

ულტრაბგერის ფიზიკა

1. ულტრაბგერა არის ბგერა, რომლის სიხშირე არის არანაკლებ:

- ა) 15 კჰც-ზე;
- *ბ) 20000 ჰც-ზე;
- გ) 1 მჰც-ზე;
- დ) 30 ჰც-ზე;
- ე) 20 ჰც-ზე.

2. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე იზრდება, თუ:

- ა) იზრდება გარემოს სიმკვრივე;
- ბ) მცირდება გარემოს სიმკვრივე;
- გ) იზრდება სიხისტე;
- დ) სიმკვრივე იზრდება, სიხისტე მცირდება;
- *ე) სიმკვრივე მცირდება, სიხისტე იზრდება.

3. რბილ ქსოვილებში ულტრაბგერის გავრცელების საშუალო სიჩქარე ტოლია:

- ა) 1450 მ/წმ;
- ბ) 1620 მ/წმ;
- *გ) 1540 მ/წმ;
- დ) 1300 მ/წმ;

4. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე განისაზღვრება:

- ა) სიხშირით;
- ბ) ამპლიტუდით;
- გ) ტალღის სიგრძით;
- დ) პერიოდით;
- *ე) გარემოთი.

5. რბილ ქსოვილებში 1 მჰც სიხშირის ულტრაბგერის ტალღის სიგრძე შეადგენს:

- ა) 3,08 მმ-ს;
- ბ) 1,54 მკმ-ს;
- *გ) 1,54 მმ-ს;

6. ულტრაბგერის სიხშირის გაზრდასთან ერთად ტალღის სიგრძე:

- *ა) მცირდება;
- ბ) არ იცვლება;
- გ) იზრდება.

7. ულტრაბგერის გავრცელების ყველაზე მაღალი სიჩქარე აღინიშნება:

- ა) ჰაერში;
- ბ) წყალბაღში;
- გ) წყალში;
- *დ) რკინაში;

8. მყარ სხეულებში ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე უფრო მაღალია, ვიდრე სითხეებში, რადგან მათ გააჩნიათ მეტი:

- ა) სიმკვრივე;
- *ბ) სიხისტე;
- გ) სიბლანტე;
- დ) აკუსტიკური წინააღმდეგობა;

9. ბგერა არის:

- ა) განივი მექანიკური ტალღა;
- ბ) ელექტრომაგნიტური ტალღა;
- გ) ნაწილაკი;
- დ) ფოტონი;
- *ე) გრძივი მექანიკური ტალღა.

10. თუ ვიცით ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე და სიხშირე, შეგვიძლია გამოვითვალოთ:

- ა) ამპლიტუდა;
- ბ) პერიოდი;
- გ) ტალღის სიგრძე;
- დ) ამპლიტუდა და პერიოდი;
- *ე) პერიოდი და ტალღის სიგრძე.

11. ულტრაბგერითი სიგნალის შესუსტება (ჩაქრობა) განპირობებულია:

- ა) გაბნევით;
- ბ) არეკვლით;
- გ) შთანთქმით;
- დ) გაბნევით და შთანთქმით;
- *ე) გაბნევით, არეკვლით, შთანთქმით.

12. გარემოს თვისებებს, რომელშიც გაიფლის ულტრაბგერა, განსაზღვრავს:

- *ა) წინააღმდეგობა;
- ბ) ინტენსიურობა;
- გ) ამპლიტუდა;
- დ) სიხშირე;
- ე) პერიოდი.

13. უწყვეტი ტალღის დოპლერგრაფიის პარამეტრებს მიეკუთვნება:

- ა) იმპულსის ხანგრძლივობა;
- ბ) იმპულსის გამეორების სიხშირე;
- გ) სიხშირე;
- დ) ტალღის სიგრძე;
- *ე) ტალღის სიხშირე და სიგრძე.

14. ულტრაბგერა აირეკლება იმ გარემოთა გამყოფი ზედაპირიდან, რომლებიც განსხვავდება ერთმანეთისაგან:

- ა) სიმკვრივით;
- *ბ) აკუსტიკური წინააღმდეგობით;
- გ) ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარით;
- დ) სიხისტით;
- ე) ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარით და სიხისტით.

15. ულტრაბგერითი სხივის პერპენდიკულარული დაცემისას არეკვლის ინტენსიურობა დამოკიდებულია:

- ა) სიმკვრივის სხვაობაზე;
- *ბ) აკუსტიკური წინააღმდეგობების სხვაობაზე;
- გ) აკუსტიკური წინააღმდეგობების მნიშვნელობებზე;
- დ) აკუსტიკური წინააღმდეგობების მნიშვნელობებზე და სხვაობაზე;
- ე) სიმკვრივისა და აკუსტიკური წინააღმდეგობების სხვაობაზე.

16. სიხშირის ზრდასთან ერთად უკუგაბნევა:

- *ა) იზრდება;
- ბ) მცირდება;
- გ) უცვლელია;
- დ) გარდატყდება;
- ე) ქრება.

17. იმისათვის, რომ გამოვითვალოთ მანძილი ამრეკლ ზედაპირამდე, საჭიროა ვიცოდეთ:

- ა) ჩაქრობა, სიჩქარე და სიმკვრივე;
- ბ) ჩაქრობა და წინააღმდეგობა;
- გ) ჩაქრობა და შთანთქმა;
- *დ) სიგნალის დაბრუნების დრო და სიჩქარე;
- ე) სიმკვრივე და სიჩქარე.

18. ულტრაბგერის გამტარებლობას გრანსლიუსერიდან ალამიანის ქსოვილებში აუმჯობესებს:

- ა) დოპლერის ეფექტი;
- ბ) ქსოვილი, რომელიც აქრობს ულტრაბგერით რხევებს;
- გ) გარდატყვა;
- დ) ულტრაბგერის მაღალი სიხშირე;
- *ე) შემაერთებული (საკონტაქტო) გარემო.

19. მაქსიმალური დოპლერული წანაცვლება აღინიშნება მაშინ, როდესაც დოპლერის კუთხე გოლია:

- ა) 90გრად;
- ბ) 45გრად;
- *გ) 0გრად.

20. სიხშირის დოპლერული წანაცვლება არ არის დამოკიდებული:

- *ა) ამპლიტუდაზე;

- ბ) სისხლის ნაკადის სიჩქარეზე;
- გ) გრანსდიუსერის სიხშირეზე;
- დ) ლოპლერის კუთხეზე.

21. ლოპლერგრაფიის ღრის სპექტრის დამახინჯება (ALIAŠING) არ აღინიშნება, თუ ლოპლერული წანაცვლება იმპულსების გამეორების სიხშირის:

- ა) ნაკლებია;
- ბ) ტოლია;
- გ) მეტია;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- *ე) სწორია ა და ბ.

22. 2-3 ციკლიანი იმპულსები გამოიყენება:

- ა) იმპულსური ლოპლერისათვის;
- ბ) უწყვეტ-ტალღისებური ლოპლერისათვის;
- *გ) შავ-თეთრი გამოსახულების მისაღებად;
- დ) ფერადი ლოპლერისათვის;

23. გარემოში ულტრაბგერითი ტალღა ვრცელდება:

- *ა) გრძივი რხევების სახით;
- ბ) განივი რხევების სახით;
- გ) ელექტრომაგნიტური რხევების სახით;
- დ) სწორხაზოვანი თანაბარი რხევების სახით.

24. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე ჰაეროვან გარემოში კუნთოვან ქსოვილთან შედარებით:

- ა) მაღალია;
- *ბ) დაბალია;
- გ) დამოკიდებულია ტალღის სიხშირეზე;
- დ) დამოკიდებულია ბგერის სიმძლავრეზე.

25. სკანოგრამებზე გამოსაკვლევი ობიექტის საპროექციო არეში მიღებულია ერთმანეთისაგან თანაბრად დაშორებული სამუალო ან სუსტი ინტენსიურობის ხაზოვანი ექოსიგნალები. რა სახის არტეფაქტთან გვაქვს საქმე:

- *ა) რევერბერაცია;
- ბ) ფოკუსური დაშორების არტეფაქტი;
- გ) ცენტრალური სხივის სისქის არტეფაქტი;
- დ) რეფლექსიის არტეფაქტი;
- ე) რეფრაქციის არტეფაქტი.

26. გავრცელების სიჩქარე იმრდება, როდესაც: 1) სიმკვრივე იმრდება, ხოლო სიხისგე არ იცვლება; 2) სიმკვრივე მცირდება, ხოლო სიხისგე არ იცვლება; 3) სიხისგე იმრდება, ხოლო სიმკვრივე არ იცვლება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2;3

27. გავრცელების სიჩქარე დამოკიდებულია:

- ა) სიხშირეზე;
- ბ) ამპლიტუდაზე;
- გ) ტალღის სიგრძეზე;
- დ) პერიოდზე;
- *ე) გარემოზე.

28. თუ მოცემულია გავრცელების სიჩქარე და სიხშირე, შეგვიძლია გამოვთვალოთ: 1) ამპლიტუდა; 2) პერიოდი; 3) ტალღის სიგრძე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2;3

29. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი მახვენებელი არ შეიძლება განვსაზღვროთ დანარჩენების მიხედვით:

- ა) სიხშირე;
- ბ) პერიოდი;
- *გ) ამპლიტუდა;
- დ) ტალღის სიგრძე;

ე) გაგრძელების სიჩქარე.

30. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი მახვენებელი არ შეიძლება განვსაზღვროთ ღანაზრჩენების მიხედვით:

- *ა) სიხშირე;
- ბ) ამპლიტუდა;
- გ) ინტენსიურობა;
- დ) სიმძლავრე;

31. თუ პერპენდიკულარულად ვარდნისას ორი გარემოს იმპედანსები ტოლია, ალგილი არ ექნება:

- ა) არეკვლას;
- ბ) გარდატეხას;
- *გ) სწორია ყველა

32. ულტრაბგერითი გაღამწოდის მუშაობა განპირობებულია შემდეგი პრინციპით:

- ა) ღოპლერის ეფექტი;
- ბ) აკუსტიკურ-ოპტიკური ეფექტი;
- გ) აკუსტიკურ-ელექტრული ეფექტი;
- *დ) პიეზოელექტრული ეფექტი.

33. თუ იმპულსის განმეორების სიხშირე არის 10 კჰც, რომელი ღოპლერული წანაცვლება გამოიწვევს სპექტრის ღამახინჯებას:

- ა) 1 კჰც;
- ბ) 2 კჰც;
- გ) 3 კჰც;
- დ) 4 კჰც;
- *ე) ყველა პასუხი მცღარია.

34. აკუსტიკურ ცვლად სიღიღეს წარმოადგენს:

- *ა) სიხშირე
- ბ) წნევა
- გ) სიჩქარე
- დ) პერიოდი
- ე) ჭალღის სიგრძე

35. ჭალღის პარამეტრების აღმწერ ფორმულაში არ შეღის

- ა) სიხშირე
- *ბ) პერიოდი
- გ) ამპლიტუღა
- დ) ჭალღის სიგრძე
- ე) გაგრძეღების სიჩქარე

36. ულტრაბგერის ფოკუსირება შესაღლებელია

- *ა) ეღემენტოა წყაროების გაზრღებით
- ბ) მრუღე ამრეკვღის გამოყენებით
- გ) ღინზღის გამოყენებით
- დ) ეღემენტოა ფაზირების გამოყენებით
- ე) ყვეღა პასუხი სწორია

37. ექოსიღნალის ღისღალურ ფსევღოგაღღიერებას იწვეღს:

- ა) ძღიერ ამრეკვღი სტრუქტურა
- ბ) ძღიერ მშოანთქმელი სტრუქტურა
- *გ) სუსტი მშოანთქმელი სტრუქტურა
- დ) შეცღომა სიჩქარის განსაზღღრაში
- ე) გარღაგება

38. არეკღიღი ღოპლერული სიღნალის სიმძღავრე პროპორციულია:

- ა) სისღღის ნაკაღის მოცუღობისა
- ბ) სისღღის ნაკაღის სიჩქარისა
- გ) ღოპლერული კუთხისა
- *დ) ქსოვიღოღანი ეღემენტების სიმკვრიღისა
- ე) ყვეღა პასუხი სწორია

ულტრაბგერითი ღიაღნოსტიკა გასტროენტეროღოღიაში

39. ანაღომიურად ღვიღღში გამოყოფენ:

- ა) 6 სეგმენტს;
- *ბ) 8 სეგმენტს;
- გ) 7 სეგმენტს;
- დ) 5 სეგმენტს;
- ე) 4 სეგმენტს.

40. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს წილებს შორის ანატომიურ ორიენტირს არ წარმოადგენს:

- *ა) კარის ვენის ძირითადი ტოცი;
- ბ) ნაღლის ბუშტის სარეცელი;
- გ) ღვიძლის კარი;
- დ) მრგვალი იოგი.

41. ღვიძლის სტრუქტურა ნორმაში წარმოგვიდგება როგორც:

- *ა) წერილმარცვლოვანი;
- ბ) მსხვილმარცვლოვანი;
- გ) მომაგებული ექოგენობის მრავლობითი უბნები;
- დ) დაქვეითებული ექოგენობის უბნები;
- ე) საშუალო ექოგენობის უბნები.

42. ღვიძლის ექოგენობის მომაგება მიგვანიშნებს:

- ა) ღვიძლის ქსოვილის მიერ ულტრაბგერის კარგად გატარებაზე;
- *ბ) ღვიძლის ქსოვილის მიერ ულტრაბგერის გატარების დაქვეითებაზე;
- გ) ულტრაბგერითი აპარატის ხარისხზე;
- დ) ულტრაბგერითი აპარატის სწორ პარამეტრებზე.

43. ელენის გახეთქვის დროს როგორც დამატებითი ნიშანი შეიძლება გამოვლინდეს:

- *ა) თავისუფალი სითხის არსებობა ღუგლასის ფოსოში;
- ბ) კაფსულის ჰიპერექოგენობა დაზიანების მიდამოში;
- გ) კაფსულის ჰიპოექოგენობა დაზიანების მიდამოში;
- დ) სიგნალის დისტალური გაძლიერება დაზიანების ზონის გარეთ.

44. ჩამოთვლილიდან რა არ ახასიათებს პანკრეასს:

- *ა) ჯირკვალის მდებარეობს პერიტონეუმის დრუში;
- ბ) ჯირკვალს არ გააჩნია კარგად გამოხატული კაფსულა;
- გ) ჯირკვალს აქვს წილაკოვანი აგებულება;
- დ) ჯირკვალის მდებარეობს რეტროპერიტონეალურ სივრცეში;

45. ქრონიკული პანკრეატიტის ერთ-ერთი გართულება არის ფსევდოკისტის ჩამოყალიბება. გაურთულებელი ფსევდოკისტა ექოგრაფიულად წარმოგვიდგება, როგორც:

- ა) არასწორკონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისტალურ ფსევდოგაძლიერებას;
- ბ) არასწორი, მკაფიო კონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისტალურ შესუსტებას;
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნი კარგად გამოხატული სქელი კაფსულით;
- *დ) ანექოგენური წარმონაქმნი არასწორი ან სწორი კონტურებით დისტალური სიგნალის ფსევდოგაძლიერებით.

46. ზოგიერთ შემთხვევაში პანკრეასის ფსევდოკისტას აქვს არაერთგვაროვანი სტრუქტურა, რითაც შეიძლება აბსცესს ჰგავდეს. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი შეიძლება გამოიყენოთ ამ ორი სტრუქტურის დიფერენცირებისათვის:

- ა) წარმონაქმნი არსებული კალციფიკაციები;
- *ბ) წარმონაქმნი აირის არსებობა;
- გ) სითხე ღუგლასის ფოსოში;
- დ) სითხე ბადექონის აბგაში;
- ე) 12-გოჯა ნაწლავის პერისგალგიკის დაქვეითება.

47. როგორ უნდა განისაზღვროს მარცხენა წილის სისქე:

- ა) ირიბი სკანირებით;
- ბ) განივი სკანირებით;
- *გ) სიგრძივი სკანირებით;
- დ) მე-8 ნეკნთაშუა სივრციდან.

48. ღვიძლის პარენქიმის ექოგენობა და მისი სისხლძარღვოვანი სურათი ცხიმოვანი დისკროფიის დროს შემდეგნაირია:

- ა) ექოგენობა შეცვლილი არ არის, სისხლძარღვოვანი სურათი მკაფიოა;
- ბ) ექოგენობა დაქვეითებულია, სისხლძარღვოვანი სურათი "მწირია";
- გ) ექოგენობა შერეულია, სისხლძარღვოვანი სურათი მკაფიოა;
- *დ) ექოგენობა მომაგებულია, სისხლძარღვოვანი სურათი "მწირია".

49. ღვიძლის ცხიმოვანი ღისგროფიის სხვა ღიფუმური ღა კეროვანი ღაზიანებისაგან ერთ-ერთი ძირითადი განმასხვავებელი ღიფერენციალურ-ღიაგნოსკიკური ნიშანია:

ა) ღვიძლის პარენქიმის ღიფუმურ-კეროვანი არაერთგვაროვნება სგრუქტურების ღარღვევით, სისხლძარღვოვანი სურათის ღეფორმაციით;

ბ) ორივე წილის ქვეღა კიღის კუთხის გადიღება;

*გ) ექოგენობის მომაგება პარენქიმის სგრუქტურის ღა სისხლძარღვოვანი სურათის შენარჩუნებით;

ღ) ღიფუმურ-კეროვანი არაერთგვაროვნება;

ე) ერთეული მომაგებული ექოგენობის უბნების გამოღვლენა ღვიძლის პარენქიმაში.

50. ღვიძლის არაინფაზიური უღგრაბგერთი გამოკვღვევით შესაძღვებელია სარწმუნოდ ღავაღვინით:

ა) კღინიკური ღიაგნოზი;

ბ) მორფოლოგიური ღიაგნოზი;

*გ) ინსგრუმენგული ღიაგნოზი.

51. აღნიშნეთ ღვიძლის კარღიალური ფიბროზის ღროს ღამახასიათებელი უღგრაბგერთი ნიშანი, რომელიც ვითარღვბა კარღიალური ღეკომპენსაციის ღროს სისხლის მიმოქცევის ღიდ წრეში:

ა) ღვიძლის ზომები მომაგებული არ არის, სისხლძარღვოვანი სურათი "მწირია";

ბ) ღვიძლის ზომების 1,5-2-ჯერ შემცირება, ღვიძლის ვენების ღეფორმაცია;

*გ) ღვიძლის ზომების მომაგება, ღვიძლის ვენების გაგანიერება ღა ღეფორმაცია;

ღ) კარის ვენის გაგანიერება ღა ღეფორმაცია;

ე) სახაღვლე საღინარების გაგანიერება.

52. შეაღარეთ ჩამოთღვლიღი სგრუქტურების ექოგენობა ღა განაღვგეთ ექოგენობის ღაქვეითების მიხეღვით (შუა ხნის ასაკის პირებისათვის):

ა) პანკრეასი > თირკმლის სინუსი > ღვიძლი > ეღენთა > თირკმლის პარენქიმა;

*ბ) თირკმლის სინუსი > პანკრეასი > ღვიძლი > ეღენთა > თირკმლის პარენქიმა;

გ) თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > ღვიძლი > ეღენთა > პანკრეასი;

ღ) პანკრეასი > თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > ღვიძლი > ეღენთა.

53. რომელი მგკიცება არის მცღარი პღვერის ღრუში სითხის ვიზუალიზაციისათვის?

ა) სითხე არის ანექოგენური;

ბ) სითხეში შეიღვბა იყოს შეწონიღი სგრუქტურები;

გ) სითხე შეიღვბა იყოს ჩაპარკული;

ღ) სითხე ისახება ღიაფრაგმის გუმბათის გემოთ;

*ე) სითხე ისახება ღიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ.

54. ციროზის აღრეულ სგაღიაზე ღვიძლის ზომები უფრო ხშირად არის:

ა) ნორმის ფარგღვბში;

ბ) შემცირებული;

გ) შესამჩნეღვად შემცირებული;

*ღ) გაღიღებული.

55. ციროზის გერმინალურ სგაღიაში ღვიძლის ზომები უფრო ხშირად არის:

ა) ნორმის ფარგღვბში;

ბ) მომაგებული მარჯვენა წილის ხარჯზე;

*გ) შემცირებული მარჯვენა წილის ხარჯზე;

ღ) შემცირებული მარჯვენა წილის ხარჯზე;

ე) მომაგებული ორივე წილის ხარჯზე.

56. ციროზის კღასიკურ უღგრაბგერთი სურათის შეესაბაღვბა:

ა) კონგურები სწორი, კიღე მახვიღი;

*ბ) კონგურები არასწორი, ამობურცული, კიღეები ბღაგვი;

გ) კონგურები სწორი, კიღეები მომრგვაღებული;

ღ) კონგურები არასწორი, ღაკბიღული, კიღე მახვიღი;

ე) კონგურები სწორი, კიღე ბღაგვი.

57. ღვიძლის ციროზის ღროს მისი პარენქიმის სგრუქტურა უღგრაბგერთი გამოკვღვევით უხშირეღვად:

ა) ერთგვაროვანია;

ბ) წვრიღმარცვლოვანია;

გ) მსხვიღმარცვლოვანია;

*ღ) ღიფუმურად არაერთგვაროვანია.

58. პორტული ჰიპერტენზიის ექოსკოპიურ ნიშანს არ წარმოღღვენს:

ა) ეღენთის ვენის ღიამეტრის გაფართოება 6 მმ-ზე მეღვად;

ბ) კარის ვენის ღვიძლგარეთა ნაწილის გაფართოება 14 მმ-ზე მეტად;

*გ) ნაღვლის ბუშის გადიდება;

დ) ელენის გადიდება;

ე) პორტო-კავალური ანასტომოზების გამოვლენა;

59. მიუთითეთ უფრო ხშირად როგორ იცვლება ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციის მისი კონტურები და კიდეები:

ა) კონტურები უსწორმასწორო, ბორცვისებრი, მახვილი კიდეები;

ბ) არასწორი კონტურები, ბლაგვი კიდეები;

*გ) სწორი კონტურები, მომრგვალებული კიდეები;

დ) ბორცვისებრი კონტურები, მომრგვალებული კიდეები;

ე) სწორი კონტურები, მახვილი კიდეები.

60. მიუთითეთ დამატებითი ნიშნები, რომლებიც არ გვეხმარება ღვიძლის კარდიალური ფიბროზის დიაგნოსტიკაში: 1) თავისუფალი სითხის გამოვლენა მუცლის ღრუს ლაგერალურ ღარში, მცირე მენჯში; 2) თავისუფალი სითხის არარსებობა მუცლის და პლევრის ღრუებში; 3) გულის კამერების გაფართოება; 4) სითხის გამოვლენა პლევრის ღრუებში;

ა) 1

*ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 3;4

61. მუცლის ბლაგვი ტრავმის დროს ღვიძლის გახეთქვის უმთავრეს ექსკოპიურ ნიშნებს არ მიეკუთვნება:

ა) ღვიძლის კონტურის (კაფსულის) ლოკალური დამიანება;

ბ) ღვიძლის პარენქიმაში ჰიპოანექოგენური, ხშირად არასწორკონტურებიანი წარმონაქმნი;

*გ) მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის არსებობა;

დ) მუცლის ღრუში მზარდი ოლენობის თავისუფალი სითხის არსებობა;

62. ღვიძლის მეგასტამური კვანძების ექოგრაფიული სურათის ხასიათი საკმარის პირობას წარმოადგენს მათი ჰისტოლოგიური სტრუქტურის განსაზღვრისათვის :

ა) კი;

*ბ) არა;

გ) ზოგჯერ.

63. ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციის კეროვანი ფორმების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვან ნიშანს არ წარმოადგენს:

*ა) ღვიძლის ზომები;

ბ) შეცვლილი უბნის კონტურები;

გ) შეცვლილი უბნის სტრუქტურა;

დ) სისხლძარღვოვანი სურათის მდგომარეობა;

ე) ექოგენობის ხასიათი.

64. ღვიძლის კეროვანი დამიანების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვან ნიშანს არ წარმოადგენს:

ა) შეცვლილი უბნის კონტურები;

ბ) შეცვლილი უბნის სტრუქტურა;

გ) სისხლძარღვოვანი სურათის მდგომარეობა;

დ) ექოგენობის ხასიათი;

*ე) ქველა ღრუ ვენის შიგნითა ღიაბეჭი.

