტების ზედაპირზე არსებულ დსლ-რეცეპტორებს.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) ყველა პასუხი არასწორია;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 1, 2, 4;

ე) სწორია 2, 3, 4.

517. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ქსოვილოვანი მაკროფაგების ზედაპირზე არსებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რეცეპტორები (დსლ-რეცეპტორები) სპეციფიურნი არიან ქიმიურად მოდიფიცირებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) მიმართ;2). დსლ-ის ქიმიურ მოდიფიცირებაში იგულისხმება მასში შემავალი პოლიუჯერი ცხიმოვანი მკვების დაქანგვა;3). დსლ-ის დაქანგვის მასტიმულირებელი ფაქტორებია სხვადასხვა ოქსიდანგები (სუპეროქსიდი, წყალბადის პეროქსიდი და სხვ.);4). დსლ-ის დაქანგვის მაინჰიბირებელი ფაქტორებია ფლაवონოიდები, E ვიტამინი, ბეგა-კაროტენი (პროვიტამინი-A) და სხვ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) ყველა პასუხი არასწორია;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

518. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ქსოვილოვან მაკროფაგთან ქიმიურად მოდიფიცირებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (დსლ) მიერთება იწვევს მის ზედაპირზე არსებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების-რეცეპტორების (დსლ-რეცეპტორები) რაოდენობის შემცირებას ("ქვერეგულაცია").2). ქსოვილოვანი მაკროფაგები ქიმიურად მოდიფიცირებული დსლ-ის მიერთების შემდეგ გარდაიქმნიებიან ე.წ. "ღრუბლოვანი" უჯრედებად;3). "ღრუბლოვანი" უჯრედები გროვლებიან არტერიის კელის შიგნითა გარსში და იწვევენ გლუკუკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციას;4). "ღრუბლოვანი" უჯრედების მიერ გამონთავისუფლებული "ზრდის ფაქტორები" იწვევენ გლუკუკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციას და მონაწილეობენ ათეროსკლეროზული ფოლაქის ჩამოყალიბებაში.

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

519. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან ათეროსკლეროზის განვითარების ე.წ. "ღამიანებაზე რეაქციის" თეორიის მიხედვით სწორია:1). არტერიების შიგნითა გარსზე სხვადასხვა ფაქტორების განმეორებითა და ხანგრძლივმა შემოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს ენდოთელიუმის მთლიანობის დარღვევა;2). ენდოთელიუმის ღამიანება შეიძლება გამოიწვიოს ხანგრძლივმა ჰიპერლიპიდემიამ, ხანგრძლივმა ჰიპერტენზიამ და სხვა სტრესულმა ფაქტორებმა;3). განმეორებითი ან ხანგრძლივი ტრავმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ლუნელ პროგრესირებადი პროცესი, რომელიც გამოიხატება არტერიის კედლებში გლუკუკუნთოვანი უჯრედების, მაკროფაგების, შემავრთველი ქსოვილის და ლიპიდების თანდათან ჩალაგებით;4). ტრავმული ფაქტორის ერთჯერადი ან განმეორებითი შემოქმედების შედეგად განვითარებულმა პროლიფერაციულმა ცვლილებებმა შეიძლება უკუგანვითარება განიცადონ.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

520. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან ათეროსკლეროზის განვითარების ე.წ. "მონოკლონური" თეორიის მიხედვით სწორია:1). არტერიის შიგნითა გარსის პროლიფერაციული ღამიანება შეიძლება გამოიწვიოს მიტოგენურმა ან მუტაგენურმა ფაქტორებმა;2). მიტოგენური ან მუტაგენური ფაქტორების შემოქმედებით შეიძლება განვითარდეს გლუკუკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაცია;3). გლუკუკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციის ინჰიბირება ხორციელდება ე.წ. მიტოზის ინჰიბიტორებით;4). გლუკუკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციის ინჰიბირების პროცესი შეიძლება მოიშალოს დაბერებასთან ერთად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 3, 4.

521. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ათეროსკლეროზი არტერიოსკლეროზის ერთ-ერთი სახეა;2). ათეროსკლეროზი იწვევს სისხლძარღვის კელის დიფუზურ გასქელებას;3). ათეროსკლეროზული პროცესი მოიცავს ცხიმოვანი ზოლების, ფიბროზული ფოლაქის და გართულებული ღამიანების სტადიებს;4). ათეროსკლეროზი ფიზიოლოგიური პროცესია, რომელიც ჩვეულებრივ, ვითარდება დაბერებასთან ერთად.

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

522. ცხიმოვანი ზოლები:1). ათეროსკლეროზის ყველაზე ადრეული გამოვლინებებია;2). წარმოიქმნიებიან არტერიის კელის შიგნითა გარსში მაკროფაგებისა და გლუკუკუნთოვანი უჯრედების კერობრივი ჩალაგებით;3). არ იწვევენ სისხლძარღვის ობსტრუქციას და დაავადების რაიმე სიმპტომის გამოვლენას;4). უვითარდებიან მხოლოდ 30 წელს გადაცილებულ მწვეველებს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

523. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ცხიმოვანი ზოლების და ფიბროზული ფოლაქების ლოკალიზაცია და გავრცელება ერთმანეთს ემთხვევა;2). კორონარულ არტერიებში ცხიმოვანი ზოლების აღმოჩენა შემდგომში გულის იშემიური დაავადების განვითარების მაუწყებელია;3). 15 წლის ასაკში აორტაში ცხიმოვანი ზოლების აღმოჩენა შემდგომში აორტის ათეროსკლეროზის განვითარების მაუწყებელია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- ე) სწორია 2.

524. ფიბროზული ფოლაქები:1). არტერიების შიგნითა გარსის კერობრივი გასქელებებია, რომლებიც სცილდებიან სისხლძარღვის

ბელაპირს;2). პროგრესირებადი ათეროსკლეროზის ყველაზე უფრო დამახასიათებელი ნიშანია;3). უფრო ადრე უვითარდებათ ქალებს;4). ყველაზე ადრე ვითარდებიან მუცლის აორტაში.

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

525. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ცხიმოვანი ზოლების და ფიბროზული ფოლაქების გაგრძელება არ ემთხვევა ერთმანეთს;2). ფიბროზული ფოლაქის ცენტრალური ნაწილი წარმოადგენილია ლიპოპროტეინების ლიპიდებით და ნეკროზული უჯრედების ნარჩენებით, რომელთაც გარედან ფარავს გლუკოკუნთოვანი უჯრედებით, მაკროფაგებით და კოლაგენით წარმოადგენილი ფიბროზულ-კუნთოვანი შრე;3). ფიბროზული ფოლაქის და ცხიმოვანი ზოლების ლიპიდური შემადგენლობა იდენტურია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

526. გართულებული დაზიანება:1). ხასიათდება ფიბროზული ფოლაქის კალციფიკაციით;2). ხასიათდება ფიბროზული ფოლაქის სხვადასხვა ხარისხის ნეკროზით, თრომბოზითა და დაწყლულებით;3). იწვევს სისხლძარღვის სტენოზირებას; 4). იწვევს შესაბამისი ორგანოს ფუნქციის დარღვევას.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 3.

527. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ყველაზე მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება მუცლის აორტის ათეროსკლეროზი;2). ჩვეულებრივ, ყველაზე ადრე აორტის ათეროსკლეროზი ვითარდება;3). აორტიდან კორონარული არტერიების გამოსავლის ათეროსკლეროზი თვით კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზთან შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს;4). ზედა კიდურების არტერიების ათეროსკლეროზი ქვემო კიდურების სისხლძარღვების ათეროსკლეროზთან შედარებით უფრო ხშირად ვითარდება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

528. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ქვემო კიდურების არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანების სიხშირე პერიფერიისკენ იზრდება;2). ქვემო კიდურების არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანების სიხშირე პერიფერიისკენ მცირდება;3). წვივის დიდი არტერიები (წინა და უკანა) ხშირად ერთდროულადზიანდებიან;4). ქვემო კიდურების არტერიებიდან, ყველაზე ხშირად წვივის მცირე არტერიაზიანდება.

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

529. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). კორონარული არტერიების ეპიკარდიული (ექსტრამურული) ნაწილები ინტრამურულ ნაწილებთან შედარებით უფრო ხშირადზიანდებიან;2). კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანება ლიფუზური ხასიათისაა;3). ფიბროზული ფოლაქების განვითარება არასოდეს აღინიშნება კორონარული შუნტირებისთვის გამოყენებულ ვენურ გრანსპლანტატში;4). ფიბროზული ფოლაქები შეიძლება განვითარდნენ კორონარული შუნტირებისთვის გამოყენებულ ვენურ გრანსპლანტატში.

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

530. უსიმპტომო ათეროსკლეროზის დიაგნოსტიკის საუკეთესო მეთოდია:

- ა) დოპლეროექოკარდიოგრაფია;
- *ბ) ანგიოგრაფია;
- გ) ეკგ-დომირებული ფიმიკური დაგვირთვის სინჯით;
- დ) რადიოზოტოპური მეთოდები;
- ე) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;

531. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). რენტგენოლოგიურად დადასტურებული არტერიების კალციფიკაცია ყოველთვის მიუთითებს ამ არტერიების ათეროსკლეროზულ დაზიანებაზე;2). კორონარული არტერიების კალციფიკაცია კორონარული ათეროსკლეროზის ნიშანია;3). ბალურას არტერიოლების კალციფიკაცია ამ არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანების მიმანიშნებელია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 2.

532. ათეროსკლეროზის ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებაა:

- *ა) გულის იშემიური დაზარალება;
- ბ) ინსულტი;
- გ) აორტის განმშრევებელი ანევრიზმა;
- დ) პერიფერიული ვასკულური პათოლოგია;
- ე) თირკმლის არტერიების სტენოზი.

533. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგია წარმოადგენს ათეროსკლეროზის გართულებას, გარდა:

- *ა) აღმაავალი აორტის ანევრიზმა;
- ბ) თავის ტვინის ინფარქტი;
- გ) წვრილი ნაწლავის განგინა;
- დ) მთიკარლიუმის ინფარქტი.

534. ათეროსკლეროზის რისკ-ფაქტორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ასაკი (65 წელი და უფრო ხანდაზმული);
- *ბ) სქესი (მდელობითი);
- გ) გენეტიკური ფაქტორი;
- დ) თამბაქოს მოწევა;
- ე) არტერიული ჰიპერტენზია;
- ვ) სიმსუქნე;
- ზ) ჰიპერლიპიდემია;
- თ) ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღება;
- ი) დაბალი ფიზიკური აქტივობა;
- კ) ემოციური სტრესი და/ან პიროვნული თავისებურებანი.

535. ათეროსკლეროზის სიხშირე კორელაციაშია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორთან, გარდა:

- ა) ჰიპერტენზია;
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი;
- გ) სიმსუქნე;
- *დ) სისხლში მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდა;
- ე) პერორალური კონტრაცეპტივების მიღება.

536. ათეროსკლეროზის შექცევად რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თამბაქოს მოწევა;
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზია;
- გ) სიმსუქნე;
- დ) დაბალი ფიზიკური აქტივობა;
- ე) მეორადი ჰიპერლიპიდემია;
- *ვ) ალკოჰოლის მცირე რაოდენობით მიღება.

537. ათეროსკლეროზის შეუქცევად რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ასაკი;
- ბ) სქესი;
- გ) გენეტიკური ფაქტორი;
- დ) პიროვნული თავისებურებანი;
- *ე) ჰიპერგლიკემია.

538. ყველაზე "ათეროგენული" ლიპოპროტეინებია:

- ა) ქილომიკრონები;
- ბ) ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები;
- *გ) დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები;
- დ) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები;
- ე) შუალედური სიმკვრივის ლიპოპროტეინები.

539. "ანგიათეროგენული" მოქმედება ახასიათებთ:

- ა) ქილომიკრონებს;
- ბ) ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს;
- გ) დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს;
- *დ) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს;
- ე) შუალედური სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს.

540. მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რაოდენობა:1). მამაკაცებთან შედარებით მეტია ქალებში;2). არამწვევლებთან შედარებით ნაკლებია მწვევლებში;3). მცირდება რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშისას; 4). იზრდება ალკოჰოლის ზომიერი რაოდენობით მიღებისას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

541. პირველადი ჰიპერლიპიდემია ვითარდება:1). გენეტიკური ფაქტორების ზემოქმედებით; 2). მხოლოდ გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით;3). ერთდროულად გენეტიკური და გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით;4). გენერალიზებული მეტაბოლური დარღვევების ფონზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

542. მეორადი ჰიპერლიპიდემია შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის ფონზე, გარდა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი;
- ბ) ალკოჰოლიზმი;
- გ) ჰიპოთირეოზი;
- დ) პირველადი ბილიარული ციროზი;
- ე) ნეფროზული სინდრომი;
- ვ) ბეტა-ბლოკატორების მიღება;
- *ზ) ალფა-ბლოკატორების მიღება;
- თ) ლიურეტიკების მიღება;
- ი) პერორალური კონტრაცეპტივების მიღება.

543. ჰიპერლიპიდემია შეიძლება მიმდინარეობდეს:1). ქოლესტეროლის რაოდენობის მომატებით;2). ტრიგლიცერიდების რაოდენობის მომატებით;3). ერთდროულად ქოლესტეროლის და ტრიგლიცერიდების რაოდენობის მომატებით;4). ქოლესტეროლის რაოდენობის მომატებით და ტრიგლიცერიდების რაოდენობის მკვეთრად შემცირებით.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

544. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ჰიპერლიპიდემიის განვითარებას იწვევენ:1). ბეტა-ბლოკატორები; 2). ალფა-ბლოკატორები; 3). ლიურეტიკები;4). კალციუმის ანტაგონისტები; 5). აგე ინჰიბიტორები.

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

545. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ანტიჰიპერლიპიდემიური მოქმედება აღენიშნებათ:

- ა) ბეტა-ბლოკატორებს;
- *ბ) ალფა-ბლოკატორებს;
- გ) ლიურეტიკებს;
- დ) კალციუმის ანტაგონისტებს;
- ე) აგე ინჰიბიტორებს.

546. ლიურეტიკები იწვევენ:1). საერთო ქოლესტეროლის დონის გაზრდას;2). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდას;3). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის დაქვეითებას;4). ტრიგლიცერიდების დონის გაზრდას

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

547. ალფა-ბლოკატორები იწვევენ:1). საერთო ქოლესტეროლის დონის დაქვეითებას;2). დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის დაქვეითებას;3). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდას;4). ტრიგლიცერიდების დონის დაქვეითებას.

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

548. ჰიპერლიპიდემიის არამედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს, ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ლიეტოთერაპია;
- ბ) წონაში დაკლება;
- გ) ფიზიკური ვარჯიში;
- დ) სიგარეტის მოწყვეტის შეწყვეტა;
- ე) მეორადი ჰიპერლიპიდემიის გამომწვევი პათოლოგიების მკურნალობა;
- ვ) მეორადი ჰიპერლიპიდემიის გამომწვევი პრეპარატის მოხსნა;
- *ზ) სტატინების მიღება.

549. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი ლიეტური ფაქტორის შემცირება ყველაზე მნიშვნელოვანი სისხლში საერთო ქოლესტეროლის დონის დასაქვეითებლად:

- ა) ლიეტური ქოლესტეროლის;

- ბ) საერთო კალორიების;
- *გ) ნაჯერი ცხიმოვანი მკავეების;
- დ) დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების შემადგენლობაში შემავალი ქოლესტეროლის;
- ე) პოლიუჯერი ცხიმოვანი მკავეების.

550. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი წარმოადგენს ანტიჰიპერლიპიდემიური თერაპიის მნიშვნელოვან დამხმარე საშუალებას:1). სხეულის წონის დაკლება; 2). ფიზიკური ვარჯიში;3). ნაჯერი ცხიმოვანი მკავეებით ღარიბი დიეტა;4). ხსნადი ბოჭკოვანი საკვებით მდიდარი დიეტა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 3.

551. დიეტოთერაპია გულისხმობს:1). უჯერი ცხიმოვანი მკავეების შემცირებას; 2). ნაჯერი ცხიმოვანი მკავეების შემცირებას;3). დიდი რაოდენობით ხილის, ბოსტნეულის და მარცვლეულის მიღებას;4). მცენარეული და თევზეული ცხიმების რაოდენობის გაზრდას.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- *გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

552. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). მედიკამენტური ანტიჰიპერლიპიდემიური თერაპია ჩვეულებრივ სტატინებით იწყება;2). მკურნალობის 6 კვირიანი კურსის შემდეგ არაღამაკმაყოფილებული ეფექტის მიღებისას პრეპარატის დოზა იზრდება;3). მკურნალობის 3 თვიანი კურსის შემდეგ არაღამაკმაყოფილებული ეფექტის მიღებისას პრეპარატი იცვლება ან ინიშნება კომბინირებული თერაპია;4). ყველაზე უფრო ეფექტურია სტატინების ფიბრატებთან კომბინირება;5). ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია სტატინების ნიკოტინის მკავეასთან კომბინირება.

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

553. ბეზაფიბრატი (კლოფიბრატი, ბეზალიპი):1). იწვევს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის დაქვეითებას;2). იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდას;3). ინიშნება 200 მგ 2-3-ჯერ დღეში;4). იწვევს ქოლესტეროლის, სტატინებთან კომბინირებისას კი მიოპათიის განვითარებას.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

554. ქოლესტირამინი:1). ფხვნილია, რომელსაც სითხეებში ურევენ ან საკვებზე აფრქვევენ;2). ინიშნება მცირე საწყისი დოზით, რომელსაც თანდათანობით ზრდიან დღეში 16-24 მგ-მდე;3). იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდას;4). იწვევს ზოგიერთი მედიკამენტის აბსორბციის ღარდევას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4.

555. ნიკოტინის მკავე:1). იწვევს ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდას;2). იწვევს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის დაქვეითებას;3). არ მოქმედებს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების კონცენტრაციაზე;4). მიიღება 200 მგ საწყისი დღიური დოზით, რომელიც 3-6 გ-მდე იზრდება.

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

556. ანტიჰიპერლიპიდემიური პრეპარატის დანიშნვა ნაჩვენებია:1). დიეტოთერაპიასთან ერთად, უმნიშვნელო ჰიპერქოლესტეროლემიის შემთხვევაში;2). დიეტოთერაპიასთან ერთად, უმნიშვნელო ჰიპერქოლესტეროლემიის შემთხვევაში;3). დიეტოთერაპიასთან ერთად, შერეული ტიპის ჰიპერლიპიდემიის შემთხვევაში;4). მხოლოდ დიდი რისკის ჯგუფის პაციენტებისათვის, რომლებსაც დიეტოთერაპიის მიუხედავად აღინიშნებათ გამოხატული ჰიპერლიპიდემია.

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

557. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). სიმსუქნისას (როდესაც სხეულის მასა ნორმას 30%-ით და მეტით აღემატება) ადგილი აქვს ე.წ. ინსულინისაღმი რემისტენგობის განვითარებას;2). ინსულინისაღმი რემისტენგობის განვითარების გამო ლეიძლი ძლიერდება ინსულინის სინთეზი;3). სიმსუქნის დროს ჰიპერინსულინემია აღინიშნება მხოლოდ გლუკოზით სტიმულაციის გესტის ჩატარების შემდეგ;4). ინსულინისაღმი რემისტენგობის განვითარებას ხშირად ადგილი აქვს ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტის

შემთხვევაშიც.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

558. ინსულინი:1). იწვევს გრიგლიცირილების სინთეზის სტიმულაციას;2). იწვევს გრიგლიცირილების ლეგრადაციის სტიმულაციას;3). იწვევს გრიგლიცირილების ლეგრადაციის ინჰიბირებას;4). შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ათერომის წარმოქმნაში მონაწილე ერთ-ერთი პლაზმური ფაქტორი.

ა) სწორია 1, 2, 4;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 1, 2.

559. არტერიული ჰიპერტენზია:1). სისხლძარღვის კედელზე მექანიკური ზეწოლის გაძლიერებით იწვევს ენდოთელური უჯრედების ლამიანებას;2). ხელს უწყობს სისხლში მოციროკულირე ლიპოპროტეინებს შეაღწიონ სისხლძარღვის კედელში (თვით ინტაქტური ენდოთელიუმიდანაც);3). იწვევს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების სინთეზის სტიმულაციას;4). იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ლეგრადაციის ინჰიბირებას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 1, 4;

ე) სწორია 2, 3, 4.

560. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1) თამბაქოს კვამლი შეიცავს დიდი რაოდენობით CO-ს;2). CO უერთდება დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს (დსლ) და დსლ-CO კომპლექსი უფრო ადვილად აღწევს არტერიის კედელში;3). ჰემოგლობინის ელ-თან მიერთებით წარმოქმნება კარბონმონოქსიჰემოგლობინი, რომელიც ნორმალურ ჰემოგლობინთან შედარებით გაცილებით ნაკლები რაოდენობით აწვდის ღ2-ს პერიფერიულ ქსოვილებს, მათ შორის არტერიების კედლებს, სადაც ადვილი აქვს ჰიპოქსიის განვითარებას;4). ჰიპოქსია ასტიმულირებს არტერიის კედელში გლუკოკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

561. ანგიაგრეგანტებიდან შესაძლო ანგიათეროსკლეროზული მოქმედება აღენიშნებათ:1). ასპირინს; 2). დიპირიდამოლს (კურანტილს); 3). ტიკლოპიდილს (ტიკლიდს); 4). სულფინპირაზონს (ანგურანს).

ა) სწორია 1, 4;

ბ) სწორია 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 1.

562. კალციუმის ანტაგონისტებიდან ანგიათეროსკლეროზული მოქმედება აღენიშნებათ:1). ნიფედისინს; 2). ნიკარდიპისინს; 3). ვერაპამილს; 4). დილთიაზემს.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3.

563. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ესტროგენები მიეკუთვნებიან ნაგურალურ ანგიათეროსკლეროზულ აგენტებს;2). ესტროგენები იწვევენ ენდოთელური კარცინომის აღმოცენების გაზრდას;3). ესტროგენები იწვევენ გრიგლიცირილების ღონის დაქვეითებას;4). ესტროგენები იწვევენ დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის დაქვეითებას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

564. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ესტროგენების (როგორც ანგიათეროსკლეროზული აგენტის) დანიშნა მიზანშეწონილია იმ პოსტმენოპაუზური ქალებისთვის, რომლებსაც აღენიშნებათ ათეროსკლეროზის განვითარების დიდი რისკი ან გადატანული აქვთ მიოკარდიუმის ინფარქტი;2). გარკვეული ანგიათეროსკლეროზული მოქმედება ესტროგენებს 65 წელს გადაცილებული ასაკის მამაკაცებისთვისაც აქვთ;3). შესაძლებელია ესტროგენების (მცირე დოზებით) და პროსტატინის კომბინირება;4). ესტროგენები იწვევენ მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის გაზრდას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

565. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ბუნებრივ ანგიათეროსკლეროზულ აგენტებს მიეკუთვნებიან ანგიოქსილანტები;2). E ვიტამინი და ბეტა-კაროტინი (პრო-A ვიტამინი) მიეკუთვნებიან ანგიოქსილანტებს;3). E ვიტამინის ანგიოქსილანტური ეფექტი განსაკუთრებით გამოხატულია მწვევლებში;4). ბეტა-კაროტინის ანგიოქსილანტური ეფექტი განსაკუთრებით გამოხატულია მწვევლებში.

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

566. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ალკოჰოლის ზომიერი რაოდენობით მიღება იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ღონის გაზრდას;2). ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს ტრიგლიციდიების ღონის გაზრდა;3). ანგიათეროსკლეროზული ეფექტი აღენიშნება ალკოჰოლის, როგორც ზომიერი, ისე დიდი რაოდენობით მიღებას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

567. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). წითელი ღვინო, ყურძნის წვენი, ხახვი და ჩაი შეიცავენ ფლაავონოიდებს;2). ფლაავონოიდები იწვევენ მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის გაზრდას;3) ფლაავონოიდები იწვევენ დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის დაქვეითებას;4). ფლაავონოიდები ანგიოქსიდანტები არიან.

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

568. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ფიბიკური ვარჯიში იწვევს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის გაზრდას;2). ფიბიკური ვარჯიში იწვევს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის დაქვეითებას;3). ფიბიკური ვარჯიშის ანგიათეროსკლეროზული მოქმედება შეიძლება განისაზღვრებოდეს იმით, რომ იგი იწვევს ინსულინისადმი მგრძობელობის გაზრდას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

569. არტერიის კედლების ასაკობრივი ცვლილებები ათეროსკლეროზული განსხვავებებიან იმით, რომ ამ შემთხვევაში:1). არტერიის კედელში ადგილი აქვს პლაზმის ლიპიდების, მათ შორის დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ჩალაგებას;2). არტერიის კედლების შიგნითა გარსში ადგილი აქვს გლუკოკუნთოვანი უჯრედების დაგროვებას;3). არტერიის კედლების შიგნითა გარსში ადგილი აქვს შემაერთებული ქსოვილის განვითარებას;4). ადგილი აქვს არტერიის კედლების დიფუზურ გასქელებას და სისხლძარღვის რიგილობის გაზრდას.

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

570. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, სწორია:მენკენბერგის არტერიოსკლეროზი ყველაზე ხშირად ამიანებს;1). მუცლის აორტას;2). ბელა და ქვედა კიდურების და სასქესო ორგანოების მკვებავ არტერიებს;3). კორონარულ არტერიებს; 4). თავის ტვინის არტერიებს.

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

571. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, სწორია:მენკენბერგის არტერიოსკლეროზის დროს ადგილი აქვს:1). ენდოთელური უჯრედების დეგენერაციას და მათ შემდგომ ჩანაცვლებას კალციუმის ნაერთებით;2). გლუკოკუნთოვანი უჯრედების დეგენერაციას და მათ შემდგომ ჩანაცვლებას კალციუმის ნაერთებით;3). არტერიის სანათურის მკვეთრ შევიწროვებას;4). არტერიის სანათური პრაქტიკულად არ ვიწროვდება.

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

572. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). მენკენბერგის არტერიოსკლეროზი ანუ ლოკალური კალციფიკაცია დამოუკიდებელი დაავადებაა, რომელიც არასოდეს არ ვითარდება ათეროსკლეროზთან ერთად;2). ხშირია ქვედა კიდურების არტერიების ლოკალური კალციფიკაციის და ათეროსკლეროზის შერწყმა;3). მენკენბერგის არტერიოსკლეროზი შეიძლება განვითარდეს შაქრიანი დიაბეტის ფონზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2, 3.

573. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). არტერიოლოსკლეროზი არტერიოსკლეროზების ერთ-ერთი სახეა;2).

არტერიოლოსკლეროზის დამახასიათებელია დაბალი სიმკვრვის ლიპოპროტეინების ჩალაგება წერილი არტერიებისა და არტერიოლების შიგნითა და შუა გარსებში;3). არტერიოლოსკლეროზი ხშირად ვითარდება თირკმელების, ელენთის, თირკმელზედა ჯირკვლების და პანკრეასის სისხლძარღვებში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

გულის იშემიური დაავადება

574. გულის იშემიური დაავადების სხვადასხვა ფორმების საერთო პათო-ფიზიოლოგიური საფუძველია:

- ა) კორონარული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული დაზიანება;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის განვითარება;
- გ) კორონარული არტერიების სპაზმი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის არსებობა;
- *ე) მიოკარდიუმის უანგბადით მომარაგებასა და მასზე მოთხოვნილებას შორის დისბალანსის არსებობა;
- ვ) კორონარული არტერიების თანდაყოლილი ანომალიების არსებობა;
- ზ) კორონარული არტერიების თრომბოზი.

575. მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილება განისაზღვრება:1). გულის ცემის სიხშირით; 2). მარცხენა პარკუჭის სისტოლური მოცულობით;3). მარცხენა პარკუჭის წუთმოცულობით; 4). მიოკარდიუმის კუმშვალობით;5). არტერიული წნევით ან გულის კუნთის ბოჭკოების გაჭიმვალობით.

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

576. მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილება იზრდება:1). გულის ცემის გახშირებისას; 2). გამოხატული ანემიის განვითარებისას;3). არტერიული წნევის მომატებისას; 4). გულის კუმშვალობის გაზრდისას;5). ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის დაზიანებისას.

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

577. მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილება ყველაზე მეტად იზრდება:1). მხოლოდ პრედატვირთვის გაზრდისას;2). მხოლოდ პოსტატვირთვის გაზრდისას; 3). გულის ცემის გახშირებისას;4. გულის მუშაობის გაზრდისას, რომელიც თავის მხრივ განისაზღვრება გულის შეკუმშვის სიხშირითა და არტერიული წნევით.

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

578. ნორმაში მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდა ძირითადად კომპენსირდება:1). გულის კუმშვალობის დაქვეითებით;2). არტერიული წნევის კომპენსატორული დაქვეითებით;3). გულის ცემის სიხშირის გაიშვითებით;4). კორონარული სისხლის მიმოქცევის გაზრდით.

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

579. ნორმაში კორონარული სისხლის მიმოქცევა, უპირატესად, რეგულირდება:1). მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილებით;2). სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივობით;3). პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივობით;4). ჰიდრავლიკური ფაქტორებით.

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

580. ნორმაში კორონარული სისხლის მიმოქცევის რეგულირება წარმოებს:1). კორონარული სისხლძარღვების რემისგენგობის ცვალებადობით;2). მიოკარდიუმის მიერ სისხლიდან ექსტრაგირებული უანგბადის რაოდენობის ცვალებადობით;3). სისტოლის ხანგრძლივობის ცვალებადობით;4). დიასტოლის ხანგრძლივობის ცვალებადობით;5). სისტოლასა და დიასტოლას შორის თანაფარდობის ცვალებადობით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) არც ერთი პასუხი სწორი არ არის.
- *გ) სწორია 1;
- დ) სწორია 2, 3, 5;
- ე) სწორია 4.

581. ნორმაში მსხვილი ეპიკარდიული კორონარული არტერიები:1). მიოკარდიუმის ჟანგბაღზე მოთხოვნილების შესაბამისად მნიშვნელოვნად იცვლიან ტონუსს;2). ასრულებენ სისხლის რეგერეუარის ფუნქციას;3). არტერიული წნევის ფიზიოლოგიური ცვალებადობის შესაბამისად მნიშვნელოვნად იცვლიან ტონუსს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 2.

582. ნორმაში ინტრამიოკარდიული არტერიები:1). მიოკარდიუმის ჟანგბაღზე მოთხოვნილების შესაბამისად მნიშვნელოვნად იცვლიან ტონუსს;2). ასრულებენ სისხლის რეგერეუარის ფუნქციას;3). არტერიული წნევის ფიზიოლოგიური ცვალებადობის შესაბამისად მნიშვნელოვნად იცვლიან ტონუსს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

583. მიოკარდიუმის იშემიის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) ეპიკარდიული კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზი;
- ბ) ინტრამიოკარდიული კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზი;
- გ) კორონარული არტერიების სპაზმი;
- დ) კორონარული არტერიების თრომბოზი;
- ე) კორონარული არტერიების თანდაყოლილი ანომალიები;
- ვ) მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფია;
- ზ) გამოხატული ანემია.

584. ეპიკარდიული კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზი განაპირობებს:1). ამ არტერიების შევიწროვებას;2). მიოკარდიუმის პერფუზიის დაქვეითებას მხოლოდ მოსვენების მდგომარეობაში;3). მიოკარდიუმის პერფუზიის დაქვეითებას მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვისას;4). მიოკარდიუმის პერფუზიის დაქვეითებას მოსვენების მდგომარეობაში ან საჭიროების შემთხვევაში (მაგ. ფიზიკური დატვირთვისას) მიოკარდიუმის პერფუზიის არაადექვატურ გაზრდას.

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

585. კორონარული სისხლძარღვების თანდაყოლილი ანომალიები:1). ხშირად განაპირობებენ მიოკარდიუმის იშემიის განვითარებას მოზრდილებში;2). ხშირად განაპირობებენ მიოკარდიუმის იშემიის განვითარებას თანდაყოლილი კარდიომიოპათიებით შეპყრობილ ავადმყოფებში;3). შეიძლება გახდნენ ბავშვებში მიოკარდიუმის იშემიის განვითარების მიზეზი;4). შეიძლება გახდნენ ბავშვებში მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების მიზეზი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 3, 4.

586. აორტის ხერეღის სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში მიოკარდიუმის იშემიის მიზეზია:1). მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფიის შედეგად კორონარული არტერიების რეფლექსური სპაზმი;2). ჰიპერტროფირებული მარცხენა პარკუჭის გაზრდილი მოთხოვნილება ჟანგბაღზე;3). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის შედეგად სისტოლური მოცულობის და აქედან გამომდინარე არტერიული წნევის (პოსტლატერივის) გაზრდა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 2.

587. ტაქიკარდიის განვითარება მიოკარდიუმის იშემიას განსაკუთრებით ამძაფრებს შემდეგი პათოლოგიებით შეპყრობილ ავადმყოფებში:1). კორონარული ათეროსკლეროზით; 2). ანემიით; 3). აორტის ხერეღის სტენოზით;4). არტერიული ჰიპერტენზიით.

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

588. კორონარული ათეროსკლეროზით და აორტის ხერეღის სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში ტაქიკარდიის განვითარება განაპირობებს მიოკარდიუმის იშემიის გამძაფრებას, რადგან იგი იწვევს:1). მიოკარდიუმის ჟანგბაღზე მოთხოვნილების გაზრდას;2). უპირატესად სისტოლის ხანგრძლივობის შემცირებას;3). უპირატესად დიასტოლის ხანგრძლივობის შემცირებას;4). პერფუზიის საერთო ხანგრძლივობის შემცირებას.

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

589. კორონარული ათეროსკლეროზის ფონზე მიოკარდიუმის იშემიის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს:1). ტაქიკარდიამ; 2). ჰიპოტონიამ; 3). თირეოტოქსიკოზმა; 4). ანემიამ.

*ა) ყველა ჩამოთვლილმა;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 4;

დ) სწორია 1, 2, 3.

590. თანამედროვე შეხედულებით, გულის იშემიური დაავადების რისკ-ფაქტორად ითვლება:1). ჰიპოქოლესტეროლეემია (200 მგ/დლ და ნაკლები);2). ჰიპერტრიგლიცეროლეემია (200 მგ/დლ და მეტი);3). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის დაქვეითება (35 მგ/დლ და ქვევით).

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 2, 3.

591. კორონარული ათეროსკლეროზისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები:1). ძირითადად ლოკალიზდებიან ეპიკარდულ კორონარულ არტერიებში;2). ძირითადად ლოკალიზდებიან ინტრამიოკარდულ კორონარულ არტერიებში;3). კორონარულ სისხლძარღვებში განლაგებული არიან თანაბრად;4). კორონარულ სისხლძარღვებში განლაგებული არიან სეგმენტურად.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

592. ეპიკარდული კორონარული არტერიების სანათურის 70% - 80%-ით შევიწროებისას აღინიშნება:1). ინტრამიოკარდული არტერიების კომპენსატორული დილატაცია, რაც უზრუნველყოფს მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას მოსვენების მდგომარეობაში;2). ინტრამიოკარდული არტერიების კომპენსატორული დილატაცია, რაც უზრუნველყოფს მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას ზომიერი ფიზიკური დატვირთვისას;3). ინტრამიოკარდული არტერიების კომპენსატორული დილატაცია, რაც უზრუნველყოფს მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვისას;4). მიოკარდიუმის იშემიის უცილობელი განვითარება, როგორც დატვირთვისას, ისე მოსვენების მდგომარეობაში.

ა) სწორია 2;

ბ) სწორია 1, 2, 3.

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 1.

593. ეპიკარდული კორონარული არტერიების სანათურის 70 - 80%-ით დავიწროებისას მიოკარდიუმის იშემიის განვითარება აღინიშნება:1). მოსვენებით მდგომარეობაში; 2). ტაქიკარდიის განვითარებისას;3). მიოკარდიუმის კუმშვალბის გაზრდისას;4). არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარებისას.

ა) ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

*გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

594. ეპიკარდული კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზული შევიწროებისას, ობსტრუქციის ხარისხის დროებითი გაზრდა შეიძლება გამოიწვიოს:1). კორონარული არტერიების სპაზმმა; 2). კორონარული არტერიების თრომბოზმა;3). ტაქიკარდიამ; 4). არტერიულმა ჰიპერტენზიამ.

ა) ყველა ჩამოთვლილმა;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

595. სისხლძარღვთა კარგად განვითარებული კოლაგერალური ქსელი აღინიშნება:1). პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში; 2). ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში;3). კორონარული ათეროსკლეროზის თანდათანობით განვითარებისას;4). კორონარული ობსტრუქციის სწრაფად განვითარებისას.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 4;

*დ) სწორია 3.

596. სისხლძარღვთა კარგად განვითარებული კოლაგერალური ქსელი უზრუნველყოფს მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას:1). მოსვენებით მდგომარეობაში; 2). ფიზიკური დატვირთვისას;3). ფსიქო-ემოციური დატვირთვისას.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

*გ) სწორია 1;

დ) სწორია 2.

597. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). მიოკარდიუმის სუბენდოკარდიული ნაწილების იშემია ვითარდება სუბეპიკარდიული იშემიის შემდგომ;2). მარცხენა პარკუჭის დიდი ნაწილის იშემია განაპირობებს ამ უკანასკნელის უკმარისობის განვითარებას;3).

დერილისებრი კუნთების იშემია განაპირობებს მიტრალური სარქველის ნაკლოვანების განვითარებას;4). გარდამავალი იშემია განაპირობებს მიოკარდიუმის ნეკროზის განვითარებას.

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

598. მიოკარდიუმის იშემია შეიძლება გამოვლინდეს:1). T კბილის ინვერსიით; 2). ST სეგმენტის ლეპრესიით;3). ST სეგმენტის ელევაციით; 4). პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის განვითარებით;5). პარკუჭების ფიბრილაციის განვითარებით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

599. სტენოკარდია:1). მიოკარდიუმის იშემიის კლინიკური გამოვლინებაა;2). და კორონარული ათეროსკლეროზი იდენტური ცნებებია;3). ვითარდება მიოკარდიუმის ტრანზიტორული იშემიის დროს;4). ხშირად ვითარდება კორონარული ათეროსკლეროზის ფონზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- *დ) სწორია 1, 3, 4.

600. სტენოკარდიული დისკომფორტი აღიწერება, როგორც:1). გულმკერდის არეში მოჭერის ან ზეწოლის შეგრძნება;2). მოხრჩობის ან ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება;3). მკერდის ძვლის უკან გვივის შეგრძნება.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

601. სტენოკარდიის შეტევა, ჩვეულებრივ:1). აღმოცენდება ფიზიკური დატვირთვის ფონზე;2). აღმოცენდება ემოციური სტრესის ფონზე; 3). გრძელდება 30 წთ-ს და მეტ ხანს;4). იხსნება ნიტროგლიცერინის სუბლინგვალური მილების შემდეგ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

602. სტენოკარდიული ტკივილი შეიძლება ირადირდეს სხეულის ყველა ჩამოთვლილ ნაწილში, გარდა:

- ა) მარცხენა მხარში;
- ბ) ორივე ხელში;
- გ) ზურგში;
- დ) კბილებში;
- *ე) მარცხენა ფეხში;
- ვ) ეპიგასტრიუმში.

603. დაძაბვის სტენოკარდიის შეტევა ხშირად აღმოცენდება:1). საკვების მიღების შემდეგ; 2). აღმართზე ასვლისას; 3). სიცივეში; 4). სიცხეში; 5). უძძომზე.

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

604. სტენოკარდიული დისკომფორტი:1). ძლიერდება ხველის და ღრმად ჩასუნთქვისას;2). ძლიერდება სხეულის წინ გადახრისას;3). იხსნება მხოლოდ ნიტროგლიცერინის მიღების შემდეგ;4). შეიძლება მოიხსნას როგორც ნიტროგლიცერინის მიღების, ისე ფიზიკური აქტივობის შეწყვეტის (მოსვენების) შედეგად.

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

605. ღამის სტენოკარდიის აღმოცენების მიზეზებია:1). ძილის დროს სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა;2). ძილის დროს სისხლძარღვთა-მამოძრავებელი ცენტრის დათრგუნვა;3). ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გულის მოძვების და აქედან გამომდინარე მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

606. სტენოკარდიული შეტევის აღმოცენების მდურბლი:1). ყოველთვის ერთნაირია; 2). შეიძლება შეიცვალოს ერთი დღის განმავლობაში;3). უფრო მაღალია ქალებში; 4). უფრო მაღალია მამაკაცებში.

- ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 4;
- გ) სწორია 3;

- დ) სწორია 2, 4;
- *ე) სწორია 2.

607. კორონარული ათეროსკლეროზისა და სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის შერწყმისას:1). სტენოკარდია იშვიათად ვითარდება; 2). სტენოკარდია ხშირად ვითარდება;3). ხშირია სტენოკარდიული დისკომფორტის აგვიური ლოკალიზაცია;4). გაძნელებულია ანგიოგრაფიული სიმპტომის მოხსნა.

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

608. ვარიანტული სტენოკარდიის აღმოცენების მიზეზი:1). რომელიმე პროქსიმალური ეპიკარდიული არტერიის ლოკალური სპაზმი;2). რომელიმე ინტრაბრანქიული არტერიის ლოკალური სპაზმი;3). ძილის დროს სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა;4). ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გულის მოძვრის და აქედან გამომდინარე მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდა.

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

609. რომელი ფორმულირება შეესაბამება ყველაზე მეტად ვარიანტული (პრინცმეტალის) სტენოკარდიის ცნებას:

- ა) ეკგ-ზე ST სეგმენტის ლეპრესია;
- ბ) უპირატესად ავადდებიან 60 წელს მიღწეული მამაკაცები;
- გ) ხშირად, შეტევა ვითარდება ფიზიკური დატვირთვისას;
- დ) დაავადება ხშირად იწვევს მიოკარდიუმის ინფარქტს;
- *ე) შეტევის აღმოცენების მიზეზი კორონარული არტერიების სპაზმი.

610. ვარიანტული სტენოკარდიის შეტევა აღმოცენდება:1). მხოლოდ ინტაქტური კორონარული არტერიების სპაზმის შედეგად;2). მხოლოდ ათეროსკლეროზული კორონარული არტერიების სპაზმის შედეგად;3). შეიძლება აღმოცენდეს როგორც ინტაქტური, ასევე ათეროსკლეროზული კორონარული არტერიების სპაზმის შედეგად;4). ჩვეულებრივ, მოსვენების მდგომარეობაში.

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

611. პრინცმეტალის სტენოკარდია ხასიათდება:

- ა) ფიზიკური დატვირთვისას გულმკერდის არეში ტკივილით;
- *ბ) მოსვენების მდგომარეობაში გულმკერდის არეში ტკივილით;
- გ) კორონარული სისხლძარღვების სანათურის დიფერენციალური სიფილისური აორტიტის გამო;
- დ) კორონარული ემბოლიზმით.

612. ქვემოთ ჩამოთვლილი პროპარაგებიდან რომელია ვარიანტული სტენოკარდიის ყველაზე ეფექტური სამკურნალო და პროფილაქტიკური საშუალება:

- ა) პროპრანოლოლი;
- ბ) ნიტროგლიცერინი;
- გ) ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი;
- *დ) ვერაპამილი;
- ე) იზოსორბიდ დინიტრეტი.

613. ვარიანტული სტენოკარდიის შეტევა:1). ჩვეულებრივ, აღმოცენდება მოსვენების მდგომარეობაში, ღამით;2). ჩვეულებრივ, აღმოცენდება მსუბუქი ფიზიკური დატვირთვისას;3). შეიძლება აღმოცენდეს ფიზიკური დატვირთვის ფონზე;4). შეიძლება განვითარდეს პაროქსიზმული ტაქიკარდიის ფონზე.

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

614. გულმკერდის არეში ტკივილის აღმოცენების მიზეზი შეიძლება იყოს:1). აორტის განმშრევებელი ანევრიზმი; 2). პერიკარდიტი; 3). პლევრიტი;4). ემოციური გადაღლა ან გადაძაბვა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

615. სტენოკარდიის შეტევის დროს ჩატარებული ფიზიკალური გამოკვლევი:1). ჩვეულებრივ, ნორმიდან რაიმე გადახრა არ ვლინდება;2). პალპაციით გულის არეში შეიძლება გამოვლინდეს პათოლოგიური პულსაცია;3). მწვერვალზე მოისმინება IV ტონი;4). მწვერვალზე შეიძლება მოვისმინოთ სისტოლური შუილი.

- ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 3, 4;
- *გ) სწორია 2, 3, 4.

616. სტენოკარდიის შეტევებს შორის პერიოდში ჩატარებული ფიზიკალური გამოკვლევი:1). ჩვეულებრივ, ნორმიდან რაიმე გადახრა არ

ვლინდება;2). პალპაციით გულის არეში შეიძლება შევიგრძნოთ პათოლოგიური პულსაცია;3). მწვერვალზე შეიძლება მოვისმინოთ IV ტონი;4). მწვერვალზე შეიძლება მოვისმინოთ სისტოლური შუილი.

- * ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

617. სტენოკარდიის შეტევის პერიოდში გადაღებულ ეკგ-ზე შეიძლება აღინიშნოს:1). T კბილის ინვერსია; 2). ST სეგმენტის ღებრესია; 3). ST სეგმენტის ელევაცია;4). ჩვეულებრივ, პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება.

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

618. პრინციპალის სტენოკარდიის შეტევის დროს გადაღებულ ეკგ-ზე აღინიშნება:1). T კბილის ინვერსია; 2). ST სეგმენტის ღებრესია; 3). ST სეგმენტის ელევაცია;4). ჩვეულებრივ, პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება.

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

619. სტენოკარდიის შეტევებს შორის პერიოდში - ნორმალური ეკგ:1). გამორიცხავს სტენოკარდიის დიაგნოზს; 2). აღასტურებს სტენოკარდიის დიაგნოზს;3). არ არის გადამწყვეტი სტენოკარდიის დიაგნოსტიკისათვის;4). აღენიშნებათ სტენოკარდიით შეპყრობილ ავადმყოფთა ნახევარს.

- * ა) სწორია 3, 4;
- ბ) სწორია 2, 4;
- გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- დ) სწორია 1, 3.

620. ღობირებული ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტის შეწყვეტის კრიტერიუმებია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულმკერდის არეში დისკომფორტის შეგრძნების აღმოცენება;
- ბ) გამოხატული ქოშინის განვითარება;
- * გ) ST სეგმენტის ღებრესია < 2 მმ;
- დ) სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითება საწყის მაჩვენებელთან შედარებით 15%-ით და მეტით;
- ე) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიების აღმოცენება.

621. ღობირებული ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტის ჩატარებისას გულის იშემიური დაავადებისთვის სპეციფიურია:

- * ა) ST სეგმენტის ღებრესია 1 მმ-ით და მეტად, რომელიც 0,08 წმ-ს გრძელდება;
- ბ) ST სეგმენტის აღმაფალი ღებრესია ან $\dot{\text{I}}$ წერტილის ცლომა;
- გ) T კბილის ფორმისა და პოლარობის შეცვლა;
- დ) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიტმიის განვითარება;
- ე) ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის დარღვევა;
- ვ) პარკუჭშიდა გამტარებლობის დარღვევა.

622. ღობირებული ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტზე ფსევდოუარყოფითი შედეგი ხშირად აღენიშნებათ:1). ახალგაზრდა, ასიმპტომურ ქალებს; 2). 45 წელს გადაცილებულ მამაკაცებს;3). ქინიდინით ან საგულე გლიკომიდებით ნამკურნალებ ავადმყოფებს;4). ავადმყოფებს I ან II ხარისხის ატრიოვენტრიკულური ბლოკადით.

- * ა) სწორია 1, 3, 4;
- ბ) სწორია 2, 3, 4.

623. ღობირებული ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტზე ფსევდოდადებითი რეზულტატი ხშირად აღენიშნებათ:1). ქალებს; 2). 45 წელს გადაცილებულ მამაკაცებს;3). ქინიდინით ან საგულე გლიკომიდებით ნამკურნალებ ავადმყოფებს;4). ავადმყოფებს I ან II ხარისხის ატრიოვენტრიკულური ბლოკადით.

- * ა) სწორია 1, 3, 4;
- ბ) სწორია 2, 3, 4.

624. მარცხენა პარკუჭის იშემიური დისფუნქციის მიმანიშნებელი და ცუდი პროგნოზული ნიშანია, ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტის:1). ნებისმიერი მიზეზით შეწყვეტა (მოცემული ავადმყოფისათვის გულის ცემის სუბმაქსიმალური სიხშირის მიღწევამდე);2). დროს არტერიული წნევის მომატების მაგივრად მისი დაქვეითება;3). სტენოკარდიის შეტევის ან ST სეგმენტის ელევაციის განვითარება მცირე ფიბრიკურ დაგვირვამზე;4). დამთვრებიდან 5 წთ-ის და უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ST სეგმენტის ღებრესიის შენარჩუნება.

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

625. კორონარული არტერიების მძიმე დაზიანებაზე მიუთითებს ფიბრიკური დაგვირთვის ტესტის:1). ნებისმიერი მიზეზით შეწყვეტა (მოცემული ავადმყოფისათვის გულის ცემის სუბმაქსიმალური სიხშირის მიღწევამდე);2). დროს არტერიული წნევის მომატების მაგივრად მისი დაქვეითება;3). სტენოკარდიის შეტევის ან ST სეგმენტის ელევაციის განვითარება მცირე ფიბრიკურ დაგვირვამზე;4). დამთვრებიდან 5

წითლის და უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შვ სეგმენტის ღებრესიის შენარჩუნება.

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

626. ფიზიკური დატვირთვის ტესტის ჩატარებისას დატვირთვის სიმაღლეზე ავადმყოფისათვის ინტრავენურად რადიოიზოტოპის (თალიუმ - 201) შეყვანისას სტენოკარდიის დიაგნოზს აღსატყობს:1). იზოტოპის შეყვანიდან 5-10 წთ-ის შემდეგ მიღებულ მიოკარდიუმის გამოსახულებაზეთალიუმ - 201-ის თანაბარი განაწილება;2). იზოტოპის შეყვანიდან 5 - 10 წთ-ის შემდეგ მიღებულ მიოკარდიუმის გამოსახულებაზეერთი ან რამდენიმე „თეთრი ლაქა“-;3). იზოტოპის შეყვანიდან 2 - 4 სთ-ის შემდეგ მიღებულ მიოკარდიუმის გამოსახულებაზეთალიუმ - 201-ის თანაბარი განაწილება;4). იზოტოპის შეყვანიდან 2 - 4 სთ-ის შემდეგ მიღებულ მიოკარდიუმის გამოსახულებაზეერთი ან რამდენიმე „თეთრი ლაქა“.

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

627. ფიზიკური დატვირთვის ტესტის ჩატარებისას დატვირთვის სიმაღლეზე რადიოიზოტოპური მეთოდით (ტექნიციუმ - 99) გამოკვლევისას, მიოკარდიუმის იშემიაზე შეტყვევებს:1). გადმოსროლის ურაქციის შემცირება; 2). გადმოსროლის ურაქციის გაზრდა;3). პარკუჭების კედლების კუმშვალობის ლოკალური დარღვევები.

- *ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 2, 3.

628. კორონაროგრაფიის ჩატარება ნაჩვენებია:1). სტენოკარდიით შეპყრობილი ყველა ავადმყოფისთვის;2). მხოლოდ არასტაბილური სტენოკარდიით შეპყრობილი ავადმყოფებისთვის;3). თუ არაინფარქტი გამოკვლევების შედეგებით არ დადასტურდა ან არ გამოირიცხა სტენოკარდიის დიაგნოზი;4). კანსტაბილური გრანსლუმინური კორონარული ანგიოპლასტიკის ან კორონარული შუნტირების ჩვენების დაზუსტებისათვის.

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

629. გულის იშემიური დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფისთვის პროგნოზული მნიშვნელობა ენიჭება:1). მარცხენა პარკუჭის ფუნქციურ მდგომარეობას;2). კორონარული არტერიების სტენოზის ლოკალიზაციას და ხარისხს;3). მიოკარდიუმის იშემიის გამოხატულებას;4). კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის პროგრესირების სიჩქარეს.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

630. ყველაზე არახელსაყრელი პროგნოზი მოსალოდნელია გულის იშემიური დაავადებით შეპყრობილ იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც აღენიშნებათ:1). მარცხენა წინა დასწვრივი კორონარული არტერიის პროქსიმალური ნაწილის სტენოზი;2). მარცხენა წინა დასწვრივი კორონარული არტერიის დისტალური ნაწილის სტენოზი;3). მარჯვენა კორონარული არტერიის სტენოზი;4). მარცხენა შემომხვევი კორონარული არტერიის სტენოზი.

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

631. არასტაბილური პროგნოზი მოსალოდნელია გულის იშემიური დაავადებით შეპყრობილ იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც აღენიშნებათ:1). მედიკამენტური თერაპიისაღმდეგ რემისციური სტენოკარდიული შეტევები;2). მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის ხანმოკლე პერიოდში აღმოცენებული სტენოკარდიული შეტევები;3). ფიზიკური დატვირთვისას გადმოსროლის ურაქციის შემცირება;4). დამოუკიდებელი ფიზიკური დატვირთვის ჩატარებისას გულის ცემის სუბმაქსიმალურ სიხშირეზე ST სეგმენტის გამოხატული (> 2 მმ) ღებრესია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 4.

632. არასტაბილურ სტენოკარდიას მიეკუთვნება:1). ახლადამოცენებული სტენოკარდია (პირველი 6 კვირის განმავლობაში);2). პროგრესირებადი სტენოკარდია (სტენოკარდიული შეტევების გახშირება);3). მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის რამდენიმე დღეში ან კვირაში აღმოცენებული სტენოკარდია.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3.

633. არასტაბილური სტენოკარდია:1). შეიძლება დასრულდეს გამოჯანმრთელებით;2). შეიძლება დასრულდეს უეცარი სიკვდილით;3). აუცილებლად ბოლოვდება მიოკარდიუმის ინფარქტით;4). შეიძლება გადავიდეს სტაბილურ სტენოკარდიაში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

634. არასტაბილური სტენოკარდიის პათო-ფიზიოლოგიური საფუძველი შეიძლება იყოს:1). კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანება;2). კორონარული არტერიების სპაზმი;3). კორონარული ათეროსკლეროზის ფონზე სტენოზის მახლობლად განვითარებული სეგმენტური სპაზმი.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3.

635. მუნჯი იშემია:1). გულის იშემიური დაზიანების ერთ-ერთი ფორმაა, რომლის დროსაც მიოკარდიუმის იშემიის ეკგ გამოვლინებას თან არ ახლავს სტენოკარდიის კლინიკური სურათი;2). არ არის დაკავშირებული კორონარულ ათეროსკლეროზთან;3). არასოდეს იწვევს მიოკარდიუმის ინფარქტის ან უეცარი სიკვდილის განვითარებას;4). პრაქტიკულად არ საჭიროებს მკურნალობას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 1;

ე) სწორია 2.

636. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი პათოლოგიების კორექცია გამოიწვევს მიოკარდიუმის ქანგბაღზე მოთხოვნილების შემცირებას:1). ანემია; 2). არტერიული ჰიპერტენზია; 3). თირეოტიკოზი; 4). პულმონური დისფუნქცია.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 1, 4;

*ე) სწორია 2, 3.

637. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი პათოლოგიების თერაპია გამოიწვევს მიოკარდიუმის ქანგბადით მომარაგების გაუმჯობესებას:1). ანემია; 2). არტერიული ჰიპერტენზია; 3). თირეოტიკოზი;4). ფილტვების დაზიანებები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 1, 4;

ე) სწორია 2, 3.

638. სტენოკარდიული შეტევების აღმოცენების გაიშვიათებას განაპირობებს:1). ავადმყოფის მიერ ჩვეული ფიზიკური დატვირთვის შეღარებით ნელ ტემპში შესრულება;2). დილის საათებში ფიზიკური აქტივობის შემლუღვა;3). საჭმლის მიღების შემდეგ ფიზიკური ვარჯიში;4). საკვების ხშირად და მცირე რაოდენობით მიღება.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

639. სტანდარტული ანგისტენოკარდიული აგენტებია:1). ნიტრატები; 2). ბეტა-ბლოკატორები; 3). კალციუმის ანტაგონისტები;4). ანტიანგიოტენზინები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2.

640. ბეტა - ბლოკატორების მიღება პირდაპირ ნაჩვენებია:1). დაძაბვის სტენოკარდიით შეპყრობილი პოსტინფარქტული ავადმყოფებისთვის;2). დაძაბვის სტენოკარდიის და მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის ერთდროულად არსებობისას;3). დაძაბვის სტენოკარდიის და ტაქიკარდიის შერწყმის შემთხვევაში;4). ვარიანტული სტენოკარდიის სამკურნალოდ.

ა) ყველა შემთხვევაში;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4.

641. დიჰიდროპირიდინის ტიპის კალციუმის ანტაგონისტებს ბეტა-ბლოკატორებთან შედარებით უპირატესობა ენიჭებათ დაძაბვის სტენოკარდიის:1). რესპირატორულ დაზიანებასთან შერწყმის შემთხვევაში;2). შაქრიან დიაბეტთან შერწყმის შემთხვევაში;3). გამოხატულ ჰიპერლიპიდემიასთან შერწყმის შემთხვევაში;4). ტაქიკარდიასთან შერწყმის შემთხვევაში.

ა) ყველა შემთხვევაში;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4.

642. ღამის და "მუნჯი" სტენოკარდიული შეტევების კუპირებისთვის ეფექტურია:1). ნიტრატები; 2). ბეტა-ბლოკატორები; 3). კალციუმის ანტაგონისტები.

*ა) სამივე ჯგუფი ერთნაირი ეფექტურობით ხასიათდება;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

643. ნიგრაგებით, ბეტა-ბლოკატორებით და კალციუმის ანტაგონისტებით ე.წ. "სამმაგი-თერაპია:1). საუკეთესო მკურნალობაა; 2). ხშირად იწვევს ჰიპოტენზიის განვითარებას;3). ნაჩვენებია მონო და ლი თერაპიისადმი რეზისტენტული დაძაბვის სტენოკარდიის მკურნალობისთვის; 4). ნაჩვენებია არასტაბილური სტენოკარდიის თერაპიისთვის.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- *გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

644. „მუნჯი“ იშემიის თერაპიისათვის გამოიყენება:1). ნიგრაგები; 2). ბეტა-ბლოკატორები; 3). კალციუმის ანტაგონისტები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 2, 3.

645. არასტაბილური სტენოკარდიის თერაპიაში გადამწყვეტი როლი ენიჭებათ:1). ანტიანგიოტენზებს (ასპირინი); 2). ანტიკოაგულანტებს (ჰეპარინი); 3). ნიგრაგებს;4). ბეტა-ბლოკატორებს; 5). კალციუმის ანტაგონისტებს.

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

646. ბეტა-ბლოკატორების უკუჩვენების შემთხვევაში, სტენოკარდიის თერაპიისათვის წარმატებით გამოიყენება მსგავსი თერაპიული ეფექტის მქონე:1). ლაცაპილინი; 2). ნიკარდიპინი; 3). დილთიაზემი;4). ნიფედიპინი.

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

647. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია, არასტაბილური სტენოკარდიის თერაპიისათვის ნიფედიპინი:1). უკუნაჩვენებია ბეტა-ბლოკატორებთან კომბინირების გარეშე;2). უკუნაჩვენებია, რადგან იწვევს ტაქიკარდიის განვითარებას;3). უკუნაჩვენებია, რადგან იწვევს ჰიპოტენზიის განვითარებას;4). უკუნაჩვენებია ფიბრინოლიზურ თერაპიასთან კომბინირების გარეშე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

648. სტენოკარდიის თერაპიისათვის ბეტა-ბლოკატორების გამოყენება ემყარება მათ უნარს:1). შეამცირონ მიოკარდიუმის მოთხოვნილება ჟანგბადზე;2). გაზარდონ მიოკარდიუმის ჟანგბადით მომარაგება;3). გამოიწვიონ კორონარული არტერიების დილატაცია;4). გამოიწვიონ პერიფერიული არტერიების დილატაცია.

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

649. მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილებას ბეტა-ბლოკატორები ამცირებენ:1). გულის ცემის სიხშირის გაიშვითებით; 2). არტერიული წნევის დაქვეითებით;3). მიოკარდიუმის კუმშვალბის დაქვეითებით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

650. სტენოკარდიის თერაპიისათვის ყველაზე ეფექტური ბეტა-ბლოკატორია:

- ა) პროპრანოლოლი (ანაპრილინი);
- ბ) ათენოლოლი;
- გ) მეტოპროლოლი;
- დ) აცებუტოლოლი;
- *ე) ყველა პრეპარატი დაახლოებით ერთნაირი ეფექტურობით ხასიათდება.

651. სტენოკარდიის თერაპიისათვის ბეტა-ბლოკატორის ისეთი დოზა უნდა შეირჩეს, რომ:1). მოსვენების მდგომარეობაში გულის ცემის სიხშირე იყოს 55 - 60 შეკ/წთ;2). მოსვენების მდგომარეობაში გულის ცემის სიხშირე იყოს 65 - 70 შეკ/წთ;3). ჩვეული ფიზიკური დატვირთვისას გულის ცემის სიხშირე არ უნდა აღემატებოდეს 100 შეკ/წთ;

- ა) ჩვეული ფიზიკური დატვირთვისას გულის ცემის სიხშირე არ უნდა აღემატებოდეს 120 შეკ/წთ.
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 4;
- დ) სწორია 1, 4;
- ე) სწორია 2, 3.

652. სტენოკარდიის თერაპიისათვის ყველაზე უსაფრთხო და ეფექტურია ბეტა-ბლოკატორების კომბინაცია:1). ნიფედიპინთან; 2).

ლილითაბემთან; 3). ვერაპამილითან; 4). ლაციპილითან.

ა) ყველა ჩამოთვლილიდან;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 1, 4.

653. ბეგა-ბლოკატორის ვერაპამილითან კომბინირება ყველაზე ხშირად იწვევს: 1). აგროვენტრიკულური გამტარებლობის შეფერხებას; 2). სინუსურ ბრადიკარდიას; 3). ჰიპოტენზიას; 4). მიოკარდიუმის კუმშვადობის მკვეთრ დაქვეითებას.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 2, 3;

*გ) სწორია 1, 4.

654. ბეგა - ბლოკატორის ლილითაბემთან კომბინირება ყველაზე ხშირად იწვევს: 1). აგროვენტრიკულური გამტარებლობის შეფერხებას; 2). სინუსურ ბრადიკარდიას; 3). ჰიპოტენზიას; 4). მიოკარდიუმის კუმშვადობის მკვეთრ დაქვეითებას.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 4;

*დ) სწორია 2.

655. არასტაბილური სტენოკარდიის თერაპიისას ასპირინთან და ჰეპარინთან ბეგა - ბლოკატორების კომბინირება ყველაზე მეტად ნაჩვენებია: 1). გულისცემის აჩქარებისას; 2). არტერიული ჰიპერტენზიის დროს; 3). შაქრიანი დიაბეტის ფონზე; 4). ჰიპერლიპიდემიის ფონზე.

ა) ყველა შემთხვევაში;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 1, 2, 4.

656. „მუნჯი“ იშემიის თერაპიისთვის ბეგა - ბლოკატორების უფექტურობა ნივთიერებთან კალციუმის ანტაგონისტებთან შედარებით შეიძლება აიხსნას იმით, რომ: 1). „მუნჯი“ იშემიისთვის დამახასიათებელი ეკვ ცვლილებების განვითარებას, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს გულის ცემის გახშირების ფონზე; 2). ბეგა - ბლოკატორები იწვევენ მიოკარდიუმის უანგბადზე მოთხოვნილების შემცირებას; 3). ბეგა - ბლოკატორები იწვევენ მიოკარდიუმის უანგბადით მომარაგების გაზრდას.

ა) ყველა ჩამოთვლილიდან;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3;

დ) სწორია 2, 3.

*ე) სწორია 1.

657. სტენოკარდიის შეტევის კუპირებისთვის სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინის მიღება უნდა მოხდეს მჯდომარე პოზიში იმიტომ, რომ: 1). ვერტიკალურ მდგომარეობაში პრეპარატის მიღებისას შეიძლება სინკოპე განვითარდეს; 2). ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში იზრდება სისხლის მიდინება გულისაკენ, რაც თავის მხრივ განაპირობებს გულზე ლაგვირთვის კიდევ უფრო მეტად გაზრდას; 3). მჯდომარე პოზიში პრეპარატი ადვილად აბსორბირდება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილიდან;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

658. სტენოკარდიის შეტევის კუპირებისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ: 1). ნიტროგლიცერინი; 2). იზოსორბიდ დინიტრატის; 3). იზოსორბიდ მონონიტრატის.

ა) ყველა ჩამოთვლილიდან;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

659. ნიტრატების მიმართ ტოლერანტობის განვითარება შეიძლება თავიდან ავიცილოთ, თუ: 1). დავიცავთ ე.წ. „ნიტრატებისაგან თავისუფალ პერიოდს“; 2). ნიტრატებს დავნიშნავთ ხშირად და მცირე დოზებით; 3). თუ გამოვიყენებთ მხოლოდ მონონიტრატებს; 4). თუ გამოვიყენებთ დი - და მონო - ნიტრატებს.

ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 4;

დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 2, 4;

*ვ) სწორია 1.

660. გახანგრძლივებული მოქმედების გრინიტრატის (მაგ. სუსტაკ-ფორგეს) მიმართ ტოლერანტობის განვითარებისას ასევე აღინიშნება ტოლერანტობის განვითარება:

ა) ამ ჯგუფის სხვა გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატების მიმართ;

ბ) ნიტროგლიცერინის მიმართ;

გ) დინიტრატების მიმართ;

დ) მონონიტრატების მიმართ;

*ე) ყველა ჯგუფის პრეპარატების მიმართ.

661. მონონიტრატების უპირატესობა სხვა ჯგუფის ნიტრატებთან შედარებით განპირობებულია იმით, რომ:1). მონონიტრატები ყველაზე იაფი ნიტრატებია;2). მონონიტრატებს აღენიშნებათ მაღალი ბიომისაწვდომობა;3). მონონიტრატები არ მეტაბოლიზდებიან ლეიდში;4). შემუშავებულია მონონიტრატებით თერაპიის ისეთი სქემები, რომლებიც საშუალებას იძლევიან თავიდან ავიცილოთ მათ მიმართ გოლერანგობის განვითარება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 4.

662. ბეგა-ბლოკატორების და ნიტრატების სინერგული მოქმედება განისაზღვრება იმით, რომ:1). ბეგა-ბლოკატორები აბათილებენ ნიტრატების ტაქიკარდიულ ეფექტს;2). ბეგა-ბლოკატორები იწვევენ გულის მოძის გაზრდას, ნიტრატები კი ამცირებენ მას;3). ნიტრატები მრდიან, ხოლო ბეგა-ბლოკატორები აქვეითებენ მთოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილებას;4). ბეგა-ბლოკატორები ამცირებენ, ხოლო ნიტრატები მრდიან მთოკარდიუმის ჟანგბადით მომარაგებას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

663. ხანგრძლივმოქმედი ნიტრატების ნეფელიპინთან კომბინირებამ შეიძლება გამოიწვიოს:1). პრე-ლაგვირთვის გაზრდა; 2). პოსტ-ლაგვირთვის გაზრდა;3). პრე-ლაგვირთვის გაღაჭარბებული დაქვეითება;4). პოსტ-ლაგვირთვის გაღაჭარბებული დაქვეითება.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 4;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 3, 4.

664. სტენოკარდიის სამკურნალოდ ნიფელიპინის გამოყენება ემყარება პრეპარატის უნარს:1). გამოიწვიოს კორონარული სისხლძარღვების დილატაცია;2). მოხსნას ფიბოკური ლაგვირთვით განპირობებული ვაზოკონსტრიქცია;3). შეამციროს პოსტ-ლაგვირთვა; 4). გამოიწვიოს გულის ცემის გაიშვიათება.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

665. სტენოკარდიის თერაპიისთვის ვერაპამილის და დილთიაზემის გამოყენება ემყარება მათ უნარს:1). გამოიწვიონ კორონარული სისხლძარღვების დილატაცია;2). შეამცირონ პოსტ-ლაგვირთვა; 3). გამოიწვიონ გულის ცემის გაიშვიათება;4). გამოიწვიონ მთოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება.

*ა) ყველა ჩამოთვლილს;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

666. ნიტრატებთან და ბეგა-ბლოკატორებთან შედარებით, კალციუმის ანტაგონისტებს უპირატესობა ენიჭებათ:1). არასტაბილური სტენოკარდიის თერაპიისთვის;2). სიცვიით გამოწვეული სტენოკარდიის თერაპიისთვის;3). ჰიპერენგილაციით განპირობებული სტენოკარდიის თერაპიისთვის;4). პრინციპალის სტენოკარდიის თერაპიისთვის.

ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

*დ) სწორია 2, 3, 4.

მთოკარდიუმის ინფარქტი

667. ჯანმრთელებთან შედარებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია მთოკარდიუმის ინფარქტის:1). მწვავე სტადიაში; 2). გაღაჭარბიდან 1 წლის განმავლობაში;3). გაღაჭარბიდან 5 წლის შემდეგ; 4). გაღაჭარბიდან 10 წლის შემდეგ.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3.

668. მთოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ყველაზე ხშირი სიმპტომია:

*ა) ტკივილი;

ბ) უეცრად აღმოცენებული ქოშინი;

გ) ცნობიერების დაკარგვა;

დ) სისუსტის შეგრძნება;

ე) გულის რიტმის ღარღვევა;

ვ) ჰიპოტონია.

669. 45 წლის მამაკაცი უჩივის მოჭერითი ხასიათის ტკივილს გულმკერდის არეში და გულისრევის შეგრძნებას. ტკივილი დაიწყო ექიმთან მისვლამდე 1 სთ ადრე. ობიექტურად, არტერიული წნევა 110/70 მმ.ვწყ.სვ, პულსი 72, პროფუზული ოფლიანობა. აუსკულტაციით ორივე ფილგვის ქვედა წილებში მოისმინება სველი ხიხინი. ეკგ-ზე V1-V4 განხრებში აღინიშნება ST სეგმენტის ელევაცია, II, III, avF განხრებში კი ST სეგმენტის დეპრესია.სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) ქვედა კედლის ინფარქტი;
- *ბ) წინა კედლის ინფარქტი;
- გ) ფილგვის ემბოლია;
- დ) პეპტიური წყლული;
- ე) პერიკარდიტი.

670. ტკივილის გარეშე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, ყველაზე ხშირად, მიმდინარეობს:1). ახალგაზრდა ავადმყოფებში; 2). ხანდაზმულ ავადმყოფებში;3). შაქრიანი დიაბეტით შეპყრობილ ავადმყოფებში;4). ჰიპერტონული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფებში.

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

671. უეცრად აღმოცენებული ქოშინით მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი ყველაზე ხშირად ვლინდება:1). ახალგაზრდა ავადმყოფებში; 2). ხანდაზმულ ავადმყოფებში;3). შაქრიანი დიაბეტით შეპყრობილ ავადმყოფებში;4). ჰიპერტონული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფებში.

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

672. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას აღმოცენებული ტკივილი:1). ლოკალიზდება გულმკერდის ცენტრალურ ნაწილში;2). ლოკალიზდება ეპიგასტრიუმში;3). ირადირდება გემო კიდეებში, ზურგში, ქვედა ყბაში, მარცხენა ჰიპოგასტრიუმში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

673. სტენოკარდიისგან განსხვავებით მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას აღმოცენებული ტკივილი:1). უფრო ინტენსიური ხასიათისაა; 2). უფრო დიდი ხანგრძლივობისაა;3). ირადირდება გემო კიდეებში, ზურგში, ქვედა ყბაში;4). ირადირდება ჭიპის ქვემოთ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

674. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას:1). ავადმყოფი აგზნებულია, მოუსვენრად წევს საწოლში;2). ავადმყოფი ფერმკთალი და ოფლიანია;3). ავადმყოფს აღენიშნება კიდეების გაცივება;4). ავადმყოფს აუცილებლად აღენიშნება კანის და ლორწოვანი საფარველის სიმშრალე.

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

675. სტენოკარდიის შეტევისაგან განსხვავებით, მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას:1). ავადმყოფი გაუნძრევლად წევს საწოლში;2). ავადმყოფი აგზნებულია და საწოლში მოუსვენრად წევს;3). ტკივილი 30 წთ-ზე მეტ ხანს გრძელდება;4). ავადმყოფი იღებს იძულებით მჯლომარე პოზას.

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

676. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების მაღალ ალბათობაზე მიუთითებს:1). მკერდის ძელის უკან ლოკალიზებული 5-15 წთ-ის ხანგრძლივობის ტკივილი;2). მკერდის ძელის უკან ლოკალიზებული 30 წთ-ის ხანგრძლივობის ტკივილი;3). კანის საფარველის სიმშრალე; 4). ოფლიანობა.

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

677. ბრადიკარდია და ჰიპოტონია უფრო ხშირად აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის:1). წინა-სუბკალური კედლის ინფარქტების დროს;2). წინა კედლის ინფარქტების დროს;3). უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტების დროს;4). უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტების დროს.

- ა) სწორია 1, 2;

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

678. მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას შეიძლება მოვისმინოთ:1). IV ტონი; 2). III ტონი; 3). მოყრუებული ტონები;4). II ტონის პარადოქსული გახლეჩა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

679. მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ყველაზე ხშირად მოისმინება:1). IV ტონი; 2). III ტონი; 3). მოყრუებული ტონები;4). II ტონის პარადოქსული გახლეჩა.

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

680. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის განვითარებისას ყველაზე იშვიათად მოისმინება:1). IV ტონი; 2). III ტონი; 3). მოყრუებული ტონები; 4). II ტონის პარადოქსული გახლეჩა.

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

681. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას სისტოლური შუილი მწვერვალზე:1). მოისმინება სისტოლის დასაწყისში;2). მოისმინება სისტოლის შუა პერიოდში ან ბოლოში;3). მარჯვენა აგრიო-ვენტრიკულური სარქველის ორგანული ნაკლოვანების მახასიათებელია;4). მარცხენა აგრიო-ვენტრიკულური სარქველის მეორადი ნაკლოვანების მახასიათებელია.

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

682. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის განვითარებისას მწვერვალზე სისტოლური შუილი მოსმინება:1). ანამნეზში რეემმატიზმის არსებობისას;2). ღერილისებური კუნთების დისფუნქციით განპირობებული მიგრალური სარქველის ნაკლოვანების შედეგად;3). ღერილისებური კუნთების დისფუნქციით განპირობებული მიგრალური სარქველის სტენოზის შედეგად;4). აორტული სარქველის მეორადი ნაკლოვანების შედეგად.

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

683. გრანსმურული მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას შეიძლება აღინიშნოს:1). პერიკარდიუმის ხახუნის ხშიანობა;2). საუღლე ვენების დაბერვა და პულსაციის გაძლიერება;3). საძილე არტერიებზე - მცირე პულსი;4). საწყის მონაცემებთან შედარებით სისტოლური არტერიული წნევის 15%-ით დაქვეითება.

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

684. მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის განვითარებისას შეიძლება აღინიშნოს:

- ა) პერიკარდიუმის ხახუნის ხშიანობა;
- ბ) საუღლე ვენების დაბერვა და პულსაციის გაძლიერება;
- გ) საძილე არტერიებზე - მცირე პულსი;
- დ) საწყის მონაცემებთან შედარებით სისტოლური არტერიული წნევის 15%-ით დაქვეითება;
- ე) სწორია 1, 2;
- ვ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 1, 4;
- თ) სწორია 2, 3;
- ი) სწორია 2, 3, 4.

685. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს შეიძლება აღინიშნოს ტემპერატურის მომაგება:1). I კვირაში 38 გრადუსამდე;

- ა) ორი კვირის განმავლობაში 38 გრადუსამდე;
- ბ) I კვირაში 40 გრადუსამდე;

გ) ორი კვირის განმავლობაში 40 გრადუსამდე.

დ) სწორია 1, 2;

ე) სწორია 3;

ვ) სწორია 3, 4;

*ზ) სწორია 1.

686. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ლეიკოციტოზი:1). ვითარდება დაავადების დაწყებიდან რამოდენიმე საათში;2). ვითარდება დაავადების დაწყებიდან 3-7 დღეში;3). ნარჩუნდება 1-2 კვირის განმავლობაში; 4). აღწევს $(20 \div 10^{**9})/\text{ლ}$ -დან - $(25 \div 10^{**9})/\text{ლ}$ -მდე.

ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 1.

687. მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ელსი:1). იმატებს დაავადების დაწყებიდან 3-7 სთ-ში;2). პიკს აღწევს დაავადების პირველ კვირას;3). მომატებული რჩება 1-2 კვირის განმავლობაში;4). მომატებული რჩება 3-4 კვირის განმავლობაში.

ა) სწორია 1, 2, 3;

*ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

688. მიოკარდიუმის გრანსმურული ინფარქტის დროს ეკგ-ზე აღინიშნება:1). T კბილის ცვლილებები; 2). ST სეგმენტის ცვლილებები;3). R კბილის ამპლიტუდის დაქვეითება; 4). პათოლოგიური Q კბილი.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 4;

ე) სწორია 3, 4.

689. მიოკარდიუმის გრანსმურული ინფარქტის ყველაზე ადრეული ეკგ ნიშანია:

ა) R კბილის ამპლიტუდის დაქვეითება;

ბ) T კბილის ინვერსია;

*გ) ST სეგმენტის ელევაცია (ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში);

დ) პათოლოგიური Q კბილი;

ე) ST სეგმენტის დეპრესია (ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში).

690. მიოკარდიუმის გრანსმურული ინფარქტის ძირითადი ეკგ ნიშანია:

ა) ST სეგმენტის ელევაცია ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში;

ბ) ST სეგმენტის დეპრესია ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში;

*გ) QS კომპლექსი ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში;

დ) T კბილის ინვერსია ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში;

ე) R კბილის ამპლიტუდის დაქვეითება ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში.

691. მიოკარდიუმის არაგრანსმურული ინფარქტი დიაგნოსტიკურად თუ ეკგ-ზე აღინიშნება:1) T კბილის ცვლილებები; 2) ST სეგმენტის ცვლილებები;3) R კბილის ამპლიტუდის დაქვეითება; 4) პათოლოგიური Q კბილი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 4;

ე) სწორია 3, 4.

692. მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგი ენზიმების აქტივობის განსაზღვრას:1). კრეატინფოსფოკინაზა; 2). გლუტამატოქსალალოცეტატგრანსამინაზა;3). ლაქტატდეჰიდროგენაზა; 4). ალანინამინოტრანსფერაზა;5). ასპარტატამინოტრანსფერაზა.

ა) სწორია 1, 2, 3;

*ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4, 5.

693. კრეატინფოსფოკინაზას (კფკ) რომელი იზოენზიმის აქტივობის მომატებაა სპეციფიური მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტისათვის:1). კფკ-1 (-კფკ-MM); 2). კფკ-2 (-კფკ-MB); 3). კფკ-3 (-კფკ-BB).

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 3;

გ) სწორია 2, 3;

*დ) სწორია 2.

694. კრეატინ ფოსფოკინაზას მიოკარდიული იზოენზიმის აქტივობა:1). იმატებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებიდან 4-8 სთ-ში;2). იმატებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებიდან 14 სთ-ში;3). პიკს აღწევს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებიდან 24 სთ-ში;4). პიკს აღწევს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებიდან 3-6 დღეში.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

- გ) სწორია 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

695. კრეატინფოსფოკინაზას საერთო ფრაქციის აქტივობამ შეიძლება მნიშვნელოვნად მოიმაგოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) კუნთოვანი დისტროფია, მიოპათია, პოლიმიოზიტი;
- ბ) ინტრამუსკულური ინექცია;
- გ) ელექტროიმპულსური თერაპია;
- *დ) არასტაბილური სტენოკარდია;
- ე) ჰიპოთირეოზი;
- ვ) ქირურგიული ოპერაციები;
- ზ) გულის ღრუების კათეტერიზაცია.