65. ღვიძლის ჰემანგიომის ექოგრაფიული სურათი საჭიროებს დიფერენცირებას:

ა) ღვიძლის კეროვან ფიბროზთან;

ბ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციის კეროვან ფორმასთან;

გ) ღვიძლის მეგასტამურ დამიანებასთან;

დ) ღვიძლის პირველად კიბოსთან;

*ე) ყველა პასუხი სწორია

66. ღვიძლის კავერნოზული ჰემანგიომის ექოგრაფიული სურათი დიფერენცირებული უნდა იქნას:

ა) ღვიძლის კისტებთან;

ბ) ღვიძლის ექნოკოკომთან და ალვეოკოკომთან;

გ) ღვიძლის მეგასტამურ დამიანებასთან;

დ) ღვიძლის პირველად კიბოსთან;

*ე) ყველა პასუხი სწორია;

67. კეროვანი დამიანების (ექინოკოკმე ეჭვის) დიფერენციალური დიაგნოსტიკის მიზნით ღვიძლის მოცულობითი წარმონაქმნის პუნქცია შეიძლება ჩატარებული იქნას მხოლოდ შემდეგი პირობით:

- ა) წარმონაქმნის კაუსულის კალციფიკაციის ვიზუალიზაცია;
- ბ) წარმონაქმნის ღრუში ხარისხების ვიზუალიზაცია;
- გ) წარმონაქმნის ღრუში ჩანარების ვიზუალიზაცია;
- *დ) სეროლოგიური სინჯების უარყოფითი შედეგების მიღება;

68. ღვიძლის კეროვანი დაზიანების ხასიათის ეფექტური ვერიფიცირებისათვის უმეტეს შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იქნას:

- ა) რენტგენოლოგიური კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა;
- გ) ექოსკოპიური გამოკვლევა;
- დ) რადიონუკლიდური გამოკვლევა;
- *ე) პუნქციური ბიოფსია ვიზუალური (ექოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია) კონტროლით.

69. ღვიძლის არაინფაბიური ექოგრაფია უმრავლეს შემთხვევაში საშუალებას გვაძლევს:

- ა) ღვადაღინოთ დაზიანების ნომოლოგიური ხასიათი;
- ბ) მოვადინოთ ქსოვილის ჰისტოლოგიური ცვლილებების ხასიათის ვერიფიცირება;
- *გ) გამოვავლინოთ ღვიძლის ან კეროვანი დაზიანება და ღვადაღინოთ მისი ხარისხი;
- დ) ღვადაღინოთ კლინიკური დიაგნოზი;
- ე) მოვადინოთ ლაბორატორიული გამოკვლევების ვერიფიცირება.

70. სიგნალის გაგრძელების შემდეგ ღვიძლის უკანა ნაწილებში უფრო ხშირად მიუთითებს:

- ა) ულტრაბგერითი დანადგარის არასწორ დაყენებაზე;
- *ბ) ღვიძლის ღვიძლურ დაზიანებაზე;
- გ) ღვიძლის კეროვან დაზიანებაზე;
- დ) საკვებში ალსორბენტების არსებობაზე;
- ე) პაციენტის მოუმზადებლობაზე გამოკვლევისათვის.

71. ჰეპატოლიენალური სინდრომისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ღვიძლის და ელენთის ზომების მომატება, კარის ვენის შესაძლო ცვლილებებით;
- ბ) ელენთის გადიდება;
- გ) პორტული სისტემის გაგანიერება;
- დ) ღვიძლის და ელენთის პარენქიმის ექოგენობის მომატება.

72. პორტული ჰიპერტენზიის საწყისი ეტაპისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ღვიძლის და ელენთის ზომების მომატება კარის ვენის გაგანიერებით;
- ბ) ღვიძლის ზომების შემცირება, გადიდებული ელენთის და კარის ვენის ნორმალური მდგომარეობის ფონზე;
- გ) ღვიძლი ნორმის ფარგლებში, ელენთა გადიდებული, კარის ვენის დიამეტრი შემცირებული;
- დ) ღვიძლის მარცხენა წილის და ელენთის ზომების გადიდება მათი ექოგენობის მომატებით.

73. ცხიმოვანი ჰეპატოზის დროს გვაქვს შემდეგი სურათი:

- *ა) ნორმალური ზომის ღვიძლი, პარენქიმის ექოგენობის მომატებით და პერიფერიაზე ტუბულარულ (სისხლძარღვოვანი) სტრუქტურათა რაოდენობის შემცირებით;
- ბ) ღვიძლის ზომები მომატებულია, მისი ექოგენობა დაქვეითებული;
- გ) ღვიძლის ზომები შემცირებულია, ექოგენობა მომატებული, პორტული სისტემა დილატირებულია.

74. ღვიძლის კისტის დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია:

- *ა) ღვიძლის პარენქიმაში სწორ კონტურებიანი ჰიპოექოგენური ან ანექოგენური წარმონაქმნების არსებობაზე;
- ბ) ღვიძლის პარენქიმაში სოლიდური წარმონაქმნების არსებობაზე;
- გ) არაერთგვაროვანი პოლიმორფული სწორ კონტურებიანი წარმონაქმნების არსებობაზე;
- დ) სხვადასხვა სიმკვრივის ინფილტრაციული წარმონაქმნების არსებობაზე.

75. ღვიძლის პირველადი კიბოსათვის დამახასიათებელია:

- *ა) პოლიმორფული წარმონაქმნი, რომელსაც ღვიძლის გარკვეული ნაწილი უჭირავს;
- ბ) ჰიპოექოგენური კისტოზური წარმონაქმნი ღვიძლის რომელიმე ნაწილში;
- გ) პორტული ჰიპერტენზია;
- დ) ღვიძლის ზომების მომატება მისი სტრუქტურის შეუცვლელად.

76. ღვიძლის ჰემანგიომისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ერთეული ან მრავლობითი ჰიპერექოგენური წერილმარცვლოვანი სტრუქტურის მქონე წარმონაქმნების არსებობა;
- ბ) ერთეული ჰიპოექოგენური კისტოზური წარმონაქმნები;
- გ) სოლიდური არაერთგვაროვანი წარმონაქმნების არსებობა;
- დ) ღვიძლის ზომების მომატება სტრუქტურის შეუცვლელად.

77. ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანებისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) პოლიმორფული ოვალური ფორმის სხვადასხვა ექოგენურობის და სტრუქტურის მქონე წარმონაქმნები, რომლებიც ღვიძლის არქიტექტონიკის შეცვლას იწვევს;
- ბ) კისტოზური მკაფიო კონტურების მქონე წარმონაქმნები;
- გ) ღვიძლის არასწორი კონტურები და ღვიძლის ქსოვილის ექოგენობის მკვეთრი მომაგება.

78. ღვიძლის ექინოკოკისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) მომრგვალო, ინკაფსულირებული კისტა, კედლისამყოლი წარმონაქმნებით;
- ბ) ღვიძლის სოლილური წარმონაქმნი;
- გ) ღვიძლის არაერთგვაროვანი წარმონაქმნი;
- დ) ღვიძლის ზომების მომაგება.

79. შეგუბებითი ღვიძლისათვის, გულის უკმარისობის დროს, დამახასიათებელია:

- *ა) ღვიძლის ზომების მომაგება, ექოგენობის დაქვეითება და ღვიძლში ვენების გაგანიერება;
- ბ) ღვიძლის ზომების მომაგება, ექოგენობის მომაგება და ღვიძლში ვენების გაგანიერება;
- გ) ღვიძლის ზომების მომაგება, სტრუქტურის არაერთგვაროვნება;
- დ) ღვიძლის ზომების შემცირება, ექოგენობის მომაგება და კარის ვენის ძირითადი ტოტის გაგანიერება.

80. მწვავე ჰეპატიტისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ღვიძლის ზომების მომაგება ექოგენობის დაქვეითებით, პერიფერიამე მილაკოვანი სტრუქტურების რაოდენობის შემცირება;
- ბ) ღვიძლის ზომების მომაგება, პარენქიმის ექოგენობის მომაგება;
- გ) ღვიძლის ზომების მომაგება, პარენქიმის ექოგენობის მომაგება;
- დ) ღვიძლის ნორმალური ზომები, არაერთგვაროვანი პარენქიმა დარღვეული არქიტექტონიკით.

81. პორტო-პორტული ანასტომოზები წარმოადგენს:

- ა) ანასტომოზებს კარის ვენის ძირითად ღეროსა და ელენთის ვენას შორის;
- ბ) ანასტომოზებს კარის ვენის ძირითად ღეროსა და ჯორჯლის ზედა ვენას შორის;
- გ) ანასტომოზებს კარის ვენის ძირითად ღეროსა და ქვემო ღრუ ვენის ტოტებს შორის;
- *დ) ანასტომოზებს კარის ვენის ძირითად ღეროსა და მის ღვიძლში ტოტებს შორის;

82. მკვეთრად გამოხატული პორტული ჰიპერტენზია შეიძლება განვითარდეს შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) ღვიძლის პარენქიმის გამოხატული დიფუზური დამიანებისას (ციროზი);
- ბ) დიდი მოცულობითი წარმონაქმნების განლაგებისას ღვიძლ-თორმეტიჯოჯა იოჯის არეში მის კომპონენტებზე მეწოლით ან პანკრეასის ყელის არეში;
- გ) სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში დარღვევების დროს;
- დ) მოცულობითი წარმონაქმნის განლაგებისას ღვიძლის კარში;
- ე) მოცულობითი წარმონაქმნის განლაგებისას ღვიძლის პერიფერიულ მიდამოებში, რომლებიც მდიდარია მცირე ზომის პორტული სისხლძარღვებით;
- *ვ) სწორია ა, ბ და დ;

83. სუბდიაფრაგმული აბსცესი ისახება:

- ა) ფილტვის ქვედა კიდის კონტურსა და დიაფრაგმის გუმბათის კონტურს შორის;
- *ბ) დიაფრაგმის გუმბათის კონტურსა და ღვიძლის ან ელენთის კაფსულას შორის;
- გ) ღვიძლისა და ელენთის ვისცერული ზედაპირის ქვეშ;
- დ) მუცლის ღრუს ნებისმიერ ადგილას დიაფრაგმის ღონის ქვემოთ;
- ე) ღვიძლის (ან ელენთის) კაფსულის კონტურსა და პარენქიმის ძირითად მასას შორის.

84. ღვიძლქვეშა აბსცესი ისახება:

- ა) ფილტვის ქვედა კიდის კონტურსა და დიაფრაგმის გუმბათის კონტურს შორის;
- ბ) დიაფრაგმის გუმბათის კონტურსა და ღვიძლის ან ელენთის კაფსულას შორის;
- *გ) ღვიძლის ვისცერული ზედაპირის ქვემოთ;
- დ) მუცლის ღრუს ნებისმიერ ადგილას დიაფრაგმის ღონის ქვემოთ;
- ე) ღვიძლის (ან ელენთის) კაფსულის კონტურსა და პარენქიმის ძირითად მასას შორის;

85. კარის ვენის დამეტრი მერყეობს:

- ა) 7-8 მმ;
- ბ) 5-8 მმ;
- გ) 15-20 მმ;
- დ) 17-21 მმ;
- *ე) 9-14 მმ.

86. ღვიძლის ვენები ისახება როგორც:

- ა) მილოვანი სტრუქტურები მაღალი ექოგენური კედლებით;
- ბ) მილოვანი სტრუქტურები არამკაფიო კედლებით;
- *გ) მილოვანი სტრუქტურები არამკაფიო კედლებით და გამოხატული სანათურით;

დ) ოვალური ექონეგატიური სტრუქტურები, რომელიც ღვიძლის მთელ ჭრილზეა გაფანტული.

87. ღვიძლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა ღრის რეალურ მასშტაბში რუხი შკალით ფერადი დოპლეროგრაფიის გამოყენებით საშუალებას არ გვაძლევს:

- ა) რეალურად შევაფასოთ ან განვსაზღვროთ ღვიძლის ზომები;
- ბ) შევაფასოთ ღვიძლის სტრუქტურა;
- *გ) შევაფასოთ ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა;
- დ) გამოვავლინოთ ღვიძლის სხვადასხვა ეციოლოგიის დიფუზური დაზიანება;
- ე) გამოვავლინოთ სხვადასხვა ეციოლოგიის კეროვანი დაზიანება;

88. რას საჭიროებს პაციენტი ღვიძლის ჰემანგიომის ექოგრაფიული დიაგნოზის დადგენის შემდეგ:

- ა) ყოველთვის დინამიკურ დაკვირვებას;
- *ბ) განმეორებით გამოკვლევას 1-1,5 თვის, 3 თვის შემდეგ, წელიწადში ორჯერ;
- გ) დინამიკურ დაკვირვებას წელიწადში ერთხელ;
- დ) დინამიკური დაკვირვება შეუძლებელია, რადგან წარმონაქმნი საჭიროებს ოპერაციულ ჩარევას;
- ე) აბსოლუტური კეთილთვისებიანობის გამო განმეორებითი გამოკვლევა საჭირო არ არის.

89. ღვიძლის პოლიკისტოზთან ერთად უფრო ხშირად გვხვდება შემდეგი ორგანოების პოლიკისტოზი: 1) თირკმლის; 2) პანკრეასის; 3) ელენთის; 4) საკვერცხის;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

90. ნაღვლის ბუშტის კონკრეტული უფრო ხშირად ისახება როგორც:

- ა) ინკაფსულირებული სტრუქტურა;
- ბ) სოლიდური წარმონაქმნი;
- *გ) ჰიპერექოგენური მრუდხაზოვანი სტრუქტურა;
- დ) სტრუქტურა, რომელიც არ ირეკლავს ულტრაბგერას;
- ე) ჰიპერექოგენური სოლიდური წარმონაქმნი.

91. ნაღვლის ბუშტის შეუცვლელი კედელი პორტატულ და საშუალო კლასის ექოსკოპიურ აპარატებზე ისახება როგორც:

- *ა) ერთშიანი თხელი (წვრილი) ჰიპერექოგენური ექოსტრუქტურა;
- ბ) ორშიანი ჰიპერექოგენური სტრუქტურა;
- გ) სამშიანი შერეული ექოგენობის სტრუქტურა;
- დ) ხუთშიანი შერეული ექოგენობის სტრუქტურა;
- ე) არათანაბრად გასქელებული ჰიპერექოგენური ხაზი.

92. ნაღვლის ბუშტის ღრუს ექოსტრუქტურა ისახება როგორც:

- *ა) ექონეგატიური სივრცე;
- ბ) ექონეგატიური სივრცე ხაზოვანი ექოსიგნალებით ნაღვლის ბუშტის უკანა კედლის გასწვრივ ყელის მიდამოში;
- გ) ექონეგატიური სივრცე ხაზოვანი ექოსიგნალებით ნაღვლის ბუშტის წინა კედლის გასწვრივ;
- დ) ექონეგატიური სივრცე წვრილმარცვლოვანი შიგთავსით;
- ე) ნაღვლის ბუშტის ღრუ ნორმის დროს არ ვიშუალირდება.

93. ღვიძლის სოლიდური მეტასტაზური კვანძის ექოგრაფიული სურათისათვის დამახასიათებელი არ არის:

- *ა) დისტალური ფსევდოგადლიერების ეფექტი;
- ბ) დისტალური შესუსტების ეფექტი;
- გ) ღვიძლის სისხლძარღვოვანი სურათის დეფორმაცია;
- დ) ღვიძლის კონტურების ღარღვევა;

94. ღვიძლის აღნომის ყველაზე სარწმუნო ექოსკოპიურ ნიშანს ჩამოთვლილთაგან წარმოადგენს:

- ა) წარმონაქმნის დიდი ზომები;
- ბ) არამკვეთრი, არასწორი, ხორკლიანი კონტურები;
- გ) წარმონაქმნის მცირე ზომები;
- დ) ჰიპერექოგენური H-ლო-ს არსებობა;
- *ე) შედარებით სწორი და მკვეთრი კონტური.

95. ღვიძლის კვანძოვანი ჰიპერპლამიის ექოსკოპიური სურათია:

- ა) უბეში დეფორმაციის (დანაოჭების) უბანი ღვიძლის პარენქიმაში;
- ბ) მოცულობითი წარმონაქმნი არამკვეთრად გამოხატული ჰიპერექოგენური კაფსულით;
- *გ) პარენქიმის ციროზული ცვლილებების მსგავსი არაერთგვაროვნების უბანი;
- დ) სოლიდური სტრუქტურის მრავალკვანძოვანი მოცულობითი წარმონაქმნი;

ე) სოლიდურ-კისტოზური სტრუქტურის მრავალკვანძოვანი მოცულობითი წარმონაქმნი.

96. შეიძლება თუ არა ექოსკოპიური გამოკვლევის მიხედვით ნაღვლის ბუშტის სიმსივნის ჰისტოლოგიის დადგენა?

- ა) ღიახ, ყოველთვის;
- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) ღიახ, იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნეში რღვევის უბნები არსებობს;
- დ) ღიახ, სიმსივნეში კალციფიკაციების არსებობისას.

97. ექოსკოპიური კვლევისას სიმსივნის ინვაზიური ზრდის ნიშანია:

- ა) ანექოგენური არშია;
- *ბ) არამკვეთრი საზღვრები;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურის მკვეთრი არაერთგვაროვნება;
- დ) ანექოგენური ზონა არასწორი კონტურებით წარმონაქმნის ცენტრალურ ნაწილში;

98. ნაღვლის ბუშტის კიბოს ექოსკოპიურ ნიშანს არ წარმოადგენს:

- ა) მოცულობითი წარმონაქმნი ღრუში, კელელში ან ნაღვლის ბუშტის გარეთ;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის არასწორი შიგა და გარე კონტურები კელის არათანაბარ ცვლილებებთან (გასქელება, არაერთგვაროვნება და ა.წ.) ერთად, ანთებითი პროცესის კლინიკის არარსებობის ფონზე;
- გ) სტრუქტურის არაერთგვაროვანი ხასიათი, შერეული ექოგენობა;
- *დ) სტრუქტურის გადახანცვლება სხეულის მდგომარეობის შეცვლის დროს.

99. ნაღვლის ბუშტის პოლიპომის ექოსკოპიურ ნიშნებს არ მიეკუთვნება:

- ა) ერთი ან რამდენიმე მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობა ნაღვლის ბუშტის ღრუში;
- ბ) კელისმიური განლაგება ნაღვლის ბუშტის ღრუში;
- გ) სტრუქტურის ერთგვაროვნება;
- *დ) გადაადგილება სხეულის მდგომარეობის შეცვლის დროს, აკუსტიკური ჩრდილის გამოვლენა;

100. ნაღვლის ბუშტის ღრუ ჩვეულებრივი ექოსკოპიური გამოკვლევის დროს ვიზუალიზდება როგორც ექონეგატიური სივრცე:

- ა) მაქსიმალური ფიზიოლოგიური შეკუმშვის ფაზაში;
- ბ) მთლიანად კენჭებით ამოვსების დროს;
- გ) ფაიფურისმაგვარი ნაღვლის ბუშტის დროს;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დროს.

102. ყველაზე უფრო ხშირად ანომალიებიდან გვხვდება:

- ა) ნაღვლის ბუშტის მდებარეობის ანომალია;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის რაოდენობის ანომალია;
- *გ) ნაღვლის ბუშტის ფორმის ანომალია;
- დ) ნაღვლის ბუშტის ზომის ანომალია;

103. მიუთითეთ ნაღვლის ბუშტის ის ანომალიები, რომლებიც არ შეესაბამება სინამდვილეს:

- ა) მდებარეობის ანომალია;
- ბ) აგებულების ანომალია;
- *გ) ფუნქციური ანომალია;
- დ) რაოდენობრივი ანომალია;
- ე) ფორმის ანომალია;
- ვ) ზომის ანომალია.

104. საერთო მეორადი ექოგრაფიული ნიშნები სანაღვე სადინრების გაგანიერების სახით გააჩნია ყველა ჩამოთვლილ პათოლოგიას, გარდა:

- ა) ქოლელქოლითიაში;
- ბ) ნაღვლის გამომგანი სადინარების კიბო, ღვიძლის საერთო სადინარის კიბო;
- *გ) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- დ) პანკრეასის თავის კიბო;
- ე) ფაგერის ღვრილის კიბო.

105. ულტრაბგერითი გამოკვლევა დროის რეალურ რეჟიმში რუხი შკალით საშუალებას გვაძლევს სარწმუნოების მაღალი ხარისხით მოვახდინოთ მწვავე და ქრონიკული ქოლეცისტიტის დიფერენცირება:

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) არასოდეს;
- *გ) მხოლოდ შესაფერისი მორფოლოგიური ცვლილებებისას ნაღვლის ბუშტში;
- დ) მხოლოდ შესაფერისი ფუნქციური ცვლილებებისას ნაღვლის ბუშტში.

106. მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელ ექოგრაფიულ სურათს გამოხატული მორფოლოგიური ცვლილებებით შეიძლება ჰქონდეს შემდეგი ნიშნები:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, თხელი, ერთშირიანი კელელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ან მომაგებული ზომები, არაერთგვაროვანი, თხელი, ჰიპერექტოგენური კელელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;
- გ) ხშირად ნაღვლის ბუშტის გადიდებული ზომები, გასქელებული, არაერთგვაროვანი კელელი, მომაგებული ექოგენობის ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, უსწორმასწოროდ გასქელებული, შრეობრივ-არაერთგვაროვანი კელელით, შერეული ექოგენობის ჰიპო-, იმო-, ჰიპერექტოგენური უბნებით;, არაერთგვაროვანი ან ღრუში ექოგენური ჩანართით;
- ე) სხვადასხვა ზომის ნაღვლის ბუშტი, უსწორმასწოროდ გასქელებული, არაერთგვაროვანი, კელელი ზომიერად და მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, არაერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნების მქონე ღრუ;
- ვ) ნაღვლის ბუშტის ზომები მომაგებულია, კელელი ზოგჯერ თხელი, მომაგებული ექოგენობის, ზოგჯერ უმნიშვნელოდ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

107. ღვიძლგარეთა ნაღვლის საღინარების კიბოს ექოგრაფიული სურათი აუცილებელია დიფერენცირებული იქნას შემდეგი პათოლოგიების ექოგრაფიულ სურათთან:

- ა) ქოლელქოლითიაზი;
- ბ) ლიმფადენოპათია ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგის უბანში;
- გ) პანკრეასის თავის კიბო;
- *დ) ფაგერის ღვრილის კიბო;
- ე) ყველა პასუხი სწორია;

108. ქრონიკული ქოლციციტიტისათვის, გამწვავების სტადიაში, დამახასიათებელია შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშირიანი თხელი კელელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ან მომაგებული ზომები, ჰიპერექტოგენური, არაერთგვაროვანი თხელი კელელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;
- გ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, გასქელებული არაერთგვაროვანი კელელი მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, არაერთგვაროვანი, ზოგჯერ შრეობრივ-ჰიპოექტოგენური უბნებით, კელელი ზომიერად, მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნებით;
- ე) მნიშვნელოვნად მომაგებული ნაღვლის ბუშტის ზომები, კელელი ზოგჯერ თხელი, მომაგებული ექოგენობის, ზოგჯერ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

109. ნაღვლის ბუშტის წყალმანკისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშირიანი თხელი კელელი, ერთგვაროვანი, ექონეგატიური ღრუ;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, არაერთგვაროვანი, ჰიპერექტოგენური კელელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;
- გ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, გასქელებული, არაერთგვაროვანი კელელი მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, შრეობრივ-არაერთგვაროვანი კელელი შერეული ექოგენობის (ჰიპო-, იმო- და ჰიპერექტოგენური უბნებით), ღრუ ერთგვაროვანი ან ექოგენური ჩანართით;
- ე) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, არაერთგვაროვანი, ზოგჯერ შრეობრივი კელელი ზომიერად და მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, ერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნები ღრუში;
- ვ) ნაღვლის ბუშტის მნიშვნელოვნად მომაგებული ზომები, კელელი ზოგჯერ თხელია, მომაგებული ექოგენობის, ზოგჯერ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

110. ღვიძლის ვენებისა და კარის ვენის გოგების განსხვავების საუკეთესო მეთოდია:

- ა) მათი დიამეტრის გამოთვა იმის გათვალისწინებით, რომ ისინი კარის ვენის გოგებზე გაცილებით უფრო წვრილია;
- *ბ) ვენების დათვალიერება მთელ სიგრძეზე, მათი ფორმირების ადგილიდან შესართავამდე;
- გ) ღვიძლის ვენების პულსაციის ვიზუალიზაცია;
- დ) ღვიძლის ვენების კელების სისქის შეფასება იმის გათვალისწინებით, რომ ღვიძლის ვენებს სქელი კელეები აქვს.

111. ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფია შეიძლება ხშირად ისახებოდეს შემდეგ შემთხვევებში, გარდა:

- ა) გულის უკმარისობა;
- ბ) სიმსუქნე;
- გ) ღვიძლის ალკოჰოლური დაზიანება;
- *დ) თირკმლის უკმარისობა.