696. კრეატინფოსფოკინაზას მიოკარდიული იზოენზიმის აქტივობამ შეიძლება მოიმაგოს:1). არასტაბილური სტენოკარდიის დროს;2). კარდიოქირურგიული ოპერაციების შემდგომ; 3). კარდიოვერსიის შემდგომ.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

697. რეპერფუზიის შემდეგ კრეატინფოსფოკინაზას მიოკარდიული იზოენზიმის აქტივობა:

- ა) უმნიშვნელოდ მცირდება;
- ბ) მნიშვნელოვნად კლებულობს 1-3 საათში;
- გ) არ იცვლება;
- დ) უმნიშვნელოდ იმატებს;
- *ე) მნიშვნელოვნად იმატებს 1-3 საათში.

698. ლაქტატდეჰიდროგენაზას (ლდჰ) რომელი იზოენზიმის აქტივობის მომატებაა სპეციფიური მიოკარდიუმის ინფარქტისთვის:

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

699. ლაქტატდეჰიდროგენაზას აქტივობის განსაზღვრას განსაკუთრებული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს იმ ავადმყოფთათვის, რომლებიც სტაციონარში მოხვდნენ დაავადების სიმპტომების განვითარებიდან:

- ა) 2 საათის შემდეგ;
- ბ) 8 საათის შემდეგ;
- გ) 24 საათის შემდეგ;
- *დ) 48 საათის შემდეგ;
- ე) 3-4 დღის შემდეგ;
- ვ) 2 კვირის შემდეგ.

700. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ლაქტატდეჰიდროგენაზას მიოკარდიული იზოენზიმის აქტივობა:1). იმატებს 24 საათში; 2). იმატებს 2-3 დღეში; 3). პიკს აღწევს 3-4 დღეში;4). უბრუნდება ნორმას 10-14 დღეში; 5). უბრუნდება ნორმას 2-3 კვირაში.

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

701. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ლაქტატდეჰიდროგენაზას მიოკარდიული იზოენზიმის აქტივობა:

- *ა) იმატებს ლაქტატდეჰიდროგენაზას საერთო ფრაქციის რაოდენობის გაზრდაზე;
- ბ) შეიძლება არ შეიცვალოს, ლაქტატდეჰიდროგენაზას საერთო ფრაქციის გაზრდის მიუხედავად;
- გ) ნორმას უბრუნდება ლაქტატდეჰიდროგენაზას საერთო ფრაქციის ნორმალიზებამდე;
- დ) არ იცვლება მცირე ხომის ინფარქტების დროს;
- ე) მომატებული რჩება ლაქტატდეჰიდროგენაზას საერთო ფრაქციის ნორმალიზების შემდეგაც.

702. გექნიციუმ-99 პიროფოსფატი ჩატარებული რადიოიმოტოპური გამოკვლევით მიოკარდიუმის ინფარქტი:1). დიაგნოსტიკურდება დაავადების განვითარებიდან 2-5 დღის განმავლობაში;2). დიაგნოსტიკურდება დაავადების განვითარებიდან 2-3 კვირის განმავლობაში;3). ვლინდება "ცივი" ლაქების სახით; 4). ვლინდება "ცხელი" ლაქების სახით.

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

703. თალიუმ-201-ით ჩატარებული რადიოიმოტოპური გამოკვლევით მიოკარდიუმის ინფარქტი:1). ვლინდება "ცივი" ლაქების სახით; 2). ვლინდება "ცხელი" ლაქების სახით;3). ვლინდება მწვავე სტადიაში; 4). ვლინდება დანაწიბურების სტადიაში.

- *ა) სწორია 1, 3, 4;

- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

704. ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა განსაკუთრებით ინფორმატიულია:1). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის;2). მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის;3). მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმის დიაგნოსტიკისთვის;4). მარცხენა პარკუჭის ღრუში თრომბის დიაგნოსტიკისთვის.

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

705. მიოკარდიუმის ინფარქტის უმწვავეს სტადიაში სიკვდილის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) არიგემია;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის გასკდომა;
- გ) გულის შეგუბებითი უკმარისობა;
- დ) შოკი;
- ე) ფილტვების შეშუპება.

706. მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიაში პარკუჭების ფიბრილაცია:1). მიოკარდიუმის ელექტრული არასტაბილობის გამოვლენაა;2). აღმოცენდება წინამორბედი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგემიის შემდეგ;3). აღმოცენდება წინამორბედი პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის შემდეგ;4). შეიძლება აღმოცენდეს სწორი სინუსური რიტმის ფონზე.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

707. მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიის ყველაზე უფრო ხშირი გართულებაა:

- ა) კარდიოგენური შოკი;
- ბ) დრესლერის სინდრომი;
- *გ) არიგემიები;
- დ) ფილტვების ემბოლია;
- ე) პარკუჭთაშუა ძგილის გასკდომა;
- ვ) მიგრალური რეგურგიტაცია;
- ზ) გულის ანევრიზმა.

708. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს პარკუჭების ფიბრილაცია ხშირად ვითარდება:1). პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ფონზე; 2). აჩქარებული პარკუჭოვანი რიტმის ფონზე;3). ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგემიის ფონზე;4). აბერანტული გამტარებლობით მიმდინარე კვანძოვანი რიტმის ფონზე.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

709. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს პარკუჭების ფიბრილაცია ხშირად ვითარდება:1). ჯგუფური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგემიის ფონზე;2). პოლიტოპური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგემიის ფონზე;3). ნაადრევი (R-T-ზე) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგემიის ფონზე;4). გამომხტარი პარკუჭოვანი რიტმის ფონზე.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

710. სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა გულის გამტარი სისტემის და მიოკარდიუმის გავრცელებული ნეკროზის მაჩვენებელია თუ ის განვითარდა:

- ა) ახალგაზრდა ავადმყოფებში;
- ბ) ხანდაზმულ ავადმყოფებში;
- გ) მამაკაცებში;
- დ) ქალებში;
- *ე) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის ფონზე;
- ვ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის ინფარქტის ფონზე.

711. მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიაში სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა, ჩვეულებრივ, ტრანზიტორული მოვლენაა, თუ ის განვითარდა:

- ა) ახალგაზრდა ავადმყოფებში;
- ბ) ხანდაზმულ ავადმყოფებში;
- გ) მამაკაცებში;
- დ) ქალებში;
- ე) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის ფონზე;
- *ვ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის ინფარქტის ფონზე.

712. მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიაში მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა:1). ძალიან იშვიათად ვითარდება;2). ყველაზე ხშირად

გამოვლინდება სამწვერა ან ოთხწვერა გალოპით;3). ვლინდება ფილგვებში შეგუბებითი ხიხინით;4). ხასიათდება მარცხენა პარკუჭის ავსების წნევის გამრლით.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

713. კარდიოგენური შოკი:1). მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიის გართულებაა;2). ხასიათდება დაბალი სისტოლური არტერიული წნევით;3). ხასიათდება გულის წუთმოცულობის გამრლით;4). ხასიათდება მარცხენა პარკუჭის ავსების წნევის დაქვეითებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

714. კარდიოგენური შოკის კლინიკური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიული წნევის დაქვეითება 80 მმ ვწყ.სვ და ქვევით;
- ბ) კილურების გაცივება;
- გ) ციანოზი;
- დ) ნამიანი კანის საფარველი;
- *ე) პოლიურია.

715. კარდიოგენური შოკის განვითარება და სიმძიმე დამოკიდებულია:

- ა) მიოკარდიუმის ინფარქტის ლოკალიზაციაზე;
- ბ) ავადმყოფის სქესზე;
- *გ) დაზიანებული (ნეკროზული) მიოკარდიუმის მოცულობაზე;
- დ) ავადმყოფის ასაკზე;
- ე) ამ გართულების განვითარების ვადაზე;
- ვ) ყველა ჩამოთვლილზე.

716. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს ჰიპოვოლემიის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს:1). შარდმენების მიღებამ (მიოკარდიუმის ინფარქტამდე);2). დაავადების ადრეულ სტადიებზე სითხეების მიღების შეზღუდვამ;3). ტკივილის სინდრომთან ასოცირებულმა პირღებინებამ;4). მარცხენა პარკუჭის კუმშვალობის მწვაველ დაქვეითებამ.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილმა;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

717. მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე მიტრალური რეგურგიტაცია შეიძლება განვითარდეს:1). მარცხენა ატრიოვენტრიკულური სარქველების დერილისებრი კუნთების იშემიის შედეგად;2). მიტრალური სარქველის დერილისებრი კუნთების ნეკროზის შედეგად;3). მარცხენა პარკუჭის კუმშვალობის დარღვევის ფონზე;4). მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმის განვითარებისას;5). დერილისებრი კუნთების გაგლეჯის შედეგად.

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

718. მიოკარდიუმის გასკლომა:1). ჩვეულებრივ, ვითარდება მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პირველი 7-10 დღის განმავლობაში;2). ქალებთან შედარებით უფრო ხშირია მამაკაცებში;3). ხშირია ახალგაზრდა ასაკში; 4). ხშირია რეინფარქტების დროს.

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

719. მიოკარდიუმის ქვემოთ ჩამოთვლილი დაზიანებებიდან, რომელია გულის გასკლომის ყველაზე ხშირი მიზეზი:

- *ა) კორონარული არტერიების ობსტრუქციის შედეგად განვითარებული ნეკროზი;
- ბ) კოქსაკის ვირუსით განპირობებული ანთება;
- გ) აშოფის კვანძებთან ასოცირებული ანთება;
- დ) ინფექციური ენლოკარდიტის ფონზე აბსცესის ფორმირება და ქსოვილოვანი დესტრუქცია.

720. გულის გასკლომა ხასიათდება:1). არტერიული წნევის და პულსის უცაბელი გაქრობით - ეკგ-ზე სინუსური რიგმის შენარჩუნების ფონზე;2). არტერიული წნევის, პულსის და გულის ელექტრული აქტივობის უცაბელი გაქრობით;3). გულის გამპონადის ნიშნების განვითარებით;4). გულის პირდაპირი მასაჟის დიდი ეფექტურობით.

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

721. პარკუჭთაშუა ძგილის გასკლომა ვლინდება:1). გამოხატული გულის უკმარისობით;2). უცაბელად განვითარებული დიასტოლური შუილით; 3). მარჯვნიდან მარცხნივ შუნგით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

*ბ) სწორია 1;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 2.

722. მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე განვითარებული მიტრალური რეგურგიტაციის და პარკუტოშუა ძგიდის გასკდომის დიფერენცირება შეიძლება შემდეგი ნიშნებით:1). გულის უკმარისობის ნიშნების უცაბედად განვითარებით;2). სისტოლური შუილის დაფიქსირებით; 3). მარცხნიდან მარჯვნივ შუნტის არსებობით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 3.

723. მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე ანევრიზმის განვითარებისას:1). იზრდება გულის გასკდომის რისკი;2). პირველსავე კვირაში აღინიშნება მარცხენა პარკუტის უკმარისობის განვითარება;3). პირველსავე თვეებში აღინიშნება პარკუტოვანი არიგმიების და არტერიული ემბოლიების განვითარება;4). აღინიშნება ორმაგი ან დიფუზური მწვერვალის საძგერი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2;

დ) სწორია 1, 3, 4;

*ე) სწორია 4.

724. მარჯვენა პარკუტის ინფარქტი ხშირად თან ახლავს:

ა) მარცხენა პარკუტის წინა კედლის ინფარქტს;

ბ) მარცხენა პარკუტის წინა-სეპტალური კედლის ინფარქტს;

გ) მარცხენა პარკუტის წინა-გვერდითი კედლის ინფარქტს;

დ) მარცხენა პარკუტის წინა-გავრცელებული კედლის ინფარქტს;

*ე) მარცხენა პარკუტის უკანა დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტს;

ვ) მარცხენა პარკუტის უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტს;

ზ) მარცხენა პარკუტის უკანა-გვერდითი კედლის ინფარქტს.

725. მარჯვენა პარკუტის ინფარქტი შეიძლება გამოვლინდეს:1). საუფლე ვენების დაბერვით; 2). ჰეპატომეგალიით;3). ჰიპოტენზიით; 4). ნორმოტენზიით.

*ა) ყველა ჩამოთვლილით;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

726. მარჯვენა პარკუტის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის ინფორმატიულია:1). ელექტროკარდიოგრაფია; 2). რადიონუკლიდური ვენტრიკულოგრაფია;3). ექოკარდიოგრაფია; 4). რენტგენოგრაფია.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

727. ავადმყოფის უმოძრაო მდგომარეობაში ხანგრძლივად ყოფნისას მიოკარდიუმის ინფარქტი შეიძლება გართულდეს

ა) ფილტვების შეშუპებით;

ბ) არიგმიების აღმოცენებით;

გ) გულის უკმარისობით;

*დ) ქვედა კიდურების ფლებოთრომბოზით;

ე) დრესლერის სინდრომით.

728. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს თრომბოემბოლიური გართულებები ხშირად ვითარდება:1). მარცხენა პარკუტში თრომბების არსებობის ფონზე;2). მარცხენა პარკუტის გავრცელებული ინფარქტის ფონზე;3). გულის უკმარისობის ფონზე; 4). ქვედა კიდურების ფლებოთრომბოზის ფონზე.

*ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

729. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის თერაპიისთვის მორფინის გამოყენება ემყარება ამ პრეპარატის:1). ძლიერ ანალგეზიურ ეფექტს;2). მიოკარდიუმის კანგბაღზე მოთხოვნილების შემამცირებელ ეფექტს;3). მიოკარდიუმის კანგბაღით მომარაგების გამაუმჯობესებელ ეფექტს;4). უარყოფით ინოტროპულ ეფექტს.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 1, 3, 4;

ე) სწორია 1, 2, 4.

ე) ასპირინის პერორალურად მიღებამ.

739. მთოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ასპირინი ინიშნება:

- *ა) რაც შეიძლება ადრე, თვით ინფარქტზე საუკვეო შემთხვევებშიც;
- ბ) ალგელაზასთან ერთად;
- გ) თრომბოლიზური თერაპიის შემდგომ, რეოკლუმის განვითარებისას;
- დ) რეპერფუზიული ღამიანების შემთხვევაში;
- ე) თრომბოლიზური თერაპიის შემდგომ ჩატარებულ ანგიოპლასტიკასთან ერთად.

740. თრომბოლიზური თერაპიის შემდგომ რეოკლუმის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა:1). კალციუმის პრეპარატების ინტრავენურად შეყვანა;2). მაგნიუმის პრეპარატების ინტრავენურად შეყვანა;3). სტრეპტოკინაზასთან ერთად ჰეპარინის შეყვანა;4). ალგელაზასთან ერთად ჰეპარინის შეყვანა.

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

741. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს განვითარებული სინუსური ტაქიკარდიის მოსახსნელად საჭიროა:1). ტივილის მოხსნა; 2). ჰიპოვოლემიის კორექცია;3). მთოკარდიუმის დაქვეითებული კუმშითი ფუნქციის კორექცია;4). ბეტა-ბლოკატორების მიღება.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

742. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდიის განვითარებისას საჭიროა:1). ამ არიგმიის განმაპირობებელი ფაქტორების მკურნალობა;2). კარდიოლოგის სინუსის მასაჟის ან ცლომილი ნერვის გამაღიზიანებელი სხვა მანევრების ჩატარება;3). ალენოზინის ინტრავენურად შეყვანა (მარცხენა პარკუჭის შენახული ფუნქციის პირობებში);4). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის არსებობისას დილითაზემის და ვერაპამილის ინტრავენურად შეყვანა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

743. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს წინაგულეების მორეციდივე თრომბოზის აღმოცენებისას, ეფექტურია:

- ა) ცლომილი ნერვის გამაღიზიანებელი მანევრები;
- ბ) ინტრავენურად ალენოზინის შეყვანა;
- *გ) გადაძაბვითი სტიმულაცია;
- დ) აგრიოვენტრიკულური კვანძის ექსტირპაცია;
- ე) კარდიოვერსია.

744. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს პარკუჭოვანი არიგმიის აღმოცენებისას "არჩევს" პრეპარატია:

- ა) ინტრავენური ამიოდარონი (კორდარონი);
- *ბ) ინტრავენური ლილოკაინი;
- გ) ინტრავენური პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი);
- დ) ინტრავენური ბრეგელიუმი;
- ე) ინტრავენური პროპრანოლოლი.

745. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს პარკუჭოვანი არიგმიის აღმოცენებისას ანტიარითმიული პრეპარატების ეფექტებს მნიშვნელოვნად აძლიერებს:1). პარკუჭოვანი სტიმულაცია; 2). განგლიოზოკადა;3). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის მკურნალობა;4). ჰიპოკალემიის კორექცია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 3, 4.

746. მთოკარდიუმის ინფარქტის დროს აგროპინის ინტრავენურად შეყვანის ჩვენებებია:1). აგრიოვენტრიკულურ ბლოკადასთან შერწყმული ბრადიარითმიები;2). ჰიპოტენზიით მიმდინარე სინუსური ან კვანძოვანი ბრადიკარდიები;3). ბრადიკარდიის ფონზე აღმოცენებული გამომხვარი პარკუჭოვანი რიგებები;4). პარკუჭოვანი ტაქიკარდია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

747. მთოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე აგროპინით მკურნალობისას სიმპათიკური ნერვული სისტემის ფარულ ჰიპერტონუსის არსებობისას შეიძლება განვითარდეს:1). სინუსური ტაქიკარდია; 2). პარკუჭოვანი ტაქიკარდია;3). პარკუჭების ფიბრილაცია.

- ა) ყველა პასუხი არასწორია;
- *ბ) ყველა პასუხი სწორია.

748. მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის განვითარებისას პირველი რიგის პრეპარატებია:1). აგე ინჰიბიტორები; 2). საგულე გლიკომიდები; 3). შარღმღენები; 4). ნიგრაგები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 1, 3.

749. მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის განვითარებისას უკუნაჩვენებია:

ა) აგე ინჰიბიტორები;

ბ) ლობუგამინი;

გ) შარღმღენები;

*დ) ნიგრაგები;

ე) ლოფამინი.

750. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის რომელი გართულება არ წარმოადგენს ქირურგიული ჩარევის ჩვენებას:

ა) გულის გასკლომა;

ბ) მიგრალური რეგურგიაცია;

გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის გასკლომა;

*დ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ანევრიზმა;

ე) მარცხენა მთავარი კორონარული არტერიის თრომბოზის შედეგად განვითარებული კარდიოგენური შოკი.

751. ინსულინ-დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის ფონზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის განვითარებისას საჭიროა:1). პერორალური ჰიპოგლიკემიური პრეპარატების დოზის გაზრდა;2). პერორალური ჰიპოგლიკემიური პრეპარატების მოხსნა და მათი ჩანაცვლება ინსულინით;3). გლუკოზა-ინსულინ-კალიუმის ხსნარის ინფუზია;4). თავი აავარილოთ ნიგრაგების დანიშვნას.

ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

*გ) სწორია 2, 3.

752. მიოკარდიუმის ინფარქტის შორეული გამოსავალი დამოკიდებულია:1). მარცხენა პარკუჭის მოცულობასა და ფუნქციაზე;2). კორონარული სისხლძარღვების მდგომარეობაზე;3). მიოკარდიუმის ელექტრულ სტაბილობაზე; 4). რისკ-ფაქტორების აღკვეთაზე.

*ა) ყველა ჩამოთვლილზე;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

753. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომ პერიოდში:1). საჭიროა სიგარეტის მოწყვეტვის თავის დანებება;2). არ არის მიზანშეწონილი, თვით ზომიერი, ფიზიკური აქტივობა; 3). უკუნაჩვენებია სტატინების მიღება;4). მნიშვნელოვანია არტერიული წნევის ნორმალიზება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 4.

754. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომ პერიოდში მიზანშეწონილია:1). დიდი რაოდენობით მცენარეული საკვების და თევზის მიღება;2). ხორცის შეზღუდვა;3). 60 წელს გადაკიდებული მამაკაცებისთვის ესტროგენების დანიშვნა;4). E ვიტამინის, ბეტა-კაროტენის და სხვა ანგიოქსიდანტების მიღება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

755. მიოკარდიუმის ინფარქტის აღრეული ან გვიანი პერიოდის სიკვდილიანობას ამცირებენ:1). ასპირინი; 2). აგე ინჰიბიტორები; 3). ბეტა-ბლოკატორები;4). საგულე გლიკომიდები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 1, 3, 4.

756. ინფარქტის გადატანის შემდგომ 3-6 თვის განმავლობაში პერორალური ანგიოკოაგულანტური თერაპია ენიშნებათ იმ პაციენტებს:1). რომლებიც ანამნეზში აღნიშნავენ თრომბოემბოლიურ დაავადებას;2). რომელთაც ექოკარდიოგრაფიულად მარცხენა პარკუჭის ღრუში გამოუვლინდათ თრომბი;3). რომელთაც ექოკარდიოგრაფიულად დაუდგინდათ წინა კედლის დიდი ინფარქტი;4). რომლებსაც აღენიშნებათ მოციმციმე არიტმია;5). რომლებსაც აღენიშნებათ გამოხატული გულის უკმარისობა.

*ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 2, 4, 5;

დ) სწორია 3, 4.

757. მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდგომ პერორალური ანგიოკოაგულანტის მაგივრად ასპირინი ინიშნება:1). პერორალური ანგიოკოაგულანტების მიმართ უკუჩვენების შემთხვევაში;2). თუ ავადმყოფი არ ემორჩილება პერორალური ანგიოკოაგულანტური თერაპიის

აუცილებელ მკაცრ მოთხოვნებს;3). მარცხენა პარაკუჭის ქველა კედლის ინფარქტების დროს;4). მარცხენა პარაკუჭის ქველა კედლის ანევრიზმის განვითარებისას.

ა) ყველა შემთხვევაში;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

758. პოსტინფარქტულ პაციენტებში აგე ინჰიბიტორები ინიშნებიან:1). მარცხენა პარაკუჭის დისფუნქციის შემთხვევაში;2). განდევნის ფრაქციის დაქვეითების შემთხვევაში;3). გულის უკმარისობის შემთხვევაში; 4). საგულე გლიკოზიდების უეფექტობისას.

ა) სწორია 1, 2;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4.

759. პოსტინფარქტული პერიოდის საუკეთესო ანგიარიტმული პრეპარატებია:1). ბეტა-ბლოკატორები; 2). ამიოდარონი (კორდარონი); 3). ფლეკაინიდი; 4). მორიციზინი (ეთმოზინი).

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 3, 4.

760. პოსტინფარქტულ პერიოდში აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია:1). ბეტა-ბლოკატორები; 2). ამიოდარონი (კორდარონი); 3). ფლეკაინიდი; 4). მორიციზინი (ეთმოზინი).

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3;

*გ) სწორია 3, 4.

761. 25 წლის მამაკაცს აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტი. მისი ოჯახის რამდენიმე წევრსაც გადატანილი აქვს იგივე დაავადება. ქვემოთ ჩამოთვლილი ანგიოპერლიპიდემიური პრეპარატებიდან რომელია ყველაზე უსაფრთხო და ეფექტური საშუალება ამ პაციენტისთვის:

ა) ბემალიპი (კლოფიბრატი);

ბ) ქოლესტირამინი;

*გ) მევაკორი (ლოვოსტატინი);

დ) ნიკოტინის მჟავა.

ართიმები

762. აგრიოვენტრიკულური კვანძი:1). მოთავსებულია წინაგულთაშორის ძგიდეში, ორკარიანი სარქველის ბემოთ;2). მოთავსებულია წინაგულთაშორის ძგიდეში, სამკარიანი სარქველის ბემოთ;3). იკვებება უკანა დასწვრივი კორონარული არტერიით;4). იკვებება წინა დასწვრივი კორონარული არტერიით.

ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 1, 2;

*დ) სწორია 2, 3, 4;

ე) სწორია 2, 3.

763. პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედებით ადგილი აქვს:1). სინუსის კვანძის ავტომატიზმის დაქვეითებას;2).

ავტოვენტრიკულური გამგარობის დაქვეითებას;3). პერინოდალური ქსოვილების რეფრაქტორული პერიოდის შემცირებას;4).

პერინოდალური ქსოვილების გამგარობის დაქვეითებას.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 1, 2;

*დ) სწორია 1, 2, 4.

764. სიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედებით ადგილი აქვს:1). სინუსის კვანძის ავტომატიზმის გამზდას;2). აგრიოვენტრიკულური გამგარობის ხანგრძლივობის შემცირებას;3). პერინოდალური ქსოვილების რეფრაქტორული პერიოდის გახანგრძლივებას;4).

პერინოდალური ქსოვილების გამგარობის დაქვეითებას.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

765. მოსვენების გრანსმემბრანული პოტენციალის სიდიდე, ძირითადად, განისაზღვრება:

ა) ნაგრიუმის იონების კონცენტრაციის გრანსმემბრანული გრადიენტით;

*ბ) კალიუმის იონების კონცენტრაციის გრანსმემბრანული გრადიენტით;

გ) კალციუმის იონების კონცენტრაციის გრანსმემბრანული გრადიენტით;

დ) მაგნიუმის იონების კონცენტრაციის გრანსმემბრანული გრადიენტით;

ე) ქლორის იონების კონცენტრაციის გრანსმემბრანული გრადიენტით.

766. მარცხენა წინაგულის ელექტრული აქტივობის შესაფასებლად ინტრაკარდიულ კათეტერ - ელექტროდს ათავსებენ:1). მარჯვენა წინაგულში - ბემო ღრუ ვენის შესართავთან;2). მარჯვენა წინაგულში - ქვემო ღრუ ვენის შესართავთან;3). სამკარიანი სარქველთან; 4).

კორონარულ სინუსში;5). ღია ოვალური ხერეღის გავლით, მარცხენა წინაგულში.

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

767. ჰისის კონის ელექტრული აქტივობის შესაფასებლად ინტრაკარდიულ კათეტერ - ელექტროდს ათავსებენ:1). მარჯვენა წინაგულში - ბემო ღრუ ვენის შესართავთან;2). მარჯვენა წინაგულში - ქვემო ღრუ ვენის შესართავთან;3). სამკარიანი სარქველის ადგილას; 4). კორონარულ სინუსში;5). ღია ოვალური ხერეღის გავლით, მარცხენა წინაგულში.

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

768. ჰისოგრამამზე:1). წჰ - ინტერვალი ასახავს ღროის მონაკვეთს წინაგულების ლეპოლარიზაციიდან ჰისის კონის ლეპოლარიზაციის დასაწყისამდე;2). წჰ - ინტერვალი ასახავს ღროის მონაკვეთს წინაგულების ლეპოლარიზაციიდან ჰისის კონის ლეპოლარიზაციის დასასრულამდე;3). წჰ - ინტერვალი ნორმაში შეადგენს 65 - 125 მწმ-ს;4). წჰ - ინტერვალი შეესაბამება ატრიოვენტრიკულურ კვანძში აგზნების გაგარების ხანგრძლივობას.

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

769. ჰისოგრამამზე:1). ჰჰ - ინტერვალი ასახავს ღროის მონაკვეთს ჰისის კონის ლეპოლარიზაციის დასასრულიდან პარკუჭების ლეპოლარიზაციის დასაწყისამდე;2). ჰჰ - ინტერვალი ასახავს ღროის მონაკვეთს ჰისის კონის ლეპოლარიზაციის დასაწყისიდან პარკუჭების ლეპოლარიზაციის დასაწყისამდე;3). ჰჰ - ინტერვალი ნორმაში შეადგენს 35 - 55 მწმ-ს;4). ჰჰ - ინტერვალი შეესაბამება ჰის - პურკინის სისტემაში აგზნების გაგარების ხანგრძლივობას.

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

770. სინუსის კვანძის დისფუნქცია შეიძლება გამოვლინდეს:1). სინუსური ბრადიკარდიით; 2). სინუსური ექსტრასისტოლით;3). სინოაურიკულური ბლოკადით; 4). ატრიოვენტრიკულური ბლოკადით;5). სინუსის კვანძის გამოთიშვით.

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

771. სინუსის კვანძის დისფუნქცია ხშირად ვითარდება:1). ხანდაზმულ ასაკში (იმოღირებული დარღვევის სახით);2). სინუსის კვანძის არტერიის ობსტრუქციის შედეგად;3). ამილიოლომის და წინაგულების სხვა ინფილტრაციული პროცესების ფონზე;4). სპეციფიური მიზეზის გარეშე.

- ა) ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

772. სინუსური ბრადიკარდია ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებას, გარდა:

- ა) ღვიძლის დაავადებების გვიან სტადიებს;
- ბ) ჰიპოთერმიას;
- *გ) ამებიოზს;
- დ) გიფს;
- ე) ბრუცელოზს.

773. სინუსური ბრადიკარდიის ეპიზოდების განვითარება შეიძლება აღინიშნოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ჰიპერვაგოტონია;
- ბ) მძიმე ჰიპოქსია;
- გ) ჰიპერკაპნია;
- *დ) ჰიპერკალიემია;
- ე) ჰიპერაციდემია;
- ვ) მწვავე ჰიპერტენზია.

774. სინუსის კვანძის დისფუნქცია შეიძლება კლინიკურად გამოვლინდეს:1). თავბრუსხვევის ეპიზოდებით; 2). პერმანენტული თავბრუსხვევით;3). გულის წასვლით; 4). პერიოდულად ცნობიერების დაკარგვით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- *ბ) სწორია 1, 3, 4;

- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

775. სინუსის კვანძის დისფუნქციისთვის დამახასიათებელი ხანგრძლივი პაუზების განმავლობაში განვითარებული გულის წასვლის ეპიზოდები შეიძლება განპირობებული იყოს:1). სინუსის კვანძის დროებითი გამოთიშვით;2). სინოაურიკულური ბლოკადით; 3). აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადით;4). გამომხგარი კვანძოვანი ან პარკუჭოვანი რიგის აღმოცენებით.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

776. სინუსის კვანძის დისფუნქცია პირველად შეიძლება გამოვლინდეს ფიზიკური დაგვირვითვის ან ცხელების ფონზე:

- ა) წინაგულოვანი ექსტრასისტოლური არიგმიის განვითარებით;
- ბ) აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებით;
- გ) სინუსური ტაქიკარდიის განვითარებით;
- დ) სინუსური ბრადიკარდიის განვითარებით;
- *ე) სინუსური ტაქიკარდიის არ განვითარებით.

777. სინუსის კვანძის დისფუნქციის პირველად გამოვლენის მიზეზი შეიძლება გახდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მედიკამენტის მიღება, გარდა:

- ა) დიგოქსინი;
- ბ) პროპრანოლოლი (ანაპრილინი);
- გ) ქინიდინი;
- დ) დილითიამეზი;
- *ე) ნიფედიპინი;
- ვ) ვერაპამილი.

778. ბრადიკარდია - ტაქიკარდიის სინდრომი გულისხმობს:1). წინაგულეების თრთოლვისა და ციმციმის პაროქსიზმების და ამ არიგმიების შემდგომ განვითარებული ხანგრძლივი სინუსური პაუზების მონაცვლეობას;2). ბრადი - და ტაქიკარდიების მონაცვლეობით აღმოცენებას;3). ხანგრძლივი სინუსური პაუზის შემდეგ წინაგულეების თრთოლვისა და ციმციმის პაროქსიზმების აღმოცენებას;4). სინოაურიკულური ბლოკადისა და გამომხგარი პარკუჭოვანი რიგის მონაცვლეობას.

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

779. სინოაურიკულური ბლოკადა:1). ეწოდება სინუსის კვანძიდან მის მიმდებარე წინაგულეებამდე იმპულსის გადაცემის შეფერხებას;2). ეწოდება სინუსის კვანძიდან მის მიმდებარე წინაგულეებამდე იმპულსის გადაცემის ბლოკირებას;3). ეწოდება სინუსის კვანძიდან აგრიოვენტრიკულურ კვანძამდე იმპულსის გადაცემის შეფერხებას;4). ეწოდება სინუსის კვანძიდან აგრიოვენტრიკულურ კვანძამდე იმპულსის გადაცემის ბლოკირებას.

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

780. I ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა:

- *ა) სტანდარტულ ეკგ-ზე არ აისახება
- ბ) ეკგ-ზე ვლინდება, პერიოდულად P კბილისა და QRS კომპლექსების გამოვარდნით;
- გ) ეკგ-ზე ვლინდება, პერიოდულად P კბილის (QRS კომპლექსის გარეშე) აღმოცენებით;
- დ) ეკგ-ზე ვლინდება I, II, III განხრებში P კბილის ხანგრძლივობის გაზრდით ($P > 0.10$ წმ);
- ე) ეკგ-ზე ვლინდება გულმკერდის მარცხენა განხრებში (V4-V6) P კბილის ხანგრძლივობის გაზრდით ($P > 0.12$ წმ).

781. ვენკენბახის II ხარისხის სინოაგრიოალური ბლოკადა ეკგ-ზე ვლინდება:1). P-P ციკლის პროგრესირებადი გახანგრძლივებით (პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე);2). P-P ციკლის პროგრესირებადი დამოკლებით (პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე);3). პარკუჭოვანი პაუზით, რომლის ხანგრძლივობა წინა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობაზე მეტია;4). პარკუჭოვანი პაუზით, რომლის ხანგრძლივობა წინა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობაზე ნაკლებია.

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

782. მობიტიის II ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა ეკგ-ზე ვლინდება:1). P-P ციკლის პროგრესირებადი გახანგრძლივებით (პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე);2). მუდმივი P-P ციკლით (პარკუჭოვანი პაუზის აღმოცენებამდე);3). პარკუჭოვანი პაუზით, რომლის ხანგრძლივობა ორჯერ, სამჯერ და მეტჯერ აღემატება P-P ციკლს;4). პარკუჭოვანი პაუზით, რომლის ხანგრძლივობა P-P ციკლის გაორმაგებულ ხანგრძლივობაზე ნაკლებია.

- ა) სწორია 1, 3;

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

783. III ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა ეკვ-ზე ვლინდება:1). წინაგულოვანი აქცივობის არარსებობით;2). გამომხგარი წინაგულოვანი არიგმიების აღმოცენებით;3). P-P ციკლის პროგრესირებადი გახანგრძლივებით, რომელსაც მოყვება უკანასკნელ ციკლზე ორჯერ, სამჯერ და მეტჯერ უფრო ხანგრძლივი პაუზა;4). სინუსის კვანძის გამოთიშვის ეკვ ნიშნებით.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

784. სინუსის კვანძის ინტრაკარდიული გამოკვლევა გამოიყენება სინოაურიკულური ბლოკადის შემდეგი ფორმების დიაგნოსტიკისთვის:1). I ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა;2). ვენკენბახის II ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა;3). მობიტცის II ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა;4). III ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა.

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

785. სტანდარტულ ეკვ-ზე სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომი ვლინდება:1). 3 წმ-იანი და უფრო ხანგრძლივი პაუზებით;2). პაუზების შემდეგ წინაგულოვანი ტაქიარითმიების აღმოცენებით;3). წინაგულოვანი ტაქიარითმიების სპონტანურად შეწყვეტის შემდეგ პაუზების აღმოცენებით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3.

786. სინუსის კვანძის ფუნქციის შესაფასებლად ინფორმატიულია:1). პოლგერის მონიტორირება;2). სინუსის კვანძის აქცივობის ინტრაკარდიული გამოკვლევა;3). კაროტიდული სინუსის ტესტი; 4). ლომირებული ფიბიკური ლაგვირთვის ტესტი.

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

787. სინუსის კვანძზე სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედების შესაფასებლად გამოიყენება:1). კაროტიდული სინუსის ტესტი; 2). ვალსალვის სინჯი; 3). აგროპინის სინჯი;4). იზოპროტერენოლის სინჯი.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

788. სინუსის კვანძის პირველადი დამიანების (ვეგეტატიური დარღვევისაგან განსხვავებით) სასარგებლოდ მეტყველებს - კაროტიდული სინუსის ტესტის საპასუხოდ:1). 3 წმ-ზე ნაკლები ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;2). 3 წამზე მეტი ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;3). აგროპინის შეყვანის ფონზე 3 წამზე ნაკლები ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;4). აგროპინის შეყვანის ფონზე 3 წამზე მეტი ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება.

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

789. სინუსის კვანძის ვეგეტატიური რეგულაციის დარღვევის (პირველადი დამიანებისგან განსხვავებით) სასარგებლოდ მეტყველებს კაროტიდული სინუსის ტესტის საპასუხოდ:1). 3 წამზე ნაკლები ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;2). 3 წამზე მეტი ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;3). აგროპინის შეყვანის ფონზე 3 წამზე ნაკლები ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება;4). აგროპინის შეყვანის ფონზე 3 წამზე მეტი ხანგრძლივობის სინუსური პაუზის განვითარება.

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

790. სინუსის კვანძის ვეგეტატიური რეგულაციის დარღვევა ყველაზე ხშირად ვლინდება:

- *ა) იზოლირებული ბრადიკარდიის სახით;
- ბ) სინოაურიკულური ბლოკადის სახით;
- გ) სინუსის კვანძის გამოთიშვით;
- დ) ტაქიკარდია - ბრადიკარდიის სინდრომით;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი.

791. ვეგეტაციური რეგულაციის დარღვევის მიზეზით განვითარებული სინუსის კვანძის დისფუნქციის შემთხვევაში:1). იზოპროტერენოლის შეყვანა გამოიწვევს გულის ცემის გახშირებას;2). მეზაგონის შეყვანა გამოიწვევს გულის ცემის გაიშვითებას;3). აგროპინის შეყვანა გამოიწვევს გულის ცემის გახშირებას;4). პროპრანოლოლის შეყვანა გამოიწვევს გულის ცემის გახშირებას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

792. გულის საკუთარი რიტმი:1). ახასიათებს საკუთრივ სინუსის კვანძის აქტივობას;2). განისაზღვრება გულის ე.წ. ქიმიური „დენერვაციის“ შემდეგ;3). იშვითება პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივებისას;4). ხშირდება სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივებისას.

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

793. სინუსის კვანძის პირველადი დისფუნქცია ხასიათდება:

- *ა) ნელი საკუთარი რიტმით;
- ბ) ნორმალური საკუთარი რიტმით;
- გ) სიმპათიკური ნერვული სისტემის ჰიპოტონუსით;
- დ) პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის ჰიპერტონუსით;
- ე) ყველა ჩამოთვლილით.

794. სინუსის კვანძის ალგეის დრო, ჩვეულებრივ:1). გულის ნელი საკუთარი რიტმის ფონზე - გახანგრძლივებულია;2). გულის ნელი საკუთარი რიტმის ფონზე - ნორმალურია;3). გულის ნორმალური საკუთარი რიტმის ფონზე - გახანგრძლივებულია;4). გულის ნორმალური საკუთარი რიტმის ფონზე - ნორმალურია.

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

795. სინუსური გაგარების დრო:1). სინუსის კვანძიდან წინაგულამდე აგზნების გავრცელების დროა;2). სინუსის კვანძიდან ატრიოვენტრიკულურ კვანძამდე აგზნების გავრცელების დროა;3). საშუალებას გვაძლევს ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ III ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადა და სინუსის კვანძის გამოთიშვა;4). საშუალებას გვაძლევს ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ მობიტცისა და ვენკენბახის II ხარისხის სინოაურიკულური ბლოკადები.

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

796. ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევის ჩატარება რეკომენდებულია იმ ავადმყოფებისათვის:1). რომლებსაც სინუსის კვანძის დისფუნქციის კლინიკური ნიშნების გამოვლენის ფონზე, ხანგრძლივი ჰოლტერის მონიტორირების მიუხედავად, არ გამოუვლინდათ ამ პათოლოგიისთვის დამახასიათებელი არიტმიები;2). რომლებსაც აღენიშნებათ უსიმპტომოდ მიმდინარე სინუსური ბრადიკარდია;3). რომლებსაც აღენიშნებათ სინოაურიკულური ბლოკადის და სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომის ეკგ ნიშნები;4). რომლებსთვისაც ნაჩვენებია კარდიოსტიმულატორის იმპლანტირება (იმპლანტაციის ადგილის განსასაზღვრავად).

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

797. ბრადიარტიული ეფექტები აღენიშნება ყველა ქვემოჩამოთვლილ პრეპარატს, გარდა:

- ა) ბეტაბლოკატორები;
- ბ) საგულე გლიკოზიდები;
- *გ) ჰიდრალიზინი;
- დ) მეთილდოფა;
- ე) ქინილინი;
- ვ) პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი);
- ზ) ამიოდარონი (კორდარონი);
- თ) კლონიდინი (კლოფელინი).

798. პერიოდულად ბრადიკარდიის შეტევების ან სინუსის კვანძის გამოთიშვის განვითარებისას ყველაზე უფრო რაციონალურია შემდეგი ტიპის კარდიოსტიმულატორის გამოყენება:

- ა) მულმივი ტიპის - ერთკამერიანი;
- *ბ) დემანდ - ტიპის - პარკუჭოვანი;
- გ) მულმივი ტიპის - ორკამერიანი;
- დ) დემანდ - ტიპის - წინაგულოვანი;
- ე) ყველა ტიპის.

799. ქრონიკული ბრადიკარდიის ან სინუსის კვანძის დისფუნქციის ხშირად განვითარებისას უმჯობესია შემდეგი ტიპის კარდიოსტიმულატორის გამოყენება:

- ა) მულმივი ტიპის - ერთკამერიანი;
- ბ) დემანდ - ტიპის - პარკუჭოვანი;
- *გ) მულმივი ტიპის - ორკამერიანი;
- დ) დემანდ - ტიპის - წინაგულოვანი;
- ე) ყველა ტიპის.

800. ძალიან იშვიათი პარკუჭოვანი რიგმის გადაუღებელი თერაპიისთვის ნაჩვენებია:1). ატროპინი; 2). იმპროტერენოლი; 3). ტრანსტორაკალური ელექტროსტიმულაცია;4). მულმივი ტიპის ორკამერიანი კარდიოსტიმულატორი

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

801. სინუსის კვანძის სისუსტის სინდრომისთვის დამახასიათებელი ტაქიკარდიის სინდრომის თერაპიისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ:1). პროპრანოლოლი (ანაპრილინი); 2). პინლოლოლი; 3). ათენოლოლი; 4). მეტოპროლოლი.

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

802. აგრიოვენტრიკულური კვანძის დისფუნქციას:1). შეიძლება ჰქონდეს მემკვიდრეობითი ხასიათი;2). იწვევს ინტენსიური ფიბიკური ვარჯიში;3). იწვევს ზოგიერთი მელიკამენტის გამოყენება;4). იწვევს ზოგიერთი მწვავე პათოლოგიური პროცესი.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

803. აგრიოვენტრიკულური გამტარობის შეფერხება ხშირად ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების ფონზე, გარდა:

- ა) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის);
- *ბ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის);
- გ) კორონარული სპაზმი (ხშირად მარჯვენა კორონარული არტერიის);
- დ) ვირუსული მიოკარდიტი;
- ე) მწვავე რემმატიზმი;
- ვ) ინფექციური მონონუკლეოზი;
- ზ) გულის მეზათელიოზი.

804. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან აგრიოვენტრიკულურ გამტარობაზე მოქმედებენ:1). ლიგოქსინი; 2). პროპრანოლოლი (ანაპრილინი); 3). ვერაპამილი;4). იმოსორბილ დინიტრატი; 5). ნიფედპინი.

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

805. კარგად ნავარჯიშებ სპორტსმენებში აგრიოვენტრიკულური კვანძის ქრონიკულ დისფუნქციას იწვევს:1). სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის დაქვეითება;2). პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის დაქვეითება;3). სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივაცია; 4). ცლომილი ნერვის ჰიპერტონუსი.

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

806. მოზრდილებში, იმოლირებულ ქრონიკულ აგრიოვენტრიკულურ ბლოკადას ყველაზე ხშირად იწვევს:1). არტერიული ჰიპერტენზია; 2). ლევის დაავადება; 3). აორტის სტენოზი;4). მიტრალური სტენოზი; 5). ლენეგერის დაავადება.

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

807. ლენეგერის დაავადება ხასიათდება:1). გულის გამტარი სისტემის პირველადი, იმოლირებული სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით;2). ჰისის კონის რომელიმე გოგის და აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ერთდროულად არსებობით;3). გულის გამტარი სისტემის სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით, რომელიც ხშირად მიტრალურ სარქველზე ვრცელდება;4). გულის გამტარი სისტემის სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით, რომელიც ხშირად აორტულ სარქველზე ვრცელდება.

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

808. ლევის დაავადება ხასიათდება:1). გულის გამტარი სისტემის იზოლირებული სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით;2). ჰისის კონის რომელიმე გოგის და აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ერთდროულად არსებობით;3). გულის გამტარი სისტემის სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით, რომელიც ხშირად მიგრალურ სარქველზე ვრცელდება;4). გულის გამტარი სისტემის სკლეროდეგენერაციული დაზიანებით, რომელიც ხშირად აორგულ სარქველზე ვრცელდება.

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

809. P-R ინტერვალის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია:1). წინაგულებში აგზნების გაგრძელების სიჩქარეზე;2). აგრიოვენტრიკულურ კვანძში აგზნების გაგრძელების სიჩქარეზე;3). ჰის - პურკინიეს სისტემაში აგზნების გაგრძელების სიჩქარეზე.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილზე;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3.

810. ნორმალური QRS კომპლექსის ფონზე PR ინტერვალის გახანგრძლივება, პრაქტიკულად, ყოველთვის მიუთითებს აგზნების გაგრძელების შეფერხებაზე:1). წინაგულებში; 2). აგრიოვენტრიკულურ კვანძში; 3). ჰის - პურკინიეს სისტემაში.

- ა) ყველა ჩამოთვლილში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 2.

811. დეფორმული QRS კომპლექსის ფონზე PR ინტერვალის გახანგრძლივება ყოველთვის მიუთითებს აგზნების ტალღის გაგრძელების შეფერხებაზე:1). წინაგულებში; 2). აგრიოვენტრიკულურ კვანძში; 3). ჰის - პურკინიეს სისტემაში.

- ა) ყველა ჩამოთვლილში;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 3.

812. ვენკენბახის II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის (მობიტცის I ტიპი) ეკგ ნიშნებია:1). რეგულარული P-P ციკლი; 2). რეგულარული P-R ინტერვალი;3). ნორმალური ფორმის QRS კომპლექსები;4). პერიოდულად P კბილის შემდეგ პარაკუტოვანი პაუზის აღმოცენება, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება ორ ნორმალ P-P ინტერვალს.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

813. ვენკენბახის II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა (მობიტცის I ტიპი):1). თითქმის ყოველთვის ასახავს გამტარებლობის დარღვევას აგრიოვენტრიკულურ კვანძში;2). ხშირად, მიოკარდიუმის ქვედა კედლის ინფარქტების დროს - გრანზიგორულად ვითარდება;3). ხშირად, ვითარდება საგულე გლიკომიების და ბეჭა-ბლოკატორების დოზის გადაჭარბებისას;4). ჯანმრთელ ადამიანებში პრაქტიკულად არ გვხვდება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

814. ვენკენბახის II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა (მობიტცის I ტიპი):1). ხშირად პროგრესირებს სრულ აგრიოვენტრიკულურ ბლოკადამდე;2). შეიძლება განვითარდეს პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივებისას;3). ხშირად ვითარდება მიოკარდიუმის წინა-სეპტალური კედლის ინფარქტების დროს;4). საჭიროებს ინტენსიური ანტიარტიული თერაპიის ჩატარებას.

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

815. მობიტცის II ხარისხის (მობიტცის II ტიპი) აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ეკგ ნიშნებია:1). რეგულარული P-P ციკლი; 2). რეგულარული P-კინტერვალი;3). ნორმალური ფორმის QRS კომპლექსები;4). პერიოდულად P კბილის შემდეგ პარაკუტოვანი პაუზის აღმოცენება, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება ორ ნორმალურ P-P ინტერვალს.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 3.

816. მობიტცის II ხარისხის (მობიტცის II ტიპი) აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა:1). ხშირად, ასოცირებული ჰისის კონის რომელიმე გოგის ბლოკადასთან;2). ხშირად, პროგრესირებს სრულ აგრიოვენტრიკულურ ბლოკადამდე, რომლის განვითარებისას აღმოცენებული პარაკუტოვანი რიტმი ხელი და არასტაბილურია;3). ხშირად ვითარდება მიოკარდიუმის ქვედა კედლის ინფარქტების დროს;4). ხშირად ვითარდება მიოკარდიუმის წინა-სეპტალური კედლის ინფარქტების დროს.

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

817. სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის არსებობისას, აგრიოვენტრიკულურ კვანძში იმპულსის გატარების ბლოკირებაზე მიუთითებს:1). ნორმალური ფორმის QRS კომპლექსების არსებობა;2). 40 -55 შეკ/წთ სისხირის პარკუჭოვანი რიგში;3). სტაბილური პარკუჭოვანი რიგში, რომელიც უმნიშვნელოდ იცვლება ფიზიკური დატვირთვისას;4). პარკუჭოვანი რიგში, რომელიც ხშირდება აგროპინის შეყვანის შემდეგ.

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

818. სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის არსებობისას, ჰისის კონის მთავარი ღეროს ღონებზე იმპულსის ბლოკირებაზე მიუთითებს:1). ნორმალური ფორმის QRS კომპლექსების არსებობა;2). 40 შეკ/წთ ნაკლები სისხირის პარკუჭოვანი რიგში;3). სტაბილური პარკუჭოვანი რიგში, რომელიც უმნიშვნელოდ იცვლება ფიზიკური დატვირთვისას;4). სტაბილური პარკუჭოვანი რიგში, რომელიც უმნიშვნელოდ იცვლება აგროპინის შეყვანისას.

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

819. აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ფონზე კარდიოსტიმულატორის იმპლანტირების საჭიროება, ძირითადად, განისაზღვრება:

- ა) ავადმყოფის ასაკით;
- ბ) ავადმყოფის სქესით;
- გ) აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის განმპატირობებელი კარდიული პათოლოგიის სიმძიმით;
- დ) მეორადი რიგმის წამყვანის ლოკალიზაციით;
- *ე) გამომხტარი რიგმის ელექტროფიზიოლოგიური და ჰემოდინამიკური არასტაბილურობით.

820. აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის (ავ) ტიპებიდან, ჩვეულებრივ, თანდაყოლილი ხასიათისაა:

- ა) I ხარისხის ავ - ბლოკადა;
- ბ) ვენკენბახის II ხარისხის ავ - ბლოკადა;
- გ) მობიტცის II ხარისხის ავ - ბლოკადა;
- დ) მაღალი ხარისხის ავ - ბლოკადა;
- *ე) აგრიოვენტრიკულური კვანძის ღონებზე განვითარებული სრული ავ - ბლოკადა;
- ვ) ჰისის კონის მთავარი ღეროს ღონებზე განვითარებული სრული ავ - ბლოკადა.

821. ქვემოთ ჩამოთვლილი არიგმიებიდან I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადისაგან ძნელად გაირჩევა:

- *ა) კვანძოვანი რიგმი;
- ბ) ბლოკირებული წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია;
- გ) მობიტცის II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) მაღალი აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- ე) სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

822. ქვემოთ ჩამოთვლილი არიგმიებიდან ვენკენბახის II ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური (ავ) ბლოკადისაგან ძნელად გაირჩევა:

- ა) კვანძოვანი რიგმი;
- *ბ) ბლოკირებული წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია;
- გ) მობიტცის II ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) მაღალი აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;
- ე) სრული აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა.

823. ქვემოთ ჩამოთვლილი არიგმიებიდან II ხარისხის სინოატრიული ბლოკადისაგან (როგორც ვენკენბახის, ისე მობიტცის ტიპები) ძნელად გაირჩევა:

- ა) კვანძოვანი რიგმი;
- *ბ) ბლოკირებული წინაგულოვანი ექსტრასისტოლია;
- გ) მობიტცის II ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) ვენკენბახის II ხარისხის აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;
- ე) მაღალი აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

824. ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევების ჩატარება ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- *ა) კლინიკურად გამოვლენილი II ან III ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის არსებობისას;
- ბ) ჰისის კონის რომელიმე ტოტის ბლოკადის ნიშნების და ანამნეზში გულის წასვლის ეპიზოდების არსებობისას;
- გ) ჰისის კონის რომელიმე ტოტის და II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადის ერთდროულად არსებობისას;
- დ) III ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადით შეპყრობილი უსიმპტომო ავადმყოფებისთვის;
- ე) ბიფასციკულური ბლოკადის ეკგ ნიშნების გამოვლენისას.

825. დროებითი კარდოსტიმულაცია:1). გამოიყენება სწრაფი ჰემოდინამიკური სტაბილიზაციის მისაღწევად მუდმივი ელექტროსტიმულაციის იმპლანტირებაში;2). გამოიყენება იშემიით ან ფარმაკოლოგიური აგენტების ლომის გადაჭარბებით გამოწვეული ბრადიკარდიების თერაპიისათვის;3). სრულდება გრანსვენური მიდგომით;4). სრულდება გრანსტორაკალური მიდგომით.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

826. გრანსვენური კარდოსტიმულაცია:1). სრულდება მარჯვენა პარაკუტის მწვერვალის არეში გრანსვენურად შეყვანილი კათეგერ-ელექტროლის საშუალებით;2). სრულდება მარჯვენა წინაგულში გრანსვენურად შეყვანილი კათეგერ-ელექტროლის საშუალებით;3). ხშირად იწვევს გულის პერფორირებას;4). ხშირად, იწვევს თრომბოემბოლიურ გართულებებს.

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

827. გრანსვენურ კარდოსტიმულაციასთან შედარებით გარეგანი გრანსტორაკალური კარდოსტიმულაცია:1). არაინვაზიური მეთოდია; 2). არ იწვევს მიოკარდიუმის პერფორაციას;3). არ იწვევს თრომბოემბოლიურ გართულებებს;4). საჭიროებს ნაკლები ძაბვით ელექტროსტიმულაციას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

828. მუდმივი კარდოსტიმულაციის ჩვენებაა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ასიმპტომური სრული განივი ბლოკადა 40 შეკ/წთ-ზე ნაკლები სისხირის გამომხტარი რიტმით;
- *ბ) ასიმპტომური სინუსური ბრადიკარდია 40 შეკ/წთ-ზე ნაკლები სისხირით;
- გ) სიმპტომური ბიფასციკულური ბლოკადა მობიტის II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადით;
- დ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემდგომ განვითარებული მძალი ან სრული აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- ე) ბრადიკარდიის ფონზე განვითარებული სიმპტომური II ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

829. მუდმივი კარდოსტიმულაციისთვის ორგანიზმში ელექტროლები, ჩვეულებრივ, შეიყვანება:1). ლავიწქეშა ვენიდან; 2). ბარძაყის ვენიდან; 3). შიგნითა საულლე ვენიდან;4). თორაკოტომის გზით.

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

830. მუდმივი კარდოსტიმულაციისთვის ელექტროლების მოთავსება შეიძლება:1). მარჯვენა წინაგულის ყურში (ენლოკარდიულად);2). მარცხენა წინაგულში (ენლოკარდიულად);3). მარჯვენა პარაკუტის მწვერვალის არეში (ენლოკარდიულად);4). ეპიკარდიუმში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- *დ) სწორია 1, 3, 4.

831. პარაკუტების ელექტროსტიმულაციის შედეგად განვითარებულ ჰემოდინამიკურ დარღვევებს „პეისმეიკერული სინდრომი“ ეწოდება, რომელიც კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა:

- ა) ალელიაღ ღაღლით;
- ბ) თაებრუსხვევით;
- *გ) არტერიული ჰიპერტენზიით;
- დ) გონების დაკარგვით;
- ე) კისრისა და გულმკერდის არეში პულსაციის შეგრძნებით.

832. პარაკუტების ელექტროსტიმულაციის შედეგად განვითარებულ ჰემოდინამიკურ დარღვევებს „პეისმეიკერული სინდრომი“ ეწოდება, რომლის პათოფიზიოლოგიური საფუძველია:1). წინაგულების აქტივობის გამოთიშვა;2). აგრიოვენტრიკულური სარქველების დახურვის პარალელურად პულმონურ და საულლე ვენებში სისხლის რეგურგიტაცია (ამ მომენტში წინაგულების შეკუმშვის შედეგად);3). წინაგულების შეკუმშვის მომენტში ვენების კედლების გადაჭიმვის შედეგად (ფლებოგრაზმაზე გამოვლინდება ქვემეხისებური a გალით) ლეპრესორული მექანიზმების ჩართვა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

833. „პეისმეიკერული სინდრომის“ გამოვლინება შეიძლება აღეკვეთოს:1). მუდმივი გიპის პარაკუტოვანი სტიმულაციით;2). მუდმივი გიპის

ორკამერიანი სტიმულაციით;3). ღემანდ - ტიპის პარკუჭოვანი სტიმულაციით;4). ღემანდ - ტიპის ორკამერიანი სტიმულაციით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

*დ) სწორია 2, 3, 4.

834. „პეისმეიკერული ტაქიკარდიის“:1). განვითარება აღინიშნება ერთკამერიანი ელექტროსტიმულაციისას;2). განვითარება აღინიშნება ორკამერიანი ელექტროსტიმულაციისას;3). პათოფიზიოლოგიური საფუძველი პარკუჭების ავტომატიზმის გაზრდაა;4).

პათოფიზიოლოგიური საფუძველი წინაგულების ავტომატიზმის გაზრდაა.

ა) სწორია 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

*დ) სწორია 2.

835. იმპულსის გავრცელების დარღვევის მიზეზით აღმოცენებულ არიტმიებს მიეკუთვნება:1). რენტის მექანიზმით აღმოცენებული არიტმიები;2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციით აღმოცენებული არიტმიები;3). ტრიგერული აქტივობის მექანიზმით აღმოცენებული არიტმიები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 1.

836. იმპულსის წარმოქმნის დარღვევის მიზეზით აღმოცენებულ არიტმიებს მიეკუთვნება:1). რენტის მექანიზმით აღმოცენებული არიტმიები;2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციით აღმოცენებული არიტმიები;3). ტრიგერული აქტივობის მექანიზმით აღმოცენებული არიტმიები.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 2, 3.

837. რენტის მექანიზმით არიტმიების აღმოცენების საფუძველია მიოკარდიუმში სხვადასხვა რეფრაქტორობის ორი (ან მეტი) გამტარი გზის ერთ პოტენციალურ დახურულ მარყუჟად შეერთება და:1). ერთ-ერთ მათგანში იმპულსის გატარების ცალმხრივი ბლოკადა;2). ერთ-ერთ მათგანში იმპულსის გატარების ორმხრივი ბლოკადა;3). მეორე გამტარი გზით იმპულსის გატარების დროის გახანგრძლივება, რომლის განმავლობაშიც აღდება პირველი გზის ადრე დაბლოკირებული უბნის გამტარობა;4). მეორე გამტარი გზით იმპულსის გატარების დროის შემცირება.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

838. ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციის (მოსვენების მდგომარეობაში რიტმის ლატენჯური წამყვანი უჯრედების მემბრანა ნაწილობრივ დეპოლარიზებულ მდგომარეობაშია) გამომწვევი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოფიზიოლოგიური მდგომარეობა, გარდა:

ა) ეგზოგენური ან ენდოგენური კატექოლამინების დიდი რაოდენობით გადასვლა სისხლის მიმოქცევაში;

ბ) ჰიპოკალემია;

*გ) ჰიპერკალემია;

დ) ჰიპერკალემია;

ე) მიოკარდიუმის იშემია;

ვ) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაცია;

839. ტრიგერული აქტივობა (მიოკარდიოციტებში კალციუმის იონების დაგროვება, რის შედეგადაც ამ უჯრედებში მოქმედების პოტენციალის შემდეგ ადგილი აქვს ე.წ. პოსტდეპოლარიზაციის განვითარებას) ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების ზეგავლენით, გარდა:

*ა) ეგზოგენური ან ენდოგენური კატექოლამინების დიდი რაოდენობით გადასვლა სისხლის მიმოქცევაში;

ბ) კატექოლამინების კონცენტრაციის ლოკალურად მომატება;

გ) ჰიპერკალემია;

დ) ჰიპერკალემია;

ე) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაცია.

840. ექტოპიური შეკუმშვა ახდენს შემდეგი მექანიზმებით აღმოცენებული არიტმიების პროვოცირებას და კუპირებას:1). რენტის მექანიზმით; 2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციით; 3). ტრიგერული აქტივობით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

ბ) სწორია 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 1.

841. ელექტროსტიმულაცია ახლენს შემდეგი მექანიზმით აღმოცენებული არიგმიების პროვოცირებას:1). რეენტორის მექანიზმით; 2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციით; 3). ტრიგერული აქტივობით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 3.

842. გაღაბავითი სტიმულაცია ახლენს შემდეგი მექანიზმით აღმოცენებული არიგმიების კუპირებას:1). რეენტორის მექანიზმით; 2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციით; 3). ტრიგერული აქტივობით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

843. წინაგულოვანი ექსტრასისტოლური არიგმიის აღმოცენებისას:1). საჭიროა ამ არიგმიის განმაპირობებელი ფაქტორების გამოვლენა და მოხსნა;2). თვით უსიმპტომო შემთხვევებშიც, საჭიროა I კლასის ანგარიგმიული პრეპარატების დანიშვნა;3). თუ იგი პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის მიზეზი ხდება, საჭიროა სელაგოური საშუალებების და ბეგა-ბლოკატორების გამოყენება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

844. კვანძოვანი ექსტრასისტოლური არიგმიის აღმოცენებისას :1). საჭიროა ამ არიგმიის განმაპირობებელი ფაქტორების გამოვლენა და მოხსნა;2). თვით უსიმპტომო შემთხვევებშიც, საჭიროა I კლასის ანგარიგმიული პრეპარატების დანიშვნა;3). თუ იგი პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის მიზეზი ხდება, საჭიროა სელაგოური საშუალებების და ბეგა-ბლოკატორების გამოყენება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

845. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგმია:1). ვითარდება მხოლოდ კარდიალური ან სისტემური პათოლოგიით შეპყრობილ ავადმყოფებში;2). შეიძლება განვითარდეს პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში;3). ხშირად ვითარდება მხოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდეგ;4). როგორც პოსტინფარქტული, ისე პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანებისთვის წარმოადგენს უეცარი სიკვდილის განვითარების რისკ-ფაქტორს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

846. პოსტინფარქტულ პერიოდში სიკვდილიანობის გამრდას იწვევს შემდეგი არიგმიების აღმოცენება:1). ერთეული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;2). რეგულარული, ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;3). პოლიტოპური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;4). ჯგუფური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

847. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგმია არ საჭიროებს მედიკამენტურ მკურნალობას:1). თუ ის განვითარდა გულის ორგანული პათოლოგიის ფონზე;2). თუ ის განვითარდა ჯანმრთელ ადამიანში;3). თუ ის ჯგუფური და პოლიტოპური ხასიათისაა;4). თუ ის მონოტოპური ხასიათისაა.

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

848. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიგმიის თერაპიისთვის პირველი რიგის პრეპარატებია:1). ბეგა - ბლოკატორები; 2). ქინიდინი; 3). პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი); 4). ამიოდარონი (კორდარონი).

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

849. კაროტიდული სინუსის მასაჟი:1). უნდა ჩატარდეს ეკგ მონიტორირების ქვეშ;2). არ უნდა ჩატარდეს თუ საძილე არტერიებზე მოისმინება შუილი;3). ორივე მხარეს ერთდროულად ტარდება; 4). ტარდება ავადმყოფის ფეხზე ღლომისას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;

- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

850. აგრიოვენტრიკულური დისციაციის განვითარებაზე მიუთითებს:1). საულე ვენის პულსის მრუდზე პერიოდულად ქვემეხისებური ა ტალღების ჩაწერა;2). საულე ვენის პულსის მრუდზე ქვემეხისებური ა ტალღების რეგულარულად დაფიქსირება;3). არტერიული პულსის ამპლიტუდის ცვალებადობა;4). რეგულარული კარდიული რიტმის ფონზე I ტონის ინტენსივობის ცვალებადობა.

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

851. სინუსური ტაქიკარდიისთვის დამახასიათებელია:1). თანდათანობითი დასაწყისი და დასასრული;2). მოულოდნელად განვითარება და ასევე მოულოდნელად შეწყვეტა;3). კაროტიდული სინუსის მასაჟით უეცრად შეწყვეტა;4). 100 - 250 შეკ/წთ სიხშირის სინუსური რიტმი.

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

852. სინუსური ტაქიკარდია ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) გულის უკმარისობა;
- ბ) ჰიპოქსემია;
- გ) თირეოტოქსიკოზი;
- *დ) ჰიპოთერმია;
- ე) ემოციური სტრესი.

853. მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმი:1). პრაქტიკულად არ აღმოცენდება ჯანმრთელ ადამიანებში;2). ჯანმრთელ ადამიანებში შეიძლება განვითარდეს ემოციური სტრესის პირობებში;3). ჯანმრთელ ადამიანებში შეიძლება განვითარდეს ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ფონზე;4). ჯანმრთელ ადამიანებში შეიძლება განვითარდეს ფიზიკური დატვირთვის დროს.

- ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 2, 4;
- *გ) სწორია 2, 3, 4.

854. გულის ან ფილტვის ორგანული პათოლოგიით შეპყრობილ ავადმყოფებში მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმის აღმოცენების მიზეზი შეიძლება გახდეს:1). მწვავე ჰიპოქსია; 2). ჰიპერკაპნია; 3). მეტაბოლური დარღვევები;4). ჰემოდინამიკური დარღვევები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 2, 3.

855. ქრონიკული მოციმციმე არიტმია შეიძლება გახდეს შემდეგი დაავადების პირველი კლინიკური გამოვლინება:

- ა) გულის რეემატოიდი დაზიანების;
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიის;
- *გ) თირეოტოქსიკოზის;
- დ) ფილტვის ქრონიკული დაავადების;
- ე) მიტრალური სარქელის არარეგულარული გენეზის გამოხატული ნაკლოვანების.

856. თანამედროვე შეხედულებებით, მოციმციმე არიტმიის აღმოცენების ელექტროფიზიოლოგიური საფუძველია:1). ტრიგერული აქტივობა;2). წინაგულების ნორმალური ავტომატიზმის სტრუქტურა;3). წინაგულებში რენტორის მექანიზმების ამოქმედება;4). სინუსის კვანძის გაჩერება.

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

857. მოციმციმე არიტმიის ფონზე სტენოკარდიის შეტევის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს:1). სწრაფი პარკუტოვანი რიტმი;2). მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმის შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული პაუზა;3). სისტემური ემბოლიები; 4). წინაგულების ეფექტური შეკუმშვის არარსებობა.

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

858. მოციმციმე არიტმიის ფონზე ჰიპერტენზიის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს:1). სწრაფი პარკუტოვანი რიტმი;2). მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმის შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული პაუზა;3). სისტემური ემბოლიები; 4). წინაგულების ეფექტური შეკუმშვის არარსებობა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;

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

859. მოციმციმე არიგმიის ფონზე გულის წასვლის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს:1). სწრაფი პარკუჭოვანი რიგმი;2). მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული პაუზა;3). სისტემური ემბოლიები; 4). წინაგულების ეფექტური შეკუმშვის არარსებობა.

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

860. მოციმციმე არიგმიის ფონზე სისტემური ემბოლიები ყველაზე ხშირად უვითარდებათ შემდეგი პათოლოგიით შეპყრობილ ავადმყოფებს:

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია;
- *ბ) გულის რევემატიული პათოლოგია;
- გ) ფილტვების ქრონიკული პათოლოგია;
- დ) თირეოტიკოზი;
- ე) ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- ვ) კონსტრიქციული პერიკარდიტი.

861. მარცხენა პარკუჭის მკვეთრი ჰიპერტროფიის ფონზე მოციმციმე არიგმიის აღმოცენებისას გულის უკმარისობის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს:1). პარკუჭების ავსებაში წინაგულების მონაწილეობის "გამოთიშვა";2). სწრაფი პარკუჭოვანი რიგმის ფონზე პარკუჭების ღიასტოლური ავსების დროის შემცირება;3). სისტემური ემბოლიები;4). მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული პაუზა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

862. მიგრალური სარქელის სტენოზის ფონზე ტაქსისტოლური ფორმის მოციმციმე არიგმიის აღმოცენებისას ფილტვების შეშუპების განვითარების ძირითადი მიზეზია:1). პარკუჭების ავსებაში მონაწილეობისაგან წინაგულების „გამოთიშვა“;2). პარკუჭების ღიასტოლური ავსების დროის შემცირება;3). სისტემური ემბოლიები;4). მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის შეწყვეტის შემდეგ განვითარებული პაუზა.

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

863. მოციმციმე არიგმიის დროს, ჩვეულებრივ პარკუჭების შეკუმშვის სიხშირე:1). არარეგულარულია;2). დაახლოებით წინაგულების შეკუმშვის სიხშირის ტოლია;3). გაცილებით ნაკლებია წინაგულების შეკუმშვის სიხშირეზე;4). ძირითადად განისაზღვრება ატრიოვენტრიკულური კვანძის ფუნქციური დეფექტური პერიოდით.

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

864. მოციმციმე არიგმიის ფონზე სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის ჩამოყალიბება შეიძლება ვივარაუდოთ, თუ :

- ა) პარკუჭების არარეგულარული რიგმის სიხშირე გახდა 30 - 60 შეკ/წთ;
- *ბ) პარკუჭების რიგმი გაიშვითადა (30 - 60 შეკ/წთ) და ამასთან რეგულარული გახდა;
- გ) პარკუჭების არარეგულარული რიგმის სიხშირე გახდა 100 - 200 შეკ/წთ;
- დ) პარკუჭების რიგმი გახშირდა (100 შეკ/წთ მეტად) და ამასთან რეგულარული გახდა;
- ე) პარკუჭების რიგმი გააღაჭარბა წინაგულების შეკუმშვის რიგმს.

865. მოციმციმე არიგმიით შეპყრობილი ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს:1). საუფრო ვენის პულსის მრუდზე ქვემეხისებური ა ტალღები;2). საძილე არტერიებზე პულსის ცვალებადობა;3). I ტონის ინტენსივობის ცვალებადობა;4). მარცხენა წინაგულის დილატაცია (ექოკარდიოგრაფიულად).

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

866. მოციმციმე არიგმიის კუპირების შემდეგ სინუსური რიგმის შენარჩუნება საეჭვოა იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც აღენიშნებათ:

- ა) ტაქსისტოლური ფორმის მოციმციმე არიგმია;
- ბ) ბრადისისტოლური ფორმის მოციმციმე არიგმია;
- გ) ჰიპერტენზიის ფონზე განვითარებული მოციმციმე არიგმია;
- *დ) მარცხენა წინაგულის დილატაცია;

ე) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

867. მოციმციმე არიგმის თერაპიისთვის უპირატესობა ენიჭება:

- *ა) აღრეულ კარდიოვერსიას (ყველა შესაძლო შემთხვევაში);
- ბ) Ia კლასის ანტიარითმულ პრეპარატებს (ქინიდანი, პროკაინამილი);
- გ) Ib კლასის ანტიარითმულ პრეპარატებს (ლილოკაინი);
- დ) Ic კლასის ანტიარითმულ პრეპარატებს (პროპაფენონი, ფლეკაინილი);
- ე) ბეტა-ბლოკატორებს;
- ვ) III კლასის ანტიარითმულ პრეპარატს - ამიოდარონს.

868. მოციმციმე არიგმიით შეპყრობილ ავადმყოფებში კარდიოვერსიის ჩატარებისას მკურნალობაში ანტიკოაგულანტების ჩართვა მიზანშეწონილია:1). ექოკარდიოგრაფიულად დადასტურებული მარცხენა წინაგულის დილატაციის შემთხვევაში;2). 3 თვემდე უფრო ხანგრძლივი მოციმციმე არიგმიის შემთხვევაში;3). ახლად აღმოცენებული მოციმციმე არიგმიის შემთხვევაში.

- *ა) ყველა შესაძლო შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

869. მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის მკურნალობა გულისხმობს:1). გამომწვევი ფაქტორების (დეჰიდრატაცია, ალკოჰოლი, ჰიპერთერმია და სხვ.) აღკვეთას;2). ატრიოვენტრიკულური კვანძის ინჰიბიტორების ინტრავენურად შეყვანას;3). პროკაინამიდის (ნოვოკაინამიდის) ინტრავენურად შეყვანას (ქიმიური კარდიოვერსია);4). გაღაულებელი კარდიოვერსიის ჩატარებას.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

870. ატრიოვენტრიკულური კვანძის ინჰიბიტორებიდან მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის კუპირებისთვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ინტრავენური აღენომინი;
- ბ) ინტრავენური ვერაპამილი;
- გ) ინტრავენური დილთიაზემი;
- დ) ინტრავენური პროპრანოლოლი (ობზიდანი);
- ე) ინტრავენური დიგოქსინი.

871. მოციმციმე არიგმიის პაროქსიზმის თერაპიისთვის ქიმიურ კარდიოვერსიას (პროკაინამიდის (ნოვოკაინამიდის) ინტრავენურად შეყვანით) მიმართავენ, თუ:1). მარცხენა წინაგულის ზომა 5 სმ-ზე ნაკლებია;2). მოციმციმე არიგმიის აღმოცენების ხანგრძლივობა 48 სთ-ზე ნაკლებია;3). ელექტრული კარდიოვერსია არაუფექტური გამოდგა.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.
- *ე) სწორია 2.

872. მოციმციმე არიგმიის სამკურნალოდ ე.წ. ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე საჭიროა ჩატარდეს მოსამზადებელი მკურნალობა, რაც გულისხმობს:1). ატრიოვენტრიკულური კვანძის ინჰიბიტორებით პარკუჭების რიგმის გაკონტროლებას;2). პერორალური ანტიკოაგულანტების მიღებას;3). ქინიდინის, დიზოპირამიდის ან სოტალოლის მიღებას;4). Ic კლასის ანტიარითმული პრეპარატების (ფლეკაინიდის და პროპაფენონის) მიღებას.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

873. გულის უკმარისობით და მოციმციმე არიგმიით შეპყრობილი ავადმყოფისთვის (ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე) პარკუჭოვანი რიგმის გასაკონტროლებლად უპირატესობა ენიჭება:

- *ა) დიგოქსინს;
- ბ) ვერაპამილს;
- გ) დილთიაზემს;
- დ) პროპრანოლოლს;
- ე) ათენოლოლს.

874. ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე (მოციმციმე არიგმიის კუპირებისთვის):1). საჭიროა 3 - 4 კვირის განმავლობაში პერორალური ანტიკოაგულანტების მიღება;2). საჭიროა 7 - 8 კვირის განმავლობაში პერორალური ანტიკოაგულანტების მიღება;3). საჭიროა 3 თვის განმავლობაში პერორალური ანტიკოაგულანტების მიღება;4). ანტიკოაგულანტურ თერაპიასთან ერთად ხშირად ინიშნება ამიოდარონი (კორდარონი).

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

875. ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე (მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის) 2 დღის განმავლობაში შეიძლება ქიმიური კარდიოვერსიის ჩატარება ქინიდინით ან დიზოპირამიდით:1). თუ ავადმყოფი არ იღებდა ამიოდარონს (კორდარონს);2). მხოლოდ გულის

ორგანული პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში;3). ლიგოქსინთან კომბინაციაში;4). ბეგა-ბლოკატორებთან ან კალციუმის ანტაგონისტებთან კომბინაციაში.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

876. ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე (მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის) 2 დღის განმავლობაში ქინილინი ან ღიმოპირამილით ჩატარებული კარდიოვერსია საჭიროებს მკურნალობაში ლიგოქსინის აუცილებელ ჩართვას, რადგან:

- *ა) ქინილინი და ღიმოპირამილი (ვაგოლიზური მოქმედებით) იწვევენ ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობის დაჩქარებას;
- ბ) ქინილინი და ღიმოპირამილი იწვევენ წინაგულების ნორმალური ავტომატიზმის დათრგუნვას;
- გ) ქინილინი და ღიმოპირამილი იწვევენ პარკუჭების ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაციას;
- დ) ქინილინი და ღიმოპირამილი იწვევენ პარკუჭების ტრიგერული აქტივობის გაზრდას;
- ე) ქინილინი და ღიმოპირამილი იწვევენ პარკუჭების ტრიგერული აქტივობის დაქვეითებას.

877. მოციმციმე არიგმიის სამკურნალოდ ქინილინის და ლიგოქსინის კომბინირების შემთხვევაში ადგილი ექნება:

- ა) გასტროინტენსიური გრაფიკიდან ლიგოქსინის აბსორბციის დაქვეითებას;
- ბ) ლიგოქსინის მეტაბოლიზმის გაზრდას;
- *გ) პლაზმაში ლიგოქსინის კონცენტრაციის გაზრდას;
- დ) ატრიოვენტრიკულურ კვანძზე ლიგოქსინის მოქმედების ეფექტურობის შემცირებას;
- ე) ნაგრიუმის გუმბოზე ლიგოქსინის მაინჰიბირებელი მოქმედების შესუსტებას.

878. ამორჩევითი კარდიოვერსიის ჩატარებამდე (მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის) 2 დღის განმავლობაში შეიძლება ფლეკაინილით ან პროპაფენონით (Iგ კლასის ანტიარითმული აგენტებით) კარდიოვერსიის ჩატარება:1). თუ ავადმყოფი არ იღებდა ამიოლარონს (კორდარონს);2). გულის ორგანული პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში;3). ლიგოქსინთან კომბინაციაში;4). ბეგა-ბლოკატორებთან ან კალციუმის ანტაგონისტებთან კომბინაციაში.

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

879. მორეციდივე მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის ნაჩვენებია:1). პროპრანოლოლის (ანაპრილინის) მცირე დოზებით მიღება;2). ვერაპამილის მცირე დოზებით მიღება;3). ამიოლარონის (კორდარონის) მცირე დოზებით მიღება;4). სოტალოლის მცირე დოზებით მიღება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 3, 4.

880. ერთდროულად გულის უკმარისობით და ქრონიკული მოციმციმე არიგმიით შეპყრობილი ავადმყოფის ანტიარითმული მკურნალობისას (პარკუჭების რიგმის დასარეგულირებლად) უპირატესობა ენიჭება:

- ა) ვერაპამილს;
- ბ) დილთიაზემს;
- გ) პროპრანოლოლს;
- დ) ამიოლარონს;
- *ე) ლიგოქსინს;
- ვ) ქინილინს.

881. მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის ნაჩვენებია ლიგოქსინის გამოყენება, რადგან:

- ა) ეს პრეპარატი ამცირებს წინაგულების აგზნებალობას;
- ბ) ეს პრეპარატი ზრდის ატრიოვენტრიკულური კვანძის გამტარებლობას;
- *გ) ეს პრეპარატი ზრდის ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბსოლუტური რეფრაქტურობის პერიოდს;
- დ) ეს პრეპარატი აქვეითებს წინაგულების ავტომატიზმს;
- ე) ამ პრეპარატს აღენიშნება მუსკარინული ეფექტი.

882. ერთდროულად სტენოკარდიით ან ჰიპერტენზიით და ქრონიკული მოციმციმე არიგმიით შეპყრობილი ავადმყოფის ანტიარითმული თერაპიისთვის უპირატესობა ენიჭება:1). ვერაპამილს; 2). დილთიაზემს; 3). რომელიმე ბეგა-ბლოკატორს;4). ლიგოქსინს.

- *ა) სწორია 1, 2, 4;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 2, 4.

883. ქრონიკული მოციმციმე არიგმიის თერაპიისთვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალება, გარდა:

- ა) არაპირდაპირი ანგიოკოაგულანტები;
- ბ) ასპირინი;
- *გ) თრომბოლიზური პრეპარატები;
- დ) ბეგა-ბლოკატორები;
- ე) ვერაპამილი ან დილთიაზემი;
- ვ) სოტალოლი;
- ზ) ამიოლარონი (კორდარონი);

თ) აგრიოვენტრიკულური კვანძის ან ციმციმის გამომწვევი წრიული გზების აბლაცია.

884. წინაგულების თრთოლვა:1). ძირითადად ვითარდება პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში;2). ძირითადად ვითარდება გულის ორგანული პათოლოგიის ფონზე;3). ხშირად ვითარდება კარდიოქირურგიული ოპერაციების შემდეგ;4). ხშირად გადადის წინაგულების ციმციმში.

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

885. წინაგულების თრთოლვა:1). შეიძლება აღმოცენდეს პაროქსიზმების სახით;2). შეიძლება მუდმივი ხასიათის იყოს;3). წინაგულების ციმციმთან შედარებით უფრო ხშირად იწვევს თრომბოემბოლიურ გართულებებს;4). ხშირად გადადის წინაგულების ციმციმში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

886. წინაგულების თრთოლვის აღმოცენების შემთხვევაში:1). ძალიან ძნელია პარკუჭოვანი რიგმის კონტროლირება;2). ეფექტურია დაბალვოლტაჟიანი ელექტრული კარდიოვერსია;3). არ გამოიყენება აგრიოვენტრიკულური კვანძის კათეტერული აბლაცია;4). არაეფექტურია დაბალვოლტაჟიანი ელექტრული კარდიოვერსია.

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

887. კარდიოქირურგიული ოპერაციის შემდგომ განვითარებული პაროქსიზმული წინაგულოვანი თრთოლვის სწრაფად მოსახსნელად მიზანშეწონილია:

- *ა) ღროებითი კარდიოსტიმულაცია;
- ბ) აგრიოვენტრიკულური კვანძის კათეტერული აბლაცია;
- გ) ინტრავენური ბეგა-ბლოკატორები;
- დ) ინტრავენური ვერაპამილი;
- ე) ინტრავენური ამილარონი;
- ვ) ინტრავენური დილითაზემი.

888. წინაგულების ფიბრილაციის შესახებ ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) წინაგულების ფიბრილაციური აქტივობები აღიძვრებიან 350 - 660 იმპ/წთ სიხშირით;
- ბ) მოციმციმე არიგმიის კლინიკური სიმპტომები ძირითადად განპირობებულია მარცხენა პარკუჭის ავსების შემცირებით, რაც თავის მხრივ აისხნება სწრაფი პარკუჭოვანი რიგმით და წინაგულების ეფექტური შეკუმშვის არარსებობით;
- გ) მოციმციმე არიგმიის ფონზე, სინუსურ რიგმთან შედარებით 5 - 7 -ჯერ მეტია ინსულტის განვითარების რისკი;
- დ) მოციმციმე არიგმიის რეციდივების თერაპიისთვის წარმატებით გამოიყენება Ia, Ib და III კლასის ანტიარითმული პრეპარატები;
- *ე) ტაქსისტოლური ფორმის მოციმციმე არიგმიის კუპირებისთვის ერთერთი ეფექტური საშუალებაა სწრაფი ელექტროსტიმულაცია.

889. თანამედროვე შეხედულებით, სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდიების აღმოცენების საფუძველია:1). ტრიგერული აქტივობა; 2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაცია;3). რეენტორის მექანიზმების ამოქმედება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 3.

890. სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს:1). გულისცემის შეგრძნებით; 2). გულის წასვლით; 3). პიპოტენზიით; 4). ფილტვების შეშუპებით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

891. სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდიების სიმპტომების სიმძიმე განისაზღვრება:1). სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის ტიპით (წინაგულოვანი თუ კვანძოვანი);2). ტაქიკარდიის აღმოცენების სიხშირით;3). თითოეული პაროქსიზმის ხანგრძლივობით; 4). გულის უჩქეციური მდგომარეობით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

892. გლიკომიდებით ინტოქსიკაციის ფონზე განვითარებული არაპაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების აღმოცენების მექანიზმია:1). ტრიგერული აქტივობა; 2). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაცია;3). რეენტორის მექანიზმების ამოქმედება.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 2, 3.
- გ) სწორია 1, 3.

893. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ატრიო-ვენტრიკულური (კვანძოვანი) პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არიგმიის ეპიზოდების აღმოცენება, ჩვეულებრივ, ბავშვობის ან მოზარდობის ხანაში იწყება;
- ბ) არიგმია ხასიათდება უცაბედი დასაწყისით და რეგულარული რიგით;
- *გ) არიგმია ასოცირებულია გულის თანდაყოლილ სარქელოვან პათოლოგიასთან;
- დ) P კბილი წინ უსწრებს, მოჰყვება ან ჩაფლულია QRS კომპლექსებში;
- ე) ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბლაცია უსაფრთხო და ეფექტური თერაპიული მეთოდია.

894. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ე.წ. ვიწრო კომპლექსებიანი ტაქიკარდიის შესახებ სწორია:1). წინაგულების ციმციმი - არარეგულარული წინაგულოვანი რიგში 120 შეკ/წთ სიხშირით და 3 განსხვავებული ფორმის P კბილებით;2). არაპაროქსიზმული კვანძოვანი ტაქიკარდია - 70-120 შეკ/წთ სიხშირის რეგულარული რიგში - ატრიოვენტრიკულური დისოციაციით ან II, III, avF განხრებში ინვერსიული (რეგროგრადული) P კბილებით;3). პაროქსიზმული კვანძოვანი ტაქიკარდია - PR ინტერვალის შემოკლება (0,12 წმ ნაკლებად), დელტა ტალღები და დეფორმული QRS კომპლექსები;4). წინაგულების თრთოლვა - 250-350 შეკ/წთ სიხშირის რეგულარული წინაგულოვანი რიგში, უარყოფითი ხერხის კბილის მაგვარი F ტალღებით II, III და avF განხრებში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 2, 4.

895. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის შემთხვევაში აგზნების ტალღა წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე გარდება:

- ა) მხოლოდ ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით;
- ბ) მხოლოდ, დამატებით გამტარი გზით;
- *გ) ერთდროულად დამატებითი და ჰის-პურკინიეს გამტარი გზებით;
- დ) ანტეროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით; რეგროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;
- ე) ანტეროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით; რეგროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით.

896. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის ფონზე პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების აღმოცენებისას აგზნების ტალღა წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე ძირითადად გარდება:

- ა) მხოლოდ, ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით;
- ბ) მხოლოდ, დამატებითი გამტარი გზით;
- გ) ერთდროულად დამატებითი და ჰის-პურკინიეს გამტარი გზებით;
- *დ) ანტეროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით; რეგროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;
- ე) ანტეროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით; რეგროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით.

897. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის ფონზე ვიწრო (ნორმალური ხანგრძლივობის) QRS კომპლექსებიანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია ვითარდება, თუ წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე აგზნების ტალღა ვრცელდება:1). ანტეროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით;2). ანტეროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;3). რეგროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;4). რეგროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით.

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

898. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის ფონზე ფართო (დეფორმული) QRS კომპლექსებიანი პაროქსიზმული ტაქიკარდიის აღმოცენებას ადგილი აქვს, თუ წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე აგზნების ტალღა ვრცელდება:1). ანტეროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით;2). ანტეროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;3). რეგროგრადულად - დამატებითი გამტარი გზით;4). რეგროგრადულად - ჰის-პურკინიეს გამტარი გზით.

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

899. ვოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის ფონზე წინაგულების თრთოლვის ან ციმციმის განვითარება ხშირად იწვევს პარაკუჭების ფიბრილაციის განვითარებას, რადგან:

- *ა) იმპულსი წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე, ატრიოვენტრიკულურ კვანძთან შედარებით უფრო სწრაფი, გამტარი გზით გარდება;
- ბ) დამატებითი გამტარ გზასთან შედარებით, იმპულსი წინაგულებიდან პარაკუჭებამდე ფიზიოლოგიური გამტარი გზით უფრო სწრაფად გარდება;
- გ) ამ სინდრომისთვის დამახასიათებელია პარაკუჭების ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაცია;
- დ) ამ სინდრომისთვის დამახასიათებელია პარაკუჭების გამრდილი ტრიგერული აქტივობა;
- ე) ამ სინდრომისთვის დამახასიათებელია პარაკუჭების მიოკარდიუმში რეენტრის მექანიზმის ამოქმედება.

900. კვანძოვანი რეენტრის მექანიზმით აღმოცენებული პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის თერაპია (ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პირობებში) მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ცლომილი ნერვის გამაღიბიანებელ პროცედურებს;
- ბ) ინტრავენურად ატრიოვენტრიკულური კვანძის ბლოკატორების (აღენობინის, დილთიაზემის, ვერაპამილის) შეყვანას;
- გ) დიგოქსინის ან პროპაფენონის ინტრავენურად შეყვანას;
- დ) კარდიოვერსიას;
- *ე) ატრიოვენტრიკულური კვანძის აბლაციას;
- ვ) დროებით ელექტროსტიმულაციას.

901. კვანძოვანი რეენტორის მექანიზმით ან ეოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის ფონზე აღმოცენებული პაროქსიმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების თერაპია (ჰემოდინამიკურად არასტაბილურ პირობებში) მოიცავს: 1). ცლომილი ნერვის გამაღმობიანებელ პროცედურებს; 2). ინგრავენურად აღენოზინის შეყვანას; 3). ინგრავენურად დილითიაზემის ან ვერაპამილის შეყვანას; 4). კარდიოვერსიას.
ა) ყველა ჩამოთვლილს;
ბ) სწორია 1, 2, 3;
*გ) სწორია 2, 4;
დ) სწორია 1, 3, 4.

902. ნოღალური რეენტორის მექანიზმით განვითარებული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის პაროქსიზმის მოხსნის შემდეგ საჭიროა: 1). ავადმყოფმა თვითონ ჩაიგაროს ცლომილი ნერვის გამაღმობიანებელი პროცედურები; 2). ხანგრძლივმოქმედი აგროვენტრიკულური ინჰიბიტორების (ვერაპამილი, დილითიაზემი, ბეგა-ბლოკატორები, დიგოქსინი) მიღება; 3). აგროვენტრიკულური კვანძის აბლაცია (განმეორებით აღმოცენებული შეტევის დროს); 4). მუდმივი კარდიოსტიმულაცია (აბლაციის დროს აგროვენტრიკულური კვანძის დაზიანების შემთხვევაში).
*ა) ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2, 3;
გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 2, 3, 4.

903. სუპრავენტრიკულური პაროქსიმული ტაქიკარდიის საუკეთესო პროფილაქტიკური საშუალებაა:
ა) აღენოზინი;
ბ) პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი);
გ) ლილოკაინი;
*დ) ვერაპამილი;
ე) ნიფედიპინი.

904. ეოლფ-პარკინსონ-უაიგის სინდრომის თერაპიისთვის უკუნაჩვენებია:
ა) ღამატებითი გზის კათეტერული აბლაცია;
ბ) ღამატებითი გამგარი გზების ქირურგიული გაკვეთა;
გ) ამიოდარონი (კორდარონი);
დ) პროპაფენონი;
*ე) დიგოქსინი;
ვ) სოტალოლი.

905. ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიური მდგომარეობებიდან პარკუტოვანი არიტმიის განვითარება ყველაზე ხშირად აღინიშნება:
*ა) გულის იშემიური დაზავალებების ფონზე;
ბ) კარდიომიოპათიების ფონზე;
გ) მეგაბოლური დარღვევების ფონზე;
დ) მედიკამენტური ინტოქსიკაციების ფონზე;
ე) Q-T ინტერვალის განხანგრძლივების ფონზე.

906. პარკუტოვანი ტაქიკარდია: 1). ჩვეულებრივ უცაბელად იწყება; 2). შეიძლება განვითარდეს თანდათანობით; 3). იხსნება ინგრავენური აღენოზინით; 4). შეიძლება გადავიდეს პარკუტების ფობრილაციაში.
ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 3, 4;
გ) სწორია 2, 3, 4;
*დ) სწორია 1, 2, 4.

907. პარკუტოვანი ტაქიკარდია: 1). უმეტეს შემთხვევაში ხასიათდება ელექტროგრამაზე პისის კონის აქტივობის არარსებობით; 2). თითქმის ყოველთვის ინდუცირდება მიოკარდიუმის პროგრამული სტიმულაციით (ამ პათოლოგიით შეპყრობილ ავადმყოფებში); 3). შეიძლება მოიხსნას წინაგულების ელექტრული სტიმულაციით; 4). შეიძლება მოიხსნას ელექტროიმპულსური თერაპიით.
*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2, 4;
გ) სწორია 1, 3, 4;
დ) სწორია 2, 3.

908. პარკუტოვანი ტაქიკარდიის კლინიკური ნიშნების ინტენსივობა განისაზღვრება: 1). პარკუტების შეკუმშვის სისძირით; 2). ტაქიკარდიის ხანგრძლივობით; 3). ფონური კარდიალური პათოლოგიის გამოხატულებით; 4). მიოკარდიუმის ფუნქციური მდგომარეობით.
*ა) ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 3, 4.

909. 56 წლის მამაკაცს, რომელიც მორეციდივე პარკუტოვანი არიტმიის სამკურნალოდ 5 თვის განმავლობაში იღებდა გარკვეულ ანტიარტემულ პრეპარატს დაეწყო: ქოშინი, ხველა და სუბფერული ტემპერატურა. გულმკერდის რენტგენოგრამაზე დიფუზური ინტერსტიციული პნემონიის სურათია. რომელ ანტიარტემულ პრეპარატს შეეძლო გამოეწვია ეს გვერდითი ეფექტი:
*ა) ამიოდარონს (კორდარონს);

- ბ) პროპრანოლოლს;
- გ) ვერაპამილს;
- დ) პროკაინამიდს (ნოვოკაინამიდს);
- ე) სოგალოლს.

910. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის პროგნოზი დამოკიდებულია:

- ა) პარკუჭების შეკუმშვის სისწრაფეზე;
- ბ) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ხანგრძლივობაზე;
- გ) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის აღმოცენებისა და კუპირების პირობებზე;
- დ) ავადმყოფის სქესზე;
- *ე) ფონური კარდიალური პათოლოგიის სიმძიმეზე.

911. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან Torsades de pointes ცნებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) იგი, ჩვეულებრივ, აღმოცენდება გახანგრძლივებული Q-T ინტერვალის ფონზე და ინდუცირდება პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლით;
- ბ) ყველაზე ხშირად ვითარდება გარკვეული ჯგუფების ანტიარითმული პრეპარატებით მკურნალობის ფონზე;
- *გ) პარკუჭოვანი ელექტროსტიმულაციით ამ არითმიის კუპირების შემდეგ პროფილაქტიკური მკურნალობა ტარდება ქინინით;
- დ) იგი, ხშირად, ასოცირებულია ბრადიკარდიასთან, განსაკუთრებით, თუ ეს უკანასკნელი გამოწვეულია აგრიოვენტრიკულური ბლოკადით;
- ე) Torsades de pointes შეიძლება გადავიდეს პარკუჭების ფიბრილაციაში.

912. Q-T ინტერვალის გახანგრძლივების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოკალიემია;
- *ბ) ჰიპერკალიემია;
- გ) ჰიპომაგნემია;
- დ) ქალასშიდა გრაფმა;
- ე) თხევადი ცილოვანი საკვების გადაჭარბებული რაოდენობით მიღება.

913. Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება შეიძლება აღინიშნოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატის მიღების ფონზე, გარდა:

- ა) ამიოდარონი;
- ბ) სოგალოლი;
- *გ) პროპრანოლოლი;
- დ) ქინინი;
- ე) მელიპრამინი (ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი).

914. Q-T ინტერვალის თანდაყოლილი გახანგრძლივების სინდრომის მკურნალობისთვის „არჩევის“ პრეპარატია:

- ა) ლილოკაინი;
- *ბ) პროპრანოლოლი (ანაპრილინი);
- გ) სოგალოლი;
- დ) ფლეკანიდი;
- ე) მორციზინი (ეგატიზინი).

915. Torsades de pointes აღსაკვეთად შეიძლება გამოვიყენოთ:1). დროებითი ელექტროსტიმულაცია; 2). მაგნიუმის სულფატი; 3). იზოპროტერენოლი; 4). ლილოკაინი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 4;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

916. დეფორმული QRS კომპლექსებიანი ტაქიკარდია შეიძლება იყოს:1). პარკუჭოვანი ტაქიკარდია;2). აბერაციით მიმდინარე პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია;3). ანტეროგრადული WPW (ანტეროგრადული იმპულსი ვრცელდება ღამბაგებითი გზით, რეტროგრადული ჰისის კონით);4). რეტროგრადული WPW (ანტეროგრადული იმპულსი ვრცელდება ჰისის კონით, რეტროგრადული ღამბაგებითი გზით).

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

917. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის კუპირების საუკეთესო საშუალებაა:

- *ა) ელექტრული კარდიოვერსია;
- ბ) ინტრავენური ლილოკაინი;
- გ) ინტრავენური პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი);
- დ) ინტრავენური ამიოდარონი (კორდარონი);
- ე) ინტრავენური ბრეტილიუმი (ორნილი).

918. პარკუჭოვანი და აბერაციით მიმდინარე პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის სადიფერენციაციოდ გამოიყენება:

- *ა) ინტრავენური ადენოზინი;
- ბ) ინტრავენური ლილოკაინი;

- გ) ინტრავენური პროკაინამიდი (ნოვოკაინამიდი);
- დ) ინტრავენური ამიოლარონი (კორდარონი);
- ე) ინტრავენური ბრეტილიუმი (ორნიდი).

919. დეფორმულ QRS კომპლექსებიანი ტაქიკარდიის შეტყვის კუპირების შემდეგ აუცილებელია:1). რიგმის ტიპის ზუსტად განსაზღვრა; 2). მარცხენა პარკუჭის ფუნქციის გამოკვლევა;3). გულის ორგანული პათოლოგიის დადგენა;4). ყველა შემთხვევაში, ხანგრძლივი ანტიარითმული თერაპიის ჩატარება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

920. პარკუჭოვანი არიტმიის თერაპიისათვის მელიკამენგის შერჩევა:1). შეიძლება ემპირიულად; 2). ემყარება ჰოლტერის მონიტორინგის შედეგებს;3). ემყარება ელექტროფიზიოლოგიური ტესტირების შედეგებს.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

921. მელიკამენგური თერაპიის უეფექტობისას პარკუჭოვანი არიტმიის სამკურნალოდ გამოიყენება:1). ელექტროფიზიოლოგიური ტესტირება; 2). ქირურგიული ჩარევა; 3). კათეტერული აბლაცია; 4). იმპლანტირებადი დეფიბრილატორი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

922. აჩქარებული პარკუჭოვანი რიტმი:1). ჩვეულებრივ, ტრანზიტორული, კეთილთვისებიანი არიტმიაა;2). ჩვეულებრივ, კლინიკურად არ ვლინდება;3). ჩვეულებრივ, აღმოცენდება მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ;4). აღმოცენდება საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციისას.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია ა, ბ;
- გ) სწორია ბ, გ;
- დ) სწორია გ, დ.

923. აჩქარებული პარკუჭოვანი რიტმი:1). შეიძლება აღმოცენდეს კარდიოქირურგიული ოპერაციების შემდეგ;2). შეიძლება აღმოცენდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ;3). შეიძლება აღმოცენდეს რევმატიული შეტყვის ფონზე;4). ჩვეულებრივ, საჭიროებს აგრესიული ანტიარითმული თერაპიის ჩატარებას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

924. პარკუჭების თრთოლვა და ფიბრილაცია ყველაზე ხშირად ვითარდება:

- ა) Q-T ინტერვალის გამახანგრძლივებელი ანტიარითმული პრეპარატების თერაპიის ფონზე;
- *ბ) გულის იშემიური დაზავლების ფონზე;
- გ) ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომის ფონზე;
- დ) ელექტროგრაფების შედეგად;
- ე) კარდიოლოგიური ოპერაციების შემდეგ.

925. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ან იშემიის ფონზე განვითარებულ პარკუჭების ფიბრილაციას, ჩვეულებრივ, წინ უძღვის:

- ა) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ეპიზოდი;
- ბ) ჯგუფური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- გ) პოლიტოპური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- *დ) ნაადრევი (R-T-ზე) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლა;
- ე) Torsades de Pointes.

926. ელექტროიმპულსური თერაპია ეფექტურია შემდეგი მექანიზმით აღმოცენებული არიტმიების კუპირებისთვის:1). რენთრი; 2). ტრიგერული აქტივობა; 3). ნორმალური ავტომატიზმის სტიმულაცია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

927. ჰიპოტენზიით, მიოკარდიუმის იშემიით ან გულის უკმარისობით მიმდინარე ყველა არიტმია საჭიროებს შეძლებისდაგვარად სწრაფ ელექტროიმპულსურ თერაპიას, გარდა:

- *ა) სინუსური ტაქიკარდიისა;
- ბ) პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიისა;
- გ) აბერაციით მიმდინარე პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიისა;

- დ) პარკუჭოვანი ტაქიკარდიისა;
- ე) პარკუჭების ფიბრილაციისა.

უეცარი სიკვდილი და კარდიოვასკულური რეანიმაცია

928. უეცარ სიკვდილთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). გერმინ "უეცარი სიკვდილის" ქვეშ იგულისხმება მოულოდნელად და უეცრად განვითარებული სიკვდილი;2). გერმინ "უეცარი სიკვდილის" ქვეშ იგულისხმება გარკვეული კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებიდან 1 საათში განვითარებული სიკვდილი;3). უეცარი სიკვდილი და უეცარი გულ-სისხლძარღვოვანი კოლაფსი ილენგური ცნებებია;4). უეცარი სიკვდილის დროს მხოლოდ რამდენიმე წუთია საკმარისი თავის გვინში შეუქცევადი პათოლოგიური პროცესების განვითარებისათვის.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

929. უეცარი სიკვდილის მიზეზს შეიძლება წარმოადგენს:1). გულის რიგმის დარღვევა;2). გულის დარღვევითი მოცულობის მკვეთრად შემცირება - სისხლის მიმოქცევის მნიშვნელოვანი მექანიკური ხელისშემშლელი ფაქტორების არსებობის გამო (მაგ. გულის ტამპონადა);3). გულის, როგორც გუმბოს ფუნქციის უეცრად დარღვევა (მაგ. მიოკარდიუმის ინფარქტის, აორტის მკვეთრი სგენოზის დროს);4). ვაზოდეპრესორული რეფლექსების მკვეთრად გააქტივება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 3.

930. უეცარ სიკვდილთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). უეცარი სიკვდილი კორონარული ათეროსკლეროზის ხშირი გართულებაა;2). უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს კორონარული არტერიების მწვავე თხსტრუქცია;3). კორონარების მწვავე თხსტრუქციის მიზეზი ყოველთვის თრომბოზია;4). კორონარების თხსტრუქციის მიზეზი შეიძლება იყოს როგორც თრომბოზი, ასევე ათეროსკლეროზული ფოლაქის დაშლაც.

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

931. უეცარ სიკვდილთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). უეცარი სიკვდილის ერთ-ერთ მიზეზს წარმოადგენს მიოკარდიუმის ელექტროფიზიოლოგიური არასტაბილობა;2). ინფარქტის გადაგანის შემდეგ მიოკარდიუმში ელექტროფიზიოლოგიურად არასტაბილურ მდგომარეობაში შეიძლება განუსაზღვრელად დიდხანს იმყოფებოდეს;3). უეცარ სიკვდილი ყოველთვის კლინიკურად გამოვლენილი გულის იშემიური დაავადების ფონზე ვითარდება;4). უეცარი სიკვდილის ალბათობა იზრდება გულის უკმარისობის ან პარკუჭების გაზრდილი ექტოპიური აქტივობის ფონზე.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

932. უეცარი სიკვდილის რისკი იზრდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი არიგმიის განვითარებისას, გარდა:

- ა) ბიგემინური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- ბ) ნაადრევი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია (RT-ზე კომპლექსები);
- გ) ენდ-ლიასტოლური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- დ) მულტიფოკალური, ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- *ე) ერთეული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- ვ) ჯგუფური, პოლიტოპური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია.

933. პარკუჭოვან ექსტრასისტოლურ არიგმიასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია შეიძლება წარმოადგენდეს პარკუჭთა ფიბრილაციის წინაპირობას;2). პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც დამოუკიდებელი მოვლენა, განპირობებული ფიბრილაციის მსგავსი ან მისგან განსხვავებული ელექტროფიზიოლოგიური მექანიზმებით;3). მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე აღმოცენებული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია არ ბრდის უეცარი სიკვდილის განვითარების რისკს;4). პარკუჭების ფიბრილაცია ყოველთვის მოულოდნელად ვითარდება და მას წინ არ უსწრებს პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლების სიხშირისა და ხასიათის შეცვლა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 1, 4.

934. უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი არიგმია, გარდა:

- ა) პარკუჭების ფიბრილაცია;
- ბ) პარკუჭოვანი ტაქიკარდია;
- გ) მძიმე ბრადაიარგმიები;
- დ) მკვეთრი ბრადიკარდია;
- ე) ასისტოლია;
- *ვ) სინუსური ტაქიკარდია.

935. უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს:1). ფილტვის არტერიის მასიური თრომბოემბოლია; 2). გულის ტამპონადა;3). მიოკარდიუმის ინფარქტი (მხოლოდ რუპტურის შემთხვევაში);4). მკვეთრად გამოხატული აორტული სტენოზი.

- ა) სწორია ყველა პასუხი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

936. უეცარ სიკვდილთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: ეამოლეპრესორული რეფლექსების აქტივაცია1). იწვევს არტერიული წნევის მოულოდნელად შემცირებას;2). იწვევს მკვეთრ ტაქისისტოლიას;3). აღინიშნება ფილტვის სისხლძარღვების თრომბოზის ან ფილტვის პირველადი ჰიპერტენზიის შემთხვევაში;4). შეიძლება აღინიშნოს კაროტიდული სინუსის გაზრდილი მგრძობიანობის დროს

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

937. უეცარი სიკვდილის განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერქოლესტეროლემია;
- ბ) ჰიპერგლიკემია;
- გ) ჰიპერტენზია;
- დ) ნიგოკინი;
- ე) ემოციური სტრესი;
- ვ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;
- *ზ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;
- თ) სხეულის ჭარბი წონა.

938. ნიკოტინთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). უეცარი სიკვდილის სიხშირე არამწველებთან შედარებით მეტია მწვევლებში;2). მწვევლებში აღინიშნება კარბოქსიჰემოგლობინის სინთეზის შემცირება, რაც აფერხებს ეანგბადის გაღატანას ქსოვილებამდე - ეს კი ბრლის უეცარი სიკვდილისადმი განწყობას;3). მწვევლებში, უეცარი სიკვდილისადმი განწყობა შეუქცევადი პროცესია და მისი უკუგანვითარება სიგარეტისთვის თავის ღანებების შემდეგაც არ ხდება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

939. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების დროს ვითარდება ყველაზე იშვიათად უეცარი სიკვდილი:

- ა) ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი;
- ბ) აორტის ხერელის სტენოზი;
- გ) კარდიომიოპათიები;
- *დ) მიგრალური სარქველის პროლაფსი;
- ე) ჰემორაგიული ინსულტი;
- ვ) მიოკარდიტი.

940. მოდიფიცირებული დიეტური პროგრამა:1). შეიძლება გახდეს უეცარი სიკვდილის განვითარების მიზეზი;2). მიზნად ისახავს ცილებისა და სითხეების გამოყენებით ჭარბი წონის დაკლება;3). მიოკარდიუმში იწვევს კახექსიისათვის დამახასიათებელი მორფოლოგიური ცვლილებების განვითარებას;4). იწვევს Q-T ინტერვალის შემცირებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

941. უეცარ სიკვდილთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს აგრიოვენტრიკულური კვანძის პირველადი დეგენერაცია;2). აგრიოვენტრიკულური კვანძის პირველადი დეგენერაცია ყოველთვის ვლანდება ზემოთ აღნიშნულ კვანძში კალციუმის ან ხრტილოვანი ქსოვილის ჩალაგებით;3). აგრიოვენტრიკულური კვანძის პირველადი დეგენერაცია ყოველთვის დაკავშირებულია კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზთან.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 1;
- ე) სწორია 2.

942. უეცარი სიკვდილის რისკი მაღალია იმ პაციენტებში, რომელთაც ინფარქტის გაღატანიდან 6 თვის განმავლობაში აღინიშნება:1). ფიბიკური დატვირთვისას - ნაადრევი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები;2). ფიბიკური დატვირთვისას-მულტიფოკალური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები;3). მოსვენებით მდგომარეობაში - ნაადრევი ან მულტიფოკალური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები;4). გამომხტარი პარკუჭოვანი შეკუმშვები - როგორც ფიბიკური დატვირთვისას, ასევე მოსვენებულ მდგომარეობაში.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

943. მიოკარდიუმის ინფარქტის გადაგზიდან 6 თვის განმავლობაში მაღალი გრადაციის პარკუტოვანი ექსტრასისტოლების არსებობა უეცარი სიკვდილის ალბათობას განსაკუთრებით ზრდის:1). მარცხენა პარკუტის მკვეთრი დისფუნქციის ფონზე;2). მარცხენა პარკუტის შიპერტროფიის ფონზე; 3). გულის უკმარისობის ფონზე.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

944. მწვევლებში უეცარი სიკვდილის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია:1). სისხლში ცირკულირებადი კატექოლამინების ღონის მომატება;2). სისხლში ცირკულირებადი კატექოლამინების ღონის შემცირება;3). სისხლში ცხიმოვანი მჟავების ღონის მომატება;4). სისხლში ცხიმოვანი მჟავების ღონის შემცირება.

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

945. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ფონზე უეცარი სიკვდილის განვითარების რისკ-ფაქტორებია:1). დიდი ზომის ნეკროზული უბანი; 2). პარკუტების მკვეთრად გამოხატული დისფუნქცია;3). წინაგულოვანი ექსტრასისტოლური არიტმია;4). მაღალი გრადაციის პარკუტოვანი ექსტრასისტოლები.

- ა) Q-T ინტერვალის შემცირება;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 4, 5;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

946. გულის იშემიური დაზარების ფონზე განვითარებული უეცარი სიკვდილის უბშირესი მიზეზია:

- ა) მაღალი გრადაციის პარკუტოვანი ექსტრასისტოლები;
- ბ) პარკუტოვანი ტაქიკარდია;
- *გ) პარკუტების ფიბრილაცია;
- დ) პარკუტების ასისტოლია;
- ე) ელექტრომექანიკური დისოციაცია.

947. უეცარი სიკვდილის დიდი რისკი აღინიშნება შემდეგი ნევროლოგიური პათოლოგიების დროს:1). სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა; 2). თავის ტვინის ღეროს დაზიანება;3). შიდაქალის წნევის უეცარი ცვლილება; 4). თავის ტვინის ტრანზიტორული იშემია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

948. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს:1). აღრეულ სტადიაზე - უპირატესად რე-ენტრის მექანიზმით განვითარებული პარკუტოვანი არიტმიები;2). აღრეულ სტადიაზე - უპირატესად ავტომატიზმის დარღვევით გამოწვეული პარკუტოვანი არიტმიები;3). გვიან სტადიაზე - უპირატესად რე-ენტრის მექანიზმით გამოწვეული პარკუტოვანი არიტმიები;4). გვიან სტადიაზე - უპირატესად ავტომატიზმის დარღვევით გამოწვეული პარკუტოვანი არიტმიები.

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

949. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). გულის ავტომატიზმის გაზრდაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს რეგიონალური ადრენერგული სტიმულაციის გაძლიერება;2). გულის ავტომატიზმის გაზრდაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს რეგიონალური პარასიმპათიკური სტიმულაციის გაძლიერება;3). მომატებული სიმპათიკური აქტივაციის ფონზე გამოვლენილი პარკუტოვანი არიტმიების სამკურნალოდ მიზანშეწონილია ბეტა-ბლოკატორების გამოყენება;4). მომატებული სიმპათიკური აქტივაციის ფონზე გამოვლენილი პარკუტოვანი არიტმიების სამკურნალოდ მიზანშეწონილია ლილოკაინის გამოყენება.

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

950. მიოკარდიუმის იშემიის არსებობისას პარკუტების ფიბრილაციის აღმოცენებისთვის ფონს ქმნის:1). მიოკარდიუმში წყალბადის იონების ლოკალურად დაგროვება;2). მიოკარდში უჯრედშილა და უჯრედგარე კალიუმის იონებს შორის ნორმალური თანაფარდობის დარღვევა;3). რეგიონალური ადრენერგული სტიმულაციის გაძლიერება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

951. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პარკუჭების ფიბრილაციის მიზეზს ხშირად შეიძლება წარმოადგენდეს ერველ-ლანგე-ნილსონის სინდრომი (Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება, მთოკარდიუმის ელექტროფიზიოლოგიური არასტაბილურობა, სიყრუე);2). ერველ-ლანგე-ნილსონის სინდრომისთვის დამახასიათებელი სიყრუის მიზეზს სმენის აპარატში არსებული პათოლოგიური ცვლილებები წარმოადგენს;3). პარკუჭების ფიბრილაციის მიზეზს, ზოგჯერ, რომანო-უორლის სინდრომი წარმოადგენს (Q-T ინტერვალის გახანგრძლივება, მთოკარდიუმის ელექტროფიზიოლოგიური არასტაბილურობა);4). ორივე შემთხვევაში აღნიშნული სინდრომი აუტოსომურ-რეცესიული პათოლოგიაა.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 3.

952. უეცარი სიკვდილის მიზეზს შეიძლება წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგია, გარდა:

ა) სინუსის ან ატრიო-ვენტრიკულური კვანძის მახლობლად ფიბრომატოზული ან ანთებითი პროცესი;

ბ) დერილისებური კუნთის უეცარი გაგლეჯა;

გ) პარკუჭთაშუა ძგილის უეცარი გაგლეჯა;

*დ) მწვავე ფიბროზული პერიკარდიტი;

ე) მწვავე მთოკარდიტი;

ვ) მთოკარდიუმში მაგნიუმის იონების ლეფიციტი;

ზ) მთოკარდიუმში კალიუმის იონების ლეფიციტი.

953. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პარკუჭების ფიბრილაცია - ქაოსური პარკუჭოვანი რიტმი;2). ფიბრილაციის დროს პარკუჭების დეპოლარიზაციის პროცესი მკვეთრად დარღვეულია;3). ფიბრილაციის დროს ჯერ კიდევ შესაძლებელია პერიფერიული პულსის პალპაცია;4). ფიბრილაციის დროს შეუძლებელია არტერიული წნევის გასინჯვა.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 1, 4.

954. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დროს აღინიშნება:1). სინკოპე; 2). გულის ფრიალის შეგრძნება; 3). ტკივილი გულის არეში;4). სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში შეგუბებითი მოვლენების განვითარება.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4.

955. პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დროს ეკგ-ზე აღინიშნება:1). რეგულარული ტაქიკარდიული რიტმი;2). არარეგულარული ტაქიკარდიული რიტმი;3). გაფართოებული QRS კომპლექსები; 4). ნორმალური QRS კომპლექსები.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

956. უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკასა და მკურნალობასთან მიმართებაში მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

ა) უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკა და მკურნალობა მიზნად ისახავს რისკ-ფაქტორების კორექტირებას;

ბ) უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკის მიზნით ძალზე მნიშვნელოვანია კარდიალური რიტმის კორექტირება;

*გ) რიტმის კორექტირება ხდება მხოლოდ მედიკამენტურად;

დ) რიტმის კორექტირება შესაძლებელია იმპლანტირებადი ლეფიბრილაციით;

ე) ინტრაკარდიალური ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევა მკურნალობისადმი რეფრაქტორული პაციენტების იდენტიფიკაციის საშუალებას იძლევა.

957. უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკა და მკურნალობა შესაძლებელია:1). კორდარონით; 2). კალციუმის ანტაგონისტებით; 3). ქირურგიული მეთოდით;4). იმპლანტირებადი ავტომატური ლეფიბრილაციით.

ა) სწორია 1, 2;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4;

ე) სწორია 1, 2, 3.

958. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) კორდარონი ძლიერი ანტიფიბრილაციური მოქმედების პრეპარატია;

*ბ) კორდარონი სწრაფად მოქმედი პრეპარატია;

გ) კორდარონი ძლიერ ტოქსიური პრეპარატია;

დ) კორდარონის გოქსიურობა შეიძლება გამოვლინდეს პრეპარატის როგორც ქრონიკულად, ასევე ერთჯერადად გამოყენებისას.

959. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

*ა) უეცარი სიკვდილის საშიშროების არსებობისას პროფილაქტიკის მიზნით ანგარიშგებული პრეპარატების დანიშვნა არ არის

მიზანშეწონილი;

ბ) უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებულმა პრეპარატმა მიოკარდიუმის ექტოპიური აქტივობა 24 საათის განმავლობაში მინიმუმ 80%-ით უნდა დათრგუნოს;

გ) უეცარი სიკვდილის პათოგენეზის შესახებ არასრულყოფილი ცოდნა ართულებს რაციონალური ანტიარტიკული პრეპარატის შერჩევის პროცესს;

დ) არტიკულების რთული მექანიზმებიდან გამომდინარე, ხშირად საჭიროა ერთდროულად რამდენიმე პრეპარატის დანიშვნა;

ე) მოცემული პრეპარატით, ექტოპიური აქტივობის დოკუმენტურად დადასტურებული დათრგუნვა არ გამოირიცხავს უეცარი სიკვდილის რეციდივების შესაძლებლობას.

960. პოსტინფარქტულ პერიოდში უეცარი სიკვდილის განვითარების ალბათობას ამცირებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი, გარდა:

ა) ნოვოკაინამიდი;

ბ) დიზოპირამიდი;

გ) კორდარონი;

*დ) ვერაპამიდი;

ე) პროპრანოლოლი.

961. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: იმპლანტირებადი დეფიბრილატორი:

ა) გამოიყენება იმ პაციენტებში, რომელთაც პარკუტოვანი ტაქიკარდიის ფონზე აღენიშნებათ ჰემოდინამიკური არასტაბილობა;

ბ) გამოიყენება იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ მორეციდივე პარკუტების ფიბრილაცია;

გ) გამოიყენება იმ პაციენტებში, რომლებსთვისაც უკუნაჩვენებია ქირურგიული მეთოდით მკურნალობა;

დ) შეიცავს არტიკულების ავტომატურად ამოცნობის სისტემას;

*ე) იძლევა 100%-იან შედეგს.

962. ელექტრულ დეფიბრილაციასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

ა) ელექტრული დეფიბრილაცია პარკუტების ფიბრილაციის კუპირების ძირითადი და ყველაზე ეფექტური მეთოდია;

ბ) დეფიბრილაციის ჩატარებისას დეფიბრილატორის ელექტროდები მჭიდროდ უნდა ეკვროდნენ სხეულს;

*გ) დეფიბრილაციის ჩატარებისთვის საჭიროა დაველოდოთ დეფიბრილაციის ელექტრული მოთხოვნილების გაზრდას (რაც მიიღწევა პარკუტების ფიბრილაციის გახანგრძლივებით);

დ) დეფიბრილაცია ეფექტურია იმ არტიკულების კუპირებისათვის, რომელთაც საფუძვლად უდევს რე-ენტრის მექანიზმი.

963. ასისგოლის ფონზე განვითარებული კოლაფსის სამკურნალოდ გამოიყენება: 1). მხოლოდ, გრანსტორაკალური ელექტრული სტიმულაცია; 2). მხოლოდ ინტრავენური ელექტრული სტიმულაცია; 3). გრანსტორაკალური ან ინტრავენური ელექტრული სტიმულაცია; 4). მიოკარდიუმში აღრენალინის შეყვანა.

ა) სწორია 1, 4;

ბ) სწორია 2, 4;

*გ) სწორია 3, 4.

964. ინტრაკარდიულად აღრენალინის შეყვანა: 1). საჭიროა 5-10 მლ-ის ოდენობით (1:10000 განზავებით); 2). იწვევს ელექტრულ სტიმულაციამდე მიოკარდიუმის რეაგირების უნარის გაზრდას; 3). იწვევს გულში ჯერ კიდევ არსებული აგზნების არაეფექტური კერების გააქტივებას; 4). იწვევს მოგრძო გინის სისხლძარღვოვანი ცენტრის გააქტივებას.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 4.

965. ასისგოლის თერაპიის პირველადი ღონისძიებების არაეფექტურობის შემთხვევაში, საჭიროა: 1). გულის გარეგანი ხელოვნური მასაჟის ჩატარება; 2). მქავა-გუტოვანი ბალანსის კორექცირება; 3). ელექტროლიტური დისბალანსის განსაზღვრა და მისი კორექცირება.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

966. გულის გარეგანი მასაჟთან მიმარტებაში მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მითითება, გარდა:

ა) საჭიროა ავადმყოფი ღვაწივით მუდგმე რაიმე მაგარ მელაპირმზე;

ბ) საჭიროა უმრუნველყოფილ იქნას სასუნთქი გზების გამავლობა;

გ) ოპერატორის ერთი ხელისგული უნდა მოთავსდეს გულმკერდის შუა, ქვემო ნაწილში (მახვილისებრი მორჩიდან 2 სმ-ით მემოთ), ხოლო მეორე - პირველ მტევანზე მემოდან;

დ) გულ-მკერდზე მწვოლა უნდა მოხდეს 1 მწვოლა/წმ-ში სიჩქარით და ამასთან გულ-მკერდმა 3-5 სმ-ით უნდა დაიწიოს;

ე) რეანიმატოლოგის ხელები იდაყვის სახსარში გამართული უნდა იყოს;

*ე) პერიოდულად, 5-10წმ-ით საჭიროა მასაჟის შეწყვეტა, რათა გაგარკვიოთ დაიწყო თუ არა გულმა მუშაობა.

967. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულება, გარდა:

ა) გულის ხელოვნური მასაჟის დროს აუცილებელია უმრუნველყოფილ იქნას სასუნთქი გზების თავისუფალი გამავლობა;

ბ) სასუნთქი გზების თავისუფალი გამავლობის უმრუნველყოფად საჭიროა პაციენტის თავი გადახზაროთ უკან, ცალი ხელით ღვაწივით მუხლზე, მეორე ხელით კი ქვედა ყბა წინ გამოვწიოთ;

გ) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია უნდა ტარდებოდეს გულის მთელი ხელოვნური მასაჟის განმავლობაში;

*დ) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია და გულის გარეგანი მასაჟი უნდა ტარდებოდეს 1:1 სიხშირით;

ე) ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის უეფექტობისას საჭიროა ტრაქეის ინტუბაციის ჩატარება.

968. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დროს:1). საჭიროა განისაზღვროს სისხლში აირების შემცველობა და მათი პარციალური წნევები;2). ტრაქეის ინტუბაციის საჭიროება განისაზღვრება სისხლში აირების პარციალური წნევის მნიშვნელობებით;3). აირების პარციალური წნევა უნდა განისაზღვროს არტერიულ სისხლში;4). აირების პარციალური წნევა უნდა განისაზღვროს ვენურ სისხლში.

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

969. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). გულის ელექტრომექანიკური დისოციაცია - ეს არის ასისგოლის ფონზე პერიოდულად განვითარებული ორგანიზებული ელექტროკარდიოგრაფიული აქტივობა, რომელსაც არ მოყვება გულის ეფექტური შეკუმშვა;2). ელექტრომექანიკური დისოციაციის დროს, გულის მექანიკური ფუნქციის აღსადგენად, საჭიროა ინტრაკარდიალურად -10 მლ ადრენალინის შეყვანა (1:10000 განზავებით);3). ელექტრომექანიკური დისოციაციის განვითარებისას გულის მექანიკური ფუნქციის აღსადგენად საჭიროა ინტრაკარდიალურად 1%-1მლ მებაგონის შეყვანა;4). ელექტრომექანიკური დისოციაციის განვითარებისას გულის მექანიკური ფუნქციის აღსადგენად საჭიროა ინტრაკარდიალურად 1 გ კალციუმის გლუკონატის შეყვანა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 2.

970. გულის გარეგანი ხელოვნური მასაჟის გართულებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰემოპერიკარდი;
- ბ) გულის გამპონადა;
- გ) ჰემოთორაქსი ან პნევმოთორაქსი;
- დ) ნეკნის მოგეხილობა;
- ე) დეიდლის დაზიანება;
- *ვ) კუჭიდან სისხლდენა;
- ზ) ელენთის გახეთქვა;
- თ) ცხიმოვანი ემბოლია.

971. იმპლანტირებადი ავტომატური დეფიბრილატორის გვერდითი ეფექტებია:1). არამდგრადი პარაკუტოვანი არიგმიების ფონზე ასინქრონული იმპულსების გამოშვება;2). აპარატის განმუხტვების დროს უსიამოვნო შეგრძნებების განვითარება;3). სრული განივი ბლოკადის განვითარება.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

972. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). პარაკუტოვანი ტაქიკარდიების მკურნალობა შესაძლებელია ქირურგიული გზით;2). თაქსისის წინ აუცილებელია ტაქიკარდიის ხელოვნურად ინდუცირება და კარგირების გზით ტაქიკარდიის წყაროს ლოკალიზაციის დადგენა;3). თაქსისის გულისხმობს სუბენდოკარდიულ რეპერქციას და ვენტრიკულოტომიას;4). კარგირების წყალობით შესაძლებელია არიგმიების შესაძლო რეციდივების აღბათობის განსაზღვრა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

973. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ფონზე განვითარებული პარაკუტების ფიბრილაციის წყაროს ლოკალიზაციის დადგენა ხდება კარგირების გზით;2). ფიბრილაციის წყარო, ხშირად, ლოკალიზებულია ნაწიბურში;3). ფიბრილაციის წყარო, ხშირად, ლოკალიზებულია ინტაქტურ ქსოვილში, ნაწიბურთან ახლოს;4). ფიბრილაციის წყარო, უმეტესად, ეპიკარდთანაა ლოკალიზებული;5). ფიბრილაციის წყარო, უმეტესად, ენდოკარდთანაა ლოკალიზებული.

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

974. თანამედროვე შეხედულებით პარაკუტების ფიბრილაციის კუპირების სქემა უნდა მოიცავდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ქმედებას, გარდა:

- ა) 360 გ-იან - სამჯერად დეფიბრილაციას (რასაც "მარყუქს" უწოდებენ);
- ბ) "მარყუქებს" შორის ეპინეფრინის (ადრენალინის) შეყვანას (1,0 ინტრავენურად);
- გ) ეპინეფრინის ინექციის შემდეგ კომპრესია - ვენტილაციის 10 პროცენტის ჩატარებას (5:1 სიხშირით);
- *დ) ნაგრიუმის ბიკარბონატის შეყვანას.

975. დეფიბრილაციის დროს:1). ყველა შემთხვევაში აუცილებელია ორგანიზმში ნაგრიუმის ბიკარბონატის შეყვანა;2). ნაგრიუმის ბიკარბონატის გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ხელოვნურ სუნთქვაზე იმყოფებიან;3). ნაგრიუმის ბიკარბონატისგან წარმოქმნილი CO₂ იწვევს უჯრედშია აცილოზის განვითარებას;4). ნაგრიუმის ბიკარბონატისგან წარმოქმნილი CO₂ იწვევს უჯრედშია ალკალოზის განვითარებას.

- ა) სწორია 1, 3;

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

976. თანამედროვე შეხედულებებით, ასისტოლის მკურნალობისას (როდესაც ეჭვი გვაქვს, რომ ასისტოლის მიზეზი პარკუჭების ფიბრილაციაა) მართებულია შემდეგი ქმედებები:1). სამჯერადი ლეფობრილაცია (360 გ.); 2). ინტრავენურად 1,0 ეპინეფრინის (ადრენალინის) შეყვანა;3). ლეფობრილაციებს შორის კომპრესია - ვენტილაციის 10 პროცენტურის ჩატარება (5:1 სისხშირით);4). აგროპინის მრავალჯერადად შეყვანა.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

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

977. ელექტრომექანიკური დისოციაციის მკურნალობის თანამედროვე სქემა მოიცავს:1). სამჯერად ლეფობრილაციას (360 გ.); 2). 1,0 ეპინეფრინის (ადრენალინის) ინტრავენურად შეყვანას;3). კომპრესია - ვენტილაციის 10 პროცენტურის ჩატარებას (5:1 სისხშირით);4). აგროპინის ინტრავენურად შეყვანას.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

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

978. ელექტრომექანიკური დისოციაციის მკურნალობისას კალციუმის ქლორიდს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება:1). ჰიპერკალემიის შემთხვევაში; 2). ჰიპოკალემიის შემთხვევაში; 3). ჰიპოკალემიის შემთხვევაში;4). კალციუმის ანტაგონისტების დოზის გაღატარების შემთხვევაში.

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

979. კარდიოვასკულური რეანიმაციური ღონისძიების წარმატებით ჩატარების შემდეგ, 36-48 სთ-ის განმავლობაში ავადმყოფს პროფილაქტიკის მიზნით უტარდება ანტიარითმიული თერაპია:1). ლილოკაინით; 2). პროკაინამილით; 3). ამიოდარონით;4). პროპრანოლოლით.

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

980. ხანგრძლივი, ემპირიული ანტიარითმიული თერაპიისათვის გამოიყენება:1). ლილოკაინი; 2). ლილოკაინი; 3). ამიოდარონი; 4). ბეგა-ბლოკატორი.

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

გულის უკმარისობა

981. გულის უკმარისობა:1). შეიძლება განისაზღვროს, როგორც გულის ფუნქციის დარღვევა, როდესაც გული ვეღარ ახერხებს ქსოვილების საჭირო რაოდენობით სისხლით მომარაგებას;2). ყოველთვის განპირობებულია კარდიალური პათოლოგიებით;3). შეიძლება განპირობებული იყოს ექსტრაკარდიალური პათოლოგიებითაც;4). მოგჯერ გარდამავალი ხასიათისაა და ელინდება მხოლოდ სხვადასხვა დამამძიმებელი ფაქტორის ბეგავენით (ემოციური სტრესი, ფიზიკური გადაძაბვა, ინფექცია და სხვ).

- ა) მხოლოდ 1, 2, 4;
- *ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 3.

982. გულის წუთმოცულობა დამოკიდებულია:1). გულის შეკუმშვათა სისხირზე; 2). გულის კუმშვალობაზე;3). გულის პრედაგვირთვაზე; 4). გულის პოსტდაგვირთვაზე.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 2, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

983. ჯანმრთელ ადამიანში გულის სისტოლური მოცულობის გაზრდას, ძირითადად, განაპირობებს:1).პრედაგვირთვის გაზრდა; 2). გულის კუმშვალობის გაზრდა;3). პოსტდაგვირთვის გაზრდა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;

- *დ) სწორია 1;
- ე) სწორია 3.

984. ნორმაში გულის წუთმოცულობა:

- ა) 1-2,5 (ლ/წთ. 1 კვადრატულ მეტრზე);
- *ბ) 2,5-3,8 (ლ/წთ. 1 კვადრატულ მეტრზე);
- გ) 3,8-4,5 (ლ/წთ.-1 კვადრატულ მეტრზე);
- დ) 4,5-5,5 (ლ/წთ.-1 კვადრატულ მეტრზე);
- ე) 5,5-6,5 (ლ/წთ.-1 კვადრატულ მეტრზე).

985. გულის სისტოლური მოცულობის გაზრდას იწვევს:1). პრედაგვირთვის გაზრდა; 2). პოსტდაგვირთვის გაზრდა;3). გულის კუმშვადობის დაქვეითება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 1;
- ე) სწორია 2.

986. გულის კუმშვადობის გაზრდას იწვევს:1). სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივება;2). პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივება;3). სისხლში ცირკულირებადი კატექოლამინების კონცენტრაციის მომატება;4). სხვადასხვა პათოფიზიოლოგიური ფაქტორები (მძიმე ჰიპოქსია, ჰიპერკაპნია, აციდოზი).

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

987. გულის პრედაგვირთვაზე გავლენას ახდენს:1). გულთან მიდინებული ვენური სისხლის მოცულობა;2). პერიფერიული რემისტენცია;3). წინაგულების შეკუმშვის ძალა და სინქრონულობა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

988. გულის პოსტდაგვირთვა ყველაზე მეტად დამოკიდებულია:1). გულთან მიდინებული ვენური სისხლის მოცულობაზე;2). მიოკარდიუმის ელასტიურობაზე; 3). აორტაში სისხლის წნევაზე.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

989. აორტაში სისხლის წნევა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული:1). აორტის კედლის ელასტიურობაზე;2). სისხლძარღვთა პერიფერიულ რემისტენციაზე;3). არტერიებში მოცირკულირე სისხლის მოცულობაზე.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

990. სისხლის მოცულობითი გადანაწილება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) სხეულის მდებარეობაზე;
- ბ) გულ-მკერდის შიგნით წნევაზე;
- გ) ჩონჩხის კუნთების მდგომარეობაზე;
- დ) პერიკარდიუმის ღრუში არსებულ წნევაზე;
- *ე) არტერიების ტონუსზე;
- ვ) ვენების ტონუსზე.

991. მიოკარდიოციტებში ენერჯის ძირითად წყაროს წარმოადგენს:1). კრეატინფოსფატი; 2). ალენოზინმონოფოსფატი;3). ალენოზინდიფოსფატი; 4). ალენოზინტრიფოსფატი.

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

992. გულის უკმარისობის მიზეზს შეიძლება წარმოადგენდეს:1). გულის კუნთის კუმშვადობის ფუნქციის დარღვევა;2). გულის ღრუების ავსების წნევის პათოლოგიური გაზრდა;3). ექსტრამიოკარდიული პათოლოგიური პროცესების ინტაქტურ გულზე ხანგრძლივი, გადაჭარბებული ზემოქმედება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

993. გულის უკმარისობით გართულებული რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების დროს აღინიშნება, ძირითადად, სისტოლური მოცულობის გაზრდა:1). ჰიპერთირეოზი; 2). გულის იშემიური დაავადება; 3). კარდიომიოპათიები; 4). ბერი-ბერი.

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

994. გულის უკმარისობით გართულებული რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების დროს აღინიშნება, ძირითადად, სისტოლური მოცულობის შემცირება:1). არტერიული ჰიპერტენზია; 2). ანემია;3). ექსულაციური პერიკარდიტი.

- ა) ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

995. გულის სისტოლური უკმარისობისას აღინიშნება:1). მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება; 2). დარტყვითი მოცულობის შემცირება;3). პარკუჭთა დიასტოლური წნევის გაზრდა; 4). პარკუჭების დილატაცია.

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

996. გულის დიასტოლური უკმარისობისას აღინიშნება:1). პარკუჭთა კედლების არასრული რელაქსაცია;2). პარკუჭთა დიასტოლური წნევის გაზრდა;3) მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება;4). პარკუჭთა ნორმალური მოცულობის შენარჩუნება.

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

997. გულის ექსცენტრული ჰიპერტროფიისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ძირითადად, გულის კუნთის მასის გაზრდა;
- ბ) ძირითადად, გულის ღრუების დილატაცია;
- *გ) ერთდროულად, გულის კუნთის მასის გაზრდა და მისი ღრუების დილატაცია;
- დ) მხოლოდ, სისტოლური უკმარისობის განვითარება;
- ე) მხოლოდ, დიასტოლური უკმარისობის განვითარება.

998. გულის კონცენტრული ჰიპერტროფიისთვის დამახასიათებელია:

- *ა) ძირითადად, გულის კუნთის მასის გაზრდა;
- ბ) ძირითადად, გულის ღრუების დილატაცია;
- გ) ერთდროულად, გულის კუნთის მასის გაზრდა და მისი ღრუების დილატაცია;
- დ) მხოლოდ, სისტოლური უკმარისობის განვითარება;
- ე) მხოლოდ, მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის განვითარება.

999. გულის კუნთის რომელი ტიპის ჰიპერტროფიისთვის არის დამახასიათებელი პარკუჭის კედლის სისქის, მისი ღრუს მოცულობასთან შეფარდების მუდმივობის შენარჩუნება:

- *ა) ექსცენტრული ჰიპერტროფიისთვის;
- ბ) კონცენტრული ჰიპერტროფიისთვის;
- გ) ორივე ტიპის ჰიპერტროფიისთვის;
- დ) არცერთი ტიპის ჰიპერტროფიისთვის.

1000. რომელი ტიპის გულის უკმარისობის ნიშნები შეიძლება იყოს გამოხატული მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიისა და დილატაციის შერწყმისას:

- ა) სისტოლური;
- ბ) დიასტოლური;
- *გ) ორივე ტიპის;
- დ) არცერთი ტიპის.

1001. გულის მძიმე ქრონიკული უკმარისობისას მიოკარდიუმში:1). ბეგა-ადრენორეცეპტორების რაოდენობა იმატებს;2). ბეგა-ადრენორეცეპტორების რაოდენობა იკლებს;3). ცამფ-ის შემცველობა იმატებს; 4). ცამფ-ის შემცველობა იკლებს.

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

1002. გულის უკმარისობის განვითარებისას თირკმლების პერფუზიის გაუარესების მიზეზია:1). მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება;2). სიმპათო-ადრენალური სისტემის გააქტივება;3). ბრალიკინინ-კალიკრინის სისტემის გააქტივება;4). პროსტაგლანდინების პროდუქციის გაზრდა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 4;

- დ) სწორია 2, 3;
- ე) სწორია 2, 4.

1003. გულის უკმარისობისას თირკმლების პერფუზიის დაქვეითებას თან სდევს:1). რენინის პროლუქციის გაზრდა; 2). ანგიოტენზინ II-ის პროლუქციის გაზრდა;3). ალდოსტერონის პროლუქციის შემცირება;4). ანგილიურეზული ჰორმონის პროლუქციის გაზრდა.

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

1004. რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის მკვეთრი გააქტივება დამახასიათებელია:

- ა) გულის ქრონიკული უკმარისობისთვის;
- *ბ) ფილგვების შეშუპებისთვის;
- გ) გულის სისტოლური უკმარისობისთვის;
- დ) გულის დიასტოლური უკმარისობისთვის;
- ე) ფილგვისმიერი გულისთვის.

1005. გულის უკმარისობისას მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება ძირითადად განპირობებულია მიოკარდიციტებში:

- ა) ნაგრიუმის იონების კონცენტრაციის შემცირებით;
- ბ) კალიუმის იონების კონცენტრაციის შემცირებით;
- *გ) კალციუმის იონების კონცენტრაციის შემცირებით;
- დ) ნაგრიუმის იონების კონცენტრაციის გაზრდით;
- ე) კალიუმის იონების კონცენტრაციის გაზრდით;
- ვ) კალციუმის იონების კონცენტრაციის გაზრდით.

1006. გულის უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:1). სისხლში ნორადრენალინის კონცენტრაციის მომაგება;2). სისხლში ნორადრენალინის კონცენტრაციის შემცირება;3). მიოკარდიოციტებში ნორადრენალინის შემცველობის მომაგება;4). მიოკარდიოციტებში ნორადრენალინის შემცველობის შემცირება.

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

1007. რომელი ფიზიკალური ნიშნები და სიმპტომები მიუთითებენ მარცხენა პარკუჭის უკმარისობაზე?

- ა) კისრის ვენების დაბერვა;
- ბ) ასციტი;
- გ) ანორექსია;
- *დ) ორთოპნოე;
- ე) პერიფერიული შეშუპება.

1008. გულის შეგუბებით უკმარისობას შეგუბებითი მდგომარეობისაგან განასხვავებს:

- ა) შეგუბების განვითარება სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში;
- ბ) შეგუბების განვითარება სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში;
- გ) ორგანიზმში ჭარბი რაოდენობის მარილებისა და სითხის დაგროვება;
- *დ) პათოლოგიური ცვლილებები გულის კუნთში.

1009. 40 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში გულის შეგუბებითი უკმარისობის უცყუარი დიაგნოსტიკური ნიშანია:

- *ა) III გონი;
- ბ) IV გონი;
- გ) ფილგვებში ხიხინი;
- დ) ასციტი;
- ე) შეშუპება.

1010. მარცხენა პარკუჭის უკმარისობისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ქოშინი;
- ბ) ორთოპნოე;
- *გ) ლიფუზური ციანოზი;
- დ) შემცირებული დიურეზი;
- ე) ნიქტურია;
- ვ) აღვილად დაღლა.

1011. მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ანორექსია;
- *ბ) კარდიალური ასთმა;
- გ) მეტეორიზმი;
- დ) პერიფერიული ვენების შებერვა;
- ე) ქვემო კიდურების შეშუპება;
- ვ) ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

1012. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობა ახასიათებს მარჯვენა პარაკუჭის უკმარისობას, გარდა:

- ა) კისრის ვენების დაბერვა;
- ბ) ჰეპატომეგალია;
- გ) კოჭის შესივება;
- *დ) ფილგვების შეშუპება.

1013. ქოშინი:1). არასდროს ვითარდება ჯანმრთელებში;2). ჯანმრთელებში შეიძლება განვითარდეს ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის ფონზე;3). გულის უკმარისობით შეპყრობილ ავადმყოფებში ყოველთვის აღინიშნება მოსვენებით მდგომარეობაში;4). გულის უკმარისობით შეპყრობილ ავადმყოფებში შეიძლება განვითარდეს უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვის ფონზე.

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

1014. ღამის პაროქსიზმული ქოშინი ძირითადად განპირობებულია:1). ძილის დროს სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვით;2). ძილის დროს სუნთქვის ცენტრის აგზნებით;3). ძილის დროს გულის ადრენერგული სტიმულაციის დაქვეითებით;4). ძილის დროს გულის ადრენერგული სტიმულაციის გაზრდით.

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

1015. გულის უკმარისობისას ჩეინ-სტოქსის ტიპის სუნთქვის აღმოცენება განპირობებულია:1). მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითებით;2). სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის შემცირებით;3). სისხლში ნახშირორჟანგის პარციალური წნევის შემცირებით;4). სუნთქვის ცენტრის მგრძობილობის დაქვეითებით.

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

1016. გულის უკმარისობით შეპყრობილი ავადმყოფის ფიზიკალური გამოკვლევისას შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) შიდა საულე ვენების პულსაციის გაძლიერება;
- ბ) III, IV ტონი;
- გ) ფილგვის არტერიამზე II ტონის აქცენტა;
- დ) ალტერნაციული პულსი;
- *ე) პარადოქსული პულსი;
- ე) საძგერის გაღაწევა მარცხნივ და ქვემოთ.

1017. გულის უკმარისობის ფონზე განვითარებული სიყვილსთვის დამახასიათებელია:1). პირდაპირი ბილირუბინის კონცენტრაციის მომატება;2). არაპირდაპირი ბილირუბინის კონცენტრაციის მომატება;3). ალანინამინოტრანსფერაზას კონცენტრაციის მომატება;4). ასპარტატამინოტრანსფერაზას კონცენტრაციის შემცირება.

- ა) სწორია ყველა პასუხი;
- ბ) სწორია 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

1018. გულის უკმარისობით შეპყრობილი ავადმყოფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) გულის განივი ზომების მომატება (მეტად მარცხნივ);
- ბ) ორივე მხარეს-ფილგვის კარის გაძლიერება;
- გ) ორივე მხარეს-ფილგვის კარის გაფართოება;
- დ) პლევრალური სითხე;
- *ე) ორივე მხარეს (ფიბროზის ხარჯზე) - ფილგვის სურათის გაძლიერება.

1019. გულის უკმარისობის მკურნალობა მიმნად უნდა ისახავდეს1). ამ პათოლოგიის განმაპირობებელი ფაქტორების კორექციას;2). გულზე დატვირთვის შემცირებას;3). ორგანიზმში მარილებისა და სითხის ჭარბი რაოდენობით შეკავების თავიდან აცილებას;4). გულის კუმშვადობის გაზრდას.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

1020. დღის განმავლობაში რა რაოდენობის ნატრიუმის ქლორიდის მიღება არის რეკომენდებული გულის უკმარისობით შეპყრობილი ავადმყოფებისათვის:

- ა) 6-10 გ;

- ბ) 2-3 გ;
- გ) 300-500 მგ;
- *დ) 500-1000 მგ;
- ე) 1000-1500 მგ.

1021. მარცხენა პარკუჭის უსიმპტომო ლისფუნქციის განვითარებისას საუკეთესო საშუალებაა:

- ა) შარღმღენები;
- ბ) საგულე გლიკომიდები;
- *გ) აგე ინჰიბიტორები;
- დ) პერიფერიული ვაზოდილატატორები;
- ე) ბეტა-ბლოკატორები.

1022. გულის უკმარისობის საწყის ეტაპზე მიზანშეწონილია მკურნალობის დაწყება შემდეგი პრეპარატებით:

- *ა) აგე-ინჰიბიტორები+თიაზიდური შარღმღენები;
- ბ) აგე-ინჰიბიტორები+პერიფერიული ვაზოდილატატორები;
- გ) საგულე გლიკომიდები+ თიაზიდური შარღმღენები;
- დ) პერიფერიული ვაზოდილატატორები+თიაზიდური შარღმღენები.

1023. მკვეთრად გამოხატული გულის უკმარისობისას აგე ინჰიბიტორებსა და შარღმღენებს მიზანშეწონილია დაემატოს:1). საგულე გლიკომიდები; 2). ნიტრატები; 3). ბეტა-ბლოკატორები; 4). კალციუმის ანტაგონისტები.

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

1024. გლიკომიდებით ინტოქსიკაციისას:1). გულისრევა და პირღებინება განპირობებულია პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციით;2). გულისრევა და პირღებინება განპირობებულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გაღიზიანებით;3). არიტმიები გამოწვეულია გულის კუნთზე გლიკომიდების უშუალო ზემოქმედებით;4). არიტმიები გამოწვეულია ცნს-ზე უშუალო ზემოქმედებით.

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

1025. გლიკომიდებით ინტოქსიკაციისთვის ღამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი არიტმიები, გარდა:

- ა) სუპრავენტრიკულური ექსტრასისტოლური არიტმიები;
- ბ) სინოატრიალური ბლოკადა;
- გ) ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;
- დ) ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები;
- *ე) სინუსური არიტმია.

1026. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატის მიღებისას იზრდება საგულე გლიკომიდებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის შანსი:

- ა) ნეომეცინი;
- *ბ) ჰიდროქლოროთიაზიდი;
- გ) ფენობარბიტალი;
- დ) თიორიდაზინი;
- ე) ესტრადიოლი.

1027. რა მექანიზმით იწვევენ საგულე გლიკომიდები მიოკარდიუმის კუმშვადობის გაზრდას:

- ა) ცამფ-ის რაოდენობის გაზრდით;
- ბ) კალმოდულინის სისტემის სტიმულირებით;
- *გ) ნატრიუმის ტუმბოს ინჰიბირებით;
- დ) ბეტა-ადრენერგული სტიმულაციით;
- ე) ადენოზინის რაოდენობის გაზრდით.

1028. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელია შედარებით უკუნაჩვენები გულის შეგუბებითი უკმარისობით შეპყრობილი ჰიპერტენზიული ავადმყოფისთვის:

- ა) კაპტოპრილი;
- ბ) ქლორთიაზიდი;
- გ) მეთილდოფა;
- *დ) პროპრანოლოლი;
- ე) პრაზომინი.

1029. გლიკომიდური ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად ღიგოქსინის ღობა უნდა შევამციროთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ პრეპარატთან კომბინირებისას, გარდა:

- ა) ვერაპამილი;
- ბ) ქინილინი;
- გ) ამიოდარონი (კორდარონი);
- დ) ერითრომიცინი;
- *ე) მეგოკლოპრამიდი (ცერუკალი).

1030. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი ზრდის სისხლში დიგოქსინის კონცენტრაციას:1). ვერაპამილი; 2). ამიოდრონი; 3). პროპრანოლოლი;4). ქინიდინი.

- ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

1031. გლიკომიდების არიტმოგენული მოქმედების გამოვლენას ხელს უწყობს:1). ჰიპოკალიემია; 2). ჰიპერკალიემია; 3). ჰიპომაგნემია; 4). ჰიპერკალცემია; 5). ჰიპოკალცემია.

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

1032. გლიკომიდური ინტოქსიკაციის ფონზე აღმოცენებული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლის სამკურნალოდ გამოიყენება:

- ა) ქინიდინი;
- ბ) ნოვოკაინამიდი;
- *გ) ლილოკაინი;
- დ) ამიოდრონი;
- ე) პროპრანოლოლი.

1033. გულის უკმარისობით შეპყრობილი ავადმყოფების საგულე გლიკომიდებით მკურნალობისას ლეკომპენსაციის გაღრმავება შეიძლება გამოწვეული იყოს:1). ძირითადი პათოლოგიური პროცესის გამწვავებით;2). პრეპარატის არასაკმარისი შემანარჩუნებელი დოზით;3). სხვა პრეპარატებთან არარაციონალური კომბინაციით.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1034. რომელი პერიფერიული ვაზოდილატატორის გამოყენებაა უფრო მეტად მიზანშეწონილი გულის უკმარისობით შეპყრობილი ავადმყოფებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ გულის წუთმოცულობის შემცირება და (ან) მიგრალური რეგულაციის:1). ჰიდრალაზინი; 2). კაპტოპრილი; 3). იზოსორბიდ დინიტრატს.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- ე) სწორია 2.

1035. უპირატესი ვენოდილატატორული ეფექტი აღენიშნება:

- ა) ჰიდრალაზინს;
- ბ) ნიფედინს;
- გ) პრაზომინს;
- დ) კაპტოპრილს;
- *ე) იზოსორბიდ დინიტრატს.

1036. უპირატესი არტერიოდილატატორული ეფექტი აღენიშნება:

- ა) იზოსორბიდ დინიტრატს;
- ბ) ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდს;
- *გ) ჰიდრალაზინს;
- დ) პრაზომინს;
- ე) კაპტოპრილს.

1037. პრეპარატებს, რომელთაც თანაბრად აქვთ გამოხატული არტერიო და ვენოდილატაციური თვისებები, მიეკუთვნებიან:1). ნიტრატები; 2). ჰიდრალაზინი; 3). პრაზომინი; 4). კაპტოპრილი; 5). ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდი.

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

1038. რომელი პერიფერიული ვაზოდილატატორის გამოყენებაა მიზანშეწონილი მცირე წრეში შეგუბების არსებობისას:

- ა) აპრესინის;
- ბ) კაპტოპრილის;
- *გ) ნიტრატის;
- დ) ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდის;
- ე) ნიფედინის.

1039. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან, რომელი ამცირებს სიკვდილიანობას (სავარაუდო ანტიარტემული მოქმედების გამო):

- *ა) აგე-ინჰიბიტორები;

- ბ) საგულე გლიკომიდები;
- გ) ნიგრაგები;
- დ) პირდაპირი ვამოდილაგატორები;
- ე) შარდმდენები.

1040. გულის უკმარისობისა და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის შერწყმისას, ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია შემდეგი შარდმდენის გამოყენება:

- ა) ჰიპოთიაზიდი;
- ბ) ჰიდროქლოთიაზიდი;
- გ) სპირინოლაქტონი;
- *დ) ფუროსემიდი;
- ე) ამილორიდი.

1041. საგულე გლიკომიდებით ინტოქსიკაციის სამკურნალოდ გამოიყენება: 1). ლილოკაინი; 2). K-ის მარილები; 3). გააქცივებული ნახშირი; 4). კორღარონი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

1042. გულის უკმარისობის ფონზე გამოხატული ტაქისისტოლური ფორმის მოცემცმე არიტმიის და პერიფერიული შეშუპების სამკურნალოდ, პირველი რიგის პრეპარატია:

- *ა) საგულე გლიკომიდები;
- ბ) დიურეტიკები;
- გ) პერიფერიული ვამოდილაგატორები;
- დ) ბეტა-ბლოკატორები;
- ე) კალციუმის ანტაგონისტები.

1043. გულის უკმარისობის ფონზე განვითარებული, სიმპტომური პარკუჭოვანი არიტმიების სამკურნალოდ "არჩევის" პრეპარატს წარმოადგენს:

- ა) პროპრანოლოლი (ანაპრილინი);
- ბ) დიგოქსინი;
- *გ) ამიოდარონი (კორღარონი);
- დ) ნოვოკაინამიდი;
- ე) ვერაპამილი.

1044. 80 წლის პაციენტს გულის შეგუბებითი უკმარისობის ფონზე განვითარდა სტენოკარდია. მას უტარდება მკურნალობა ფუროსემიდით, დიგოქსინით, ნიტროგლიცერინით და კალციუმის პრეპარატებით. აღნიშნული თერაპიის ფონზე ავადმყოფს განვითარდა პულსაციური ტიფილი შუბლის არეში. პირველ რიგში, რა უნდა მოიმოქმედოს ექიმმა:

- ა) ჩაატაროს საფეთქლის არტერიის ბიოფსია;
- ბ) მკურნალობაში ჩართოს პროპრანოლოლი;
- გ) მკურნალობაში ჩართოს სუბლინგვალური ერგოტამინი;
- დ) გაგზავნოს პაციენტი ტვინის კომპიუტერულ ტომოგრაფიაზე;
- *ე) მოხსნას ნიტროგლიცერინი.

1045. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელია ნაჩვენები გულის შეგუბებითი უკმარისობით დაავადებული პაციენტისთვის, რომელსაც დიურეტიკებით და დიგოქსინით ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად კვლავ აღენიშნება გულის უკმარისობის ნიშნები:

- ა) დობუტამინი;
- ბ) ჰიდრალაზინი;
- გ) ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდი;
- *დ) ენალაპრილი;
- ე) პრაზომინი.

1046. გულის მწვავე უკმარისობა: 1). ეწოდება მხოლოდ მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობას; 2). შეიძლება წარმოადგენილი იყოს მარჯვენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობითაც; 3). გამოწვეულია მხოლოდ კარდიალური პათოლოგიებით; 4). შეიძლება გამოწვეული იყოს ექსტრაკარდიალური პათოლოგიებითაც.

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

1047. მარჯვენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადება, გარდა:

- ა) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტი;
- გ) პარკუჭთაშუა ძგილის ანევრიზმის რუპტურა;
- დ) პარკუჭთაშუა ძგილის დიდი ზომის ინფარქტი;
- *ე) აორტის ანევრიზმის რუპტურა.

1048. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა შეიძლება გამოვლინდეს კარდიული ასთმის სახით;2). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა შეიძლება გამოვლინდეს ფილგვების შეშუპების სახით;3). კარდიული ასთმა და ღამის პაროქსიზმული ქოშინი იდენტური ცნებებია.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1049. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა ხშირად ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების ფონზე, გარდა:

ა) მიოკარდიუმის ინფარქტი;

ბ) ჰიპერტონული დაავადება;

გ) აორტული და მიტრალური მანკები;

დ) მიოკარდიტი;

*ე) კონსტრიქციული პერიკარდიტი.

1050. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ფიბიკური გადაძაბვა;

ბ) ინფექცია;

გ) ემოციური გადაძაბვა;

დ) სრული ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა;

*ე) ჰიპოვოლემია;

ვ) პაროქსიზმული ტაქიკარდია.

1051. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

ა) კარდიული ასთმა და ღამის პაროქსიზმული ქოშინი იდენტური ცნებებია;

ბ) კარდიული ასთმის შეგვეები ძირითადად ღამისასიათებულია გულის უკმარისობის შორს წასული ფორმებისთვის;

*გ) კარდიული ასთმის მიზეზს წარმოადგენს, ღამით ფილგვების კენ სისხლის მიდინების შემცირების საპასუხოდ პულმონური აღრენერგული სისტემის გააქტივება;

დ) კარდიული ასთმის დროს ფილგვებში კაპილარული წნევა მაგულობს;

ე) კარდიული ასთმის დროს შესაძლებელია განვითარდეს ბრონქოსპაზმი.

1052. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის:1). საწყის ეტაპზე ვლინდება ფილგვების ინტერსტიციული შეშუპება;2). საწყის ეტაპზე ვლინდება ფილგვების ალვეოლური შეშუპება;3). გვიან ეტაპზე ვლინდება ფილგვების ინტერსტიციული შეშუპება;4). გვიან ეტაპზე ვლინდება ფილგვების ალვეოლური შეშუპება.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1053. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის საწყის ეტაპებზე:1). ფილგვებში ვენური წნევა მაგულობს;2). ფილგვებში კაპილარული წნევა მაგულობს;3). არტერიულ სისხლში კლებულობს მხოლოდ ქანგბადის პარციალური წნევა;4). არტერიულ სისხლში კლებულობს ქანგბადისა და ნახშირორჟანგის პარციალური წნევები.

ა) სწორია 1, 2, 3;

*ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 2;

დ) სწორია 2, 3.

1054. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის საწყის ეტაპებზე:1). წერილი სასუნთქი გზების წინააღმდეგობა მაგულობს;2). წერილი სასუნთქი გზების წინააღმდეგობა კლებულობს;3). ფილგვების ლიმფურ სისტემაში ლიმფის მიდინება მაგულობს;4). ფილგვების ლიმფურ სისტემაში ლიმფის მიდინება კლებულობს.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1055. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის განვითარებისას ფილგვების ლიმფურ სისტემაში ლიმფის მიდინების გაზრდა საჭიროა:

ა) ფილგვების ვენურ სისტემაში არსებული წნევის ერთ დონეზე შესანარჩუნებლად;

ბ) ფილგვების არტერიულ სისტემაში არსებული წნევის ერთ დონეზე შესანარჩუნებლად;

გ) ფილგვების კაპილარულ სისტემაში არსებული წნევის ერთ დონეზე შესანარჩუნებლად;

*დ) სისხლძარღვთა გარეთ არსებული სითხის მოცულობის მუდმივ დონეზე შესანარჩუნებლად.

1056. ფილგვების ინტერსტიციული შეშუპების დროს:1). სისხლძარღვების შიგნით წნევა მნიშვნელოვნად მაგულობს;2). ინტერსტიციულ სივრცეში სითხის რაოდენობა მნიშვნელოვნად მაგულობს;3). კაპილარების ენდოთელური უჯრედებს შორის მანძილი იზრდება;4). კაპილარებიდან ინტერსტიციულ სივრცეში მაკრომოლეკულების გადასვლა არ ხდება.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 1, 4.

1057. ალვეოლური შეშუპების დროს:1). სისხლძარღვთა შიგნით წნევა კრიტიკულ მდგარს აღწევს;2). ირღვევა ალვეოლურ-კაპილარული მემბრანის მთლიანობა;3). ირღვევა ალვეოლების ამომფენ უჯრედებს შორის მჭიდრო კავშირები.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3.

1058. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის დროს:1). საწყის ეტაპზე ხდება სითხეების კლირენსისა და ფილტრაციის პროცესის დარღვევა;2). საწყის ეტაპზე ხდება ალვეოლურ-კაპილარული მემბრანის მთლიანობის დარღვევა;3). გვიან ეტაპზე ხდება სითხეების კლირენსის და ფილტრაციის პროცესის დარღვევა;4). გვიან ეტაპზე ხდება ალვეოლურ-კაპილარული მემბრანის მთლიანობის დარღვევა.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1059. დამის პაროქსიზმული ქოშინისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

ა) ძლიერი ჰაერის უკმარისობა;

ბ) ორთოპნოე;

გ) სიფერმკრთალე;

დ) ტაქიპნოე;

*ე) ბრადიკარდია;

ვ) ფილტვის არტერიამზე III ტონის აქცენტი.

1060. ფილტვების შეშუპებისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

ა) მოხრჩობის შეგრძნება;

ბ) ქაფიანი ნახველი;

გ) ქოშინი;

დ) ცივი ოფლი;

ე) ციანოზი;

*ვ) სისხლიანი ხველა.

1061. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის დროს ნახველი ძირითადად:

ა) ჩირქოვანია;

ბ) სისხლიანია;

*გ) ქაფიანი და ვარდისფერია;

დ) ლორწოვანი და წებოვანია.

1062. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობის დროს ქოშინი განპირობებულია:1). ფილტვებში ვენური წნევის მომატებით და ფილტვების ფუნქციის დარღვევით;2). სასუნთქი კუნთების პერფუზიის დაქვეითებით და მათი გადაღლივით;3). მეტაბოლური აცილოზით; 4). სისტემური და ცერებრული ანოქსიით.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 1, 3, 4.

1063. ფილტვების შეშუპების დროს აღინიშნება:1). ტაქსისტოლური და ძაფისებრი პულსი;2). ფილტვებში სხვადასხვა კალიბრის სველი ხიხინი;3). პარადოქსული პულსი; 4). გრეხემ-სტილის შუილი.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 1, 2, 4.

1064. არაკარდიალური ფილტვების შეშუპების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ინტრაცერებრული წნევის გაზრდა;

ბ) მთაში - ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა;

გ) სეფსისი;

დ) სისხლძარღვში დაღსიმინიებული შედელების სინდრომი;

ე) ინტრავენურად ნარკოტიკების დიდი დოზით შეყვანა;

*ვ) ჰიპერტენზია.

1065. არაკარდიალური ფილტვების შეშუპება შეიძლება განპირობებული იყოს:1). კაპილარულ-ალვეოლური მემბრანის ფუნქციური და ანატომიური ანომალიით;2). ლიმფურ საღინრებში ლიმფის დინების შეფერხებით;3). სისხლის ონკოზური წნევის დაქვეითებით;4). ფილტვის კაპილარებში ჩაჭედვის წნევის გაზრდით.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3, 4;

*დ) სწორია 1, 2, 3;

ე) სწორია 2, 3.