112. "კისტა კისტაში" (შვილეული კისტები) წარმოადგენს კლასიკურ მაგალითს ჩამოთვლილი დაავადებებიდან ერთ-ერთისათვის:

- ა) ღვიძლის პოლიკისტოზი;
- ბ) ჰეპატომა;
- გ) კავერნოზული ჰემანგიომა;
- *დ) ექინოკოკური კისტა;
- ე) ფსევდოკისტა;

114. დაავადების კლინიკური სურათი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ცხელება, ტკივილები მარჯვენა ფერდქვეშა არეში და

ლეიკოციტოზი, საშუალებას გვაძლევს, ღვიძლის ექოსკოპიური კვლევისას, ვივარაუდოთ შემდეგი პათოლოგიის აღმოჩენა:

- *ა) აბსცესი;
- ბ) ჰეპატომა;
- გ) ჰემანგიომა;
- დ) ჰემატომა;
- ე) მეტასტაზები;

115. ელენთაში ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები:

- ა) ფიბრომა;
- ბ) ოსტეომა;
- გ) ქონდრომა;
- *დ) კავერნოზული ჰემანგიომა;
- ე) ანგიოლიომიოლიპომა;

116. ნაღვლის ბუშტის გამოხატულ მწვავე ანთებით პროცესს აქვს შემდეგი დამახასიათებელი ექოგრაფიული ნიშნები: 1) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშირიანი თხელი კედელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ; 2) ნორმალური ან გადიდებული ნაღვლის ბუშტი, არაერთგვაროვანი, თხელი, ჰიპერექოგენური კედელი, ღრუში არაერთგვაროვანი შიგთავსი; 3) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, გასქელებული არაერთგვაროვანი კედელი, ღრუ ექონეგატიური ან არაერთგვაროვანი შიგთავსით; 4) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, შრეობრივ-არაერთგვაროვანი კედელი, შერეული ექოგენობის (ჰიპო-, იპო-, ჰიპერექოგენური უბნებით). ღრუ არაერთგვაროვანი ან ექოგენური ჩანართით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 3;4

117. ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის ექოგრაფიულ სურათზე ჩვეულებრივ არ აღინიშნება:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ზომების მნიშვნელოვნად მომატება;
- *ბ) ღვიძლშია სანაღველე გზების გაფართოება;
- გ) ნაღვლის ბუშტის ექოგრაფიული სურათის თანდათანობითი ცვლილება - ნაღვლის ექოგენობის მომატება;
- დ) კონკრემენტების შესაძლებელი გამოვლენა, რომელიც ნაღვლის ბუშტის ყელშია განლაგებული ან მნიშვნელოვნად გასქელებული კედლები ყელის ნაწილში.

118. ნაღვლის ბუშტის შემოსაზღვრული აღენომიომატოზი წარმოადგენს დისპლაზიურ პროცესს, რომლის შედეგად შეიძლება გამოვლენილი იქნას:

- ა) ნაღვლის ბუშტის კედლის არათანაბარი გასქელება ყველა მიდამოში, უპირატესად ლორწოვანი გარსის მიდამოში ჰიპერ- და ანექოგენური უბნებით და მრავლობითი პოლიპებით;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის კედლის არათანაბარი გასქელება ზოგიერთ უბანში, უპირატესად ლორწოვანი გარსის მიდამოში ჰიპერ- და ანექოგენური უბნებით და მრავლობითი პოლიპებით;
- გ) ნაღვლის ბუშტის კედლის მრავლობითი გასქელებული ცალკეული უბნები, "კრიალოსნის" ტიპის, მთელი კონტურის გაყოლებაზე კუნთოვანი შრის მიდამოში;
- დ) ნაღვლის ბუშტის კედლის მრავლობითი შერწყმული უბნები "კრიალოსნის" ტიპის, მთელი კონტურის გაყოლებაზე კუნთოვანი შრის მიდამოში;
- ე) ნაღვლის ბუშტის გარეთა კონტურზე მრავლობითი მცირე და საშუალო (3-5 მმ და 4-7 მმ) ზომის წარმონაქმნები სეროზული გარსის მიდამოში;

119. პარავეზიკური აბსცესის ზოგიერთ დიფერენციალურ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს სხვა სითხოვანი სტრუქტურებისაგან წარმოადგენს: 1) ნაღვლის ბუშტის ღრუსთან კავშირის გამოვლენა; 2) აბსცესის კედლების განსხვავების გამოვლენა ნაღვლის ბუშტის კედლებისაგან სტრუქტურის და ექოგენობის მიხედვით; 3) ექოგრაფიული სურათის დინამიკური ცვლილებები; 4) ინფილტრაციის ზონის გამოვლენა პარავეზიკურად წარმონაქმნის ირგვლივ; 5) თვით აბსცესის მომატებული ექოგენობა;

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

120. ნაღვლის ბუშტის დივერტიკულის პარავეზიკური აბსცესისაგან განმასვავებელ ერთ-ერთ ექოგრაფიულ ნიშანს წარმოადგენს:

- *ა) ნაღვლის ბუშტის ღრუსა და სითხოვან სტრუქტურებს შორის კავშირის არსებობა;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის ღრუსა და სითხოვან სტრუქტურას შორის კავშირის არარსებობა;
- გ) დივერტიკულის ღრუში შეწონილი ნაწილების გამოვლენა.

121. ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი დროში უცვლელი სითხოვანი წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ნაღვლის

ბუშტის ქვედა მედიალურ ან ლაგერალურ კელეთან, აქვს თბელი და მკაფიო კელეები ექონეგაგიური შიგთავსით, რომელიც არ გადაადგილდება - უმრავლეს შემთხვევაში შეესაბამება:

- ა) პარაფეზიკურ აბსცესს;
- ბ) წვრილი ნაწლავის მარყუქს სითბოვანი შიგთავსით;
- გ) ღვიძლის კისტას;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის დივერტიკულს;
- ე) პანკრეასის კისტას;

122. მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ნაღვლის ბუშტის კელის ლოკალური გამობერილობა;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის კელის არათანაბარი დამიანება;
- გ) ნაღვლის ბუშტის ღრუს ნაწიბუროვანი ლეფორმაცია;
- დ) ნაღვლის ბუშტის კელის განლევა;
- ე) ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება.

123. ზომიერად გამოხატული პნევმობილის მიზეზს, ჩვეულებრივ, არ წარმოადგენს:

- ა) სანაღვლე გზებზე ჩატარებული ოპერაცია;
- ბ) მწვავე ჩირქოვანი ქოლანგიტი;
- გ) ნაღვლის ბუშტ-ნაწლავის ფისტულა;
- *დ) ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება;
- ე) მწვავე ქოლეცისტიტი;

124. ქოლედოქლითიაზის ულტრაბგერით ნიშნებს შეიძლება მივაკუთვნოთ ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი გარდა:

- ა) ნაღვლის ბუშტის გადიდება;
- ბ) სანაღვლე გზების გაგანიერება ობსტრუქციის გემთით;
- გ) შიპერექტოგენური სტრუქტურის არსებობა ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების სანათურში;
- *დ) კონკრემენტის არსებობა ნაღვლის ბუშტში ან ღვიძლშიდა სანაღვლე გზებში.

125. ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების კონკრემენტის ვიზუალიზაციის ეფექტიანობა არ არის დამოკიდებული:

- ა) სადინარის გაგანიერების ხარისხზე;
- *ბ) კონკრემენტის ქიმიურ შედგენილობაზე;
- გ) კონკრემენტით გამოწვეული ობსტრუქციის ღონებზე;
- დ) კონკრემენტის ზომაზე;
- ე) პაციენტის მომზადებაზე.

126. ნაღვლის ბუშტის აღენომატოზურ პოლიპს გააჩნია შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) საშუალო ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, საკმაოდ ერთგვაროვანი შიგნითა სტრუქტურით, რომელიც ნელა გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- *ბ) საშუალო ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, ერთგვაროვანი შიგნითა სტრუქტურით, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- გ) შერეული ექოგენობის კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნი, ერთგვაროვანი სტრუქტურით, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- დ) შერეული ექოგენობის კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნი, ერთგვაროვანი სტრუქტურით, რომელიც გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- ე) შერეული ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, გამოხატული შიგნითა ერთგვაროვანი სტრუქტურით, რომელიც გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- ვ) მომაგებელი ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, ერთგვაროვანი სტრუქტურით, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს.

127. ნაღვლის ბუშტის ღრუში არსებული "საგომავისმაგვარი" კონგლომერატი გვაძლევს შემდეგ ულტრაბგერით ნიშნებს: 1) საშუალო ექოგენობის წარმონაქმნი ერთგვაროვანი ექოსტრუქტურით, რომელიც ნელა გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს; 2) საშუალო ექოგენობის, არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურის წარმონაქმნი, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს; 3) საშუალო ექოგენობის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის წარმონაქმნი, რომელიც ნელა გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს; 4) შერეული ექოგენობის არაერთგვაროვანი სტრუქტურის წარმონაქმნი, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;3

128. ულტრაბგერითი სურათის საყარაულო ცვლილებები ღვიძლისმიერი სიყვითლეების დროს დაკავშირებულია:

- *ა) ღვიძლის და ელენთის პარენქიმის შეცვლასთან;
- ბ) ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერებასთან და ნაღვლის ბუშტის ზომების მომაგებასთან;

გ) კონკრემენტის არსებობასთან სანაღველე გზებში;

129. ულტრაბგერითი სურათის შეცვლა "ღვიძლქვედა" (გამომგანი სანაღველე გზების დახშობა) სიყვითლის დროს დაკავშირებულია:

- *ა) სანაღველე გზების დახშობასთან;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის ზომების მომატებასთან;
- გ) ღვიძლის და ელენთის ზომების მომატებასთან;
- დ) პორტულ სისტემაში ცვლილებებთან.

130. კურუჟამიეს სიმპტომი გამოვლინდება:

- *ა) სიყვითლის დროს ნაღვლის ბუშტის გადიდება;
- ბ) სიყვითლის დროს ნაღვლის ბუშტის შემცირებით და ლეფორმაციით;
- გ) ღვიძლის ზომების შემცირებით და ელენთის ზომების მომატებით;
- დ) პორტული ჰიპერტენზიის სიმპტომით;

131. ანატომიურად ღვიძლის კარის ელემენტები განლაგებულია შემდეგი თანმიმდევრობით (წინიდან უკან):

- *ა) ღვიძლის არტერია, ნაღვლის საღინარი, კარის ვენა;
- ბ) ნაღვლის საღინარი, კარის ვენა, ღვიძლის არტერია;
- გ) ნაღვლის საღინარი, ღვიძლის არტერია, კარის ვენა;
- დ) ღვიძლის არტერია, ნაღვლის საღინარი, ქვემო ღრუ ვენა.

132. ნაღვლის ბუშტის კონკრემენტები ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ისახება როგორც:

- *ა) ჰიპერექტოგენური მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი, სწორი, მკაფიო კონტურებით, რომელიც იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს;
- ბ) ჰიპოექტოგენური წარმონაქმნი;
- გ) მრავალკამერიანი არაერთგვაროვანი წარმონაქმნი;
- დ) სწორკონტურებიანი წარმონაქმნი, რომელიც იწვევს ნაღვლის ბუშტის კელის ლეფორმაციას.

133. ლიმფოგრანულომატოზის აბდომინალური ფორმის სიმპტომს წარმოადგენს:

- *ა) გადიებული ლიმფური ჯირკვლების გამოვლენა პარააორტალურად და ღვიძლის კარის მიდამოში;
- ბ) ელენთის ზომების მომატება;
- გ) ღვიძლის კეროვანი დაზიანების გამოვლენა;
- დ) ნაღვლის ბუშტის ზომების მომატება და ღვიძლში სანაღველე გზების გაგანიერება.

134. ნაღვლის ბუშტის კიბოს ექოგრაფიული სურათი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს როგორც:

- ა) მომატებული ექოგენობის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის და არასწორკონტურებიანი წარმონაქმნი, რომელიც პაციენტის პოლიპოზიციური გასინჯვის დროს მდებარეობას არ იცვლის;
- ბ) დაქვეითებული ექოგენობის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის და არასწორკონტურებიანი წარმონაქმნი, რომელიც პაციენტის პოლიპოზიციური გასინჯვის დროს მდებარეობას არ იცვლის;
- გ) შერეული ექოგენობის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის, არასწორკონტურებიანი წარმონაქმნი, რომელიც პოლიპოზიციური გასინჯვის დროს მდებარეობას არ იცვლის;
- *დ) სხვადასხვა ზომის, სტრუქტურის და ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი;
- ე) სოლიდურ-კისტოზური წარმონაქმნი;

135. სისხლის ნაკადის ფერადი კარგირება A.ჩY შიჩA-ს და მისი გოგების ვიზუალიზაციის საშუალებას გვაძლევს:

- ა) ნორმის დროს;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს;
- გ) სიმსივნური დაზიანების დროს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

136. ნაღვლის ბუშტის მწვავე ანთების დროს ულტრაბგერითი გამოკვლევით, ნაღვლის ბუშტის ყელის არეში, ღვიძლის კარის მიდამოში, ღვიძლ-თორმეგოლა იოგში ისახება მცირე ზომის ჰიპოექტოგენური ოვალური ფორმის, სწორკონტურებიანი 0,5-1,5 სმ ზომის წარმონაქმნები. უფრო ხშირად ეს შეიძლება იყოს:

- ა) არტეფაქტები;
- ბ) ცხიმოვანი ქსოვილის უბნები;
- *გ) რეაქტიული ლიმფოაღენოპათია;
- დ) "განლეული" ცხიმოვანი ქსოვილის უბნები;

137. მწვავე პანკრეატიტის ექოგრაფიულ სურათს უმრავლეს შემთხვევაში არ მიეკუთვნება:

- ა) ჯირკვლის ზომების მომატება;
- ბ) კონტურების წაშლა;
- *გ) ჯირკვლის ზომების შემცირება;
- დ) ჯირკვლის ქსოვილის ლიმფური არაერთგვაროვნება;
- ე) ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითება.

138. ღვიძლის იოგებს - მრგვალ იოგს, ნამგლისებურ იოგს და ვენურ იოგს ღიდი მნიშვნელობა აქვს ულტრაბგერითი

გამოკვლევის დროს. მრგვალი იოგი:

- ა) მღებარეობს მარცხენა სეგმენტშია ღარში;
- ბ) წარმოადგენს ჭიპის ვენის ნარჩენს;
- გ) ხლება მისი რეკანალიზაცია ღვიძლის ციროზის ტერმინალურ ფაზაში;
- დ) არის ჰიპერექტოგენური ოვალური ფორმის წარმონაქმნი განივ ჭრილში;
- ე) ყოველთვის ისახება კარის ვენის წინ;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია.

139. შეადარეთ ჩამოთვლილი სტრუქტურების ექოგენობა და განალაგეთ ისინი ექოგენობის კლების მიხედვით საშუალო ასაკის პირებში:

- ა) კუჭქვეშა ჯირკვალი > თირკმლის სინუსი > ღვიძლი > ელენთა > თირკმლის პარენქიმა;
- *ბ) თირკმლის სინუსი > კუჭქვეშა ჯირკვალი > ღვიძლი > ელენთა > თირკმლის პარენქიმა;
- გ) თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > ღვიძლი > ელენთა > კუჭქვეშა ჯირკვალი;
- დ) თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > კუჭქვეშა ჯირკვალი > ღვიძლი > ელენთა;
- ე) კუჭქვეშა ჯირკვალი > თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > ღვიძლი > ელენთა.

140. სპლენომეგალია შეიძლება გამოწვეული იყოს ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიური მდგომარეობით გარდა:

- ა) მწვავე სპლენიტი;
- ბ) ინფექციური ღაფაღებები;
- *გ) მარცხენამხრივი სუბღიაფრაგმული აბსცესი;
- დ) ელენთის მეტასტაზური ღამიანება;
- ე) ღიმფომები

141. სითხის ღოკალური ღაგროვება ღიაფრაგმასა და ელენთის კონტურს შორის შეიძლება შეესაბამებოდეს:

- ა) გამონაჟონს პლეურის ღრუში;
- ბ) სუბკაფსულურ ჰემატომას;
- *გ) სუბღიაფრაგმულ აბსცესს.

142. ნაღვლის ბუშტის ზომების მნიშვნელოვანი მომაგება შეიძლება იყოს შეგვხვდეს ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში გარდა:

- *ა) აღენომიომატოზი;
- ბ) ნაღვლის საღინარის ობსტრუქცია;
- გ) პანკრეასის აღენოკარციომა;
- დ) შიმშილი;
- ე) ნაღვლის საერთო საღინარის ობსტრუქცია;
- ვ) ღიმფოაღენოპათია ღვიძლ-თორმეგოჯა იოგში ღოკალიზაციით.

143. ნორმალური ელენთის ექოგენობა არის:

- *ა) საშუალო, მაგრამ ღვიძლის ექოგენობაზე რამდენადღე ნაკლები;
- ბ) ღაქვეითებული;
- გ) მომაგებული, რომელიც აღემაგება ღვიძლის ექოგენობას;
- დ) შესამჩნევად აღემაგება ღვიძლის ექოგენობას.

144. პანკრეონეკროზის პირღაპირ ექოგრაფიულ ნიშნებს, ჩვეულებრივ, არ განეკუთვნება:

- ა) ჯირკვლის ზომების მომაგება;
- ბ) არასწორი, არამკაფიო კონტურები;
- *გ) გამონაჟონის არსებობა ბაღექონის აბგაში;
- დ) ჯირკვლის პარენქიმაში ჰიპერ-, იმო-, ეიპო- და ანექოგენური უბნების მონაცვლეობა;
- ე) პანკრეასის კისგის განვითარება და ჩამოყალიბება.

145. ქრონიკული პანკრეატიტის ექოგრაფიულ სურათს, ჩვეულებრივ, არ განეკუთვნება:

- ა) ღიფუბური გაღიღება, იშვიათად ღოკალური გაღიღება ან ჯირკვლის ნორმალური ზომები;
- ბ) ჯირკვლის მკაფიო კონტურები;
- გ) ჯირკვლის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება;
- დ) ვირსუნგის საღინარის ზომიერი გაგანიერება;
- *ე) პარენქიმის ექოგენობა შეესაბამება თირკმლის ქერქოვანი შრის ექოგენობას.

146. მიუთითეთ პანკრეასის თავის კიბოს ძირითადი ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) კონტურები არასწორი, ჯირკვლის ზომების ღოკალური მომაგება;
- ბ) ჯირკვლის თავის კეროვანი ღამიანება;
- გ) თავის ექოსტრუქტურა არაერთგვაროვანი;
- დ) სისღბარღებზე შეწოლა და გაღანაცვლება;
- ე) ღვიძლღარეთა ქოლესტაში, მეტასტაზები ღვიძლში;

*ე) ყველა პასუხი სწორია.

147. პანკრეასის თავის კიბოს დროს, როდესაც მისი ზომები აღემატება 3 სმ-ს, სისხლძარღვოვანი სურათის შეცვლის რომელი ვარიანტი არ გვხვდება:

- ა) ქვემო ღრუ ვენაზე ზეწოლა;
- *ბ) ჯორჯლის ქვემო არტერიაზე ზეწოლა და გაღანაცვლება;
- გ) კარის ვენაზე, ელენთის ვენაზე ზეწოლა და გაღანაცვლება;
- დ) ელენთის ვენის ან ჯორჯლის ზემო ვენის თრომბოზი.

148. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ჩამოთვლილი ორგანოებიდან და სტრუქტურებიდან კუჭქვეშა ჯირკვავი რომელთან არის "შეხებაში"?

- ა) ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი, ასწვრივი კოლინჯი, კუჭი;
- ბ) ღვიძლი, კუჭი, ელენთა, თორმეტგოჯა ნაწლავი, მარჯვენა თირკმელი;
- *გ) ღვიძლი, კუჭი, ელენთა, თორმეტგოჯა ნაწლავი, მარცხენა თირკმელი;
- დ) თირკმელები, კუჭი, განივი კოლინჯი, ელენთა, სიგმური ნაწლავი;
- ე) კუჭი, ასწვრივი, განივი, დასწვრივი კოლინჯი, ელენთა.

149. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს პანკრეასის საორიენტაციო მარკერებს წარმოადგენს:

- ა) ჯორჯლის ზემო არტერია, ელენთის ვენა, კარის ვენა, კუჭის მარცხენა არტერია;
- *ბ) ჯორჯლის ზემო არტერია, ელენთის ვენა, ჯორჯლის ზემო ვენა;
- გ) ჯორჯლის ზემო არტერია, ელენთის ვენა, ჯორჯლის ზემო ვენა, თირკმლის მარცხენა არტერია;
- დ) ჯორჯლის ზემო არტერია, ელენთის არტერია, თირკმლის მარჯვენა არტერია;
- ე) ჯორჯლის ზემო არტერია, ელენთის ვენა, ელენთის არტერია, ღვიძლის საკუთარი არტერია.

150. პანკრეასის სეგმენტური ან წილაკოვანი აგებულება წარმოადგენს:

- ა) ანთებითი პროცესის შედეგს;
- *ბ) განვითარების ანომალიას;
- გ) ოპერაციული ჩარევის ან ტრავმის შედეგს;
- დ) სიმსივნური დაზიანების შედეგს;
- ე) შაქრიანი დიაბეტის პროგრესირების შედეგს.

151. მწვავე პანკრეატიტის დროს ყველაზე უფრო მეტად დამახასიათებელ ნიშნებს მიეკუთვნება:

- ა) პანკრეასის ზომების შენარჩუნება, ექოგენობის დაქვეითება, სტრუქტურის ერთგვაროვნება, სწორი კონტურები;
- *ბ) ზომების მომატება, ექოგენობის დაქვეითება, ერთგვაროვნების დარღვევა, კონტურების შეცვლა;
- გ) კონტურები წაშლილია და ექოგენობა მომატებულია;
- დ) ზომების მომატება, ექოგენობის მომატება, კონტურები გამოხატულია;
- ე) დამახასიათებელი ნიშნები არ არის.

152. პანკრეასის კისტას ახასიათებს:

- ა) კაფსულის არსებობა, ექოსიგნალის ფსევდოგაძლიერების ეფექტი, სწორი ოვალური ფორმა, ერთგვაროვანი სტრუქტურა;
- ბ) კარგად გამოხატული კაფსულა, არაერთგვაროვანი სტრუქტურა, არასწორი ფორმა, გამოხატული შიდა ხარისხებით;
- *გ) კაფსულა არ არსებობს, არასწორი ფორმა, სიგნალის ფსევდოგაძლიერების ეფექტით, განსხვავებული პასიათის შიგთავსით;
- დ) დამახასიათებელი ნიშნები არ არის;

153. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ქრონიკული პანკრეატიტის დიაგნოზის დასმის საფუძველი შეიძლება იყოს:

- ა) პაციენტის ასაკი 50 წლის შემოთ;
- ბ) პარენქიმის დიფუზური ცვლილებების ნებისმიერი ნიშანი;
- *გ) პარენქიმის არაერთგვაროვნება, არასწორი კონტურები, ექოგენობის მომატება, ზომების შეცვლა;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

154. პანკრეასის კიბოს ყველაზე უფრო დამახასიათებელ ულტრაბგერითი ნიშნებს (წარმონაქმნის პანკრეასის თავის კრანიალური მედაპირის მხრიდან ლოკალიზაციისას) განეკუთვნება:

- *ა) თავის ზომების მომატება, მისი დეფორმაცია, ექოგენობის შეცვლა, ვირსუნგის და ნაღვლის საერთო სადინარის გაგანჩიერება, კარის ვენაზე ზეწოლა, მეტასტაზები ღვიძლში და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში;
- ბ) თავის ზომების მომატება, კარის ვენის, ელენთის ვენისა და ქვემო ღრუ ვენის ზეწოლა, მეტასტაზები ღვიძლში და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში;
- გ) თავის ზომების შემცირება, სწორი კონტურები, ვირსუნგის და ნაღვლის საერთო სადინარის გაგანჩიერება, ზეწოლა ვენურ სისხლძარღვებზე, ექოგენობის მომატება;
- დ) დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშნების არარსებობა;

155. პანკრეასის სხეულის კიბოსათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) პანკრეასის სხეულის კეროვანი დაზიანება;
- ბ) დაზიანებული უბნის ექოგენობის შეცვლა;
- გ) ელენთის ვენაზე ზეწოლა;

დ) სხეულის ზომების ლოკალური მომაგება, როდესაც სიმსივნის ზომები აღემატება 1,5-2,0 სმ-ს;
*ე) გეწოლა ნაღვლის საერთო სადინარზე.

156. ჩამოთვლილი ნომოლოგიებიდან როლის არ გვხვდება ვირსუნგის სადინარის დილაგაცია:

- ა) მწვავე პანკრეატიტი;
- ბ) ქრონიკული პანკრეატიტი;
- *გ) პანკრეასის ცხიმოვანი ინფილტრაცია;
- დ) პანკრეასის თავის სიმსივნე;
- ე) ქოლელქოლითიაზი.

157. პანკრეასის სისქის გაზომვა სწორია:

- ა) წინა-უკანა მიმართულებით ჯირკვლის თითოეული ნაწილისათვის;
- *ბ) ჯირკვლის ყველა ნაწილის წინა ზედაპირის სიბრტყის პერპენდიკულარულად;
- გ) ჰორიზონტალური მიმართულებით ჯირკვლის ყველა ნაწილისათვის;
- დ) გაზომვის მიმართულებას მნიშვნელობა არა აქვს.

158. პანკრეასის ექოგენობა ცხიმოვანი ინფილტრაციის დროს:

- ა) არ იცვლება;
- ბ) დაქვეითებულია;
- *გ) მომაგებულია;
- დ) პანკრეასის ვიზუალიზაცია შეუძლებელია.

159. ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკურ ნიშნად პანკრეასის ცხიმოვანი ინფილტრაციის დროს ითვლება:

- ა) პანკრეასის დიფუზური კეროვანი არაერთგვაროვნების გამოვლენა
- ბ) ბალექონის გასქელება;
- *გ) პანკრეასის სტრუქტურის შენარჩუნება მომაგებული ექოგენობის ფონზე;
- დ) მკვეთრად გამოხატული კეროვანი ცვლილებების გამოვლენა პარენქიმაში;
- ე) პანკრეასის პარენქიმაში ერთეული მომაგებული ექოგენობის უბნების გამოვლენა

160. პანკრეასის არაინვამიური ულტრაბგერითი გამოკვლევით შესაძლებლობა გვაქვს ლავაღინოთ:

- ა) კლინიკური დიაგნოზი;
- ბ) მორფოლოგიური დიაგნოზი;
- *გ) ინსტრუმენტული კვლევის დიაგნოზი.