1066. მარცხენა პარაკუჭის მწვავე უკმარისობის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია:

- *ა) კლინიკური სურათი;
- ბ) ეკგ გამოკვლევა;
- გ) ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა;
- დ) რადიონუკლიდური გამოკვლევა;
- ე) მარჯვენა გულის კათეტერიზაცია.

1067. ფილტვების შეშუპების განვითარებისას:1). ავადმყოფი უნდა იწვევს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ორთოსტატიული კოლაფსის განვითარება;2). ავადმყოფი უნდა იჯდეს საწოლიდან ფეხებ ჩამოშვებული, რათა შემცირდეს ფილტვებისკენ სისხლის მიდინება;3). საჭიროა ოქსიგენაციის უზრუნველყოფა;4). ჩვენების მიხედვით საჭიროა გრაქის ინტუბაციის ჩატარება.

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

1068. ფილტვების შეშუპების მკურნალობისას:1). მორფინი არჩევის პრეპარატია; 2). მორფინი მხოლოდ ერთჯერადად შეიყვანება;3). შესაძლებელია მორფინის განმეორებითი გამოყენება;4). მორფინით ინტოქსიკაციისას გამოიყენება ნალოქსონი.

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

1069. მორფინი1). ხსნის შიშის შეგრძნებას (ეს უკანასკნელი ამცირებს ფილტვების ვენტილაციის ეფექტურობას);2). ამცირებს მარცხენა წინაგულის წნევას და ფილტვებში ვაზოკონსტრიქციას;3). ამცირებს ქოშინის ინტენსივობას, რის გამოც მკვეთრად მცირდება სისხლში ნახშირორთქანგის შემცველობა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1070. ფილტვების შეშუპების სამკურნალოდ მიზანშეწონილია შემდეგი შარდმლენების გამოყენება:1). ფუროსემიდი; 2). ბუმეტანიდი; 3). ჰიპოთიაზიდი;4). ეტაკრინის მეთაზი.

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

1071. ფილტვების შეშუპების დროს ფუროსემიდი იწვევს:1). ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის შემცირებას;2). ვენოლილატაციას და პრელატგირთვის შემცირებას;3). აღრენერგული გენების ვაზოკონსტრიქციის შემცირებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1072. ფილტვების შეშუპების სამკურნალოდ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ყველა პრეპარატი, გარდა:

- ა) ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდი;
- ბ) ნიტროგლიცერინი;
- გ) დიგოქსინი;
- დ) ამინოფილინი (ეუფილინი);
- *ე) პროპრანოლოლი.

1073. ამინოფილინი (ეუფილინი):1). ამცირებს ბრონქოსპაზმს; 2). აუმჯობესებს თირკმლების სისხლის მიმოქცევას;3). ზრდის ნაგრიუმის ექსკრეციას; 4). ამცირებს მთლიან კუჭის მოძრაობას.

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

1074. ფილტვების შეშუპების მკურნალობისას იყენებენ შემდეგ მეთოდებს:1). კიბურებზე ლახტების დადება; 2). ფლებოტომია და სისხლის გამოღება;3). პლაზმოფერეზი.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

მიოკარდიუმის პათოლოგია

1075. კარლიომიოპათია:1). მთოკარლიუმის პათოლოგიაა; 2). ყოველთვის ილიოპათიურია;3). შესაძლებელია იყოს ილიოპათიური ან გარკვეული დაავადების ფონზე განვითარებული.

ა) სწორია 1, 2;

*ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3.

1076. განარჩევენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სახის კარლიომიოპათიებს, გარდა:

ა) ილიოპათიური;

ბ) ინფექციური;

გ) მეტაბოლური;

*დ) ჰიპერტონული;

ე) მემკვიდრეობითი;

ვ) ინფილტრაციული;

ზ) ალიმენტურ ან ელექტროლიტურ-ლეფციტური.

1077. კარლიომიოპათია შეიძლება განვითარდეს შემდეგი დაავადების ფონზე:1). ჰიპერტონული დაავადება; 2). მთოკარლიტი;3). სკლეროდერმია; 4). პერიკარდიტი.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4;

*დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 2, 4.

1078. ილიოპათიური კარლიომიოპათიებია:1). დილატაციური; 2). რესტრიქციული; 3). ჰიპერტროფიული.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3.

1079. კარლიომიოპათია შეიძლება განვითარდეს შემდეგი დაავადებების ფონზე:1). სისტემური წითელი მგლურა; 2). კუნთოვანი დისტროფია;3). გულის მანკები; 4). ფილგეების დაავადებები.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

*გ) სწორია 1, 2;

დ) სწორია 3, 4;

ე) სწორია 2, 3.

1080. კარლიომიოპათიის შესაძლო განმავლობებელი ფაქტორებია:1). ალკოჰოლი; 2). რადიაცია; 3). მედიკამენტები;4). ალიმენტური ან ელექტროლიტური დეფიციტი; 5).ორსულობა.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 3, 4, 5;

დ) სწორია 1, 2, 4.

1081. განასხვავებენ შემდეგი სახის კარლიომიოპათიებს:1).დილატაციურს; 2). რესტრიქციულს; 3). კონსტრიქციულს; 4). ჰიპერტროფიულს.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3;

*დ) სწორია 1, 2, 4;

ე) სწორია 1, 3, 4.

1082. 38 წლის ქალს აქვს გულის შეგუბებითი უკმარისობა, პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არითმია და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის განმეორებადი ეპიზოდები. მისი გული შესამჩნევად გადიდებულია, შუილი არ მოისმინება. არტერიული წნევა და კორონარული ანგიოგრაფიის მონაცემები ნორმის ფარგლებშია. მისი დიაგნოზია:

ა) რეემატოიდული აქტიური ფაზა;

ბ) თანდაართული ფიბროელასტოზი;

გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტი;

დ) მთოკარლიუმის ინფარქტი;

*ე) ილიოპათიური კარლიომიოპათია.

1083. დილატაციურ კარლიომიოპათიასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). დილატაციური და შეგუბებითი კარლიომიოპათია ილენგური მცნებებია;2). დილატაციური კარლიომიოპათიისთვის ძირითადად დამახასიათებელია გულის სისტოლური ფუნქციის დარღვევა;3). დილატაციური კარლიომიოპათიისთვის ძირითადად დამახასიათებელია გულის დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა;4). დილატაციური კარლიომიოპათიის დროს ხშირად აღინიშნება ინტრაკარდიული კედლის ამყლი თრომბები.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2;

ე) სწორია 1, 3.

1084. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს ძირითადად აღინიშნება:1). ინტერსტიციული ფიბროზი; 2). პერივასკულური ფიბროზი; 3). ნეკროზი.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1085. დილაგაციური კარდიომიოპათიის გამომწვევი ფაქტორებია:1). ინფექციური; 2). მეტაბოლური; 3). ტოქსიური;4). ხშირად ფაქტორის ენდოგენიკაცია ვერ ხერხდება.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4.

1086. დილაგაციურ კარდიომიოპათიებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ინფექციური;

ბ) მეტაბოლური;

გ) კუნთოვანი დისტროფიის ფონზე განვითარებული;

დ) მიოტონური დისტროფიის ფონზე განვითარებული;

ე) ელექტროლიტური დეფიციტის ფონზე განვითარებული;

*ვ) ენდომიოკარდიული ფიბროზის ფონზე განვითარებული.

1087. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს:1). დაავადება კლინიკურად შეიძლება წლების განმავლობაში არ გამოვლინდეს;2).

დაავადების სიმპტომები ვლინდება თანდათანობით;3). ვითარდება მხოლოდ მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა;4). შეიძლება განვითარდეს ორივე პარკუჭის უკმარისობა.

ა) სწორია 1, 2, 3;

*ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1088. დილაგაციური კარდიომიოპათიისთვის ყველაზე ნაკლებად დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკური სიმპტომი:

ა) ქოშინი;

ბ) ორთოპნოე;

გ) პერიფერიული შეშუპება;

დ) გულის ფრიალი;

ე) სისუსტე;

*ვ) გულის არეში სტენოკარდიული ხასიათის ტკივილი.

1089. დილაგაციური კარდიომიოპათიისთვის დამახასიათებელია:1). დიდი პულსური წნევა; 2). მცირე პულსური წნევა;3). ღრუ ვენებში წნევის მომატება; 4). ღრუ ვენებში წნევის დაქვეითება.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 1, 4;

დ) სწორია 2, 4.

1090. დილაგაციური კარდიომიოპათიისთვის დამახასიათებელია:1). III და IV გონი; 2). მიგრალური ან გრიკუსპილული რეგურგაცია;3). დიასტოლური შუილები; 4). არტერიული ჰიპერტენზია.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 2.

1091. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს:1). ეკგ ცვლილებები არასპეციფიურია;2). ეკგ-ზე შეიძლება აღინიშნოს სხვადასხვა სახის არიტმიები;3). ეკგ-ზე ვლინდება მარცხენა წინაგულის დილაგაციის ნიშნები;4). არასდროს არ ვლინდება ST სეგმენტის და T კბილის ცვლილებები.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 3.

1092. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს:1). მხოლოდ მარცხენა პარკუჭის გადიდება; 2). კარდიომეგალია;3). მხოლოდ მარჯვენა პარკუჭის გადიდება; 4). ფილგებში - ვენური ჰიპერტენზია.

*ა) სწორია 1, 2, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 2, 4.

1093. დილაგაციური კარდიომიოპათიის ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია:1). გულის ღრუების დილაგაცია;2). მარცხენა პარკუჭის კედლის

მნიშვნელოვანი ჰიპერტროფია;3). მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის შემცირება;4). გულის სარქველების კალციფიკაცია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 3.

1094. მარცხენა პარკუჭის დილატაცია და დისფუნქცია შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი კლინიკური გამოკვლევით:1). ეკგ; 2). ექოკარდიოგრაფიით; 3). რადიოიზოტოპური გამოკვლევით; 4). გულის კათეტერიზაციით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- *გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1095. დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს:1). მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური წნევა მაგულობს;2). ფილგვის არტერიების ჩაჭედვის წნევა მაგულობს;3). ცენტრალური ვენური წნევა კლებულობს; 4). არტერიული წნევა მაგულობს.

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

1096. დილატაციური კარდიომიოპათია შეიძლება გართულდეს:1). გულის უკმარისობით; 2). გულის სარქველოვანი აპარატის დამიანებით;3). თრომბოემბოლიებით; 4). არიტმიებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 3.

1097. პირველადი დილატაციური კარდიომიოპათიის სამკურნალოდ:1). საჭიროა, როგორც სპეციფიური, ასევე არასპეციფიური მკურნალობის ჩატარება;2). მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომურია;3). რაციონალური თერაპიის ფონზე, დაავადების გამოსავალი ხშირად კეთილსაიმედოა;4). რაციონალური თერაპიის მიუხედავად, პროგნოზი ყოველთვის არაკეთილსაიმედოა.

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

1098. დილატაციური კარდიომიოპათიების დროს:1). ავადმყოფი უნდა ერიდოს მნიშვნელოვან ფიზიკურ დატვირთვას;2). ავადმყოფმა უნდა შეზღუდოს მარილისა და სითხის მიღება;3). ავადმყოფი აუცილებლად უნდა ღებულობდეს ანგიოპროტეკტორებს (თუკი არ არსებობს რაიმე უკუჩვენება);4). ავადმყოფს უნდა უგარდებოდეს ძირითადი დაავადების მკურნალობა (მეორადი კარდიომიოპათიის შემთხვევაში).

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

1099. დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გულის უკმარისობის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატის გამოყენება, გარდა:

- ა) დიგიტალისური პრეპარატები;
- ბ) შარღმდენები;
- გ) ეაზოლიდატორები;
- *დ) ფოსფორილესტერაზას III ინჰიბიტორები (ამრინონი, მირლინონი);
- ე) კალციუმის ანტაგონისტები;
- ვ) აგე ინჰიბიტორები.

1100. დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე არიტმიების აღმოცენებისას:1). შეიძლება ბეტა-ბლოკატორების და კორღარონის გამოყენება;2). ანგარიგმული პრეპარატების გამოყენება ნაჩვენებია მხოლოდ მძიმე სიმპტომური პარკუჭოვანი არიტმიების შემთხვევაში;3). ანგარიგმული პრეპარატების გამოყენება ნაჩვენებია ნებისმიერი არიტმიის შემთხვევაში;4). ხშირად ანგარიგმული პრეპარატები შედეგს არ იძლევიან და საჭირო ხდება ქირურგიული მეთოდის ან იმპლანტირებადი დეფიბრილატორის გამოყენება.

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

1101. ალკოჰოლური დილატაციური კარდიომიოპათია:1). ხასიათდება გულის დარღვევითი მოცულობის შემცირებით;2). ხასიათდება სისტემური ვაზოკონსტრიქციით;3). ხასიათდება არიტმიებით;4). ილიოპათიური კარდიომიოპათიის მსგავსად შეუქცევადი პროცესია და არ ექვემდებარება მკურნალობას.

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

1102. მართებულია ყველა ქვემოთ მოყვანილი მტკიცება, გარდა: ორსულთა კარლიომიოპათია

- *ა) ვლინდება მხოლოდ ორსულობის პერიოდში;
- ბ) შეიძლება გამოვლინდეს მშობიარობის შემდეგ რამოვლინებე თვეში;
- გ) ზოგჯერ შექცევადი პროცესია და მომდევნო ორსულობის დროს შესაძლოა აღარ გამოვლინდეს;
- დ) ზოგჯერ შეუქცევადი პროცესია და მაშინ მომდევნო ორსულობა კიდევ უფრო ამძიმებს მდგომარეობას;
- ე) უცნობი ეტიოლოგიისაა;
- ვ) შესაძლებელია იყოს ორსულობამდე არსებული კარლიომიოპათიის გამოვლინება.

1103. მედიკამენტური დილაგაციური კარლიომიოპათია: 1). შეიძლება განვითარდეს მწვავედ და მის მიზეზს მთოკარლიუმში ანთებითი ცვლილებები წარმოადგენდეს; 2). შეიძლება განვითარდეს თანდათან, ილიოპათიური დილაგაციური კარლიომიოპათიის მსგავსად; 3). შეიძლება გამოვლინდეს მხოლოდ ეკგ ცვლილებებით; 4). ყოველთვის ვლინდება გულის უკმარისობის კლინიკით.

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

1104. დიუშენის კუნთოვანი დისგროფია: 1). წარმოადგენს ნეირო-კუნთოვან დაავადებას; 2). შესაძლებელია წარმოადგენდეს კარლიომიოპათიის განვითარების მიზეზს; 3). ხასიათდება მარცხენა პარაკუჭის უკანაბაზალურ არეში გრანსმურული ნეკროზის განვითარებით; 4). ეკგ-ზე ვლინდება გულ-მკერდის მარჯვენა განხრებში (V1, V2) Q კბლით, ხოლო ლაგერალურ განხრებში (V5, V6) მაღალი R კბლით.

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

1105. მიოტონური დისგროფიის ფონზე განვითარებული დილაგაციური კარლიომიოპათიის დროს: 1). ეკგ-ზე აისახება მხოლოდ იმპულსის წარმოშობის დარღვევის ნიშნები; 2). ეკგ-ზე აისახება მხოლოდ იმპულსის გაგარების დარღვევის ნიშნები; 3). დიდია სინკოპეს განვითარების რისკი; 4). დიდია უეცარი სიკვდილის განვითარების რისკი.

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

1106. რესტრიქციული კარლიომიოპათიის დროს: 1). ძირითადად ვლინდება გულის დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა; 2). ძირითადად ვლინდება გულის სისტოლური ფუნქციის დარღვევა; 3). მაგულობს მხოლოდ მარცხენა პარაკუჭის რიგილობა; 4). მაგულობს მარცხენა და/ან მარჯვენა პარაკუჭის რიგილობა.

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

1107. რესტრიქციული კარლიომიოპათიის დროს ძირითადად აღინიშნება მთოკარლიუმის: 1). ფიბროზი; 2). სხვადასხვა ხასიათის ანთებითი ინფილტრაცია; 3). ნეკროზი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1108. ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან, რომელი იწვევს რესტრიქციულ კარლიომიოპათიას:

- ა) ალკოჰოლიზმი;
- ბ) ჰიპერტონული დაავადება;
- გ) გულის იშემიური დაავადება;
- *დ) გულის ამილოიდოზი;
- ე) პარაკუჭთაშუა ძგიდის ასიმეტრიული ჰიპერტროფია.

1109. რესტრიქციულ კარლიომიოპათიებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ამილოიდური;
- ბ) ჰემოქრომატოზული;
- გ) ენდოკარდიული ფიბროელასტოზის ფონზე განვითარებული;
- დ) ენდოკარდიული ფიბროზის ფონზე განვითარებული;
- *ე) მედიკამენტური ინტოქსიკაციის ფონზე განვითარებული;
- ვ) ეთმინოფილური ენდომიოკარდიული დაავადებების ფონზე განვითარებული.

1110. რესტრიქციული კარლიომიოპათიის დროს: 1). აღინიშნება მხოლოდ მთოკარლიუმის დაზიანება; 2). შესაძლებელია აღინიშნოს ენდოკარდის დაზიანება; 3). პარაკუჭების ნაწილობრივი ობლიტერაცია ხდება მხოლოდ ფიბროზული ქსოვილით; 4). პარაკუჭების ნაწილობრივი ობლიტერაცია ხდება როგორც ფიბროზული ქსოვილით, ასევე თრომბებით.

- ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 4;

- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 2, 4.

1111. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის დროს:1). ღრუ ვენებში წნევა იმაგებს; 2). ღრუ ვენებში წნევა ქვეითდება;3). კუსმაულის ნიშანი დადებითია; 4). კუსმაულის ნიშანი უარყოფითია.

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

1112. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის შესაძლო კლინიკური სიმპტომებია:1). მოყრუებული ტონები; 2). III და IV ტონი;3). კარგად გამოხატული გულის სამგერი;4). გრაუბეს ორმაგი ტონი და ლიუროზიეს ორმაგი შუილი.

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

1113. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის დროს ეკგ-ზე შეიძლება აღინიშნოს:1). მაღალი ვოლტაჟი; 2). დაბალი ვოლტაჟი;3). ST სეგმენტის და T კბილის არასპეციფიური ცვლილებები;4). სხვადასხვა სახის გამგარებლობის დარღვევა.

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

1114. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ნიშანია:1). მკვეთრად გადილებული გული; 2). უმნიშვნელოდ გადილებული გული;3). გრაპეციის ფორმის გული; 4). მკვეთრად გამოხატული გულის "გალია".

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

1115. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის დამახასიათებელი ექოსკოპიური ნიშნებია:1). პარკუჭების კელეების გასქელება; 2). ნორმალური სისვლოური ფუნქცია;3). პარკუჭების ღრუების დილატაცია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1116. რესტრიქციული კარდიომიოპათიისას გულის კათეგორიზაციით აღინიშნება:1). გულის ნორმალური დარგემითი მოცულობა;2). გულის გამრდილი დარგემითი მოცულობა;3). პარკუჭების საბოლოო-დიასვლოური წნევის გაზრდა;4). პარკუჭების საბოლოო-დიასვლოური წნევის შემცირება.

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

1117. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის მკურნალობისას მნიშვნელოვანია:1). გამომწვევი დაავადების მკურნალობა; 2). სუფრის მარილის შემღვდვა;3). შარღმენების გამოყენება (პიპერვოლემის შემთხვევაში);4). აგე-ინჰიბიტორების გამოყენება.

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

1118. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის მკურნალობისას საგულე გლიკომიდები გამოიყენება:1). ნებისმიერ შემთხვევაში; 2). სისვლოური დისფუნქციის განვითარებისას;3). წინაგულების ფიბრილაციის განვითარებისას; 4). გაქიკარდიის განვითარებისას.

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

1119. რესტრიქციულ კარდიომიოპათიას კონსტრიქციული პერიკარდიტისგან განასხვავებს:

- ა) ქოშინი;
- ბ) კისრის ვენების დაბერვა;
- გ) ასციტი;
- დ) მოყრუებული ტონები;
- ე) არიგმული პულსი;

*ე) კარგად გამოხატული გულის საძგერი.

1120. კონსტრიქციულ პერიკარდიგს რესტრიქციული კარდიომიოპათიისაგან განასხვავებს შემდეგი რენტგენოლოგიური ნიშანი:

- ა) ნორმალური ზომის გული;
- ბ) გულის პულსაციის დაქვეითება;
- გ) გულის რკალების გადასწორება;
- *დ) პერიკარდიუმის კალციფიკაცები;
- ე) ტრაპეციული ფორმის გული.

1121. რესტრიქციული კარდიომიოპათიის კონსტრიქციული პერიკარდიგსაგან დიფერენცირებისთვის ყველაზე ინფორმატიულია:

- ა) კლინიკა;
- ბ) ეკგ;
- გ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- დ) ექოკარდიოგრაფია;
- ე) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა;
- *ვ) ტრანსვენური ენდომიოკარდიული ბიოფსია;
- ზ) გულის კათეტერიზაცია.

1122. ენდომიოკარდიული ფიბროზი ხასიათდება:1). მხოლოდ მარცხენა პარკუჭის გამომავალი ტრაქტის ენდოკარდის დაზიანებით;2). მარცხენა და/ან მარჯვენა პარკუჭების გამომავალი ტრაქტის ენდოკარდის დაზიანებით;3). ატრიო-ვენტრიკულური სარქველების დაზიანებით;4). გულის მწვერვალის ობლიტერაციით.

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

1123. ენდომიოკარდიული ფიბროზის მკურნალობა:1). მხოლოდ მედიკამენტურია; 2). მედიკამენტებით ნაკლებად ეფექტურია;3). ქირურგიულია.

- ა) სწორია 1, 3;
- *ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2.

1124. ლეფლერის ენდოკარდიტი:1). "ენდომიოკარდის ეომინოფილური დაავადების" სინონიმია;2). ხასიათდება, მხოლოდ, მიოკარდიუმის ეომინოფილური ინფილტრაციით;3). ხასიათდება სხვადასხვა ორგანოების ეომინოფილური ინფილტრაციით;4). ხასიათდება კეთილსამიჯლო გამოსავლით.

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

1125. ჰემოქრომატოზი საექვოა შემდეგი ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებების ფონზე განვითარებული კარდიომიოპათიის შემთხვევაში:1). შაქრიანი დიაბეტი; 2). ლეიშმანის ციროზი; 3). კუჭის წყლული;4). კანის ჰიპერპიგმენტაცია.

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

1126. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს:1). აღინიშნება გულის კუნთის პირველადი დაზიანება;2). გამომწვევი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება;3). აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;4). აღინიშნება მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

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

1127. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს:1). შეიძლება აღინიშნოს მარცხენა პარკუჭის დილატაცია;2). გიპიურ შემთხვევებში, არასდროს არ აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის დილატაცია;3). აღინიშნება პარკუჭთაშუა ძგიდის ასიმეტრიული ჰიპერტროფია;4). აღინიშნება პარკუჭთაშუა ძგიდის და პარკუჭის თავისუფალი კედლის სიმეტრიული ჰიპერტროფია.

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

1128. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) სისგოლური დისფუნქციით;

- ბ) ღიასტოლური ღისფუნქციით;
- გ) მარცხენა პარკუჭის კელღის რიგიღობის გაზრღით;
- ღ) მარცხენა პარკუჭის კუმშვადღობის გაზრღით;
- ე) მარცხენა პარკუჭის აესების წნევის გაზრღით.

1129. ჰიპერტროფიულ კარღიღმიღპათიასტან მიღმარტებაში მარტებულია შემღეგი მტკიცებანი, გარღა:

- ა) ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათიის ღროს შეიღღება აღინიშნოს ღინამიური ობსტრუქცია (მარცხენა პარკუჭიღან სისხღის გამოღევნის გაღძეღება);
- *ბ) ღინამიური ობსტრუქცია ვითარღება ღიასტოღის ფაზაში;
- გ) ღინამიური ობსტრუქციის მიღემს წარმოაღგენს ჰიპერტროფირებული პარკუჭტაშუა ძგიღე;
- ღ) ღინამიური ობსტრუქციის მიღემს წარმოაღგენს მიტრალური სარქვეღის კარეღების სისტოლური მოღრაობა - წინ, ძგიღისაკენ.

1130. ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათიის ღროს ღინამიური ობსტრუქციის:1). მიღემია აორტის ხვრეღის ფიქსირებული შევიწროება;2). მიღემია მიტრალური სარქვეღის კარეღების სისტოლური მოღრაობა - წინ ძგიღისაკენ;3). ინტენსივობა შეიღღება შეიცვალოს ღაავაღების პროგრესირებასტან ერთაღ;4). ინტენსივობა შეიღღება შეიცვალოს ერთი ციკლიღან მეორემღე.

- ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- *გ) სწორია 2, 3, 4;
- ღ) სწორია 2, 3.

1131. ღინამიური ობსტრუქციის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი შეიღღება იყოს:1). პრეღაგვირტვის შემცირება; 2). პრეღაგვირტვის გაზრღა;3). პოსტღაგვირტვის შემცირება; 4). პოსტღაგვირტვის გაზრღა.

- *ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 4;
- გ) სწორია 2, 3;
- ღ) სწორია 2, 4.

1132. ღინამიური ობსტრუქციის ინტენსივობა შეიღღება გაზარღოს ყვეღა ქვემოტ ჩამოტვიღიღმა ფაქტორმა, გარღა:

- ა) ფიბიკური ღაგვირტვია;
- ბ) ვალსალეის სინჯი;
- გ) სწრაფაღ წამოღგომა;
- ღ) ტაქიკარღია;
- *ე) ჰიპერტენზია.

1133. ღინამიური ობსტრუქციის ინტენსივობა შეიღღება შეამციროს ყვეღა ქვემოტ ჩამოტვიღიღმა ფაქტორმა, გარღა:

- ა) ჰიპერტენზია;
- ბ) ზემო კიღურების ხანგრძლივი ღაბაბვა;
- გ) ჩაბუქვნა;
- ღ) ქვემო კიღურების მაღღა აწევა;
- *ე) ჰიპოვოღემია.

1134. ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათია:1). ხშირაღ სპორაღულაღ ვითარღება;2). ზოგჯერ მემკვიღრული ხასიატიასა (აუტოსომურ-ღომინანტური ტიპის);3). ხშირაღ უსიმკტომოღ მიმღინარეობს.

- *ა) ყვეღა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- ღ) სწორია 2, 4.

1135. ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათიის შესაძლო კლინიკური ნიშნებია ყვეღა ქვემოტ ჩამოტვიღიღი, გარღა:

- ა) ქოშინი;
- ბ) გუღის არემი სტენოკარღიული ხასიატის ტკივიღი;
- გ) აღვიღაღ ღაღღა;
- ღ) სინკოპე;
- *ე) ქუტუტოების შეშუპება;
- ვ) სისუსტე.

1136. ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათიის ღამახასიატებელი ნიშნებია:1). ორმაგი ან სამმაგი გუღის საძგერი;2). IV ტონი; 3). მწვერვაღზე სისტოლური შუიღი;4). ღიასტოლური შუიღი - აორტის მოსასმენ წერტიღში.

- *ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 2, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 3;
- ღ) სწორია 3, 4.

1137. ჰიპერტროფიული კარღიღმიღპათიის ღროს ქოშინის მიღემს წარმოაღგენს:1). მარცხენა პარკუჭის ღიღაგაცია ღა მისი კუმშვაღი ფუნქციის ღაქვეითება;2). მარცხენა პარკუჭის კელღების ეღასტორობის ღაქვეითება;3). მარცხენა პარკუჭის ღიასტოლური წნევის გაზრღა;4). მარცხენა წინაგუღის წნევის გაზრღა.

- ა) ყვეღა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;

- *გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

1138. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:1). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). ST სეგმენტის და T კბილის ცვლილებები; 4). Q კბილი (V1,V2 განხრებში).

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 4.

1139. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს გამოხატული Q კბილის (სეპტალურ განხრებში) მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) გულის მობრუნება სიგრძივი ღერძის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის მიმართულებით;
- ბ) სეპტალურ არეში პოსტინფარქტული ნაწიბური;
- *გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ჰიპერტროფია;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;
- ე) სუბორტული სტენოზი.

1140. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ნიშანია:1). გულის ზომების უმნიშვნელოდ გადიდება; 2). აორტის ფუძის გაფართოება; 3). აორტის სარქველის კალციფიკაცია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1141. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ნაკლებ ინფორმატიულია:

- *ა) ეკგ;
- ბ) ერთგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია;
- გ) ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია;
- დ) რადიონუკლიდური სცინტიგრაფია;
- ე) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

1142. ჰიპერტროფიულ კარდიომიოპათიას რესტრიქციულისაგან განასხვავებს შემდეგი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნები:1). მარცხენა პარკუჭის მკვეთრად გამოხატული ჰიპერტროფია;2). პარკუჭთაშუა ძგიდის მკვეთრი, ასიმეტრიული ჰიპერტროფია;3). მარცხენა პარკუჭის დილატაცია;4). მიტრალური სარქველის კარელების სისტოლური მოძრაობა წინ, ძგიდისაკენ.

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

1143. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის მკურნალობისას გამოიყენება:1). ბეგა-ბლოკატორები; 2). კორდარონი; 3). დიბოპირამიდი;4). ბეგა-აღრენერგული აგონისტები.

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

1144. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს ობსტრუქციის გამბრა შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილმა პრეპარატებმა, გარდა:

- ა) საგულე გლიკოზიდებმა;
- ბ) შარღმღენებმა;
- გ) ნიგრაგებმა;
- დ) ბეგა-აღრენერგულმა აგონისტებმა;
- *ე) ბეგა-ბლოკატორებმა.

1145. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის შემთხვევაში უკუნაჩვენებია:1). ბეგა-ბლოკატორები; 2). საგულე გლიკოზიდები; 3). შარღმღენები; 4). კალციუმის ანტაგონისტები (ვერაპამიდი); 5). ნიგრაგები.

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

1146. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის:1). ქირურგიულმა მკურნალობამ (პარკუჭთაშუა ძგიდის მიტომია/მიოექტომია) შეიძლება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გააუმჯობესოს ავადმყოფის მდგომარეობა;2). ქირურგიულ მკურნალობა უკუნაჩვენებია 35 წლამდე ასაკის პაციენტებისთვის;3). ქირურგიულ მკურნალობას ახასიათებს დაბალი ლეგალიობა;4). ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია მედიკამენტური მკურნალობისადმი რეზისტენტული, მკვეთრად გამოხატული ობსტრუქციის შემთხვევაში.

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

1147. ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათიისას სისტოლური შუილის ინტენსივობა მცირდება, როდესაც პაციენტი:

- ა) ასრულებს ვალსალვის მანევრს;
- *ბ) წევება;
- გ) შეისუნთქავს ამილ-ნიტრიტს;
- დ) მკურნალობს დიგოქსინით.

1148. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) კაროტიდული პულსის მრუდზე აღმავალი კალთის გახანგრძლივებით (ნელი პულსი);
- ბ) ფეხზე ღღომისას შუილის ინტენსივობის გაძლიერებით;
- გ) IV ტონის არსებობით;
- დ) მიტრალური რეგურგიტაციის არსებობით;
- ე) ბეგა-ბლოკატორების და კალციუმის ანტაგონისტების ეფექტურობით.

1149. ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს ობსტრუქციის შემცირება შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) ნიტრატებმა;
- ბ) შარდმდენებმა;
- გ) საგულე-გლიკოზიდებმა;
- დ) ბეგა-ალრენერგულმა აგონისტებმა;
- *ე) მეზაგონმა.

1150. 21 წლის კალათბურთელი უეცრად გარდაიცვალა თამაშის დროს. აუტოფსიაზე გამოვლინდა მარცხენა პარკუჭის კედლების ჰიპერტროფია, განსაკუთრებით პარკუჭთაშუა ძგიდის არეში. ჰისტოლოგიურად - აღინიშნებოდა მთავარი დიფერენციალური ბოჭკოების ლეზონიზაცია. ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმულირებებიდან ამ პათოლოგიას ყველაზე უკეთ შეესაბამება:

- ა) იგი შეიძლება იყოს პირველადი ამილიოიდოზის მანიფესტაცია;
- ბ) მისი გამომწვევი მიზეზი მთავარი დიფერენციალური ბოჭკოების ლეზონიზაციაა;
- გ) იგი ხშირად ასოცირებული ალკოჰოლიზმთან;
- დ) იგი ხშირად ასოცირებული კორონარულ ათეროსკლეროზთან;
- *ე) მემკვიდრულად გადაეცემა აუტოსომურ დომინანტური ტიპით.

1151. 35 წლის ქალი უჩივის ტკივილს გულმკერდის არეში. ტკივილი ეპიზოდურია და ჩვეულებრივ 10-15 წთ-ს გრძელდება. ზოგჯერ ტკივილი ფიზიკურ დატვირთვას უკავშირდება, თუმცა ხანდახან მოსვენების დროსაც აღიძვრება. ტკივილი ირადიაციას არ განიცდის. პაციენტი არამწვეველია და არტერიული წნევის მონიტორინგის ეპიზოდებს არ აღნიშნავს. ირკვევა, რომ პაციენტის ოჯახის 2 წევრი, 50 და 56 წლის ასაკში გარდაიცვალა გულის დაავადებით. ობიექტურად - არტერიული წნევა - 120/70 მმ.ვწყ.სვ., პულსი - 70. მწვერვალის საძვერე გაძლიერებულია. მკერდის ძელის მარცხენა კიდის გასწვრივ II-VI ნეკნთაშუა სივრცეში მოისმინება სისტოლური შუილი. შუილის ინტენსივობა იზრდება პაციენტის ფეხზე ღღომისას. ეკგ-ზე აღინიშნება S-T სეგმენტის და T კბილის არასპეციფიური ცვლილებები.სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) მიტრალური სტენოზი;
- ბ) აორტული სტენოზი;
- *გ) ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათია;
- დ) ფილტვის არტერიის სტენოზი;
- ე) ორაფრიანი აორტის სარქველი.

1152. 35 წლის ქალი უჩივის ტკივილს გულმკერდის არეში. ტკივილი ეპიზოდურია და ჩვეულებრივ 10-15 წთ-ს გრძელდება. ზოგჯერ ტკივილი ფიზიკურ დატვირთვას უკავშირდება, თუმცა ხანდახან მოსვენების დროსაც აღიძვრება. ტკივილი ირადიაციას არ განიცდის. პაციენტი არამწვეველია და არტერიული წნევის მონიტორინგის ეპიზოდებს არ აღნიშნავს. ირკვევა, რომ პაციენტის ოჯახის 2 წევრი 50 და 56 წლის ასაკში გარდაიცვალა გულის დაავადებით. ობიექტურად - არტერიული წნევა - 120/70 მმ.ვწყ.სვ., პულსი - 70. მწვერვალის საძვერე გაძლიერებულია. მკერდის ძელის მარცხენა კიდის გასწვრივ II- VI ნეკნთაშუა სივრცეში მოისმინება სისტოლური შუილი. შუილის ინტენსივობა იზრდება პაციენტის ფეხზე ღღომისას. ეკგ-ზე აღინიშნება S-T სეგმენტის და T კბილის არასპეციფიური ცვლილებები.რომელი დიაგნოსტიკური პროცედურა ყველაზე მეტად ნაჩვენებია:

- ა) გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- ბ) გულის ღრუების კათეტერიზაცია;
- გ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა თალიუმით;
- *დ) ექოკარდიოგრაფია;
- ე) მთავარი დიფერენციალური ბოჭკოების ბიოფსია.

1153. 35 წლის ქალი უჩივის ტკივილს გულმკერდის არეში. ტკივილი ეპიზოდურია და ჩვეულებრივ 10-15 წთ-ს გრძელდება. ზოგჯერ ტკივილი ფიზიკურ დატვირთვას უკავშირდება, თუმცა ხანდახან მოსვენების დროსაც აღიძვრება. ტკივილი ირადიაციას არ განიცდის. პაციენტი არამწვეველია და არტერიული წნევის მონიტორინგის ეპიზოდებს არ აღნიშნავს. ირკვევა, რომ პაციენტის ოჯახის 2 წევრი 50 და 56 წლის ასაკში გარდაიცვალა გულის დაავადებით. ობიექტურად - არტერიული წნევა 120/70 მმ.ვწყ.სვ., პულსი 70. მწვერვალის საძვერე გაძლიერებულია. მკერდის ძელის მარცხენა კიდის გასწვრივ II-VI ნეკნთაშუა სივრცეში მოისმინება სისტოლური შუილი. შუილის ინტენსივობა იზრდება პაციენტის ფეხზე ღღომისას. ეკგ-ზე აღინიშნება ST სეგმენტის და T კბილის არასპეციფიური ცვლილებები.პაციენტისთვის ყველაზე შესაფერისი მკურნალობაა:

- ა) ქირურგიული ჩარევა;

- *ბ) პროპრანოლოლი;
- გ) ვაზოდინი;
- დ) დიგოქსინი;
- ე) ფუროსემიდი.

1154. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მიოკარდიტი - მიოკარდიუმის ანთეზა;2). მიოკარდიტის დროს აღინიშნება მიოკარდიუმის, მხოლოდ, დიფუზური დაზიანება;3). მიოკარდიტის დროს აღინიშნება მიოკარდიუმის, მხოლოდ, ფოკალური დაზიანება;4). მიოკარდიტის დროს შეიძლება აღინიშნოს მიოკარდიუმის დიფუზური ან ფოკალური დაზიანება.

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

1155. განასხვავებენ შემდეგი სახის მიოკარდიტებს:1). ინფექციურს; 2). ჰიპერმგრძობელობით გამოწვეულს; 3). რადიაციულს; 4). ქიმიურ ნივთიერებებით გამოწვეულს; 5). წამლისმიერს.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 2, 4, 5.

1156. ინფექციურ მიოკარდიტებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ვირუსული;
- ბ) სტაფილოკოკური;
- გ) ენტეროკოკური;
- დ) დიფტერიული;
- *ე) რეგმატიული.

1157. ყველაზე ხშირად მიოკარდიტს იწვევს შემდეგი ვირუსი:

- ა) პოლიომიელიტის;
- ბ) გრიპის;
- გ) აღენოვირუსი;
- *დ) კოქსსაკის;
- ე) წითელას.

1158. მიოკარდიტი შეიძლება გრანსფორმირდეს:1). დილატაციურ კარდიომიოპათიად; 2). რესტრიქციულ კარდიომიოპათიად;3). ჰიპერტროფიულ კარდიომიოპათიად.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

1159. მიოკარდიტის შესაძლო კლინიკური ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ცხელება;
- ბ) სისუსტე;
- გ) აღვილად დაღლა;
- დ) გულისცემის შეგრძნება;
- ე) ტკივილი - გულის არეში;
- *ე) საათის მინისებრი ფრჩხილები.

1160. მიოკარდიტის დროს ეკგ-ზე:1). ST სეგმენტის და T კბილის ცვლილებები სტაბილურია;2). ST სეგმენტის და T კბილის ცვლილებები გარდამავალია;3). ST სეგმენტის და T კბილის ცვლილებები არასპეციფიურია;4). შეიძლება გამოვლინდეს პარკუჭშია გამგარებლობის შეფერხება.

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

1161. მიოკარდიტის დროს შეიძლება აღინიშნოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) I ტონის მოყრუება;
- ბ) III ტონი;
- გ) მიგრალური რეგურგიტაციის ხმაინობა;
- დ) პერიკარდიუმის ხახუნი;
- *ე) ტრიკუსპიდული რეგურგიტაციის ხმაინობა.

1162. მიოკარდიტების დროს ექსკოპიით შეიძლება აღინიშნოს:1). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია; 2). მარცხენა პარკუჭის დილატაცია;3). მარცხენა პარკუჭის კუმშვალბობის დიფუზური დაქვეითება;4). სითხე - პერიკარდიუმის ღრუში.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;

- დ) სწორია 1, 3;
- ე) სწორია 2, 3;
- *ვ) სწორია 3, 4.

1163. მიოკარდიტის გენეზის დასადგენად ყველაზე ინფორმატიულია:

- ა) კლინიკა;
- ბ) ეკგ;
- გ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- დ) ექოკარდიოგრაფია;
- *ე) მიოკარდიუმის ბიოფსია.

1164. მიოკარდიტთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მიოკარდიტი ხშირად თან სდევს ზემო სასუნთქი გზების ინფექციას;2). მიოკარდიტი შეიძლება გართულდეს ენდოკარდიტით;3). მიოკარდიტი შეიძლება გართულდეს პერიკარდიტით;4). მიოკარდიტი არასდროს რთულდება ენდოკარდიტით.

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

1165. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- ა) მიოკარდიტების დროს აუცილებელია წოლითი რეჟიმის დაცვა;
- ბ) მიოკარდიტების დროს ფიზიკურმა დატვირთვამ შეიძლება გამოიწვიოს საშიში არიტმიებისა და გულის უკმარისობის პროვოცირება;
- *გ) მიოკარდიტების დროს წოლითი რეჟიმის დაცვა საკმარისია კლინიკური სიმპტომების გაქრობამდე;
- დ) მიოკარდიტების დროს წოლითი რეჟიმის დაცვა აუცილებელია ეკგ ცვლილებების ნორმალიზებამდე;
- ე) მიოკარდიტების მძიმე ფორმების დროს წოლითი რეჟიმის დაცვა რეკომენდებულია ხანგრძლივად.

1166. მიოკარდიტის ფონზე განვითარებული გულის სისტოლური დისფუნქციის სამკურნალოდ გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი, გარდა:

- ა) ჰიდრალაზინი+იბოსორბიდ დინიტრატი;
- ბ) დიგოქსინი;
- გ) აგე-ინჰიბიტორები;
- დ) შარდმდენები;
- ე) ბეტა-ბლოკატორები;
- *ვ) კალციუმის ანტაგონისტები.

1167. ვირუსული მიოკარდიტი:1). ხშირად თვითგანკურნებადი; 2). ზოგჯერ რეციდიულია; 3). ზოგჯერ ქრონიკულია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1168. ვირუსული მიოკარდიტის დიაგნოზის დადასტურება ხდება:1). ბიოლოგიურ სითხეებში ვირუსის იდენტიფიკაციით;2). ხახის ნაცხში სპეციფიური ანტისხეულების გიგრის ცვალებადობის დაფიქსირებით;3). სისხლში სპეციფიური ანტისხეულების გიგრის ცვალებადობის დაფიქსირებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1169. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მიოკარდიტი ხშირად ბაქტერიული გენეზისაა;2). ხშირად, ბაქტერიული მიოკარდიტი წარმოადგენს სეპტიური ენდოკარდიტის გართულებას;3). ბაქტერიული მიოკარდიტი არასდროს რთულდება მიოკარდის აბსცესით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 2.

1170. დიფტერიულ მიოკარდიტთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- *ა) დიფტერიული მიოკარდიტის დროს გულის კუმშვადი ფუნქცია შენახულია;
- ბ) დიფტერიული მიოკარდიტის დროს ხშირად მიანდება გულის გამტარი სისტემა;
- გ) მიოკარდიტი დიფტერიის ერთ-ერთი ყველაზე საშიში გართულებაა;
- დ) დიფტერიის დროს სიკვდილის ხშირი მიზეზი მიოკარდიტია;
- ე) დიფტერიული მიოკარდიტის განვითარებისას პაციენტის ორგანიზმში სასწრაფოდ უნდა იქნას შეყვანილი დიფტერიული ანატოქსინი.

1171. დიფტერიის დროს:1). გულის კუნთს გამომწვევის გოქსინი ამიანებს;2). გოქსინი აინჰიბირებს პროტეინების სინთეზს;3). გოქსინი აინჰიბირებს ნახშირწყლების სინთეზს;4). გოქსინი აინჰიბირებს ცხიმების სინთეზს.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;

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

1172. ინფექციური მიოკარდიტების სამკურნალოდ:1). საჭიროა სპეციფიური ანტიბიოტიკების გამოყენება (თუკი გამოწვევი აგენტი ცნობილია);2). საჭიროა იმუნოდეპრესორული პრეპარატების გამოყენება;3). იმუნოდეპრესიის აუცილებლობა ღრუბ-ღრუბით საკამათოა;4). ანტიბიოტიკის დანიშვნა შესაძლებელია ემპირიულადაც;

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

1173. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევა განსაზღვრავს ინფექციური მიოკარდიტების მკურნალობისას იმუნოსუპრესორების გამოყენების მიზანშეწონილობას:

- ა) ეკგ;
- ბ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- გ) ექოკარდიოგრაფია;
- დ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა;
- *ე) ბიოფსია.

1174. ჩაგასის დაავადება:1). გამოწვეულია *Tripanosoma cruzi*-ით და შეიძლება გამოვლინდეს მიოკარდიტის სახით;2). ხასიათდება გულის ღრუების თბილგერაციით და პარკუჭების კედლის გათხელებით;3). ხასიათდება ანევრიზმებისა და კედლის ამჟღავნებით თრომბების განვითარებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1175. ჩაგასის დაავადება (გამოწვეულია *Tripanosoma cruzi*-ით) შეიძლება გამოვლინდეს, უპირატესად:

- ა) მარცხენა პარკუჭის უკმარისობით;
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობით;
- გ) ორივე პარკუჭის უკმარისობით;
- დ) კარდიალური ასთმით.

1176. ჩაგასის დაავადების ფონზე აღმოცენებული მიოკარდიტის დროს წარმოშობილი პარკუჭოვანი არიგმიების მკურნალობა მიზანშეწონილია:

- ა) ბეტა-ბლოკატორებით;
- ბ) პროკაინამილით (ნოვოკაინამილით);
- გ) დიმიპირამილით;
- *დ) ამიოდარონით (კორდარონით);
- ე) ლიდოკაინით.

1177. გოქსოპლამბომის ფონზე აღმოცენებული მიოკარდიტის დროს შეიძლება განვითარდეს:1). გულის უკმარისობა; 2). ექსუდაციური პერიკარდიტი;3). გულის ღრუების დილატაცია; 4). სხვადასხვა არიგმიები.

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

1178. გიგანტურ უჯრედოვანი მიოკარდიტი:1). უცნობი ეტიოლოგიის დაავადებაა;2). ხასიათდება მიოკარდიუმში მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების არსებობით;3). შეიძლება განვითარდეს სხვა დაავადებების ფონზე.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

1179. გიგანტურ უჯრედოვანი მიოკარდიტის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) ეკგ;
- ბ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- გ) ექოკარდიოგრაფია;
- დ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა;
- *ე) ბიოფსია.

1180. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). რადიაციული მიოკარდიტი ხშირად შეუღლებულია ექსუდაციურ პერიკარდიტთან;2). რადიაციული მიოკარდიტი ხშირად შეუღლებულია კონსტრიქციულ პერიკარდიტთან;3). რადიაციული მიოკარდიტის დროს ხშირად ვითარდება მიოკარდიუმის ფიბროზი.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;

- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1181. ქვემოთ მოყვანილი პრეპარატებიდან, მიოკარდიტის გამოწვევა შეუძლია ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ალრენალინი;
- ბ) პენიცილინი;
- გ) ლითიუმი;
- დ) ლიბოპირამიდი;
- *ე) პროპრანოლოლი.

1182. კოკაინის კარდიოტოქსიურობა შეიძლება გამოვლინდეს:1). კორონარული არტერიების სპაზმით; 2). მიოკარდიუმის ინფარქტით;3). არიტმიებით; 4). მიოკარდიტით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3, 4;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

პერიკარდიუმის დაავადებები

1183. პერიკარდიუმთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებები:1). პერიკარდიუმი შედგება ორი ფიბროზული ფურცლისაგან;2). ეპიკარდიუმი ამოფენს გულ-მკერდის ღრუს;3). პერიკარდიული სითხე უმრუნველყოფს პერიკარდიუმის ფურცლებს შორის ხახუნის შემცირებას;4). ნორმაში პერიკარდიუმის სითხე ასეპტიურია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

1184. პერიკარდიუმის სისხლით მომარაგებას უმრუნველყოფს:1). გულმკერდის შიგნითა და ღიაფრაგმის არტერიები;2). ფარისებური ჯირკვლის არტერიები;3). ბრონქული არტერიები; 4). საყლაპავისა და მედიასტინული არტერიები.

- *ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 4;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1185. პერიკარდიუმიდან ლიმფის უკუღებება ხორციელდება:1). შუასაყარის ლიმფური კვანძებით;2). აორტო-კაროტიდული და ბრონქო-პულმონური ლიმფური კვანძებით;3). ღიაფრაგმული ლიმფური კვანძებით.

- ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

1186. ნორმაში პერიკარდიუმს სისქეა:

- ა) 0,5 მმ;
- ბ) 1 - 1,5 მმ;
- *გ) 5 - 10 მმ;
- დ) 11 - 15 მმ;
- ე) 16 - 20 მმ.

1187. ნორმაში პერიკარდიუმის ღრუ შეიცავს:

- ა) 5 მლ - მდე სითხეს;
- *ბ) 50 მლ - მდე სითხეს;
- გ) 100 - 200 მლ სითხეს;
- დ) 300 - 500 მლ.

1188. პერიკარდიუმის ძირითადი ფუნქციებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის დაცვა ნორმაზე მეტად გაჭიმვისაგან;
- ბ) გულის ფიქსაცია;
- გ) გულსა და მიმდებარე ქსოვილებს შორის ხახუნის მინიმუმამდე შემცირება;
- დ) ღიდი სისხლძარღვების დაცვა გადაგრეხვისაგან;
- ე) ფილტვებიდან და შუასაყარიდან ინფექციის გულზე გავრცელების თავიდან აცილება;
- *ვ) გულის ნორმალური კუმშვადობის უმრუნველყოფა.

1189. გულის მუშაობისას, განდენის ფაზაში პერიკარდიუმის შიგნით ვითარდება:

- *ა) უარყოფითი წნევა;
- ბ) დადებითი წნევა;
- გ) წნევის მხრივ რაიმე სპეციფიური ცვლილებები არ აღინიშნება;

- დ) უარყოფითი წნევა, რომელიც თანდათან დადებითი ხდება;
- ე) დადებითი წნევა, რომელიც თანდათან უარყოფითი ხდება.

1190. ანთების ხასიათის მიხედვით, არჩევენ შემდეგი ტიპის პერიკარდიტებს: 1). ფიბროზული; 2). სეროზულ-ფიბროზული; 3). ჰემორაგიული; 4). ქსანგომატოზული; 5). ჩირქოვანი.

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

1191. პაციენტს აღენიშნება ხანგრძლივი მძიმე ჰიპერტენზიის ფონზე განვითარებული თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა. უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში მას კვირაში 2-ჯერ უტარდება ჰემოდიალიზი; უკანასკნელ პერიოდში პროცედურის ჩატარებისას ავადმყოფს აღენიშნება ჰიპოტენზიის ეპიზოდები. ამჟამად პაციენტი უჩივის ტკივილს გულმკერდის არეში, რომელიც სუსტდება ფეხზე დგომისას და ძლიერდება ღრმად სუნთქვისას. ტკივილის მიზეზია:

- *ა) პერიკარდიტი;
- ბ) გულის იშემიური დაავადება;
- გ) საყლაპავის დიფუზური სპაზმი;
- დ) ფილგეების ემბოლია;
- ე) ოსტეოქონდროზი.

1192. ასპეტიურ პერიკარდიტებს მიეკუთვნება: 1). ჰემატოლოგიური პათოლოგიების ფონზე განვითარებული პერიკარდიტები; 2). ავთვისებიანი სიმსივნეების ფონზე განვითარებული პერიკარდიტები; 3). ალერგიული გენეზის პერიკარდიტები; 4). აუტომუნური პერიკარდიტები; 5). ვირუსული პერიკარდიტები; 6). სოკოვანი პერიკარდიტები.

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

1193. მწვავე პერიკარდიტის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტკივილის სინდრომი;
- ბ) პლეურის ხახუნის ხმიანობა;
- გ) პერიკარდის ღრუში სითხის არსებობა;
- დ) ხველა;
- ე) ჰაერის უკმარისობა;
- *ვ) თრომბოემბოლიური გართულებები.

1194. პერიკარდიტის გამომწვევ მიზეზს შეიძლება წარმოადგინდეს: 1). ინფექციური აგენტი; 2). ორგანიზმში მიმდინარე არაინფექციური პროცესები; 3). აუტომუნური პროცესები; 4). ორგანიზმის ჰიპერსენსიბილიზაცია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

1195. ინფექციური გენეზის პერიკარდიტებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ვირუსული პერიკარდიტი;
- ბ) ტუბერკულოზური პერიკარდიტი;
- გ) სოკოვანი პერიკარდიტი;
- *დ) ინფექციური მონონუკლეოზის ფონზე განვითარებული პერიკარდიტი;
- ე) ჩირქოვანი პერიკარდიტი;
- ვ) სიფილისური პერიკარდიტი.

1196. ტკივილის სიმპტომი ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- *ა) ინფექციური პერიკარდიტებისთვის;
- ბ) ურემიული პერიკარდიტებისთვის;
- გ) სიმსივნური პერიკარდიტებისთვის;
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე განვითარებული პერიკარდიტებისთვის;
- ე) თანაბრად ყველა ჩამოთვლილისთვის.

1197. პერიკარდიტის დროს ტკივილი შეიძლება ლოკალიზდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ადგილას, გარდა:

- ა) კისრის არეში;
- ბ) მხრების არეში;
- გ) ეპიგასტრიუმში;
- დ) მკერდის ძვლის უკან;
- *ე) მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

1198. მწვავე პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელ ტკივილთან მიმართებაში, მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ყრუ, გეწოლითი ხასიათისა;
- ბ) 30 წთ-ზე მეტი ხანგრძლივობისა;
- გ) დაკავშირებულია მოძრაობასა და სუნთქვასთან;

- დ) ლაკვიმირებულია ყლაპვასთან;
- *ე) მცირდება ნიგროგლიცერინის მიღებისას;

1199. მწვავე ფიბროზული პერიკარდიტის ყველაზე მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს:

- ა) ტაქიკარდია;
- *ბ) პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა;
- გ) ტკივილი;
- დ) ლისფაგია;
- ე) წნევის დაქვეითება;
- ვ) წნევის მომატება;
- ზ) ხველა.

1200. პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობის წარმოქმნისათვის აუცილებელია:1). პერიკარდიუმის ფურცლებზე ფიბროზული ნაღების არსებობა;2). პერიკარდიუმის ფურცლების ურთიერთშეხების შენარჩუნება;3). პერიკარდიუმის ღრუში სითხის არსებობა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1201. პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა შეიძლება მოვისმინოთ:1). გულის აბსოლუტური მოყრუების მთელი ზონის ფარგლებში;2). მარცხენა მედიოკლავიკულურ ხაზზე - IV ნეკნთაშუა სივრცეში;3). ბეჭთა შორის სივრცეში; 4). ეპიგასტრიუმის არეში.

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

1202. პერიკარდის ხახუნის ხმიანობა ყველაზე ხშირად მოისმინება:

- ა) ჩასუნთქვის ფაზაში;
- *ბ) ამოსუნთქვის ფაზაში;
- გ) თანაბრად ორივე ფაზაში;
- დ) არანაირ კავშირში არ არის სუნთქვის ფაზებთან.

1203. პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა:1). მოისმინება მუდმივად; 2). მოისმინება პერიოდულად;3). შედგება პრესისტოლური, სისტოლური და ალტრეული დიასტოლური კომპონენტებისაგან;4). შედგება პრესისტოლური, სისტოლური, ალტრეული დიასტოლური და მეზოდიასტოლური კომპონენტებისაგან.

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

1204. პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა უკეთესად მოისმინება:1). მჯლომარე, წინ გადახრილ პოზაში; 2). მჯლომარე უკან გადახრილ პოზაში;3). მარცხენა გვერდზე წოლისას; 4). მარჯვენა გვერდზე წოლისას.

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

1205. მწვავე პერიკარდიტისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- *ა) ბრადიკარდია;
- ბ) სხეულის ტემპერატურის მომატება;
- გ) ტკივილის სინდრომი;
- დ) პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა;
- ე) ლისფაგია (ტკივილის გაძლიერება ყლაპვის დროს).

1206. ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან ექსუდაციური პერიკარდიტის განვითარება ყველაზე მეტად ახასიათებს:

- *ა) ტუბერკულოზს;
- ბ) მიქსედემას;
- გ) სიმსივნეებს;
- დ) წითელ მგლურას;
- ე) სოკოვან ინფექციებს.

1207. ექსუდაციური პერიკარდიტის და ინტენსიური ტკივილის სინდრომის ასოცირება ძირითადად დამახასიათებელია:1). ინფექციური პროცესებისათვის; 2). ღრესლერის სინდრომისთვის;3). ნეოპლასტიური პროცესებისთვის; 4). ურემიისთვის;5). თანაბრად ყველა ზემოთ ჩამოთვლილიათვის.

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

1208. ექსულაციური პერიკარდიტის კლინიკას განსაზღვრავს:1). პერიკარდიუმის ღრუში დაგროვილი სითხის რაოდენობა;2). სითხის დაგროვების სიჩქარე; 3). ექსულაციის ხასიათი.

*ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1209. პერიკარდიტული ექსულაცი:1). ყოველთვის ვლინდება კლინიკურად; 2). შეიძლება არ გამოვლინდეს კლინიკურად;3). შეიძლება ასოცირებული იყო პერიკარდიუმის ხახუნის ხშიანობასთან;4). გამორიცხავს პერიკარდიუმის ხახუნის ხშიანობის მოსმენის შესაძლებლობას.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

*გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1210. ექსულაციური პერიკარდიტის განვითარებაზე შეიძლება მიუთითებდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ქოშინი და ციანოზი;

ბ) გულის ტონების მოყრუება;

გ) გულის მოყრუების საზღვრების გადიდება;

დ) კისრის ვენების დაბერვა;

ე) პარადოქსული პულსი;

*ვ) სისტოლური არტერიული წნევის მომაგება.

1211. ექსულაციური პერიკარდიტისთვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) იძულებითი პოზი;

ბ) შეგუბებითი მოვლენები დიდ წრეში;

*გ) ბრადიკარდია;

დ) ბრონქული სუნთქვა;

ე) პარადოქსული პულსი.

1212. ექსულაციური პერიკარდიტის დროს:1). გულის დიასტოლური ავსება მცირდება; 2). გულის სისტოლური მოცულობა იზრდება; 3). აღინიშნება გულის ტონების მოყრუება; 4). აღინიშნება კარგი ავსების პულსი.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 3.

1213. "პარადოქსული პულსი" - ეს არის:

*ა) ჩასუნთქვისას გულის სისტოლური მოცულობის მკვეთრად შემცირება;

ბ) ჩასუნთქვისას გულის სისტოლური მოცულობის გაზრდა;

გ) გულის რიგმის დარღვევა;

დ) მომაგებული ტემპერატურის ფონზე ბრადიკარდიის განვითარება.

1214. პერიკარდიუმის ღრუში თანდათან დაგროვილი სითხის მინიმალური რაოდენობა,რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს გამპონადის - განვითარება, შეესაბამება:

ა) 150 მლ;

ბ) 250 მლ;

*გ) 500 მლ;

დ) 1 000მლ;

ე) 1 500 მლ.

1215. გულის გამპონადაზე ყველაზე მეტად მიუთითებს:

*ა) პარადოქსული პულსი;

ბ) დიდი პულსური წნევა;

გ) კუსმაულის ნიშანი;

დ) II ტონის ფიქსირებული გახლეჩა;

ე) მარცხენა პარკუჭის მწვერვალის საძვერის გაძლიერება.

1216. გულის გამპონადასთან მიმართებაში მართებულია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ლებულება, გარდა::

ა) თანდათან დაგროვილმა სითხის დიდმა რაოდენობამ შეიძლება არ გამოიწვიოს გამპონადის განვითარება;

ბ) სწრაფად დაგროვილმა სითხის მცირე რაოდენობამ შეიძლება გამოიწვიოს გამპონადის განვითარება;

გ) გამპონადას ახასიათებს ინტრაპერიკარდიული წნევის მომაგება 15 მმ ვწყ. სვ-მდე და მეტად;

დ) გამპონადის განვითარებისას ინტრაპერიკარდიული წნევის მომაგება მდუღავს გულთან ვენურ მიდინებას;

*ე) გამპონადის დროს აღინიშნება გულის სისტოლური მოცულობის გაზრდა.

1217. გულის გამპონადის დროს ჩასუნთქვისას:1). მარჯვენა პარკუჭის მოცულობა იზრდება;2). მარჯვენა პარკუჭის მოცულობა მცირდება;3). მარცხენა პარკუჭის მოცულობა იზრდება;4). მარცხენა პარკუჭის მოცულობა მცირდება.

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

1218. გულის გამპონადისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მკვეთრი ქოშინი;
- ბ) ციანოზი;
- გ) ტაქიკარდია;
- დ) ძაფისებრი პულსი;
- *ე) არტერიული ჰიპერტენზია.

1219. გულის გამპონადისათვის დამახასიათებელია: 1). ქოშინი; 2). ორთოპნოე; 3). კარდიალური ასთმის შეგვეები; 4). შეგუება ღიდ წრეში.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 4.

1220. გულის გამპონადის დროს აღინიშნება: 1). სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითება; 2). ნორმალური ან გაზრდილი არტერიული წნევა; 3). პარადოქსული პულსი.

- ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

1221. ფიბროზული პერიკარდიტის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ინფორმატიულია:

- ა) რენტგენოგრაფია;
- ბ) ექოკარდიოგრაფია;
- *გ) აუსკულტაცია;
- დ) ეკგ;
- ე) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა;

1222. ექსულაციური პერიკარდიტის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია:

- ა) აუსკულტაცია;
- ბ) რენტგენოსკოპია;
- გ) ეკგ;
- *დ) ექოკარდიოგრაფია;
- ე) რადიოიზოტოპური გამოკვლევა.

1223. მწვავე პერიკარდიტის დროს ეკგ ცვლილებები (ექსულაციის მცირე რაოდენობით არსებობისას) უმეტესად განპირობებულია: 1). სუბეპიკარდიული შრეების დაზიანებით; 2). სუბენდოკარდიული შრეების დაზიანებით; 3). მიოკარდიუმის დაზიანებით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 1.

1224. ფიბროზული პერიკარდიტისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) ST სეგმენტის ელევაცია;
- ბ) T კბილის ინვერსია;
- გ) R კბილის ამპლიტუდის მკვეთრად შემცირება;
- *დ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

1225. ექსულაციური პერიკარდიტის ეკგ ნიშნებია: 1). შეცვლილი ფორმისა და პოლარობის T კბილი; 2). დაბალვოლტაჟიანი ეკგ; 3). ელექტრული ალტერნაცია; 4). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები; 5). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

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

1226. ექსულაციური პერიკარდიტის რენტგენოლოგიური ნიშნებია: 1). გულის ზომების გადიდება; 2). გულის პულსაციის შესუსტება; 3). გულის კონტურების გაღასწორება; 4). პერიკარდიუმის კალციფიკაცია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1227. ინფექციური პერიკარდიტიდან შეღარებით იშვიათია: 1). ვირუსული პერიკარდიტი; 2). ტუბერკულოზური პერიკარდიტი; 3).

ბაქტერიული პერიკარდიტი; 4). სოკოვანი პერიკარდიტი.

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

1228. ბაქტერიული პერიკარდიტის დროს პერიკარდიუმში ინფექცია აღწევს:1). პირდაპირი გზით - გრავემების დროს; 2). ჰემატოგენური გზით - სეფსისის დროს;3). კონტაქტური გზით მეზობელი ორგანოებიდან;4). ლიმფური გზით მეზობელი ორგანოებიდან.

- *ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი გზით;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 2.

1229. ინფექციური პერიკარდიტის საწყისი სტადიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტემპერატურის მომატება;
- ბ) ტკივილი - მკერდის ძვლის უკან და გულის არეში;
- გ) მჯღომარე მდგომარეობაში გადასვლისას ტკივილის ინტენსივობის შესუსტება;
- დ) ლისპნოე;
- ე) პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა;
- *ვ) ღამის პაროქსიზმული ქოშინი.

1230. ვირუსული პერიკარდიტებისთვის დამახასიათებელია:1). პერიკარდიტის კლინიკური ნიშნების გამოვლინება ვირუსული დაავადების გადატანის 10 - 12 დღის შემდეგ;2). ცხელებისა და ტკივილის სინდრომის ერთდროულად გამოვლინება;3). ტკივილის სინდრომის გამოვლინება ცხელების განვითარებამდე;4). ტკივილის სინდრომის გამოვლინება ცხელების შემდეგ.

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

1231. ვირუსული და იდიოპათიური პერიკარდიტების დროს:1). ტამპონადა და კონსტრიქციები ხშირად ვითარდება;2). ტამპონადა და კონსტრიქციები - იშვიათად ვითარდება;3). მიოკარდიუმის დაზიანება ხშირად ვითარდება;4). მიოკარდიუმის დაზიანება იშვიათად ვითარდება.

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

1232. ვირუსული პერიკარდიტების დიაგნოსტიკის მხედველობაში მისაღებია:1). კლინიკური სურათი; 2). პერიკარდიული სითხიდან ვირუსის გამოყოფა;3). სისხლში ვირუსის მიმართ ანტისხეულების ტიტრის გაზრდა;4). სისხლში მიოკარდიული ფერმენტების ღონის გაზრდა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

1233. რაციონალური მკურნალობის ფონზე ვირუსული პერიკარდიტის ყველაზე იშვიათი გამოსავალია:

- ა) სრული გამოჯანმრთელება;
- *ბ) დაავადების განკურნების შეუძლებლობა;
- გ) მკურნალობის შემდეგ 2 წლის განმავლობაში რამდენიმე რეციდივის განვითარება;
- დ) მკურნალობიდან 2 წლის შემდეგ რეციდივების ალბათობის შემცირება;
- ე) მკურნალობიდან ორი წლის შემდეგ ხშირი რეციდივების განვითარება.

1234. ვირუსული და იდიოპათიური პერიკარდიტების დროს:1). ST სეგმენტის ცვლილებები სწრაფად უბრუნდება ნორმას;2). ST სეგმენტის ცვლილებები რჩება წლების განმავლობაში;3). T კბილის ცვლილებები სწრაფად უბრუნდება ნორმას;4). T კბილის ცვლილებები რჩება წლების განმავლობაში.

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

1235. გუბერკულოზური პერიკარდიტის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციის გავრცელებამ:1). ჰემატოგენური გზით;2). ლიმფური გზით (მელიასტინური და გრანულოზობრუნქული ლიმფური კვანძებიდან);3). კონტაქტური გზით (მეზობელი ორგანოებიდან).

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1236. გუბერკულოზური პერიკარდიტის დროს შეიძლება განვითარდეს:1). ჩირქოვანი ექსუდატი; 2). კონსტრიქციები; 3). გაკირული უბნები.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;

- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

1237. გუბერკულოზური პერიკარდიგის დროს :1). ექსულაგი ყოველთვის დიდი მოცულობისაა;2). ექსულაგი შეიძლება იყოს მცირე, ზომიერი ან დიდი რაოდენობით;3). პუნქტაგი ყოველთვის შეიცავს მიკობაქტერიებს;4). პუნქტაგში ხშირად ვერ ხერხდება გამოძვების აღმოჩენა.

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

1238. გუბერკულოზური პერიკარდიგის დროს პერიკარლულ სითხეში ჭარბობენ:

- ა) ეოზინოფილები;
- ბ) მონოციტები;
- *გ) ლიმფოციტები;
- დ) ბაზოფილები;
- ე) ერითროციტები;

1239. „დრესლერის სინდრომი“ მიეკუთვნება:

- ა) ინფექციურ პერიკარდიტებს;
- ბ) სიმსივნურ პერიკარდიტებს;
- გ) ანემიის ფონზე განვითარებულ პერიკარდიტებს;
- დ) ოჯახურ პერიკარდიტებს;
- *ე) ჰიპერმგრძობლობასთან და აუტოიმუნურ პროცესებთან დაკავშირებულ პერიკარდიტებს;
- ვ) მიქსელემის დროს განვითარებულ პერიკარდიტებს.

1240. მიოკარდიუმის ინფარქტით გამოწვეული დრესლერის სინდრომისათვის ყველაზე ნაკლებად დამახასიათებელია:

- ა) ტკივილი;
- ბ) სიცხე;
- გ) პერიკარდიული ექსულაგი;
- დ) პლევრალური ექსულაგი;
- *ე) გამჟონადის განვითარება.

1241. მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს დრესლერის სინდრომის განვითარებაზე მიუთითებს:1). ეკგ-ზე Q კბილის გაჩენა ან გაღრმავება; 2). T კბილის ნაადრევი დინამიკა;3). სისხლში მიოკარდიული ფერმენტების დონის დაქვეითება;4). სისხლში მიოკარდიული ფერმენტების დონის გაზრდა.

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

1242. რეემატიული პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელია:1). პერიკარდიგის ნიშნების გამოვლინება - ლაგალების განვითარებიდან მე-2 კვირის დასაწყისში;2). შეღარებით მცირე რაოდენობის ექსულაგი;3). მიოკარდიუმის დამიანებასთან შეუღლება;4). კონსტრიქციების ხშირად განვითარება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

1243. ურემიულ პერიკარდიტთან მიმართებაში მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულება, გარდა:

- ა) ურემიული პერიკარდიტი წარმოადგენს თირკმლის უკმარისობის გართულებას;
- ბ) ურემიული პერიკარდიტის განვითარებისათვის არ აქვს მნიშვნელობა თირკმლის უკმარისობის გამომწვევ მიზეზს;
- *გ) ურემიული პერიკარდიტი მხოლოდ არანამკურნალე ავადმყოფებში, ვითარდება;
- დ) ურემიული პერიკარდიტი შეიძლება კლინიკურად არ გამოვლინდეს.

1244. ურემიული პერიკარდიტის ხშირი გამოვლინებაა:1). ტკივილი - გულის არეში; 2). სხეულის გემპერაგურის მომაგება;3). პერიკარდიუმის ხახუნის ხშიანობა; 4). ჰემორაგიული ექსულაგი;5). ექსულაგის სწრაფად დაგროვება.

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

1245. კონსტრიქციული პერიკარდიტი ხშირად ვითარდება:1). გუბერკულოზის ფონზე; 2). სიმსივნეების ფონზე; 3). კარდიოქირურგიული ჩარევების შემდეგ; 4). მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე; 5). რეემატიზმის ფონზე.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3, 5;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1246. კონსტრიქციული პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ფიბროზული ხასიათი;
- ბ) პერიკარდიუმის კელეების გასქელება;
- გ) პერიკარდიუმის ფურცლებს შორის შეხორცებების წარმოქმნა;
- *დ) პერიკარდიუმის აგროფია;
- ე) პერიკარდიუმის ღრუს ობლიგერაცია;

1247. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს ჰემოდინამიკური დარღვევები განპირობებულია:1). გულის დიასტოლური ავსების პროცესის დარღვევით;2). დამზინებული მთლიანი პერიკარდიუმის კუმულაციის დაქვეითებით;3). გულის დარღვევითი მოცულობის მცირედ შემცირებით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1248. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს:1). პარკუჭების საბოლოო-დიასტოლური წნევა მაგულობს;2). ფილტვების ვენებში წნევა კლებულობს; 3). სისტოლური ვენური წნევა მაგულობს.

- ა) სწორია ყველა პასუხი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1249. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს ყველაზე ხშირად:

- ა) იზრდება გულის მარჯვენა ნახევრის მოცუბი;
- ბ) იზრდება გულის მარცხენა ნახევრის მოცუბი;
- გ) იზრდება მთლიანად გულის მოცუბი;
- *დ) გულის მოცუბი უცვლელი რჩება.

1250. კონსტრიქციულ პერიკარდიტთან მიმართებაში მართებულია:1). მარცხენა წინაგულის წნევა ხშირად ნაკლებია მარჯვენა წინაგულის წნევაზე;2). მარცხენა წინაგულის წნევა ხშირად მარჯვენა წინაგულის წნევის გოლია;3). ჩასუნთქვისას ვენური წნევა (კუსმაულის ნიშანი) არ მცირდება;4). ჩასუნთქვისას ვენური წნევა (კუსმაულის ნიშანი) მცირდება.

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

1251. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს:

- ა) ვენური და არტერიული წნევა არ იცვლება;
- ბ) ვენური და არტერიული წნევა იმატებს;
- გ) ვენური და არტერიული წნევა მცირდება;
- *დ) ვენური წნევა იმატებს, არტერიული-მცირდება;
- ე) ვენური წნევა მცირდება, არტერიული-იმატებს.

1252. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს პარკუჭების ავსება ძირითადად ხდება:1). სისტოლაში; 2). აღრეულ დიასტოლაში; 3). გვიან დიასტოლაში.

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

1253. კონსტრიქციული პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელია:1). სისუსტე; 2). წონაში დაკლება; 3). დისპნოე; 4). პერიფერიული შეშუპება.

- *ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4.

1254. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს ყველაზე იშვიათია:

- ა) აკროციანოზი;
- ბ) ორთოპნოე;
- გ) ნორმალური მომის გული;
- დ) ქვემო კიდურების შეშუპება;
- *ე) კარდიალური ასთმის შეტევები.

1255. კონსტრიქციული პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელია:1). ჩასუნთქვისას ვენური წნევის შემცირება; 2). პარადოქსული პულსი;3). კისრის ვენების დაბერვა; 4). ქოშინი - მოსვენებით მდგომარეობაში;5). ქოშინი - მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვისას.

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

1256. კონსტრიქციული პერიკარდიტისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მწვერვალის საძგერის ინტენსივობის შემცირება;

- ბ) გულის გონების მოყრუება;
- გ) სამწვერა რიტმი;
- *დ) სისტოლური შუილი - მწვერვალზე;
- ე) პარადოქსული პულსი.

1257. კონსტრიქციული პერიკარდიტის შორს წასული ფორმის და ღვიძლის ციროზის ძირითად განმასხვავებელ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ჰეპატომეგალია;
- ბ) სპლენომეგალია;
- გ) ასციტი;
- *დ) კისრის ვენების დაბერვა;
- ე) არცერთი ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ვ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი.

1258. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ღროს პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებაზე შეიძლება მიუთითებდეს:

- *ა) ვენური წნევის მომატება;
- ბ) ვენური წნევის შემცირება;
- გ) არტერიული წნევის გაზრდა;
- დ) არტერიული წნევის შემცირება.

1259. კონსტრიქციული პერიკარდიტის რენტგენოლოგიურ ნიშნებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ტრაპეციული ფორმის გული;
- ბ) გულის რკალების გადასწორება;
- გ) გულის პულსაციის დაქვეითება;
- დ) კალციფიკაციები-პერიკარდიუმში.

1260. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ექოსკოპიური ნიშნებია:1). პერიკარდიუმის გასქელება; 2). გულის ღრუების ზომების შემცირება; 3). მთლიანად პერიკარდიუმის შიშვანება; 4). გულის ღრუების დილატაცია; 5). კალციფიკაციები პერიკარდიუმში.

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

1261. პერიკარდიტული ტკივილის შესამსუბუქებლად „არჩევის“ პრეპარატია:

- ა) ნიტრატები;
- ბ) პაპავერინი;
- *გ) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- დ) სტეროიდები;
- ე) ნარკოტიკული ანალგეტიკები.

1262. ჩირქოვანი პერიკარდიტის მკურნალობისას აუცილებელია:1). პერიკარდიუმის ღრუდან ექსუდატის ევაკუაცია;2). ღრუს სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარით გამორეცხვა;3). ღრუში ანტიბიოტიკების შეყვანა.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

1263. ჩირქოვანი პერიკარდიტის მკურნალობისათვის ანტიბიოტიკის მიღების ყველაზე რაციონალური გზაა:1). პერორალური; 2). პარენტერალური; 3). ინტრაპერიკარდიული.

- ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2, 3.

1264. ვირუსული და იდიოპათიური პერიკარდიტების მკურნალობისთვის გამოიყენება:1). ასპირინი; 2). ინდომეტაცინი; 3). კლაფორანი; 4). პრედნიზოლონი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 4.

1265. ვირუსული და იდიოპათიური პერიკარდიტების თერაპიისთვის ასპირინის სავარაუდო დოზაა:

- ა) 100 მგ. 3-4 -ჯერ დღეში;
- ბ) 250 მგ. 3-4 -ჯერ დღეში;
- გ) 500 მგ. 3-4 -ჯერ დღეში;
- *დ) 650 მგ. ყოველ 4 საათში ერთხელ.

1266. ვირუსული და იდიოპათიური პერიკარდიტების თერაპიისთვის პრედნიზოლონის სავარაუდო დღიური დოზაა:

- ა) 15 - 30 მგ;
- *ბ) 30 - 80 მგ;
- გ) 80 - 100 მგ;
- დ) 100 - 120 მგ;

ე) 120 - 150 მგ.

1267. სიმსივნური (ავთვისებიანი) პერიკარდიტების მკურნალობისთვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) პერიკარდიუმის ღრუს პუნქცია;

*ბ) პერიკარდიუმის ღრუს სანაცია - სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარით;

გ) პერიკარდიუმის ღრუში ციგოსტატიკების შეყვანა; დ) სხვიური თერაპია.

1268. ურემიული პერიკარდიტის მკურნალობისთვის გამოიყენება: 1). ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები; 2). გლუკოკორტიკოიდები; 3). ჰემოლიალიზი; 4). ანტიბიოტიკები.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1269. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ქირურგიული მკურნალობისთვის ოპტიმალური მეთოდია: 1). მთლიანი პერიკარდექტომია; 2). ნაწილობრივი პერიკარდექტომია; 3). ენდოსკოპიული პერიკარდექტომია.

ა) ყველა მეთოდით ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

*დ) სწორია 2, 3.

1270. კონსტრიქციული პერიკარდიტის დიაგნოზზე მიუთითებს:

ა) I ტონის გაძლიერება;

ბ) მკერდის ძვლის მარცხენა კილის გასწვრივ II ტონის აქცენტი;

*გ) კისრის ვენების დაბერვა, რომელიც ძლიერდება ჩასუნთქვისას;

დ) გულის სხეულს სხვადასხვა კამერაში დიასტოლური წნევების უთანაბრობა;

ე) მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნების სიჭარბე.

1271. პერიკარდიუმის ღრუს პუნქციის ჩატარების ჩვენებაა: 1). გულის ტამპონადის ნიშნების გამოვლენა; 2). ეჭვი ექსუდატის ჩირქოვან ხასიათზე; 3). სხვა მეთოდით დიაგნოზის დამუშავების შეუძლებლობა; 4). ექსუდატის ნელი გაწოვა.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4.

1272. გულის ტამპონადის დროს ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების დროებითი სტაბილიზაცია შეიძლება მიღწეულ იქნას: 1). პლამბის ჩამნაცვლებული ხსნარების ინფუზიით; 2). ნორადრენალინის შეყვანით; 3). ლობუტამინის შეყვანით; 4). გლიკოზიდების შეყვანით.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

ინფექციური ენდოკარდიტი

1273. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

ა) ინფექციური და სეპტიური ენდოკარდიტი იდენტური ცნებებია;

ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი - გულის სარქველების ანთებაა;

გ) ინფექციური ენდოკარდიტი - ენდოკარდიუმის ანთება;

დ) ინფექციური ენდოკარდიტი უვითარდებათ იმ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ თანდაყოლილი ან შეძენილი გულის მანკი;

ე) მაღალი ვირულენტობის მიკროორგანიზმებმა ინფექციური ენდოკარდიტი შეიძლება გამოიწვიონ სრულიად ჯანმრთელ პირებშიც;

*ვ) ინფექციური ენდოკარდიტი ხშირად თვითგანკურნებადი პროცესია და არ ხასიათდება მაღალი ლეტალობით.

1274. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მნიშვნელოვნად ზრდის ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარების რისკს, გარდა:

ა) აორტის კოარქტაცია;

ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი;

*გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი;

დ) ხელოვნური სარქველი; ე). ღია ბოგალის სადინარი.

1275. ინფექციური ენდოკარდიტი ყველაზე ნაკლებად ვითარდება:

ა) სტომატოლოგიური მანიპულაციების ფონზე;

ბ) ნარკოტიკების პარენტერალურად მოხმარების ფონზე;

გ) გულის სარქველების პროთეზირების ფონზე;

დ) ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის ფონზე;

ე) კათეტერიზაციით გამოწვეული ფლებიტების ფონზე;

*ვ) გასტროინტენსიური ტრაქტის ზემო ნაწილებზე მანიპულაციების ფონზე;

ზ) მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის ფონზე;

1276. ინფექციური ენდოკარდიტი შეიძლება მიმდინარეობდეს: 1). ელვისებურად; 2). მწვავედ; 3). ქვემწვავედ; 4). ფარულად.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 2, 3.

1277. გულის სარქველების პროთეზირებისას ინფექციური ენდოკარდიტის გამომწვევეი ხშირი მიზეზია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მამწვანებელი სტრეპტოკოკი;
- ბ) ოქროსფერი სტაფილოკოკი;
- გ) ენტეროკოკი;
- დ) ლიფტერიისმაგვარი ბაქტერია;
- ე) ეპიდერმული სტაფილოკოკი.

1278. სტომატოლოგიური მანიპულაციის ფონზე განვითარებული ინფექციური ენდოკარდიტი ძირითად გამოწვეულია:

- *ა) მამწვანებელი სტრეპტოკოკით;
- ბ) ენტეროკოკით;
- გ) ოქროსფერი სტაფილოკოკით;
- დ) ეპიდერმული სტაფილოკოკით;
- ე) პნევმოკოკით.

1279. პარენჩერალურად ნარკოტიკების გამოყენების ფონზე განვითარებული ინფექციური ენდოკარდიტის გამომწვევია: 1). ოქროსფერი სტაფილოკოკი; 2). A ჯგუფის სტრეპტოკოკი; 3). პნევმოკოკი; 4). ენტეროკოკი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 3, 4.

1280. ინფექციური ენდოკარდიტი ყველაზე ხშირად გამოწვეულია:

- ა) ოქროსფერი სტაფილოკოკით;
- *ბ) სტრეპტოკოკით;
- გ) ენტეროკოკით;
- დ) პნევმოკოკით;
- ე) გრამუარყოფითი ბაქტერიებით.

1281. საშარდე გზების ინფექციების ფონზე განვითარებული ინფექციური ენდოკარდიტის გამომწვევეი ძირითადია: 1). ენტეროკოკი; 2). ოქროსფერი სტაფილოკოკი; 3). სტრეპტოკოკი; 4). გრამუარყოფითი ბაქტერიები.

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

1282. არაბაქტერიული თრომბოზული ენდოკარდიტი ყველაზე ხშირად ასოცირებულია:

- *ა) სიმსივნის გერმინალურ სტადიასთან;
- ბ) წითელ მგლურასთან;
- გ) სუბლიაფრაგმულ აბსცესთან;
- დ) გულის თანდაყოლილ დაზავალებასთან.

1283. ინფექციური ენდოკარდიტი ყველაზე ხშირად აზიანებს:

- ა) აორტის სარქველს;
- *ბ) ორკარიან სარქველს;
- გ) სამკარიან სარქველს;
- დ) ფილტვის არტერიის სარქველს;
- ე) თანაბრად ყველა სარქველს.

1284. ინფექციური ენდოკარდიტი ყველაზე იშვიათად ვითარდება შემდეგი პათოლოგიის ფონზე:

- ა) სარქველების რეგმატიული დაზიანება;
- ბ) სარქველების ათეროსკლეროზული დაზიანება;
- გ) მიგრალური პროლაფსი - რეგურგიტაციით;
- დ) მარჯანის სინდრომი;
- ე) აორტის კოარქტაცია;
- ვ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი;
- *ზ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი.

1285. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტის პათოგენების მნიშვნელოვანი რგოლია ბაქტერიების ენდოკარდიუმთან მიმაგრება;
- ბ) ბაქტერიების მიმაგრება ხდება ენდოკარდიუმის დაზიანებული ადგილის დისტალურად;
- *გ) ენდოკარდიუმის დაზიანებული ადგილის დისტალურად, სხვა უბნებთან შედარებით, სისხლის დინების სიჩქარე და წნევა გაზრდილია;
- დ) ენდოკარდიუმის დაზიანებულ უბნებში გააღვივებულია თრომბოზული ნაღებების წარმოქმნა;
- ე) თრომბოზული ნაღებები ხელსაყრელი ადგილია ბაქტერიების მიმაგრებისთვის.

1286. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- ა) სისხლში მოციროკულირე მიკროორგანიზმები ენლოთელიუმზე მიმაგრების შემდეგ იფარებიან ფიბრინული ნაღებით, რაც იწვევს ე.წ. ვეგეტაციების წარმოქმნას;
- ბ) ვეგეტაციების შიგნით მიკრობები გადადიან ზრდის "სტაგიურ" ფაზაში;
- *გ) ვეგეტაციების შიგნით მიკრობები ანტიბიოტიკების მიმართ მაღალმგრძობიარენი არიან;
- დ) დიდი ზომის ვეგეტაციებმა შეიძლება დაახშონ სარქვლების სახათური;
- ე) დიდი ზომის ვეგეტაციები შეიძლება მოწყუნენ კელლიდან და წარმოქმნან ემბოლები.

1287. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: ინფექციური ენლოკარდიტის დროს:1). მაღალპათოგენური მიკროორგანიზმები სწრაფად იწვევენ სარქვლების მნიშვნელოვან ლესტრუქციას;2). მაღალპათოგენური მიკროორგანიზმები ნაკლებად ამიანებენ სარქველებს, მაგრამ წარმოქმნიან დიდ "პოლიპეპტიდურ ვეგეტაციებს";3). ნაკლებად პათოგენური მიკროორგანიზმები იწვევენ სარქვლების მნიშვნელოვან ლესტრუქციას;4). ნაკლებად პათოგენური მიკროორგანიზმები ხასიათდებიან დიდი "პოლიპეპტიდური ვეგეტაციების" წარმოქმნის უნარით.

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

1288. ინფექციურ ენლოკარდიტთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- ა) ინფექციური ენლოკარდიტის დროს ინფექციური პროცესი სარქვლებიდან მიმდებარე ენლოკარდიუმზე შეიძლება გავრცელდეს;
- ბ) ინფექციური პროცესის ენლოკარდიუმზე გავრცელების შედეგად შეიძლება წარმოქმნას მიკოზური ანევრიზმა;
- გ) ინფექციური ენლოკარდიტის დროს შეიძლება აღინიშნოს გულის გამტარი სისტემის ნორმალური ფუნქციონირების დარღვევა;
- დ) ინფექციური პროცესის მყვსოვან ქორლებზე გავრცელებისას შეიძლება მოხდეს ქორლების გაგლეჯა და განვითარდეს სარქვლების მწვავე ნაკლოვანება;
- *ე) ინფექციური ენლოკარდიტების დროს არასდროს ყალიბდება მიოკარდიუმის აბსცესი.

1289. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: ინფექციური ენლოკარდიტის დროს1). წარმოქმნილი ვეგეტაციები სისხლით ცუდად მარაგდებიან, რის გამოც ხდება მათი გრანულირება;2). წარმოქმნილი ვეგეტაციები სისხლით უხვად მარაგდებიან, რის გამოც ხდება მათი გრანულირება;3). წარმოქმნილი გრანულების შიგნით მიკროორგანიზმები სიცოცხლის უნარიანობას ვერ ინარჩუნებენ;4). წარმოქმნილი გრანულების შიგნით მიკროორგანიზმებმა, ზოგჯერ, მკურნალობის შემდეგაც შეიძლება შეინარჩუნონ სიცოცხლისუნარიანობა.

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

1290. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მწვავე ინფექციური ენლოკარდიტი, ხშირად, ინტაქტური გულის ფონზე ვითარდება;2). მწვავე ინფექციური ენლოკარდიტი ხშირად ვითარდება გულის თანდაყოლილი და შექმნილი მანკების და ნარკოტოკების ინტრავენურად მოხმარების ფონზე;3). მწვავე ინფექციურ ენლოკარდიტს ხშირად წინ უსწრებს ჩირქოვანი ინფექცია;4). მწვავე ინფექციური ენლოკარდიტის განვითარებისას ინფექციის წყარო, როგორც წესი, ცნობილია.

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

1291. ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტის ყველაზე იშვიათი გამომწვევია:

- ა) მამწვანებელი სტრეპტოკოკი;
- ბ) დიფტერიული ბაქტერია;
- გ) ეპიდურული სტაფილოკოკი;
- დ) ენტეროკოკი;
- *ე) ოქროსფერი სტაფილოკოკი.

1292. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტი ხშირად შეუქმნევლად ვითარდება;2). საწყის ეტაპზე, ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტი მხოლოდ, ანთებითი პროცესის კლინიკით ვლინდება;3). საწყის ეტაპზე, ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტი შეიძლება ემბოლიური პროცესის კლინიკითაც გამოვლინდეს;4). საწყის ეტაპზე, ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტის კლინიკა არასპეციფიურია.

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

1293. ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტის კლინიკურ სურათს ქმნის:1). ანთებითი პროცესი; 2). ემბოლიური პროცესი; 3). კარდიალური სიმპტომატიკა; 4). კანისა და ლორწოვანი გარსების დამიანება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

1294. ქვემწვავე ინფექციური ენლოკარდიტის საწყისი ეტაპისთვის დამახასიათებელია (არ არის გამოხატული ემბოლიური პროცესი) ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) ადვილად დალღა;
- ბ) წონაში დაკლება;
- გ) ცხელება;
- დ) ღამით ოფლიანობა;
- *ე) ციანოზი;
- ვ) ართროალგიები ან ართრიტები.

1295. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის დროს გულმკერდის არეში ტკივილის ძირითადი მიზეზია:1). მიოკარდიტი; 2). მიოკარდიუმის ინფარქტი; 3). ფილტვების ინფარქტი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1296. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის დროს ემბოლიური პროცესი შეიძლება გამოვლინდეს:1). ტკივილით - გულ-მკერდის ან მუცლის არეში; 2). ტკივილით კიდურებში; 3). ჰემატურიით; 4). მხედველობის უეცარი დაკარგვით.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

1297. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის დროს გულზე შუილების არარსებობა უფრო მეტად მიუთითებს:1). გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიტზე; 2). კეღის ამჟოლი თრომბის ინფიცირებაზე; 3). ჰიპერტროფიული სუბაორტული სტენოზის ფონზე განვითარებულ ენდოკარდიტზე; 4). ფილტვებში ან პერიფერიულ სისხლის მიმოქცევაში არტერიო-ვენური ფისტულების ფონზე განვითარებულ ენდოკარდიტზე.

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

1298. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) პეტეჩიები;
- ბ) ფრჩხილების ქვეშ ხაზოვანი ჰემორაგიები;
- გ) ოსლერის კვანძები;
- დ) როტას ლაქები;
- *ე) ჯენუელის ლაქები.

1299. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის ფონზე განვითარებული პეტეჩიები ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა:

- ა) წითელი ფერისაა;
- ბ) არ არის დაჭიმული;
- გ) ხელის დაჭერით არ თეთრდება;
- *დ) მტკივნეულია;
- ე) გავეს ჰემორაგიებს.

1300. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის ფონზე განვითარებული პეტეჩიები ანგიომებისგან განსხვავებით:1). ფერს თანდათან იცვლიან, (ყავისფერდება); 2). ფერს არ იცვლიან; 3). მუღმივად რჩებიან; 4). თანდათან ქრებიან.

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

1301. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის დროს პეტეჩიები შეიძლება ლოკალიზდნენ:1). პირის ღრუსა და ხახის ლორწოვან გარსზე; 2). კონიუქტივებზე; 3). გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე; 4). ქვემო კიდურებზე.

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

1302. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიტის ფონზე წარმოქმნილი ოსლერის კვანძი ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით:1). ერთეული კვანძია; 2). მტკივნეულია; 3). დაჭიმულია; 4). ხელის დაჭერით ფერს იცვლის.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1303. ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელი ოსლერის კვანძები ძირითადად ლოკალიზდებიან:1). ხელის თითებზე; 2). ფეხის თითებზე; 3). ქუსლებზე; 4). გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე.

- ა) სწორია 1, 2;

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

1304. ქვემოთადაც ინფექციური ენდოკარდიტის დროს ხელის თითების არეში შეიძლება განვითარდეს:1). ოსლერის კვანძები; 2). განგრენა; 3). "ლოლის ჯოხისებური" ცვლილებები; 4). ფალანგთაშუა სახსრების მკვეთრი ლეფორმაცია.

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

1305. ქვემოთადაც ინფექციური ენდოკარდიტის დროს (გულის უკმარისობის ნიშნების არარსებობისას) ძირითადად აღინიშნება:1). სპლენომეგალია; 2). ჰეპატომეგალია; 3). სუსტად გამოხატული სიყვითლე.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 1, 3.

1306. ქვემოთ მოყვანილი ნიშნებიდან მწვავე ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სწრაფი მიმდინარეობა;
- ბ) შემცივნება და ცხელება;
- გ) დღე-ღამის განმავლობაში ორი ტემპერატურული პიკი;
- დ) მკვეთრად გამოხატული ემბოლიური სინდრომი;
- *ე) სხეულის წონის მკვეთრად შემცირება.

1307. მწვავე ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელია:1). მრავლობითი პეკეციები; 2). როგას ლაქები; 3). ოსლერის კვანძები; 4). ჯენუელის ლაქები.

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

1308. ინფექციური ენდოკარდიტის ფონზე განვითარებული ჯენუელის ლაქა ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა:

- *ა) ლოკალიზებულია კანის ზედაპირზე;
- ბ) არ არის დაჭიმული;
- გ) ერთიეულია;
- დ) მაკულო-პაპულოზური;
- ე) ახასიათებს დაწყულულებისაკენ მიდრეკილება.

1309. ნარკოტიკების პარენტერალური მოხმარებისას განვითარებული ინფექციური ენდოკარდიტის დროს ყველაზე ხშირად მიახლოება:

- *ა) მარჯვენა ატრიოვენტრიკულური სარქველი;
- ბ) ფილგვის არტერიის სარქველი;
- გ) მარცხენა ატრიო-ვენტრიკულური სარქველი;
- დ) აორტის სარქველი;
- ე) ყველა სარქველი თანაბარი სიხშირით მიახლოება.

1310. გულის მარჯვენა ნახევრის ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) ცხელება;
- ბ) გულ-მკერდის არეში პლევრალური ხასიათის ტკივილი;
- გ) სისხლიანი ხველა;
- დ) ქოშინი - ფიზიკური დატვირთვისას;
- ე) ანორექსია;
- *ვ) თითების განგრენული ცვლილებები.

1311. გულის მარჯვენა ნახევრის ინფექციური ენდოკარდიტისთვის დამახასიათებელია:1). კისრის ვენების პულსაცია;2). მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულური სარქველის ნაკლოვანების ხშირობა, რომელიც ძლიერდება ჩასუნთქვისას;3). მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულური სარქველის ნაკლოვანების ხშირობა, რომელიც ძლიერდება ამოსუნთქვისას;4). სწრაფი ლეკომპენსაცია.

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

1312. გულის მარცხენა ნახევართან შედარებით, გულის მარჯვენა ნახევრის ინფექციური ენდოკარდიტის შედარებით კეთილსაიმედო გამოსავალი განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიტისთვის ნაკლებად დამახასიათებელი სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებში თრომბოემბოლიური გართულების განვითარება;
- ბ) გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიტი უფრო ხშირად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება;

- *გ) გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიგს ძირითადად დაბალპოტენციური მიკრობები იწვევენ;
- დ) გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიგს ანტიმიკრობული თერაპია ხასიათდება დიდი ეფექტურობით;
- ე) გულის მარჯვენა ნახევრის ენდოკარდიგს დროს არ ვითარდება სარქველების ლესტრუქციით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის მწვავე ლეკომპენსაცია.

1313. გულის სარქველების პროთეზირების შემდგომ:1). ინფექციური ენდოკარდიგი მხოლოდ პირველ 2 თვეში ვითარდება;2). ინფექციური ენდოკარდიგი შესაძლოა ორი თვის შემდეგაც განვითარდეს;3). აღრეულ ინფექციებს იწვევენ ანტიმიკრობული თერაპიის მიმართ რეზისტენტული მიკრობები;4). აღრეულ ეტაპებზე განვითარებული ინფექციური ენდოკარდიგები ხასიათდებიან მაღალი ლეტალობით.

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

1314. ინფექციური ენდოკარდიგისთვის დამახასიათებელია ლეიკოციტოზი:

- *ა) ნეიტროფილების მომატებით;
- ბ) ბაზოფილების მომატებით;
- გ) ეოზინოფილების მომატებით;
- დ) ლიმფოციტების მომატებით;
- ე) მონოციტების მომატებით.

1315. მწვავე ინფექციური ენდოკარდიგისთვის დამახასიათებელია:1). ლეიკოციტოზი; 2). ანემია; 3). ელსის აჩქარება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1316. ქვემწვავე ინფექციური ენდოკარდიგისთვის დამახასიათებელია

- ა) ლეიკოციტოზი;
- ბ) ჰიპერტრომული ანემია;
- გ) ჰიპოქრომული ანემია;
- *დ) ნორმოქრომული ანემია;
- ე) თრომბოციტოზი.

1317. მწვავე ინფექციური ენდოკარდიგების დროს სისხლში აღინიშნება შემდეგი კლასის ანტისხეულების ტიტრის მომატება:1) IgA; 2) IgG; 3) IgM.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1318. ინფექციური ენდოკარდიგის განვითარებისას:1). შეიძლება აღინიშნოს ჰემატურია; 2). შეიძლება აღინიშნოს პროტეინურია;3). შარდში არსებული ცვლილებები, მხოლოდ, თირკმლების სისხლძარღვების ემბოლიზაციის შედეგია;4). შარდში არსებული ცვლილებები შეიძლება იმუნოლოგიური პროცესებითაც იყოს განპირობებული.

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

1319. ინფექციური ენდოკარდიგის განვითარებისას:1). მნიშვნელოვანია სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;2). გამომწვევი მიკრობის იდენტიფიკაციისათვის საჭიროა 24 საათის განმავლობაში სისხლის სამჯერადად დათესვა;3). ყოველთვის ხერხდება გამომწვევი მიკრობის იდენტიფიკაცია (გამოკვლევის სწორად ჩატარების შემთხვევაში).

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3.

1320. ინფექციური ენდოკარდიგის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ინფორმატიულია:1). ეკგ; 2). რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;3). ექოკარდიოგრაფია.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1;
- დ) სწორია 2, 3;
- *ე) სწორია 3.

1321. ინფექციური ენდოკარდიგის სადიაგნოსტიკო "დიდი" კლინიკური კრიტერიუმებია, ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლის ორი სხვადასხვა კულტურიდან მიკრობის ამოთესვა;
- ბ) მთლიანად ვეგეტაციის არსებობის ექოკარდიოგრაფიულად დადასტურება;
- გ) მთლიანად ვეგეტაციის არსებობის ექოკარდიოგრაფიულად დადასტურება;
- დ) ახალი რეგურგიტაციული ხმოანობის აღმოცენება;

*ე) ემბოლიური გართულებების განვითარება.

1322. ინფექციური ენდოკარდიტის დამახასიათებელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ვეგეტაციების ილენტიფიკაცია;
- ბ) მიოკარდიუმში აბსცესების ილენტიფიკაცია;
- გ) ხელოვნურ სარქველში ახალი ლეჰისცენციების (ნაპრალის) განვითარება;
- დ) ლოპლერიტ - ახალი რეგურგაციული ხშიანობის დაფიქსირება;
- *ე) მიოკარდიუმში კელის ამჟოლი თრომბების აღმოჩენა.

1323. ინფექციური ენდოკარდიტის სალიაგნოსტიკო "მცირე" კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ენდოკარდიტის განმპირობებელი ფაქტორების არსებობა (მაგ. გულის მანკები, ნარკოტიკების პარენტერალური მოხმარება და სხვ.);
- ბ) ცხელება - 38 გრადუსზე მაღალი;
- გ) ემბოლიური გართულებები;
- დ) იმუნოლოგიური ფენომენი;
- *ე) ართრალგიები და ართრიტი.

1324. ინფექციური ენდოკარდიტის გართულებას წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თავის გვინის აბსცესი;
- *ბ) აორტის განმშრევებელი ანევრიზმა;
- გ) ფოკალური გლომერულონეფრიტი;
- დ) სარქველების პერფორაცია;
- ე) თირკმლის ინფარქტი.

1325. ინფექციური ენდოკარდიტის კუთილსაიმედო გამოსავლის აღბათობას ამცირებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) გულის უკმარისობის არსებობა;
- ბ) ხანშიშესული ასაკი;
- *გ) მამრობითი სქესი;
- დ) აორტის სარქველის ან რამდენიმე სარქველის ერთდროული დაზიანება;
- ე) პოლიმიკრობული ბაქტერიემია ან გამომწვევის ილენტიფიკაციის შეუძლებლობა;
- ვ) გვიან დაწყებული მკურნალობა.

1326. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) გულის უკმარისობა;
- ბ) სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებში თრომბოემბოლური გართულებები;
- გ) თირკმლის უკმარისობა;
- დ) მიკომური ანევრიზმები;
- ე) პოსტოპერაციული გართულებები.

1327. ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკა გულისხმობს(1). პირის დრუს ჰიგიენის დაცვას(2). იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარების მაღალი რისკი, ნებისმიერი ინფექციის სასწრაფო, აღექვაგურ მკურნალობას(3). ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარების მაღალი რისკის პაციენტებში, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევისას, სპეციფიური, ანტიბაქტერიული, პროფილაქტიკური მკურნალობის ჩატარებას(4). პროფილაქტიკური ანტიბაქტერიული მკურნალობის აუცილებელ ჩატარებას იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული დაზიანება.

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

1328. მამწვანებელი სტრეპტოკოკით გამოწვეული ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკის მიზნით მიზანშეწონილია დაინიშნოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ანტიბიოტიკი, გარდა:

- ა) პენიცილინი;
- ბ) სტრეპტომიცინი;
- გ) ამოქსაცილინი;
- *დ) გენტამიცინი;
- ე) ერითრომიცინი;
- ვ) ვანკომიცინი.

1329. ენგეროკოკური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკის მიზნით სასურველია დაინიშნოს:

- ა) ამპიცილინი;
- ბ) გენტამიცინი;
- გ) ვანკომიცინი;
- *დ) ერითრომიცინი;

1330. სტაფილოკოკური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკის მიზნით სასურველია დაინიშნოს:

- ა) პენიცილინი;
- ბ) ვანკომიცინი;
- გ) ამპიცილინი;

- *ა) ცეფაზოლინი;
- ე) გენტამიცინი;
- ვ) ერითრომიცინი.

1331. ინფექციური ენდოკარდიტის მკურნალობისას:1). მნიშვნელოვანია სისხლში ანტიბიოტიკების ბაქტერიოციდული ღონისძიების შენარჩუნება;2). საკმარისია ბაქტერიოსტატიკური მოქმედების ანტიბიოტიკების გამოყენება;3). საჭიროა ბაქტერიოციდული პრეპარატების გამოყენება;4). ანტიბიოტიკოთერაპია დაავადების აღრუელ სტადიაში უნდა დაიწყოს.

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

1332. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: მამწვანებელი სტრეპტოკოკით გამოწვეული ინფექციური ენდოკარდიტის მკურნალობისას:1). გამოიყენება პენიცილინის და სტრეპტომიცინის კომბინაცია;2). პენიცილინის მაგივრად შეიძლება ამოქსაცილინის გამოყენება;3). პენიცილინისაღმე ალერგიის შემთხვევაში თავისუფლად შეიძლება ცეფაზოლინის გამოყენება;4). პენიცილინისაღმე ალერგიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ვანკომიცინის გამოყენება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 4;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 1, 3.

1333. ენტეროკოკით გამოწვეული ინფექციური ენდოკარდიტის მკურნალობისას:1). გამოიყენება პენიცილინისა და გენტამიცინის კომბინაცია;2). პენიცილინისაღმე მდგრადი შტამების თერაპიისთვის შესაძლებელია ამპიცილინის გამოყენება;3). პენიცილინისაღმე ალერგიის შემთხვევაში შესაძლებელია ოქსაცილინის და გენტამიცინის კომბინაცია;4). პენიცილინისაღმე ალერგიის შემთხვევაში შესაძლებელია ვანკომიცინის და გენტამიცინის კომბინირება.

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

1334. ოქროსფერი სტაფილოკოკით გამოწვეული ინფექციური ენდოკარდიტის მკურნალობისას:1). რეკომენდებულია ოქსაცილინის დანიშვნა;2). პენიცილინისაღმე მდგრადი შტამების თერაპიისთვის, რეკომენდებულია ვანკომიცინის გამოყენება;3). პენიცილინისაღმე მდგრადი შტამების თერაპიისთვის რეკომენდებულია ცეფაზოლინის გამოყენება;4). გენტამიცინის ეფექტურობა ჯერჯერობით არ დასტურდება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

1335. ინფექციური ენდოკარდიტის მკურნალობისას:1). მნიშვნელოვანია საჭირო ანტიბიოტიკის დროულად შერჩევა;2). ანტიბაქტერიული თერაპია გრძელდება გემპერაგურის ნორმალიზებამდე;3). ანტიბაქტერიული თერაპია გრძელდება ხანგრძლივად, საშუალოდ 4-6 კვირის განმავლობაში;4). ანტიბაქტერიული პრეპარატები განსაკუთრებით ხანგრძლივად ინიშნებიან, თუ ენდოკარდიტის მიზეზი ხელოვნური სარქველების ინფიცირებაა.

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

1336. ინფექციური ენდოკარდიტის ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) სარქველების რგოლების აბსცესის განვითარებისას;
- ბ) არტერიო-ვენური ფისგულის არსებობისას;
- გ) ანტიბიოტიკებისაღმე რემისგენტიკული მიკრობებით გამოწვეული განმეორებადი ემბოლიების განვითარებისას;
- დ) ხელოვნური სარქველების ინფიცირებისას;
- *ე) ოქროსფერი სტაფილოკოკით გამოწვეული ნებისმიერი ენდოკარდიტის დროს.

რეემატიზმი

1337. რეემატიზმი ამიანებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ორგანოს ან ორგანოთა სისტემას, გარდა:

- ა) გულს;
- ბ) სახსრებს;
- *გ) მსხვილ სისხლძარღვებს;
- დ) ცენტრალურ ნერულ სისტემას;
- ე) კანს;
- ვ) კანქვეშა ქსოვილებს.

1338. რეემატიზმი სისტემური იმუნური პროცესია, რომელიც წარმოადგენს სტრეპტოკოკული:1). ლარინგიტის გართულებას; 2). ფარინგიტის გართულებას;3). ლერმატიტის გართულებას; 4). გინგივიტის გართულებას.

- ა) ყველა ჩამოთვლილის;

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

1339. მწვავე რევმატიზმში, ჩვეულებრივ, ვლინდება სტრუპტოკოკული ფარინგიტის გაღატანობა:

- ა) 3-4 დღეში;
- *ბ) 1-5 კვირაში;
- გ) 2-3 თვეში;
- დ) 3-6 თვეში;
- ე) 1 წლის განმავლობაში.

1340. რევმატიზმის აქტიური ფაზის გამოვლინებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მიგრალური სტენოზი;
- ბ) პანკარდიტი;
- გ) კანქვეშა კვანძები;
- დ) ერთიემა;
- ე) ქორეა.

1341. მწვავე რევმატიზმის ჩვეული გამოვლინებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიგრაციული პოლიართრიტი;
- ბ) ცხელება;
- გ) ბუჭისებური ერთიემა;
- *დ) ჯენუელის ლაქები;
- ე) P-R ინტერვალის გახანგრძლივება.

1342. რევმატიზმის "ლიდ" გამოვლინებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კარდიტი;
- ბ) პოლიართრიტი;
- *გ) ცხელება;
- დ) ბუჭისებური ერთიემა;
- ე) კანქვეშა კვანძები.

1343. რევმატიზმის "მცირე" გამოვლინებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ცხელება;
- ბ) ართრალგია;
- გ) ანამნეზში რევმატიზმი;
- *დ) კანქვეშა კვანძები;
- ე) ელსი-ის აჩქარება;
- ვ) P-R ინტერვალის გახანგრძლივება.

1344. რევმატიზმის ლიანდოსტირების სარწმუნო კრეტერიუმებია დაავადების:1). რომელიმე ერთი "ლიდი" გამოვლინების არსებობა;2). 2 მცირე გამოვლინების არსებობა;3). გაღატანილი სტრუპტოკოკური ინფექციის (სეროლოგიურად დადასტურებული) ფონზე, რომელიმე 2 "ლიდი" გამოვლინების არსებობა;4). გაღატანილი სტრუპტოკოკური ინფექციის ფონზე (სეროლოგიურად დადასტურებული), რომელიმე 1 "ლიდი" და 2 "მცირე" გამოვლინების არსებობა.

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

1345. მწვავე რევმატიზმში, ჩვეულებრივ - ვითარდება:

- ა) ახალშობილობის ასაკში;
- ბ) სკოლამდელ ასაკში;
- *გ) 5-15 წლის ასაკში;
- დ) 15-25 წლის ასაკში;
- ე) 25-40 წლის ასაკში.

1346. რევმატიზმის გავრცელების განმსაზღვრელი ყველაზე მნიშვნელოვანი გარემო ფაქტორია:

- ა) გეოგრაფიული მონა;
- ბ) კლიმატი;
- *გ) მოსახლეობის სიმჭიდროვე;
- დ) ეკონომიკური ფაქტორი;
- ე) ასაკი.

1347. რევმატიზმის შეგვეთა აღმოცენების სიხშირე:1). მაღალია ქრონიკული სტრუპტოკოკული ინფექციის ფონზე;2). დაბალია ადრე გაღატანილი კარდიტის ფონზე;3). ყოველი შეგვეის შემდეგ იზრდება; 4). ასაკთან ერთად იზრდება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2;
- დ) სწორია 3, 4;

*ე) სწორია 1.

1348. რეემატიზმის დროს ლოკალური ანთებითი კერები ძირითადად, ლოკალიზებული არიან:1). მსხვილი არტერიების ირგვლივ; 2). მსხვილი ვენების ირგვლივ;3). წერილი სისხლძარღვების ირგვლივ; 4). ლიმფური კვანძების ირგვლივ.

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

1349. რეემატიზმი ყველაზე მეტად აზიანებს:

- *ა) გულს;
- ბ) სახსრებს;
- გ) კანს;
- დ) კანქვეშა ქსოვილს;
- ე) ცენტრალურ ნერვულ სისტემას.

1350. რეემატიზმი იწვევს შემდეგი კარდიული შრეების დაზიანებას:1). ენდოკარდიუმის; 2). მიოკარდიუმის; 3). პერიკარდიუმის.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილის;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1351. რეემატიული პანკარდიტის გამოვლინებებია:1). ოსლერის კვანძები; 2). აშოფ-გალაღაევის კვანძები; 3). მეტეკოვანი ვალვულიტი; 4). ბეჭდისებური ერთეულები.

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

1352. რეემატიზმი იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ პათოლოგიებს, გარდა:

- ა) მიგრალური სტენოზი;
- ბ) მიგრალური სარქველის ნაკლოვანება;
- გ) აორტული სტენოზი;
- *დ) ფილტვის არტერიის სტენოზი;
- ე) ინფექციური ენდოკარდიტი.

1353. რომელი ორი სარქველი ზიანდება ყველაზე ნაკლებად რეემატიზმის დროს:

- ა) აორტისა და ფილტვის არტერიის სარქველები;
- ბ) მიგრალური და სამკარიანი სარქველები;
- გ) აორტისა და მიგრალური სარქველები;
- *დ) ფილტვის არტერიისა და სამკარიანი სარქველები;
- ე) აორტისა და სამკარიანი სარქველები.

1354. რეემატიული მიოკარდიტის ყველაზე უფრო სპეციფიური ნიშანია:

- ა) ტაქიკარდია;
- ბ) ოსლერის კვანძები;
- *გ) აშოფ-გალაღაევის კვანძები;
- დ) გალოპის რიგმი;
- ე) P-R ინტერვალის გახანგრძლივება;
- ვ) "ქანქარისებრი" რიგმი.

1355. რეემატიული პერიკარდიტი:

- *ა) სერო-ფიბროზული ხასიათისაა;
- ბ) კონსტრიქციული ხასიათისაა;
- გ) ჩირქოვანი ხასიათისაა;
- დ) არ ვლინდება პლევრის ხახუნის ხმიანობით;
- ე) არ ვლინდება გულმკერდის არეში ტკივილის შეგრძნებით.

1356. ქრონიკული რეემატიული მიოკარდიტის ნიშნებია:1). ქრონიკული გულის უკმარისობა;2). გულის საზღვრების მნიშვნელოვნად გადიდება;3). მიგრალური რეგურგაცია; 4). პულმონური რეგურგაცია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 3, 4.

1357. რეემატიული ართრიტი:1). მიგრაციული ხასიათისაა; 2). ძირითადად ექსულაციური ხასიათისაა;3). ძირითადად პროლიფერაციული ხასიათისაა;4). უპირატესად აზიანებს წერილ სახსრებს.

- ა) სწორია 1, 2, 4;

- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- *გ) სწორია 1, 2.

1358. კანქვეშა კვანძები:1). მცირე ზომის უმტკივნეულო წარმონაქმნებია;2). ლოკალიზებული არიან ძვლოვანი წარმონაქმნების არეში;3). ვარდისფერი, მკვეთრად შემოსაზღვრული ლაქებია, რომლებიც ხელის დაჭერისას ქრებიან;4). ლოკალიზებული არიან სხეულზე და კიდურების პროქსიმალურ ნაწილებზე;5). შეიძლება გაქრნენ და კვლავ წარმოიქმნან (მაგ. სითბოს ზეგავლენით).

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

1359. ბეჭდისებური ერთეულები:1). მცირე ზომის უმტკივნეულო წარმონაქმნებია;2). ლოკალიზებული არიან ძვლოვანი წარმონაქმნების არეში;3). ვარდისფერი მკვეთრად შემოსაზღვრული ლაქებია, რომლებიც ხელის დაჭერისას ქრებიან;4). ლოკალიზებული არიან სხეულზე და კიდურების პროქსიმალურ ნაწილებზე;5). შეიძლება გაქრნენ და კვლავ წარმოიქმნენ (მაგ. სითბოს ზეგავლენით).

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

1360. მცირე ქორეა ცენტრალური ნერვული სისტემის რეგმატული დაზიანებაა, რომელიც:1). რეგმატიზმის ყველაზე ადრეული გამოვლინებაა;2). ხასიათდება უნებლიე მოძრაობებით, კუნთოვანი სისუსტით და ემოციური არასტაბილურობით;3). ხშირად, ლეტალურად მთავრდება;4). ხშირად რთულდება სტრუქტოკოკული მეზინგოენცეფალიტით.

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

1361. რეგმატიზმის აქტიურ ფაზაში სიკვდილის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) ენლოკარლიტი;
- *ბ) მიოკარლიტი;
- გ) პერიკარლიტი;
- დ) ქორეა;
- ე) სტრუქტოკოკური სეფსისი.

1362. რეგმატიზმის მწვავე ფაზის ხანგრძლივობა, ჩვეულებრივ:

- *ა) 6 კვირამდეა;
- ბ) 12 კვირამდეა;
- გ) 3 თვემდეა;
- დ) 6 თვემდეა;
- ე) 9 თვემდეა.

1363. რეგმატიზმის რეციდივი ყველაზე უფრო მოსალოდნელია დაავადების მწვავე ფაზის ჩათავებიდან:

- ა) პირველ 2 თვეში;
- *ბ) პირველ 5 წელიწადში;
- გ) პირველ 10 წელიწადში;
- დ) პირველ 15 წელიწადში;
- ე) პირველ 20 წელიწადში.

1364. რეგმატიზმის გამწვავებების სიხშირე განისაზღვრება:1). განმეორებადი სტრუქტოკოკური ინფექციის სიმძიმით და სიხშირით;2). გულის რეგმატიული დაზიანების არსებობით თუ არარსებობით;3). უკანასკნელი გამწვავების შემდგომ, რემისიის ხანგრძლივობით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1365. რეგმატიზმი:

- ა) პრაქტიკულად ყოველთვის იწვევს გულის დაზიანებას;
- ბ) აუცილებლად იწვევს გულის დაზიანებას თუ რეგმატიული შეტევა გაგრძელდა 6 კვირამდე;
- გ) აუცილებლად იწვევს გულის დაზიანებას თუ რეგმატიული შეტევა გაგრძელდა 12 კვირამდე;
- *დ) აუცილებლად იწვევს გულის დაზიანებას თუ რეგმატიული შეტევა გაგრძელდა 6 თვემდე.

1366. სტრუქტოკოკური ანგისხეულების დაბალი ტიტრი არ გამოირიცხავს რეგმატიზმის არსებობას, თუ:1). დაავადების პირველადი გამოვლინება მიგრაციული პოლიართრიტია;2). დაავადება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს;3). დაავადების პირველადი გამოვლინება მცირე ქორეაა;4). დაავადება მიმდინარეობს გულის დაზიანებით.

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

1367. ანგისტრეპტოლიზინი 0-ის დაბალი ტიტრი:1). შეიძლება აღინიშნოს რევმატიზმის ადრეულ სტადიებზე;2). დამახასიათებელია რევმატიული პოლიართრიტისათვის;3). ჩვეულებრივ, აღინიშნება ბავშვობის ასაკში განვითარებული რევმატიზმისთვის;4). ჩვეულებრივ, აღინიშნება მწვავე რევმატიზმის პირველ 4-6 კვირას.

*ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 3, 4.

1368. მწვავე რევმატიზმის ჰემატოლოგიური ნიშნებია:1). მაღალი ელსი; 2). C-რეაქტიული ცილის აქტივობის გაზრდა; 3). ლეიკოპენია; 4). ანემია; 5). ლეიკოციტოზი.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 2, 5.

1369. ელსის, ლეიკოციტების და C-რეაქტიული ცილის აქტივობის ნორმალური ციფრები შეიძლება აღინიშნოს მწვავე რევმატიზმის:1). პოლიართრიტით მიმდინარეობისას; 2). კარლიტით მიმდინარეობისას;3). ქორეით მიმდინარეობისას.

ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 3.

1370. თანამედროვე შეხედულებით, მწვავე რევმატიზმის მკურნალობა შესაძლებელია:1). 1 200 000 ერთ ბენზათინპენიცილინის ერთჯერად შეყვანით;2). 10 ლის განმავლობაში 6 00000 პენიცილინის ღლეში 1- შეყვანით;3). 10 ლის განმავლობაში 125-250 მგ პენიცილინის ღლეში სამჯერ პერორალურად მიღებით.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1371. თანამედროვე შეხედულებით, რევმატიზმის პროფილაქტიკა გულისხმობს:1). 5 წლის განმავლობაში 1 200.000 ერთ ბენზათინპენიცილინის თვეში ერთხელ შეყვანას;2). 5 წლის განმავლობაში 125-200 მგ პენიცილინის ღლეში ორჯერ მიღებას;3). 5 წლის განმავლობაში 120.0000 ერთ პენიცილინის ყოველდღიურად შეყვანას.

ა) ყველა ჩამოთვლილს;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1372. რევმატიული პოლიართრიტის მკურნალობა გულისხმობს:1). კორტიკოსტეროიდების აუცილებელ გამოყენებას;2). არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატების მცირე დოზებით მიღებას;3). არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატების მზარდი დოზებით მიღებას სიმპტომების სრულ კუპირებამდე;4). არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატების მზარდი დოზებით მიღებას-გვერდითი ეფექტების გამოვლენამდე.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

*გ) სწორია 3, 4.

1373. რევმატიული კარლიტის:1). მკურნალობის დაწყება მიზანშეწონილია არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატებით;2). მკურნალობის დაწყება მიზანშეწონილია კორტიკოსტეროიდებით;3). სამკურნალოდ კორტიკოსტეროიდების გამოყენება მიზანშეწონილია არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატების უეფექტობისას;4). მკურნალობა ელსის ნორმალიზებამდე უნდა გაგრძელდეს.

*ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 1, 3.

1374. რევმატიული ქორეის:1).მკურნალობის მნიშვნელოვანი ელემენტია ავადმყოფის სრული ფსიქიკური და ფიზიკური მოსვენების უზრუნველყოფა;2). სამკურნალოდ ეფექტურია ასპირინისა და პრედნიზოლონის გამოყენება;3). სამკურნალოდ გამოიყენება დიაზეპამი და ამინაზინი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1375. 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში სტრეპტოკოკური ფარინგიტის განვითარებისას (რევმატიზმის პირველადი პროფილაქტიკის მიზნით) ეფექტურია:1). პენიცილინის გამოყენება; 2). ერთი დოზის გამოყენება;3). ტეტრაციკლინის გამოყენება.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

გულის თანდაყოლილი მანკები

1376. ქალებში მამაკაცებთან შედარებით შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მანკი, გარდა:1). ღია ბოგალის სადინარი; 2). წინაგულთაშუა ძგიდის ღუფექტი;3). ვალსალეის სინუსის თანდაყოლილი ანევრიზმა; 4). აორტის კოარქტაცია.
*ა) სწორია 1, 2;
ბ) სწორია 1, 3;
გ) სწორია 2, 3, 4.

1377. მამაკაცებში ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება შემდეგი მანკები:
*ა) ღია ბოგალის სადინარი;
ბ) ვალსალეის სინუსის თანდაყოლილი ანევრიზმა;
გ) აორტის კოარქტაცია;
დ) ფალოს ტეტრადა;
ე) მაგისტრალური არტერიების ტრანსპოზიცია.

1378. თანდაყოლილი მანკების განვითარებას განაპირობებს:1). ქრომოსომული აბერაციები; 2). გენური მუტაციები;3). ზოგიერთი ინფექციური აგენტი (მაგ. წითურას ვირუსი); 4). ალკოჰოლი.
*ა) ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 3, 4.

1379. ქრომოსომული აბერაციით გამოწვეული რომელი სინდრომის დროს აღინიშნება თანდაყოლილი მანკების განვითარება:1). ელერს - ლანლოს სინდრომი; 2). ღაუნის სინდრომი;3). გერნერის სინდრომი; 4). მარფანის სინდრომი.
ა) ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2;
*გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 3, 4.

1380. ერთეული გენური მუტაცია შეიძლება გახდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის განვითარების მიზეზი, გარდა:
ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღუფექტი;
ბ) მიგრალური პროლაფსი;
გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღუფექტი;
*დ) ღაუნის სინდრომი;
ე) კარტაგენერის სინდრომი.

1381. რომელი თანდაყოლილი მანკების ინდუცირება შეუძლია წითურას ვირუსს:1). ღია ბოგალის სადინარი; 2). ფილტვის არტერიის სარქველოვანი სტენოზი;3). ფილტვის არტერიის სტენოზი; 4). წინაგულთაშუა ძგიდის ღუფექტი.
*ა) ყველა ჩამოთვლილი;
ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 2, 3;
დ) სწორია 3, 4.

1382. ძირითადად, რომელი მანკის ჩამოყალიბებას იწვევს ალკოჰოლი:
ა) ღია ბოგალის სადინარი;
ბ) ფილტვის არტერიის სარქველოვანი სტენოზი;
გ) ფილტვის არტერიის სტენოზი;
დ) წინაგულთაშუა ძგიდის ღუფექტი;
*ე) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღუფექტი.

1383. თუ მონომიგოტური გულებიდან ერთ-ერთს დაუდგინდა გულის თანდაყოლილი მანკი:
ა) მეორეს აუცილებლად აღენიშნება იგივე პათოლოგია;
*ბ) მის ახლო ნათესავებში თანდაყოლილი კარდიალური პათოლოგიის განვითარების რისკი 2 - 5-ჯერ მეტია საერთო პოპულაციასთან შედარებით;
გ) მეორეს აუცილებლად აღენიშნება ქრომოსომული ღუფექტი;
დ) მეორეს აუცილებლად აღენიშნება გენური მუტაცია

1384. თანდაყოლილი მანკების პროფილაქტიკა გულისხმობს:
*ა) წითურას ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით ბავშვების ვაქცინაციას;
ბ) წითურის ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით ყველა ორსულის ვაქცინაციას;
გ) ორსულობის პერიოდში ნებისმიერი მელიკამენგების მიღებისაგან თავის შეკავებას;
დ) ორსულობის პერიოდში მაქსიმუმ სამი რენგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებას;
ე) ორსულობამდე 3 თვის განმავლობაში მცირე დოზებით ასპირინის მიღებისას.

1385. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის მხოლოდ ერთი წრე აქვს;2). ნაყოფის პულმონური სისხლძარღვები არ მონაწილეობენ სისხლის მიმოქცევაში;3). გულის მძიმე მანკი შეიძლება არ გამოვლინდეს ნაყოფის მუცლად ყოფნის პერიოდში;4). ნაყოფის პულმონური რემისგენგობა ძალიან დაბალია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1386. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). ნაყოფის დაბალების შემდეგ ადგილი აქვს ფილგვების არტერიების დილატაციას, რაც იწვევს პულმონური რემისტენცობის დაქვეითებას;2). ფილგვების არტერიების დილატაციის ძირითადი მიზეზი სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის გაზრდაა;3). ჭიპის არტერიების გადაკეანის შემდეგ ადგილი აქვს სისტემური რემისტენცობის მკვეთრად დაქვეითებას;4). ნაყოფის პულმონური რემისტენცობა აღემატება მის სისტემურ რემისტენცობას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

1387. ნაყოფის დაბალების შემდეგ ოვალური ხერეღის დახურვას ხელს უწყობს:1). ფილგვების სისხლძარღვების დილატაციის შედეგად, პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდა;2). პულმონური რემისტენცობის დაქვეითების შედეგად მარცხენა წინაგულში წნევის დაქვეითება;3). პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდის შედეგად მარცხენა წინაგულში წნევის მომატება;4). სისხლის ოქსიგენაციის პლანციტური მექანიზმის პულმონურით შეცვლის შედეგად, არტერიულ სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის მკვეთრად მომატება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1388. ნაყოფის დაბალების შემდეგ არტერიული სადინრის კონსტრიქციას ხელს უწყობს:1). ფილგვების სისხლძარღვების დილატაციის შედეგად პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდა;2). პულმონური რემისტენცობის დაქვეითების შედეგად მარცხენა წინაგულში წნევის დაქვეითება;3). არტერიულ სადინარში პროსტაგლანდინების რაოდენობის შემცირება;4). სისხლის ოქსიგენაციის პლანციტური მექანიზმის პულმონურით შეცვლის შედეგად, არტერიულ სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის მკვეთრად მომატება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 4;
- *დ) სწორია 3, 4.

1389. პულმონური ჰიპერტენზია:1). ჩვეულებრივ, თან ერთვის გულის მრავალ თანდაყოლილ მანკს;2). მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს გულის თანდაყოლილ მანკის კლინიკურ სურათს;3). ქირურგიული მკურნალობის პირდაპირი ჩვენებაა;4). ვითარდება პულმონური სისხლის მიმოქცევისა და რემისტენცობის გაზრდის შედეგად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1390. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:1). პულმონური სისხლის მიმოქცევისა და რემისტენცობის გაზრდა იწვევს პულმონურ ჰიპერტენზიას;2). პულმონური რემისტენცობის გაზრდა, ძირითადად, ვითარდება პულმონური სისხლძარღვების ტონუსის გაზრდის შედეგად;3). პულმონური რემისტენცობის გაზრდას, ძირითადად, იწვევს ფილგვების სისხლძარღვების ობსტრუქციული, მათობლივირებული სტრუქტურული ცვლილებები;4). ფილგვების სისხლძარღვების ობსტრუქციური ცვლილებების განვითარების რისკის მქონე პაციენტების ქირურგიული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, უშედეგოდ მთავრდება.

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

1391. ინტაქტური პულმონური სისხლძარღვების ფონზე პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდას:

- ა) მაშინათვე მოჰყვება პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარება;
- ბ) მოჰყვება პულმონური რემისტენცობის გაზრდა;
- *გ) მოჰყვება პულმონური რემისტენცობის დაქვეითება;
- დ) მნიშვნელოვანი პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარება მოჰყვება მხოლოდ მამაკაცებში;
- ე) მნიშვნელოვანი პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარება მოჰყვება მხოლოდ ბავშვებში.

1392. გულის თანდაყოლილი მანკების და ფილგვისმიერი ჰიპერტენზიის არსებობისას სისხლძარღვები ობსტრუქციები ძირითადად ლოკალიზებულია:

- ა) მსხვილ პულმონურ არტერიებში;
- *ბ) პულმონურ არტერიოლებში;
- გ) პულმონურ ვენებში;
- დ) პულმონურ ვენულებში;
- ე) პულმონურ კაპილარებში.

1393. პულმონური ობსტრუქციის განვითარების რისკი ყველაზე დიდია გულის შემდეგი თანდაყოლილი მანკის დროს:

- *ა) ფალოს ტეტრადა;
- ბ) ღია არტერიული სადინარი;

- გ) ფილგვის არტერიის სტენოზი;
- დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი;
- ე) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი.

1394. პულმონური ჰიპერტენზიით მიმდინარე გულის თანდაყოლილი მანკებით შეპყრობილ ავადმყოფებში ქირურგიული ჩარევის მიზანშეწონილობა განისაზღვრება:1). პულმონური სისხლის მიმოქცევის მოცულობით;2). პულმონური სისხლძარღვების რემისგენგობის ხარისხით;3). პულმონური რემისგენგობის ლაბილურობით;4). პულმონური სისხლძარღვების ობსტრუქციის ხარისხით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1395. ნორმაში პოსტნაგალურ პერიოდში:1). სისხლის მიმოქცევის ორივე წრის რემისგენგობა დაახლოებით ერთნაირია;2). სისტემური რემისგენგობა დაახლოებით 6 - ჯერ აღემატება პულმონურს;3). სისხლის მიმოქცევის ორივე წრეში მოციროკულარე სისხლის რაოდენობა ერთნაირია;4). სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში მოციროკულარე სისხლის რაოდენობა დაახლოებით 6-ჯერ აღემატება მცირე წრეში მოციროკულირე სისხლის რაოდენობას.

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

1396. გულის თანდაყოლილი მანკებით შეპყრობილ ავადმყოფებში სისხლძარღვებიანი შუნგის მიმართულება და ხარისხი განისაზღვრება:1). ლეფექტის ან პათოლოგიური შეერთების ზომით;2). სისტემური არტერიული წნევის დონით;3). პულმონური არტერიული წნევის დონით;4). გულის სხვადასხვა კამერებში წნევის დონეთა სხვაობით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1397. მარცხნიდან მარჯვნივ შუნგი ვითარდება:

- *ა) გულის მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებს შორის პათოლოგიური შეერთების არსებობის შემთხვევაში;
- ბ) მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულური სარქველის მკვეთრი სტენოზის შემთხვევაში;
- გ) პულმონური სტენოზის შემთხვევაში;
- დ) მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულური სარქველის ატრემიის შემთხვევაში;
- ე) მკვეთრად გამოხატული პულმონური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში.

1398. გულის თანდაყოლილი მანკების დროს ციანოზის განვითარება გამოწვეულია:1). მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგით; 2). მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით;3). ფილგვის არტერიის სარქველის უკმარისობით; 4). აორტის სტენოზით.

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

1399. მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით მიმდინარე მანკებს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური ნიშანი, გარდა:

- ა) ციანოზი;
- ბ) პოლიციტემია;
- *გ) ერითროპენია;
- დ) დოლის ჯიხისებური თითები;
- ე) პარადოქსული ემბოლიები.

1400. ციანოზი:1). ეწოდება კანის და ლორწოვანი საფარველის მოლურჯო შეფერვას რაც გამოწვეულია ამ ორგანოების წვრილ სისხლძარღვებში ადლგენილი ჰემოგლობინის დაგროვებით;2). ნაკლებად გამოხატული გუჩების, ყურის ნიჟარების და ფრჩხილების არეებში;3). შეიძლება განპირობებული იყოს კანისა და ლორწოვანი გარსის ვენებსა და ვენულებში (მათი დილატაციის შედეგად) ვენური სისხლის დაგროვებით;4). შეიძლება განპირობებული იყოს კაპილარული სისხლის ქანგბადით გაჯერების გაზრდით.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1401. ციანოზის გამოხატულება:1). მეტია ანემიის ფონზე; 2). მეტია პოლიციტემიის ფონზე;3). იმრდება კაპილარული სისხლის ქანგბადით გაჯერების გაზრდისას;4). იმრდება კაპილარული სისხლის ქანგბადით გაჯერების დაქვეითებისას.

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

1402. მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით მიმდინარე გულის თანდაყოლილი მანკების ფონზე განვითარებული ციანოზი:1). ცენტრალური ხსიათისას; 2). პერიფერიული ხსიათისას;3). განპირობებულია არტერიული სისხლის ქანგბადით გაჯერების დაქვეითებით;4).

განპირობებულია დილატირებულ ვენებსა და ვენულაში ვენური სისხლის ღაგროვებით.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1403. "ლურჯი" მანკებიდან მომრდილებაში ყველაზე ხშირად გვხვდება:

*ა) ფალოს ტეტრადა;

ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების სრული ტრანსპოზიცია;

გ) ებშტეინის ანომალია;

დ) სამკარიანი სარქელის აგრეზია.

1404. "ლურჯი" მანკებით შეპყრობილ ავადმყოფებში ფიბიკური დატვირთვისას ციანოზის გამოხატულება იმრდება, რადგან:1). ფიბიკური დატვირთვისას მაგულობს მომუშავე კუნთების მიერ ჟანგბადის მოხმარება, რაც იწვევს ვენური სისხლის ჟანგბადით გაჯერების შემცირებას;2). ფიბიკური დატვირთვისას ალგილი აქვს სისტემური რემისტენცობის დაქვეითებას;3). ფიბიკური დატვირთვისას ალგილი აქვს პულმონური რემისტენცობის დაქვეითებას;4). ფიბიკური დატვირთვისას ალგილი აქვს ფილტვების ვენტილაციის გაზრდას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 3, 4.

1405. მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით მიმდინარე გულის თანდაყოლილი მანკებისთვის დამახასიათებელია:1). ერთროციტების რაოდენობის მკვეთრად მომატება - პოლიციტემია;2). ერთროციტების ზომის მკვეთრად შემცირება;3). ჰემატოკრიტის მახვენების გაზრდა; 4). ერთროციტების ზომის მკვეთრად გაზრდა.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3.

1406. ქვემოთ ჩამოთვლილი გულის თანდაყოლილი მანკებიდან მკვეთრად გამოხატული პოლიციტემია ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი პათოლოგიების დროს:1). ფალოს ტეტრადა; 2). მაგისტრალური სისხლძარღვების ტრანსპოზიცია;3). ეიმენენგერის დაავადება; 4). სამკარიანი სარქელის აგრეზია.

ა) სწორია 1, 2, 3;

*ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 3, 4.

1407. „ლურჯი“ მანკებისათვის დამახასიათებელ პოლიციტემიას:1). შეუძლია სხვადასხვა ლოკალიზაციის სპონტანური თრომბოზების გამოწვევა;2). შეიძლება თან ახლდეს ფიბრინოგენის და პროთრომბინის კონცენტრაციების შემცირება;3). შეიძლება თან ახლდეს თრომბოციტოპენია;4). მკურნალობენ ლეჰიდრატაციით (ლიურეტიკებით).

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1408. "ლოლის ჯოხისებური" თითები:1). მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით მიმდინარე გულის თანდაყოლილი მანკების ერთერთი სიმპტომია;2). ვითარდება ჰიპოქსიის საპასუხოდ კილეურების ტერმინალური ფალანგების გამსხვილების შედეგად;3). ხასიათდება დისტალური ფალანგების კაპილარების რაოდენობის შემცირებით;4). ხასიათდება დისტალური ფალანგების არეში შემაერთებული ქსოვილის განვითარებით.

*ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4.

1409. გულის თანდაყოლილ ე.წ. "საერთო" მანკებს მიეკუთვნებიან:1). წინაგულთაშუა ძგილის დეფექტი;2). მაგისტრალური სისხლძარღვების ტრანსპოზიციის თანდაყოლილი კორექცია;3). გულის მდებარეობის ანომალიები;4). თანდაყოლილი სრული აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 2, 3, 4.

1410. მაგისტრალური სისხლძარღვების ტრანსპოზიციის თანდაყოლილი კორექცია:1). ხასიათდება აორტის აღმაფალი ნაწილისა და ფილტვის არტერიის ტრანსპოზიციით და პარკუჭების ინვერსიით;2). ხასიათდება მძიმე კლინიკური სიმპტომატიკით;3). დიაგნოსტიკურად სელექტიური ანგიოკარდიოგრაფიით;4). დიაგნოსტიკურად ელექტროკარდიოგრაფიით.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 1, 3.

1411. მაგისტრალური სისხლძარღვების გრასპომიციის თანდაყოლილი კორექციით შეპყრობილ ავადმყოფებში:1). მარცხნივ II ნეკნთაშუა სივრცეში მოისმინება აქცენტირებული II (აორტული) ტონი;2). მარჯვნივ II ნეკნთაშუა სივრცეში მოისმინება აქცენტირებული II (აორტული) ტონი;3). ხშირად აღინიშნება აგრიო-ვენტრიკულური ბლოკადის განვითარება;4). რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ფილტვის არტერიის ნორმალური სეგმენტის არარსებობა და აორტის აღმაველი ნაწილის გაღანაცვლება.

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

1412. გულის მწვერვალის მდებარეობას გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში ეწოდება:

- *ა) ლექსტროკარდია;
- ბ) მეზოკარდია;
- გ) იმოლირებული ლევოკარდია;
- დ) სარკისებური ლექსტროკარდია.

1413. გულის მწვერვალის მდებარეობას გულმკერდის შუა ხაზზე ეწოდება:

- ა) ლექსტროკარდია;
- *ბ) მეზოკარდია;
- გ) იმოლირებული ლევოკარდია;
- დ) სარკისებური ლექსტროკარდია.

1414. გულის სტრუქტურა ჩვეულებრივ, ნორმალურია თუ:

- *ა) ლექსტროკარდიას თან ახლავს შინაგანი ორგანოების სრული ინვერსია (სარკისებრი ლექსტროკარდია);
- ბ) ლექსტროკარდიას თან არ ახლავს შინაგანი ორგანოების შებრუნებული განლაგება;
- გ) გულის ნორმალური მდებარეობას თან ახლავს შინაგანი ორგანოების ინვერსია;
- დ) მეზოკარდიას თან ახლავს ასპლენია;
- ე) მეზოკარდიას თან ახლავს პოლისპლენია.

1415. გულის თანდაყოლილი სრული ბლოკადის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს ანატომური გათიშულობა:1). წინაგულების მთავარი და აგრიო-ვენტრიკულურ კვანძს შორის;2). წინაგულების მთავარი და ჰისის კონას შორის;3). აგრიო-ვენტრიკულურ კვანძსა და ჰისის კონის მთავარ ღეროს შორის.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1416. გულის თანდაყოლილი სრული ბლოკადა:

- ა) ძალიან ხშირადაა ასოცირებული სხვა თანდაყოლილ მანკებთან;
- *ბ) ყველაზე ხშირად ასოცირებულია მაგისტრალური სისხლძარღვების გრანსპომიციის თანდაყოლილ კორექციასთან;
- გ) ყველაზე ხშირადაა ასოცირებული ფალოს გეტრადასთან;
- დ) ყველაზე ხშირად ინდუცირდება წითელას ვირუსით;
- ე) ყველაზე ხშირად ინდუცირდება ალკოჰოლით.

1417. გულის თანდაყოლილი სრული ბლოკადით დაავადებული:1). ნაყოფის გულისცემის სიხშირეა 40 - 80 შეკ/წთ;2). ავადმყოფი, დაავადების კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის თუ არ გამოვლენის მიუხედავად, საჭიროებს მედიკამენტური მკურნალობის ჩატარებას;3). ავადმყოფი გულის შეგუბებითი უკმარისობის განვითარებისას, საჭიროებს საგულე გლიკომიდებით მკურნალობას;4). ავადმყოფისთვის საგულე გლიკომიდები ყველა შემთხვევაში უკუნაჩვენებია.

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

1418. გულის თანდაყოლილი სრული ბლოკადის ფონზე გულის შეგუბებითი უკმარისობის და ადამს - სტოქსის შეტევების განვითარებისას:1). ეფექტურია ადრენომიმეტიკური საშუალებები; 2). ეფექტურია აგროპინი;3). აუცილებელია კარდიოსტიმულატორის იმპლანტირება;4). მუდმივი ტიპის კარდიოსტიმულატორის იმპლანტირებამდე ნაჩვენებია დროებითი გრანსვენური სტიმულაცია.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 3, 4.

1419. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგია ასოცირებულია მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნტთან, გარდა:

- ა) ღია ბოტალის სალინარი;
- ბ) წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტი;
- გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი;
- *დ) ფალოს გეტრადა;
- ე) ვალსალვის სინუსის ანეკრიმზა.

1420. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტი:1). ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ძგიდის შუა ნაწილში;2). ყველაზე ხშირად მოიცავს ოვალური ხერელის არეს;3). ეწოდება ოვალური ხერელის ადგილას დარჩენილ „მონღურ“- ხერელს;4). ეწოდება ფუნქციური და ანატომური გამავლობის მქონე ჭეშმარიტ ლეფექტს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 1, 2, 4.

1421. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის ფონზე განვითარებული მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგის სიდიდე:1). დამოკიდებულია ლეფექტის ზომამზე;2). იზრდება პულმონური რემისტენცობის გაზრდისას;3). ქვეითდება სისტემური რემისტენცობის გაზრდისას;4). იწვევს მარჯვენა პარკუჭის დიასტოლურ გადატვირთვასა და ფილტვების სისხლის მიმოქცევის გაზრდას.

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

1422. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტით შეპყრობილ ავადმყოფებში:1). სისტემური სისხლის მიმოქცევა მნიშვნელოვნად აღემატება პულმონურს;2). პულმონური სისხლის მიმოქცევა მნიშვნელოვნად აღემატება სისტემურს;3). პულმონური რემისტენცობა ახალგაზრდა ასაკში ნორმალური ან დაქვეითებულია;4). პულმონური რემისტენცობა ახალგაზრდა ასაკში მნიშვნელოვნად გაზრდილია.

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

1423. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტი:1). აღრეულ ბავშვობის ასაკში, ჩვეულებრივ, არ ვლინდება;2). აღრეულ ბავშვობის ასაკში, ზოგჯერ, ვლინდება ბრღაში ჩამორჩენით და სასუნთქი სისტემის ინფექციების მიმართ მიდრეკილებით;3). 40 წლის ასაკში, ჩვეულებრივ, ვლინდება მცირე ფიბრიკური დატვირთვისას ქოშინის განვითარებით, გულის ცემის შეგრძნებით, ზოგადი სისუსტით და სხვ.4). უფრო გვიან ვლინდება მაღალმთიან რაიონებში მცხოვრებ მოსახლეობაში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4;
- ე) სწორია 1, 4

1424. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის ფონზე მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგის განვითარება დაკავშირებულია:

- ა) პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდასთან;
- ბ) პულმონური სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებასთან;
- *გ) პულმონური რემისტენცობის გაზრდასთან;
- დ) პულმონური რემისტენცობის დაქვეითებასთან;
- ე) სისტემური რემისტენცობის გაზრდასთან.

1425. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის აღრეულ სტადიებზე (პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარებამდე) ფიბრიკული გამოკვლევებით ვლინდება:1). გამოხატული მწვერვალის საძვერი (მარცხენა პარკუჭის ხარჯზე);2). გამოხატული გულის საძვერი (მარჯვენა პარკუჭის ხარჯზე);3). II ტონის „გაფართოებული“ და ფიქსირებული გახლეჩა;4). მკერდის ძვლის მარცხნივ II - III ნეკნთაშუა სივრცეში სისტოლური შუილი.

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

1426. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის დამახასიათებელი ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) გულის ელექტრული ღერძის მარჯვნივ გადახრა;
- *გ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- დ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ე) პისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ან სრული ბლოკადის ნიშნები.

1427. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე უფრო ინფორმატიული და ხელმისაწვდომი მეთოდია:

- ა) გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- *ბ) დოპლეროექტოკარდიოგრაფია;
- გ) რადიონუკლიდური ანგიოგრაფია;
- დ) ეკგ;
- ე) ფონოკარდიოგრაფია.

1428. ქორეოგული მკურნალობის ჩატარება:1). არ არის საჭირო წინაგულთაშორისი ძგიდის მცირე ზომის ლეფექტების კორექტირებისათვის;2). ნაჩვენებია პულმონური ჰიპერტენზიით და მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით გართულებული ლეფექტისთვის;3). ნაჩვენებია, თუ პულმონური რემისტენცობა 2-ჯერ და მეტად აღემატება სისტემურს;4). ყველაზე ეფექტურია 3 - 6 წლის ასაკში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

1429. წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტით შეპყრობილ ავადმყოფებში:1). ღლია ბაქტერიული ენდოკარდიტის განვითარების რისკი;2). ბაქტერიული ენდოკარდიტის განვითარების რისკი მცირეა;3). ღნგალური პროცესების ჩაგარებაზე რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკურად მიღება;4). ღლია თრომბოემბოლიური გართულებების განვითარების რისკი.

ა) სწორია 1, 3, 4;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

*გ) სწორია 2, 3.

დ) სწორია 3, 4.

1430. ლუგამბაშეს სინდრომი ეწოდება წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტის და მიგრალური სგენომის შერწყმას. ეს უკანასკნელი დაკავშირებულია მიგრალური სარქელის:1). თანდაყოლილ ღაზიანებასთან; 2). რეემაციულ ღაზიანებასთან;3). სიფილისურ ღაზიანებასთან.

ა) ყველა ჩამოთვლილთან;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 3;

დ) სწორია 2, 3;

*ე) სწორია 2.

1431. ვენური სინუსის ტიპის წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტები:1). ღოკალიზებული არიან წინაგულთაშორისი ძგიდის ზედა ნაწილში;2). ღოკალიზებული არიან აგრიო-ვენტრიკულურ სარქველებთან და ხშირად პარკუჭთაშორის ძგიდის ბაზალურ ნაწილზეც ვრცელდებიან;3). ხშირად, ასოცირებული არიან პულმონური ვენების ანომალურ შეერთებასთან;4). ხშირად, ასოცირებული არიან ღაუნის სინდრომთან.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1432. პირველადი ხვრელის ტიპის წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტები:1). ღოკალიზებული არიან წინაგულთაშორისი ძგიდის ზედა ნაწილში;2). ღოკალიზებული არიან აგრიო-ვენტრიკულურ სარქველებთან და ხშირად პარკუჭთაშორის ძგიდის ბაზალურ ნაწილზეც ვრცელდებიან;3). ხშირად, ასოცირებული არიან პულმონური ვენების ანომალურ შეერთებასთან;4). ხშირად, ასოცირებული არიან ღაუნის სინდრომთან.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

*დ) სწორია 2, 4.

1433. იმოლირებული პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი:1). ყველაზე ხშირად ღოკალიზებულია პარკუჭთაშუა ძგიდის მემბრანულ ნაწილში;2). შეიძლება სპონტანურად ღაისუროს ბავშვობის ასაკში;3). შეიძლება ღაისუროს ინდომეგაციის მიღების ფონზე;4). იხურება პროსტაგლანდინ E, ინტრავენურად შეყვანისას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1434. პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია:1). ავადმყოფის ასაკზე; 2). ავადმყოფის სქესზე; 3). ლეფექტის ღოკალიზაციაზე;4). ლეფექტის ზომამზე; 5). პულმონურ რემისგენგობაზე.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

*გ) სწორია 1, 4, 5.

1435. საწყის ეტაპზე (აღრეული ბავშვობის ასაკში) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი:1). კლინიკურად არ ვლინდება;2). კლინიკურად ვლინდება სამუქალო და ღილი ზომის ლეფექტები;3). მიმღინარეობს მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგით;4). მიმღინარეობს მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგით.

ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

*დ) სწორია 2, 4.

1436. საწყის ეტაპზე (აღრეული ბავშვობის ასაკში) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი კლინიკურად ვლინდება:1). აღვილად ღაღლით;2). ფიბიკური ღაგვირთვისაღმი გოლერანგობის შემცირებით;3). ციანობით; 4). პოლიციტემიით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 3;

ე) სწორია 1, 3, 4.

1437. მომრღილებში (პულმონური ჰიპერტენზიის და მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგის ფონზე) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ფიზიკური დაგვირგვინის ქოშინის განვითარებით;
- ბ) მკერდის ძვლის უკან ტკივილით;
- გ) გულის წასვლით;
- დ) სისხლიანი ნახველით;
- *ე) ღოლის ჯოხისებური თითებით.

1438. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტით შეპყრობილ ავადმყოფში შუნგის მიმართულების შეცვლა (მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგის ჩამოყალიბება) იწვევს ახალი კლინიკური ნიშნების განვითარებას, როგორცაა:1). სისხლიანი ნახველი; 2). ციანოზი; 3). ღოლის ჯოხისებური თითებით;4). პოლიციტემია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

1439. პარკუტაშუა ძვილის გავრცელებული ლეფექტის შემთხვევაში, მცირე და ზომიერ ლეფექტებთან შედარებით:1). ღია სასუნთქი გზებისა და ფილტვების ანთებითი დაზარალებების განვითარების სიხშირე;2). ღია ბაქტერიული ენდოკარდიტის განვითარების რისკი;3). გულის შეგუბებითი უკმარისობა უფრო ადრე ვითარდება;4). შუნგი მიმართულა მარჯვნიდან - მარცხნივ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1440. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის დამახასიათებელი ფიზიკალური ნიშნებია:1). მკერდის ძვლის მარცხენა კილის გასწვრივ პანსისგოლური შუილი;2). ღიაგოლური კაგის კრუტენი;3). ფილტვის არტერიის მოსასმენ წერტილზე II ტონის აქცენტი;4). აორტის მოსასმენ წერტილზე II ტონის აქცენტი.

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

1441. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის დიაგნოსტიკის ყველაზე უფრო ინფორმატიული და რაციონალური მეთოდია:

- ა) რენტგენოგრაფია;
- ბ) ელექტროკარდიოგრაფია;
- *გ) დოპლეროექტოკარდიოგრაფია;
- დ) ფონოკარდიოგრაფია;
- ე) რადიოიზოტოპური ანგიოგრაფია.

1442. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის ფონზე პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარება რენტგენოგრაფიულად ვლინდება:

- ა) მარცხენა წინაგულის საზღვრის გადიდებით;
- ბ) მარცხენა პარკუტის საზღვრის გადიდებით;
- გ) მარჯვენა პარკუტის საზღვრის გადიდებით;
- დ) ფილტვის არტერიის სეგმენტის გამოხატვით;
- *ე) ფილტვის სურათის შესუსტებით.

1443. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის არსებობისას ქირურგიული მკურნალობა:1). ნაჩვენებია პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტით შეპყრობილი ყველა ავადმყოფისთვის;2). ნაჩვენებია პარკუტაშუა ძვილის ღია ლეფექტების შემთხვევაში;3). ნაჩვენებია, თუ პულმონური რემისტენცია 1,5-2-ჯერ აღემატება სისტემურს;4). უკუნაჩვენებია, თუ მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგი აღარ აღინიშნება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

1444. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის ძვილის ზედა ნაწილში ლოკალიზება განაპირობებს :1). მარცხენა პარკუტიდან სისხლის მარცხენა წინაგულში გადასროლას;2). მარცხენა პარკუტიდან სისხლის მარჯვენა წინაგულში გადასროლას;3). მარჯვენა წინაგულის დილატაციას; 4). მარცხენა წინაგულის დილატაციას.

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

1445. პარკუტაშუა ძვილის ლეფექტის ფონზე, აორტული სარქელის ნაკლოვანება:1). შეიძლება განვითარდეს ძვილის ლეფექტში აორტული სარქელის პროლაფსის შედეგად;2). ვითარდება მარცხენა პარკუტის მკვეთრი ჰიპერტროფიის შედეგად (აორტული სარქელის შედარებითი ნაკლოვანება);3). ხშირად პროგრესირებს და წარმოადგენს ამ მანკის ყველაზე უფრო სერიოზულ ჰემოდინამიკურ ღარღვევას;4). საჭიროებს რადიკალურ ქირურგიულ მკურნალობას.

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

1446. პარკუტაშუა ძვილის გავრცელებული ლეფექტის და „ერთადერთი~ პარკუტის დიფერენცირება:1). შეიძლება რენტგენოგრაფიის

საშუალებით;2). შეიძლება ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით;3). შეიძლება ანგიოგრაფიის საშუალებით;4). აუცილებელია, რადგან "ერთადერთი" პარკუჭის ქირურგიული კორექცია პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტის ოპერაციულ მკურნალობაზე ძნელია.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

1447. ვალსალვის სინუსის ანევრიზმა:1). - მარჯვენა კორონარული სინუსის ანევრიზმა საკმაოდ იშვიათი თანდაყოლილი ანომალიაა;2). - მარცხენა კორონარული სინუსის ანევრიზმა საკმაოდ იშვიათი თანდაყოლილი ანომალიაა;3). მდგომარეობს აორტის შუა გარსსა და აორტის სარქველის ფიბროზულ რგოლს შორის კავშირის არარსებობასა ან მათ განშრეებაში;4). აორტოკარდიალური ფისგულის ჩამოყალიბებამდე (ანევრიზმის გასკლომამდე), ჩვეულებრივ, არ ვლინდება.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 3;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4;

ე) სწორია 2, 4.

1448. ვალსალვის სინუსის ანევრიზმის გასკლომისას ჩამოყალიბებული აორტოკარდიალური ფისგულა შეიძლება გაიხსნას:1). მარჯვენა პარკუჭში; 2). მარჯვენა წინაგულში; 3). მარცხენა პარკუჭში;4). მარცხენა წინაგულში.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 2, 4;

ე) სწორია 2, 3, 4.

1449. ვალსალვის სინუსის ანევრიზმის გასკლომა კლინიკურად ვლინდება:1). მკერდის ძელის უკან უეცრად აღმოცენებული ტკივილით;2). მხგუნავი პულსით; 3). სისტოლურ - დიასტოლური შუილით;4). აორტის მოსამენ წერტილში II ტონის აქცენციით.

ა) ყველა ჩამოთვლილით;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

1450. ვალსალვის სინუსის ანევრიზმა დიაგნოსტირდება:1). ეკგ-ის საშუალებით; 2). ექოკარდიოგრაფიულად;3). რენგენოგრაფიულად; 4). ანგიოგრაფიულად.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 1, 3, 4.

1451. კორონარული არტერიოვენური ფისგულა საკმაოდ იშვიათი თანდაყოლილი მანკია, რომელიც მდგომარეობს შეერთების არსებობაში:

ა) მარცხენა კორონარულ არტერიასა და მარცხენა პარკუჭს შორის;

ბ) მარცხენა კორონარულ არტერიასა და მარჯვენა წინაგულს შორის;

*გ) მარჯვენა კორონარულ არტერიასა და მარჯვენა წინაგულს ან პარკუჭს შორის;

დ) მარჯვენა კორონარულ არტერიასა და მარცხენა წინაგულს ან პარკუჭს შორის;

ე) მარცხენა კორონარულ არტერიასა და მარცხენა პარკუჭს შორის;

1452. კორონარული არტერიოვენური ფისგულა იშვიათი თანდაყოლილი მანკია, რომელიც შეიძლება გართულდეს:1). ბაქტერიული ენდოკარდიტით; 2). თრომბოემბოლით; 3). პულმონური ჰიპერტენზიით; 4). გულის შეგუბებითი უკმარისობით.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 3, 4.

1453. კორონარული არტერიოვენური ფისგულა იშვიათი თანდაყოლილი მანკია, რომლის დიაგნოსტირება შეიძლება:1).

ელექტროკარდიოგრაფიულად; 2). დოპლეროექოკარდიოგრაფიულად; 3). ფონოკარდიოგრაფიულად;4). ანგიოგრაფიულად.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1454. რომელი თანდაყოლილი მანკი იწვევს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის განვითარებას ბავშვობის (ჩვეულებრივ 6 თვემდე) ასაკში:

ა) წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტი;

ბ) პარკუჭთაშორისი ძგიდის ლეფექტი;

გ) კორონარული არტერიოვენური ფისგულა;

*დ) მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილგვის ღეროდან;

ე) ფალოს გეტრადა.

1455. ღია ბოგალოს სადინარი:1). საკმაოდ ხშირი თანდაყოლილი ანომალიაა, რომელიც უპირატესად ქალებში ვითარდება;2). საკმაოდ ხშირი თანდაყოლილი ანომალიაა, რომელიც უპირატესად მამაკაცებში ვითარდება;3). ინდუცირდება ალკოჰოლით; 4). ინდუცირდება წითურას ვირუსით.

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

1456. არტერიული (ბოგალოს) სადინარი:1). ნორმაში, ფუნქციონირებს 3 - 4 წლამდე და ერთმანეთთან აკავშირებს აორტას და ფილტვის არტერიას;2). ნორმაში ფუნქციონირებს მუცლადყოფნის პერიოდში;3). შეიძლება ფუნქციონირებდეს დღენაკლულ ახალშობილებში;4). შეიძლება ფუნქციონირებდეს მალაღმთიან რეგიონებში დაბადებულ ახალშობილებში.

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

1457. ღია არტერიულ სადინარში სისხლისმიმოქცევის მოცულობა განისაზღვრება:1). სისტემური და პულმონური რემისგენტობების თანაფარდობით;2). სისტემური და პულმონური წნევების თანაფარდობით;3). არტერიული სადინრის დიამეტრით; 4). არტერიული სადინრის სიგრძით.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილით;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1458. ღია ბოგალოს სადინრის ფიზიკალური ნიშნებია:1). დიდი პულსური წნევა; 2). მცირე პულსური წნევა;3). მკერდის ძვლის მარცხენა ზემო კიდეში მუდმივი, უხეში, სისტოლურ-დიასტოლური შუილი;4). მკერდის ძვლის მარცხენა ზემო კიდეში დიასტოლური შუილი.

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

1459. ღია ბოგალოს სადინრის შემთხვევაში ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:1). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

1460. ღია ბოგალოს სადინრის დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე უფრო ინფორმატიულია:

- ა) ეკგ;
- ბ) რენტგენოგრაფია;
- გ) დოპლეროკარდიოგრაფია;
- *დ) აორტოგრაფია;
- ე) ფონოკარდიოგრაფია.

1461. ღია ბოგალოს სადინრის ფონზე მკვეთრი პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარებისას ადგილი აქვს:1). სისხლის გადასროლას აორტიდან ფილტვის არტერიაში;2). არტერიული და ვენური სისხლის შერევას;3). ქვემო კიდეების თითების შეცვლას დოლის ჯოხისებურ თითებად;4). ზემო კიდეების თითების შეცვლას დოლის ჯოხისებურ თითებად.

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

1462. ღია ბოგალოს სადინრის მედიკამენტური მკურნალობა (ინდომეტაციინით ან ასპირინით) ეფექტურია:

- ა) ამ პათოლოგიით შეპყრობილი ყველა ახალშობილისთვის;
- *ბ) დღენაკლული ახალშობილებისთვის;
- გ) 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარებისას;
- ე) გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს.

1463. ღია ბოგალოს სადინრის ქირურგიული მკურნალობა:1). შეძლებისდაგვარად ადრე უნდა ჩატარდეს;2). ნაჩვენებია მარჯვნიდან - მარცხნივ შუნგის განვითარებისას;3). ნაჩვენებია მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნგის არსებობისას;4). ნაჩვენებია მაღალი პულმონური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4;

ე) სწორია 3, 4.

1464. ღია ბოგალოს სადინარის შესაძლო გართულებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის უკმარისობა;
- ბ) ბაქტერიული ენდოკარდიტი;
- გ) ფილგვების სისხლძარღვების მძიმე ობსტრუქციის შედეგად განვითარებული სადინარის ანევრიზმა და გასკომა;
- *დ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი.

1465. მუნტირების გარეშე მიმდინარე ფერმკრთალ მანკებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აორტის სარქველოვანი სტენოზი;
- ბ) აორტის კოარქტაცია;
- გ) ფილგვის არტერიის სტენოზი;
- დ) აორტის სარქველზედა სტენოზი;
- *ე) კორონარული არტერიოვენური ფისტულა.

1466. აორტის თანდაყოლილი სარქველოვანი სტენოზი:1). ყველაზე ხშირად ვითარდება ორაფრიანი აორტული სარქველის ფონზე;2). მამაკაცებთან შედარებით 3 - 4-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში;3). ხშირად აღასოცირებულია დიაგნოზირებული დიაგნოზირებული სადინართან და აორტის კოარქტაციასთან;4). პრაქტიკულად არ ზრდის ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარების რისკს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1467. აორტის სარქველოვანი სტენოზი:1). კლინიკურად ვლინდება ობსტრუქციის ნებისმიერი ხარისხის მიუხედავად;2). ფიზიკური დაგვირთვის დროს შეიძლება გამოვლინდეს გულის წასვლით;3). ფიზიკური დაგვირთვის დროს შეიძლება გამოვლინდეს სტენოკარდიის შეტევით;4). შეიძლება გახდეს უეცარი სიკვდილის მიზეზი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 4.