161. პანკრეასის არაინვამიური ულტრაბგერითი გამოკვლევით შესაძლებლობა გვაქვს სარწმუნოდ ლავაღინოთ:

- ა) ლაზიანების ხასიათი;
- *ბ) ლაზიანების ხასიათი და გავრცელება;
- გ) ლაზიანების ნომოლოგიური ფორმა;
- დ) ლაზიანების ნომოლოგიური ფორმა და მისი გამოხატულება;
- ე) ლაზიანების ნომოლოგიური ფორმა და მისი პროგნოზი.

162. პანკრეასის პარენქიმის მდგომარეობა ქრონიკული პანკრეატიტის დროს შეიძლება აღეწეროს, როგორც:

- ა) ექოგენობის თანაბარი დაქვეითება პარენქიმის სტრუქტურის ერთგვაროვნებით;
- ბ) პარენქიმის დიფუზური არაერთგვაროვნება ექოგენობის დაქვეითებით;
- *გ) ექოგენობის არათანაბარი მომაგება, სტრუქტურის არაერთგვაროვნება;
- დ) ექოგენობის არათანაბარი დაქვეითება, პარენქიმის სტრუქტურის ერთგვაროვნება;
- ე) ექოგენობის თანაბარი მომაგება, პარენქიმის სტრუქტურის ერთგვაროვნება.

163. ქრონიკული პანკრეატიტის დამატებით ნიშნებს, რომელიც გვეხმარება დიაგნოზის დამუსტებაში, არ მიეკუთვნება:

- ა) ლაკბილული ან ხორკლიანი ზედაპირი;
- ბ) ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისაგან პანკრეასის დიფერენცირების გაძნელება;
- გ) პანკრეასის სადინარის გაგანიერება;
- *დ) მცირე ბალექონში სითბის არსებობა.

164. პანკრეასის სიმსივნური კვანძის ექოგრაფიული აღწერილობა საკმარისია მისი გისტოლოგიური სტრუქტურის განსაზღვრისათვის:

- ა) ყოველთვის;
- *ბ) არასოდეს;
- გ) ცალკეულ შემთხვევაში.

165. პანკრეასის დიფუზური ლავადების დიაგნოსტიკაში ექოგრაფიულ გამოკვლევას უმრავლეს შემთხვევაში ახასიათებს:

- ა) მაღალი მგრძნობელობა და მაღალი სპეციფიკურობა;
- *ბ) მაღალი მგრძნობელობა და დაბალი სპეციფიკურობა;
- გ) დაბალი მგრძნობელობა და დაბალი სპეციფიკურობა;

- დ) დაბალი მგრძობელობა და მაღალი სპეციფიკურობა;
- ე) არც ერთი არ არის დამახასიათებელი.

166. პანკრეასის კისტის ექოგრაფიული სურათის დროს საჭიროა დიფერენციაციის გატარება:

- ა) ლიდი ზომის პანკრეოქრომთან;
- ბ) პანკრეასის ავთვისებიან სოლიდურ წარმონაქმნთან;
- *გ) პანკრეასის ცისტადენოკარცინომასთან;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

167. პანკრეასის ეგზოკრინული პროლუქტი მიიგანება "ღანიშნულების ადგილზე" შემდეგი გზებით:

- ა) სისხლის ნაკადით;
- ბ) აცინოზური უჯრედებით;
- *გ) პანკრეასის სადინარით;
- დ) ლიმფური სადინარებით.

168. ყველაზე უფრო ხშირად პანკრეასის პირველადი სიმსივნეებიდან გვხვდება:

- ა) ლეიომიოსარკომა;
- *ბ) ადენოკარცინომა;
- გ) ლიმფომა;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

169. პანკრეასის დამატებით სადინარს წარმოადგენს:

- ა) ვირსუნგის სადინარი;
- *ბ) სანდორინის სადინარი;
- გ) მიულერის სადინარი;
- დ) ბოტალის სადინარი.

170. ჩამოთვლილი სტრუქტურებიდან რომელი შეიძლება შეცლომით მივიჩნიოთ პანკრეასის მოცულობით წარმონაქმნად:

- *ა) თორმეტგოჯა ნაწლავი;
- ბ) კარის ვენა;
- გ) რიდელის წილი;
- დ) კვადრატული წილი.

171. მარჯვენა და მარცხენა წილის ნაღვლის სადინარები ერთდება და ქმნის ღვიძლის საერთო სადინარს უფრო ხშირად:

- ა) ღვიძლის კარში;
- *ბ) ღვიძლის პარენქიმაში;
- გ) პანკრეასის თავის ღონებზე;
- დ) ნაღვლის ბუშგის სადინარის შეერთების შემდეგ.

172. პანკრეასის კეროვანი დაზიანების ხასიათის ვერიფიცირებისათვის ყველაზე ეფექტური და მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) რენტგენული კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია;
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- დ) რადიონუკლიდური გამოკვლევა;
- *ე) პუნქციური ბიოფსია (ულტრაბგერის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით).

173. პანკრეასის არაინვაზიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ბევრ შემთხვევაში საშუალებას გვაძლევს:

- ა) დავადგინოთ დაზიანების ნოზოლოგიური ხასიათი;
- ბ) დავადგინოთ ქსოვილის ეისტოლოგიური ცვლილებების ხასიათი;
- *გ) დავადგინოთ ლიმფური ან კეროვანი დაზიანების არსებობა და განვსაზღვროთ მისი გავრცელება;
- დ) დავადგინოთ კლინიკური ლიაგნოზი;

174. პანკრეასის ექოგენობის მომატება სტანდარტულ პირობებში უფრო ხშირად მიგვანიშნებს:

- ა) ულტრაბგერით აპარატზე კვლევის არასწორი რეჟიმის შერჩევაზე;
- *ბ) პანკრეასის ლიმფური დაზიანებაზე;
- გ) პანკრეასის კეროვანი დაზიანებაზე;
- დ) საკვებში ალსორბენტის გამოყენებაზე;
- ე) ავადმყოფის მოუძმადებლობაზე გამოკვლევისათვის;
- ვ) ყველა პასუხი მცდარია.

175. პანკრეასის აბსცესის დროს მწვავე ფაზაში არ არის დამახასიათებელი შემდეგი ექოგრაფიული სურათი:

- ა) არასწორკონტურებიანი და არაერთგვაროვანი შიგთავის მქონე ღრუ;
- ბ) ღრუს შიგთავსი არის სითხოვანი და სქელი, მასში შეწონილი ჰიპერექოგენური ნაწილაკები;
- გ) ღრუში ჰიპერექოგენური ჩანაროები;

- *დ) თხელი ჰიპერექოგენური კაფსულის არსებობა;
- ე) ღრუს ირგვლივ არათანაბარი სისქის მომაგებული ექოგენობის ზონის არსებობა.

176. პანკრეასის კეროვანი დაზიანების დროს ფერადი დოპლეროგრაფია საშუალებას გვაძლევს:

- ა) სარწმუნოდ განვსაზღვროთ დაზიანებული უბნის ვასკულარიზაციის ხარისხი;
- *ბ) გამოვავლინოთ სისხლძარღვოვანი სურათის აგებულების დარღვევა კეროვანი დაზიანების ადგილას და მის ირგვლივ;
- გ) სოლიდური წარმონაქმნის არსებობის დროს სარწმუნოდ მოვახდინოთ დიფერენცირება კეთილთვისებიან და ავთვისებიან წარმონაქმნებს შორის;
- დ) ავთვისებიან წარმონაქმნში სარწმუნოდ გამოვავლინოთ პათოლოგიური ნეოვასკულარიზაცია;

177. ღვიძლის პარენქიმის ექოგენობის მომაგების მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი;
- ბ) ალკოჰოლის ქრონიკული ჭარბი რაოდენობით მიღება;
- გ) ქიმიოთერაპია;
- დ) გოქსიკური დაზიანება;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია;

178. პანკრეასის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება ალენოკარცინომა:

- ა) ხშირად გვხვდება პანკრეასის თავში;
- ბ) თან ახლავს ნაღვლის ბუშტის ზომების მომაგება;
- გ) თან ახლავს წონაში დაკლება და უმტკივნეულო სიყვითლე;
- დ) მიყვავართ ჯირკვლის ზომების მომაგებაზე და მისი კონკურები ხდება არასწორი, ხორკლიანი;
- ე) თან ახლავს სანაღვლე გზების გაგანიერება;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია;

179. პანკრეასის გამოკვლევა რუხი შკალით დროს რეალურ მასშტაბში ფერადი დოპლეროგრაფიით არ გვაძლევს საშუალებას:

- ა) შეფასდეს პანკრეასის ფორმა;
- ბ) შეფასდეს პანკრეასის სტრუქტურა;
- *გ) შეფასდეს პანკრეასის ფუნქციური მდგომარეობა;
- დ) გამოვავლინოთ სხვადასხვა ეტიოლოგიის დიფუზური დაზიანება;
- ე) გამოვავლინოთ პანკრეასის სხვადასხვა ეტიოლოგიის კეროვანი დაზიანება;
- ვ) ზოგიერთ შემთხვევაში მოვახდინოთ იმ მიზეზების დიფერენცირება, რის გამოც დარღვეულია ფერმენტების გამოყოფა.

180. ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგების მიხედვით გამოვიტანოთ დასკვნა პანკრეასის პარენქიმის გამკვრივების შესახებ მისი ექოგენობის მომაგებისას:

- ა) შესაძლებელია;
- *ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შეიძლება ქრონიკული პანკრეატიტის შემთხვევაში;
- დ) შეიძლება პანკრეასის პარენქიმაში კალციფიკაციების ან კონკრემენტების არსებობის შემთხვევაში.

181. ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის დროს პანკრეასის ქსოვილის შეცვლის ხასიათი ბევრ შემთხვევაში დამოკიდებულია:

- ა) კუჭქვეშა პანკრეასის პირველად ცვლილებებზე, რაც განპირობებულია გენეტიკური მემკვიდრეობით;
- *ბ) პანკრეასის ქსოვილის მეორად ცვლილებებზე, რაც განპირობებულია ცბიმოვანი ინფილტრაციით;
- გ) პანკრეასის ქსოვილის მეორად ცვლილებებზე, კეროვანი ფიბროზის განვითარება;
- დ) ღირკვლის ფერმენტგატიული ფუნქციის დარღვევით.

182. ე. წ. "ობსტრუქციული პანკრეატიტი" არის მწვავე პანკრეატიტის მიმდინარეობის ერთ-ერთი სახე შემდეგი გამოვლინებით:

- *ა) ვირსუნგის სადინარზე ბეწოლით და გაგანიერებით;
- ბ) ნაღვლის საერთო სადინარზე ბეწოლით და მისი გაგანიერებით, შემდგომში ბილიარული ეიპერტენზიის განვითარებით;
- გ) თორმეტგოდა ნაწლავზე ბეწოლით და მისი პერისგალგიკის დარღვევით;
- დ) ელენთის და ღორღლის ბემო ვენაზე ბეწოლით და შემდგომში პორტული ეიპერტენზიის განვითარებით;
- ე) კარის ვენაზე ბეწოლით და შემდგომში პორტული ეიპერტენზიის განვითარებით;
- ვ))

183. ე. წ. "კალკულოზური პანკრეატიტი":

- ა) ვითარდება ნაღვლის საერთო სადინარის და ვირსუნგის სადინარის შეერთების ნაღვლის კენჭით ობსტრუქციის გამო;
- *ბ) თან ახლავს კალციფიკაციების ჩამოყალიბება პანკრეასის სადინარებში ქრონიკული პანკრეატიტის ხშირი გამწვავების და ალკოჰოლის ჭარბად მიღების ფონზე;
- გ) წარმოადგენს სინონიმს მწვავე პანკრეატიტის ან ქრონიკული პანკრეატიტის გამწვავებისა ნაღველკენაოვანი დაზიანების დროს;
- დ) წარმოადგენს პანკრეასის ქრონიკულ ანთებით პროცესს, რომლის შედეგად ვითარდება კონკრემენტები ნაღვლის ბუშტში;

184. როგორია ულტრაბგერითი კვლევის როლი და შესაძლებლობები აბრეგული პანკრეასის დიაგნოსტიკაში:

- ა) პანკრეასის ღამაგებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში და მისი დიფერენცირება შესაძლებელია;
- ბ) პანკრეასის ღამაგებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში და მისი დიფერენცირება შეუძლებელია;
- გ) პანკრეასის ღამაგებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში შესაძლებელია ყველა შემთხვევაში, დიფერენცირება შეუძლებელია;
- *დ) პანკრეასის ღამაგებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში შესაძლებელია თუ გავითვალისწინებთ მის ლოკალიზაციას, მისი ბოლო დიფერენცირება პრაქტიკულად შეუძლებელია.

185. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ელენთის კარს ემიჯნება:

- *ა) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი;
- ბ) მარცხენა თირკმლის ქვედა პოლუსი;
- გ) მარცხენა თირკმლის კარი.

186. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ელენთის ჭრილში შეიძლება ისახებოდეს: 1) რკალები; 2) ფოლიკულები; 3) კარი; 4) კაფსულა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 3;4

187. ექოგრაფიული გამოკვლევის დროს ელენთის კარში ისაბება:

- *ა) ელენთის ვენა, ელენთის არტერია;
- ბ) ელენთის ვენა;
- გ) ელენთის არტერია;
- დ) ელენთის ვენა, ელენთის არტერია და ლიმფური კვანძები.

188. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს მე-12 ნეკნის ჩრდილი კვეთს მარცხენა თირკმელს შემდეგ ღონებზე:

- ა) ელენთის კარი;
- ბ) ელენთის ზედა და შუა მესამედის ღონებზე;
- გ) ელენთის შუა და ქვედა მესამედის ღონებზე;
- *დ) ელენთის ქვედა პოლუსის ქვემოთ;
- ე) ელენთის ზედა პოლუსის ზემოთ.

189. ულტრაბგერითი კვლევით ელენთის სიმსივნის ჰისტოლოგიის განსაზღვრა:

- ა) შეიძლება;
- *ბ) არ შეიძლება.

190. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ელენთის სიმსივნის ინვაზიური ზრდის ნიშნად შეიძლება ჩაითვალოს:

- ა) ანექოგენური გარსის არსებობა;
- *ბ) არამკვეთრი საზღვრები;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურის მკვეთრი არაერთგვაროვნება;
- დ) წარმონაქმნის ცენტრში არასწორკონტურებიანი ანექოგენური უბნის არსებობა.

191. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ვივარაუდოთ ქრონიკული პანკრეატიტის არსებობა (კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების გათვალისწინებით):

- ა) შესაძლებელია ნებისმიერ შემთხვევაში;
- *ბ) შესაძლებელია, თუ არის ჯირკვლის სტრუქტურული ცვლილებები;
- გ) შესაძლებელია, თუ არის ჯირკვლის ფუნქციური ცვლილებები;
- დ) შეუძლებელია.

192. პანკრეასის სიმსივნეები უფრო ბშირად ლოკალიზდება:

- *ა) პანკრეასის თავში;
- ბ) პანკრეასის სხეულში;
- გ) პანკრეასის კუდში;
- დ) ფაგერის ღვრილის მიდამოში.

193. მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) პანკრეასის ზომების მომაგება და ექოგენობის დაქვეითება;
- ბ) პარაპანკრეატიკულ სივრცეში სითბის (გამონაჟონის) არსებობა;
- გ) პანკრეასის დეფორმაცია;
- დ) შეუძლებელია მისი ვიზუალიზაცია.

194. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს პანკრეასის თავის უკანა ზედაპირის ორიენტირს წარმოადგენს:

- ა) კარის ვენა;

- ბ) თორმეტგოლა ნაწლავის ეორიზონგალური გოგი;
- გ) ბერბემლის სეეგი;
- დ) გასგროლოლენალური არგერიბ;
- *ე) ქეემო ღრუ ვენბ.

195. ნორმალური პანკრეასის ულგრაბგერიოთი გამოკვლეევიოთ პარენქიმა წარმოდგენილია:

- *ა) წერილმარცვლოვანი
- ბ) მსბვილმარცვლოვანი;
- გ) მომაგებული ექოგენობის მრბვლობითი უბნებით;
- დ) ღბბალი ექოგენობის უბნებით;
- ე) შერეული ექოგენობის უბნებით.

196. მუცლის ღრუს სიგრბივი სკანირების ღროს ღიბფრაგმის კონტურის ღონეზე ისბბებბ:

- ა) ელენთის ზეღბ პოლუსი;
- ბ) ელენთის ქეეღბ პოლუსი;
- გ) ელენთის კარი;
- *დ) ელენთის გბრეთბ კონტური
- ე) ელენთის შიგნითბ კონტური;

197. ექოგრაფიულბდ მწვბეე სპლენიგი ხბსიბთღებბ:

- *ა) ელენთის გბდიღებბთ, სტრუქტურის წერილმარცვლოვენებბ შენბრწუნებულიბ, ექოგენობბ ღბქეეიოებბული;
- ბ) ელენთის გბდიღებბთ, მისი პოლუსებბ გბბბვიღებბულიბ, სტრუქტურის წერილმარცვლოვენებბ შენბრწუნებულიბ, ექოგენობბ მომაგებბული;
- გ) ელენთის გბდიღებბთ, მისი პოლუსის ბოლოებბ მომრგვბლებბულიბ, სტრუქტურბ არბერთგვბროვბნი, ექოგენობბ მომაგებბული;
- დ) ელენთის გბდიღებბთ, პოლუსებბ მბბვიღისებბური, არბერთგვბროვბნი სტრუქტურბ, ექოგენობბ ღბქეეიოებბული.

198. ქრონიკული სპლენიგი ხბსიბთღებბ:

- ა) ელენთის გბდიღებბთ, ექოგენობის ღბქეეიოებბთ;
- ბ) ელენთის გბდიღებბთ, მისი ბოლოებბ მბბვიღისებბურიბ, ექოგენობბ მომაგებბული;
- გ) ელენთის გბდიღებბთ, მისი ბოლოებბ ივბბლურიბ, ექოგენობბ მომაგებბული;
- *დ) ელენთის გბდიღებბთ, ექოგენობბ მომაგებბულიბ.

199. თორმეტგოლა ნაწლავის ბნ კუჭის წყლულის პენეტრბცის მწვბეე ფბბბში ულგრაბგერიოთი გამოკვლეევიოთ ღბმბბბსიბთებბელი არ არის:

- ა) პანკრეასის უცეღელი ექოსურბთი;
- ბ) პენეტრბცის ზონბში ექონეგბტიური სითხოვბნი წარმონბქმნის არსებობბ;
- *გ) პენეტრბცის ზონბში ჰიპერექოგენური, არბმკბფიო კონტურებბნი უბბნი "თეთრი ღბქის" სბხით;
- დ) პენეტრბცის ზონბში ჰიპერექოგენური სტრუქტურის არსებობბ, რომელსბც ბბსიბთებბ რეეერბერბცის ეეეექი;
- ე) პენეტრბცის ზონბში არბმკბფიო კონტურებბის მქონე ჰიპერექოგენური უბბნი.

200. პანკრეასის კისტომური ფიბროზი არის:

- ა) ხბნგრბდივბღ მიმღინბრე ბნთებბითი პროცესის შეღეგი;
- ბ) სწრბფბღ მიმღინბრე ბნთებბითი პროცესის შეღეგი;
- გ) პანკრეასის სიმსიენური ღბბიბნებბის ნიშბნი;
- *დ) პანკრეასის თბნღბყოლილი ბნთბბლიბ;
- ე) ხბნგრბდივბღ მიმღინბრე შბქრიბნი ღბბბეგის შეღეგი.

201. პანკრეასის კიბოს ექოგრაფიული სურბთის ეეეღბზე უფრო მეგბღ ღბმბბბსიბთებბელი ნიშბნიბ:

- ა) ჰიპერექოგენური მოცულობითი წარმონბქმნი;
- ბ) ზომიერი ექოგენობის მოცულობითი წარმონბქმნი;
- გ) სბშუბბლო ექოგენობის მოცულობითი წარმონბქმნი;
- *დ) ღბქეეიოებბული ექოგენობის მოცულობითი წარმონბქმნი;
- ე) ბნექოგენური მოცულობითი წარმონბქმნი.

202. პანკრეასის ექოგენობის მომაგებბ წარმოღგენს:

- ა) სპეციფიკურ ნიშბნს, რომელიც გბმოვღინღებბ პორტული ჰიპერტენზიის ღროს;
- ბ) სპეციფიკურ ნიშბნს, რომელიც გბმოვღინღებბ ქრონიკული პანკრებტიგის ღროს;
- გ) სპეციფიკურ ნიშბნს, რომელიც გბმოვღინღებბ მწვბეე პანკრებტიგის ღროს;
- დ) სპეციფიკურ ნიშბნს, რომელიც გბმოვღინღებბ პანკრეონეკროზის ღროს;
- *ე) არბსპეციფიკურ ნიშბნს, რომელიც გბმოვღინღებბ სხვბღბსხვბ პბთოლოგიის ღროს.

203. ელენთის ინფბრქტი მოგვიბნებბთ სტბღიბში ულგრაბგერიოთი გამოკვლეევის ღროს გბმოსბბებბ როგორც:

- ა) არბმეევიოთ კონტურებბიბნი ღბქეეიოებბული ექოგენობის წარმონბქმნი;
- ბ) მკევიოთ კონტურებბიბნი ღბქეეიოებბული ექოგენობის წარმონბქმნი;

- *გ) მკვეთრ კონტრუებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი;
- ლ) არამკვეთრ კონტრუებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი;

204. ელენთის აბსცესს მწვავე ფაზაში აქვს შემდეგი ნიშნები:

- ა) არამკვეთრ კონტრუებიანი ექოპოზიციური წარმონაქმნი, რომელშიც არის ჰიპოექოგენური ჩანართები;
- ბ) მკვეთრ კონტრუებიანი ექოპოზიციური წარმონაქმნი, რომელშიც არის ეიპოექოგენური ჩანართები;
- გ) მკვეთრ კონტრუებიანი ექონეგატიური წარმონაქმნი, რომელშიც არის ჰიპერექოგენური ჩანართები;
- *დ) არამკვეთრ კონტრუებიანი ექონეგატიური წარმონაქმნი, რომელშიც არის ჰიპერექოგენური ჩანართები;

205. პაციენტს, რომელსაც აქვს ტვივილი მარდენა ფერდქემა მიდამოში ცხელება და ლეიკოციტოზი, ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება გადილებული ნაღვლის ბუშტი არაერთგვაროვანი შიგთავსით. ყველაზე უფრო სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) "ფაიფურის ნაღვლის ბუშტი";
- ბ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი;
- *გ) ნაღვლის ბუშტის ემპიემა;
- ლ) ნაღვლის ბუშტის კიბო.

206. ნაღვლის ბუშტის ობსტრუქციას ღროთა განმავლობაში მივყავართ შემდეგი ექოგრაფიული სურათის ჩამოყალიბებამდე:

- ა) "ფაიფურის ნაღვლის ბუშტი";
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი;
- გ) მრავლობითი ტიხრები ნაღვლის ბუშტის ღრუში;
- ლ) შეჭამეხნული ნაღვლის ბუშტი.

207. ნაღვლის ბუშტის კელის გასქელება შეიძლება შეგვხედეს შემდეგი მდგომარეობების დროს:

- ა) ნაღვლის ბუშტის კიბო;
- ბ) აღენომიომატოზი;
- გ) მწვავე ან ქრონიკული ქოლეცისტიტი;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

208. პანკრეასის წინ სითხის შემცველი წარმონაქმნი შეიძლება იყოს ყველა, გარდა:

- ა) ფსევდოკისტისა;
- ბ) შემოფარგლული, ჩაპარკებული გამონაქონისა;
- *გ) აორტის ანევრიზმისა;
- ლ) სითხით სავსე კუჭისა.

209. პაციენტს, რომელსაც აქვს კლინიკურად გამოხატული სიყვითლე, ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება დვიდშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება და მცირე ზომის ნაღვლის ბუშტი. ასეთი მდგომარეობა შეესაბამება ობსტრუქციის შემდეგ დონეს:

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარის შუა მესამედში;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების შემოთ;
- გ) ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების ქვემოთ;
- ლ) ობსტრუქციის დონეს არა აქვს მნიშვნელობა.

210. ნორმალური ზომების დროს ღვიძლის მარცხენა ლატერალური კიდე ვრცელდება:

- ა) მარცხენა ლავიწის შუა ბაზის იქით;
- ბ) არ ვრცელდება მარცხენა პარასგერნალური ბაზის იქით;
- *გ) არ ვრცელდება მარცხენა ლავიწის შუა ხაზის იქით;
- ლ) მარცხენა ილლის წინა ხაზის იქით.