1468. აორტის სარქველოვანი სტენოზის ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ნელი, სუსტი აფსების და დაჭიმულობის პულსი;
- *ბ) გულის ფუძეზე დიასტოლური კატის კრუტუნის;
- გ) სუსტი ან პარადოქსულად გახლეჩილი II ტონი;
- დ) მკერდის ძვლის მარჯვნივ II ნექნთაშუა სივრცეში რომბისებრი სისტოლური შუილი, რომელიც ჩვეულებრივ საძილე არტერიებისკენ ვრცელდება.

1469. აორტის სარქველოვანი სტენოზის ფიზიკალური ნიშნებია:1). მწვერვალის საძვგერის გაძლიერება და მარცხნივ და ქვევით გაღანაველება;2). გულის ფუძეზე დიასტოლური კატის კრუტუნის;3). II ტონის აქცენტი აორტის სარქველის მოსასმენ წერტილში;4). მკერდის ძვლის მარცხნივ II ნექნთაშუა სივრცეში რომბისებრი სისტოლური შუილი, რომელიც არსად არ ვრცელდება.

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

1470. აორტის სარქველოვანი სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე:1). შეიძლება პათოლოგია არ გამოვლინდეს;2). შეიძლება გამოვლინდეს მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). შეიძლება გამოვლინდეს ორივე პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). შეიძლება გამოვლინდეს მარცხენა პარკუჭის გაღაბავის ნიშნები.

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

1471. აორტის სარქველოვანი სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში ობსტრუქციის ხარისხის შესაფასებლად ყველაზე ინფორმატიული არაინვაზიური მეთოდია:

- ა) ელექტროკარდიოგრაფია;
- ბ) ორგანომომილებიანი ექოკარდიოგრაფია;
- *გ) დოპლეროკარდიოგრაფია;
- დ) რენტგენოგრაფია;
- ე) ფონოკარდიოგრაფია.

1472. აორტის სარქველოვანი სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფების ქირურგიული მკურნალობის მიზანშეწონილობა ძირითადად განისაზღვრება:

- ა) კლინიკური სიმპტომების გამოხატულებით;
- *ბ) ობსტრუქციის ხარისხით;
- გ) სისტემური რემისგენობით;
- დ) პულმონური რემისგენობით;

ე) სისტემურ და პულმონურ რემისკენცობებს შორის თანაფარდობით.

1473. აორგის სარქველოვანი და სუბსარქველოვანი სტენოზები:1). კლინიკურად ერთმანეთისაგან არ განირჩევიან;2). შეიძლება ერთდროულად არსებობდნენ;3). ანაგომიურად ერთი და იგივე პათოლოგიაა;4). ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად გვხვდებიან მამაკაცებში.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1474. უილიამსის სინდრომს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

ა) აორგის სარქველოვანი სტენოზი;

*ბ) აორგის სარქველოვანი სტენოზი;

გ) ჰიპერკალცემია;

დ) გონებრივ განვითარებაში ჩამორჩენა;

ე) სიელმე;

ვ) საზარდულის თიაქარი.

1475. აორგის კოარქტაციის შესახებ ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) აორგის კოარქტაცია ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად მამაკაცებში ვითარდება;

ბ) სტენოზი, ჩვეულებრივ, ლოკალიზებულია აორტიდან მარცხენა ლავიწქვეშა არტერიის გამოსვლის დისკალურად;

*გ) აორგის კოარქტაცია იშვიათად იწვევს ახალშობილებში გულის შეგუბებითი უკმარისობის განვითარებას;

დ) აორგის კოარქტაცია ხშირად ასოცირებულია აორგის თანდაყოლილ სარქველოვან სტენოზთან;

ე) აორგის კოარქტაციით შეპყრობილი ავადმყოფები შეიძლება უჩიოდნენ ქვემო კიდურების ტკივილს და ადვილად დაღლას.

1476. თუ აორგის კოარქტაცია აორტიდან არტერიული სადინარის გამოსვლამდე ვითარდება:1). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია შეიძლება განვითარდეს მუცლადყოფნის პერიოდში;2). პულმონური ჰიპერტენზია შეიძლება განვითარდეს ახალშობილობის პერიოდში;3). გულის შეგუბებითი უკმარისობა შეიძლება განვითარდეს ახალშობილობის პერიოდში;4). დაავადება კლინიკურად არ ვლინდება.

*ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 2, 3;

გ) სწორია 1, 4.

1477. აორგის კოარქტაცია კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს:1). თავის ტკივილით; 2). ცხვირიდან სისხლდენით;3). ფიბიკური დაგვირთვისას ხანგამოშვებითი კოჭლობის განვითარებით;4). ქვემო კიდურების გაცივებით.

*ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3, 4.

1478. აორგის კოარქტაციით შეპყრობილ ავადმყოფებში:1). სისტოლური არტერიული წნევა ზედა კიდურებზე მაღალია ქვემო კიდურებთან შედარებით;2). დიასტოლური არტერიული წნევა ქვემო კიდურებზე მაღალია ზემო კიდურებთან შედარებით;3). სხეულის ზემო ნაწილი ქვემო ნახევართან შედარებით უფრო მეტადაა განვითარებული;4). ბარძაყის არტერიაზე აღინიშნება სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის პულსი.

ა) სწორია 1, 2;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 3, 4;

*დ) სწორია 1, 3, 4.

1479. დაავადების ადრეულ სტადიებზე აორგის კოარქტაციით შეპყრობილი ავადმყოფების ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:

*ა) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;

ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;

გ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;

დ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

1480. აორგის კოარქტაციის პათოგნომური რენტგენოლოგიური ნიშანი - ნეკნების უზურაცია ჩვეულებრივ ვლინდება:

ა) დაბადებისთანავე;

*ბ) 6 - 12 წლის ასაკში;

გ) 18 - 24 წლის ასაკში;

დ) 30 - 40 წლის ასაკში;

ე) 50 - 60 წლის ასაკში.

1481. აორგის კოარქტაციის დიაგნოსტიკისთვის არაინფორმატიული და ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

ა) ელექტროკარდიოგრაფია;

ბ) რენტგენოგრაფია;

*გ) ექოკარდიოგრაფია;

დ) აორტოგრაფია;

ე) ფონოკარდიოგრაფია.

1482. აორგოს კოარქტაციის ქირურგიული მკურნალობა:

- ა) ნაჩვენებია მხოლოდ კლინიკური ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში;
- *ბ) უმჯობესია ჩატარდეს სკოლამდელ ასაკში;
- გ) ჩვეულებრივ, მთავრდება სრული კლინიკური გამოჯანმრთელებით, მათ შორის არგერიული წნევის ნორმალიზებით;
- დ) გულისხმობს აორტო-პულმონური ანასტომოზის დადებას;
- ე) გულისხმობს აორტო-სუბკლავიკულური ანასტომოზის დადებას.

1483. აორგოს კოარქტაცია:

- ა) პრაქტიკულად არ მრღის ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარების რისკს;
- *ბ) ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკას საჭიროებს ავადმყოფის მთელი სიცოცხლის მანძილზე, თვით ქირურგიული კორექციის შემდეგაც;
- გ) ხშირად იწვევს, ახალშობილობის ასაკში, მთავარდემის წინა კელის ინფარქტის განვითარებას;
- დ) პრაქტიკულად არ გვხვდება ქალებში.

1484. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზი:

- *ა) ლოკალიზდება სარქველოვან, სარქველმდებარე და სუბსარქველოვან დონეზე;
- ბ) ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია სუბსარქველოვან დონეზე;
- გ) აუტოსომურ - დომინანტური ტიპის გენეტიკური პათოლოგიაა;
- დ) არ ინდუცირდება წითურას ვირუსით;
- ე) პრაქტიკულად არ გვხვდება ქალებში.

1485. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის:1). ყველაზე გავრცელებული ფორმა სარქველოვანი სტენოზია;2). კლინიკური მიმდინარეობა, ძირითადად, განისაზღვრება სტენოზის ლოკალიზაციით;3). კლინიკური მიმდინარეობა, ძირითადად, განისაზღვრება ობსტრუქციის ხარისხით;4). გამომწვევი შეიძლება იყოს წითურას ვირუსი.

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

1486. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზი:

- ა) კლინიკურად არ ვლინდება თვით მნიშვნელოვანი ობსტრუქციის შემთხვევაში;
- *ბ) კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნებით;
- გ) კლინიკურად, ძირითადად, ვლინდება მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნებით;
- დ) ასაკის მაგებასთან ერთად პროგრესირებს;
- ე) ხშირად ასაკის მაგებასთან ერთად განიცდის რეგრესს.

1487. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის ფონზე ჰიპერტროფირებული მარჯვენა პარკუჭის დიასტოლური ავსების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მარჯვენა წინაგულის ენერგიული შეკუმშვა, რაც ვლინდება:1). III ტონით; 2). IV ტონით;3). საუღლე ვენის პულსის მრუდზე a ტალღის ამპლიტუდის გაზრდით;4). ღვიძლის პრესისტოლური პულსაციით.

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

1488. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის ფიზიკალური ნიშნები შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კისრის ვენების დაბერვა;
- *ბ) კაპილარული პულსი (კვინკეს ნიშანი);
- გ) მარჯვენა პარასტენალური ხაზის მარჯვნივ - გულის კუმბი;
- დ) მკერდის ძვლის მარცხენა ზემო კიდესთან სისტოლური შუილი;
- ე) IV ტონი.

1489. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული ღერძის მარჯვნივ გადახრა;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები;
- *დ) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ე) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

1490. ფილგვის არტერიის სარქველოვანი სტენოზის პათოგენომური რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) გულის მარჯვენა საზღვრის გადიდება;
- ბ) გულის მარცხენა საზღვრის გადიდება;
- *გ) ფილგვის არტერიის მთავარი ღეროს და მარცხენა პულმონური არტერიის პოსტსტენოზური დილატაცია;
- დ) ფილგვის სურათის გაძლიერება;
- ე) ფილგვის სურათის შესუსტება.

1491. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) დოპლეროექოკარდიოგრაფია;
- ბ) ეკგ;

- გ) რენტგენოგრაფია;
- *დ) ანგიოკარდიოგრაფია;
- ე) ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია.

1492. ფილგვის არტერიის ღეროს სტენოზის მკურნალობა:1). გულისხმობს ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკას;2). ძირითადად, კონსერვატიულია;3). გულისხმობს კანსშიდა ბალონურ ვალვულოპლასტიკას;4). გულისხმობს ქირურგიულ ვალვულოპლასტიკას.

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

1493. პულმონური სისხლის მიმოქცევის გაზრდით მიმდინარე „ლურჯი“ მანკებია:1). ფალოს ტეტრადი; 2). ებმტენის ანოზალია;3). მაგისტრალური არტერიების სრული ტრანსპოზიცია;4). პულმონური ვენების სრული ანოზალური მიერთება.

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

1494. პულმონური სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებით მიმდინარე „ლურჯი“ მანკებია:1). ფალოს ტეტრადი; 2). ებმტენის ანოზალია;3). მაგისტრალური არტერიების სრული ტრანსპოზიცია;4). პულმონური ვენების სრული ანოზალური მიერთება.

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

1495. მაგისტრალური არტერიების სრული ტრანსპოზიცია:1). ხასიათდება სისხლის მიმოქცევის ერთი (საერთო) წრის არსებობით;2). ხასიათდება სისხლის მიმოქცევის ორი დამოუკიდებელი წრის არსებობით;3). დაბადებიდან პირველსავე თვეებში იწვევს ახალშობილის სიკვდილს, თუ იგი არ არის შერწყმული წინაგულთაშორისი ძგიდის ლეფექტთან, პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტთან ან ღია ბოტალის სალინართან;4). მამაკაცებთან შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში.

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

1496. მაგისტრალური არტერიების სრული ტრანსპოზიცია:1). ინდუცირდება წითურას ვირუსით; 2). ინდუცირდება ალკოჰოლით;3). ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში;4). უფრო ხშირად გვხვდება შაქრიანი დიაბეტით შეპყრობილი ქალების შვილებში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 3, 4.

1497. მაგისტრალური სისხლძარღვების სრული ტრანსპოზიციის ჩვეული კლინიკური გამოვლინებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ქოშინი;
- ბ) ციანოზი;
- გ) ზრდაში ჩამორჩენა;
- *დ) თრომბოემბოლიური გართულებები;
- ე) გულის უკმარისობა.

1498. მაგისტრალური სისხლძარღვების სრული ტრანსპოზიციის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:1). კარდიომეგალია;2). წინა - უკანა პროექციაში "სფეროსებრი" გული - წერილი სისხლძარღვოვანი ფეხით;3). ფილგვების სურათის გაძლიერება; 4). ფილგვების სურათის შესუსტება.

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

1499. მაგისტრალური სისხლძარღვების სრული ტრანსპოზიციის დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) რენტგენოგრაფია;
- ბ) ეკგ;
- გ) ორგანზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია;
- დ) დოპლეროექოკარდიოგრაფია;
- *ე) ანგიოკარდიოგრაფია.

1500. პულმონური ვენების სრული ანოზალური მიერთება ეწოდება მდგომარეობას, როდესაც ფილგვების ყველა ვენა უშუალოდ უერთდება:1). მარჯვენა წინაგულს; 2). მარჯვენა პარკუჭს; 3). მარცხენა პარკუჭს; 4). სისტემურ ვენებს.

- ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;

- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 4.

1501. პულმონური ვენების სრული ანომალური მიერთებით შეპყრობილ ავადმყოფს აღენიშნება:1). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფია; 2). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფია;3). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია; 4). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

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

1502. ფალოს ტეტრადას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- *ა) მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნტი;
- ბ) ორივე პარკუჭიდან გამომავალი აორტა;
- გ) ფილტვის არტერიის სარქველოვანი სტენოზი;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;
- ე) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი.

1503. ფალოს ტეტრადის კლინიკური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ციანოზი;
- *ბ) იძულებითი მჯდომარე მდგომარეობა;
- გ) ქოშინი;
- დ) ზრდაში ჩამორჩენა;
- ე) „ლოლის ჯოხისებური“ თითები;
- ვ) პოლიციტემია.

1504. ფალოს ტეტრადის ფიზიკალური ნიშნებია:1). გულის საძვერი - მკერდის ძელის მარცხენა კიდეთან;2). მკერდის ძელის მარცხენა კიდეზე გასწვრივ - სისტოლური კაგის კრუტუნი;3). გულის სამივე საზღვრის გადიდება;4). მკერდის ძელის მარცხნივ, II ნეკნთაშუა სივრცეში სისტოლური შუილი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1505. ფალოს ტეტრადისთვის დამახასიათებელი სისტოლური შუილის ინტენსივობას და ხანგრძლივობას ამცირებს:1). ობსტრუქციის ხარისხის შემცირება; 2). ობსტრუქციის ხარისხის გაზრდა; 3). სისტემური რემისტენცობის გაზრდა; 4). სისტემური რემისტენცობის დაქვეითება; 5). პოლიციტემია.

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

1506. ფალოს ტეტრადით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე ვლინდება:1). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

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

1507. ფალოს ტეტრადის პათოგნომური რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- *ა) „ჩექმის~ ფორმის გული“;
- ბ) „კეკერცხის~ ფორმის გული“;
- გ) ფილტვის სურათის შესუსტება;
- დ) ფილტვის სურათის გაძლიერება;
- ე) კარდიომეგალია.

1508. ფალოს ტეტრადის ჩვეული გართულებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- გ) პარადოქსული ემბოლიები;
- დ) თავის ტვინის ინფარქტი;
- ე) თავის ტვინის აბსცესი.

1509. ფალოს ტეტრადის ფონზე ციანოზური შეტევის განვითარებისას საჭიროა:1). ავადმყოფი დავსვათ; 2). ჯანგბადის ინჰალაცია;3). ნატრიუმის ბიკარბონატის ინტრავენურად შეყვანა;4). რომელიმე არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატის ინტრავენურად შეყვანა 1 მგ/კგ წთ-ში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;

- *გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1510. ფალოს გეგრაფიის ქირურგიული მკურნალობა:1). გარღება შეძლებისდაგვარად ადრე (თვით ახალშობილობის პერიოდში);2). უკუნაჩვენებია მცირე წონიანი ახალშობილებისთვის;3). აბოსლუგურად უკუნაჩვენებია ფილგვის არტერიის ჰიპოპლაზიის ფონზე;4). ყოველთვის გარღება რამოდენიმე ეტაპად.

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

1511. ებშეინის ანომალიას ახასიათებს შემდეგი ნიშნები:1). მარჯვენა - აგრიოვენტრიკულური სარქველის ნაკლოვანება;2). მარჯვენა - აგრიოვენტრიკულური სარქველის სტენოზი;3). დიად დარჩენილი ოვალური ხვრელი; 4). პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი;5). მარჯვენა პარკუჭის სხვადასხვა ხარისხის ჰიპოპლაზია.

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

1512. ებშეინის ანომალიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) პროგრესირებადი ციანოზი;
- *ბ) მარცხნიდან - მარჯვნივ შუნტი;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის დისფუნქციის ნიშნები;
- დ) გულის რიგმის პაროქსიზმული დარღვევები;
- ე) დიოდლის სისტოლური პულსაცია.

1513. ებშეინის ანომალიის ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საუღლე ვენის პულსის მრუდზე გაფართოებული V ტალღები;
- *ბ) საუღლე ვენის პულსის მრუდზე V ტალღის არარსებობა;
- გ) I ტონის გახლეჩა;
- დ) II ტონის გახლეჩა;
- ე) ქლერალი III ტონი;
- ვ) ქლერალი IV ტონი.

1514. ებშეინის ანომალიის ეკგ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) I ხარისხის აგრიოვენტრიკულური ბლოკადა;
- გ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
- დ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის სრული ბლოკადა;
- *ე) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის წინა გოგის ბლოკადა.

1515. ებშეინის ანომალიით შეპყრობილი ავადმყოფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას შეიძლება გამოვლინდეს:1). მარჯვენა წინაგულის დილატაცია; 2). მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია;3). ფილგვის სურათის გაძლიერება; 4). ფილგვის სურათის შესუსტება.

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

1516. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი - შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) ბარძაყის არტერიაზე პულსაციის არარსებობა;
- *ბ) ფართოდ გახლეჩილი, ფიქსირებული II ტონი;
- გ) ხუთწვერა რიგმი;
- დ) უწყვეტი შუილი;
- ე) ჰოლოსისტოლური შუილი.

1517. პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი - შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) ბარძაყის არტერიაზე პულსაციის არარსებობა;
- ბ) ფართოდ გახლეჩილი, ფიქსირებული II ტონი;
- გ) ხუთწვერა რიგმი;
- დ) უწყვეტი შუილი;
- *ე) ჰოლოსისტოლური შუილი.

1518. ღია ბოტალის (არტერიულ) სადინარს - შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) ბარძაყის არტერიაზე პულსაციის არარსებობა;
- ბ) ფართოდ გახლეჩილი, ფიქსირებული II ტონი;
- გ) ხუთწვერა რიგმი;
- *დ) უწყვეტი შუილი;

ე) პოლოსისტოლური შუილი.

1519. აორტის კოარქტაციას შეესაბამება შემდეგი ფიზიკალური ნიშანი:

- *ა) ბარძაყის არტერიაზე პულსაციის არარსებობა;
- ბ) ფართოდ გახლეჩილი, ფიქსირებული II ტონი;
- გ) ხუთწევრა რიგში;
- დ) უწყვეტი შუილი;
- ე) პოლოსისტოლური შუილი.

1520. ებშტეინის ანომალიას შეესაბამება შემდეგი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) ბარძაყის არტერიაზე პულსაციის არარსებობა;
- ბ) ფართოდ გახლეჩილი, ფიქსირებული II ტონი;
- *გ) ხუთწევრა რიგში;
- დ) უწყვეტი შუილი;
- ე) პოლოსისტოლური შუილი.

გულის შეძენილი მანკები

1521. მიგრალური სტენოზის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) რევმატიული ენდოკარდიტი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) გულის თანდაყოლილი დაავადება;
- დ) მარფანის სინდრომი;
- ე) გულის სიფილისური დაზიანება.

1522. მიგრალური სტენოზი:1). მარცხენა აგრიოვენტრიკულური ხერელის ფართობის 4 - 6 კვადრატულ სანტიმეტრამდე შემცირება;2). ხასიათდება მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შორის წნევის გრადიენტის გაზრდით;3). ვითარდება პულმონურ ვენებსა და კაპილარებში წნევის გაზრდის შედეგად;4). ხასიათდება ორკარიანი სარქველში სისხლის ღინების სიჩქარის დაქვეითებით.

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

1523. მიგრალური ხერელის სტენოზის ხარისხი განსაზღვრავს:1). მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შორის წნევის გრადიენტს;2). ორკარიანი სარქველის ხერელში სისხლის ღინების სიჩქარეს;3). პულმონური რემისტენტობის ხარისხს; 4). პულმონური წნევის ღონეს.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1524. მიგრალური ხერელის სტენოზის ხარისხის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია განსაზღვროს:1). მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შორის წნევის გრადიენტი;2). ორკარიანი სარქველის ხერელში სისხლის ღინების სიჩქარე;3). პულმონური რემისტენტობის ხასიათი; 4). პულმონური წნევის ღონე.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1525. მიგრალური სარქველის ხერელში სისხლის ღინების სიჩქარე განისაზღვრება:1). ხერელის ფართობით; 2). სისტოლური მოცულობით;3). პულმონური წნევის ღონით; 4). გულის ცემის სიხშირით.

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

1526. მიგრალური სტენოზის დამახასიათებელი მნიშვნელოვანი ჰემოდინამიკური დარღვევაა:

- ა) მარცხენა პარკუჭის აესების გაზრდა;
- *ბ) მარცხენა წინაგულის წნევის გაზრდა;
- გ) გულის წუთმოცულობის გაზრდა;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის წნევის შემცირება;
- ე) მარცხენა პარკუჭის წნევის შემცირება.

1527. იმოლირებული მიგრალური სტენოზის დროს მარცხენა წინაგულის:1). სისტოლური წნევა მომატებულია;2). სისტოლური წნევა ნორმის ფარგლებშია;3). საშუალო წნევა მომატებულია; 4). დიასტოლური წნევა მომატებულია;5). დიასტოლური წნევა ნორმის ფარგლებშია.

- ა) სწორია 1, 3, 4;

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

1528. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია:

- ა) მცირე ან საშუალო ხარისხის მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში (პულმონური რემისგენგობის ღონის მიუხედავად) პულმონური წნევა მოსვენების დროს ნორმის ფარგლებშია;
- ბ) მცირე ან საშუალო ხარისხის მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში (ნორმალური პულმონური რემისგენგობის შემთხვევაში) პულმონური წნევა ფიზიკური დატვირთვისას, ჩვეულებრივ ნორმის ფარგლებშია;
- გ) მცირე ან საშუალო ხარისხის მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში (ნორმალური პულმონური რემისგენგობის შემთხვევაში) პულმონური წნევა მოსვენების დროს გაზრდილია;
- დ) გამოხატული მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში (ნორმალური პულმონური რემისგენგობის შემთხვევაში) პულმონური წნევა მოსვენების დროს ნორმის ფარგლებშია;
- *ე) გამოხატული მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში (პულმონური რემისგენგობის ღონის მიუხედავად) პულმონური წნევა გაზრდილია როგორც დატვირთვისას, ისე მოსვენებით მდგომარეობაში.

1529. მიგრალური სტენოზის ფონზე ფილგვის ღეროში არტერიული წნევის 50 მმ ვწყ. სე-მდე და მეტად გაზრდა იწვევს საბოლოო - დიასტოლური წნევის კომპენსატორულ გაზრდას: 1). მარცხენა წინაგულში; 2). მარცხენა პარკუჭში; 3). მარჯვენა წინაგულში; 4). მარჯვენა პარკუჭში.

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

1530. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფების უმრავლესობაში სისტოლური მოცულობა:

- ა) საშუალო ხარისხის სტენოზის დროს მოსვენების მდგომარეობაში ნორმულია;
- ბ) საშუალო ხარისხის სტენოზის დროს ფიზიკური დატვირთვისას აღეჭვავურად იმატებს;
- გ) გამოხატული სტენოზის დროს მოსვენების მდგომარეობაში ნორმულია;
- *დ) გამოხატული სტენოზის დროს ფიზიკური დატვირთვისას არ იზრდება;
- ე) გამოხატული სტენოზის დროს ფიზიკური დატვირთვისას მცირდება.

1531. მიგრალური სტენოზის არსებობისას ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია: 1). შეიძლება განვიხილოთ გამოხატული და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არსებული მიგრალური სტენოზის გართულებად; 2). დამცავი მექანიზმია, რომელიც გარკვეულ - წილად ხელს უშლის ფილგვებში შეგუბების განვითარებას; 3). ვითარდება მარცხენა წინაგულსა და ფილგვის ვენებში წნევის მომატების საპასუხოდ; 4). ვითარდება ფილგვების სისხლძარღვებში მათი ბიოგენური ცელილებების საპასუხოდ.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1532. მიგრალური სარქელის რევემაგიული დაზიანება: 1). სპეციფიკურია დაავადების საწყის სტადიაზე; 2). ხასიათდება სარქელის აფრების დიფუზიური გასქელებით (ფიბროზული ქსოვილის პროლიფერაციის ხარჯზე) და ან კალციფიკაციით; 3). სპეციფიკურია დაავადების მიმდინარეობის ნებისმიერ სტადიაზე; 4). იწვევს ე.წ. ძაბრისებრი სარქელის წარმოქმნას.

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

1533. მიგრალური სტენოზის კლინიკური ნიშნები: 1). ჩვეულებრივ, ვლინდება რევემაგიული კარდიტის პირველი შეტევიდან 20 წლის შემდეგ; 2). ჩვეულებრივ, ვლინდება რევემაგიული კარდიტის პირველი შეტევიდან 40 წლის შემდეგ; 3). მოსვენების მდგომარეობაში, ჩვეულებრივ, არ ვლინდება გამოხატული სტენოზის დროსაც; 4). საშუალო ხარისხის სტენოზის შემთხვევაში არ ვლინდება არც მოსვენების და არც ფიზიკური დატვირთვის დროს.

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

1534. მიგრალური სტენოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ორთოპნოე;
- ბ) ღამის პაროქსიზმული ქოშინი;
- გ) ფილგვების შეშუპება;
- დ) სუპრავენტრიკული არიგმიები;
- *ე) პარკუჭოვანი არიგმიები.

1535. მიგრალური სტენოზის ჩვეული გართულებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ფილგვების შეშუპება;
- ბ) სისხლიანი ხველა;
- გ) ფილგვების განმეორებადი ემბოლიები და ინფარქტები;
- *დ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;

ე) სისტემური თრომბოემბოლიები.

1536. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში შეშუპების და სისხლიანი ხველის ეტიმოლოგია: 1). პულმონური რემისტენგობის გამრღასთან ერთად ხშირდება; 2). პულმონური რემისტენგობის გამრღასთან ერთად იშვიათდება; 3). სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანების ან სტენოზის განვითარების ფონზე ხშირდება; 4). სამკარიანი სარქელის ნაკლოვანების ან სტენოზის განვითარების ფონზე იშვიათდება.

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

1537. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილ ავადმყოფებში სისტემური თრომბოემბოლიების განვითარების სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია: 1). გამოხატული მიგრალური სტენოზის ფონზე; 2). მოციმციმე არიგმიის ფონზე; 3). სინუსური რიგმის ფონზე; 4). ხანღამულ ასაკში.

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

1538. რომელი დაავადების იმიტირებას იწვევს მიგრალური სტენოზის ფონზე მიგრალური სარქელის ხერელში თრომბის "ჩაჭეღვა":

- ა) ინფექციური ენლოკარდიტი;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- გ) მიგრალური პროლაფსი;
- *დ) მარცხენა წინაგულის მიქსომა;
- ე) გულის გამპონაღა.

1539. მიგრალური სტენოზის ყველაზე სპეციფიური ფიზიკალური ნიშანია:

- ა) სახის და პერიფერიული ციანოზი;
- *ბ) მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობა;
- გ) დიასტოლური კატის კრუტუნი;
- დ) ტატუნა I ტონი;
- ე) ფილგვის არტერიის მოსასმენ წერტილში II ტონის აქცენტი;
- ვ) მწვერვალზე - კრეშჩენლოს ტიპის დიასტოლური შუილი.

1540. ქემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია: 1). მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობა მოსმინება II ტონის პულმონური კომპონენტის შემდეგ; 2). II - OS (გაღების ხმიანობა) ინტერვალის ხანგრძლივობა 0,06 - 0,12 წმ-ია; 3). II - OS (გაღების ხმიანობა) ინტერვალის ხანგრძლივობა უკუპროპორციულ დამოკიდებულებაშია მიგრალური სარქელის ობსტრუქციის ხარისხთან; 4). მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობის ინტენსივობა კორელაციაშია მიგრალური სარქელის წინა აფრის მოძრაობის ხარისხთან.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1541. მიგრალური სტენოზისათვის დამახასიათებელი დიასტოლური შუილი: 1). უკეთ მოსმინება ავადმყოფის მარცხენა გვერდზე წოლისას; 2). ძლიერდება თუ უშუალოდ აუსკულტაციაზე ავადმყოფს ფიზიკურად დავგვირთავთ; 3). სინუსური რიგმის ფონზე ლეკრეშჩენლოს ტიპისაა; 4). მოციმციმე არიგმიის ფონზე კრეშჩენლოს ტიპისაა.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 3, 4.

1542. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ფიზიკალური გამოკვლევისას მკერდის ძვლის მარცხენა კილის გასწვრივ მოსმენილი პანსისტოლური შუილი: 1). მარჯვენა ატრიოვენტრიკულური სარქელის ფუნქციური ნაკლოვანებით გამოწვეული შუილია; 2). ფილგვის არტერიის სარქელის შემდარებითი ნაკლოვანებით გამოწვეული შუილია (გრეხემ - სტილის შუილი); 3). ძლიერდება ჩასუნთქვისას; 4). სუსტდება ამოსუნთქვისას.

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

1543. მიგრალური სტენოზის ფონზე მიგრალური სარქელის ნაკლოვანების განვითარებისას აღილი აქვს: 1). I ტონის ინტენსივობის გაძლიერება; 2). მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობის ინტენსივობის გაძლიერება; 3). I ტონის და მიგრალური სარქელის გაღების ხმიანობის შესუსტება ან გაქრობა; 4). III ტონის აღმოცენება.

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

1544. მიგრალური სტენოზის ფონზე III ტონის აღმოცენება: 1). გამოხატული მიგრალური რეგურგაციის მახვენებელია; 2). შეიძლება განპირობებულ იყოს მარჯვენა პარკუტოვანი უკმარისობით; 3). ღაკავშირებულია მოციმციმე არიგმიის აღმოცენებასთან; 4). ღაკავშირებულია პულმონური სტენოზის განვითარებასთან.

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

1545. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ფიზიკალური გამოკვლევისას მკერდის ძვლის მარცხენა კიდის გასწვრივ მოსმენილი დიასტოლური შუილი:1). მარჯვენა აგრიოვენტრიკულური სარქველის ფუნქციური ნაკლოვანების მაჩვენებელია;2). ფილტვის არტერიის სარქველების შეღარებითი ნაკლოვანების მაჩვენებელია;3). ძლიერდება ჩასუნთქვისას;4). სუსტდება ამოსუნთქვისას.

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

1546. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ბ) მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- *გ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ე) გულის ელექტრული ღერძის მარჯვნივ გადახრა.

1547. მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა საშუალებას იძლევა:1). დავადგინოთ, რომ მიგრალური სარქველის წინა და უკანა კარედები ადრეულ დიასტოლაში 15 მმ-ზე ნაკლებად სცილდებიან ერთმანეთს;2). გამოვაყვინოთ სარქველების კარედების გასქელება და კალციფიკაცია;3). განვსაზღვროთ მიგრალური ხერეღის ფართობი;4). განვსაზღვროთ მიგრალური ხერეღში სისხლის დინების სისწრაფე.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 3, 4.

1548. ორკარიანი სარქველის სტენოზის რენგენოლოგიური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიგრალური კონფიგურაცია;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის გადიდება;
- გ) მარცხენა წინაგულის გადიდება;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის გადიდება;
- ე) ფილტვის არტერიის რკალის გამოღრეკა.

1549. ანგიოკარდიოგრაფია ნაჩვენებია:1). მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ყველა ავადმყოფისათვის;2). მიგრალური სტენოზის ქირურგიული მკურნალობის მიზანშეწონილობის განსაზღვრავად;3). მიგრალური სტენოზით შეპყრობილი ადრე ნაოპერაციები ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც კვლავ აღენიშნებათ სტენოზის ნიშნები;4). ქირურგიული ჩარევის შემდგომ, ოპერაციის ეფექტურობის განსაზღვრავად.

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

1550. მიგრალური სტენოზის მედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს:1). ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკას;2). ბეტა-ბლოკატორების მიღებას; 3). კალციუმის ანტაგონისტების გამოყენებას;4). ანტიკოაგულანტების მიღებას (განსაკუთრებით სინუსური რიგით მიმდინარე დაავადების დროს).

- ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3, 4;
- *დ) სწორია 1, 2, 3.

1551. სინუსური რიგით მიმდინარე მიგრალური სტენოზის თერაპიისათვის უპირატესობა ენიჭება:

- ა) დიგოქსინს;
- *ბ) ბეტა-ბლოკატორებს;
- გ) პერორარულ ანგიოკოაგულანტებს;
- დ) კალციუმის ანტაგონისტებს (ვერაპამილს, დილითიამემს);
- ე) აგე ინჰიბიტორებს.

1552. მოციმციმე არიგმით გართულებული მიგრალური სტენოზის თერაპიისათვის გამოიყენება:1). დიგოქსინი; 2). ბეტა-ბლოკატორები; 3). პერორალური ანგიოკოაგულანტები; 4). კალციუმის ანტაგონისტები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1553. მიგრალური სტენოზის ქირურგიული მკურნალობა:1). ნაჩვენებია მიგრალური ხერეღის ფართობის 2 - 3 კვადრატულ სანტიმეტრამდე შემცირებისას (თვით უსიმპტომო შემთხვევებშიც);2). ნაჩვენებია მიგრალური ხერეღის ფართობის 1 -2 კვადრატულ სანტიმეტრამდე შემცირებისას და დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოვლენისას;3). ნაჩვენებია ამ მანკით შეპყრობილი ყველა ორსული ქალისთვის;4). გულისხმობს ვალვულოტომიას და პროთემიერებას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1554. მიგრალური სარქელის მწვავე ნაკლოვანების განვითარებისას:1). აღინიშნება მარცხენა წინაგულის მნიშვნელოვანი დილატაცია;2). მნიშვნელოვნად იმატებს მარცხენა წინაგულის საშუალო წნევა;3). ხშირად ვითარდება ფილგვების შეშუპება;4). მნიშვნელოვნად იმატებს ფილგვების სისხლძარღვოვანი რემისტენტობა;5). თითქმის ყოველთვის აღმოცენდება მოციმციმე არიტმია.

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

1555. მიგრალური სარქელის ქრონიკული ნაკლოვანების არსებობისას:1). აღინიშნება მარცხენა წინაგულის მნიშვნელოვანი დილატაცია;2). მნიშვნელოვნად გაზრდილი მარცხენა წინაგულის საშუალო წნევა;3). ხშირად ვითარდება ფილგვების შეშუპება;4). მნიშვნელოვნად იმატებს ფილგვების სისხლძარღვოვანი რემისტენტობა;5). თითქმის ყოველთვის ვითარდება წინაგულების ციმციმი.

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

1556. მიგრალური სარქელის მწვავე ნაკლოვანება შეიძლება განვითარდეს შემდეგი პათოლოგიების ფონზე:1). რევმატიული ენდოკარდიტი; 2). ინფექციური ენდოკარდიტი;3). რევმატიული ართრიტი; 4). მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი.

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

1557. მიგრალური ნაკლოვანება ყველაზე იშვიათად ვითარდება შემდეგი პათოლოგიის ფონზე:

- ა) რევმატიზმი;
- *ბ) სისტემური წითელი მგლურა;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა;
- ე) მიგრალური სარქელის მასიური კალცინოზი.

1558. მძიმე იზოლირებული მიგრალური ნაკლოვანების განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) რევმატიზმი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *გ) მიგრალური პროლაფსი;
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ე) მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა.

1559. რომელი პათოლოგია იწვევს მიგრალური ნაკლოვანების განვითარებას უპირატესად მამაკაცებში:

- *ა) რევმატიზმი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა;
- ე) მიგრალური სარქელის კალცინოზი;
- ვ) ილიოპათიური ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია.

1560. რომელი პათოლოგია იწვევს მიგრალური ნაკლოვანების განვითარებას უპირატესად ხანდაზმულ ქალებში:

- ა) რევმატიზმი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა;
- *ე) მიგრალური სარქელის კალცინოზი;
- ვ) ილიოპათიური ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია.

1561. მიგრალური ნაკლოვანების ხშირი კლინიკური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აღვილად დაღლა;
- ბ) ზოგადი სისუსტე;
- გ) ფიზიკური გამოფიტვა;
- დ) სხეულის მასის დაკარგვა;
- *ე) სისტემური თრომბოემბოლიები.

1562. მიგრალური ნაკლოვანების ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მწვერვალზე ლიასტოლური კაგის კრუგუნი;

- ბ) I ტონის შესუსტება;
- გ) III ტონი;
- დ) მწვერვალზე სისტოლური შუილი.

1563. მიგრალური ნაკლოვანებით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს:1). მარცხენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;2). მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნები;3). მარცხენა პარაკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;4). მარჯვენა პარაკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

1564. მიგრალური ნაკლოვანების დროს განვითარებული მიგრალური რეგურგიტაციის ხარისხი შეიძლება განვსაზღვროთ:

- ა) M- ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით;
- ბ) ორგანოზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით;
- *გ) დოპლეროექოკარდიოგრაფიის საშუალებით;
- დ) რენტგენოგრაფიულად;
- ე) ეკგ-ის საშუალებით.

1565. მიგრალური ნაკლოვანების კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს:1). ინფექციური ენდოკარდიტის პროფილაქტიკას;2). სუფრის მარილის შემღვდვას; 3). ბეგა-ბლოკატორების გამოყენებას; 4). კალციუმის ანტაგონისტების გამოყენებას.

- ა) ყველა ჩამოთვლილს;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1566. მიგრალური ნაკლოვანების თერაპიისათვის გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ბეგა - ბლოკატორები;
- ბ) შარდმდენები;
- გ) დიგოქსინი;
- დ) პერორალური ანგიკოაგულანტები;
- ე) აგე ინჰიბიტორები.

1567. მიგრალური ნაკლოვანების ქირურგიული მკურნალობა (ვალვულოპლასტიკა და პროთეზირება):

- ა) ნაჩვენებია ნებისმიერი ხარისხის მიგრალური რეგურგიტაციის განვითარებისას;
- *ბ) ნაჩვენებია მძიმე სიმპტომური ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ გამოხატული მიგრალური რეგურგიტაცია;
- გ) უკუნაჩვენებია გულის შეგუბებითი უკმარისობის განვითარებისას;
- დ) უკუნაჩვენებია 35 წლამდე ასაკის პაციენტებისათვის;
- ე) უკუნაჩვენებია ერთდროულად მიგრალური სტენოზის არსებობისასაც.

1568. მიგრალური პროლაფსი ყველაზე ხშირად თან ახლავს:

- ა) დაუნის სინდრომს;
- ბ) გერნერის სინდრომს;
- *გ) მარფანის სინდრომს;
- დ) ელერს-დანლოს სინდრომს;
- ე) ოსლერ-რანდიუ-ვეგერის სინდრომს.

1569. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მიგრალური პროლაფსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიგრალური პროლაფსის განვითარების მიზეზი მიგრალური სარქველოვანი აპარატის სხვადასხვა გენეზის პათოლოგიაა;
- ბ) პირველადი მიგრალური პროლაფსის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს მიგრალური კარელების მუკოპოლისაქარილული ლეგენერაცია;
- გ) მიგრალური პროლაფსი უფრო ხშირად ვლინდება 14 - 30 წლის ასაკის ქალებში;
- დ) მიგრალური პროლაფსი შეიძლება გადაეცეს აუტოსომურ - დომინანტური გზით;
- *ე) მიგრალური პროლაფსის ფონზე ძალიან ხშირად ვითარდება უეცარი სიკვდილი.

1570. მიგრალური პროლაფსი შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების ფონზე, გარდა:

- ა) რევმატიზმი;
- *ბ) მარფანის სინდრომი;
- გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი;
- დ) გულის იშემიური დაავადება;
- ე) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია.

1571. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მიგრალური პროლაფსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილ ავადმყოფთა უმრავლესობას დაავადება კლინიკურად შეიძლება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არ გამოუვლინდეს;
- *ბ) მიგრალური პროლაფსი არასოდეს იწვევს მიგრალური ნაკლოვანების განვითარებას;
- გ) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილ ავადმყოფებს ხშირად აღენიშნებათ პარაკუჭოვანი ექსტრასისტოლური არიტმიის და პაროქსიმული სუპრავენტრიკულური ან პარაკუჭოვანი ტაქიკარდიების განვითარება;

- დ) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილი ავადმყოფები ხშირად უჩივიან ტკივილს მკერდის ძვლის უკან;
- ე) მიგრალური ნაკლოვანების განვითარებისას მიგრალური პროლაფსი შეიძლება გართულდეს ინფექციური ენლოკარდიტით.

1572. მიგრალური პროლაფსის ფიზიკალური ნიშნებია:1). მიგრალური სარქველის გაღების ხმიანობა; 2). მიგრალური ტკაცუნა;3). კრეშენდო - ლეკრეშენდოს ტიპის სისტოლური შუილი;4). კრეშენდო - ლეკრეშენდოს ტიპის დიასტოლური შუილი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2, 4.

1573. მიგრალური პროლაფსის დამახასიათებელ ფიზიკალური ნიშნებსა (მიგრალური ტკაცუნა, სისტოლური შუილი) და ქ გონს შორის ინტერვალი მცირდება:1). ავადმყოფის ფეხზე წამოდგომისას;2). ავადმყოფის დაჯდომისას; 3). ვალსალვის სინჯის ჩატარებისას;4). იზომეტრული დატვირთვისას; 5). ამილნიტრიტის ინჰალაციისას.

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

1574. მიგრალური პროლაფსის დამახასიათებელ ფიზიკალური ნიშნებსა (მიგრალური ტკაცუნა, სისტოლური შუილი) და ქ გონს შორის ინტერვალი იზრდება:1). ავადმყოფის ფეხზე წამოდგომისას;2). ავადმყოფის ჩაცუცქვისას; 3). ვალსალვის სინჯის ჩატარებისას;4). იზომეტრული დატვირთვისას; 5). ამილნიტრიტის ინჰალაციისას.

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

1575. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მიგრალური პროლაფსის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილი ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლისას აღვილი აქვს I გონსა და მიგრალურ ტკაცუნას შორის ინტერვალის შემცირება;
- ბ) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე შეიძლება დარეგისტრირდეს უარყოფითი ან ორფაზიანი T კბილი - II, III და AVF განხრებში;
- გ) მიგრალური პროლაფსის ექოკარდიოგრაფიული ნიშანია - სისტოლაში მიგრალური სარქველის უკანა ან ორივე კარედის მარცხენა წინაგულში შეზნევა;
- დ) მიგრალური პროლაფსით შეპყრობილი ავადმყოფის ანგიოკარდიოგრაფიული გამოკვლევისას ვლინდება მიგრალური სარქველის კარედების "ჩაფარდნა";
- ე) სიმპტომური მიგრალური პროლაფსის დროს ნაჩვენებია ბეგა-ბლოკატორების მიღება.

1576. აორტის ხერელის სტენოზი:1). მამაკაცებთან შედარებით უფრო ხშირად ქალებში ვითარდება;2). შეიძლება განვითარდეს რემატოიდული ფონზე;3). შეიძლება თანდაყოლილი ანომალია იყოს;4). ყველაზე ხშირად ვითარდება სიფილისური ენლოკარდიტის ფონზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1577. აორტული სტენოზის განვითარებისას:1). აღინიშნება მარცხენა პარკუჭსა და აორტას შორის წნევის გრადიენტის გაზრდა;2). დაავადების საწყის ეტაპებზე აღვილი აქვს მარცხენა პარკუჭის სისტოლური მოცულობის შემცირება;3). ვითარდება მარცხენა პარკუჭის კომპენსატორული ჰიპერტროფია;4). მარცხენა პარკუჭის საბოლოო - დიასტოლური წნევის გაზრდა აუცილებლად მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის დილატაციის ან უკმარისობის განვითარებაზე.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

1578. აორტული სტენოზის დროს:1). მარცხენა პარკუჭის სისტოლური წნევა დაავადების პროგრესირებასთან ერთად იზრდება;2). მოციმციმე არიტმიის ან სრული ატრიოვენტრიკული ბლოკადის განვითარება იწვევს ავადმყოფის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას;3). დაავადების პროგრესირებასთან ერთად აღვილი აქვს სისტოლური მოცულობის და მარცხენა პარკუჭსა და აორტას შორის წნევის გრადიენტის თანდათანობით გაზრდა;4). დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მარცხენა წინაგულის, ფილტვის ღეროს და მარჯვენა პარკუჭის წნევები ქვეითდება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 3, 4.

1579. აორტული სტენოზის კლინიკური ნიშნები, ჩვეულებრივ ვლინდება:1). როლესაც აორტის ხერელის დიამეტრი ნორმალურის 50% გახდება;2). როლესაც აორტის ხერელის დიამეტრი ნორმალურის 30% გახდება;3). 35 - 40 წლის ასაკში; 4). 50 - 70 წლის ასაკში.

- ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 4;
- გ) სწორია 2, 3;

*ა) სწორია 2, 4.

1580. აორგული სტენოზის ადრეული სტადიის ძირითადი კლინიკური ნიშნებია:1). პერიფერიული ციანოზი; 2). ქოშინი - ფიზიკური დაგვირთვისას;3). სტენოკარდია; 4). სინკოპე.

ა) ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 2, 3.

1581. აორგული სტენოზის დროს სტენოკარდიის განვითარება დაკავშირებულია:1). მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიასთან;2). მარცხენა პარკუჭის სისტოლური და დიასტოლური წნევების გაზრდასთან;3). ჰიპერტროფირებული მიოკარდიუმის მიერ კორონარული არტერიების კომპრესიასთან;4). ერთდროულად გულის იშემიური დაავადების განვითარებასთან.

*ა) ყველა ჩამოთვლილთან;

ბ) სწორია 1, 3;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 1, 4;

ე) სწორია 2, 4.

1582. აორგული სტენოზის ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ნელი პულსი;

ბ) ორმაგი მწვერვალის საძგერი;

გ) გულის ფუძეზე სისტოლური კატის კრუტუნი;

*დ) II ტონის კომპონენტებს შორის ინტერვალის გაზრდა (ნორმალური თანმიმდევრობის შენარჩუნებით);

ე) გულის ფუძეზე კრემენლო - დეკრემენლოს ტიპის სისტოლური შუილი.

1583. აორგის სტენოზით შეპყრობილი პაციენტის ფიზიკალური გამოკვლევისას პათოლოგიის სიმძიმეზე მიუთითებს:

ა) გულის ფუძეზე უხეში ჰოლოსისტოლური შუილი;

ბ) II ტონის აორგული კომპონენტის აქცენტი;

*გ) საძილე არტერიის პულსის მრუდზე აღმავალი ტალღის გახანგრძლივება;

დ) დიასტოლური კატის კრუტუნი.

1584. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან აორგული სტენოზის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) აორგული სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე I, avL და V5 - V6 განხრებში შეიძლება აღინიშნოს ST სეგმენტის დეპრესია და T კბილის ინვერსია;

ბ) აორგული სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფის რენტგენოგრაფიაზე რაიმე პათოლოგიური ცვლილება შეიძლება მრავალი წლის განმავლობაში არ გამოვლინდეს;

გ) აორგის კრიტიკული სტენოზი ხშირად ასოცირებული აღმავალი აორგის პოსტსტენოზურ დილატაციასთან;

დ) 25 წელს გადაცილებულ ავადმყოფში ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით აორგის სარქველის კალციფიკაციის არ გამოვლენა

გამორიცხავს აორგული სტენოზის დიაგნოზს;

*ე) ანგიოკარდიოგრაფია უკუნაჩვენებია აორგული სტენოზით შეპყრობილი იმ ავადმყოფებისთვის, რომლებშიც საეჭვოა გულის იშემიური დაავადების არსებობაც.

1585. აორგული სტენოზით შეპყრობილი ავადმყოფისთვის:1). ნაჩვენებია პოსტდაგვირთვის დამაქვეითებელი პრეპარატების მიღება;2).

სტენოკარდიის განვითარების შემთხვევაში პრელაგვირთვის შემამცირებელი ნიტრატები სიფრთხილით უნდა დაენიშნოს;3). ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნების და ფიზიკური დაგვირთვისას სინკოპეს განვითარებისას;4).

ქირურგიული მკურნალობა, ზოგჯერ, დაავადების უსიმპტომოდ მიმდინარეობისასაც არის ნაჩვენები (ბავშვებსა და მოზარდებში, მნიშვნელოვანი ობსტრუქციის შემთხვევაში).

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4;

*დ) სწორია 2, 3, 4.

1586. აორგული ნაკლოვანება ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

ა) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით;

ბ) მარცხენა პარკუჭის დილატაციით;

გ) მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური წნევის გაზრდით;

დ) სისტოლური წნევის გაზრდით;

*ე) მოსვენების მდგომარეობაში და ფიზიკური დაგვირთვის დროს ნორმალური სისტოლური მოცულობით.

1587. აორგული ნაკლოვანების დროს მიოკარდიუმის იშემიის განვითარება დაკავშირებულია:1). მარცხენა პარკუჭის დილატაციასთან;2).

მარცხენა პარკუჭის სისტოლური წნევის გაზრდასთან;3). ჰიპერტროფიული მიოკარდიუმის მიერ კორონარული არტერიების

კომპრესიასთან;4). კორონარული სისხლძარღვების პერფუზიული წნევის დაქვეითებასთან.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 3.

1588. აორგის სარქველოვანი აპარატის პათოლოგიით გამოწვეული აორგული ნაკლოვანება ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი

პათოლოგიების ფონზე, გარდა:

- ა) თანდაყოლილი ორაფრიანი სარქველი;
- *ბ) მარფანის სინდრომი;
- გ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- დ) რევმატიზმი;
- ე) გულმკერდის ტრავმა.

1589. აორტის რგოლის გაგანიერებით გამოწვეული აორტული ნაკლოვანება ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების ფონზე, გარდა:

- ა) სიფილისი;
- ბ) მარფანის სინდრომი;
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია;
- *დ) გულმკერდის ტრავმა;
- ე) აორტის განმშრევებელი ანევრიზმი.

1590. აორტის ხერვლის სტენოზის და აორტის სარქველის ნაკლოვანების ერთდროულად არსებობა: 1). დამახასიათებელია სიფილისისთვის; 2). დამახასიათებელია რევმატიზმისათვის; 3). დამახასიათებელია გულის თანდაყოლილი პათოლოგიისთვის; 4). გამოირიცხავს რევმატიზმის და გულის თანდაყოლილი პათოლოგიის გარდა ყველა სხვა გამომწვევ მიზეზს.

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

1591. ქრონიკული აორტული ნაკლოვანების კლონიკური ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ცემის შეგრძნება;
- ბ) გულმკერდის არეში ტკივილი;
- *გ) სისხლიანი ნახველი;
- დ) ღამის სტენოკარდია;
- ე) ოფლიანობა.

1592. ქრონიკული აორტული ნაკლოვანების მწვავე აორტული ნაკლოვანება ვლინდება:

- ა) ძლიერი ოფლიანობით;
- ბ) სტენოკარდიის შეტევით;
- გ) გულის რიტმის დარღვევით;
- *დ) ფილტვების შეშუპებით;
- ე) ცხელებით.

1593. მწვავე აორტული ნაკლოვანება ვითარდება შემდეგი პათოლოგიების ფონზე: 1). რევმატიზმი; 2). ინფექციური ენდოკარდიტი; 3). სიფილისი; 4). გულმკერდის ტრავმა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 4.

1594. აორტული ნაკლოვანების ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიუსეს ნიშანი;
- ბ) კაროტიდების „ცეკვა“;
- გ) კვინკეს ნიშანი;
- *დ) კორვალოს ნიშანი;
- ე) ტრაზეუს ორმაგი ტონი;
- ვ) დიუროზიეს შუილი.

1595. აორტული ნაკლოვანების ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მაღალი პულსური წნევა;
- ბ) მწვერვალის საძვგერის მარცხნივ და ქვემოთ გადანაცვლება;
- გ) I ტონის შესუსტება;
- დ) III ტონი;
- *ე) კრეშენდოს ტიპის დიასტოლური შუილი;
- ვ) მწვერვალზე ფლინგის პრესისტოლური შუილი.

1596. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან აორტული ნაკლოვანების შესახებ სწორია:

- ა) აორტული ნაკლოვანების პროგრესირებასთან ერთად დიასტოლური წნევა თანდათან ქვეითდება;
- ბ) აორტული ნაკლოვანების დროს საუღლე ფოსოს მიდამოში პალპირებული სისტოლური კაგის კრუტუნი ყოველთვის მიუთითებს თანდაყოლილი აორტული სტენოზის არსებობაზე;
- *გ) აორტული ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელი დეკრეშენდოს ტიპის დიასტოლური შუილი ყველაზე უკეთ მოისმინება ავადმყოფის სხეულის წინ გადმოხრისას;
- დ) აორტული ნაკლოვანების აუსკულტაციური სიმპტომატიკა ძლიერდება ამილნიტრიტის შესუნთქვისას;
- ე) აორტული ნაკლოვანების აუსკულტაციური სიმპტომატიკა სუსტდება იმომეტრული დაგვირთვისას.

1597. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან აორგული ნაკლოვანების შესახებ სწორია:

- ა) აორგული ნაკლოვანების მწვავედ განვითარებისას მკვეთრად იზრდება პარკუჭის სისტოლური მოცულობა;
- ბ) აორგული ნაკლოვანების არსებობისას მთავარი კომპენსატორული მექანიზმი მარცხენა პარკუჭის კონცენტრული ჰიპერტროფიის განვითარებაა;
- გ) აორგული ნაკლოვანებისთვის დამახასიათებელი დიასტოლური შუილი უკეთ მოისმინება ავადმყოფის მარცხენა გვერდზე წოლისას;
- *დ) ფლიტის შუილი მიუთითებს ზომიერ ან მძიმე აორგულ ნაკლოვანებაზე;
- ე) კვინკეს პულსაცია ყველაზე უკეთ გამოიწვევა ბარძაყის არტერიაზე.

1598. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან აორგული ნაკლოვანების შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აორგული ნაკლოვანების დროს ეკგ-ზე I, avL, V4, V5 და V6 განხრებში შეიძლება აღინიშნოს ST სეგმენტის დეპრესია და T კბილის ინვერსია;
- ბ) აორგული ნაკლოვანების დროს ექოკარდიოგრაფიულად ვლინდება მარცხენა პარკუჭის სისტოლური ექსკურსიის გაზრდა;
- გ) აორგული ნაკლოვანების დამახასიათებელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშანია მიტრალური სარქველის წინა კარელის მაღალი სიხშირით რხევა;
- დ) აორგული ნაკლოვანება რენტგენოლოგიურად ვლინდება მარცხენა პარკუჭის ზომების გადიდებით;
- *ე) აორგული სარქველის პირველადი დამიანებით გამოწვეული აორგული ნაკლოვანების სპეციფიური რენტგენოლოგიური ნიშანია აორტის ანევიზმული დილატაცია.

1599. აორგული ნაკლოვანებით შეპყრობილი ავადმყოფებისთვის: 1). ეფექტურია ვამოდილატატორების (ნიფედაპინის და აგე ინჰიბიტორების) გამოყენება; 2). ნაჩვენებია ბეტა-ბლოკატორები; 3). ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებაა მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის განვითარება; 4). უკუნაჩვენებია ნიტრატების მიღება.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

1600. ტრიკუსპიდული სტენოზი, ჩვეულებრივ, ვითარდება:

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტის ფონზე;
- *ბ) რევმატიული ენდოკარდიტის ფონზე;
- გ) სიფილისური ენდოკარდიტის ფონზე;
- დ) მარფანის სინდრომის ფონზე;
- ე) სისტემური წითელი მგლურას ფონზე.

1601. ტრიკუსპიდული სტენოზის შეღარებით იშვიათი მიზეზია:

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- ბ) ებშტეინის ანომალია;
- *გ) გულის კარცინოიდული დაავადება;
- დ) სისტემური წითელი მგლურა;
- ე) მარფანის სინდრომი.

1602. ტრიკუსპიდული სტენოზი: 1). საკმაოდ იშვიათი მანკია; 2). ძირითადად მამაკაცებში ვითარდება; 3). თითქმის ყოველთვის შერწყმულია ტრიკუსპიდულ ნაკლოვანებასთან; 4). ძირითადად იმოლირებულად ვითარდება.

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

1603. ტრიკუსპიდული სტენოზის მთავარი პათოფიზიოლოგიური მექანიზმია:

- *ა) მარჯვენა წინაგულს და პარკუჭს შორის დიასტოლური წნევის გრადიენტის გაზრდა;
- ბ) ცენტრალური ვენური წნევის გაზრდა;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური მოცულობის დაქვეითება;
- დ) მარცხენა წინაგულის სისტოლური წნევის გაზრდა;
- ე) მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური წნევის გაზრდა.

1604. ტრიკუსპიდული სტენოზის კლინიკური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰეპატომეგალია;
- ბ) ასციტი;
- გ) პერიფერიული შეშუპება;
- *დ) სისხლიანი ნახეელი;
- ე) ზოგადი სისუსტე.

1605. ტრიკუსპიდული სტენოზის ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კისრის ვენების დაბერვა;
- ბ) საუდლე ვენის პულსის მრუდზე გიგანტური a ტალღები;
- გ) ღვიძლის პრესისტოლური პულსაცია;
- *დ) მახვილისებერ მორჩთან კრემენლოს ტიპის დიასტოლური შუილი, რომელიც ჩასუნთქვისას სუსტდება და ამოსუნთქვისას ძლიერდება;
- ე) კორვალის ნიშანი.

1606. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ტრიკუსპიდული სტენოზის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ეკგ-ზე მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიის ნიშნების არარსებობა გამორიცხავს ტრიკუსპიდული სტენოზის დიაგნოზს;
- *ბ) ტრიკუსპიდული სტენოზისთვის დამახასიათებელია ფილტვის სურათის მკვეთრად გაძლიერება;
- გ) ტრიკუსპიდული სტენოზის დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე ინფორმატიული არაინვაზიური მეთოდია დოპლეროექოკარდიოგრაფია;
- დ) ტრიკუსპიდული სტენოზის სამკურნალოდ ეფექტურია ბალონური ვალვულოპლასტიკის გამოყენება;
- ე) კრიტიკული ხარისხის ტრიკუსპიდული სტენოზის განვითარებისას ნაჩვენებია გადაუღებელი ქირურგიული ჩარევა.

1607. ტრიკუსპიდული ნაკლოვანება შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიის ფონზე, გარდა:

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ბ) სიფილისი;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობა;
- დ) კარცინოიდული სინდრომი;
- ე) სისტემური წითელი მგლეურა;
- ვ) ებშტეინის ანომალია.

1608. ტრიკუსპიდული ნაკლოვანების ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰეპატომეგალია;
- ბ) ასციტი;
- გ) პლევრალური ექსუდატი;
- *დ) სისტემური თრომბოემბოლიები;
- ე) პერიფერიული შეშუპება.

1609. ტრიკუსპიდული ნაკლოვანების ფიზიკალური ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კისრის ვენების დაბერვა;
- ბ) მოპულსირე ღვიძლი;
- გ) დაღებითი ვენური პულსი;
- დ) მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან სისტოლური შუილი, რომელიც ძლიერდება ჩასუნთქვისას (კორვალოს ნიშანი);
- *ე) ფილტვის არტერიაზე II ტონის აქცენტი.

1610. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ტრიკუსპიდული ნაკლოვანების შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანების განვითარებისას აღინიშნება მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური მოცულობის დაქვეითება;
- *ბ) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელია მარჯვენა წინაგულის წნევის გაზრდა და მარჯვენა პარკუჭის საბოლოო - დიასტოლური წნევის დაქვეითება;
- გ) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანებით შეპყრობილი ავადმყოფის ეკგ-ზე შეიძლება გამოვლინდეს ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები;
- დ) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანებით შეპყრობილი ავადმყოფის რენტგენოგრაფია-ზე აღინიშნება მარჯვენა წინაგულის და პარკუჭის ჰიპერტროფიის ნიშნები;
- ე) ტრიკუსპიდული ნაკლოვანების დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე ინფორმატიული არაინვაზიური მეთოდი დოპლეროექოკარდიოგრაფიაა.

1611. ფილტვის არტერიის სარქველების ნაკლოვანება:1). ყველაზე ხშირად რევმატიული გენეზისაა;2). ყველაზე ხშირად სიფილისური გენეზისაა;3). ძირითადად, ვითარდება მეორადად ნებისმიერი გენეზის პულმონური ჰიპერტენზიის ფონზე;4). ხასიათდება გრეხემ - სკილის შუილით.

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

1612. მიტრალურ სტენოზს შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) მოპულსირე ღვიძლი;
- *ბ) ტაკცუნა I ტონი;
- გ) I ტონის პარადოქსული გახლეჩა;
- დ) III ტონი (პარკუჭოვანი გალოპი);
- ე) დიურომიის შუილი.

1613. მიტრალურ ნაკლოვანებას შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) მოპულსირე ღვიძლი;
- ბ) ტაკცუნა I ტონი;
- გ) I ტონის პარადოქსული გახლეჩა;
- *დ) III ტონი (პარკუჭოვანი გალოპი);
- ე) დიურომიის შუილი.

1614. ტრიკუსპიდულ ნაკლოვანებას შეურჩიეთ შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- *ა) მოპულსირე ღვიძლი;
- ბ) ტაკცუნა I ტონი;
- გ) I ტონის პარადოქსული გახლეჩა;
- დ) III ტონი (პარკუჭოვანი გალოპი);
- ე) დიურომიის შუილი.

1615. აორგულ სტენოზს შეუერთით შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) მოპულსირე ღვიძლი;
- ბ) ტკაცუნა I ტონი;
- *გ) I ტონის პარადოქსული გახლეჩა;
- დ) III ტონი (პარკუჭოვანი გალოპი);
- ე) დიუროზიეს შუილი.

1616. აორგულ ნაკლოვანებას შეუერთით შესაბამისი ფიზიკალური ნიშანი:

- ა) მოპულსირე ღვიძლი;
- ბ) ტკაცუნა I ტონი;
- გ) I ტონის პარადოქსული გახლეჩა;
- დ) III ტონი (პარკუჭოვანი გალოპი);
- *ე) დიუროზიეს შუილი.

ფილტვისმიერი გული

1617. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ტერმინ "ფილტვისმიერი გულის" ქვეშ იგულისხმება ფილტვებში არსებული პათოლოგიური პროცესის ფონზე განვითარებული მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;2). ტერმინ "ფილტვისმიერი გულის" ქვეშ იგულისხმება ფილტვებში არსებული პათოლოგიური პროცესის ფონზე განვითარებული მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;3). ფილტვისმიერი გული მხოლოდ ფილტვების დაავადებების ფონზე ვითარდება;4). ფილტვისმიერი გული შეიძლება განვითარდეს ექსტრაპულმონური პათოლოგიების ფონზეც (არაკარდიოლოგიური პათოლოგიები).

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

1618. ფილტვების დაავადების ფონზე ფილტვისმიერი გულის:1). განვითარება ხდება, თუკი პულმონური პათოლოგია მოიცავს მხოლოდ პარენქიმას;2). განვითარება ხდება, თუკი პულმონური პათოლოგია მოიცავს პარენქიმას ან სასუნთქ გზებს;3). განვითარებისას პულმონური პათოლოგია ხშირად დიფუზურია;4). განვითარებისას პულმონური პათოლოგია ხშირად ბილატერალურია.

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

1619. ფილტვისმიერ გულს და მარჯვენა გულის უკმარისობას ყველაზე ხშირად იწვევს:

- ა) კონსტრიქციული პერიკარდიტი;
- *ბ) ფილტვის დაავადებები ან პულმონური სისხლძარღვოვანი პათოლოგიები;
- გ) მარცხენა გულის უკმარისობა;
- დ) ფილტვის არტერიის ხვრელის სტენოზი;
- ე) ინფექციური ენდოკარდიტი.

1620. ფილტვისმიერი გულის განვითარების ექსტრაპულმონური მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულ-მკერდის ლეფორმაცია;
- ბ) სუნთქვის ცენტრიდან სასუნთქი იმპულსების გატარების შეფერხება;
- გ) პიკვიკის სინდრომი;
- *დ) მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის შორს წასული ფორმები;
- ე) ნერვ-კუნთოვანი უკმარისობა.

1621. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ტერმინი "მწვავე ფილტვისმიერი გული" გულისხმობს მარჯვენა პარკუჭის დილატაციას;2). ტერმინი "მწვავე ფილტვისმიერი გული" გულისხმობს მარჯვენა პარკუჭის მკვეთრ ჰიპერტროფიას;3). მწვავე ფილტვისმიერი გულის ძირითადი მიზეზია ფილტვების მწვავე ემბოლიზაცია;4). ტერმინი "ქრონიკული ფილტვისმიერი გული" ბევრად ადრეულ ტერმინთან შედარებით ნაკლებ სპეციფიურია.

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

1622. ფილტვისმიერი გულის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს:

- *ა) ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები;
- ბ) ფილტვების ფიბროზი;
- გ) პირველადი პულმონური ჰიპერტენზია;
- დ) ფილტვების განმეორებითი ემბოლიები;
- ე) კიფოსკოლიოზი;
- ვ) პიკვიკის სინდრომი.

1623. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი დაავადებისთვის არის ყველაზე ნაკლებად დამახასიათებელი ქრონიკული ფილტვისმიერი გულის განვითარება:

- ა) ქრონიკული პნევმონია;

- ბ) ქრონიკული ბრონქიტი;
- გ) მუკოვისცილოზი;
- *დ) ბრონქული ასთმა;
- ე) ფილგვების ფიბროზი.

1624. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- ა) ფილგვისმიერი გულის განვითარებას ყოველთვის წინ უსწრებს პულმონური ჰიპერტენზია;
- ბ) ფილგვისმიერი გულის განვითარებას მარჯვენა პარკუჭის გადაძაბვას, პულმონურ ჰიპერტენზიასთან ერთად, განაპირობებს ჰიპოქსემია და პოლიციტემია.
- *გ) ტერმინი "ფილგვისმიერი გული" - აუცილებლად გულისხმობს მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობას;
- დ) ფილგვისმიერი გულის კლინიკური სიმპტომები დამოკიდებულია გამომწვევ დაავადებასა და ამ დაავადების გულზე გეგაგულენაზე;
- ე) ფილგვისმიერი გულის დიაგნოზის დასამადლე საჭიროა გამოირიცხოს პირველადი კარდიოლოგიური პათოლოგია.

1625. პულმონური ჰიპერტენზიის პათოგენეზში ყველაზე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს: 1). გულის დარტყვითი მოცულობის გაზრდა; 2). ტაქიკარდია; 3). ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის გაზრდა; 4). ანატომიური თავისებურებებიდან გამომდინარე, ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების რემისტენტობის გაზრდა; 5). ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების რემისტენტობის ვაზომოტორული გაზრდა.

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

1626. ნორმაში, ფილგვის არტერიაში წნევა საშუალო არტერიულ წნევაზე:

- ა) 10-ჯერ მეტია;
- ბ) 5-ჯერ მეტია;
- *გ) 5-ჯერ ნაკლებია;
- დ) 10-ჯერ ნაკლებია;
- ე) 15-ჯერ ნაკლებია.

1627. პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ფილგვების სისხლძარღვოვანი ქსელის ფართობის შემცირებაზე, რასაც განაპირობებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების სპაზმი;
- ბ) ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების ობსტრუქცია;
- გ) ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების კედლის ელასტიურობის დაქვეითება;
- დ) ფილგვების წვრილი არტერიებისა და არტერიოლების გარემომცველი ქსოვილის ელასტიურობის დაქვეითება;
- *ე) ფილგვების ვენების კედლის ელასტიურობა.

1628. პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას (რაც პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია) ყველაზე მეტად იწვევს:

- *ა) ალვეოლური ჰიპოქსია;
- ბ) სისტემური არტერიული ჰიპოქსია;
- გ) აცილოზი;
- დ) მეორადი პოლიციტემია;
- ე) ალკალოზი.

1629. პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას (რაც ხშირად იწვევს პულმონური ჰიპერტენზიის განვითარებას) ამცირებს:

- ა) ალვეოლური ჰიპოქსია;
- ბ) სისტემური არტერიული ჰიპოქსია;
- გ) აცილოზი;
- *დ) ალკალოზი;
- ე) მეორადი პოლიციტემია.

1630. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: 1). ალვეოლური ჰიპოქსია უშუალოდ იწვევს პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას; 2). სისტემური არტერიული ჰიპოქსია უშუალოდ იწვევს პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას; 3). სისტემური არტერიული ჰიპოქსია, პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას იწვევს სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივების ხარჯზე; 4). სისტემური არტერიული ჰიპოქსია, პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას იწვევს პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივების ხარჯზე.

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

1631. ჰიპერკაპნია უშუალოდ იწვევს: 1). პულმონურ ვაზოკონსტრიქციას; 2). პულმონურ ვაზოდილატაციას; 3). თავის გვინში ვაზოკონსტრიქციას; 4). თავის გვინში ვაზოდილატაციას.

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

1632. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: 1). ვენტილაციის გაუარესებას განაპირობებს მხოლოდ სუნთქვითი ჰიპერკაპნია; 2). ვენტილაციის გაუარესებას განაპირობებს მეტაბოლური ალკალოზის ფონზე განვითარებული ჰიპერკაპნია; 3). მეტაბოლური ალკალოზის მიზეზს

შეიძლება წარმოადგინდეს ძლიერი შარღმენის გამოყენება;4). გამოხატული ჰიპერკაპნიის ფონზე ხშირად ვითარდება მარჯვენა გულის უკმარისობა.

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

1633. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). მარჯვენა პარკუჭის საბოლოო - ლიასტოლური წნევის მომატება ხდება მუღმივი და მკვეთრად გამოხატული პულმონური ჰიპერტენზიის შემთხვევაში;2). პულმონური ჰიპერტენზიის არსებობისას, მარჯვენა პარკუჭის საბოლოო - ლიასტოლური წნევის მომატებას განაპირობებს მარჯვენა პარკუჭის ფუნქციის დარღვევა (ჰიპერტროფიის და დილატაციის გამო);3). მარჯვენა პარკუჭის საბოლოო - ლიასტოლური წნევის მომატება აუცილებლად იწვევს მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური მოცულობის შემცირებას, როგორც ფიზიკური დატვირთვისას, ისე მოსვენებით მდგომარეობაში.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1634. არგერიული ჰიპოქსემია, ჰიპერკაპნია და აცილოზი ხშირად აღინიშნება:1). მარცხენა პარკუჭის უკმარისობისას; 2). მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობისას;3). ერთდროულად მარჯვენა და მარცხენა პარკუჭების უკმარისობისას; 4). ფილგვის შემუქებისას.

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

1635. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ფილგვისმიერი გულის არსებობისას მარჯვენა პარკუჭის გადატვირთვა უშუალოდ ახდენს გავლენას მარცხენა პარკუჭის ფუნქციაზე;2). ფილგვისმიერი გულის არსებობისას მარცხენა პარკუჭის ფუნქციაზე გავლენას ახდენს მკვეთრად გამოხატული ჰიპოქსემია;3). ფილგვისმიერი გულის არსებობისას მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციას ძირითადად იწვევს ჰიპოქსემიის და აცილოზის ფონზე გულის პირველადი პათოლოგიის (მაგ. ათეროსკლეროზი) გაღრმავება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 2, 3.

1636. გულის უკმარისობით გართულებული ფილგვისმიერი გულისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ხველა ნახველით;
- ბ) სისუსტე;
- გ) აღვილად დაღლა;
- დ) ქოშინი ფიზიკური დატვირთვისას;
- ე) ხმაურიანი სუნთქვა;
- *ე) ღამის პაროქსიმული ქოშინი.

1637. გულის უკმარისობით გართულებული ფილგვისმიერი გულისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ციანოზი;
- ბ) ტკივილი მარჯვენა ფერქვეშა არეში;
- გ) კისრის ვენების დაბერვა;
- დ) პერიფერიული შემუქება;
- ე) გაძლიერებული ეპიგასტრიული პულსაცია;
- *ე) გაღიღებული და მკერივი ღვიძლი.

1638. ფილგვისმიერი გულისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ფილგვის არტერიაზე II ტონის აქცენტი;
- ბ) გალოპის რიტმი;
- გ) ფილგვის არტერიის სარქელის ნაკლოვანების აუსკულტაციური მონაცემები;
- დ) მარცხნივ, II ნექთაშუა არეში, მკერდის ძვალთან გულის საძგერის არსებობა;
- *ე) ფილგვის არტერიის სტენოზის აუსკულტაციური მონაცემები.

1639. ფილგვისმიერი გულისთვის დამახასიათებელია:1). პოლიციტემია; 2). ანემია; 3). ჰიპოქსემია;4). ჰიპერკაპნია.

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

1640. ფილგვისმიერი გულის არსებობისას თავის ტკივილის, გაღიზიანების, მძიმე შემთხვევებში, გონების დაბინდვის ან კომის გამოძწვევ უშუალო მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ჰიპოქსია;
- ბ) ჰიპოკაპნია;
- *გ) ჰიპერკაპნია;
- დ) პოლიციტემია;

ე) ანემია.

1641. ფილგვისმიერი გულის დამახასიათებელი ეკგ ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ელექტრული ღერძის მარჯვნივ გადახრა;
- ბ) V6 განხრაში ღრმა S კბილი;
- *გ) I, II, avL განხრებში წვეტიანი P კბილი;
- დ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის სრული ბლოკადა;
- ე) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
- ვ) დაბალი ვოლტაჟი.

1642. ფილგვისმიერი გულის ხშირი გამომწვევი მიზეზის - ფილგვის წვრილი სისხლძარღვების ემბოლიებთან მიმართებაში, მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ფილგვის წვრილი სისხლძარღვების ემბოლიისთვის დამახასიათებელია ძილის დროს ალვეოლური შიპოვენტილაციით გამოწვეული ტაქიპნოე;
- ბ) ფილგვის წვრილი სისხლძარღვების ემბოლიისთვის დამახასიათებელია გულის არეში სტენოკარდიული ან პლევრალური ხასიათის ტკივილი;
- *გ) ფილგვის წვრილი სისხლძარღვების ემბოლიის დროს ყოველთვის ვლინდება ციანოზი;
- დ) ფილგვის წვრილი სისხლძარღვების ემბოლიის დროს აღინიშნება ნახშიროქსიდის ალვეოლური და არტერიული პარციალური წნევების შემცირება.

1643. ალვეოლურ შიპოვენტილაციასთან მიმართებაში (რაც ხშირად წარმოადგენს ფილგვისმიერი გულის განვითარების მიზეზს)

მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა:

- ა) განარჩევენ "საერთო" და "სუფთა" ალვეოლურ შიპოვენტილაციებს;
- ბ) "საერთო" ალვეოლური შიპოვენტილაციის დროს ფილგვისმიერი გული ვითარდება შეუცვლელი ფილგვების ფონზე;
- გ) "საერთო" ალვეოლური შიპოვენტილაციის დროს ფილგვისმიერი გულის განვითარებას იწვევს ფილგვების ვენტილაციის რეგულაციის ღარღვევა ან ნერვ-კუნთოვანი აპარატის დაზიანება;
- დ) "სუფთა" ალვეოლური შიპოვენტილაციის დროს ფილგვისმიერი გული ვითარდება ფილგვების დაავადების ფონზე;
- *ე) "სუფთა" ალვეოლური შიპოვენტილაციის მაგალითია ღამის აპნოეს სინდრომი.

1644. ფილგვისმიერი გულის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ხშირად ვლინდება: 1). ფილგვისმიერი გულის გამომწვევი პულმონური პათოლოგია; 2). ფილგვის არტერიის შევიწროება; 3). გულის მარჯვენა საზღვრის გადიდება; 4). ჰიდროთორაქსი.

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

1645. ფილგვისმიერი გულის გამომწვევი პულმონური ემბოლიის დიაგნოსტიკის სპეციფიური მეთოდია:

- ა) ეკგ გამოკვლევა;
- ბ) ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა;
- გ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- დ) ფილგვების სკანირება;
- *ე) ფილგვების ანგიოგრაფია;
- ვ) მარჯვენა გულის კათეტერიზაცია.

1646. ფილგვისმიერი გულის მკურნალობისას მნიშვნელოვანია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში აირების ნორმალური შემცველობის აღდგენა;
- ბ) ჰემატოკრიტის ნორმალიზება;
- გ) გულის წუთმოცულობის დარეგულირება;
- დ) ფილგვის არტერიაში წნევის შემცირება;
- *ე) კანგზალის უწყვეტად მიწოდების უზრუნველყოფა.

1647. ფილგვისმიერი გულის მკურნალობისას მნიშვნელოვანია: 1). სუფრის მარილის მიღების შეზღუდვა; 2). სითხის მიღების შეზღუდვა; 3). ვენოტომიის გზით ცირკულირებადი სითხის მოცულობის შემცირება; 4). შარდმდენების გამოყენებით ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის შემცირება.

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

1648. ფილგვისმიერი გულის მკურნალობისას ნაკლებ ეფექტურია შემდეგი პრეპარატები: 1). საგულე გლიკოზიდები; 2). ბრონქოდილატატორები; 3). ანგიბიოტიკები; 4). ვაზოდილატატორები.

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

1649. ფილგვისმიერი გულის საგულე გლიკომიდებით მკურნალობის ნაკლებ ეფექტურობას განაპირობებს: 1). ჰიპოქსემია; 2). ელექტროლიტური დისბალანსი; 3). სისხლში კატექოლამინების გაზრდილი რაოდენობით გამოყოფა.

*ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 1, 3.

გულის სიმსივნეები, სისტემური დაავადებების კარდიული გამოვლინებები, გულის ტრავმული დაზიანებები, ორსულობის პერიოდის კარდიალური პათოლოგია და სხვ.

1650. ქვემოთ ჩამოთვლილი გულის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირია:

*ა) მიქსომა;

ბ) ლიპომა;

გ) რაბდომიომა;

დ) ფიბრომა;

ე) კარცინომა;

ვ) ლიმფომა.

1651. ქვემოთ ჩამოთვლილი გულის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა:

*ა) მიქსომა;

ბ) ლიპომა;

გ) რაბდომიომა;

დ) ფიბრომა;

ე) ჰემანგიომა;

ვ) ტერატომა.

1652. ქვემოთ ჩამოთვლილი გულის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირი ავთვისებიანი სიმსივნეა:

ა) მიქსომა;

ბ) რაბდომიომა;

გ) ფიბრომა;

დ) ჰემანგიომა;

*ე) კარცინომა;

ვ) ლიმფომა.

1653. რომელი ფორმულირება მიესადაგება ყველაზე უკეთ გულის პირველად სიმსივნეს:

ა) მათი უმრავლესობა მდებარეობს მარცხენა პარკუჭში;

ბ) უფრო ხშირად, გულის პირველადი სიმსივნეები მამაკაცებს უვითარდებიან;

*გ) მათი კლინიკური სურათი მიგრალური მანკების კლინიკის მსგავსია;

დ) მათი უმრავლესობა ჰისტოლოგიურად ავთვისებიანია;

ე) ყველაზე ხშირად ისინი ხანდაზმულ ასაკში ვითარდებიან.