211. ღვიძლის კარის ელემენტები ანატომიურად განლაგებულია შემდეგი თანმიმდევრობით (წინიდან უკანა მიმართულებით):

- *ა) ღვიძლის არტერია, ქოლელოქუსი, კარის ვენა;
- ბ) ქოლელოქუსი, კარის ვენა, ღვიძლის ვენა;
- გ) ქოლელოქუსი, ღვიძლის არტერია, კარის ვენა;
- ლ) ღვიძლის არტერია, ქოლელოქუსი, ქვემო ღრუ ვენა;

212. პორტული ჰიპერტენზიის აღრეული ეტაპის ულტრაბგერითი ნიშნები ღვიძლის ქრონიკული დაავადების დროს არის:

- *ა) ღვიძლის და ელენთის ზომების მომაგება, კარის ვენის გაგანიერება;
- ბ) ღვიძლის ზომები შემცირებული, ელენთა გადილებული, კარის ვენა ნორმალურია;
- გ) ღვიძლი ნორმალური ზომების, ელენთა გადილებული, კარის ვენის სანათური შემცირებულია;
- ლ) ღვიძლის მარცხენა წილი და ელენთა გადილებულია, მათი ექოგენობა მომაგებულია.

213. ღვიძლის აგროფიული ციროზის ულტრაბგერითი გამოსახულებისათვის დამაბასიათებელია:

- ა) საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება;
- ბ) ღვიძლის სტრუქტურის არაერთგვაროვანება და სპლენომეგალია;
- *გ) ღვიძლის ზომების შემცირება და ასციტი;
- ლ) პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები.

214. ღვიძლის პირველადი კიბოს ექოგრაფიული სურათისათვის დამაბასიათებელია:

- ა) ღვიძლის რომელიმე წილში ჰიპოექოგენური კისტოზური წარმონაქმნი;
- ბ) პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები;
- *გ) ექოგრაფიული სურათის პოლიმორფიზმი;
- დ) ღვიძლის ზომების მომაგება მისი სტრუქტურის შეუცვლელად.

215. ღვიძლის ვენების ამპუტაცია დამაბასიათებელია:

- ა) ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის;
- *ბ) ღვიძლის კიბოსათვის;
- გ) ღვიძლის კისტებისათვის;
- დ) პორტული ჰიპერტენზიისათვის.

216. ღვიძლის ჰემანგიომებზე ეჭვის დროს ყველაზე უფრო ინფორმატიულ მეთოდად ითვლება:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) სცინტიგრაფია;
- გ) დამიზნებითი პუნქცია ულტრაბგერის კონტროლის ქვეშ;
- *დ) ანგიოგრაფია.

217. კისტის კედლის ლოკალური გასქელება დამაბასიათებელია:

- ა) ღვიძლის აბსცესისათვის;
- *ბ) ექინოკოკური კისტისათვის;
- გ) ღვიძლის კიბოსათვის;
- დ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანებისათვის.

218. ღვიძლის ციროზის დროს მისი კონტური არის:

- ა) სწორი, მკაფიო;
- ბ) არამკაფიო, სწორი;
- *გ) მკაფიო, არასწორი
- დ) არამკაფიო, არასწორი.

219. ღვიძლის აღენომის დროს ყველაზე უფრო ინფორმატიულ მეთოდად ითვლება:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) ანგიოგრაფია;
- *გ) დამიზნებითი პუნქცია ულტრაბგერის კონტროლით ქვეშ;
- დ) სცინტიგრაფია.

220. მწვავე ჰეპატიტისათვის დამაბასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

- ა) ნორმალური ზომის ღვიძლი, რამდენაღმე მომაგებული ექოგენობით;
- *ბ) ჰეპატომეგალია, ღვიძლის კედლები მომრგვალებულია, ექოგენობა დაქვეითებული;
- გ) ჰეპატომეგალია, ღვიძლის ექოგენობის მომაგებით;
- დ) პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები.

221. 25 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარჯვენა წილში აღმოაჩნდა ერთეული ანექოგენური ოვალური ფორმის სწორი, მკვეთრკონტურებიანი წარმონაქმნი ზომით 1,5 სმ, რომელიც იძლევა ღორბალურად აკუსტიკური სიგნალის გაძლიერებას, და არ გააჩნია შინაგანი ჩანართები. თქვენი დასკვნა:

- ა) ღვიძლის ერთეული მეტასტაზი;
- ბ) ღვიძლის ექინოკოკური კისტა;
- გ) ღვიძლის ჰემანგიომა;
- *დ) ღვიძლის სოლიტარული კისტა.

222. 47 წლის პაციენტს მუცლის ყრუ ტრავმით, ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარცხენა წილის კაუდალურ მელაპირთან აღმოაჩნდა ოვალური ფორმის კერა, ზომით 3x4 სმ-ზე, სწორი მკაფიო კონტურებით და ერთეული ექოსიგნალებით შიგთავსში. მარცხენა პლევრის ღრუში არის სითხე. ლეიკოციტები - 9800, ჩბირბირთვიახები - 8 ელრი - 26 მმ/სთ-ში. თქვენი დასკვნა:

- ა) ღვიძლის ჰემანგიომა;
- ბ) ღვიძლის ჰემატომა;
- გ) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- *დ) ღვიძლის აბსცესი.

223. 52 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარჯვენა წილში სუბლიაფრაგმულად, სუბკაფსულარულად აღმოაჩნდა მოგროძო ფორმის ექონეგატიური წარმონაქმნი, რომელიც პოლიპომიციური გამოკვლევით არ იცვლის მდებარეობას. თქვენი დასკვნა:

- ა) ნადვლის ბუშტის აგაიური მდებარეობა;

- *ბ) ღვიძლის ჰემატომა;
- გ) ღვიძლის აბსცესი;
- დ) ასციტური სითბე.

224. ასთენიური გიპის 52 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან 3 სმ-ით, გაჭინთვის დროს ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრი არ იცვლება, ღვიძლის ვენური სისხლძარღვები ნორმის ფარგლებშია. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება აიხსნას:

- ა) კონსტიტუციური ნორმის ვარიანტით;
- ბ) ღვიძლის ციროზით;
- გ) ჰეპატომეგალიის არასპეციფიკური ნიშანი;
- *დ) გულის უკმარისობის არაპირდაპირი ნიშნები.

225. 63 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლის ზომები მომაგებულია, მისი კიდეები მომრგვალებულია, ექოგენობა მომაგებულია, სტრუქტურა წერილკვანძოვანია, ქვემო ღრუ ვენა და ღვიძლის ვენები გაგანიერებულია, ჩასუნთქვის დროს ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრი არ იცვლება. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ა) ღვიძლის ციროზით;
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანებით;
- *გ) გულის ქრონიკული უკმარისობით;
- დ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციით.

226. 46 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან 4 სმ-ით, მისი კონტურები მომრგვალებულია, ექოგენობა მომაგებულია, სისხლძარღვოვანი სურათი მწირია. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება შეფასდეს, როგორც:

- *ა) ღვიძლის ცხიმოვანი ლისტროფია;
- ბ) ღვიძლის ციროზი;
- გ) გულის უკმარისობის ნიშნები;
- დ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება.

227. 67 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლის ზომები მკვეთრად მომაგებულია, კიდეები მრგვალი, ბგერის გამტარებლობა მომაგებულია, ექოსტრუქტურა მწირია, ღვიძლის ვენები გაგანიერებულია, ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრი მომაგებულია 3,5 სმ-მდე, სინუსებში ორივე მხარეს არის სითბე. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება შეფასდეს, როგორც:

- ა) ქრონიკული ემპატივის ნიშნები;
- ბ) მწვავე ემპატივის ნიშნები;
- *გ) გულის მწვავე უკმარისობის ნიშნები;
- დ) ღვიძლის ატროფიული ციროზი.

228. "ხარის თვალის" სიმპტომი არის ნიშანი:

- ა) ღვიძლის ემანგიომის;
- ბ) ღვიძლის აბსცესის;
- *გ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანების;
- დ) ღვიძლის კისტის.

229. 26 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის პარენქიმაში აღმოაჩნდა მრავლობითი ეიპოექოგენური ოვალური ფორმის წარმონაქმნები კარგად გამობატული კვლებით, კვლებსა და შიგთავსში კალციფიკაციებით. მოცემული ცვლილებები შეიძლება შეფასდეს როგორც:

- ა) ღვიძლის ჰემანგიომა;
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება;
- *გ) ღვიძლის ექინოკოკი;
- დ) ღვიძლის აბსცესები.

230. 53 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლის ორივე წილის პარენქიმაში 0,5-1,5 სმ-ის დიამეტრის ანექოგენური წარმონაქმნები სწორი, მკაფიო კონტურებით, რომლებიც იძლევა ექოსიგნალის ღორბალურ გაძლიერებას. აღნიშნული წარმონაქმნები შეიძლება შეფასდეს როგორც:

- ა) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება;
- ბ) ღვიძლის ემანგიომა;
- *გ) ღვიძლის პოლიკისტოზი;
- დ) ღვიძლის აბსცესები.

231. 17 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლის ღორბალურ მელაპირზე დიაფრაგმის ქვეშ ოვალური ფორმის ეიპოექოგენური სწორკონტურებიანი წარმონაქმნი თბელი კვლით (0,2 სმ), რომელიც იცვლის ზომებს საცდელი საუმბის მიღების შემდეგ. თქვენი დასკვნა:

- ა) ღვიძლის კისტა;

- ბ) ღვიძლის ჰემატომა;
- *გ) ატიპიურად განლაგებული ნაღვლის ბუშტი;
- დ) ღვიძლის აბცესი.

232. ღვიძლის გადაადგილება განისაზღვრება:

- ა) მის ევენტრალურ ზედაპირზე გადაწოლით ზეწოლის დროს;
- *ბ) გასწორვის სკანირების დროს ღრმა ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის დროს;
- გ) პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- დ) განივი სკანირების დროს ღრმა ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის დროს.

233. რამდენი წილისაგან შედგება ღვიძლი ანატომიურად:

- ა) 2 წილი
- ბ) 3 წილი;
- *გ) 4 წილი
- დ) 8 წილი.

234. მარჯვენა და კვადრატულ წილს შორის ანატომიურ საზღვარს წარმოადგენს:

- ა) მრგვალი იოგი
- ბ) ღვიძლის კარი;
- გ) ევენური იოგის ფურცელი;
- *დ) ნაღვლის ბუშტის სარეცელი.

235. 42 წლის ასთენიური აგებულების პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ღვიძლის ჩვეულებრივი ზომების, მარდვენა წილში არასწორკონტურებიანი, არასწორი ფორმის ექონეგატიური წარმონაქმნი, ღვიძლსა და ღიაფრაგმას შორის სითხის ექონეგატიური ზოლი. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება იყოს:

- ა) ღვიძლის კისტები;
- *ბ) ღვიძლის აბსცესი;
- გ) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- დ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება.

236. 20 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარდვენა წილში აღმოაჩნდა ჰიპერექოგენური, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის წარმონაქმნი ზომით 3,5 4,0 სმ-ი, რომელიც იძლევა აკუსტიკური სიგნალის ღორბალურ ფსევდო გაძლიერებას, გააჩნია მკვეთრი არასწორი კონტური და მასთან მიმავალი ჰიპოექოგენური გლობულარული სტრუქტურა, ეს შესაძლოა იყოს.

- ა) ღვიძლის აბსცესი;
- ბ) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- გ) ღვიძლის კისტა;
- *დ) ღვიძლის კავერნოზული ჰემანგიომა;

237. 36 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარცხენა ნაწილის ღორბალურ ზედაპირზე აღენიშნება არასწორი, არამკაფიო კონტურების მქონე ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი რამდენაღმე არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურით. ღვიძლის ღორბალური ზედაპირი არასწორი, არამკვეთრია. მცირე ბაღექონის მიდამოში ისახება სითხე. მოცემული ცვლილებები შეიძლება შეფუადეს, როგორც:

- ა) ღვიძლის აბსცესი;
- ბ) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- *გ) ღვიძლის ჰემატომა;
- დ) ღვიძლის კისტა.

238. 41 წლის პაციენტის ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოჩნდა: ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან 3 სმ-ით, უმეტესად მარცხენა წილის ხარჯზე, მისი კონტურები სწორია, მკაფიო, ექოსტრუქტურა დიფუზურად არაერთგვაროვანი, მრავლობითი ეიპერექოგენური არასწორი ფორმის კერების ბარდზე. კარის ვენა 1,6 სმ, ელენთის ვენა 1,1 სმ. ღვიძლის ვენები გაგანიერებული. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც:

- ა) ღვიძლის პირველადი კიბო;
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება;
- გ) ღვიძლის მრავლობითი ჰემანგიომა;
- *დ) ღვიძლის ციროზი პორტული ჰიპერტენზიით.

239. 47 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება: ღვიძლის ზომები გადილებულია, მისი კონტურები მკაფიო, არასწორი, ექოგენობა დიფუზურად მომაგებული, სისბლძარღვოვანი სურათი პერიფერიაზე მწირია. კარის ვენა 1,6 სმ, ასციტი. აღნიშნული ცვლილებების მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *ა) ღვიძლის ციროზი;
- ბ) ქრონიკული ჰეპატიტი;
- გ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია;
- დ) გულის უკმარისობა.

240. 82 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება: ღვიძლის ზომები მომატებული არ არის, მისი კონტურები სწორი, მკაფიო, მარდენა წილის პარენქიმაში აღენიშნება მრავლობითი არამკვეთრ კონტურებიანი ოვალური ფორმის წარმონაქმნები, რომლებსაც გარს აკრავს ანექოგენური გარსი. ღვიძლის ექოგენობა მომატებულია. სტრუქტურა არაერთგვაროვანი - საშუალო და მსბვილმარცვლოვანი. აღნიშნული ცვლილებები შეიძლება შეფასდეს, როგორც:

- ა) ღვიძლის პოლიკისტოზი;
- *ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება;
- გ) ღვიძლის ციროზი;
- დ) ღვიძლის ექინოკოკი.

241. 36 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება: ღვიძლი გადიდებული არ არის, მისი კონტურები არასწორია, მკაფიო, მე-7 სეგმენტში არის ანექოგენური 1,8x2,4 სმ ზომის წარმონაქმნი ოვალური ფორმის, სწორი, მკაფიო კონტურებით, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დორზალურ გაძლიერებას. თქვენი დასკვნა:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ანომალიური მდებარეობა;
- *ბ) ღვიძლის კისტა;
- გ) ღვიძლის ემანგიომა;
- დ) ღვიძლის აბსცესი.

242. 32 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება: ღვიძლი გადიდებული არ არის, კონტურები სწორი, მკაფიო, მე-8 სეგმენტში მკაფიო, არასწორ კონტურებიანი, 3,5x4,5 სმ ზომის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის წარმონაქმნი მასში ჰიპერ- და ჰიპოექოგენური უბნების მონაცვლეობით. მიღებული მონაცემები შეიძლება შეფასდეს, როგორც:

- *ა) ღვიძლის ჰემანგიომა;
- ბ) ღვიძლის ჰემატომა;
- გ) ღვიძლის პირფელადი კიბო;
- დ) ღვიძლის კისტა.

243. 60 წლის პაციენტის ანამნეზში ნაღვლის ბუშტის კენოვანი დაზიანება. ღვიძლი არ არის გადიდებული, კონტურები მკაფიო, სწორი, მე-5 სეგმენტში აღენიშნება 1,0 სმ-ს ექოპოზიტიური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს. თქვენი დასკვნა:

- ა) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება;
- ბ) ღვიძლის კენოვანი ეიპერულაზია;
- *გ) ღვიძლის კალციფიკატი;
- დ) ღვიძლის ჰემანგიომა.

244. პანკრეასი:

- ა) დაფარულია პერიტონეუმით მთლიანად;
- ბ) მდებარეობს რეგროპერიტონეალურ სივრცეში;
- გ) დაფარულია პერიტონეუმით კულის არეში;
- *დ) პერიტონეუმი ფარავს წინა და ქვედა ზელაპირს, უკანა არ არის დაფარული.

245. პანკრეასის თავი მდებარეობს:

- ა) ხერხემლის წინ და მარცხნივ;
- *ბ) ხერხემლის მარჯვნივ და გარს აკრავს თორმეტგოჯა ნაწლავი;
- გ) ხერხემლის მარცხნივ და გარს აკრავს თორმეტგოჯა ნაწლავი;
- დ) ესაზღვრება ელენტას და მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსს.

246. ელენტის ვენა არის ორიენტირებული პანკრეასის:

- ა) თავის და სხეულის გამოკვლევის დროს;
- *ბ) ტანის და კულის გამოკვლევის დროს;
- გ) ტანის გამოკვლევის დროს;
- დ) კულის გამოკვლევის დროს.

247. პანკრეასის კუდი ისახება შემდეგ ღონებზე:

- ა) ელენტის კარი;
- ბ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი;
- გ) მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვალი;
- *დ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი ან ელენტის კარი ინდივიდური თავისებურებებიდან გამომდინარე.

248. პანკრეასის ლიპომატომის დროს ვირსუნგის საღინარი:

- *ა) გაგანიერებული არ არის, კედლები გასქელებული არ არის;
- ბ) გაგანიერებულია, კონტურები არასწორი, კედლები გასქელებული, ღიაშეკრი არათანაბარი;
- გ) ღიაშეკრი მომატებულია, ზოგადი კედლები გასქელებული;
- დ) ღიაშეკრი მომატებული არ არის, კედლები ბშირად გასქელებულია.

249. პანკრეასის ასაკობრივი ფიბროზის დროს მის პარენქიმაში კალციფიკაციები:

- ა) აღინიშნება;
- *ბ) არ აღინიშნება;
- გ) შეუძლებელია მისი აღმოჩენა;
- დ) ყოველთვის ისაბეზა.

250. პანკრეასის მთავარ სადინარში ექოპოზიციური წარმონაქმნის არსებობა დამაბასიათებელია:

- ა) ქრონიკული ანთებისათვის;
- ბ) სადინარის ფიბროზისათვის;
- გ) სიმსივნით ზეწოლისათვის;
- *დ) სადინარის პანკრეოლითიაზისათვის.

251. 50 წლის პაციენტს (ქალს) ულტრაბგერითი გამოკვლევით ნაღვლის ბუშტის ღრუში აღმოაჩნდა 4 მმ-ს ზომის ექოპოზიციური წარმონაქმნი, რომელიც აკუსტიკურ ჩრდილს არ იძლევა, არ იცვლის მდებარეობას პოლიპოზიციური გამოკვლევის დროს.

ყველაზე უფრო მეტად საფიქრებელია:

- ა) ქრონიკული ქოლესისტიტი;
- ბ) ნაღვლის ბუშტის აღენომიომატოზი;
- *გ) ნაღვლის ბუშტის ქოლესტერინული პოლიპი;
- დ) ნაღვლის ბუშტის კონკრემენტი.

252. ლეიძლია ქოლესტაზის დროს, რომელიც ახასიათებს პარენქიმულ სიყვითლეს, პაციენტს აღინიშნება:

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარის, ნაღვლის ბუშტის, ლეიძლის საერთო სადინარის, და ლეიძლია სადინარების გაგანიერება
- ბ) ნაღვლის ბუშტის გაგანიერება
- გ) ნაღვლის საერთო სადინარის გაგანიერება
- *დ) სანაღველე გზებში ცვლილებები არ არის

253. ნაღვლის ბუშტის თანდაყოლილი დივერტიკული უფრო ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ფუძეზე;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის ყელში;
- გ) ნაღვლის ბუშტის წინა კედელზე;
- დ) ნაღვლის ბუშტის უკანა კედელზე. 296. ლეიძლია ქოლესტაზის დროს, რომელიც ახასიათებს პარენქიმულ სიყვითლეს, პაციენტს აღინიშნება:
- ე) ნაღვლის ბუშტის გაგანიერება;

254. პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა ნაღვლის საერთო სადინარის, ნაღვლის ბუშტის, ლეიძლის საერთო სადინარის და ლეიძლია სადინარების გაგანიერება. მიზეზი უნდა ვეძებოთ:

- ა) ლეიძლის საერთო სადინარში;
- *ბ) ნაღვლის საერთო სადინარის დისკალურ ნაწილში;
- გ) ნაღვლის ბუშტში;
- დ) ლეიძლის პარენქიმაში.

255. პაციენტს მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოაჩნდა: ნაღვლის ბუშტი ჩვეულებრივი ზომების, მის ღრუში თავისუფლად მოძრავი ჰიპერექოგენური სტრუქტურები, რომლებიც იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილებს. თქვენი დასკვნა:

- ა) ნაღვლის ბუშტის ქოლესტეროზი;
- *ბ) ნაღველკენჭოვანი დაბინძურება;
- გ) ნაღვლის ბუშტის ანომალია;
- დ) ნაღვლის ბუშტის კიბო.

256. ნაღვლის საერთო სადინარი მდებარეობს:

- ა) გასტროდუოდენალურ იოგში;
- ბ) ჰეპატოლიენალურ იოგში;
- *გ) ჰეპატოდუოდენალურ იოგში;
- დ) მრგვალ იოგში.

257. ნაღვლის ბუშტის ულტრაბგერითი გამოკვლევით ნორმაში კედლის ყველაზე მეტი სისქე აღინიშნება:

- ა) ფუძის მიდამოში;
- ბ) ტანის მიდამოში;
- *გ) ყელის მიდამოში;
- დ) ფუძის და ტანის მიდამოში.

258. ნაღვლის ბუშტის გამოკვლევისათვის სააიროა მისი სავსეობა, რისი მიღწევაც ბდება:

- ა) პაციენტის ეორიზონტალური მდგომარეობით;
- ბ) პაციენტის ვერტიკალური მდგომარეობით;
- გ) საცდელი საუმის შემდეგ;

*დ) 12 საათის შიმშილის შემდეგ.

259. ნაღვლის ბუშტის კვლევისათვის ოპტიმალური სიხშირეა:

*ა) 3,5-5,0 მგე;

ბ) 5,0-7,5 მგე;

გ) 7,5-10,0 მგე;

დ) არა აქვს პრინციპული მნიშვნელობა.

260. ღვიძლის პარენქიმაში, კარის ვენის გასწვრივ ისახება არასწორი ფორმის ექონეგატიური წარმონაქმნი თხელი ძნელად ვიზუალიზებადი კელაით. რა პათოლოგიაზე შეიძლება მივიგნოთ ეჭვი:

ა) ნაღვლის ბუშტის დივერტიკული;

*ბ) ღვიძლში სახანძრე გზების კისტები;

გ) კაროლის ლაბადა;

დ) ქოლანგიოკარცინომა.

261. ნაღვლის ბუშტის ფუძე ემიჯნება:

*ა) განივ კოლინჯს, კუჭის პილორულ ნაწილს, თორმეტგოჯა ნაწლავს;

ბ) განივ კოლინჯს, კუჭის ანტრალურ ნაწილს, თორმეტგოჯა ნაწლავს;

გ) განივ და დასწვრივ კოლინჯს;

დ) დასწვრივ კოლინჯს, მარჯვენა თირკმლის კარს.

262. ღვიძლის საერთო სადინარი წარმოიქმნება:

*ა) ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა სადინარების შეერთებით;

ბ) წილაკთაშუა სადინარების შეერთებით;

გ) ღვიძლის მარცხენა, მარჯვენა და ნაღვლის ბუშტის სადინარების შეერთებით;

დ) ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის მიმღები სადინარის შეერთებით.

263. ნაღვლის საერთო სადინარი წარმოიქმნება:

ა) ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა სადინარების შეერთებით;

ბ) ღვიძლის მარცხენა, მარჯვენა და ნაღვლის ბუშტის სადინარების შეერთებით;

*გ) ღვიძლის საერთო და ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთებით

დ) ბუშტის და წილაკთაშუა სადინარების შეერთებით.

264. ელენთის სიგრძივი ზომა ნორმაში ექოგრაფიულად შეადგენს:

ა) 8 სმ-მდე

ბ) 12 სმ-მდე;

*გ) 14 სმ-მდე

დ) 16 სმ-მდე.

265. ელენთის განივი ზომა ნორმაში ექოგრაფიულად შეადგენს:

ა) 4 სმ-მდე;

ბ) 5 სმ-მდე;

გ) 6 სმ-მდე;

*დ) 7 სმ-მდე.

266. კუჭქვეშა ჯირკვალი გამოიმუშავებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ნივთიერებას, გარდა

ა) ინსულინი

ბ) გლიკოგენი

*გ) ნაღველი

დ) ლიპაზა

267. რა არ ახასიათებს პანკრეასს?

*ა) ჯირკვალი მდებარეობს პერიტონეუმის ღრუში

ბ) ჯირკვალს არ გააჩნია კარგად გამოხატული კაპსულა

გ) ჯირკვალს აქვს წილაკოვანი აგებულება

დ) ჯირკვალი მდებარეობს რეგროპერიტონეალურ სივრცეში

ე) ჯირკვალი არის ზომით 15 სმ

268. ქრონიკული პანკრეატიტის ერთ-ერთი გართულება არის ფსევდოკისტის ჩამოყალიბება. გაურთულებელი ფსევდოკისტა ექოგრაფიულად წარმოგვიდგება, როგორც:

ა) არასწორკონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისტალურ ფსევდოგადღიერებას

ბ) არასწორი, მკაფიო კონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისტალურ შესუსტებას

გ) ანექოგენური წარმონაქმნი კარგად გამოხატული სქელი კაფსულით

*დ) ანექოგენური წარმონაქმნი არასწორი ან სწორი კონტურებით დისტალური სიგნალის გაძლიერებით

269. ელენთის ლიმფოსარკომა ისახება როგორც:

- ა) შერეული სტრუქტურების ჰიპერექტოგენური წარმონაქმნი
- ბ) ჰიპერექტოგენური წარმონაქმნი, რომელიც ვრცელდება კაფსულის გარეთ და იწვევს კონგურების ლეფორმაციას
- გ) შერეული სტრუქტურის ჰიპოექტოგენური წარმონაქმნი
- დ) ჰიპერექტოგენური წარმონაქმნი, რომელიც ვრცელდება კაფსულის გარეთ და იწვევს კონგურების ლეფორმაციას
- ე) წარმონაქმნი, რომელიც ჰგავს კისტას
- *ვ) შერეული ექოგენობისა და არაერთგვაროვანი სტრუქტურის მულტიფოკალური წარმონაქმნი, რომელსაც უჭირავს პარენქიმის უდიდესი ნაწილი

270. აგროფიული ციროზის დროს დამახასიათებელია:

- *ა) ღვიძლის ზომების შემცირება, ასციტი
- ბ) ღვიძლის პარენქიმის არაერთგვაროვნება, სპლენომეგალია
- გ) პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნები
- დ) საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება

271. ღვიძლის ფიბროზის ექოსკოპიური გამოსახულება წარმოადგენს:

- *ა) ნორმალური ზომების მქონე ღვიძლს დარღვეული არქიტექტონიკით და სტრომული ელემენტების მომაგებული რაოდენობით
- ბ) ნორმალური ზომების მქონე ღვიძლს ხორკლიანი კილით, გაფართოებული პორტული სისტემით
- გ) შემცირებული ზომების მქონე ღვიძლს პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითებით
- დ) არაერთგვაროვანი პარენქიმის მქონე ღვიძლს მისი ქსოვილის დაქვეითებული არექტელის უნარით

272. ღვიძლის აბსცესის მწვავე და ქვემწვავე ფაზის ექოგრაფიული სურათისათვის დამახასიათებელია ყველა ნიშანი, გარდა

- ა) ისახება ღრუ არაერთგვაროვანი შიგთავსით და ხშირად არასწორი კონგურებით
- ბ) აბსცესის ღრუში ისახება სითხოვანი და შესქელებული შიგთავსი, ხშირად ღონის წარმოქმნით
- გ) აბსცესის ღრუში ხშირად ისახება აირის ბუშტუკები
- *დ) უმეტეს შემთხვევაში ისახება თხელკედლიანი ჰიპერექტოგენური კაფსულა
- ე) ღვიძლის პარენქიმაში ხშირად ისახება მომაგებული ექოგენობის, არათანაბარი სისქის, არაერთგვაროვანი არშია

273. ღვიძლის პარენქიმის პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში ფერადი ღოპლერული კარგირებისას აღინიშნება:

- ა) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის სხვადასხვა მიმართულებითი და გურბულენგური ხასიათი
- ბ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის სხვადასხვა მიმართულებითი და ლამინარული ხასიათი
- გ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის ერთმიმართულებითი და გურბულენგური ხასიათი
- *დ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის ერთმიმართულებითი და ლამინარული ხასიათი
- ე) არ შეიძლება სისხლის მიმოქცევის ხასიათის შეფასება

274. ფერადი ღოპლერული კარგირებისას სისხლის ნაკადს ღვიძლის არტერიის გოგებში და კარის ვენის ღვიძლშია გოგებში აქვს:

- *ა) ერთმიმართულებითი ხასიათი
- ბ) სხვადასხვა მიმართულებითი ხასიათი
- გ) არ შეიძლება შედარება და შეფასება

275. ფერადი სიგნალის არარსებობა მილოვანი სტრუქტურის სანათურში მიუთითებს, რომ

- ა) მოცემული სტრუქტურა არ წარმოადგენს სისხლძარღვს
- ბ) აპარატის მგრძობელობა არ შეესაბამება სისხლის ნაკადის პარამეტრებს
- გ) კონკრეტულ სიგუაციაში აპარატის კალიბრება არააღქვავურია
- დ) აპარატის შესაძლებლობა და მეთოდიკა არ არის საკმარისი მოცემული წარმონაქმნის გამოსაკვლევად
- *ე) შესაძლებელია ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი ვარიანტი არ არის შესაძლებელი შემთხვევაში ჩამოთვლილი ვარიანტები

276. ფერადი ღოპლეროგრაფია ღვიძლის კეროვანი დამიანების დროს საშუალებას გვაძლევს:

- ა) განვსაზღვროთ კეროვანი დამიანების ხარისხი და სტრუქტურა
- *ბ) გამოვავლინოთ ღვიძლის სისხლძარღვოვანი არქიტექტონიკის დარღვევა კეროვანი დამიანების ზონაში
- გ) სოლიდური წარმონაქმნის შემთხვევაში მოვახდინოთ ლიფერენცირება ავთვისებიან და კეთილთვისებიან წარმონაქმნებს შორის
- დ) გამოვავლინოთ პათოლოგიური ნეოვასკულარიზაცია ავთვისებიან წარმონაქმნში

277. საშუალო კლასის ულტრაბგერით აპარატურაზე B-რეჟიმში შესაძლებელია ნაღველგამომყოფი სისტემის შემდეგი სტრუქტურების ვიზუალიზაცია:

- ა) ნაღველის ბუშტი, ნაღველის ბუშტის სადინარი, ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღველის საერთო სადინარი, მთავარი წილოვანი სადინარები, სეგმენტური სადინარები, სუბსეგმენტური სადინარები, ნაღველის კაპილარები.
- ბ) ნაღველის ბუშტი, ნაღველის ბუშტის სადინარი, ღვიძლის სადინარი, ნაღველის საერთო სადინარი, მთავარი წილოვანი სადინარები, სეგმენტური სადინარები, სუბსეგმენტური სადინარები.
- გ) ნაღველის ბუშტი, ნაღველის ბუშტის სადინარი, ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღველის საერთო სადინარი, მთავარი წილოვანი სადინარები, სეგმენტური სადინარები.

- *დ) ნაღვლის ბუშტი, ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღვლის საერთო სადინარი, მთავარი წილოვანი სადინარები.
- ე) ნაღვლის ბუშტი, ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღვლის საერთო. სადინარი.

278. ღვიძლშიდა სანაღვლე გზებს განეკუთვნება:

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარი
- *ბ) წილოვანი, სეგმენტური, სუბსეგმენტური სადინარები
- გ) ღვიძლის სადინარი
- დ) სუბსეგმენტური, სეგმენტური, წილოვანი სადინარები, ნაღვლის ბუშტის სადინარი.
- ე) ნაღვლის საერთო სადინარი, ნაღვლის ბუშტის სადინარი.

279. ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზებს განეკუთვნება: 1) სეგმენტური, წილოვანი სადინარები; 2) წილოვანი სადინარები და ნაღვლის საერთო სადინარი; 3) ღვიძლის საერთო სადინარი, ნაღვლის საერთო სადინარი; 4) ნაღვლის ბუშტის სადინარი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 4;5
- ვ) 3;5

280. ღვიძლის კვანძოვანი (კეროვანი) ჰიპერპლაზია წარმოადგენს:

- ა) კეთილთვისებიან სიმსივნურ პროცესს პროგრესირებადი მიმდინარეობით
- ბ) ავთვისებიან სიმსივნურ პროცესს პროგრესირებადი მიმდინარეობით
- *გ) თანდაყოლილ ანომალიას განვითარების პროგრესირებადი მიმდინარეობით
- დ) ანთებად დაზიანებას პროგრესირებადი მიმდინარეობით
- ე) ყველა პასუხი მცდარია

281. შეიძლება თუ არა სიმსივნის სახის მიხედვით ექოსკოპიური გამოკვლევისას დადგინდეს მისი ბრლის ხასიათი (ინვაზიური - არაინვაზიური

- *ა) ღიახ
- ბ) არა
- გ) ღიახ, იმ შემთხვევაში, თუ სისმსივნეში რღვევის უბნები არსებობს
- დ) ღიახ, სიმსივნეში კალციფიკაციების არსებობისას
- ე) ღიახ, ფუნქციური სინჯების ჩატარების შემთხვევაში.

282. მრავლობითი წერტილოვანი ჰიპერექტოგენური სტრუქტურები ნაღვლის ბუშტის კედლის სისქეში, მისი კონტურების და სისქის ცვლილებების გარეშე, დამახასიათებელია

- ა) ქრონიკული ქოლეცისტიტისათვის
- ბ) აღენომიომმატოზური ნაღვლის ბუშტისათვის
- *გ) ნაღვლის ბუშტის ქოლესტოზისათვის
- დ) ნაღვლის ბუშტის კიბოსათვის
- ე) ნაღველკენჭოვანი დაზიანებისათვის
- ვ) ყველა პასუხი სწორია

283. მართებულია თუ არა იმის მტკიცება, რომ ექოგრაფიული გამოკვლევით შესაძლებელია დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება კეთილთვისებიან ჰიპერპლაზიკურ პროცესსა (ფიბრომატოზი, ნეიროფიბრომატოზი, ლიმფომატოზი, აღენომატოზი) და ავთვისებიან სიმსივნის აღრეულ სტადიას შორის

- ა) ყოველთვის მართებულია
- *ბ) არ არის მართებული
- გ) მართებული იმ შემთხვევაში, თუ ნაღვლის ბუშტის კედელი გასქელებულია არაუმეტეს 6-7მმ
- დ) მართებულია, თუ დაზიანებული უბნის ექოგენობა არ აღემატება ღვიძლის ექოგენობას.

284. ექოგრაფიული სურათი - ნაღვლის ბუშტის კედლის გასქელება ძირითადად ლორწოვანი და ლორწოვანა გარსების ხარჯზე, მათში მცირე ზომის ჰიპერ-და ანექოგენური უბნების არსებობა, კედლის შიგნითა ზედაპირზე პოლიპის მაგვარი წანაზარღების არსებობა და ბუშტის ყველა ნაწილის არეში კედლის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება - დამახასიათებელია:

- ა) ქრონიკული ქოლეცისტიტისათვის
- ბ) მწვავე ქოლეცისტიტისათვის
- გ) მწვავე ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტისათვის
- *დ) ნაღვლის ბუშტის გაგრძელებული აღენომიომმატოზისათვის
- ე) ნაღვლის ბუშტის პოლიპოზისათვის

285. ნაღვლის ბუშტის გავრცელებული აღენომიომმატოზი წარმოადგენს დისპლაზიურ პროცესს, რომლის დროს შეიძლება გამოვლენილი იქნას:

- *ა) ნაღვლის ბუშტის კედლის არათანაბარი გასქელება ყველა უბანში, უპირატესად ლორწოვანი გარსის მიდამოში ჰიპერ- და ანექოგენური უბნებით და მრავლობითი პოლიპებით

- ბ) ნაღვლის ბუშტის კედლის არათანაბარი გასქელება ზოგიერთ უბანში, უპირატესად ლორწოვანი გარსის მიდამოში ჰიპერ- და ანექოგენური უბნებით და მრავლობითი პოლიპებით
- გ) ნაღვლის ბუშტის კედლის მრავლობითი ცალკეული გასქელებული უბნები, "კრიალოსნის" ტიპის, მთელი კონტურის გაყოლებაზე კუნთოვანი შრის მიდამოში
- დ) ნაღვლის ბუშტის კედლის მრავლობითი შერწყმული უბნები, "კრიალოსნის" ტიპის, მთელი კონტურის გაყოლებაზე კუნთოვანი შრის მიდამოში
- ე) ნაღვლის ბუშტის გარეთა კონტურზე მრავლობითი მცირე და საშუალო (3-5მმ და 4-7მმ) ზომის წარმონაქმნები სეროზული გარსის მიდამოში
- ვ) სპეციფიკური ნიშნების არარსებობა

286. "მწვავე მუცლის" დროს ულტრაბგერითი გამოკვლევისას გამოვლენილი დროში უცვლელი სითხოვანი წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ნაღვლის ბუშტის ქვედა მედიალურ ან ლატერალურ კედელთან, გააჩნია გასქელებული კედელი არამკვეთი კონტურებით და ხშირად გარშემო ჰიპერექოგენური ქობა - უმრავლეს შემთხვევაში შეესაბამება

- *ა) პარაფეზიკურ აბსცესს
- ბ) წერილი ნაწლავის მარჯვენა სითხოვანი შიგთავსით
- გ) დვიდლის კისტას
- დ) ნაღვლის ბუშტის დივერტიკულს
- ე) პანკრეასის კისტას
- ვ) არ შეესაბამება ზემოთ ჩამოთვლილ არც ერთ პათოლოგიას

287. ქრონიკული პანკრეატიტის ექოგრაფიულ სურათს, ჩვეულებრივ, არ განეკუთვნება:

- ა) ლიფუზური გადილება, იშვიათად ლოკალური გადილება ან ღირკვლის ნორმალური ზომები
- ბ) ჯირკვლი მკაფიო კონტურები
- გ) ჯირკვლის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება
- დ) ვირსუნგის სადინარის ზომიერი გაგანიერება
- *ე) ექოგენობა შეესაბამება თირკმლის ქერქოვანი შრის ექოგენობას.

288. პანკრეასის თავის გადილების დროს ირგვლის მდებარე ორგანოებსა და სტრუქტურებზე მეწოდის ექოგრაფიულ ნიშნებს არ განეკუთვნება

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარზე მეწოლა პროქსიმალური ნაწილის გაგანიერებით
- ბ) «ორღულიანი» სიმპტომის გამოვლენა
- *გ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი
- დ) კარის ვენის დისტალური ნაწილის გაგანიერება
- ე) ვირსუნგის სადინარის გაგანიერება
- ვ) ელენთის და ელენთის ვენის გადილება

289. პანკრეასის უსველოკისტის ყველაზე უფრო გავრცელებულ ექოგრაფიულ ნიშანს არ მიეკუთვნება

- ა) მრგვალი ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნის არსებობა
- ბ) ანექოგენური წარმონაქმნი
- *გ) ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი
- დ) ექოსიგნალის დისტალური გაძლიერების ეფექტი
- ე) ექოგენური ჩანართების ან შეწონილი ელემენტების არსებობა
- ვ) კარგად გამოხატული კაფსულის არ არსებობა

290. დვიდშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება დვიდგარეთა სანაღვლე გზების გაგანიერების გარეშე და ნაღვლის ბუშტის გადილება შეიძლება გამოვლენილი იყოს ყველა ჩამოთვლილ მდგომარეობისა, გარდა

- ა) კლაცკინის სიმსივნეებში (დვიდლის საერთო სადინარის კარცინომა)
- ბ) ქოლანგიოკარცინომები
- გ) დვიდლის კარის ლიმფური ჯირკვლების გადილება
- *დ) პანკრეასის ალენოკარცინომები.

291. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ინსულინომას უმრავლეს შემთხვევაში გააჩნია შემდეგი ექოგრაფიული სურათი:

- ა) ჰიპერექოგენური სოლიდური წარმონაქმნი (13სმ-ზე), რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის სხეულის ან კულის მიდამოში და ადვილად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით
- ბ) გიგანტური სოლიდური წარმონაქმნი (15სმ-ზე), არაერთგვაროვანი აგებულების, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის კულში და ადვილად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით
- გ) მცირე ზომის (12სმ-ზე) ჰიპოექოგენობის წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის თავის არეში და ძნელად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით
- *დ) მცირე ზომის (12სმ-ზე) საშუალო ან რამდენადმე მომაგებული პოექოგენობის წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის კულში და ძნელად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით

292. ელენთის ინფარქტი მწვავე პერიოდში ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს გამოისახება როგორც:

- *ა) არამკვეთი კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი
- ბ) მკვეთრ კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი. მკვეთრ კონტურებიანი მომაგებული ექოგენობის

წარმონაქმნი

გ) არამკვეთ კონსტრუქციის მომაგებელი ექოგენობის წარმონაქმნი

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ურონეფროლოგიაში

293. თირკმლები განლაგებულია:

- ა) მუცლის ღრუს ზედა სართულზე;
- ბ) მუცლის ღრუს შუა სართულზე;
- *გ) რეტროპერიტონეალურად;
- დ) მუცლის ღრუს ლაგერალურ არხებში;
- ე) მცირე მენჯში.

294. მე-12 ნეკნის ჩრდილი გადაკვეთს მარჯვენა თირკმელს:

- ა) თირკმლის კარის ღონეზე;
- *ბ) თირკმლის ზედა და შუა მესამედის საზღვრის ღონეზე;
- გ) თირკმლის შუა და ქვედა მესამედის საზღვრის ღონეზე;
- დ) ზედა პოლუსთან;
- ე) ქვედა პოლუსთან.

295. მე-12 ნეკნის ჩრდილი გადაკვეთს მარცხენა თირკმელს:

- *ა) თირკმლის კარის ღონეზე;
- ბ) თირკმლის ზედა და შუა მესამედის საზღვრის ღონეზე;
- გ) თირკმლის შუა და ქვედა მესამედის საზღვრის ღონეზე;
- დ) ზედა პოლუსთან;
- ე) ქვედა პოლუსთან.

296. მუცლის მხრიდან ღვიძლის სიგრძივი დიაფრაგმული სკანირებისას ვიზუალიზდება:

- *ა) მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი;
- ბ) მარჯვენა თირკმლის ქვედა პოლუსი;
- გ) თირკმლის კარი;
- დ) თირკმლის წინა ტუჩი;
- ე) თირკმლის უკანა ტუჩი.

297. ელენთის კარისაკენ მიმართულია:

- *ა) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი;
- ბ) მარცხენა თირკმლის ქვედა პოლუსი;
- გ) მარცხენა თირკმლის კარი;
- დ) თირკმლის წინა ტუჩი;
- ე) თირკმლის უკანა ტუჩი.

298. თირკმლები, პერირენალური ცხიმოვანი ქსოვილი და თირკმელზედა ჯირკვლები დაფარულია:

- ა) თირკმლის საკუთარი კაფსულით;
- *ბ) გერიტის ფასციით;
- გ) პერიტონეუმით;
- დ) გლისონის კაფსულით.

299. თირკმლის პარენქიმულ შრეში ისახება:

- ა) პირველი რიგის ფიალები;
- *ბ) პირამიდები;
- გ) მეორე რიგის ფიალები;
- დ) სეგმენტური არტერიები;
- ე) თირკმლის სინუსის ლიმფური სადინარები.

300. თირკმლის ქერქოვანი და გვინოვანი ნივთიერების საზღვარზე ისახება:

- ა) გორგლები;
- ბ) თირკმლის ცხიმოვანი ქსოვილი;
- *გ) Aა. არცუბაჟე;
- დ) მენჯი;
- ე) პირველი რიგის ფიალები.

301. შეადარეთ ჩამოთვლილი სტრუქტურების ექოგენობა და დააღაგეთ ექოგენობის კლების მიხედვით:

- ა) პანკრეასი > თირკმლის სინუსი > ღვიძლი > თირკმლის პარენქიმა;
- *ბ) თირკმლის სინუსი > პანკრეასი > ელენთა > ღვიძლი > თირკმლის პარენქიმა;
- გ) თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > პანკრეასი > ღვიძლი > ელენთა;

დ) პანკრეასი > თირკმლის სინუსი > თირკმლის პარენქიმა > ღვიძლი > ელენთა.

302. თირკმლის სინუსის ექოგენობის მომაგებისას საუბარი მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გამკვრივების შესახებ:

- ა) შეიძლება;
- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) შესაძლებელია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიტის არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია ქრონიკული გლომულურონეფრიტის არსებობისას;
- ე) შესაძლებელია ანამნეზში სინუსის კისტების არსებობისას.

303. მუცლის მხრიდან თირკმლის კარის მიდამოს განივ ჭრილში სკანირებისას მონიტორზე მიღებული გამოსახულების გელა მონაკვეთში ისახება:

- ა) თირკმლის არტერია;
- ბ) შარლსაწვეთი;
- *გ) თირკმლის ვენა;
- დ) თირკმლის მენჯი;
- ე) თირკმლის სინუსის ლიმფური სადინარები.

304. პაციენტის უმბოზე გამოკვლევისას ნორმალური თირკმლის კარში ისახება:

- *ა) თირკმლის ვენა, თირკმლის არტერია;
- ბ) თირკმლის ვენა, თირკმლის არტერია, შარლსაწვეთი;
- გ) მარტო თირკმლის ვენა;
- დ) თირკმლის ვენა, თირკმლის არტერია, მენჯი და პირველი რიგის ფიალები;
- ე) თირკმლის სინუსის ლიმფური სადინარები.

305. მარცხენა თირკმლის ვენა ჩვეულებრივ მდებარეობს:

- *ა) აორტასა და ჯორჯლის ზემო არტერიას შორის;
- ბ) აორტის უკან;
- გ) ქვემო ღრუ ვენის უკან;
- დ) კარის ვენის პარალელურად.

306. თირკმლის სისხლძარღვების ყველაზე მეტად გაგრძელებულ ანომალიად ითვლება:

- *ა) თირკმლის მრავლობითი არტერიები;
- ბ) პერიაორტული ვენური წრე;
- გ) მარცხენა თირკმლის ვენის რეტროაორტული მდებარეობა.

307. ნორმალური თირკმლის ფორმა ულტრაბგერითი კვლევისას არის:

- *ა) სიგრძივ ჭრილში - ლობიოს ფორმის ან ოვალური, განივ ჭრილში - მომრგვალო;
- ბ) სიგრძივ ჭრილში - ლობიოს ფორმის ან ოვალური, განივ ჭრილში - ნახევარმთვარისებური;
- გ) ყველა ჭრილში - ლობიოს ფორმის ან ოვალური;
- დ) სიგრძივ ჭრილში - ტრაპეციის მაგვარი;
- ე) სიგრძივ ჭრილში - ოვალური, განივ ჭრილში - ტრაპეციის მაგვარი.

308. საშუალო კლასის ულტრაბგერითი აპარატის საშუალებით გამოვლენილი თირკმლის კონკრემენტის მინიმალური ღიატეგრია:

- ა) 1 მმ;
- ბ) 2 მმ;
- *გ) 4 მმ;
- დ) 6 მმ;
- ე) 8 მმ.

309. თირკმლის სინუსის პროექციაში 3-4 მმ ღიატეგრის მაღალი ექოგენობის წარმონაქმნები მკაფიო აკუსტიკური ჩრდილით მოწმობს:

- *ა) თირკმელში მცირე ზომის კონკრემენტების არსებობაზე;
- ბ) მენჯ-ფიალოვან სისტემაში "სილის" არსებობაზე;
- გ) მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გამკვრივებაზე;
- დ) პირამიდის ღვრილების კალცინომზე;
- ე) მოცემული ექოგრაფიული ნიშნები არ არის პათოგნომური რომელიმე გარკვეული ნოზოლოგიისათვის.

310. სითხით შემოფარგლული 3-4 მმ ზომის თირკმლის კონკრემენტი:

- ა) არ იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს;
- *ბ) იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს;
- გ) იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს შარლსაწვეთის კონკრემენტების შემთხვევაში;
- დ) იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს მკაუნმკაუნ კონკრემენტების შემთხვევაში;
- ე) იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს შერეული ქიმიური შემცველობისას.

311. შარდსაწვეთში კონკრემენტის ვიზუალიზაცია დამოკიდებულია:

- *ა) შარდსაწვეთის სითხით შევსების ხარისხზე;
- ბ) კონკრემენტის ქიმიურ შედგენილობაზე;
- გ) კონკრემენტით შარდსაწვეთის ობსტრუქციის ღონებზე;
- დ) კონკრემენტის ღონებზე;
- ე) ავადმყოფის მომზადებაზე.

312. ულტრაბგერითი სურათით შეიძლება დიფერენციალური თირკმლის მარჯნისებური კონკრემენტისა მრავლობითი კონკრემენტებისაგან:

- ა) ყოველთვის;
- *ბ) ყოველთვის არა;
- გ) მხოლოდ პოლიპოშიციური კვლევისას;
- დ) მხოლოდ შარდმჟავა კონკრემენტის არსებობისას

313. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით კონკრემენტის ლოკალიზაციის დაფიქსირება (ფიალაში ან მენჯში):

- ა) არ შეიძლება;
- *ბ) შეიძლება;
- გ) შეიძლება, თუ ფიალა ან მენჯი გავსებულია სითხით;
- დ) შესაძლებელია მხოლოდ შარდმჟავა კონკრემენტის არსებობისას;
- ე) შესაძლებელია მხოლოდ მჟაუნმჟავა კონკრემენტის არსებობისას.

314. შარდის ბუშტის კონკრემენტის მინიმალური ზომა, რომლის გამოვლენაც შესაძლებელია ულტრაბგერითი გამოკვლევით არის:

- *ა) 2 მმ;
- ბ) 3 მმ;
- გ) 5 მმ;
- დ) 6 მმ;

315. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სიმსივნის ჰისტოლოგიის განსაზღვრა:

- ა) ყოველთვის შეიძლება;
- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) შესაძლებელია სიმსივნეში რღვევის უბნების არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია სიმსივნეში კალცინატის არსებობისას;
- ე) შესაძლებელია ანექოგენური ქობის არსებობისას.