1654. გულის პირველადი სიმსივნეების განვითარებისას მიგრალური მანკებისაგან განსხვავებით აღინიშნება შემდეგი კლინიკური ნიშნების გამოვლენა:

ა) გულმკერდის არეში ტკივილი;

ბ) სინკოპე;

გ) არიტმიების განვითარება;

*დ) პერიკარდიული ექსუდატი;

ე) შუილები.

1655. გულის პირველადი სიმსივნეების კლინიკურ გამოვლინებას, ძირითადად, განსაზღვრავს:

ა) ავადმყოფის ასაკი;

ბ) ავადმყოფის სქესი;

*გ) სიმსივნის ლოკალიზაცია;

დ) სიმსივნის ზომა;

ე) სასუნთქი სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა.

1656. მიქსომა:

ა) გულის ყველაზე იშვიათი პირველადი სიმსივნეა;

ბ) ყველაზე ხშირად ბავშვებში და 30 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში ვითარდება;

გ) მამაკაცებთან შედარებით უფრო ხშირად ვითარდება ქალებში;

*დ) ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია მარცხენა წინაგულში, სადაც თავისი ფიბრომულ-სისხლძარღვოვანი ფენით მიმაგრებულია წინაგულთა შუა ძგიდეზე;

ე) არასდროს ლოკალიზდება მარჯვენა პარკუჭში.

1657. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მიქსომის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) დასტოლის პერიოდში მიქსომის მიგრალური სარქველის ხერეულში პროლაბირება ქმნის მიგრალური სტენოზის სურათს;

ბ) მიქსომის მიერ მიგრალური სარქველის ტრავმული დაზიანება ქმნის მიგრალური ნაკლოვანების სურათს;

*გ) მარცხენა პარკუჭში ლოკალიზებული მიქსომა კლინიკურად არ ვლინდება;

- დ) მიქსომის კლინიკური გამოვლინების ხასიათი იცვლება სხეულის მდგომარეობის შეცვლასთან ერთად;
- ე) მიქსომისთვის დამახასიათებელია პროტო- მემოდისკოლური შუილი ("სიმსივნური ტკაცუნა").

1658. მიქსომა შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა:

- ა) პერიფერიული ემბოლიები;
- ბ) პულმონური ემბოლიები;
- გ) ცხელება;
- *დ) ჰირსუტიზმი;
- ე) ართროალგიები.

1659. მიქსომა შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური ნიშნით, გარდა:

- ა) კახექსია;
- *ბ) ჰიპერტენზია;
- გ) კანზე გამონაყარი;
- დ) "ღოლის ჯოხისებური" თითები;
- ე) რეინოს ფენომენი.

1660. მიქსომის დამახასიათებელი ლაბორატორიული მონაცემებია ყველა ჩამოთვლილი გარდა:

- ა) ჰიპერგამაგლობულინემია;
- ბ) ანემია;
- *გ) ლეიკოპენია;
- დ) ულს-ის აჩქარება;
- ე) თრომბოციტოპენია;
- ვ) თრომბოციტოზი.

1661. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან გულის მიქსომის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მიქსომის დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე ინფორმატიული არაინვაზიური მეთოდი დოპლეროკარდიოგრაფიაა;
- ბ) გულის ღრუების კატეტიზაციისას არსებობს მიქსომის მოწვევების და ემბოლიის განვითარების რისკი;
- გ) მიქსომით შეპყრობილი ყველა ავადმყოფისთვის ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა;
- დ) ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით შეიძლება განვსაზღვროთ მიქსომის ლოკალიზაცია და ზომა;
- ე) მიქსომის ქირურგიული მკურნალობა უმეტეს შემთხვევებში ავადმყოფის განკურნებით მთავრდება.

1662. გულის სარკომებთან მიმართებაში მართებულია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სარკომები ხასიათდებიან სწრაფი ზრდით და აღმოცენებიდან რამდენიმე თვეში ან კვირაში იწვევენ ავადმყოფის სიკვდილს;
- ბ) უფრო ხშირად, სარკომები ლოკალიზდებიან გულის მარჯვენა ნახევარში;
- *გ) სარკომები, ჩვეულებრივ, არ იწვევენ გულის ღრუების და ღრუ ვენების ობსტრუქციას;
- დ) სარკომების ქირურგიული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, უშედეგოდ მთავრდება;
- ე) სხვა ტიპის სარკომებთან შედარებით, ლიპოსარკომები კარგად ემორჩილებიან კომბინირებულ ქიმიო- და სხივურ თერაპიებს.

1663. გულში მეტასტაზების განვითარება ყველაზე მეტად დამახასიათებელია შემდეგი ავთვისებიანი სიმსივნისთვის:

- *ა) მელანომა;
- ბ) ლეიკემია;
- გ) ლიმფომა;
- დ) სარძევე ჯირკვლის კიბო;
- ე) ფილგვის კიბო.

1664. ყველაზე ხშირად ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზები ვრცელდებიან:

- ა) გულის სარქველებზე;
- ბ) ენდოკარდიუმზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმზე;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის მიოკარდიუმზე;
- *ე) პერიკარდიუმზე.

1665. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან გულში ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზების შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულში ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზების გამოვლინება, ძირითადად დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე;
- ბ) ამ პათოლოგიის დროს გამოვლენილი ეკგ ცვლილებები არასპეციფიური ხასიათისაა;
- *გ) "ჩექმის" ფორმის გული - ამ პათოლოგიის სპეციფიური რენტგენოლოგიური ნიშანია;
- დ) ამ პათოლოგიის განვითარებისას პერიკარდიოცენტენში გამოიყენება, როგორც დიაგნოსტიკური, ისე თერაპიული მიზნებისთვის;
- ე) გულში ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზების განვითარებისას ძირითადი მკურნალობა მიმართულია პირველადი სიმსივნისაა.

1666. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის იშემიური დაავადების, ჰიპერტენზიის, სიმსუქნის და შაქრიანი დიაბეტის შერწყმა საფუძველს იძლევა ვილაპარაკოთ ინსულინისაღმი რემისტენტობის ერთიანი სინდრომის განვითარებაზე, რომელსაც კომპლექსურად უწოდებენ ვუმკურნალო;
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი გულის იშემიური დაავადების ერთერთი მთავარი რისკ-ფაქტორი და ხშირად ჰიპერტონულ დაავადებასთან შერწყმული პათოლოგიაა;
- გ) შაქრიანი დიაბეტის ფონზე მიოკარდიუმის ინფარქტი, ხშირად, აკიპური ტკივილით ან ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს;
- დ) შაქრიანი დიაბეტის ფონზე მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ნაჩვენებია ინსულინის გამოყენება;

*ე) შაქრიანი ღიაბეგის და ჰიპერტონული ღიაბეგების შერწყმისას თიაბილური ღიურეტიკების ანალოგის ინლაპამილის (არიფონის) გამოყენება იწვევს პროტეინურიის ხარისხის გაზრდას.

1667. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ინსულინ-ღამოკიღებული ღიაბეგური ნეფროპათიის თერაპიისთვის ჰიპერტენზიის არარსებობის შემთხვევაშიც, უპირატესობა, აღე ინჰიბიტორებს ენიჭებათ;

ბ) აღე ინჰიბიტორები ღა კალციუმის ანტაგონისტები არ მოქმედებენ გლუკომის ღა ღიპიღების მეტაბოლიზმზე ღა ღამატებით იწვევენ ღიაბეგური ნეფროპათიისას განვითარებული პროტეინურიის ხარისხის შემცირებას;

*გ) ინსულინ-ღამოკიღებული ღიაბეგით შეპყრობილი ავადმყოფებისთვის თიაბილური ღიურეტიკები უკუნაჩვენებია;

ღ) მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას ინსულინ ღამოუკიღებული ღიაბეგით შეპყრობილი ავადმყოფები უმჯობესია ინსულინზე გადავიყვანოთ;

ე) ინსულინ-ღამოუკიღებული ღიაბეგის შემთხვევაში ჰიპოგლიკემიური პრეპარატების პერორალურად მიღება, რომლებიც კალიუმის არხების ბლოკატორები არიან, იწვევს კორონარული სისხლღარღვების შევიწროვებას ღა სიკვლიღიანობის მაჩვენებლის გაზრდას.

1668. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) გამოხატული გულის უკმარისობის ფონზე კუჭნაწღავის ტრატქტის ჰიპოპერტენზიის ღა ვენური შეგუბების არსებობისას შეიღლება განვითარღეს მალაბსორბცია;

ბ) კახექსიის ფონზე გენერალიზებული შემუპების განვითარება განპირობებულია პღამმის ონკომური წწევის ღაქვეითების ღა მიოკარდიუმის ღისფუნქციის ერთღროულად არსებობით;

გ) ღისტროფიულ ავადმყოფებში სისტოლური არტერიული წწევა ღა სისტოლური მოცუღობა ღაქვეითებულია;

*ღ) ღისტროფიის ფონზე განვითარებული გულის შეგუბებითი უკმარისობა ხასიათღება გაზრდილი წწოთმოცუღობით;

ე) ღისტროფიულ ავადმყოფებში საკვები ნივთიერებების ღეფიციატი თანღათან უნღა შეივისოს.

1669. ქვემოთ ჩამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ბერი-ბერი B1-ავიღამინობია, რომელიც გაგრცეღებულია აფრიკის ღა ამიის ქვეყნებში;

ბ) თიაბინის უკმარისობა შეიღლება განვითარღეს აღკოპოღიკებში;

გ) თიაბინის ნაკლოვანების შეღეგად ვითარღება გაზრდილი სისტოლური მოცუღობის გულის შეგუბებითი უკმარისობა;

*ღ) თიაბინის ნაკლოვანების შეღეგად განვითარებული გულის უკმარისობის თერაპიისთვის შარღმღენები უკუნაჩვენებია;

ე) B1 ავიღამინობის ბაზისური თერაპიისთვის გამოიყენება თიაბინი.

1670. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სიმსუქნით შეპყრობილ ავადმყოფებს აღენიშნებათ სისხლის საერთო ღა ცენტრალური მოცუღობის, გულის სისტოლური მოცუღობის ღა მარცხენა პარკუჭის ავსების წწევის გაზრღა;

ბ) სიმსუქნით შეპყრობილ ავადმყოფებს უვითარღებათ მარცხენა ან ორივე პარკუჭის ჰიპერტროფია;

გ) სიმსუქნით შეპყრობილ ავადმყოფებში გულ-სისხლღარღვთა პათოღოღია ვღინღება პულმონური შეგუბებით, პერიფერიული შემუპებით ღა ფიბიკური ღატერითვისაღმი გოღერანტობის ღაქვეითებით;

ღ) სიმსუქნის ფონზე განვითარებული გულსისხლღარღვთა პათოღოღიის ყვეღამე ეფექტური მკურნაღობა სხეუღის მასის ღაქვეითებაა;

*ე) სიმსუქნის ფონზე განვითარებულ გულ-სისხლღარღვთა პათოღოღიას პიკვიკის სინღრომი ეწოღება.

1671. ფარისებრი ჰირკელის ღისფუნქციის შეღეგად განვითარებული კარღიალური პათოღოღიის პათოგენებში მნიშენეღობა ენიჭება ყვეღა ქვემოთ ჩამოთვლილ ფატქორს, გარღა:

ა) თირეოტროპინი იწვევს ძირითადი ცვღის ღა ქანგბაღის მოხმარების გაზრღას;

*ბ) თირეოტროპინის აღენიშება პირღაპირი ღაღებითი ინოტროპული მოქმეღება;

გ) თირეოტროპინის აღენიშება პირღაპირი ღაღებითი ქრონოტროპული მოქმეღება;

ღ) თირეოტროპინი იწვევს მიოზინის სინთეზის გაზრღას;

ე) თირეოტროპინი იწვევს მიოკარდიუმში ბეგა-აღრენერგული რეცეპტორების რაოღენობის გაზრღას.

1672. ჰიპერთირეოზს ახასიათებს ყვეღა ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოოღინება, გარღა:

ა) ტაქიკარღია;

ბ) მოციმციმე არიგმია;

*გ) სისტოლური მოცუღობის შემცირება;

ღ) მაღალი პულსური წწევა;

ე) სისტოლური არტერიული წწევის გაზრღა.

1673. გულ-სისხლღარღვთა პათოღოღიით შეპყრობილ ავადმყოფებში ჰიპერთირეოზის განვითარებისას (გულსისხლღარღვთა პათოღოღიის არარსებობის შემთხვევაში აღნიშნული პათოღოღიები არ ვითარღება) აღინიშნება: 1). ტაქიკარღია; 2). მოციმციმე არიგმია;

3). სტენოკარღია; 4). გუღის შეგუბებითი უკმარისობა.

ა) სწორია 1, 2, 3;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

*გ) სწორია 3, 4.

1674. ჰიპერთირეოზისთვის ღამახასიათებელია ყვეღა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფიბიკალური ნიშანი, გარღა:

ა) I ტონის ინტენსივობის გაზრღა;

ბ) ფიღტვის არტერიაზე II ტონის აქცენტი;

გ) III ტონი;

*ღ) IV ტონი;

ე) მკერღის ძეღის მარცხენა კიღის გასწვრივ მეზოსისტოლური შუიღი.

1675. ჰიპოთირეოზისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოვლინება, გარდა:

- ა) სისგოლური მოცულობის დაქვეითება;
- ბ) წუთ-მოცულობის დაქვეითება;
- გ) ბრადიკარდია;
- *დ) მაღალი პულსური წნევა;
- ე) არტერიული წნევის დაქვეითება.

1676. ჰიპოთირეოზისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოვლინება, გარდა:

- ა) კარდიომეგალია;
- ბ) გულის ტონების მოყრუება;
- გ) პერიფერიულ არტერიებზე სუსტი აესების და დაჭიმულობის პულსი;
- დ) ექსუდაციური პერიკარდიტი;
- ე) ექსუდაციური პლევრიტი;
- *ვ) კრეატინფოსფოკინაზის და ლაქტატდეჰიდროგენაზის კონცენტრაციების დაქვეითება.

1677. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ჰიპოთირეოზის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოთირეოზის დროს ხშირად აღინიშნება სისხლში ქოლესტეროლის და ტრიგლიცერიდების დონის გაზრდა;
- ბ) ჰიპოთირეოზის დროს ხშირად აღინიშნება კორონარული არტერიების გამოხატული ათეროსკლეროზული დაზიანება;
- *გ) ჰიპოთირეოზის ფონზე ხშირია სტენოკარდიული შეტევების აღმოცენება;
- დ) ხანდაზმულ პაციენტებში ჩანაცვლებითი თირეოტროპული თერაპია, სტენოკარდიის განვითარების საშიშროების გამო, სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს;
- ე) ჩანაცვლებითი თირეოტროპული თერაპიის ფონზე (ხანდაზმული პაციენტებში) შეიძლება განვითარდეს მიოკარდიუმის ინფარქტი.

1678. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან კარცინოიდული სინდრომის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კარცინოიდი ავთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც გამოიმუშავებს ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს;
- ბ) კარცინოიდის მიერ გამოიმუშავებული ამინები, კინინები და სხვა ნივთიერებები იწვევენ არტერიული წნევის ლაბილობას და ღია რეის განვითარებას;
- *გ) გასტროინტესტიური კარცინოიდები ძირითადად იწვევენ მარცხენა გულის დაზიანებას;
- დ) კარცინოიდების მიერ გამოიმუშავებული ბიოაქტიური ნივთიერებები ინაქტივდებიან ფილტვებში და გულში მოხვედრისას;
- ე) კარცინოიდული სინდრომის ძირითადი კარდიალური გამოვლინება მარჯვენა-ატრიოვენტრიკულური სარქველის ნაკლოვანების და/ან ფილტვის არტერიის სტენოზის კლინიკური ნიშნებია.

1679. ფეოქრომოციტომისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური გამოვლინება, გარდა:

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია;
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია;
- გ) მიოკარდიუმის ლოკალური ნეკროზი;
- დ) გამოხატული მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა;
- ე) ფილტვების შეშუპება.

1680. რევმატოიდული ართრიტის ფონზე ყველაზე ხშირად აღინიშნება შემდეგი კარდიალური პათოლოგიების განვითარება:

- ა) ენდოკარდიტი;
- ბ) გულის სარქველოვანი პათოლოგიები;
- გ) მიოკარდიტი;
- *დ) პერიკარდიტი;
- ე) კორონაროპათოლოგიები.

1681. რევმატოიდული ართრიტის ფონზე განვითარებული პერიკარდიტი:

- ა) ხასიათდება მძიმე პროგრესირებადი მიმდინარეობით და ხშირად რთულდება გულის გამპონადით;
- ბ) ინფექციურ-ალერგიული ხასიათისაა;
- *გ) ემორჩილება კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობას;
- დ) პერიკარდექსომის უკუჩვენებაა;
- ე) არასდროს გადადის კონსტრიქციულ პერიკარდიტში.

1682. სერონეგატიური ართროპათიებისთვის (რეიგერის სინდრომი, ანკილოზირებადი სპონდილიტი, ფსორიაზული ართრიტი და სხვ.) ყველაზე ხშირი კარდიალური გამოვლინებაა

- ა) პანკარდიტი;
- ბ) ტაქიკარდია;
- *გ) აორტული რეგურგიტაცია;
- დ) კარდიომეგალია;
- ე) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა.

1683. სისგემური წითელი მგლურას ყველაზე უფრო სპეციფიური კარდიალური გამოვლინებაა:

- ა) პერიკარდიტი;
- *ბ) ლიმბან-საქსის ენდოკარდიტი;
- გ) დიდი კორონარული არტერიების არტერიტი;
- დ) წითელი მგლურას ფონზე განვითარებული ჰიპერტენზია;
- ე) წითელი მგლურის ფონზე განვითარებული კორონარული ათეროსკლეროზი.

1684. გულის არაგამჭოლი გრავემის ყველაზე უფრო სერიოზული შედეგია:

- ა) მიოკარდიუმის კონგუზია;
- ბ) გულის სარქელოვანი აპარატის გაგლეჯა;
- *გ) წინაგულების ან პარკუჭების გაგლეჯა;
- დ) ექსუდაციური პერიკარდიტი;
- ე) პერიკარდიული ან კორონარული სისხლძარღვების გაგლეჯა.

1685. ახალგაზრდა მამაკაცს აღენიშნება ნაჩხველტი ჭრილობა მარცხენა ღვრილის ოდნავ შეღებულად. იგი ძლიერ აგზნებულია არტერიული წნევა - 70/50 მმ.ვწყ.სვ. კისრის ვენები დაბერილია, ფილტვებში ორივე მხარეს მოისმინება ვეზიკულური სუნთქვა. ყველაზე მიზანშეწონილია ჩავაგართო:

- ა) გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- ბ) ენდოგრაფიული ინგუბაცია;
- გ) ეკგ; დ) პლევრალური პუნქცია;
- *ლ) პერიკარდიოცენტეზი.

1686. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ეკგ-ზე მიოკარდიუმის კონგუზია შეიძლება გამოვლინდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის ნიშნებით;
- ბ) რადიონუკლიდური გამოკვლევებით მიოკარდიუმის კონგუზია შეიძლება გამოვლინდეს მიოკარდიუმის ინფარქტის ნიშნებით;
- *გ) პოსტგრავემული პერიკარდიტი ვითარდება გრავემიდან 2-3 საათში და ჩვეულებრივ ამდენივე ხანში ლაგდება;
- დ) გულის გამჭოლი გრავემის შემდეგ შუილების და გულის შეგუბებითი უკმარისობის განვითარება მიუთითებს პარკუჭთაშუა ძგიდის გრავემული დეფექტის არსებობაზე;
- ე) აორტის გაგლეჯა ყველაზე ხშირი გრავემული სისხლძარღვოვანი დაზიანებაა, რომელიც ხასიათდება აორტის განშრევების კლინიკური ნიშნებით.

1687. ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოვლინებებიდან რომელია კარდიალური პათოლოგიის არსებობის ნიშანი ორსულობის დროს:

- ა) ქვემო კიდურების შეშუპება;
- ბ) ფუნქციური შუილები;
- *გ) არიგმიები;
- დ) დისპნოე;
- ე) III ტონი.

1688. ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს შეიძლება მოვისმინოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი აუსკულტაციური ფენომენი, გარდა:

- ა) I ტონის გაძლიერება;
- ბ) ამოსუნთქვისას II ტონის გახლეჩა;
- გ) III ტონი;
- *დ) IV ტონი;
- ე) შუილი სარძევე ჯირკვლების არეში.

1689. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმულირება მიესადაგება ორსულობის პერიოდში და მშობიარობის შემდგომ განვითარებული კარდიომიოპათიის ცნებას, გარდა:

- *ა) აღმოცენებიდან პირველი 6-12 თვის განმავლობაში დაავადება პროგრესულად მძიმდება და ხშირად ლეტალურად მთავრდება. პაციენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილს აღენიშნება მარცხენა პარკუჭის ქრონიკული, სტაბილური დისფუნქციის განვითარება ან სრული გამოჯანმრთელება;
- ბ) დაავადება კლინიკურად ვლინდება, ძირითადად, ორსულობის ბოლო თვეში ან მაშინვე მშობიარობის შემდგომ;
- გ) დაავადება უფრო ხშირად ვითარდება მრავალნაშობიარე ან 30 წელს გადაცილებულ ქალებში;
- დ) დაავადების შესაძლო ეტიოლოგიური ფაქტორებია მიოკარდიტი, კვებითი უკმარისობა, ნაყოფის ანგიოგენზე დედის იმუნოლოგიური პასუხი;
- ე) დაავადების მკურნალობა მოიცავს ოქსიგენო-, დიურეზულ, ინოტროპულ, ვაზოდილატატორულ და ანგიოკოაგულანტურ თერაპიას.

1690. ქვემოთ ჩამოთვლილი კარდიოვასკულური პრეპარატებიდან ორსულობის პერიოდში აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია:

- ა) ბეტა-ბლოკატორები;
- ბ) კალციუმის ანტაგონისტები;
- გ) თიაზიდური დიურეტიკები;
- დ) მარყუჟის დიურეტიკები;
- *ე) სტატინები.

1691. ქვემოთ ჩამოთვლილი კარდიოვასკულური პრეპარატებიდან ორსულობის პერიოდში უკუნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სტატინები;
- ბ) ვარფარინი;
- *გ) ჰეპარინი;
- დ) აგე ინჰიბიტორები;
- ე) პრობუკოლი.

1692. ორსულობის პერიოდში განვითარებული ჰიპერტენზიის საუკეთესო სამკურნალო საშუალებად ითვლება:

- ა) პროპრანოლოლი;
- ბ) ნიფედინი;
- *გ) მეთილდოფა;
- დ) ჰიპოთიაზიდი;

ე) რეზერპინი.

1693. ქვემოთ მოყვანილი ფორმულირებებიდან შიღის ვირუსის გულზე მოქმედების შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შიღის შეპყრობილ ავადმყოფთა 25-50%-ს აღენიშნება კარდიალური პათოლოგია;
- ბ) შიღის ვირუსის ყველაზე ხშირი კარდიოპათიური გამოვლინება გულის შეკუმბებითი უკმარისობაა;
- გ) შიღის შეპყრობილთა უმრავლესობაში მიოკარდიტის გამომწვევი თავად შიღის ვირუსია;
- დ) შიღის შეპყრობილ ავადმყოფებს შეიძლება განუვითარდეთ კარდიომიოპათია;
- *ე) კარდიალური პათოლოგია კლინიკურად უვლინდება შიღის დაავადებულთა 1%-ს.

ჰიპერტენზია და ჰიპოტენზია

1694. არტერიული ჰიპერტენზია გულისხმობს:

- ა) მხოლოდ სისტოლური წნევის მომატებას;
- ბ) მხოლოდ დიასტოლური წნევის მომატებას;
- გ) სისტოლური და დიასტოლური წნევების ერთდროულად მომატებას;
- *დ) სისხლის სისტოლური და/ან დიასტოლური წნევის მომატებას.

1695. წნევის გაზომვის ტექნიკასთან მიმართებაში მართებულია:1). წნევის გამომეზა უნდა მოხდეს დამჯდარ და დწოლილ მდგომარეობაში, სრული სიმშეიღის პირობებში;2). მანუეტი მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს მხარს;3). თავიდან უნდა იქნას აცილებული ე.წ. "მუნჯი ზონის" ფენომენით გამოწვეული შეცდომა;4). საკმარისია წნევის ერთჯერადი გაზომვა.

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

1696. "მუნჯი ზონა":

- *ა) სისტოლური არტერიული წნევის გაზომვისას, დასაწყისში წარმოქმნილი ტონების გაქრობასა და მათ ხელახლა აღმოცენებას შორის არსებული ჩუმი მონაკვეთია;
- ბ) დიასტოლური არტერიული წნევის გაზომვისას, ტონების გაქრობასა და მანუეტში წნევის შემდგომი დაქვეითებისას კვლავ აღმოცენებულ ტონებს შორის ჩუმი მონაკვეთია;
- გ) დიასტოლურ და სისტოლურ წნევებს შორის სხვაობაა;
- დ) არიტმიების ფონზე - სისტოლური წნევის ორ სხვადასხვა მანუეტებელს შორის სხვაობაა;
- ე) ბემო კიღურების არტერიულ წნევებს შორის შესაძლო სხვაობაა.

1697. არტერიული წნევის გაზომვისას, კოროტკოვის მიერ აღწერილი ბგერითი ფენომენების მიხედვით, სისტოლური და დიასტოლური წნევის მანუეტებლები აითვლება:1). სისტოლური - I ფაზის დაწყების მომენტებიდან;2). სისტოლური - II ფაზის დაწყების მომენტებიდან;3). სისტოლური - III ფაზის დაწყების მომენტებიდან;4). დიასტოლური - IV ფაზის დაწყების მომენტებიდან;5). დიასტოლური - VI ფაზის დაწყების მომენტებიდან.

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

1698. ერთ ჯერზე არტერიული წნევის სამჯერადი გაზომვის დროს - სხვადასხვა სიღიღეების მიღებისას, მხეღველობაში მისაღებია არტერიული წნევის შემღევი მონაცემი:

- *ა) უმცირესი;
- ბ) საშუალო;
- გ) უღიღესი;
- დ) სამივე სიღიღის საშუალო არითმეტიკული;
- ე) უღიღესი და უმცირესი სიღიღეების საშუალო არითმეტიკული.

1699. ბემო კიღურებზე წნევათა სხვაობის შემთხვევაში, მხეღველობაში მიიღება:

- *ა) მეტი სიღიღე;
- ბ) ნაკლები სიღიღე;
- გ) მათი საშუალო არითმეტიკული;
- დ) ნებისმიერი სიღიღე, ოღონდ შემღგომ წნევა მხოლოდ ამ კიღურზე უნდა გაიზომოს.

1700. ქვემო კიღურზე არტერიული წნევის გაზომვისას (მანუეტი შემთხვეულია ბარძაყზე), ფონენდოსკოპი თავსდება:

- ა) ბარძაყის წინა ბეღაპირზე;
- ბ) ბარძაყის უკანა ბეღაპირზე;
- *გ) მუხლქვეშა ფოსოში;
- დ) წვივის წინა ბეღაპირზე;
- ე) წვივის უკანა ბეღაპირზე;
- ვ) გერფის ღორბალურ ბეღაპირზე.

1701. ქვემო კიღურზე არტერიული წნევის გაზომვისას, (მანუეტი შემთხვეულია წვივზე), ფონენდოსკოპი თავსდება:

- ა) ბარძაყის წინა ბეღაპირზე;
- ბ) ბარძაყის უკანა ბეღაპირზე;
- გ) მუხლქვეშა ფოსოში;

- დ) წვივის წინა ზელაპირზე;
- ე) წვივის უკანა ზელაპირზე;
- *ვ) გერფის ღორბალურ ზელაპირზე.

1702. ნორმაში არგერიული წნევა ქვემო კილურებზე ზემო კილურებთან შედარებით, მაღალია:

- ა) 10 მმ-ით;
- *ბ) 20 მმ-ით;
- გ) 30მმ-ით;
- დ) 40 მმ-ით;
- ე) 50 მმ-ით.

1703. ზელა კილურებთან შედარებით ქველა კილურზე დაბალი არგერიული წნევა მიუთითებს:1). აორტის სარქელის ნაკლოვანებაზე; 2). აორტის ხერელის სტენოზზე;3). აორტის კოარქტაციაზე; 4). ბარძაყის ან თეძოს არგერიის ობსტრუქციაზე.

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

1704. ნორმაში, ზემო კილურებს შორის წნევის მაქსიმალური სხვაობა შეიძლება იყოს:

- ა) 10მმ;
- *ბ) 20 მმ;
- გ) 30 მმ;
- დ) 40 მმ.

1705. მარცხენასთან შედარებით მარჯვენა ხელზე უფრო მაღალი არგერიული წნევა (5-10 მმ-ზე მეტი სხვაობა) შეიძლება აღინიშნოს შემდეგი პათოლოგიების დროს:1). აორტის ხერელის სარქველზე სტენოზი;2). აორტის კოარქტაცია; 3). აორტის სარქელის ნაკლოვანება;4). დაღმავალი აორტის განმშრევებელი ანევრიზმა.

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

1706. ნორმაში პულსური წნევა გოლია:

- ა) 10-19 მმ;
- ბ) 20-29 მმ;
- გ) 30-39 მმ;
- *დ) 40-49 მმ;
- ე) 50-59 მმ.

1707. პულსურმა წნევამ შეიძლება მოიმატოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) აორტის ათეროსკლეროზი;
- ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი;
- გ) აორტის სარქელის ნაკლოვანება;
- *დ) აორტის ხერელის სტენოზი;
- ე) ჰიპერტიროზი;
- ვ) ცხელება;
- ზ) ფიზიკური დატვირთვა.

1708. პულსური წნევა შეიძლება დაქვეითდეს:1). აორტის ხერელის სტენოზისას; 2). აორტის ხერელის ნაკლოვანებისას;3). გულის უკმარისობისას; 4). პერიკარდიუმში სითხის დაგროვებისას;5). არგერიო-ვენური შუნტის არსებობისას.

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

1709. ოსლერის სიმპტომი:1). პულსაციის გაქრობის შემდეგ სხივის არგერიის პალპირების შესაძლებლობა;2). მიუთითებს სისხლძარღვის კალციფიკაციაზე;3). მიუთითებს "ფსევდოჰიპერტენზიის" არსებობაზე;4). მიუთითებს "ჭეშმარიტი" ჰიპერტენზიის არსებობაზე.

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

1710. ჰიპერტონული დაავადების:1). ეტიოლოგია დადგენილი არ არის;2). სინონიმებია: პირველადი ჰიპერტენზია, ესენციური ჰიპერტენზია, იდიოპათიური ჰიპერტენზია;3). დროს არასდროს არ აღინიშნება ცვლილებები ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და თირკმლების მხრივ;4). მკურნალობისას სისტოლურთან შედარებით, გაცილებით მნიშვნელოვანია დიასტოლური წნევის ღარეგულირება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

1711. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი წარმოადგენს ჰიპერტონული დაავადების ყველაზე მნიშვნელოვან დემოგრაფიულ რისკ-ფაქტორს:

- ა) სქესი;
- *ბ) რასა;
- გ) კულტურული განვითარების დონე;
- დ) საცხოვრებელი ადგილი;
- ე) ოჯახური მდგომარეობა.

1712. ჰიპერტონული დაავადების რისკ-ფაქტორებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ნერვულ-ფსიქიკური გადაძაბვა;
- ბ) გენეტიკური განწყობა;
- გ) არახელსაყრელი გარემო პირობები;
- *დ) თირკმლის პარენქიმის ანთებითი დაავადებები;
- ე) სუფრის მარილის ჭარბი რაოდენობით მოხმარება.

1713. ჰიპერტონული დაავადების პათოგენეზური რგოლებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სიმპათო-ადრენალური სისტემის გააქტივება;
- ბ) რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის ფუნქციონირების დარღვევა;
- *გ) თირკმლის არტერიების ათეროსკლეროზი;
- დ) ნაგრიუმის გამოყოფის დარღვევა;
- ე) პროსტაგლანდინების პროდუქციის დარღვევა.

1714. არტერიული წნევის სიდიდე განსაზღვრება:1). გულის წუთმოცულობით;2). საერთო პერიფერიული (არტერიო-კაპილარული) წინააღმდეგობით;3). აორტის ელასტიურობით; 4). ცირკულირებადი სითხის მოცულობით;5). სისხლის სიბლანტით.

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

1715. სიმპათიკურ ნერვულ სისტემასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). სიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედება რეგულირდება ბარორეცეპტორების საშუალებით;2). ბარორეცეპტორები მოთავსებულნი არიან წვრილი პერიფერიული არტერიების კედლებში;3). ბარორეცეპტორების აგზნება იწვევს სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივებას;4). არტერიული ჰიპერტენზიის დროს აღინიშნება ბარორეცეპტორების მგრძობელობის დაქვეითება.

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

1716. ბარორეცეპტორები მოთავსებულნი არიან:1). კაროტიდულ სინუსში; 2). აორტის კედელში; 3). მარცხენა პარაკუჭის კედელში; 4). მარჯვენა პარაკუჭის კედელში; 5). წვრილი პერიფერიული არტერიების კედლებში.

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

1717. სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივება:1). ზრდის თირკმელზედა ჯირკვალის ქერქიდან სისხლში კატექოლამინების გადმოსროლას;2). ამცირებს თირკმელზედა ჯირკვალის ქერქიდან სისხლში კატექოლამინების გადმოსროლას;3). ცელის სისხლში, მხოლოდ ადრენალინის შემცველობას;4). ცელის სისხლში როგორც ადრენალინის, ასევე ნორადრენალინის შემცველობას.

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

1718. რენინი სინთეზირდება:

- ა) ღვიძლში;
- ბ) ელენთაში;
- *გ) თირკმლების იუქსტაგლომერულ უჯრედებში;
- დ) ნერვულ რეცეპტორებში;
- ე) ძვლის გვინში.

1719. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). რენინი გარდაიქმნება ანგიოტენზინ I-ად;2). რენინი გარდაქმნის ანგიოტენზინოგენს ანგიოტენზინ I-ად;3). ჰიპერტონული დაავადების დროს რენინის შემცველობა სისხლში ყოველთვის მომატებულია;4). ჰიპერტონული დაავადების დროს რენინის შემცველობა სისხლში შეიძლება იყოს ნორმული დაქვეითებული ან მომატებული.

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

1720. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ანგიოტენზინ I გარდაქმნება ანგიოტენზინ II-ად;2). ანგიოტენზინ I-ს ანგიოტენზინ II-ად გარდაქმნის ანგიოტენზინგარდაქმნელი ენზიმი (აგე);3). აგე იწვევს ბრალიკინინის ინაქტივაციას, რაც შესაბამისად ზრდის პერიფერიულ წინაღმდეგობას;4). აგე იწვევს რენინის აქტივაციას.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 2, 4;

დ) სწორია 2, 4.

1721. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ანგიოტენზინ II იწვევს ვაზოსპაზმს; 2). ანგიოტენზინ II იწვევს ვაზოლილაგაციას;3). ანგიოტენზინ II იწვევს სისხლძარღვთა მგრძობელობის გაზრდას პრესორული აგენტების მიმართ;4). ანგიოტენზინ II იწვევს სისხლძარღვთა მგრძობელობის გაზრდას ლეპრესორული აგენტების მიმართ.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1722. ანგიოტენზინ II:1). დადებითი ინოტროპული ეფექტის მქონეა;2). იწვევს მიოკარდიუმის ჰიპერტროფიის შემცირებას;3). სისხლძარღვებზე მოქმედებს ცნს-ის საშუალებითაც;4). ბიოლოგიურ ნივთიერებებს შორის ყველაზე ძლიერი ვაზოკონსტრიქტორია.

ა) სწორია 1, 3;

*ბ) სწორია 1, 3, 4;

გ) სწორია 2, 3, 4;

დ) სწორია 2, 4.

1723. მართებულია შემდეგი გამონათქვამი:1). ანგიოტენზინ II ასტიმულირებს ალდოსტერონის წარმოქმნას;2). ანგიოტენზინ II აფერხებს ბრალიკინინის წარმოქმნას;3). ალდოსტერონი გამოიწვევს თირკმელზედა ჯირკვალში;4). ალდოსტერონი გამოიწვევს თირკმლის იუქსტაგლომერულ უჯრედებში.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1724. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებებიდან ალდოსტერონის სინთეზს უშუალოდ ასტიმულირებს:

ა) რენინი;

ბ) ანგიოტენზინ I;

*გ) ანგიოტენზინ II;

დ) კალიკრენინი;

ე) ბრალიკინინი.

1725. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი (აკტჰ) ასტიმულირებს ალდოსტერონის წარმოქმნას;2). აკტჰ ჰორმონი აბლოკირებს ბრალიკინინის წარმოქმნას;3). ალდოსტერონი ძლიერი ვაზოპრესორული აგენტია;4). ალდოსტერონი აძლიერებს სისხლძარღვის კედლის მგრძობელობას პრესორული აგენტების მიმართ.

*ა) სწორია 1, 4;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 4.

1726. მართებულია, რომ ალდოსტერონი:1). იწვევს ორგანიზმში Na^+ -ის შეკავებას;2). იწვევს ორგანიზმიდან K^+ -ის და წყლის ჭარბ გამოყოფას;3). ზრდის სისხლძარღვის კედელში Na^+ -ის შემცველობას და სისხლძარღვის კედლის შეშუპებას;4). არ ახდენს გავლენას სისხლძარღვის კედელში Na^+ -ს შემცველობაზე და არ ზრდის სისხლძარღვის კედლის შეშუპებას.

*ა) სწორია 1, 3;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 2, 3;

დ) სწორია 2, 4.

1727. რენინის წარმოქმნას ასტიმულირებს:1). თირკმლის პერფუზიის დაქვეითება;2). სისხლში ცირკულირებადი კატექოლამინების რაოდენობის გაზრდა;3). ჰიპერკალემია; 4). ჰიპეროლეემია;5). სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივება.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 2, 4, 5;

*დ) სწორია 1, 2, 5.

1728. არგერიული ჰიპერტენზიის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ შემდეგი ქვემოთ იონები:1). Na^+ ; 2). K^+ ; 3). Cl^- ; 4). Ca^+ .

ა) სწორია 2, 4;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

გ) სწორია 1, 3, 4;

*დ) სწორია 1, 4.

1729. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). საკვებთან ერთად Ca^+ კვადრატის მცირე რაოდენობით მიღება, იწვევს ჰიპერტენზიის განვითარებას;2). Ca^+ -ანტაგონისტები უფექტური ჰიპოტენზიური საშუალებებია;3). ჰიპერტენზიის განვითარებისას სისხლძარღვის კედელში

სხვადასხვა მექანიზმით ხდება Ca^{+} კვალრატული იონების დაგროვება;4). სისხლძარღვის კედელში დაგროვილი Ca^{+} კვალრატის მრდის სისხლძარღვის რეაქტიულობას.

* ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 1, 2, 4.

1730. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი - ენდოგენური ნატრიურემული ფაქტორი:1). სინთეზირდება და ინახება წინაგულების სეკრეტორულ გრანულებში;2). აღმოჩენილ იქნა გულის პარაკუტებში და სხვა ორგანოებში;3). სინთეზირდება წინაგულების კედლის გაჭიმვის საპასუხოდ;4). სინთეზირდება სისხლის მოცულობისა და არტერიული წნევის გაზრდის უკუპროტორციულად.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 3, 4.

1731. ენდოგენური ნატრიურემული ფაქტორი:1). აძლიერებს თირკმლებში ფილტრაციულ პროცესს;2). მრდის თირკმლის მილაკებში Na^{+} -ის რეაბსორბციას;3). იწვევს ვაზოპრესინის გამოთავისუფლებას;4). აბლოკირებს პრესორული ჰორმონების წარმოქმნას და/ან მათ მოქმედებას.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 2, 3.

1732. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). კინინები შეადგენენ თირკმლების ლეპრესორულ სისტემას;2). კინინებს, ანგიოტენზინ II-ის ფიზიოლოგიურ ანტაგონისტებს უწოდებენ;3). კინინებს ახასიათებს ლეპრესორული და ნატრიურემული ეფექტი;4). კინინები აბლოკირებენ პროსტაგლანდინების სინთეზს.

ა) სწორია ყველა პასუხი;

*ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3;

დ) სწორია 3, 4.

1733. ჰიპერტენზიის კლინიკურ გამოვლინებასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ლაავალების კლინიკას განაპირობებს თვით მაღალი წნევა, მისი თანამდევე სისხლძარღვოვანი დაზიანებები და ძირითადი ლაავალება (მეორადი ჰიპერტენზიის შემთხვევაში);2). არტერიული ჰიპერტენზია ყოველთვის იძლევა კლინიკურ სიმპტომატიკას;3). ჰიპერტენზიის კლინიკური სიმპტომები არასპეციფიურია;4). სტაბილური ჰიპერტენზია მრდის სხვადასხვა ორგანოების სისხლძარღვების დაზიანების ალბათობას.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 4;

*გ) სწორია 1, 3, 4;

დ) სწორია 1, 4.

1734. ჰიპერტენზიის გამწვავების ან მისი გამოვლინების ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენენ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) სიმსუქნე და ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მიღება;

ბ) ნიკოტინის მოხმარება;

გ) პოლიციტემია;

დ) არასტერილული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მოხმარება;

*ე) ბრონქოლიტატორების მოხმარება.

1735. არტერიული ჰიპერტენზია შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა:

ა) ნებისმიერი ლოკალიზაციის თავის ტკივილი;

ბ) თავბრუსხვევა;

გ) აღვივად დაღლა;

დ) გულის ფრიალის შეგრძნება;

*ე) ქოშინი.

1736. ჰიპერტონული ენცეფალოპათიის გამოვლინებაა:1). გულისრევა; 2). პირღებინება; 3). მხედველობის დაქვეითება;4). ცხვირიდან სისხლდენა.

ა) ყველა პასუხი სწორია;

ბ) სწორია 1, 2, 3;

*გ) სწორია 1, 2;

დ) სწორია 3, 4.

1737. არტერიული ჰიპერტენზიით შეპყრობილი ავადმყოფების ფიზიკალური გამოკვლევისას (არ არის გამოხატული გულის უკმარისობა), შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

ა) ზემო კიდურების არტერიულ წნევებს შორის ნორმაზე მეტი სხვაობა;

ბ) ზემო და ქვემო კიდურების არტერიულ წნევებს შორის ნორმაზე მეტი სხვაობა;

გ) სისტოლური შუილი აორტაზე;

დ) II ტონის აქცენტი აორტაზე;

*ე) II ტონის აქცენტი ფილტვის არტერიაზე.

1738. "ჰიპერტენზიულ თირკმელთან" მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). კეთილთვისებიანად მიმდინარე ჰიპერტონული

ლაავადების დროს თირკმლები, ჩვეულებრივ, მნიშვნელოვნად არ ბიანდება;2). ჰიპერტონული თირკმლის ძირითად გამოვლინებას ნეფროსკლეროზი წარმოადგენს;3). ჰიპერტონული თირკმლისთვის დამახასიათებელია პროტეინურია და მიკროჰემატურია;4).

ჰიპერტონული ლაავადება არასდროს რთულდება თირკმლის უკმარისობით.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 2.

1739. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). თვალის ფსკერის გამოკვლევა ჰიპერტენზიის არსებობისა და მისი სიმძიმის განსაზღვრის ერთ-ერთი სადიაგნოსტიკო საშუალებაა;2). ჰიპერტენზიის დროს, თვალის ფსკერზე ცვლილებები სწრაფად ვითარდებიან და მკურნალობის მიუხედავად ხანგრძლივად რჩებიან;3). არტერიული ჰიპერტენზიის ავთვისებიანობის განსაზღვრისათვის მხედველობის ნერვის დერილის შეშუპების დადგენას მეტი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე თავად ჰიპერტენზიის ხარისხს;4). თვალის ფსკერის გამოკვლევით შეიძლება განისაზღვროს გადაუღებელი თერაპიის საჭიროება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 4;
- დ) სწორია 1, 2.

1740. თვალის ფსკერის ქვემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებებიდან პროგნოზულად ყველაზე არაკეთილსაიმელოა:

- ა) არტერიოლების სპაზმი;
- ბ) არტერიების სკლეროზი;
- გ) არტერიულ-ვენური ჩანაჭდევები;
- *დ) მხედველობის დერილის შეშუპება;
- ე) ჰემორაგიები;
- ვ) ექსულაციური ცვლილებები.

1741. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ჰიპერტონული ენცეფალოპათიის კლინიკური სიმპტომებია: თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ყურებში შუილი, გულისრევა;
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიის ყველაზე სერიოზული გართულებაა ინსულტი;
- გ) იშემიური ინსულტის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია თავის ტვინის სისხლძარღვების მასიური ათეროსკლეროზი (ეს უკანასკნელი ხშირად შერწყმულია ჰიპერტენზიასთან);
- დ) ჰემორაგიული ინსულტის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორებია მაღალი არტერიული წნევა და თავის ტვინში მიკროანევრიზმების არსებობა;
- *ე) თავის ტვინში მიკროანევრიზმები ყოველთვის გენეტიკურადაა განპირობებული და მათი განვითარება არ არის დაკავშირებული არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობასთან.

1742. "ჰიპერტენზიულ გულთან" მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). "ჰიპერტენზიული გულის" ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანი მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიაა;2). "ჰიპერტენზიული გულის" განვითარებისას ირღვევა შესაბამისობა გულის მეტაბოლურ მოთხოვნილებასა და მის სისხლით მომარაგებას შორის;3). "ჰიპერტენზიული გულისთვის", ჩვეულებრივ, არ არის დამახასიათებელი მარცხენა პარკუჭის ლიასტოლური დისფუნქცია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1743. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ხშირად ძალიან ძნელია სხვადასხვა ორგანოებში ჰიპერტენზიითა და ათეროსკლეროზით გამოწვეული ცვლილებების ერთმანეთისაგან გამიჯვნა; 2). ჰიპერტენზია არასდროს არ იწვევს სისხლძარღვის კედლის ნეკროზს და ჰიალინურ ლეგენერაციას;3). ჰიპერტენზიისთვის დამახასიათებელია სისხლძარღვის კედელში Na^{+} -ის შეკავება და კედლის სითხით გაჯირჯევა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1744. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია წარმოადგენს ჰიპერტენზიის შემდეგი გართულებების განვითარების საფუძველს:1). გულის კუნთის იშემიის; 2). გულის უკმარისობის; 3). სხვადასხვა არიგმიების;4). კორონარული არტერიების სტენოზის და თრომბოზის.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

1745. "ჰიპერტენზიული გულისთვის" დამახასიათებელია:1). გულის ყველა საზღვრის გაღივება;2). აორტის მოსასმენ წერტილში II ტონის აქცენტი; 3). გულის საძვარის შესუსტება; 4). აორტის მოსასმენ წერტილში სისტოლური ან დიასტოლური შუილი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 4;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- *დ) სწორია 2, 4.

1746. "ჰიპერტენზიული გულის" ლიაგნოსტიკისთვის ყველაზე ინფორმატიულია:

- ა) კლინიკა;
- ბ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- *გ) ექოკარდიოგრაფია;
- დ) ელექტროკარდიოგრაფია;
- ე) ფიზიკალური გამოკვლევა;
- ვ) სისხლში კარდიალური ფერმენტების შემცველობის განსაზღვრა.

1747. ხანდაზმულ ასაკში კეთილთვისებიანი ჰიპერტენზიის ათვისებიანად გრანსფორმირება მიუთითებს:1). ნეფროსკლეროზის განვითარებაზე;2). თირკმლის არტერიის ათეროსკლეროზული სტენოზის განვითარებაზე;3). ნეფრიტის განვითარებაზე; 4). გულის უკმარისობის განვითარებაზე.

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

1748. რენოპარენქიმული არტერიული ჰიპერტენზია ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების ფონზე, გარდა:

- ა) გლომერულონეფრიტი;
- ბ) პიელონეფრიტი;
- გ) ინტერსტიციული ნეფრიტი;
- *დ) თირკმლის არტერიების ათეროსკლეროზი;
- ე) პირველადი რენინიზმი.

1749. რენოვასკულური ჰიპერტენზიის საფუძველია შემდეგი დაავადებები:1). თირკმლის არტერიების ფიბროზულ-კუნთოვანი დისპლაზია;2). თირკმლის სისხლძარღვების თრომბოზი;3). თირკმლის არტერიების ათეროსკლეროზი;4). პირველადი რენინიზმი; 5). ჰიდრონეფროზი და თირკმლების პოლიკისტოზი.

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

1750. რენოვასკულურ ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცება:

- *ა) რენოვასკულური ჰიპერტენზიის დროს აღინიშნება რენინის სინთეზის გაძლიერება;
- ბ) რენოვასკულური ჰიპერტენზია არ ემორჩილება კაპტოპრილით მკურნალობას;
- გ) იგი ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა მამაკაცებში (როგორც სისტემური დაავადების გართულება);
- დ) რენოვასკულური ჰიპერტენზია აღვივალა ემორჩილება დიურეტიკებით მკურნალობას.

1751. თირკმლისმიერ ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). თირკმლისმიერი ჰიპერტენზიის ერთადერთ პათოგენეზურ მექანიზმს თირკმლის პერფუზიის ღარღვევა წარმოადგენს;2). დაავადებისთვის დამახასიათებელია Na^+ -ის ცვლის ღარღვევა და წყლის შეკავება;3). დაავადებისთვის დამახასიათებელია რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის გააქტიურება;4). დაავადება ხასიათდება პროსტაგლანდინების და კინინების სინთეზის გაზრდით.

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

1752. თირკმლისმიერ ჰიპერტენზიებთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). თირკმლისმიერი ჰიპერტენზიის განვითარებისას ალდოსტერონის შემცველობა სისხლში უმეგესად დაქვეითებულია;2). თირკმლისმიერი ჰიპერტენზიის განვითარებისას ალდოსტერონის შემცველობა სისხლში უმეგესად გაზრდილია;3). ვაზორენული ჰიპერტენზია ხსირად მიმდინარეობს ჰიპერრენინემიით;4). რენოპარენქიმული ჰიპერტენზიებისთვის დამახასიათებელია გულის წუთმოცულობის მკვეთრად გაზრდა.

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

1753. რენულ ჰიპერტენზიებთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პარენქიმული ჰიპერტენზიების დროს გულის წუთმოცულობა ძირითადად ნორმის ფარგლებშია;2). ვაზორენული ჰიპერტენზიების დროს გულის წუთმოცულობა შეიძლება მცირედ გაიზარდოს;3). ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის გაზრდა დამახასიათებელია როგორც პარენქიმული, ისე ვაზორენული ჰიპერტენზიისთვის.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1754. პირველად რენინიზმთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პირველადი რენინიზმი ყოველთვის რენული გენეზისაა;2). პირველადი რენინიზმი შეიძლება ექსტრარენული გენეზისაგან იყოს;3). დაავადებისთვის დამახასიათებელია ჰიპოალდოსტერონიზმი;4). დაავადებისთვის დამახასიათებელია ჰიპერალდოსტერონიზმი.

- ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 1, 4;

- გ) სწორია 2, 3;
- *დ) სწორია 2, 4.

1755. პირველად რენინიზმთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). პირველადი რენინიზმის კლინიკური სურათი ჰიპერალდოსტერონიზმის კლინიკური სურათის მსგავსია;2). ღაფალებისთვის დამახასიათებელია ჰიპოკალემია;3). ღაფალებისთვის დამახასიათებელია თირკმლის არტერიების ილიოპათიური დეგენერაცია;4). პირველადი რენინიზმის პირველადი ჰიპერალდოსტერონიზმისაგან განმასხვავებელი ერთადერთი ნიშანი ჰიპერრენინემიაა.

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

1756. პირველად რენინიზმს მეორადი ალდოსტერონიზმისგან განასხვავებს:1). თირკმლის შენახული ფუნქცია;2). ჰიპერრენინემია; 3). ინტაქტური თირკმლის არტერიები.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 1, 3.

1757. ენდოკრინულ ჰიპერტენზიებს იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადება, გარდა:

- ა) პირველადი ალდოსტერონიზმი;
- ბ) იცენკო-კუშინგის სინდრომი;
- გ) ფეოქრომოციტომა;
- დ) ჰიპერპარათირეოზი;
- *ე) ვაკუბის დაავადება;
- ვ) აკრომეგალია.

1758. პირველად ჰიპერალდოსტერონიზმს ახასიათებს:1). ჰიპერრენინემია; 2). ჰიპორენინემია ან ნორმორენინემია; 3). ჰიპერნატრიემია; 4). ჰიპონატრიემია.

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

1759. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). არტერიული ჰიპერტენზიის და ჰიპოკალემიის ერთდროულად არსებობის მიზეზი შეიძლება იყოს მხოლოდ პირველადი ჰიპერალდოსტერონიზმი;2). პირველად ალდოსტერონიზმს ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული ჰიპონატრიემია;3). ღიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, ალდოსტერონის ღონის განსაზღვრა, სისხლთან შედარებით, უფრო ფასეულია შარდში.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3;
- ე) სწორია 1.

1760. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). კუშინგის სინდრომის განვითარებისას აღინიშნება ვამოკონსტრიქტორების მიმართ სისხლძარღვთა მგრძობელობის გაზრდა;2). კუშინგის სინდრომს ხშირად თან ახლავს მინერალოკორტიკოიდების სინთეზის დაქვეითება;3). ღაფალებისთვის ძირითადად დამახასიათებელია დიასტოლური ჰიპერტენზია;4). კუშინგის სინდრომს ადასტურებს დექსამეტაზონის ტესტის უარყოფითი შედეგი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3, 4.

1761. ფეოქრომოციტომასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებები, გარდა:

- ა) ფეოქრომოციტომისთვის დამახასიათებელია კატექოლამინების ჭარბი პროდუქცია;
- *ბ) ფეოქრომოციტომისთვის არ არის დამახასიათებელი ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის ინციდენტები;
- გ) ფეოქრომოციტომული ჰიპერტენზიის გენეზში მთავარ როლს პერიფერიული წინააღმდეგობის გაზრდა ასრულებს;
- დ) ფეოქრომოციტომას ახასიათებს რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის გააქტივება.

1762. აორტის რკალის კოარქტაციის ფონზე განვითარებულ ჰიპერტენზიასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ჰიპერტენზიის მიზეზი მხოლოდ აორტის შევიწროებაა;2). ჰიპერტენზიის გენეზში გარკვეულ როლს თამაშობს თირკმლის პერფუზიის დარღვევა;3). ღაფალებისთვის დამახასიათებელია ქვემო კიდურებთან შედარებით მაღალი არტერიული წნევა ზემო კიდურებზე;4). არტერიული წნევის მომაგება შეიძლება აღინიშნოს მხოლოდ, მარჯვენა ზემო კიდურზე.

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

1763. ადვილად აგზნებადობა, კიდურების კანკალი, საერთო სისუსტე - ყველაზე მეტად ახასიათებს:1). ჰიპერთირეოზს; 2). ფეოქრომოციტომას; 3). ჰიპოთირეოზს; 4). პიელონეფრიტს; 5). აკრომეგალიას.

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

1764. აპათია, აღინამია, ინგელექტის დაქვეითება, ჰიპოთერმია ძირითადად ახასიათებს:

- ა) ჰიპერთირეოზს;
- ბ) ფოქრომოციტოზს;
- გ) აკრომეგალიას;
- დ) პირველად რენინიზმს;
- *ე) ჰიპოთირეოზს;
- ვ) ჰიპერპარათირეოზს.

1765. ქვემო კიდურების კუნთების სისუსტე, პარესთეზიები, კიდურების გარდამავალი დამბლა, ძირითადად ახასიათებს:

- *ა) ჰიპერალდოსტერონიზმს;
- ბ) ჰიპერთირეოზს;
- გ) ჰიპოთირეოზს;
- დ) აკრომეგალიას;
- ე) აორტის რკალის კოარქტაციას;
- ვ) პირველად რენინიზმს.

1766. პოლიურია და ნიქტურია ყველაზე მეტად მიუთითებს: 1). ჰიპერალდოსტერონიზმზე; 2). კუშინგის სინდრომზე ან ლაავალებზე; 3). რენულ-პარენქიმულ პათოლოგიებზე; 4). რენოვასკულურ პათოლოგიებზე; 5). აკრომეგალიაზე.

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

1767. მკვეთრი არტერიული ჰიპერტენზიის ერთბაშად განვითარება და სწრაფი, ავთვისებიანი მიმდინარეობა ყველაზე მეტად მიუთითებს:

- ა) ფოქრომოციტოზზე;
- ბ) ჰიპერთირეოზზე;
- *გ) რენოვასკულურ ჰიპერტენზიაზე;
- დ) რენულ-პარენქიმულ ჰიპერტენზიაზე;
- ე) აკრომეგალიაზე;
- ვ) პირველად ალდოსტერონიზმზე.

1768. კუნთების სისუსტის, პარესთეზიების, კიდურების გარდამავალი დამბლის მიზეზს წარმოადგენს:

- *ა) ჰიპოკალემია;
- ბ) ჰიპერკალემია;
- გ) ჰიპონატრიემია;
- დ) ჰიპერკალციემია;
- ე) ჰიპერნატრიემია.

1769. არტერიული ჰიპერტენზიის კრიზული მიმდინარეობა ძირითადად ახასიათებს:

- ა) პირველად რენინიზმს;
- ბ) ჰიპერთირეოზს;
- გ) ჰიპოთირეოზს;
- *დ) ფოქრომოციტოზს;
- ე) პირველად ალდოსტერონიზმს;
- ვ) კუშინგის სინდრომს.

1770. ხშირი ანგიების ფონზე განვითარებული ჰიპერტენზია ძირითადად მიუთითებს:

- *ა) ნეფრიტზე;
- ბ) რენოვასკულურ ლაავალებზე;
- გ) თირკმლის პოლიკისტოზზე;
- დ) პირველად რენინიზმზე;
- ე) ჰიდრონეფროზზე.

1771. მემკვიდრული გენეზისა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგია, გარდა:

- ა) თირკმლის პოლიკისტოზი;
- ბ) თირკმლის ჰიპოპლაზია;
- გ) თირკმლის არტერიის ფიბროზულ-კუნთოვანი დისპლაზია;
- დ) ესენციური ჰიპერტენზია;
- *ე) პირველადი რენინიზმი.

1772. ჰიპერტენზია შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მედიკამენტით მკურნალობის ფონზე, გარდა:

- ა) ანალგეტიკები;
- ბ) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- გ) კონტრაცეპტული საშუალებები;
- დ) კორტიკოსტეროიდები;

- ე) მათ-ის ინჰიბიტორები;
- *ე) III ჯგუფის ანტიარტიკული პრეპარატები.

1773. პერორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას განვითარებული ჰიპერტენზია:

- ა) რენოპარენქიმული ხასიათისაა;
- ბ) რენოვასკულური გენეზისაა;
- *გ) ჰიპერალდოსტერონიზმის შედეგია;
- დ) კუშინგის სინდრომის განვითარების შედეგია;
- ე) ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულაციის შედეგია;
- ვ) კატექოლამინების ჭარბი რაოდენობით სინთეზის შედეგია.

1774. კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივად მკურნალობისას განვითარებული ჰიპერტენზია:

- ა) რენოპარენქიმული ხასიათისაა;
- ბ) რენოვასკულარული გენეზისა;
- გ) ჰიპერალდოსტერონიზმის შედეგია;
- დ) ჰიპერრენინიზმის განვითარების შედეგია;
- *ე) კუშინგის სინდრომის განვითარების შედეგია;
- ვ) ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულაციის შედეგია;
- ზ) კატექოლამინების ჭარბი რაოდენობით სინთეზის შედეგია.

1775. ტკივილგამაყუჩებელი და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობისას განვითარებული ჰიპერტენზია:

- ა) ჰიპერალდოსტერონიზმის განვითარების შედეგია;
- ბ) ჰიპერრენინიზმის განვითარების შედეგია;
- გ) კატექოლამინების ჭარბი რაოდენობით სინთეზის შედეგია;
- *დ) რენოპარენქიმული ხასიათისაა;
- ე) რენოვასკულური გენეზისაა;
- ვ) ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულაციის შედეგია.

1776. მათ-ის ინჰიბიტორებით მკურნალობისას განვითარებული ჰიპერტენზია:

- ა) რენოპარენქიმული ხასიათისაა;
- ბ) რენოვასკულური გენეზისაა;
- გ) ჰიპერალდოსტერონიზმის განვითარების შედეგია;
- *დ) კატექოლამინების ჭარბი რაოდენობით გამოთავისუფლების შედეგია;
- ე) ჰიპერრენინიზმის განვითარების შედეგია.

1777. სახის კანის სიწითლისა და ჰიპერტენზიის შერწყმა დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიისთვის, გარდა:

- ა) კუშინგის სინდრომი;
- ბ) პოლიციტემია;
- გ) ესენციური ჰიპერტენზია;
- *დ) ატროფიკული კულური ბლოკადა;
- ე) შაქრიანი დიაბეტი.

1778. მიუსეს ნიშანი, კაროტიდების ცეკვა, სისტოლური ჰიპერტენზია სავარაუდოდ მიუთითებს: 1). აორტის სარქველის ნაკლოვანებაზე; 2). აორტის კოარქტაციაზე; 3). აორტის ხვრელის სტენოზზე; 4). ატროფიკული კულური ბლოკადაზე.

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

1779. ქალას ძვლების პროპორციული გადიდება, სახის რბილი ქსოვილების ჰიპერპლაზია, ჰიპერტენზია ამიუთითებს:

- *ა) აკრომეგალიაზე;
- ბ) პირველად რენინიზმზე;
- გ) პირველად ალდოსტერონიზმზე;
- დ) კუშინგის სინდრომზე;
- ე) ჰიპერპარათირეოზზე;
- ვ) ჰიპერთირეოზზე.

1780. ქვემო კიდურებთან შეღარებით კარგად განვითარებული მხრის სარტყელი, ნეკნთაშუა არტერიების თვალთ შესამჩნევი პულსაცია, ჰიპერტენზია მიუთითებს:

- ა) აორტის სარქველის ნაკლოვანებაზე;
- ბ) აორტის ხვრელის სტენოზზე;
- *გ) აორტის რკალის კოარქტაციაზე;
- დ) ატროფიკული კულური ბლოკადაზე;
- ე) აორტის ხვრელის სარქველზე სტენოზზე.

1781. თირკმლის საპროექციო არეში მუცლის წინა კედლის ღრმა პალპაციის შედეგად ჰიპერტონული კრიზისის განვითარება ახასიათებს:

- ა) პირველად რენინიზმს;

- ბ) პირველად ალღოსტერონიზმს;
- გ) ჰიპერპარათირეოზს;
- დ) კუშინგის დაავადებას;
- *ე) ფეოქრომოციტოზს.

1782. ოსლეის სიმპტომი და "ჩავარდნის ფენომენი" ახასიათებს:1). რენოპარენქიმულ ჰიპერტენზიას; 2). რენოვასკულურ ჰიპერტენზიას;3). ათეროსკლეროზულ ჰიპერტენზიას;4). ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის ფონზე განვითარებულ ჰიპერტენზიას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 4.

1783. მეორადი ალღოსტერონიზმის მიზეზი შეიძლება გახდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადება, გარდა:

- ა) ესენციური ჰიპერტენზია;
- ბ) რენოპარენქიმული დაავადებები;
- გ) რენოვასკულური დაავადებები;
- დ) პერიორალური კონტრასტოპიეზის გამოყენება;
- *ე) თირკმელზედა ჯირკვლის აღენოზა.

1784. მარჯვენა და მარცხენა სხივის არტერიებზე განსხვავებული პულსაციის ჰიპერტენზიასთან შერწყმა ახასიათებს:1). აორტის ანევრიზმს; 2). აორტოარტერიიტს; 3). მკერდუკანა ჩიყვს; 4). აორტის სარქველის ნაკლოვანებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

1785. ჰიპერტენზიის და ჰიპერრენინემიის ერთდროულად არსებობის მიზეზი შეიძლება იყოს:1). აორტოარტერიტი;2). თირკმლების არტერიების ცალმხრივი ან ორმხრივი სტენოზი;3). ესენციური ჰიპერტენზია; 4). პირველადი ალღოსტერონიზმი;5). რენოპარენქიმული დაავადებები.

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

1786. არტერიული ჰიპერტენზიისა და ჰიპერკალცემიის ერთდროულად არსებობასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). არტერიული ჰიპერტენზიის და ჰიპერკალცემიის მიზეზს ჰიპერპარათირეოზი წარმოადგენს;2). ჰიპერპარათირეოზის არსებობისას ჰიპერტენზიის ერთერთ მიზეზს თირკმლის პარენქიმის დაზიანება წარმოადგენს;3). ჰიპერპარათირეოზის არსებობისას ჰიპერკალცემიამ შეიძლება თავად გამოიწვიოს ვამოკონსტრიქცია და არტერიული წნევის გაზრდა;4). ალიმენტური გზით მიღებული ჭარბი კალციუმი ხელს უწყობს არტერიული წნევის დაქვეითებას.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4.

1787. ჰიპერტენზიის დროს თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობის გამოსაკვლევად მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) შარდში ცილის შემცველობა;
- ბ) შარდში გლუკოზის შემცველობა;
- გ) მიკროჰემატურია;
- დ) შარდში კრეატინინის ღონე;
- ე) სისხლში შარდოვანას ღონე;
- *ვ) სისხლში საერთო ქოლესტეროლის ღონე.

1788. ჰიპერტენზიის და ჰიპერგლიკემიის შერწყმა დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებისთვის, გარდა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი;
- *ბ) ათეროსკლეროზი;
- გ) პირველადი ჰიპერალღოსტერონიზმი;
- დ) კუშინგის სინდრომი;
- ე) ფეოქრომოციტოზი.

1789. ჰიპერტენზიის მიზეზის დასადგენად სპეციფიური ხასიათის გამოკვლევა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში კალიუმის იონების კონცენტრაციის განსაზღვრა;
- ბ) სისხლში კატექოლამინების კონცენტრაციის განსაზღვრა;
- გ) შარდში კორტიზოლის შემცველობის განსაზღვრა;
- დ) შარდში ალღოსტერონის შემცველობის განსაზღვრა;
- ე) სისხლში რენინის ღონის განსაზღვრა;
- *ვ) სისხლში მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის განსაზღვრა.

1790. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). თირკმლის არტერიის სტენოზის არსებობისას ყოველთვის აღინიშნება მკვეთრი ჰიპერრენინემია;2). თირკმლის არტერიის სტენოზის დროს ჰიპერრენინემია შეიძლება არ იყოს მკვეთრი, მაგრამ არასდროს არ არის 1 ნგ/მლ/სთ-ზე ნაკლები;3). თირკმლის არტერიის სტენოზის დროს კაპტოპრილის სინჯი ყოველთვის იწვევს მკვეთრ ჰიპერრენინემიას;4).

თირკმლის არტერიის სტენოზის დროს კაპილარების სინჯით გამოწვეული ჰიპერტენიონების დონით შეიძლება განისაზღვროს სტენოზი ცალმხრივია თუ ორმხრივი.

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

1791. ჰიპერტენიული ტიპის ჰიპერტონულ კრიზს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) გულის წუთმოცულობის გაზრდა;
- ბ) პერიფერიული რემისტენცობის დაქვეითება;
- *გ) მცირე პულსური წნევა;
- დ) ტაქიკარდია;
- ე) გულის ტონების გაძლიერება;
- ვ) წნევის ერთბაშად მკვეთრად მომატება.

1792. ჰიპოკინეტიკური ტიპის ჰიპერტონულ კრიზს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი. გარდა:

- ა) წნევის თანდათანობით მომატება;
- *ბ) მხოლოდ სისტოლური წნევის მომატება;
- გ) ბრადიკარდიისკენ მიდრეკილება (P არაუმეტეს 70);
- დ) გულის ტონების მოყრუება;
- ე) ცივი კიდურები;
- ვ) გულის ღარტყმითი მოცულობის შემცირება.

1793. ეუკინეტიკური ტიპის ჰიპერტონულ კრიზს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) გულის ნორმალური ღარტყმითი მოცულობა;
- ბ) პერიფერიული წინააღმდეგობის ზომიერად გაზრდა;
- გ) დიასტოლური წნევა მკვეთრად მომატება;
- *დ) ნორმალური სისტოლური წნევა;
- ე) ნორმოკარდიული პულსი.

1794. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა - ხანდამმულ ასაკში:

- ა) არტერიული ჰიპერტენიონის დიაგნოზის დასმა მართებულია, თუ არტერიული წნევა 140/89 მმ. ვწყ. სვ.-ზე მაღალია;
- ბ) ხშირად აღინიშნება სისტოლური წნევის იზოლირებულად მომატება;
- გ) ჰიპერტენიონის განვითარების ხშირ მიზეზს წარმოადგენს მსხვილი სისხლძარღვების კედლების ელასტიურობის დაქვეითება;
- *დ) ჰიპერტენიონის განვითარება არასდროს უკავშირდება ბარორეცეპტორების მგრძობელობის დაქვეითებას;
- ე) ჰიპერტენიონის მკურნალობას იწყებენ ანტიჰიპერტენიული პრეპარატების მცირე დოზებით, რათა მოხდეს წნევის თანდათანობით დაქვეითება.

1795. "ორსულთა ჰიპერტენიონის" დიაგნოზის დასმა მართებულია, თუ:1). ჰიპერტენიონის განვითარება აღინიშნება ორსულობის პირველ ნახევარში;2). ჰიპერტენიონის განვითარება აღინიშნება ორსულობის მეორე ნახევარში;3). არტერიული წნევა ორსულობის განვითარებამდე არსებულ წნევისთან შედარებით 30/15 მმ. ვწყ. სვ.-ით გაიზარდა;4). არტერიული წნევა აღემატება 140/ 90 მმ. ვწყ. სვ.-ს.

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

1796. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ორსულთა ჰიპერტენიონის მიზეზი "ორსულთა ნეფროპათიაა";
- ბ) ორსულთა ჰიპერტენიონის ფონზე პროტეინურიის და შეშუპების განვითარება პრეეკლამსიის მაუწყებელია;
- *გ) დაავადების პროგნოზის განსაზღვრისათვის, პროტეინურიის ხარისხის და გორგლოვანი ფილტრაციის მაჩვენებლებზე უფრო მნიშვნელოვანი, არტერიული ჰიპერტენიონის სიმძიმეა;
- დ) ორსულთა ჰიპერტენიონის დროს მაგულობს როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური წნევა;
- ე) ორსულთა ჰიპერტენიონის გამომწვევი, ორსულთა ნეფროპათიაა, ხშირად რთულდება თირკმლის მწვავე უკმარისობით.

1797. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). დიაბეტური ნეფროპათიის მორფოლოგიური საფუძველი ინტერკაპილარული გლომერულოსკლეროზია;2). დიაბეტური ნეფროპათიის ფონზე განვითარებული ჰიპერტენიონის პათოგენეზში წამყვანი ნაგრიუმის და წყლის შეკავება;3). დიაბეტური ნეფროპათიისას არ იცვლება ენდოგენური პრესორული აგენტების მიმართ თირკმლის სისხლძარღვით მგრძობელობა;4). დიაბეტური ნეფროპათია "კიმელსტალ-ვილსონის სინდრომის" სახელითაა ცნობილი.

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

1798. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ნებისმიერი სიმძიმის ჰიპერტენიონის შემთხვევაში საწყის ეტაპზე საჭიროა არამედიკამენტური მკურნალობის დაწყება;2). ჰიპერტენიონის არამედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს სუფრის მარილის მიღების შეზღუდვას დღე-ღამეში 2 გრ-მდე;3). ჰიპერტენიონის არამედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს სიგარეტის მოწყვეტას და ალკოჰოლის მიღების შემცირებას;4). ჰიპერტენიონის არამედიკამენტური მკურნალობა გულისხმობს ფიზიკურ ვარჯიშს და წონაში დაკლებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;

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

1799. ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის აუცილებლობას განსაზღვრავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) არტერიული სისტოლური და დიასტოლური ჰიპერტენზიის ხარისხი;
- ბ) ახლო ნათესავებში ჰიპერტენზიის ან ჰიპერტონული დაავადების გართულებების არსებობა
- გ) გილ-ის სხვა რისკ-ფაქტორების არსებობა;
- დ) კარდიალური, ცერებრული გართულებების ან ღიაბეგის არსებობა;
- *ე) ეკგ-იულად და ექოკარდიოგრაფიულად დადასტურებული მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის არსებობა;
- ვ) რენული დისფუნქცია.

1800. ჰიპერტენზიის მკურნალობა მიზნად უნდა ისახავდეს:1). არტერიული წნევის 140/90 მმ.ვწყ.სვ.-მდე და მეტად დაქვეითებას;2). არტერიული წნევის მოწესრიგებას მინიმალური გვერდითი ეფექტების გამოწვევით;3). ძირითადად, ღიასტოლური წნევის ნორმალიზებას;4). ძირითადად სისტოლური წნევის ნორმალიზებას.

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

1801. მსუბუქი ხარისხის ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის ყველაზე ეფექტურია:1). ბეტა-ბლოკატორები; 2). კალციუმის ანტაგონისტები; 3). დიურეტიკები; 4). ალფა-ბლოკატორები; 5). აგე-ინჰიბიტორები.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი თანაბრად ეფექტურია;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 1, 2;
- დ) სწორია 3, 4, 5.

1802. ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ შარდმდენები პირველი რიგის პრეპარატებია:1). ხანღმუხული პაციენტებისთვის; 2). ჭარბ წონიანი პაციენტებისთვის;3). შაქრიანი დიაბეტის ფონზე; 4). ახალგაზრდა პაციენტებისთვის.

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

1803. შარდმდენების გამოყენების შეღარებითი უკუჩვენებაა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღიაბეგი;
- ბ) პოლაგრა;
- *გ) რენული პათოლოგია (ნაგრიუმის შეკავებით);
- დ) ჰიპერლიპიდემია;
- ე) დეჰიდრატაციული მდგომარეობები.

1804. შარდმდენების (თიაზიდური და "მარყუქისა") გვერდითი ეფექტებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოკალემია;
- ბ) ჰიპომაგნემია;
- გ) ჰიპერურიკემია;
- დ) ინსულინისადმი რეზისტენტობის გაზრდა;
- *ე) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დონის გაზრდა.

1805. ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის საუკეთესო შარდმდენია (თუკი არ არის სპეციფიური უკუჩვენება):

- *ა) ჰიპოთიაზიდი;
- ბ) ლაზიქსი;
- გ) სპირონოლაქტონი;
- დ) ამილორიდი;
- ე) ეტაკრინის მქაფა.

1806. ლაზიქსის მოქმედების თავისებურებებია (რაც ზღუდავს მისი გამოყენების შესაძლებლობას):1). ელექტროლიტური დისბალანსი; 2). მკვეთრი ჰიპოვოლემია;3). ხანმოკლე მოქმედება.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1807. ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის ფუროსემიდი არჩევის პრეპარატია, როდესაც აღინიშნება:

- ა) პოლაგრა;
- ბ) შეგუბებითი მოვლენები დიდ წრეში;
- გ) ფეოქრომოციტომა;
- *დ) რენული დისფუნქცია;
- ე) შაქრიანი დიაბეტი.

1808. ძირითადად, გულის წუთმოცულობის შემცირების ხარჯზე ანტიჰიპერტენზიული მოქმედება ახასიათებს:

- ა) დიურეტიკებს;
- *ბ) ბეტა-ბლოკატორებს;
- გ) აგე-ინჰიბიტორებს;
- დ) კალციუმის ანტაგონისტებს;
- ე) ალფა-ბლოკატორებს.

1809. ვასკულური რემისგენგობის შემცირების ხარჯზე ანტიჰიპერტენზიული მოქმედება ყველაზე ნაკლებად ახასიათებს:

- ა) დიურეტიკებს;
- *ბ) ბეტა-ბლოკატორებს (მკურნალობის საწყის ეტაპზე);
- გ) ბეტა-ბლოკატორებს მკურნალობის მომდევნო ეტაპებზე;
- დ) კალციუმის ანტაგონისტებს;
- ე) აგე-ინჰიბიტორებს.

1810. "მარყუქის შარღმდენები":1). ორგანიზმის სითხისაგან განტვირთვის ხარჯზე იწვევენ გულის წუთმოცულობის შემცირებას;2). ორგანიზმის სითხისაგან განტვირთვის ხარჯზე იწვევენ ვაზოდილატაციას;3). უშუალოდ იწვევენ ვენოდილატაციას;4). უშუალოდ მოქმედებენ რენინ-ანგიოტენზინის სისტემაზე.

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

1811. შარღმდენების ანტიჰიპერტენზიული მოქმედება განსაკუთრებით ეფინდება:1). პლაზმის რენინის გამრდილი აქტივობის ფონზე;2). პლაზმის რენინის დაქვეითებული აქტივობის ფონზე;3). მწვევლებში; 4). არამწვევლებში.

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

1812. თიაზიდური შარღმდენების გვერდითი მოვლენებია:1). ჰიპოკალემია; 2). ჰიპერმაგნიემია; 3). გრიგლიცერილების დონის გამრდა;4). მეტაბოლური ღარღვევები.

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

1813. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- *ა) თიაზიდური და მარყუქზე მოქმედი შარღმდენები ნებისმიერი დოზით გამოყენებისას იწვევენ ჰიპოკალემიას;
- ბ) თიაზიდური და მარყუქზე მოქმედი შარღმდენებით გამოწვეული ჰიპოკალემიის კორეგირება შესაძლებელია კალიუმის პრეპარატების გამოყენებით;
- გ) ჰიპოკალემია ქმნის ფონს არიტმიების განვითარებისათვის;
- დ) ჰიპოკალემია ქმნის ფონს თირკმლების დისფუნქციის განვითარებისათვის;
- ე) თიაზიდური და მარყუქზე მოქმედი შარღმდენების გვერდითი მოვლენების კორეგირება შესაძლებელია მათი კალიუმის დამზოგველ შარღმდენთან კომბინირებით.

1814. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი: თიაზიდური და "მარყუქის" შარღმდენები:1). ზრდიან შრატში შარღმქავას შემცველობას;2). ზრდიან სისხლში გლუკოზის შემცველობას;3). ამცირებენ სისხლში გრიგლიცერილების შემცველობას;4). ზრდიან სისხლში საერთო ქოლესტეროლის შემცველობას.

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

1815. მარყუქის ან "თიაზიდურ" შარღმდენებთან კალიუმის დამზოგველი შარღმდენების კომბინირებისას უპირატესობა ენიჭება:1). ამილორიდს; 2). ტრიაამტერენს; 3). სპირონოლაქტონს.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3.

1816. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ბეტა-ბლოკატორების ჰიპოტენზიური მოქმედების მექანიზმი საბოლოოდ არ არის გარკვეული;
- ბ) ბეტა-ბლოკატორები განსაკუთრებით ეფექტურია სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივების ფონზე და ახალგამრდა ასაკში განვითარებული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ;
- გ) ბეტა-ბლოკატორები ეფექტური ანტიჰიპერტენზიული საშუალებებია გულის იშემიური დაავადებისა და ჰიპერტენზიის შერწყმისას;
- დ) განარჩევენ კარდიოსელექტურ და არასელექტურ ბეტა-ბლოკატორებს;

ე) კარდოსელექტიური ბეგაბლოკატორები კარდოსელექტიური მოქმედების უნარს ინარჩუნებენ ნებისმიერი ღომით მკურნალობისას;

1817. კარდოსელექტიური ბეგა-ბლოკატორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ათენოლოლი;
- ბ) აცებუგოლოლი;
- გ) მეგოპროლოლი;
- *დ) პროპრანოლოლი;
- ე) ბისოპროლოლი.

1818. შინაგანი სიმპათომიმეტიკური აქტივობა ახასიათებს:

- ა) ათენოლოლს;
- ბ) მეგოპროლოლს;
- გ) ნადოლოლს;
- დ) პროპრანოლოლს;
- *ე) პინდოლოლს.

1819. ცხიმში ხსნადი ბეგა-ბლოკატორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ათენოლოლი;
- ბ) მეგოპროლოლი;
- გ) თალინოლოლი;
- დ) პინდოლოლი;
- ე) პროპრანოლოლი.

1820. ბეგა-ბლოკატორები:1). ამცირებენ გულისცემის სიხშირეს; 2). ამცირებენ გულის სისტოლურ მოცულობას;3). არ მოქმედებენ იუქსტა-გლომერულური უჯრედებიდან რენინის გამონთავისუფლებაზე;4). ხანგრძლივად გამოყენებისას, იწვევენ სისტემური სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის შემცირებას.