316. ულტრაბგერითი კვლევით სიმსივნის ზრდის ხასიათის (ინვაზიური-არაინვაზიური) განსაზღვრა:

- *ა) ყოველთვის არ არის შესაძლებელი;
- ბ) შესაძლებელია სიმსივნეში რღვევის უბნების არსებობისას;
- გ) შესაძლებელია სიმსივნეში კალცინატის არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია ანექოგენური ქობის არსებობისას

317. სიმსივნის ინვაზიური ზრდის ულტრაბგერითი სიმპტომია:

- ა) ანექოგენური ქობა;
- *ბ) არამკაფიო საზღვრები;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურების არაერთგვაროვნება;
- დ) წარმონაქმნის ცენტრში არასწორ კონტურებიანი ანექოგენური ზონა;
- ე) სიმსივნეში კალცინატის ზონები.

318. ზრდასრულ ადამიანებში თირკმლის სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) თირკმლის ცისტადენოკარცინომა;
- *ბ) თირკმელ-უჯრედოვანი კიბო;
- გ) თირკმლის ონკოციტომა;
- დ) თირკმლის ანგიომა;
- ე) თირკმლის ჰემანგიომიოლიპომა.

319. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად ვლინდება:

- ა) ონკოციტომა;
- *ბ) ანგიომიოლიპომა;
- გ) ფიბრომა;
- დ) ჰემანგიომა;
- ე) ლეიომიომა.

320. თირკმელ-უჯრედოვანი კიბოს მეტასტაზების "სამიზნე" ორგანოებია:

- *ა) ფილგვები, ძელები, გვინი, ფარისებური ჯირკვალი, მცირე მენჯის ორგანოები;
- ბ) ღვიძლი, მცირე მენჯის ორგანოები, თირკმელზედა ჯირკვალი;
- გ) ღვიძლი, კანი, გვინი, სათესლე ჯირკვლები, ქალებში - სარძევე ჯირკვლები, ღვიძლი;
- დ) მამაკაცებში - სათესლე პარკის ორგანოები, ღვიძლი;
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლები.

321. ქვემო ღრუ ვენაში თრომბის არსებობის დადგენა ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

- ა) შესაძლებელია;
- ბ) არ არის შესაძლებელი;
- *გ) ყოველთვის არ არის შესაძლებელი;
- დ) შესაძლებელია მხოლოდ ქვემო ღრუ ვენის მნიშვნელოვანი გაგანიერების შემთხვევაში;
- ე) შესაძლებელია მხოლოდ ღვიძლის პერანქიმის ექოგენობის მკვეთრი მომატებისას.

322. გრანსაბლომინალური და გრანსლუმბალური სკანირებით შეიძლება გამოვავლინოთ თირკმლის მენჯის ეპითელური სიმსიენე, რომლის მინიმალური ღიაზეგია:

- ა) 0,3 სმ;
- ბ) 2 სმ;
- *გ) 1 სმ;
- დ) 4 სმ;
- ე) 0,8 სმ.

323. ზრდასრულ ავადმყოფებში ვილმის სიმსიენის არსებობა ულტრაბგერითი გამოკვლევით შეიძლება ვივარუდოთ:

- *ა) ნეკროზისა და კისტების წარმოქმნის გენლენციისას;
- ბ) სტრუქტურის მკვეთრი არაერთგვაროვნებისას პეგრიფიკაციით;
- გ) ანექოგენური ქობის არსებობისას;
- დ) სიმსიენის მასიური კალცინაციისას;
- ე) არამკაფიო კონტურების არსებობისას.

324. მოცულობითი წარმონაქმნის პერიფერიაზე ანექოგენური ქობის მორფოლოგიური სუბსტრატი არის:

- *ა) მზარდი სიმსიენით მიჭყლეტილი ნორმალური ქსოვილი;
- ბ) ნეკროზი სიმსიენის პერიფერიაზე;
- გ) პათოლოგიური სისხლძარღვოვანი ქსელი;
- დ) სიმსიენის კაფსულის კალცინოზი.

325. ულტრაბგერითი კვლევით ანგიომიოლიპომა ისახება როგორც:

- *ა) მალალი ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, მკაფიო საზღვრებით, მცირე უკანა დისგალური შესუსტებით თირკმლის სინუსის ან პარენქიმის პროექციაზე;
- ბ) იმოექოგენური, სოლიდური წარმონაქმნი ანექოგენური ქობით პარენქიმის პროექციაზე ღორსალური გაძლიერების ან შესუსტების გარეშე;
- გ) სოლიდური წარმონაქმნი მკვეთრად არაერთგვაროვანი სტრუქტურით, მრავლობითი ნეკროზული ღრუებით;
- დ) ანექოგენური წარმონაქმნი დისგალური გაძლიერების გარეშე;
- ე) შერეული ექოგენობის წარმონაქმნი დისგალური ფსევდოგაძლიერებით.

326. სიმსიენის ცენტრში არასწორკონტურებიანი ანექოგენური ზონის მორფოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) პერიფოკალური ანთეზა;
- *ბ) ნეკროზი;
- გ) ჰემატომა;
- დ) სიმსიენის სისხლძარღვების კალცინოზი;

327. ჰიდრონეფროზის მიზეზი არ შეიძლება იყოს:

- ა) უკანა ურეთრის სარქველი;
- *ბ) მწვავე გლომულურონეფრიტი;
- გ) საკვერცხის კიბო;
- დ) რეტროპერიტონეალური სიმსიენე;

328. თქვენი პირველი მოქმედა თირკმლის სიმსიენის აღმოჩენისას:

- *ა) თირკმლის ვენის, მსხვილი სისხლძარღვების, კონტრალატერალური თირკმლის, რეტროპერიტონეალური ლიმფური კვანძების, მცირე მენჯის ორგანოების, ფარისებრი ჯირკვლის, ღვიძლის, ელეთის ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ბ) ავადმყოფის გაგზავნა ვენურ უროგრაფიაზე;
- გ) ავადმყოფის გაგზავნა ონკოლოგთან;
- დ) ღვიძლის, ლიმფური კვანძების, ელეთის, თირკმელზედა ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ე) ავადმყოფის გაგზავნა ანგიოგრაფიულ გამოკვლევაზე.

329. ჰიპერნეფროზის ლოკალიზაციის "საყვარელი" ადგილია:

- ა) თირკმლის წინა გუჩი;
- ბ) თირკმლის ლაგერალური კიდე;
- *გ) თირკმლის პოლუსები;
- დ) თირკმლის სინუსი;
- ე) თირკმლის კარი.

330. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმელს აქვს:

- ა) კისტომურ-სოლიდური შენება;
- *ბ) სოლიდური შენება;
- გ) კისტომური შენება;
- დ) კისტომური შენება პაპილარული გამონაზარდებით;

331. პაციენტს თირკმლის ჭვალის სიმპტომებით არ აღენიშნება ზემო საშარღე გზების დილაგაციის ულტრაბგერითი ნიშნები. ამ დროს:

- ა) სრულად გამოირიცხება კონკრემენტის არსებობა;
- *ბ) არ გამოირიცხება კონკრემენტის არსებობა შარდსაწვეთში;
- გ) დაზიანებული თირკმლის სრულად შენარჩუნებული პარენქიმის შემთხვევაში გამოირიცხება კონკრემენტის არსებობა;
- დ) არ გამოირიცხება შარდმეჯევა კონკრემენტის არსებობა.

332. ულტრაბგერითი მონაცემებით ყველაზე ხშირად საჭიროა დიფერენცირების ჩატარება ჰიდროკალიკოზსა და:

- *ა) სინუსის კისტებს შორის;
- ბ) პიელონეფრიტს შორის;
- გ) შაქრიან დიაბეტს შორის;
- დ) თირკმლის სინუსურ ლიმფომატოზს შორის;
- ე) ტუბერკულოზურ კავერნებს შორის.

333. თირკმლის სინუსის კისტების დიაგნოზის დასმისათვის ოპტიმალურად ითვლება:

- ა) ჩვეულებრივი ულტრაბგერითი კვლევა;
- ბ) ინტრავენური ულტრაბგერითი კვლევა;
- გ) თირკმლის შერჩევითი ანგიოგრაფია;
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- *ე) ულტრაბგერითი კვლევა ფარმაკოქოგრაფიის გამოყენებით.

334. ულტრაბგერითი კვლევით მრდასრულ ადამიანებში ნორმალ ითვლება:

- ა) თირკმლის მენჯის წინა-უკანა ზომა არ აღემატება 1,0 სმ-ს;
- ბ) თირკმლის მენჯის წინა-უკანა ზომა არ აღემატება 1,5 სმ-ს;
- გ) თირკმლის მენჯის წინა-უკანა ზომა არ აღემატება 2 სმ-ს;
- დ) მენჯი არ ვიზუალიზდება;
- *ე) მენჯი არ ვიზუალიზდება უმბოზე ან სითხის მიღების ჩვეულებრივ რეჟიმში.

335. ორსულს (I ტრიმესტრი) ულტრაბგერითი კვლევით აღენიშნება მარჯვენა თირკმლის მენჯის დილაგაცია 1,0 სმ-მდე. ეს არის:

- ა) ნორმა;
- ბ) პათოლოგია;
- *გ) შეიძლება იყოს ნორმაც და პათოლოგიაც;
- დ) ნორმა დიდი ნაყოფის არსებობისას;
- ე) პათოლოგია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიტის არსებობისას.

336. ორსულს (III ტრიმესტრი) ულტრაბგერითი კვლევით აღენიშნება მარჯვენა თირკმლის მენჯის დილაგაცია 1,7 სმ-მდე. ეს არის:

- ა) ნორმა;
- ბ) პათოლოგია;
- *გ) შეიძლება იყოს ნორმაც და პათოლოგიაც;
- დ) ნორმა დიდი ნაყოფის არსებობისას;
- ე) პათოლოგია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიტის არსებობისას.

337. თირკმლის დისკოპია არის:

- ა) სხეულის მდგომარეობის შეცვლის დროს თირკმლის პათოლოგიური ცლომა;
- *ბ) ემბრიოგენების პროცესის დროს თირკმლის არასწორი გადაადგილებით განპირობებული მდებარეობის ანომალია;
- გ) თირკმლის ზომების შემცირება მენჯ-ფიალოვანი სისტემისა და პარენქიმის ნორმალური განვითარებით;
- დ) სუნთქვის დროს თირკმლის პათოლოგიური ცლომა;
- ე) თირკმლების შეზრდა ქვედა პოლუსებით.

338. დისკოპიურ თირკმელს გააჩნია: 1) მოკლე შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის მსხვილი ღეროებიდან თირკმლის ღონებზე; 2) გრძელი შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის L1 L2 ღონებზე; 3) თირკმლის ღერძების შემობრუნება და როტაცია;

4) თირკმლის ქველა პოლუსით შეზრდა კონტრალაგერალურ თირკმელთან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;3

339. მოძრავ თირკმელს ახასიათებს:

- ა) მოკლე შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის მსხვილი გოგებიდან თირკმლის ღონეზე;
- *ბ) გრძელი შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის L1 L2 ღონეზე;
- გ) თირკმლის ღერძების შემობრუნება და როტაცია;
- დ) თირკმლის ქველა პოლუსით შეზრდა კონტრალაგერალურ თირკმელთან;

340. ნალისებური თირკმლის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია :

- *ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) ყოველთვის არა;
- გ) შეუძლებელია, შესაძლებელია მხოლოდ კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევით;
- დ) მხოლოდ უროსტაგმის არსებობის შემთხვევაში;

341. ნალისებრი თირკმლის დიაგნოსტიკის ოპტიმალური მეთოდია:

- *ა) ულტრაბგერითი კვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) ინტრავენური უროგრაფია;
- გ) შერჩევითი ანგიოგრაფია;

342. ულტრაბგერითი კვლევისას ნალისებური თირკმლის არსებობაზე ეჭვის მიტანა შეიძლება, როდესაც:

- ა) ერთ-ერთი თირკმელი ვიზუალიზაცია მცირე მენჯში;
- *ბ) თირკმლის სიგრძივი ღერძები შემობრუნებულია;
- გ) თირკმლის პოლუსები ნათლად მოჩანს ჩვეულებრივ ადგილას;
- დ) თირკმელს გააჩნია გრძელი შარდსაწვეთი, ხოლო სისხლძარღვები გამოდის L1 L2 ღონეზე;

343. ნალისებური თირკმელი არის ანომალური თირკმელი შემრდილი უფრო ხშირად:

- *ა) ქველა პოლუსებით;
- ბ) შუა სეგმენტებით;
- გ) ზედა პოლუსებით;
- დ) თირკმლის წინა ტუჩით;

344. ულტრაბგერითი კვლევით ჰიპოპლაზირებული თირკმელი არის:

- *ა) ნორმალურთან შედარებით მცირე ზომის თირკმელი ნორმალური სტრუქტურის პარენქიმიტა და სინუსით;
- ბ) ემბრიოგენეზის პროცესში ჩვეულებრივ ღონემდე აუსვლელი თირკმელი;
- გ) მცირე ზომის თირკმელი მკვეთრად დარღვეული დიფერენციაციით "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი";
- დ) თირკმლის შეზრდა კონტრალაგერალურ თირკმელთან ქველა პოლუსით;

345. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმლის შეჭმუხვნა ჰიპოპლაზიისაგან შეიძლება განვასხვავოთ შემდეგი პარამეტრებით: 1) თირკმლის არასწორი კონტურები; 2) თირკმლის სწორი კონტურები; 3) თირკმლის პარენქიმის ექოგენობის მომაგება; 4) თირკმლის პარენქიმის განლევა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 3;4

346. ჰიპოპლაზირებული თირკმლის პარენქიმისა და სინუსის სისქის შეფარდება:

- ა) დარღვეულია;
- *ბ) არ არის დარღვეული;
- გ) დარღვეულია ნეფროკალცინოზის არსებობისას;
- დ) დარღვეულია შეფარდების შემცირებისაკენ;
- ე) დარღვეულია ქრონიკული პიელონეფრიტის დართვისას.

347. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმლის გაორების უცყუარი ნიშანია:

- ა) პარენქიმული ძვიდის არსებობა, რომელიც თირკმლის სინუსს ორ ნაწილად ყოფს;
- *ბ) პოლუსებით შემრდილი ორი თირკმლის ვიზუალიზაცია;
- გ) ჰიდრონეფროზული ტრანსფორმაცია;
- დ) პარენქიმისა და სინუსის სისქის შეფარდების შეცვლა;
- ე) სისხლძარღვებისა და შარდსაწვეთების ურთიერთდამოკიდებულების დარღვევა.

348. თირკმლის მარტივი კისტა არის:

- *ა) მილაკოვანი სტრუქტურებიდან განვითარებული პათოლოგია;
- ბ) მილაკოვანი სტრუქტურების ეპითელიუმის მეტაპლაზიის შედეგი;
- გ) მზარდი სიმსივნით თირკმლის მილაკებზე გეწოლა;
- დ) თირკმლის "ცივი" აბსცესი.

349. "თირკმლის მრავლობითი უბრალო კისტები" და "თირკმლის პოლიკისტოზი" სინონიმებია:

- ა) ღია;
- *ბ) არა;
- გ) ღია, ხანში შესული პირებისათვის;
- დ) ღია, ბავშვებსა და მოზარდებში;
- ე) ღია, ანამნეზში გუბერკულოზის არსებობისას.

350. თირკმლის მარტივი კისტები:

- ა) მემკვიდრეობით გადაეცემა ყოველთვის;
- *ბ) არ გადაეცემა;
- გ) გადაეცემა აუტოსომურ-რეცესიული ტიპით;
- დ) გადაეცემა აუტოსომურ-დომინანტური ტიპით.

351. ულტრაბგერითი კვლევისას თირკმლის მარტივი კისტაში აღმოჩენილია კელისმიური ჰიპერექოგენური ჩანართი ღიაბეგრით 3 მმ, რომელიც დაფიქსირებულია, აქვს მომრგვალო ფორმა, არამკაფიო საზღვრები და აკუსტიკური ჩრდილი. რეკომენდებულია:

- *ა) 3 თვეში ერთხელ დინამიკური მეთვალყურეობა;
- ბ) კისტის პუნქცია;
- გ) ოპერატიული მკურნალობა;
- დ) ანგიოგრაფიული კვლევის ჩატარება;
- ე) ლოპლერგრაფიული კვლევის ჩატარება.

352. ულტრაბგერითი კვლევისას თირკმელში აღმოჩნდა კისტოზური წარმონაქმნი სქელი კელეებით და მრავლობითი გიხრებით. რეკომენდებულია: 1) ინტრავენური უროგრაფიის ჩატარება; 2) სეროლოგიური სინჯების ჩატარება პარამიგული წარმონაქმნის გამოსარიცხად; 3) კომპიუტერული ტომოგრაფია კონტრასტული გაძლიერებით; 4) კისტის პუნქცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

353. ზრდასრულ დაზიანებებში პოლიკისტოზის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

- ა) თირკმლების მრავლობითი კისტები;
- ბ) 1-2 მმ ზომის ჰიპერექოგენური ჩანართები;
- გ) ორივე თირკმლის დაზიანება;
- *დ) სწორია ყველა

354. ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის საბოლოო სტადიისა და პოლიკისტოზის დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკურ განსხვავებად ითვლება:

- ა) სოლიდური კომპონენტის არარსებობა;
- *ბ) ორმხრივი დაზიანება;
- გ) ერთი დიდი ცენტრალურად მდებარე კისტოზური წარმონაქმნის ირგვლივ რამდენიმე კისტის არსებობა;
- დ) კისტოზური სტრუქტურების შიგთავსის არსებობა;
- ე) ნეფროკალცინოზის ღართვა.

355. თირკმლების პოლიკისტოზი უფრო ხშირად შერწყმულია შემდეგი ორგანოს პოლიკისტოზთან:

- *ა) ღვიძლის;
- ბ) პანკრეასის;
- გ) ელენთის;
- დ) საკვერცხეების;

356. ქრონიკული პიელონეფრიტის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს ნეფროკალცინოზის ღართვისას;
- დ) არსებობს ანამნეზში შაქრიანი დიაბეტის არსებობისას;
- ე) არსებობს თირკმლის უკმარისობის დროს.

357. ქრონიკული პიელონეფრიგის გვიან სტადიაზე განვითარებული ჰიდროკალიკოზი განპირობებულია:

- ა) შარდსაწვეთის ბლოკით ანთებადი ემბოლიის გამო;
- *ბ) მენჯ-ფიალოვანი კომპლექსის კვლევებში სკლეროზული პროცესებით;
- გ) ქრონიკული პიელონეფრიგის ამ სტადიაზე დართული თირკმლების ქრონიკული უკმარისობით;
- დ) პარენქიმის ინტერსტიციური ანთების, ატროფიისა და სკლეროზის არსებობით;

358. 61 წლის პაციენტს აღენიშნება თირკმლის სინუსის ექოგენობის მნიშვნელოვანი მომაგება. ამ დროს ქრონიკული პიელონეფრიგის დიაგნოზი:

- ა) გამართლებულია;
- *ბ) არ არის გამართლებული;
- გ) გამართლებულია დამახასიათებელი კლინიკურ-ლაბორატორიული სიმპტომატიკის არსებობისას;
- დ) გამართლებულია ნეფროკალცინოზის დართვისას;
- ე) გამართლებულია თირკმლის ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის არსებობისას.

359. ავადმყოფს ქრონიკული პიელონეფრიგის კლინიკური დიაგნოზით ულტრაბგერითი კვლევისას პათოლოგია არ აღმოაჩნდა, ექიმი თერაპევტი ულტრაბგერითი კვლევის შემდეგ ხსნის ავადმყოფს დისპანსერული აღრიცხვიდან - ეს:

- ა) გამართლებულია;
- *ბ) არ არის გამართლებული;
- გ) გამართლებულია კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის არსებობის 3 წლის განმავლობაში;
- დ) გამართლებულია თირკმლის ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციის არარსებობის შემთხვევაში;
- ე) გამართლებულია შარდის ანალიზში ცვლილებების არარსებობისას.

360. მწვავე პიელონეფრიგის დროს შესაძლოა იყოს შემდეგი ულტრაბგერითი მონაცემები:

- ა) "გამოკვეთილი" პირამიდების სინდრომი;
- ბ) პარენქიმის გასქელება და ექოგენობის დაქვეითება;
- გ) პიელოექტაზია;
- *დ) სწორია ყველა

361. მწვავე პიელონეფრიგის დროს თირკმლის სინუსის ექოგენობის დაქვეითებისა და ფართის შემცირების მიზეზი არის:

- ა) თირკმლის სინუსის ფიბროზი;
- *ბ) თირკმლის სინუსის ცხიმის რემორბცია, სინუსზე ზეწოლა;
- გ) თანმხლები პარანეფრიტი;
- დ) თანმხლები პერინეფრიტი;

362. თირკმლის კარბუნკულის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

- ა) თირკმლის სინუსში ოვალურ-წაგრძელებული ფორმის ანექოგენური ზონა;
- ბ) პარენქიმაში არასწორი ფორმის ანექოგენური ზონა სქელი კაფსულით;
- *გ) პარენქიმაში მკაფიო საზღვრებიანი ჰიპერექოგენური ზონა ან არამკაფიო საზღვრებიანი ჰიპოექოგენური ზონა;
- დ) "გამოკვეთილი" პირამიდების სინდრომი.

363. თირკმლის ჩირქოვანი ანთების (აბსცესი, კარბუნკული, აპოსტემატოზური პიელონეფრიტი) განვითარებისთვის საშარდე გზების ობსტრუქციის არსებობა:

- ა) აუცილებელია;
- *ბ) არ არის აუცილებელი;
- გ) აუცილებელია მამაკაცებში;
- დ) არ არის აუცილებელი ანაერობული ინფექციის არსებობისას;
- ე) არ არის აუცილებელი დართული ნეფროკალცინოზის არსებობისას.

364. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით თირკმლის კარბუნკულის ლიფერენცირება ყველაზე ხშირად გვხვდება: 1) თირკმლის აბსცესისგან; 2) თირკმლის სიმსივნისგან; 3) თირკმლის ტუბერკულოზისგან; 4) თირკმლის დაზიანებული კისტისგან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

365. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიტი პირველ რიგში უნდა გავარჩიოთ:

- ა) აპოსტემატოზური პიელონეფრიტისგან;
- ბ) თირკმლის კარბუნკულისგან;
- *გ) თირკმლის სიმსივნური დამიანებისგან;
- დ) მეტულარული ნეფროკალცინოზისგან;
- ე) ღრუბლოვანი თირკმლისგან.

366. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიგის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

- *ა) სიმსივნისებრი სტრუქტურები პარენქიმაში, მარჯნისებრი კენჭი თირკმელში;
- ბ) თირკმლის ზომების მომაგება, "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი" ლიფერენციების არარსებობა, პარენქიმა და თირკმლის სინუსი წარმოდგენილია არაერთგვაროვანი სოლიდურ-კისტოზური სტრუქტურით;
- გ) "გამოკვეთილი" პირამიდების სინდრომი;
- დ) პარენქიმაში მრავლობითი პეტრიფიკაციები;

367. თირკმლის ტუბერკულოზური დაზიანებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- *ა) პარენქიმაში მრავლობითი პეტრიფიკაციები, ფიალების გაგანიერება და ლეფორმაცია, კისტოზური წარმონაქმნები სქელი და არასწორი კედლით;
- ბ) ჰიპერექოგენური პირამიდების სინდრომი;
- გ) პარენქიმის გასქელება, პირამიდების ექოგენობის მომაგება;

368. თირკმლის კარბუნკული არის შედეგი:

- ა) ქსანტოგრაზულომატოზური პიელონეფრიტის შემდგომი პროგრესირების;
- *ბ) სეპტიკური ინფარქტისა შემდგომი ანთებითა და ჩირქოვანი რღვევით;
- გ) თირკმლის ტუბერკულოზის დროს კავერნების წარმოქმნის;
- დ) ქრონიკული პიელონეფრიტის შემდგომი პროგრესირების;

369. ექოგრაფიულად თირკმლის აბსცესი წარმოდგენილია:

- ა) თირკმლის გარეთა კონტურს გარეთ გამოსული არამკაფიო საზღვრებიანი ჰიპოექოგენური ზონით;
- *ბ) შეწონილ შიგთავსიანი სქელკაფსულიანი ანექოგენური ზონით;
- გ) თხელი, სწორი კაფსულის მქონე ანექოგენური ზონით;
- დ) "გამოკვეთილი" პირამიდების სინდრომით;
- ე) ჰიპერექოგენური პირამიდების სინდრომით.