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

1821. ბეგა-ბლოკატორები:1). აბლოკირებენ იუქსტაგლომერული უჯრედებიდან რენინის გამონთავისუფლებას;2). წლების განმავლობაში ხანგრძლივად გამოყენებისას იწვევენ სისტემური სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის გაზრდას;3). ააღვილებენ ნეირონებიდან ნორადრენალინის გამონთავისუფლებას.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 2;
- ე) სწორია 3.

1822. ბეგა-ბლოკატორების ცხიმში ხსნადობაზე დამოკიდებულია:1). მათი მეტაბოლიზმის ხარისხი; 2). მათი ინაქტივაციის სისწრაფე;3). ცნს-ის მხრივ გვერდითი მოვლენები; 4).ანგიარიტმიული მოქმედება.

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

1823. ცხიმში ხსნადი ბეგა-ბლოკატორები:1). ხასიათდებიან ხანმოკლე მოქმედებით;2). სწრაფად ინაქტივდებიან ღვიძლში; 3). გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს;4). პერორალურად მიღებისას უფრო ეფექტურნი არიან, ვიდრე ინტრავენურად შეყვანისას.

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

1824. ბეგა-ბლოკატორების გვერდითი მოვლენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ბრონქოსპაზმი;
- ბ) ბრადიკარდია;
- გ) გულის წუთმოცულობის შემცირება;
- დ) ატრიო-ვენტრიკულური გამტარებლობის შეფერხება;
- ე) რეინოს ფენომენი;
- *ვ) გლაუკომის გაღრმავება.

1825. ბეგა-ბლოკატორები იწვევენ:1). პლაზმაში ტრიგლიცერიდების შემცველობის გაზრდას;2). პლაზმაში მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის გაზრდას;3). გლუკონეოგენეზის ინჰიბირებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1826. აგე ინჰიბიტორები:

- ა) ზრდიან მიოკარდიუმის ინფარქტის ზომას;
- ბ) ამცირებენ პროსტაგლანდინების სინთეზს;
- გ) ზრდიან პარკუჭოვანი არიტმიების განვითარების რისკს;
- *დ) ამცირებენ პრე- და პოსტლაგვირთვებს;
- ე) ზრდიან მარცხენა პარკუჭის მასას.

1827. აგე ინჰიბიტორების გვერდითი ეფექტები:1). ხველა; 2). გულის უკმარისობა;3). პოსტინფარქტულ პაციენტებში სისტოლური დისფუნქციის გამოწვევა;4). თირკმლის უკმარისობის გაღრმავება.

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

1828. ლიპიდურ ცვლაზე ნაკლებად მოქმედებენ შემდეგი ტიპის ბეტა-ბლოკატორები:1). არასელექტიური; 2). სელექტიური;3). შინაგანი სიმპათომიმეტიკური აქტივობის.

- ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- *გ) სწორია 2, 3.

1829. აგე - ინჰიბიტორების ანტიჰიპერტენზიული მოქმედება ემყარება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) რენინ - ანგიოტენზინ - ალგოსტერონის სისტემის ინჰიბირებას;
- ბ) ბრალიკინინის ინჰიბიტორების ინჰიბირებას;
- გ) პროსტაგლანდინების სინთეზის სტიმულაციას;
- დ) სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივობის შემცირებას;
- *ე) პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივობის გაზრდას.

1830. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა - აგე-ინჰიბიტორები:

- ა) განსაკუთრებით ეფექტურნი არიან ჰიპერტენზიული მიმდინარე ჰიპერტენზიების სამკურნალოდ;
- ბ) განსაკუთრებით ეფექტურნი არიან ვაზორენული და რენოპარენქიმული ჰიპერტენზიების სამკურნალოდ;
- გ) პირველი რიგის პრეპარატებია ინსულინ დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის და ჰიპერტენზიის შერწყმისას;
- დ) ეფექტურნი არიან ჰიპერტენზიის და გულის უკმარისობის შერწყმისას;
- *ე) განსაკუთრებით ეფექტურნი არიან თირკმლის არტერიების ბილატერალური სტენოზის ფონზე განვითარებული ჰიპერტენზიის თერაპიისთვის.

1831. აგე - ინჰიბიტორების ანტიჰიპერტენზიულ ეფექტს ყველაზე მეტად ამცირებენ:

- ა) შარღმდენები;
- ბ) ფენობარბიტალი;
- *გ) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- დ) ტეგრეტოლი (კარბამაზეპინი);
- ე) ფენიტოილი.

1832. აგე - ინჰიბიტორების შესაძლო გვერდითი მოვლენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ხველა;
- ბ) თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება;
- გ) კანზე გამონაყარი;
- დ) პროტინურია;
- *ე) მკვეთრი ბრადიკარდია.

1833. დიაბეტური ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის, შარღმდენებსა და ბეტა-ბლოკატორებთან შედარებით აგე-ინჰიბიტორების უპირატესობა მდგომარეობს შემდეგში - აგე-ინჰიბიტორები:1). ეწინააღმდეგებიან გლომერულოსკლეროზის განვითარებას;2). არ მოქმედებენ ნახშირწყლოვან ცვლაზე; 3. ასტიმულირებენ ინსულინის სინთეზს.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

1834. ჰიპერტენზიის მკურნალობისას კალციუმის ანტაგონისტების გამოყენება საფრთხილოა, თუ ჰიპერტენზია:

- ა) აღნიშნება ხანშიშესულ პაციენტებს;
- ბ) შერწყმულია რეინოს სინდრომთან;
- გ) შერწყმულია სუპრავენტრიკულურ არიტმიებთან;
- დ) შერწყმულია სტენოკარდიასთან;
- *ე) გართულებულია გულის უკმარისობით.

1835. კალციუმის ანტაგონისტებით ანტიჰიპერტენზიულ თერაპიასთან მიმართებაში მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ნიფედინი ეფექტური საშუალებაა ჰიპერტონული კრიზისის მკურნალობისთვის;

- ბ) კალციუმის ანტაგონისტებით მკურნალობის ფონზე იშვიათად ვითარდება სექსუალური დისფუნქცია;
- გ) კალციუმის ანტაგონისტები უსაფრთხოდ გამოიყენებიან ლიურეტიკებთან და აგე - ინჰიბიტორებთან კომბინაციაში;
- *დ) კალციუმის ანტაგონისტების გამოყენება საფრთხილია თირკმლის პათოლოგიების დროს.

1836. კალციუმის ანტაგონისტების შესახებ ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმულირებებიდან მართებულია:

- ა) ნიფედინი წინაგულეების ფიბრილაციის და სხვა სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიების საუკეთესო სამკურნალო საშუალებაა;
- ბ) დილთიაზემი არჩევის პრეპარატია ჰიპერტონული კრიზის თერაპიისთვის;
- გ) ვერაპამილი საუკეთესო საშუალებაა ბრადიკარდიასთან და ატრიოვენტრიკულურ ბლოკადასთან შერწყმული ჰიპერტენზიების თერაპიისთვის.
- *დ) ნიფედინი, ერთადერთი კალციუმის ანტაგონისტია, რომელიც ჰიპერტენზიის თერაპიისთვის უსაფრთხოდ გამოიყენება ბეგა - ბლოკატორებთან კომბინაციაში.

1837. კალციუმის ანტაგონისტებიდან უარყოფითი ინოტროპული ეფექტი ყველაზე ნაკლებად აქვს გამოხატული:

- ა) ნიფედინს;
- ბ) ვერაპამილს;
- გ) დილთიაზემს;
- *დ) ფელოდინს.

1838. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) კალციუმის ანტაგონისტები იწვევენ პერიფერიულ ვაზოდილაციას;
- ბ) დიჰიდროპირიდინის ტიპის კალციუმის ანტაგონისტები იწვევენ რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის გააქტივებას;
- გ) დიჰიდროპირიდინის ტიპის კალციუმის ანტაგონისტებმა შეიძლება გამოიწვიონ რეფლექსური ტაქიკარდია;
- *დ) კალციუმის ანტაგონისტები მოქმედებენ ნახშირწყლებისა და ცხიმების მეტაბოლიზმზე;
- ე) კალციუმის ანტაგონისტების შესაძლო გვერდითი მოვლენებია თავის ტკივილი, პერიფერიული შეშუპება, ყაბზობა.

1839. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ალფა-ბლოკატორები არ მოქმედებენ ნახშირწყლოვან ცელაზე, რის გამოც წარმატებით გამოიყენებიან შაქრიანი დიაბეტის ფონზე განვითარებული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ;
- ბ) ალფა-ბლოკატორებისთვის დამახასიათებელია პოსტლიურემული ჰიპოტენზია და სინკოპე;
- გ) ალფა-ბლოკატორები ეფექტურნი არიან პროსტატის ადენომის თერაპიისთვის;
- *დ) ალფა-ბლოკატორები მოქმედებენ ცხიმოვან ცელაზე, რის გამოც არ გამოიყენებიან ჰიპერლიპიდემიის ფონზე განვითარებული ჰიპერტენზიების სამკურნალოდ.

1840. ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორები:1). თავის ტვინის ვაზომოტორული ცენტრების პრესინაფსური ალფა - 2 - რეცეპტორების აგონისტებია;2). თავის ტვინის ვაზომოტორული ცენტრების პრესინაფსური ალფა - 2 რეცეპტორების ბლოკატორებია;3). იწვევენ ეფერენტული სიმპათიკური აქტივობის გაზრდას;4). იწვევენ ეფერენტული სიმპათიკური აქტივობის დაქვეითებას.

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

1841. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორების ჰიპოტენზიური მოქმედება განპირობებულია პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირებით;
- ბ) ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორებისათვის არ არის დამახასიათებელი პოსტლიურემული რეაქციები;
- *გ) ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორები ძირითადად გამოიყენებიან მონოთერაპიის სახით;
- დ) ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორების შესაძლო გვერდითი მოვლენებია პირის სიმშრალე, თავბრუსხვევა, აზროვნების სისწრაფის დაქვეითება;
- ე) ცენტრალური ადრენერგული ინჰიბიტორებისათვის დამახასიათებელია „მოხსნის“ ფენომენი.

1842. ალფა-ბლოკატორებს მიეკუთვნებიან:1). პრაზომინი; 2). ტერაზომინი; 3). ჰიდრალიზინი; 4). გუანეთიდინი;

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

1843. ცენტრალურ ადრენერგულ ინჰიბიტორებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მეთილდოფა;
- ბ) კლონიდინი;
- გ) გუანფინი;
- დ) გუანაბენზი;
- *ე) გუანეთიდინი.

1844. პერიფერიულად მოქმედი ადრენერგული ინჰიბიტორებია:1). გუანეთიდინი; 2). გუანადრელი; 3). მინოქსილიდი;4). ჰიდრალიზინი.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4;

ე) სწორია 1, 2, 4.

1845. არგერიებსა დ ვენულებში არსებული ალფა - 1 ადრენერგული რეცეპტორების ბლოკატორია:

- ა) პინდოლოლი;
- *ბ) პრაზოზინი;
- გ) მინოქსიდილი;
- დ) ჰიდრალიზინი;
- ე) კლონიდინი.

1846. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ლაბეტალოლს აღენიშნება ერთდროულად ალფა- და ბეტა-ბლოკატორული ეფექტები;
- ბ) ლაბეტალოლის ჰიპოტენზიური მოქმედება ძირითადად განპირობებულია პერიფერიული რემისცენგობის დაქვეითებით;
- *გ) ლაბეტალოლი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სისხლში რენინის შემცველობაზე;
- დ) ლაბეტალოლი უმნიშვნელოდ მოქმედებს გულისცემის სიხშირეზე;
- ე) ლაბეტალოლის გვერდითი მოვლენები მსგავსია ალფა- და ბეტა-ბლოკატორების გვერდითი მოვლენებისა.

1847. პროპრანოლოლისაგან განსხვავებით ლაბეტალოლს:

- ა) ახასიათებს სელექტიური ბეტა-ბლოკატორული მოქმედება;
- ბ) ახასიათებს ცხიმში ხსნალობა;
- *გ) არ ახასიათებს ლიპიდურ ცვლაზე არასასურველი ზემოქმედება;
- დ) არ იწვევს ბრონქოსპაზმის პროვოცირება;
- ე) არ ახასიათებს რენინის ფენოქსის პროვოცირება.

1848. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:

- ა) ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ გამოყენებული ე.წ. პირდაპირი ვაზოდილატატორები (მაგ., ჰიდრალაზინი, მინოქსიდილი) უპირატესად არტერიოლილატატორები არიან;
- ბ) პირდაპირი ვაზოდილატატორების ჰიპოტენზიური ეფექტი ემყარება პერიფერიული რემისცენგობის შემცირებას;
- გ) პირდაპირი ვაზოდილატატორები იწვევენ სიმპათიკური აქტივობის გაზრდას, რაც ამცირებს მათ ჰიპოტენზიურ ეფექტს;
- *დ) პირდაპირი ვაზოდილატატორები იწვევს პლამმის რენინის აქტივობის დაქვეითებას, რაც აძლიერებს მათ ჰიპოტენზიურ ეფექტს;
- ე) ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ პირდაპირი ვაზოდილატატორები ძირითადად გამოიყენებიან სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში.

1849. სასურველია პირდაპირი ვაზოდილატატორების ბეტა-ბლოკატორებთან კომბინაცია, რათა თავიდან ავიცილოთ:1). გულის ადრენერგული სტიმულაციის შედეგები;2). გულის პარასიმპათიკური სტიმულაციის შედეგები;3). თირკმლის ადრენერგული სტიმულაციის შედეგები; 4). ჰიპერვოლემია.

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

1850. ნიფედიპინის აგე - ინჰიბიტორებთან კომბინირებისას ანგიოპერტენზიული ეფექტის გაძლიერება ემყარება:1). რენინ - ანგიოტენზინის სისტემის ბლოკირებას;2). პერიფერიული რემისცენგობის დაქვეითებას;3). პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივება.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

1851. აგე - ინჰიბიტორების და ბეტა - ბლოკატორების კომბინირება საფრთხილოა, რადგან ორივე ჯგუფის პრეპარატები:

- ა) იწვევენ ორგანიზმში ნაგრიუმის იონების და სითხის შეკავებას;
- ბ) ხასიათდებიან ანგიარიტმიული მოქმედებით;
- *გ) ხასიათდებიან რენინ-საწინააღმდეგო მოქმედებით;
- დ) იწვევენ მკვეთრ ბრადიკარდიას;
- ე) მოქმედებენ ლიპიდურ ცვლაზე.

1852. მკვეთრი ჰიპოტენზიის განვითარების საშიშროების გამო საფრთხილოა ალფა - ადრენერგული ბლოკატორების კომბინირება:1). ბეტა-ბლოკატორებთან; 2). შარღმდენებთან;3). კალციუმის ანტაგონისტებთან.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1;
- *გ) სწორია 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1853. ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ ჰიდრალიზინის გამოყენება შეზღუდულია, რადგან მან შესაძლოა გამოიწვიოს:

- ა) პოლაგრის გამწვავება;
- ბ) მკვეთრი ბრადიკარდია;
- *გ) წითელი მგლურას სინდრომი;
- დ) რენინის სინდრომი;
- ე) ყაბზობა.

1854. ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის მინოქსიდილის გამოყენება შეზღუდულია, რადგან მან შესაძლოა გამოიწვიოს:

- ა) პოლაგრის გამწვავება;
- ბ) მკვეთრი ჰიპერგლიკემია;
- გ) ჰიპოვოლემია;
- დ) წითელი მგლურას სინდრომი;
- *ე) ჰირსუტიზმი.

1855. ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის მიზანშეწონილია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატის კომბინირება, გარდა:

- ა) შარდმდენი + ბეტა-ბლოკატორი;
- ბ) შარდმდენი + აგე-ინჰიბიტორი;
- გ) შარდმდენი + ალფა-ბლოკატორი;
- დ) აგე-ინჰიბიტორი + კალციუმის ანტაგონისტი;
- *ე) ბეტა-ბლოკატორი + დილთიაზემი.

1856. გუანეთიდინის და მინოქსიდილის კომბინაცია საფრთხილოა, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) მკვეთრი ბრადიკარდია;
- ბ) მკვეთრი ტაქიკარდია;
- გ) ჰიპერვოლემია;
- *დ) ძლიერი ორთოტოგაციური ჰიპოტენზია;
- ე) მკვეთრი ჰიპერლიპიდემია.

1857. ინსულინ დამოკიდებული დიაბეტის ფონზე ჰიპერტენზიის მკურნალობისთვის საფრთხილოა შემდეგი პრეპარატის დანიშვნა:

- ა) ჰიდრალიზინი;
- ბ) პრაზოზინი (მინიპრესი);
- გ) გუანეთიდინი (ისმელინი);
- *დ) პროპრანოლოლი (ინდერალი);
- ე) მეთილდოფა (ალდომეტი).

1858. ინდომეტაცინი ამცირებს ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების მოქმედების ეფექტს, რადგან:

- ა) იწვევს ჰიპერვოლემიას;
- ბ) ააქტიურებს კალიკრეინ - კინინების სისტემას;
- *გ) თრგუნავს პროსტაგლანდინების სინთეზს;
- დ) ზრდის რენინის პროდუქციას;
- ე) იწვევს ტაქისისტოლიას.

1859. ჰიპერტონული კრიზისის თერაპიისთვის მარტივი და სტანდარტული საშუალებაა - სუბლინგვალურად:

- ა) ნიტროგლიცერინის გამოყენება;
- *ბ) ნიფედისინის გამოყენება;
- გ) ფუროსემიდის გამოყენება;
- დ) ვერაპამილის გამოყენება;
- ე) ლაბეტალოლის გამოყენება.

1860. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელი არ გამოიყენება სიცოცხლისათვის საშიში ჰიპერტონული კრიზისის თერაპიისთვის?

- ა) ფუროსემიდი;
- ბ) ენალაპრილი;
- გ) ნიფედისინი;
- დ) ლაბეტალოლი;
- *ე) პინდოლოლი.

1861. ჰიპერტონული კრიზისის მკურნალობისთვის ნაგრიუმის ნიტროპრუსიდის გამოყენება საფრთხილოა, რადგან:1). იწვევს მკვეთრ ჰიპოტენზიას; 2). ახასიათებს "მოსხნის სინდრომი";3). იწვევს მკვეთრ ჰიპოვოლემიას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1862. ჰიპოტენზიური მკურნალობის დასაწყისში სისხლში კრეატინინის შემცველობის მონიტორინგის მიზანშეწონილია (აღინიშნება თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას):

- ა) აუცილებლად მიუთითებს თირკმლის პარენქიმის შემდგომ დაზიანებაზე;
- ბ) აუცილებლად მოითხოვს მოცემული პრეპარატით მკურნალობის შეწყვეტას;
- *გ) ნორმალიზდება წნევის მოწესრიგებისთანავე;
- დ) აგე-ინჰიბიტორების შემთხვევაში არ საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებას.

1863. დიაბეტური ნეფროპათიის ფონზე ჰიპერტენზიის განვითარებისას აგე-ინჰიბიტორების გამოყენება იწვევს:1). ჰიპოლიპიდემიას და ჰიპოგლიკემიას;2). თირკმლების სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის დაქვეითებას;3). თირკმლის პერფუზიული წნევის დაქვეითებას.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- *დ) სწორია 2, 3.

1864. ორსულობის ფონზე ჰიპოტენზიური მკურნალობისთვის კატეგორიულად უკუნაჩვენებია:1). ნიგროპრუსიდი; 2). აგე - ინჰიბიტორები; 3). მეთილდოფა.
*ა) სწორია 1, 2;
ბ) სწორია 1, 3;
გ) სწორია 2, 3.

1865. ორსულობის ფონზე ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობისთვის არჩევის პრეპარატია:
*ა) მეთილდოფა;
ბ) აპრესინი;
გ) ფუროსემიდი;
დ) ანაპრილინი;
ე) ლაბეტალოლი.

1866. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ქრონიკული ჰიპოტენზია გულისხმობს სისტოლური წნევის მერყეობას 90 - 110 მმ ვწყ. სვ.-ის ფარგლებში;2). ქრონიკული ჰიპოტენზიით შეპყრობილი პირები შესაძლებელია პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყვნენ;3). ქრონიკული ჰიპოტენზია ყოველთვის საჭიროებს მკურნალობას;4). ქრონიკული ჰიპოტენზიით შეპყრობილი პირების სიცოცხლის ხანგრძლივობა ხშირად აღემატება "ნორმალური" არტერიული წნევის მატარებელი პირების სიცოცხლის ხანგრძლივობას.
*ა) სწორია 1, 2, 4;
ბ) სწორია 1, 3, 4;
გ) სწორია 1, 2;
დ) სწორია 1, 3.

1867. ჭეშმარიტი ქრონიკული ჰიპოტენზიით შეპყრობილ ავადმყოფებს შეიძლება აღენიშნოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ჩივილი, გარდა:
ა) მოღუწება;
ბ) აღვილად დაღლა;
გ) თავბრუსხვევა;
დ) გონების დაკარგვა;
*ე) ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში.

1868. ქრონიკული ჰიპოტენზიის ძირითადი მიზეზებია:1). გულის დარღვევითი მოცულობის მნიშვნელოვნად შემცირება;2). გლუკოკორტიკოიდების სინთეზის დაქვეითება;3). მინერალოკორტიკოიდების სინთეზის დაქვეითება.
*ა) ყველა პასუხი სწორია;
ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 1, 3;
დ) სწორია 2, 3.

1869. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა:
ა) ჰიპოტენზია განსაკუთრებით მკვეთრად ვლინდება თირკმელზედა ჯირკვალის ქერქის პირველადი უკმარისობის ფონზე;
ბ) ჰიპოტენზია ნაკლებად მკვეთრად გამოხატულია ჰიპოფიზის ჰიპოფუნქციის დროს;
გ) არასრულყოფილი კვება, ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი ჰიპოტენზიის ხელშემწყობი ფაქტორებია;
*დ) ჰიპოტენზია არასდროს ვითარდება თირკმლის პათოლოგიის ფონზე.

1870. ორთოსტატიული ჰიპოტენზია:1). სხეულის მდებარეობის მკვეთრად შეცვლის ფონზე არტერიული წნევის დაქვეითებაა;2). გამოიხატება სისტოლური წნევის საწყის მაჩვენებლებთან შედარებით 10 -20 მმ ვწყ. სვ.-ით და მეტად დაქვეითებით;3). ყოველთვის ვითარდება ჰიპოტენზიური პრეპარატების მიღების ფონზე.
ა) სწორია ყველა პასუხი;
*ბ) სწორია 1, 2;
გ) სწორია 1, 3;
დ) სწორია 2, 3.

1871. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, სწორია:1). იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზია და პირველადი ვეგეტატიური უკმარისობა იდენტური ცნებებია;2). იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზია ძირითადად ხანშიშესულ მამაკაცებში ვითარდება;3). იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზია ვითარდება მხოლოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის დეგენერაციის ფონზე;4). იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზია ვითარდება პერიფერიული ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დეგენერაციის ფონზეც.
ა) სწორია 1, 2, 3;
*ბ) სწორია 1, 2, 4;
გ) სწორია 1, 3;
დ) სწორია 2, 4.

1872. მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცება, გარდა: იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის:
ა) განვითარებისას აღინიშნება მკვეთრი ჰიპოტენზია;
ბ) განვითარებისას ხშირად აღინიშნება გონების დაკარგვა და კრუნჩხვები;
გ) კლინიკა თანდათან განიცდის პროგრესირებას;
*დ) განვითარებისას არასდროს აღინიშნება ჰიპერტენზიის ეპიზოდები (არც წოლის, არც ფეხზე დგომისას).

1873. იდიოპათიურ ორთოსტატიულ ჰიპოტენზიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:
ა) ოფლის გამოყოფის შემცირება;

- ბ) თმის ცვენა;
- გ) საცრემლე და სახერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის დაქვეითება;
- დ) ნაწლავების და შარდის ბუშტის ატონია;
- *ე) ვერტიკალურ მდგომარეობაში ჰიპოტენზიის საპასუხოდ ტაქიკარდიის განვითარება.

1874. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი, გარდა: შია-დრეიჯერის სინდრომი:

- ა) ეწოდება იდიოპათიური ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის და ნერვული სისტემის პათოლოგიის შეუღლებას;
- *ბ) ვლინდება როგორც ცნს-ის, ასევე პერიფერიული სიმპათიკური ნერვული სისტემის პათოლოგიებით;
- გ) შეიძლება გამოვლინდეს ექსტრაპირამიდული გემების, ბაზალური განგლიების და ცლომილი ნერვის უკანა ბირთვის დეგენერაციული ცვლილებებით;
- დ) ხასიათდება გაღიზიანების საპასუხოდ პერიფერიული ნერვული სისტემის არააღქვავადი აქტივობით.

1875. მართებულია შემდეგი მტკიცებანი:1). ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის ნევროლოგიური მიზეზების სპეციფიკური მკურნალობის მეთოდები არ არსებობს;2). ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის თერაპიისთვის ეფექტურია სიმპათომიმეტიკური პრეპარატების გამოყენება;3). ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის მკურნალობისას გარკვეულ დადებით შედეგს იძლევა ქვედა კიდურების ელასტიური ბინტებით შეხვევა.

- ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

1876. ორთოსტატიული ჰიპოტენზიის მკურნალობისას მნიშვნელოვანია უჯრედგარეთა სითხის მოცულობის გაზრდა, რაც შესაძლებელია მიღწეულ იქნას:1). მარილის შემნახველი სინთეზური სტეროიდების გამოყენებით (მაგ. 9 - ალფა - ფლუოროვიდროკორტიზონი);2). დიდი რაოდენობის სუფრის მარილის შემცველი დიეტის დანიშვნით;3). ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლით.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

აორგის დაავადებები და პერიფერიული ვასკულარული პათოლოგია

1877. აორგის დაავადებების განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) სიფილისი;
- *ბ) არტერიოსკლეროზი;
- გ) ინფექციები;
- დ) ტრავმები;
- ე) შუა გარსის ნეკროზი.

1878. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აორგის "ჭეშმარიტი" ანევრიზმა ეწოდება აორგის სანათურის პათოლოგიურ გაფართოებას, რომლის ძირითადი მიზეზი - შუა გარსის ელასტიური ბოჭკოების ლესტრუქცია და ღარჩენილი ფიბროზული ქსოვილის გაჭიმვაა;
- ბ) აორგის "ცრუ" ანევრიზმა, ჩვეულებრივ, ტრავმის შედეგად, შეგნითა ან შუა გარსის გაგლეჯის გამო ვითარდება;
- *გ) ანევრიზმის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზი სიფილისია;
- დ) ყველაზე ხშირად გვხვდება ე.წ. თითისტარისებრი ანევრიზმა, რომელიც ხასიათდება აორგის რომელიმე სეგმენტის დიფუზური გაფართოებით;
- ე) გომრისებური ანევრიზმა წარმოადგენს აორგის გარშემოწერილობის რომელიმე ერთი ნაწილის გაფართოებას.

1879. ყველაზე ხშირად ვითარდება:

- ა) აორგის რკალის ანევრიზმა;
- ბ) აღმავალი აორგის ანევრიზმა;
- გ) დაღმავალი აორგის ანევრიზმა;
- დ) თეძოს არტერიების ბიფურკაციის ანევრიზმა;
- *ე) მუცლის აორგის ანევრიზმა.

1880. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მუცლის აორგის ანევრიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მუცლის აორგის ანევრიზმა ვითარდება აორტიდან თირკმლის არტერიების გამოსავლის ადგილის დისტალურად;
- ბ) მუცლის აორგის ანევრიზმის განვითარების ძირითადი მიზეზი არტერიოსკლეროზია;
- *გ) მუცლის აორგის ანევრიზმა ყველაზე ხშირად 50-60 წლის ქალებში ვითარდება;
- დ) დაავადების აღმოცენების სისხირე მაღალია თამბაქოს მწვევლებში;
- ე) საწყის სტადიებზე დაავადება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს.

1881. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მუცლის აორგის ანევრიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების პროგნოზი განისაზღვრება ანევრიზმის ზომით და თანდასრული კორონარული ათეროსკლეროზის არსებობით;
- ბ) ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებაა 4-6 სმ ზომის უსიმპტომოდ მიმდინარე ანევრიზმა, რომელიც არ არის ასოცირებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოხატულ პათოლოგიასთან;
- გ) 6 სმ ზომის (დიდი) და აგრეთვე, სიმპტომური, პროგრესირებადი ანევრიზმა საჭიროებს გადაუდებელ ქირურგიულ მკურნალობას;
- დ) ანევრიზმის გაგლეჯა ვლინდება შოკის განვითარებით და მუცლის და წელის მიდამოში ძლიერი ტკივილით;
- *ე) ანევრიზმის გაგლეჯის შემდეგ ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება შეუძლებელია და დაავადება ყოველთვის ლეტალურად მთავრდება.

1882. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაღმავალი აორგის ანევიზმმა, ჩვეულებრივ, ვითარდება მარცხენა ლავიწქევეშა არტერიის გამოსავლის დისტალურად;
- ბ) არტერიოსკლეროზის შედეგად განვითარებულ დაღმავალი აორგის ანევიზმებს, ჩვეულებრივ თითისტარისებური ფორმა აქვთ;
- გ) სიფილისური ან მუკომური ანევიზმები გომრისებური ტიპის ანევიზმებს მიეკუთვნებიან და თითისტარისებურ ანევიზმებთან შედარებით გაგლეჯისაკენ უფრო მიდრეკილნი არიან;
- *დ) დაღმავალი აორგის ანევიზმმა არასდროს ვითარდება მუცლის აორგის ანევიზმისათან ერთად;
- ე) დაღმავალი აორგის ანევიზმმა ჩვეულებრივ პირველად გულ-მკერდის რენგენოგრაფიის დროს ვლინდება.

1883. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან დაღმავალი აორგის ანევიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების დიაგნოსტიკისთვის ინფორმატიულია კომპიუტერული ტომოგრაფია და აორტოგრაფია;
- ბ) ქირურგიული ჩარევის უფექტურობა მცირდება თანდაართული კარდიალური ან პულმონური პათოლოგიის არსებობისას;
- გ) ქირურგიული ჩარევის რისკი იზრდება თანდაართული კარდიალური ან პულმონური პათოლოგიის არსებობისას;
- დ) ცრუ ანევიზმმა შეიძლება ჩამოყალიბდეს ტრავმის შედეგად აორგის გაგლეჯის შემდეგ;
- *ე) აორგის გაგლეჯის და ცრუ ანევიზმის ჩამოყალიბებისას საშუალო არტერიული წნევა ქვემო კიდურებზე ზედა კიდურებთან შედარებით 2-ჯერ მაღალია.

1884. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან აღმავალი აორგის ანევიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზი კისტური მედიალური ნეკროზია;
- ბ) წარსულში დაავადების განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზი სიფილისი იყო;
- *გ) კისტური მედიალური ნეკროზის შედეგად განვითარებული ანევიზმმა, სიფილისურისგან განსხვავებით, არ იწვევს აორტული რეგურგიტაციის და მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობის განვითარებას;
- დ) დაავადების ყველაზე ხშირი სიმპტომი მკერდის არეში ტკივილია;
- ე) უსიმპტომო ანევიზმის შემთხვევაში, ქირურგიული ჩარევის მიზანშეწონილობას განსაზღვრავს ანევიზმის ზომა, აორტული რეგურგიტაციის ხარისხი და თანდაართული კარდიალური პათოლოგიის არსებობა.

1885. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) აორგის რკალის ანევიზმმა აორგის სხვა ნაწილების ანევიზმებთან შედარებით, ყველაზე ხშირად ვითარდება;
- ბ) აორგის რკალის ანევიზმმა აორგის სხვა ნაწილების ანევიზმებთან შედარებით ხასიათდება მრავალრიცხოვანი სიმპტომების განვითარებით (დისფაგია, მშრალი ხველა, ხმის დაბობება, ქოშინი, ტკივილი);
- გ) არტერიოსკლეროზი იწვევს აორგის რკალის თითისტარისებური ანევიზმის განვითარებას, სიფილისი კი - გომრისებურის;
- დ) არტერიული ჰიპერტენზია ზრდის ნებისმიერი ლოკალიზაციის აორგის ანევიზმის გაგლეჯის რისკს;
- ე) აორგის ანევიზმისათან თანდაართული არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკატორების გამოყენება.

1886. სიფილისი ყველაზე ხშირად იწვევს შემდეგი ლოკალიზაციის აორგის ანევიზმის გაგლეჯას:

- *ა) ასწვრივი აორტა;
- ბ) აორგის რკალი;
- გ) დასწვრივი აორტა;
- დ) მუცლის აორტა;
- ე) თეძოს არტერიების ბიფურკაცია.

1887. აორგის განმშრევებელი ანევიზმის განვითარების ყველაზე გავრცელებული რისკ-ფაქტორია:

- ა) არტერიოსკლეროზი;
- ბ) აორგის კოარქტაცია;
- გ) ორაფრიანი აორგის სარქველი;
- *დ) არტერიული ჰიპერტენზია;
- ე) კისტური მედიალური ნეკროზი.

1888. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აორგის განმშრევებელი ანევიზმმა აორგის ყველაზე ხშირი და საშიში პათოლოგიაა;
- ბ) აორგის განმშრევება ჩვეულებრივ, შეიძლება დაიწყოს ორ სხვადასხვა ადგილას - აღმავალ აორტაში და დაღმავალ აორტაში;
- გ) აორგის განმშრევება იწყება სისხლძარღვის შიგნითა გარსის მთლიანობის დარღვევით;
- *დ) აღმავალი და დაღმავალი ანევიზმების კლინიკა და მკურნალობა პრაქტიკულად ერთი და იგივეა;
- ე) აორგის განმშრევებელი ანევიზმმა მკურნალობის გარეშე ყოველთვის ლეგალურად მთავრდება.

1889. 50 წლის ჰიპერტენზიით შეპყრობილ მამაკაცს უეცრად დაეწყო ძლიერი ტკივილი გულმკერდის არეში, რომელიც ირადიაციას განიცდის მურგსა და მკლავებში. არტერიული წნევა მარცხენა ზემო კიდურზე 180/80 მმ.ვწყ.სვ-ია მარჯვენაზე კი არ ისინჯება. ფიზიკალური გამოკვლევებით ყურადღების იპყრობს აორტული ნაკლოვანებისთვის დამახასიათებელი შუილი. ყველაზე სავარაუდო დიაგნოზია:

- *ა) აორგის განმშრევებელი ანევიზმმა;
- ბ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი;
- გ) მარჯვენა ლავიწქევეშა არტერიის ემბოლია;
- დ) პულმონური ემბოლია;
- ე) სპონგანური პნევმოთორაქსი.

1890. აორგის განმშრევებელი ანევიზმმა ასოცირებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილითან, გარდა:

- ა) ჰემოპერიკარდიუმის განვითარების გამო სიკვდილის დიდი რისკი;
- ბ) აორგის შუა გარსის ლეგენერაციული ცვლილებები;
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია;

- დ) მკერდის არეში ძლიერი ტკივილი;
- *ე) მძიმე ათეროსკლეროზი.

1891. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აღმავალი აორტის პროქსიმალურ ნაწილში დაწყებული აორტის განმშრეველები ანევრიზმა შესაძლებელია მხოლოდ აღმავალი აორტით შემოიფარგლოს;
- ბ) აღმავალი აორტის პროქსიმალურ ნაწილში დაწყებული აორტის განმშრეველები ანევრიზმა შესაძლებელია აორტის რკალზე, დაღმავალ და მუცლის აორტებზეც გავრცელდეს;
- გ) აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმა ყველაზე ხშირად 60 წლამდე ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცებში ვითარდება, რომელთა 50%-ს აღენიშნება არტერიული ჰიპერტენზია;
- დ) აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმა ვლინდება გულმკერდის არეში ხანჯლისებური ტკივილით;
- *ე) აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმა რენტგენოლოგიურად არ ვლინდება.

1892. აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმა შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) გულის რიგმის დარღვევით;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის მწვავე ინფარქტის ეკგ ნიშნებით;
- *გ) მიგრალური რეგურგიტაციით;
- დ) აორტული რეგურგიტაციით;
- ე) ჰემოპერიკარდით;
- ვ) გულის გამპონადით.

1893. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადება რენტგენოლოგიურად ვლინდება ზემო შუასაყარის გაფართოებით;
- ბ) დაავადების დიაგნოზის დასადასტურებლად აუცილებელია აორტოგრაფიის ჩატარება;
- *გ) დაავადების დიაგნოსტიკისთვის ექოკარდიოგრაფია არაინფორმატიული მეთოდია;
- დ) დაავადების დიაგნოზის დასამისთანავე აუცილებელია მომატებული არტერიული წნევის ნორმალიზება;
- ე) აღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმა უმრავლეს შემთხვევაში საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას.

1894. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან დაღმავალი აორტის განმშრეველები ანევრიზმის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაღმავალი აორტის შემოფარგლული განმშრეველები ანევრიზმა, ჩვეულებრივ, ხანდაზმულ ასაკში ვითარდება - არტერიული ჰიპერტენზიისა და აორტის ათეროსკლეროზის ფონზე;
- *ბ) დაავადება ხასიათდება ზემო კილურებზე განსხვავებული არტერიული წნევის არსებობით;
- გ) დაავადების პირველი სიმპტომი მკერდის ძელის უკან ან ბეჭთაშუა არეში ლოკალიზებული ტკივილია;
- დ) დაავადების მკურნალობა ჰიპოტენზიური და უარყოფითი ინტროპული პრეპარატებით უნდა დაიწყოს;
- ე) მედიკამენტური თერაპიის უეფექტობისას ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა.

1895. აორტის შესახებ ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აორტიტი - აორტის კედლების ანთებითი დაზიანება;
- ბ) ყველაზე ხშირად დაავადების განვითარების მიზეზი სიფილისია;
- *გ) დაავადება, ჩვეულებრივ, ვლინდება მრავალრიცხოვანი სიმპტომატიკით;
- დ) სიფილისური აორტიტი ყველაზე მეტად გამოხატულია აღმავალ აორტაში;
- ე) აორტის მოსასმენ წერტილში II ტონის მკვეთრი აქცენტი სიფილისური აორტიტის დამახასიათებელი ნიშანია.

1896. ტაკაიასუს სინდრომი:

- *ა) არასპეციფიური ობსტრუქციული არტერიტი;
- ბ) ძირითადად ვითარდება მამაკაცებში;
- გ) ინფექციურ-ალერგიული ხასიათის პათოლოგიაა;
- დ) ჩვეულებრივ იწყება ბავშვობის ასაკში;
- ე) პირველად ვლინდება აორტის რკალის სინდრომის კლინიკური ნიშნებით.

1897. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან ტაკაიასუს სინდრომის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების პირველი სტადია ხასიათდება სისტემური პათოლოგიის ზოგადი ნიშნებით (ცხელება, ართრალგიები, ელსის აჩქარება);
- ბ) დაავადების შემდგომ სტადიაზე ზოგადი სიმპტომატიკა იცვლება აორტის რკალის სინდრომის კლინიკური ნიშნებით;
- *გ) არტერიულ ჰიპერტენზიასთან ერთად, დაავადებისთვის დამახასიათებელია ქვემო კილურებზე პულსის გაქრობა;
- დ) დაავადების მკურნალობის ეფექტური საშუალება არ არსებობს;
- ე) დიაგნოსტიკიდან 5 წელიწადში დაავადება, ჩვეულებრივ, ლეტალურად მთავრდება.

1898. პერიფერიული ემბოლიის წყაროს ყველაზე ხშირად წარმოადგენს:

- ა) პარალოქსული ემბოლიები;
- ბ) ლავიწქეშა არტერიის ფოლაქების დაწყლულება;
- გ) აორტის რკალის ანევრიზმაში განლაგებული თრომბები;
- დ) გულმკერდის ან მუცლის ანევრიზმაში განლაგებული თრომბები;
- *ე) გულში განლაგებული თრომბები.

1899. დიდი ემბოლიების განმაპირობებელი თრომბები ყველაზე იშვიათად განლაგებულნი არიან:

- *ა) მარცხენა წინაგულის მიქსომაზე;
- ბ) აორტის სარქველის პროთემზე; გ). მიგრალურ პროთემზე;
- გ) პარკუჭების კედლებზე;

დ) მარცხენა წინაგულის კვლევაზე.

1900. გულიდან გამომავალი ემბოლები ყველაზე ხშირად ხვდება:

- *ა) ბარძაყის არტერიაში;
- ბ) თეძოს არტერიაში;
- გ) მუცლის აორტაში;
- დ) ღივი წვივის არტერიაში;
- ე) მცირე წვივის არტერიაში.

1901. პერიფერიული არტერიული თრომბოზის განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მათობლიგირებული არტერიოკლეროზი;
- ბ) ბარძაყის და მუხლქვეშა არტერიების ანევრიზმები;
- *გ) გულმკერდის აორტის ანევრიზმა;
- დ) ღსევიმინირებული სისხლძარღვშია შედელების სინდრომი;
- ე) სისხლძარღვთა კოლაგენური დაზიანება;
- ვ) ღსპროტეინემია.

1902. არტერიული თრომბოზის განვითარებისას კილურის ქსოვილების შეუქცევადი დაზიანების უცუარი ნიშანია:

- ა) ტკივილი;
- ბ) დაბუქების შეგრძნება;
- გ) აღვლობრივი ტემპერატურის დაქვეითება;
- დ) მგრძნობელობის დაკარგვა;
- *ე) კანის საფარველის შეფერილობის სტაბილურად შეცვლა.

1903. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან არტერიული თრომბოზის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების კლინიკა განისაზღვრება დაზიანების ღოკალიზაციით და კოლაგერალური სისხლისმიმოქცევის მღომარეობით;
- ბ) თუ არტერიული წნევა ობსტრუქციის ღსგალურად 40 მმ.ვწყ.სვ-ით და მეტი დაქვეითდა 6 საათში ვითარდება იშემიური კუნთოვანი კონტრაქტურა - კანქვეშა სისხლჩაქცევებით და განგრენის კერებით;
- *გ) დაზიანების ღოკალიზაციის და კოლაგერული სისხლის მიმოქცევის მღომარეობის მიუხედავად, ოკლუზიის ღსგალურად ყოველთვის ხერხდება პულისის პალპირება;
- დ) დაავადების ღიაგნოსტირებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზს;
- ე) დაავადების ღიაგნოსტირებისთვის იშვიათად ღგება არტერიოგრაფიის აუცილებლობა.

1904. არტერიული თრომბოზის თერაპიისთვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალება, გარდა:

- ა) ანტიკოაგულანტები (ჰეპარინი);
- *ბ) ვაზოღლატატორები;
- გ) თრომბოღიზური პრეპარატები (სტრეპტოკინაზა, უროკინაზა);
- დ) გრანსლემინური ანგიოპლასტიკა;
- ე) ქირურგიული ოპერაცია.

1905. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან მათობლიგირებული არტერიოკლეროზის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიოკლეროზის პირველადი ელემენტი სისხლძარღვის კელის მიგნითა კელზე განლაგებული ფოლაქია, რომელიც იწვევს სისხლძარღვის სანათურის თანღათანობით შევიწროვებას;
- *ბ) დაავადება, ჩვეულებრივ მწვავედ იწყება;
- გ) დაავადების ყველაზე სპეციფიური სიმპტომი ხანგამოშვებითი კოჭლობა;
- დ) დაავადება ხასიათდება დაზიანების სეგმენტური ხასიათით;
- ე) წვივის არტერიების ოკლუზია არ იწვევს ხანგამოშვებითი კოჭლობის განვითარებას.

1906. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: ხანგამოშვებითი კოჭლობა

- ა) არააღქვატური პერპუზით განპირობებული კუნთოვანი ტკივილი;
- *ბ) შეიღება აღმოცენღეს მჯღომარე ან მღომარე პოზაში;
- გ) ჩვეულებრივ, აღმოცენღება სიარუღის ღროს;
- დ) ფიშიკური ღაგვირთვის შეწყვეტის შემღეღ 1-2 წი-ში გაიღლის;
- ე) განსაკუთრებით ინგენსიურად გამოღვღინღება კიბეზე ან მთაზე ასღლისას.

1907. მათობლიგირებული არტერიოკლეროზის ნაღრვეი სგადის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ხანგამოშვებითი კოჭლობა;
- ბ) მოსვენებისას ფეხის თითების და გერფების ხანგრძღივი ტკივილი;
- *გ) ფეხის თითების და გერფების დაწყღლება და განგრენა;
- დ) პარესთეზიები;
- ე) კიღურების დაბუქება.

1908. ქვემოთ მოყვანილი ღებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შაქრიანი ღიაბეტის ფონზე მათობლიგირებული ათეროსკლეროზის აღმოცენებისას ხშირად აღინიშნება პერიფერიული ნეიროპათიის განვითარება, რაც იწვევს დაზიანებულ კიღურში ტკივიღის შეგრძნების დაკარგვას;
- ბ) მათობლიგირებული არტერიოკლეროზის გამოხატულება შეიღება განსაზღვრით კოჭის ღონეზე, სისგოღური არტერიული წნევის განსაზღვრით - მოსვენების მღომარეობაში და ფიშიკური ღაგვირთვის შემღეღ (ხანგამოშვებითი კოჭლობის განვითარებისას).
- გ) პენგოქსიფიღინი (გრენგალი) სისხღის სიბღანგის შემცირების გზით იწვევს კუნთების პერფუზიის გაუმჯობესებას;

- * დ) მათობლიტირებული არტერიოსკლეროზის მიმდინარეობაზე თამბაქოს მოწევა პრაქტიკულად არავითარ გავლენას არ ახდენს;
- ე) მათობლიტირებული არტერიოსკლეროზის სამკურნალოდ შეიძლება გრანსლუმინური ანგიოპლასტიკის გამოყენება.

1909. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მათობლიტირებული თრომბანგიოზის (ბიურგერის დაავადება) შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- * ა) მათობლიტირებული თრომბანგიოზი იწვევს მხოლოდ არტერიების დაზიანებას;
- ბ) მათობლიტირებული თრომბანგიოზით ავადდებიან 20-40 წლის მწვეველი მამაკაცები;
- გ) დაავადება, ჩვეულებრივ, იწყება მტევნებისა და ტერფების წერილი არტერიების დაზიანებით;
- დ) დაავადების დამახასიათებელი ნიშანია ფიბროკური დატვირთვის დროს ფეხის შურგში ტკივილის აღმოცენება, რომელიც სწრაფად გაივლის მოსვენების მდგომარეობაში;
- ე) დაავადების მკურნალობის ერთადერთი ეფექტური მეთოდი სიგარეტის მოწევისთვის თავის დაწებებაა.

1910. არტერიო-ვენური ფისტულის აღმოცენების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) ავთვისებიანი წარმონაქმნები;
- ბ) ინფექცია;
- გ) არტერიული ანევრიზმები;
- * დ) გამჭოლი ჭრილობები;
- ე) არაგამჭოლი ჭრილობები.

1911. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან არტერიოვენური ფისტულების შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) არტერიოვენური ფისტულის ჩამოყალიბება უნდა ვივარაუდოთ კიღურის ყველა გამჭოლი ჭრილობის შემთხვევაში;
- ბ) მსხვილი ფისტულის არსებობისას მომგან არტერიაზე თითის დაჭერა იწვევს გულის რიგმის მკვეთრ გაიშვიათებას;
- გ) ქრონიკული ფისტულების არსებობისას ადგილი აქვს დაზიანების ადგილის შესაბამისი კანის საფარველის პიგმენტაციას და დაწყულულებას;
- * დ) დაავადება არასოდეს რთულდება ინფექციური ენდოკარდიტით;
- ე) დაავადების მკურნალობა გულისხმობს სისხლძარღვების განცალკავებას არტერიის სანათურის მთლიანობის შენარჩუნებით.

1912. თანდაყოლილი არტერიო-ვენური ფისტულის არსებობაზე მიუთითებს: 1). რომელიმე კიღურის იმლირებული შეშუპება; 2). კანზე ჰემანგიომის არსებობა; 3). ატიპური ლოკალიზაციის ვენების ვარიკოზული გაფართოება; 4). სხეულის დაზიანებული უბნის ტემპერატურის მომატება.

- * ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3.

1913. სიცივის საპასუხოდ რეინოს სინდრომის სიმპტომებია: 1). თითების სიფერმკთაღე; 2). თითების ციანოზი; 3). თითების ჰიპერემია; 4). სხეულის სხვადასხვა ნაწილის კანზე არსებული ციანოზური ლაქების ინტენსივობის გაძლიერება.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- * ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

1914. ლიველო რეგიკულარისის (კანზე ცინოზური ბადის) კლინიკური ნიშნებია: 1). თითების, ტერფების და მტევნების სტაბილური ციანოზი; 2). თითების, ტერფების და მტევნების ადგილობრივი ტემპერატურის დაქვეითება; 3). გაძლიერებული ოფლიანობა; 4). სხეულის სხვადასხვა ნაწილის კანზე ციანოზური ლაქების არსებობა, რომლებიც ქმნიან თევზსაჭერი ბადის სურათს.

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

1915. აკროციანოზის კლინიკური ნიშნებია: 1). თითების, ტერფების და მტევნების სტაბილური ციანოზი; 2). თითების, ტერფების და მტევნების ადგილობრივი ტემპერატურის დაქვეითება; 3). გაძლიერებული ოფლიანობა; 4). სხეულის სხვადასხვა ნაწილის კანზე ციანოზური ლაქების არსებობა, რომლებიც ქმნიან თევზსაჭერი ბადის სურათს.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- * ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 2, 3, 4;
- დ) სწორია 1, 4.

1916. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ერთრომეგალიის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) უცნობი ეგიოლოგიის დაავადებაა;
- ბ) ხასიათდება გარემოს ტემპერატურის მომატებისას ქვემო კიღურების დისტალური ნაწილების შეწითლებით, წვის და ქაილის შეგრძნებით;
- გ) ქვემო კიღურების დისტალური ნაწილები და ტერფები შეტევის დროს იღებენ წითელ შეფერილობას;
- დ) დაავადება ხშირად პირველადი გენეზისაა, თუმცა შეიძლება ასოცირებული იყოს მიელოპროლიფერაციულ პათოლოგიასთან;
- * ე) ეფექტურად იკურნება ასპირინით.

1917. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ვენების პირველადი ვარიკოზული გაფართოების შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გელაპირული ვენების დილაგაცია გამოწვეულია მათი სარქველების ნაკლოვანებით;
- ბ) ყველაზე ხშირად მიანდებიან დიდი და მცირე კანქვეშა ვენები;
- გ) ქალებში დაავადების განვითარება ხშირად დაკავშირებულია სქესობრივ მომწიფებასთან, ორსულობასა და მენოპაუზასთან;
- *დ) ვენების მეორადი ვარიკოზი (ღრმა ვენების სისტემის ობსტრუქციის ან სარქველების ნაკლოვანების შედეგად განვითარებული დაავადება) ხასიათდება შედარებით მსუბუქი კლინიკური მიმდინარეობით;
- ე) დაავადების სიმპტომები ძლიერდება დღის ბოლოს - ხანგრძლივად ფეხზე დგომისას.

1918. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან გელაპირული თრომბოფლებიგის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების ეტიოლოგია (ქიმიური ფაქტორების გარდა), უცნობია;
- ბ) დაზიანებული ვენა მტკივნეულია, შემოსაზღვრულია ერთიერთი და შეშუპებით;
- *გ) დაავადება ხშირად რთულდება პულმონური ემბოლიით;
- დ) ლოკალური გამოკვლევა ეფექტური დიაგნოსტიკური მეთოდია;
- ე) ალგილოზრივ პროცედურებთან ერთად (სითბო, ქვემო კიდურის სიმაღლეზე მოთავსება) დაავადების თერაპიისთვის გამოიყენება ინლომეგაცინი.

1919. ვენების მწვავე თრომბოზის გამომწვევი მიზეზია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გრავმა;
- ბ) ბაქტერიული ინფექცია;
- გ) პანკრეასის, ფილტვების და კუჭ-ნაწლავის გრაქტის აეთვისებიანი სიმსივნეები;
- *დ) კოლაგენოზები;
- ე) დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედეგების სინდრომი.

1920. ვენების მწვავე თრომბოზი შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობის ფონზე, გარდა:

- ა) ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმში;
- *ბ) ორსულობა;
- გ) მშობიარობის შემდგომი პერიოდი;
- დ) ხანგრძლივი ღრის განმავლობაში ესტროგენების (მათ შორის ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების) მიღება;
- ე) დამბლა.

1921. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა: ღრმა ვენების თრომბოზის:

- ა) ნიშნებია დაზიანებული კიდურის მტკივნეულობა და შეშუპება;
- ბ) პირველი ობიექტური ნიშანი შეიძლება გახდეს ფილტვის არტერიის ემბოლია;
- *გ) დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმატიული არაინვაზიური მეთოდია კონტრასტული ვენოგრაფია;
- დ) სამკურნალოდ ყველაზე ეფექტური საშუალება ჰეპარინის ინტრავენურად შეყვანაა (უმჯობესია წვეთოვნად);
- ე) თერაპიისთვის პერორალური ანტიკოაგულანტები ჰეპარინის შეყვანის ფონზე ინიშნებიან.

1922. ვენური თრომბოზის ყველაზე საშიში გართულებაა:

- *ა) ფილტვის ემბოლია ინფარქტით;
- ბ) პერიფერიული სისხლძარღვოვანი უკმარისობა - განგრენით;
- გ) არტერიოვენური ფისგულა ჰიპეროლემიით;
- დ) თრომბოფლებიგის;
- ე) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.

1923. 27 წლის ქალი უჩივის ქოშინს და ტკივილს გულმკერდის არეში. ბოლო 4 დღის განმავლობაში იგი ასევე აღნიშნავს მარჯვენა კანჭის და ბარძაყის ტკივილს და შესივებას. ექიმებმა ეჭვი მიიტანეს ღრმა ვენების თრომბოზზე, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიო პულმონური ემბოლია. რომელი ანამნეზური მონაცემები მიუთითებენ ზემოთ აღნიშნულ დიაგნოზზე:

- ა) პაციენტი მწვეულია;
- ბ) პაციენტის ოჯახის რამოდენიმე წევრი დაავადებულია შაქრიანი დიაბეტით;
- *გ) პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავს ქვემო კიდურების გრავმას;
- დ) პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავს ჰიპერტენზიის ეპიზოდებს.

1924. 27 წლის ქალი უჩივის ქოშინს და ტკივილს გულმკერდის არეში. ბოლო 4 დღის განმავლობაში იგი ასევე აღნიშნავს მარჯვენა კანჭის და ბარძაყის ტკივილს და შესივებას. ექიმებმა ეჭვი მიიტანეს ღრმა ვენების თრომბოზზე, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიო პულმონური ემბოლია. რომელი გამოკვლევის ჩატარებაა მიზანშეწონილი

- ა) გულის დრუების კათეტერიზაცია;
- ბ) კონტრასტული ვენოგრაფია;
- გ) რადიოიზოტოპური ვენოგრაფია და ფილტვების სკანირება;
- *დ) პლეთიმოგრაფია (რეოვამოგრაფია).

1925. 27 წლის ქალი უჩივის ქოშინს და ტკივილს გულმკერდის არეში. ბოლო 4 დღის განმავლობაში იგი ასევე აღნიშნავს მარჯვენა კანჭის და ბარძაყის ტკივილს და შესივებას. ექიმებმა ეჭვი მიიტანეს ღრმა ვენების თრომბოზზე, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიო პულმონური ემბოლია. პულმონური ემბოლიის დიაგნოსტიკისთვის საუკეთესო მეთოდია:

- ა) გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- *ბ) პულმონური არტერიოგრაფია;
- გ) ეკგ;
- დ) ფილტვების სკანირება.

1926. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან პოსტთრომბოზული სინდრომის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მწვავე ვენური თრომბოზი ხშირად იწვევს ქრონიკული ოკლუზიის და ღრმა ვენების სარქველების ნაკლოვანების განვითარებას;
- ბ) დაავადების მნიშვნელოვანი კლინიკური სიმპტომებია - ქვედა კიდურების შეშუპება, ტკივილი, კანის პიგმენტაცია და შეუხორცებელი წყლულები;
- *გ) დაავადების მკურნალობისა და შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით ეფექტურია პენტოქსიფილინი (გრენგალი);
- დ) ამ პათოლოგიით შეპყრობილი ყველა ავადმყოფისთვის რეკომენდებულია ელასტიური "წინდების" ტარება.

1927. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ლიმფელების შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ლიმფელები ეწოდება კიდურებში ლიმფის პათოლოგიურ დაგროვებას და შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალი სხვადასხვა მიზეზით;
- ბ) სხვადასხვა ეტიოლოგიის ლიმფელების საერთო ნიშანია დაზიანებული კიდურის უმტკივნეულო შეშუპება;
- *გ) შეშუპება ადვილად ემორჩილება დიურეზულ მკურნალობას;
- დ) დაავადება პროგრესულად მიმდინარეობს კანის და კანქვეშა ქსოვილების ფიბროზის განვითარებით;
- ე) დაავადების ეტიოლოგიის და გავრცელებულობის დასადგენად, ზოგჯერ, საჭირო ხდება ლიმფანგიოგრაფიის ჩატარება.

დამატება

1928. 46 წლის მამაკაცს (წონით 70 კგ) მწვავე ინფარქტის განვითარებიდან 24 საათის შემდეგ, პოლიმორფული, ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლის კუპირებისათვის, ჩატარდა მკურნალობა ლილოკაინის ინტრავენური ინფუზიით 60 გ/კგ წუთში. პაციენტს განუვითარდა გენერალიზებული გულყრა, რა არის გულყრის მიზეზი?

- ა) პარკუჭოვანი კომპლექსების გარბენები
- ბ) სისტემური ემბოლია
- გ) სისტემური ჰიპოტენზია
- *დ) ლილოკაინის ინფუზია
- ე) ასისტოლის ეპიზოდები

1929. 50 წლის ქალბატონს, გულის უკმარისობის დიაგნოზით უტარდებოდა მკურნალობა ტაბლეტიზებული ფორმის დიგოქსინით. მკურნალობის ფონზე ექიმთან მორიგი ვიზიტის დროს, ეკგ-ზე მას აღენიშნა ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა ვენკუბახის პერიოდიკით 4:1. რომელია ყველაზე სწორი ტაქტიკა?

- ა) დიგოქსინის მიღების შეწყვეტა განუსაზღვრელი დროით
- *ბ) დიგოქსინის მიღების შეწყვეტა სანამ აღადგება ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა და შემდეგ კვლავ დიგოქსინის დანიშვნა მცირე დოზით
- გ) დიგოქსინის მიღების გაგრძელება, ატროპინის დამატებით დოზით 0.5 მგ 4-ჯერ დღეში.
- დ) დიგოქსინის მიღების გაგრძელება, კალიუმის ქლორიდის დამატებით დოზით 10 მგ 3-ჯერ დღეში

1930. ტაქსისტოლური ფორმის მოციმციმე არითმიის დროს ჩქარი პარკუჭოვანი რითმის შესანელებლად შესაძლებელია გამოვიყენოთ ყველა ხერხი გარდა ერთისა:

- ა) დიგიტალისი
- *ბ) ქინიდინის სულფატი
- გ) კაროტიდული სინუსის მასაჟი
- დ) პროპრანოლოლი

1931. როგორი მეთოდით უნდა მოხდეს წინაგულოვანი ტაქტიკარდიის კუპირება კარდიალური დაავადების არარსებობის შემთხვევაში?

- ა) სიმპატომიმეტიკებით
- *ბ) ვაგუსის სტიმულირაციით
- გ) ელექტრული კარდიოვერსიით
- დ) წინაგულების მეხშირი სტიმულაციით
- ე) პრეკორდიალური დარტყმით

1932. რას გამოიწვევს კაროტიდული სინუსის მასაჟი წინაგულთა თრთოლვის დროს 2:1?

- ა) თრთოლვის კუპირებას
- ბ) თრთოლვის გადასვლას ციმციმში
- გ) წინაგულების რითმის შეცვლას
- დ) პარკუჭების შეკუმშვების სიხშირის მომატებას
- *ე) AV ბლოკის ხარისხის დროებით შეცვლას პარკუჭზე იმპულსის გატარების სიხშირით 3:1, 4:1

1933. 50 წლის მამაკაცს, ლუმბალური დისკოს ოპერირების შემდეგ, 5 დღის განმავლობაში აქვს სინუსური ტაქტიკარდია, ანთებითი პროცესი ან კარდიალური პათოლოგია არ აღინიშნება. როგორი ტაქტიკა იქნება გამართლებული?

- ა) დიგიტალიზაცია
- ბ) პროპრანოლოლი
- გ) ქინიდინის სულფატი
- დ) ელექტრული კარდიოვერსია
- *ე) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1934. გულის რომელ ანატომიურ ნაწილში არის ყველაზე ნელი იმპულსის გატარება?

- ა) წინაგულში
- *ბ) ატრიოვენტრიკულურ კვანძში
- გ) ჰისის კონაში
- დ) ჰისის კონის ტოტოში
- ე) პურკინიეს კონებში

1935. 60 წლის მამაკაცს გულის უკმარისობით, რომელიც ერთი წლის განმავლობაში იტარებდა მკურნალობას დიგოქსინით 0.25მგ დღეში, ხოლო ერთი თვის წინ გაზარდა დოზა 0,5 მგ-მდე, განუვითარდა პარაკუტოფანი ტაქიკარდია 130 დ/წ, წინეის ვარდნით მაგრამ გონების დაკარგვის გარეშე. რომელი მეთოდია ყველაზე საშიში პაციენტისათვის?

- ა) ინტრავენურად ლიდოკაინი
- ბ) ინტრავენურად პროპრანოლოლი
- გ) ინტრავენურად კალიუმის ქლორიდი
- *დ) ელექტრული კარდიოვერსია

1937. პროკაინ ამიდის მუდმივი მიღების შემთხვევაში რა არის მოსალოდნელი?

- ა) სარკოიდოზი
- *ბ) სისტემური წითელი მგლურას მაგვარი სინდრომი
- გ) ამილოიდოზის მაგვარი სინდრომი
- დ) ჰიპერთიროიდოზი
- ე) თირკმლის გუბულარული ნეკროზი

1938. სუპრავენტრიკულური ექსტრასისტოლის პარაკუტებზე აბერანტული გატარების ყველაზე შესაძლებელი ვარიანტია?

- *ა) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკი
- ბ) მარცხენა წინა ფასციკულური ბლოკი
- გ) მარცხენა უკანა ფასციკულური ბლოკი
- დ) ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკი
- ე) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკი მარცხენა წინა ფასციკულურ ბლოკთან ერთად

1939. არაპაროქსიმული AV კვანძოვანი ტაქიკარდია ხშირად ვითარდება დიგიტალისური ინტოქსიკაციის დროს. როგორია QRS კომპლექსის მორფოლოგია ამ შემთხვევაში?

- *ა) ნორმალური ფორმის, ისეთი როგორც სინუსის რითმის დროს
- ბ) ფართო, რადგან დიგიტალისური ინტოქსიკაციის დროს ძირითადად ვითარდება ჰისის კონის ფეხის ბლოკი

1940. 32 წლის მამაკაცს ბრონქოსკოპიის დროს აღენიშნა პულსის შემცირება 20 დ/წ. პროცედურა სასწრაფოდ შეწყდა მაგრამ პულსი კვლავ დაბალი დარჩა. რომელია არჩევის პრეპარატი ამ შემთხვევაში?

- ა) იმოპროტერენოლი
- ბ) დიგიტალისი
- *გ) აგროპინი
- დ) ლოფამინი
- ე) აღრენალინი

1941. 24 წლის ორსულ ქალს აღენიშნება დაბალი პულსი 40 დ/წ. სხვა რაიმე კარდიალური პათოლოგია არ აღინიშნება. ე.კ.გ-ზე სრული AV ბლოკი ნორმალური QRS კომპლექსის მორფოლოგიით. დაგვირთვის დროს რითში ჩქარდება 65 დ/წ მდე. როგორია სწორი ტაქტიკა?

- ა) სუბლინგვალურად აგროპინის დანიშვნა
- ბ) მუდმივი პეისმეიკერის დაყენება
- გ) ეფედრინი
- დ) ლოფამინი
- *ე) თერაპიას არ საჭიროებს

1942. 19 წლის სკუდენგს სესიების პერიოდში აღენიშნება ძლიერი გულისცემა. ე.კ.გ-ზე არის ხშირი სუპრავენტრიკულური ექსტრასისტოლია. სწორი ტაქტიკა არის:

- ა) ქინიდინი
- ბ) პროკაინამიდი
- გ) დიგიტალისი
- *დ) დასვენება, სიმშვიდე, აღმგზნები ნივთიერებების აკრძალვა
- ე) პროპრანოლოლი

1943. 78 წლის მამაკაცმა მიმართა სტაციონარს მწვავე ბრონქოპნევმონიით. ე.კ.გზე აღენიშნება მულტიფოკალური წინაგულოვანი ტაქიკარდია. რითმის მკურნალობის სწორი ტაქტიკაა:

- ა) ქინიდინი
- *ბ) მხოლოდ პულმონალური პათოლოგიის მკურნალობა
- გ) დიგიტალისი
- დ) ლიდოკაინი
- ე) მეტოპროლოლი

1944. 50 წლის მამაკაცმა მომართა სტაციონარს გულისცემის, ქოშინისა და სისუსტის ჩივილებით. ე.კ.გ-ზე მოციმციმე არითმიაა პარაკუტებზე სწრაფი გატარებით 130 დ/წ და ფართო QRS კომპლექსებით. 24 საათის განმავლობაში დიგიტალიზაციის ფონზე პარაკუტა შეკუმშვის სისხირე გაიზარდა 150 დ/წ მდე. ქვემოთმოცემული რომელი დიაგნოზია სწორი:

- ა) ფილტვის ემბოლია
- *ბ) WPW სინდრომი
- გ) პერიკარდიტი
- დ) მიოკარდიუმის ინფარქტი

1945. 56 წლის მამაკაცი მოიყვანეს სტაციონარში სინკოპეს ეპიზოდის გამო. პაციენტი ღებორიენტირებული და აქტირებულია. არტერიული წნევა არ ისინჯება ე.კ.გ მე ოდნავ არარეგულარული ტაქიკარდიაა 160 ლ/წ, ფართო QRS კომპლექსებით, რომლის მორფოლოგია და სიხშირე არ იცვლება კაროტიდული მასაჟის ფონზე. ღოგორია სწორი ტაქტიკა?

- ა) ლილოკაინის ინფუზია
- *ბ) ელექტრული კარდიოვერსია
- გ) კაროტიდული მასაჟის გაგრძელება
- დ) ნოვოკაინამიდის ინექცია
- ე) ლიგიტალიზაცია

1946. 32 წლის ქალს მიგრალური სტენოზით და მარცხენა წინაგულის დილაგაციით განუვითარდა მოციმციმე არითმია და ფილტვების შეშუპება. უკანასკნელის ალბგების შემდეგ პაციენტს მაინც ღარწა არითმია, რომელი ფორმულირება არ არის სწორი?

- ა) პაციენტი საჭიროებს მიგრალური სარქელის შეცვლას
- ბ) დილაგირებულ მარცხენა წინაგულში მოციმციმე არითმიის ღროს შეიღლება განვითარღეს თრომბი
- გ) დილაგირებული მარცხენა წინაგულის გამო კარდიოვერსიამ შესაღლოა ვერ მოგვეცეს სასურველი რეზულტატი
- *ღ) ანტიკოაგულანტების ღანიშენა ახალგაზრღა პაციენტებში, თრომბოზის მციირე რისკის გამო არ არის აუცილებელი
- ე) არითმიის განვითარების მიზეზი დილაგირებული წინაგულია

1947. მოქმედების პოტენციალთან კავშირში რომელი გერმინია არასწორი?

- ა) ნულოვანი ფაზის ამპლიტუღა
- ბ) ნულოვანი ფაზა
- გ) მოქმედების პოტენციალი
- *ღ) მეხუთე ფაზა

1948. ჩამოთვილიღან რომელი იწვევს მიოკარდიუმის მიერ კანგბაღის მოხმარების შემციირებას?

- ა) კორონარული არტერიის ობსტრუქცია
- ბ) ანემია
- გ) ტაქიკარღია
- *ღ) შემციირებული პარკუჭის მოცუღობა
- ე) ჰიპერტენზია

1949. ტკივიღის რომელი ლოკალიზაცია არის იშვიათი მიოკარდიუმის ინფარქტის ღროს სტერნალური ტკივიღის არ არსებობისას?

- ა) ყბის არეში
- ბ) მარცხენა მხრის მიღამოში
- *გ) მარცხენა ინფრამამარულ მიღამოში
- ღ) ყელის არეში
- ე) მარხვენა მხრის მიღამოში

1950. ქვემოთ ჩამოთვილიღან რამ შეიღლება გამოიწვიოს სტენოკარდიული ტკივიღი

- ა) მიგრალურმა სტენოზმა
- ბ) ტრიკუსპიღალურმა ნაკლოვანებამ
- გ) მიგრალურმა რეგურგიაციამ
- *ღ) აორტალურმა სტენოზმა
- ე) ფილტვის არტერიის სტენოზმა

1951. რა არის ყვეღაზე მნიშვნელოვანი დიფიღგნოზის გასაგარებღად სტენოკარღიასა და ეზოფაგოსპაზმს შორის

- ა) ეპიზოდების სიხშირე
- *ბ) კავშირი ღაგვირთვასთან
- გ) კავშირი საკვების მიღებასთან
- ღ) ტკივიღის ირადიაცია
- ე) ნიტროგლიცერინის ეფექტი

1952. ჩამოთვილიღან რომელია ყვეღაზე მნიშვნელოვანი პრედიქტორი სტენოკარდიული პაციენტის გამოსავღის ღასაღგენაღ

- ა) სტენოკარღიის ეპიზოდების სიხშირე
- ბ) სტენოკარღიის ხანგრძლივობა
- *გ) კორონარული არტერიების ობსტრუქციის ხარისხი
- ღ) ღაგვირთვის ხარისხი რომელიც საჭიროა ტკივიღის გამოსაწვევად
- ე) ქოღესგეროღის შემცივღობა პღაზმაში

1953. ჩამოთვილიღან რომელია ყვეღაზე კარგი ორიენტირი ღაგვირთვის ტესტის ჩატარების ღროს სტენოკარღიის დიღგნოზის ღასაღგენაღ ან გამოსარიცხაღ

- ა) ღაგვირთვის ხანგრძლივობა
- *ბ) გუღისციემის სიხშირე
- გ) არტერიული წნევა
- ღ) სუნთქვის სიხშირე
- ე) ღაგვირთვის ხარისხი

1954. ნიტროგლიცერინს აქვს ყვეღა ჩამოთვილი მოქმედება, რომელი მექანიზმი იღებს ყვეღაზე ნაკლებად მონაწილეობას სტენოკარდიული ტკივიღის კუპირებაში?

- ა) ვენური დილატაცია
- ბ) არტერიული ჰიპოტენზია
- *გ) ტაქიკარდია
- დ) კორონარული არტერიების დილატაცია
- ე) სუბენდოკარდიული კორონარული მიმოქცევის გაზრდა

1955. პრინციპეტალის სტენოკარდია

- ა) კარგად იკურნება დიგიტალიზაციით და ფუროსემიდით
- *ბ) კორონარული სპაზმის შედეგია
- გ) ხშირად ვითარდება კორონარიტის ფონზე
- დ) ვლინდება ლაგვირთვებზე
- ე) კორონარული ობსტრუქციის შედეგია

1956. 28 წლის ქალს აწუხებს გულისცემა და ტკივილი მკერდის მუცლის არეში. ლაგვირთვის პიკზე აღენიშნა შთ სეგმენტის ირიბი ლეპრესია 1.0 მმ. რომელი განსაზღვრებაა სწორი?

- ა) შესაძლებელია იყოს კორონარული ატროფიების დაზიანება
- ბ) ლეპრესიის მიზეზია კორონარული არტერიის სპაზმი
- *გ) სტრესტესტი ამ შემთხვევაში არ არის საკმარისი გულის იშემიური დიაგნოზის დასასმელად
- დ) არც ერთი არ არის სწორი

1957. თქვენ გთხოვს გამოიკვლიოთ 52 წლის მამაკაცი სტერნალური ტკივილის 6 თვიანი ანამნეზით. რომელი მეთოდია ყველაზე მნიშვნელოვანი ტკივილის მიზეზის დასადგენად?

- ა) ტრედმილტესტი
- *ბ) ანამნეზის დეტალურად შეკრება
- გ) კორონარული ანგიოგრაფია
- დ) ბერნშტაინის ტესტი
- ე) გულის ექოკარდიოგრაფია

1958. ჩამოთვლილიდან რომელი მიუთითებს სტენოკარდიაზე

- ა) მარცხენა პარაკუჭში დიასტოლური წნევის მომატება
- ბ) დიასტოლური შუილი
- გ) ლაქტატის კონცენტრაციის მომატება კორონარული სინუსის სისხლში
- დ) კატექოლამინების კონცენტრაციის მომატება კორონარული სინუსის სისხლში
- *ე) ა და გ
- ვ) ა და დ

1959. 46 წლის ქალი შემოვიდა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში 6 საათის წინ დაწყებული ტკივილით მკერდის ძვლის არეში. არტერიული წნევა 80/40 მმ ვწყს, პულსი არითმული 50 - 60 დ/წ, ცივი ოფლი, გულის ტონები მოყრუებული. შუილი არ ისმინება. რა არის სავარაუდო დიაგნოზი?

- ა) კარდიალური პათოლოგია არ აღინიშნება
- *ბ) მწვავე უკანა კედლის ინფარქტი
- გ) მწვავე წინა კედლის ინფარქტი
- დ) წინაგულთა თრთოლვა 4:1 გაგარებით

1960. 46 წლის ქალი შემოვიდა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში 6 საათის წინ დაწყებული ტკივილით მკერდის ძვლის არეში. არტერიული წნევა 80/40 მმ ვწყს, პულსი არითმული 50 - 60 დ/წ, ცივი ოფლი, გულის ტონები მოყრუებული. შუილი არ ისმინება. ჩამოთვლილიდან რა არის მიზანშეწონილი მკურნალობისთვის?

- ა) ადრენალინის ინფუზია
- ბ) ქინინი
- გ) დიგიტალიზაცია
- *დ) პლაზმის ინფუზია
- ე) კარდიოგრაფია

1961. 50 წლის მამაკაცი მკერდის ძვლის არეში ტკივილის დაწყებიდან 1 საათში შემოვიდა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში. ე.კ.გ.-ზე აღენიშნება შთ სეგმენტის ელევაცია I, AVL და V1-V5 განხრებში. სავარაუდოდ რომელი კორონარული არტერიაა ოკლუზირებული?

- ა) შემომხვევი კორონარული არტერია
- *ბ) წინა დასწვრივი კორონარული არტერია
- გ) მარჯვენა კორონარული არტერია
- დ) მარცხენა კორონარული არტერიის დერო

1962. 65 წლის კალბატონი მკერდის ძვლის არეში ტკივილის დაწყებიდან 2 საათში შემოვიდა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში. ე.კ.გ.-ზე აღენიშნება შთ სეგმენტის ელევაცია II, III, AVF განხრებში. სავარაუდოდ რომელი კორონარული არტერიაა ოკლუზირებული?

- ა) შემომხვევი კორონარული არტერია
- ბ) წინა დასწვრივი კორონარული არტერია
- *გ) მარჯვენა კორონარული არტერია
- დ) მარცხენა კორონარული არტერიის დერო

1963. პაციენტს მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით უეცრად განუვითარდა ბრადიკარდია 35 დ/წ, ფართო QRS კომპლექსებით. არტერიული

წნევა დაეცა 75/45 მმ ვწყს მდე. რა არის ზემოაღნიშნულის მიზეზი?

- ა) სინო-ატრიალური ბლოკადა
- ბ) სრული AV ბლოკადა კვანძის პროქსიმალურ დონეზე
- *გ) სრული AV ბლოკადა კვანძის დისტალურ დონეზე
- დ) პისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა
- ე) პისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა

1964. პაციენტს მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით უეცრად განუვითარდა ბრადიკარდია 35 ლ/წ, ფართო QRS კომპლექსებით. არტერიული წნევა დაეცა 75/45 მმ ვწყს მდე. როგორი არის შესაბამისი მკურნალობის მეთოდი?

- ა) მუღმივი პეისმეიკერის დაყენება
- *ბ) ღროებითი პეისმეიკერის დაყენება
- გ) ატროპინი
- დ) აღრენალინი
- ე) დოფამინი

1965. 56 წლის მამაკაცი მკერდის ძვლის არეში ტკივილის დაწყებიდან 2 საათში შემოვიდა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში. ე.კ.გ.-ზე აღენიშნება შთ სეგმენტის ელევაცია I, AVL და V3-V5 განხრებში. აღენიშნება ხშირი პარკუტოვანი ექსტრასისტოლია. ჩამოთვლილიდან ყველა ქმედება გამართლებულია გარდა ერთისა

- ა) ინტრავენურად ჰეპარინის ინექცია
- ბ) ინტრავენურად ლიდოკაინის ინექცია
- გ) უანგბადის ნიღბით მიწოდება
- *დ) ლიგოქსინი
- ე) მორფინი ტკივილის კუპირებისათვის

1966. რომელი პათოლოგიის დროს არის ყველაზე იშვიათი ციანოზის განვითარება?

- ა) დიდი პარკუტოვანა ძგილის დეფექტი
- *ბ) წინაგულთაშუა ძგილის დეფექტი
- გ) ფალოს ტეგრადა
- დ) ერთადერთი პარკუტის არსებობა

1967. კორონარული ანგიოგრაფია

- ა) გვიჩვენებს მთლიანად დახრებული არტერია
- *ბ) გვიჩვენებს რა ხარისხით არის კორონარული არტერიების სანათური დახრებული
- გ) ამცხებს სიკვდილის რისკს 2%-ით
- დ) გვიჩვენებს რა ხარისხით არის კორონარული არტერიების კვლევი დახრებული
- ე) ა და ბ

1968. რითი შეიძლება გართულდეს კარდიომიოპათია?

- ა) სისტემური ემბოლია
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი
- გ) პარკუტოვანი არითმია
- დ) თირკმლის უკმარისობა
- ე) ყველა
- *ვ) ა და გ

1969. კარდიომიოპათიის დროს ანამნეზის შეკრების დროს რომელი ფაქტორებს მინიჭებდით მნიშვნელობას?

- ა) ალკოჰოლიზმი
- ბ) ტრიპანოსომული ინფექცია
- გ) ორსულობა
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი
- ე) არც ერთი

1970. რომელი პათოლოგიას შეიძლება თან დაერთოს აორტალური რეგურგიტაცია

- ა) აორტალური სტენოზი
- ბ) პარკუტოვანა შუა ძგილის დეფექტი
- გ) მიგრალური სტენოზი
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არც ერთი

1971. ფუნქციონალური შუილი

- ა) არასოდეს არ არის პანსისტოლური
- ბ) ყოველთვის არის სისტოლური
- გ) ხშირად ასიცირებულია მკერდის დეფორმაციასთან
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი სწორია
- ე) არც ერთი სწორი არ არის

1972. ჩამოთვლილგანგანი ძირითადად რომელი გვხვდება ქრონიკული მიგრალური რეგურგიტაციის დროს?

- ა) სინუსური რითმი

*ბ) ნორმალური ან მცირედ მომატებული წნევა მარცხენა წინაგულში

გ) მაღალი 1 ტონი

დ) გალოპის რითმი

1973. მიგრალურმა სტენოზმა შესაძლებელია გამოიწვიოს ყველა გარდა ერთისა

ა) პულმონალური ჰიპერტენზია

ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია

*გ) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია

დ) მოციმციმე არითმია

1974. რომელი სარქველი ზიანდება ყველაზე ხშირად რევმატიზმის დროს

*ა) მიგრალური

ბ) ტრიკუსპიდალური

გ) აორტალური

დ) ფილტვის არტერიის

1975. რომელი სარქველი ზიანდება ყველაზე ხშირად ენდოკარდიტის დროს?

ა) მიგრალური

ბ) ტრიკუსპიდალური

*გ) აორტალური

დ) ფილტვის არტერიის

1976. რომელი დიურეტიკის დანიშვნა არ შეიძლება თირკმლის უკმარისობის დროს?

ა) ფუროსემიდი

*ბ) ქლორგალიდონი

გ) ეტაკრინის მქაფა

დ) არც ერთი

ე) ა და გ