370. პარანეფრიტის ექოგრაფიულ ნიშნებს არ განეკუთვნება:

- ა) თირკმლის ექსკურსიის შეზღუდვა;
- ბ) თირკმლის არამკაფიო კონტური;
- გ) პარანეფრიუმის არაერთგვაროვანი სტრუქტურა;
- *დ) თირკმლის სინუსის ექოგენობის მომაგება;

371. თირკმლის პარენქიმის ნაწიბუროვანი ცვლილებების ექოგრაფიულ ნიშნებად ითვლება:

- *ა) პარენქიმაში არსებული ჰიპერექოგენური ხაზოვანი სტრუქტურები ან სხვადასხვა ფორმის მომაგებული ექოგენობის ზონები, რომლებიც უწყვეტად ერწყმიან მიმდებარე პარანეფრალურ ქსოვილს;
- ბ) ჰიპერექოგენური სტრუქტურები მკაფიო საზღვრებით პირამიდებსა და ქერქს შორის;
- გ) თირკმლის პარენქიმის მალეფორმირებელი დაქვეითებული ექოგენობის ზონები;
- დ) პარენქიმის ექოგენობის მომაგება;
- ე) პარენქიმის ქერქოვანი ნივთიერების ექოგენობის დაქვეითება.

372. ქრონიკული პიელონეფრიტის ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკურ ხორციელებას:

- ა) ულტრაბგერითი კვლევით;
- *ბ) ინტრავენური უროგრაფიით;
- გ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით;
- დ) ნეფროსცინტიგრაფიით;
- ე) ანგიოგრაფიით.

373. პარანეფრიტი უკეთ ვლინდება: 1) ულტრაბგერითი კვლევით; 2) ინტრავენური უროგრაფიით; 3) კომპიუტერული ტომოგრაფიით; 4) ნეფროსცინტიგრაფიით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;3

374. თირკმლის კარბუნკული უკეთ ვლინდება:

- *ა) ულტრაბგერითი კვლევით;
- ბ) ინტრავენური უროგრაფიით;
- გ) ნეფროსცინტიგრაფიით;
- დ) ანგიოგრაფიით.

375. ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი ქრონიკული პიელონეფრიტი უპირატესად არის:

- *ა) ცალმხრივი პროცესი;
- ბ) ორმხრივი პროცესი;
- გ) ორმხრივი პროცესი ნეფროკალცინოზის არსებობისას;

დ) ცალმხრივი პროცესი შაქრიანი ღიაბუცის არსებობისას;

376. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიტის თანმხლებ დაავადებათა შორის ყველაზე ხშირია:

- ა) თირკმლის ტუბერკულოზი;
- ბ) ინტერსტიციალური ნეფრიტი;
- *გ) ნეფროლითიაზი;
- დ) პირამიდის ღვრილების ნეკროზი;
- ე) თირკმლების მულტიკისტოზი.

377. ქალებში მწვავე პიელონეფრიტი უპირატესად ვითარდება:

- *ა) უროგენიტალური ინფექციის ფონზე;
- ბ) ობსტრუქციული უროპათიების ფონზე;
- გ) შარდსასქესო სისტემის განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების ფონზე;
- დ) შაქრიანი ღიაბუცის ფონზე;
- ე) თირკმლის ინფარქტის ფონზე.

378. მამაკაცებში მწვავე პიელონეფრიტი უხშირესად ვითარდება:

- ა) უროგენიტალური ინფექციის ფონზე;
- *ბ) ობსტრუქციული უროპათიების ფონზე;
- გ) შარდსასქესო სისტემის განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების ფონზე;
- დ) შაქრიანი ღიაბუცის ფონზე;
- ე) თირკმლის ინფარქტის ფონზე;

379. ულტრაბგერით მონაცემებზე დაყრდნობით თერაპევტმა გამოიკვლია მწვავე გლომერულონეფრიტის ღიაგნობი:

- ა) იგი მართალია;
- *ბ) არ არის მართალი;
- გ) მართალია 3 წლის განმავლობაში კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის არსებობისას;
- დ) მართალია თირკმლის ჰიდრონეფროიდული ტრანსფორმაციის არარსებობისას;
- ე) მართალია შარდის ანალიზში ცვლილებების არარსებობისას.

380. ულტრაბგერით მონაცემებზე დაყრდნობით თერაპევტმა გამოიკვლია ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ღიაგნობი:

- ა) იგი მართალია;
- *ბ) არ არის მართალი;
- გ) მართალია 3 წლის განმავლობაში კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის არსებობისას;
- დ) მართალია თირკმლის ჰიდრონეფროიდული ტრანსფორმაციის არარსებობისას;
- ე) მართალია შარდის ანალიზში ცვლილებების არარსებობისას.

381. სავარაუდო ღიაგნობია ქრონიკული გლომერულონეფრიტი. ულტრაბგერითი გამოკვლევა:

- ა) ინფორმატულია;
- *ბ) არ არის ინფორმატული;
- გ) ინფორმატულია 3 წლის განმავლობაში კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის შემთხვევაში;
- დ) ინფორმატულია თირკმლის ჰიდრონეფროიდული ტრანსფორმაციის არსებობისას;
- ე) ინფორმატულია მხოლოდ შარდის ანალიზში ცვლილებების არსებობის შემთხვევაში.

382. ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ღიაგნობის დამოწმება მიზანშეწონილია:

- ა) ულტრაბგერითი კვლევით;
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით;
- გ) ინტრავენური უროგრაფიით;
- დ) ნეფროსცინტიგრაფიით;
- *ე) თირკმლის ბიოფსიით.

383. მწვავე გლომერულონეფრიტის პათოგნოზური ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს ბავშვებში და მოზარდებში;
- დ) არსებობს მხოლოდ მეტნარულ-პროლიფერატული ფორმის დროს;
- ე) არსებობს მხოლოდ სწრაფად პროგრესირებადი გლომერულონეფრიტის დროს.

384. თირკმლების ამილიოდოზის პათოგნოზური ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს ბავშვებში და მოზარდებში;
- დ) არსებობს პარენქიმაში ქრონიკული ანთებითი ცვლილებებისას;
- ე) არსებობს თირკმლების ქრონიკული უკმარისობისას.

385. თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზი შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) ულტრაბგერითი კვლევით;
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით;
- *გ) დოპლერგრაფიით;
- დ) ინტრავენური უროგრაფიით;

386. თირკმლის ვენის თრომბოზის მწვავე ფაზაში ულტრაბგერითი კვლევისას ვლინდება:

- *ა) თირკმლის ზომის მომატება, პარენქიმის გასქელება, პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება;
- ბ) თირკმლის ზომის მომატება, პარენქიმის ქერქოვანი შრის ექოგენობის მომატება;
- გ) თირკმლის ზომის მომატება, პარენქიმის სტრუქტურის სრული დემორგანიზაცია მასში ანექოგენური მცირე ზონების გაჩენით;
- დ) პერიმელულარული რგოლის სიმპტომი;
- ე) ჰიპერექოგენური პირამიდების სიმპტომი.

387. თირკმლის არტერიის თრომბოზის მწვავე ფაზაში ულტრაბგერითი კვლევისას ვლინდება:

- *ა) თირკმლის ზომის მომატება, პარენქიმის გასქელება, პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება;
- ბ) თირკმლის ზომის მომატება, პარენქიმის ქერქოვანი შრის ექოგენობის მომატება;
- გ) პერიმელულარული რგოლის სიმპტომი;
- დ) ჰიპერექოგენური პირამიდების სიმპტომი.

388. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით დიფერენციაცია უნდა გატარდეს თირკმლის ვენის მწვავე თრომბოზსა და:

- *ა) მწვავე პიელონეფრიტის შორის;
- ბ) მწვავე კორტიკულ ნეკროზს შორის;
- გ) თირკმლის აბსცესს შორის;
- დ) თირკმლის ტუბერკულოზს შორის;
- ე) ნეფროკალცინოზს შორის.

389. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით დიფერენციაცია უნდა გატარდეს თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზსა და:

- *ა) მწვავე პიელონეფრიტის შორის;
- ბ) მწვავე კორტიკალურ ნეკროზს შორის;
- გ) თირკმლის აბსცესს შორის;
- დ) თირკმლის ტუბერკულოზს შორის;
- ე) ნეფროკალცინოზს შორის.

390. ულტრაბგერითი კვლევით დიფერენცირების გატარება თირკმლის ვენისა და თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზს შორის:

- ა) შეიძლება;
- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) შესაძლებელია მხოლოდ ჰიპერექოგენური პირამიდების სიმპტომის არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია მხოლოდ პირამიდების წერილკისგოვანი ტრანსფორმაციის შემთხვევაში.

391. "გამოკვეთილი" პირამიდების ულტრაბგერითი სიმპტომი არის:

- ა) შეუცვლელი ქერქოვანი ნივთიერების ფონზე გადიდებული და შეშუპებული პირამიდები;
- *ბ) მომატებული ექოგენობის პარენქიმის ფონზე გადიდებული ჰიპოექოგენური ან ჩვეულებრივი ექოგენობის პირამიდები;
- გ) ექოგენურად და ზომებში შეუცვლელი პირამიდები;
- დ) მომატებული ექოგენობის პირამიდები აკუსტიკური ჩრდილით.

392. ულტრაბგერითი კვლევით "გამოკვეთილი" პირამიდების სიმპტომის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

- *ა) მწვავე კორტიკული ნეკროზის დროს;
- ბ) აპოსტემატოზური პიელონეფრიტის დროს;
- გ) ტუბერკულოზის დროს;
- დ) ალვეოკოკოზის დროს.

393. ქრონიკული გლომერულონეფრიტისას ქერქოვანი შრის ექოგენობის მომატების ძირითადი მიზეზია:

- *ა) სკლეროზი;
- ბ) ქერქოვანი ნივთიერების იშემია;
- გ) ინტერსტიციალური შეშუპება;
- დ) კალციუმის მარილების დაგროვება;
- ე) ქერქოვანი ნივთიერების წერილკისგოზური ტრანსფორმაცია.

394. მელულარული ნეფროკალცინოზის ულტრაბგერითი ნიშანი არის:

- ა) პირამიდების თირკმლის სინუსის სტრუქტურებისგან დიფერენციაციის არარსებობა;
- ბ) პარენქიმის მელულარული და ქერქოვანი ნივთიერების დიფერენციაციის არარსებობა;
- *გ) პირამიდების ექოგენობის მომატება აკუსტიკური ჩრდილის ეფექტით;

დ) თირკმლის სინუსში მრავლობითი პარენქიმული ინფარგინაციების არსებობა.

395. მეღვინეობის ნეფროკალციოზის განვითარების ძირითადი მიზეზია:

- ა) ჰიპერკალციურია;
- *ბ) ჰიპერკალციურია;
- გ) პირამიდებში სპეციფიკური გრანულომების წარმოქმნა;
- დ) მილაკოვანი პირამიდების შეშუპება;
- ე) პირამიდების სკლეროზი.

396. თირკმლის გრანსპლანტაციის ადრეული პერიოდის ხშირ გართულებად ითვლება:

- ა) გრანსპლანტაციის მწვავე შეუთავსებლობა;
- ბ) ურინომის წარმოქმნა;
- გ) მწვავე პიელონეფრიტი;
- *დ) სწორია ყველა

397. თირკმლის გრანსპლანტაციის მწვავე შეუთავსებლობის ულტრაბგერით სიმპტომად ითვლება:

- ა) პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება;
- *ბ) თირკმლის წინა-უკანა ზომის გაზრდა;
- გ) ქერქოვანი ნივთიერების ექოგენობის მომაგება;
- დ) თირკმლის ირგვლივი შეშუპება;

398. ურინომა - ეს არის:

- ა) შარდის გამომყოფი სისტემის სიმსივნე;
- ბ) მენჯთან ან ფიალასთან დაკავშირებული კისტა;
- *გ) შარდის "ჩაღვრა";
- დ) თირკმლის განვითარების ანომალია;
- ე) მენჯის ლივერტიკული.

399. ულტრაბგერითი სურათით ნეფროსკლეროზის მიზეზის დადგენა:

- ა) შეიძლება;
- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) შესაძლებელია პარენქიმაში ნაწიბუროვანი ცვლილებებისას;
- დ) შესაძლებელია ორმხრივი დაზიანებისას;
- ე) შესაძლებელია ორივე თირკმლის ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციისას.

400. თირკმლის შეჭმუხვნისას პარენქიმის ექოგენობის მომაგების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს: 1) პარენქიმის პროლუქტიული ანთება; 2) პარენქიმის სკლეროზი; 3) ინტერსტიციული შეშუპება; 4) უჯრედოვანი ინფილტრაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;4

401. შარდის ბუშტის სამკუთხედის მიდამოში პერიოდულად ვიზუალიზდება 1-2 მმ ღიაფერის წერტილოვანი ჰიპერექოგენური მოძრავე სტრუქტურები - ეს არის:

- ა) ანთებადი ნალექი ან "სილა";
- ბ) რევერბერაცია;
- *გ) შარდსაწვეთიდან შარდის "შეშხაპუნება";
- დ) სიმსივნე წვრილ ფეხზე;
- ე) შარდის ბუშტის კელის გრაბეკულომა.

402. შარდის ბუშტის ყელის პათოლოგიას უკეთ ავლენს: 1) გრანსაბლომინალური სკანირება; 2) გრანსრექტალური სკანირება ხაზოვანი გადამწოდით; 3) გრანსრექტალური სკანირება რადიალური სკანირების გადამწოდით; 4) გრანსურეთრული სკანირება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;4

403. შარდის ბუშტის კიბოს სტადიის უფრო მუსტი დიაგნოსტიკა ხორციელდება:

- ა) გრანსაბლომინალური სკანირებით;
- ბ) გრანსრექტალური სკანირებით ხაზოვანი გადამწოდით;
- გ) გრანსრექტალური სკანირებით რადიალური სკანირების გადამწოდით;
- *დ) გრანსურეთრული სკანირებით;

404. გრანსაბლომინალური გადამწოდის საშუალებით შარდის ბუშტის სიმსივნით კუნთოვანი გარსის ინვაზიის ხარისხის დადგენა შესაძლებელია :

- ა) ყოველთვის;
- ბ) არასდროს;
- *გ) ყოველთვის არა;
- დ) მხოლოდ შარდსაწვეთების ორიფიცეუმის დაზიანებისას;
- ე) მხოლოდ შარდის ბუშტის გარეთა კაფსულაში ჩაზრდისას.

405. შარდის ბუშტის კუნთოვანი შრის სიმსივნით ინვაზიაზე შეიძლება მოწმობდეს შემდეგი ექოგრაფიული ნიშანი:

- ა) შარდის ბუშტის შიგნითა კონტურის დეფორმაცია;
- ბ) შარდის ბუშტის მოცულობის მკვეთრი შემცირება;
- *გ) სიმსივნის მდებარეობის ადგილზე შარდის ბუშტის კედლის გასქელება;
- დ) შარდსაწვეთების ორიფიცეუმების დაზიანება;
- ე) შარდის ბუშტის ყელის დაზიანება.

406. შარდის ბუშტის სიმსივნის ხასიათის (ავთვისებიანი თუ კეთილთვისებიანი) დადგენა ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით:

- ა) შეიძლება;
- ბ) არ შეიძლება;
- *გ) შესაძლებელია რიგ შემთხვევებში;
- დ) შესაძლებელია "სქელი" ძირის არსებობისას.

407. შარდის ბუშტის დივერტიკული არის:

- ა) შარდსაწვეთის კედლის გომრისებრი გამომწევა შარდის ბუშტის სანათურში;
- *ბ) შარდის ბუშტის კედლის გომრისებრი გამომწევა ღრუს წარმოქმნით, რომელიც დაკავშირებულია შარდის ბუშტის ღრუსთან;
- გ) პოლიპის მაგვარი ჩაზრდა შარდსაწვეთის ორიფიცეუმის მიდამოში;
- დ) ურახუსის გაფართოება;

408. ურეთეროცელე - ეს არის:

- *ა) შარდსაწვეთის კედლის გომრისებრი გამომწევა შარდის ბუშტის სანათურში;
- ბ) შარდის ბუშტის კედლის გომრისებრი გამომწევა ღრუს წარმოქმნით, რომელიც დაკავშირებულია შარდის ბუშტის ღრუსთან;
- გ) პოლიპის მაგვარი ჩაზრდა შარდსაწვეთის ორიფიცეუმის მიდამოში;
- დ) ურახუსის გაფართოება;

409. ულტრაბგერითი გამოკვლევით დადგინდა შარდის ბუშტის დივერტიკული. დამატებით აუცილებელია:

- ა) რეტროპერიტონეალური და საზარღულის ლიმფური კვანძების გამოკვლევა;
- *ბ) შარდის ბუშტში და დივერტიკულში ნარჩენი შარდის რაოდენობის განსაზღვრა;
- გ) თირკმლის მენჯში სითხის გადასროლის შესაძლებლობის გამო თირკმლის მენჯის გამოკვლევა;
- დ) "სამიზნე" ორგანოების გამოკვლევა;

410. მწვავე ცისტიტის ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს შარდის ბუშტში ნალექის გამოვლენისას;
- დ) არსებობს კედლების გასქელების გამოვლენისას;
- ე) არსებობს პოლიპისმაგვარი წარონაქმნების გამოვლენისას შარდის ბუშტის შიდა კონტურზე.

411. ბრღასრულ ადამიანებში ქრონიკული ცისტიტის პათოგნომური ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს შარდის ბუშტში ნალექის გამოვლენისას;
- დ) არსებობს კედლების გასქელების გამოვლენისას;
- ე) არსებობს შარდის ბუშტის შიდა კონტურზე პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნების გამოვლენისას.

412. შარდის ბუშტის ულტრაბგერითი კვლევისას ისახება მომრგვალო ფორმის კედლისმიერი არამოდრავი წარმონაქმნი მაღალი ექოგენობითა და მკაფიო აკუსტიკური ჩრდილით. საყარაულო ღიაგნობია:

- ა) სიმსივნე;
- *ბ) შარდსაწვეთის ორიფიცეუმის კონკრემენტი;
- გ) ურეთეროცელე;
- დ) ურახუსის დაზიარებული კისტა;
- ე) ქრონიკული ცისტტი.

413. M₁N₁ალ-ის მონალური ანაგომის თანახმად ნორმალურ წინამდებარე ჯირკვალში გამოყოფენ:

- ა) ორ ჯირკვლოვან მონას;

- ბ) სამ ჯირკვლოვან ზონას;
- *გ) ოთხ ჯირკვლოვან ზონას;
- დ) ხუთ ჯირკვლოვან ზონას;
- ე) ერთ ჯირკვლოვან ზონას, რომელიც შედგება წინამდებარე ჯირკვლის საკუთარი ჯირკვლებისგან.

414. M₁N₁ეალ-ის მონალური ანაგომის თანახმად ნორმალურ წინამდებარე ჯირკვალში გამოყოფენ:

- ა) ორ ფიბრომუსკულარულ ზონას;
- ბ) სამ ფიბრომუსკულარულ ზონას;
- *გ) ოთხ ფიბრომუსკულარულ ზონას;
- დ) ხუთ ფიბრომუსკულარულ ზონას;
- ე) ერთ ფიბრომუსკულარულ ზონას.

415. წინამდებარე ჯირკვლის საკუთარი ჯირკვლები განლაგებულია:

- ა) გარდამავალ ზონაში;
- ბ) ცენტრალურ ზონაში;
- *გ) პერიფერიულ ზონაში;
- დ) პროსტატულ ურეთრაში;
- ე) ქირურგიული კაფსულის ზონაში.

416. წინამდებარე ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევის ოპტიმალურ მეთოდად ითვლება:

- ა) ტრანსაბდომინალური სკანირება;
- *ბ) ტრანსრექტალური სკანირება;
- გ) ტრანსურეთრული სკანირება;
- დ) ტრანსლუმბალური სკანირება;
- ე) ფარმაკოექოგრაფია.

417. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის სკრინინგ მეთოდად ითვლება:

- *ა) სისხლის შრატში წინამდებარე ჯირკვლის სპეციფიკური ანტიგენის განსაზღვრა;
- ბ) სისხლში ტუტე ფოსფატაზის ღონის განსაზღვრა;
- გ) HLA სისტემის ანტიგენების განსაზღვრა;
- დ) სისხლის წვეთში LE უჯრედების განსაზღვრა;
- ე) ლაბექს ტესტი.

418. წინამდებარე ჯირკვლის აღნომა არის:

- *ა) პერიურეთრული ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, ფიბრომუსკულარული სტრომის გამრღა;
- ბ) საკუთარი ჯირკვლების ჰიპერპლაზია;
- გ) პროსტატური ურეთრის ეპითელიური ელემენტების მეტაპლაზია;

419. წინამდებარე ჯირკვლის აღნომის შემთხვევაში მისი სტრუქტურის უხშირესი ექოგრაფიული ცვლილებებია:

- ა) კვანძოვანი წარმონაქმნები პერიფერიულ ზონაში;
- ბ) რექტენგული კისტები ცენტრალურ ზონაში და პერიფერიაზე;
- გ) ურეთრის პეტრიფიკაციები;
- *დ) კვანძოვანი ან დიფუზური ცვლილებები ჯირკვლის შიგნით;
- ე) პარაურეთრული ფიბროზი.

420. წინამდებარე ჯირკვლის აღნომისას კვანძოვანი წარმონაქმნები უფრო ხშირად განლაგებულია:

- ა) ცენტრალურ ზონაში;
- ბ) პერიფერიულ ზონაში;
- *გ) გარდამავალ ზონაში;
- დ) ქირურგიული კაფსულის გასწვრივ;
- ე) წინა ფიბრომუსკულარულ ზონაში.

421. ულტრაბგერითი კვლევით წინამდებარე ჯირკვლის აღნომური კვანძი:

- ა) დაქვეითებული ექოგენობისაა;
- ბ) საშუალო ექოგენობისაა;
- გ) შერეული ექოგენობისაა;
- *დ) ჩამოთვლილთაგან შეიძლება იყოს ნებისმიერი;

422. რექტალურად თითო კვლევისას აღნომური კვანძი:

- ა) ხრტილოვანი სიმკვრივისაა;
- *ბ) მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენციისაა;
- გ) "კენჭისმაგვარი" სიმკვრივისაა;
- დ) "მლენე" ("მჭკნარი") კონსისტენციისაა.

423. წინამდებარე ჯირკვლის ქირურგიული კაფსულა არის: 1) წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულა; 2) სივრცე ცენტრალურ და გარდამავალ ზონებს შორის; 3) პერიპროსტაგული კაფსულა; 4) კაფსულა ჯირკვლის გარეთა და შიგნითა ნაწილებს შორის;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) 1;3

424. რექტალურად თითოთ გამოკვლევისას სიმსივნური კვანძი:

- *ა) ხრტილოვანი, "კენჭისმაგვარი" სიმკვრივისაა;
- ბ) მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენციისაა;
- გ) "მღუნე" ("მჭკნარი") კონსისტენციისაა;

425. წინამდებარე ჯირკვალში პირველადი სიმსივნური კვანძი უფრო ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) ცენტრალურ ზონაში;
- *ბ) პერიფერიულ ზონაში;
- გ) შუა წილში;
- დ) გარდამავალ ზონაში;
- ე) პერიურეთრულ ზონაში.

426. წინამდებარე ჯირკვალში სიმსივნური კვანძის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშანი:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს, მაღალიფერენცირებული აღენოკარცინომისას;
- დ) არსებობს, ინფილტრირებადი პროცესის დროს;

427. წინამდებარე ჯირკვლის კიბო უფრო ხშირად არის შედეგი:

- ა) პერიურეთრული ჯირკვლების გადაგვარებისა;
- ბ) პარაურეთრული ჯირკვლების გადაგვარებისა;
- *გ) წინამდებარე ჯირკვლის საკუთარი ჯირკვლების გადაგვარებისა;
- დ) ფიბრომუსკულარული სტრომის მოუწყვრიგებელი წანაზარდებისა.

428. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა ტრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) თ1 სტადიიდან;
- ბ) თ2 სტადიიდან;
- *გ) თ3 სტადიიდან;
- დ) თ4 სტადიიდან;
- ე) ყველა პასუხი სწორია.

429. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა ტრანსრექტალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) თ1 სტადიიდან;
- ბ) თ2 სტადიიდან;
- გ) თ3 სტადიიდან;
- დ) თ4 სტადიიდან;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

430. პერიფერიულ ზონაში პირველადი სიმსივნური კვანძი:

- ა) მომაგებული ექოგენობისაა;
- *ბ) დაქვეითებული ექოგენობისაა;
- გ) შერეული ექოგენობისაა;
- დ) ანექოგენურია;

431. წინამდებარე ჯირკვლის ტრანსურეთრული კვლევისათვის იყენებენ შემდეგი სიხშირის გაღამწოდს:

- ა) 5 მგჰც;
- *ბ) 7,5 მგჰც და მეტი;
- გ) 2,5 მგჰც;
- დ) 3,5 მგჰც;

432. მწვავე პროსტატიტის სპეციფიკური ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს მხოლოდ უჯრედოვანი ინფილტრაციისას;
- დ) არსებობს მხოლოდ სტრომის შეშუპებისას;
- ე) არსებობს პერიპროსტაგული ინფილტრაციის არსებობისას.

433. მწვავე პროსტატიტის დროს წინამდებარე ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითების მორფოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) უჯრედოვანი ინფილტრაცია;
- *ბ) შეშუპება და ანთებალი ინფილტრაცია;
- გ) პეგრიფიკაციის ზონების წარმოქმნა;
- დ) პერიპროსტატული ინფილტრაცია;
- ე) პერიპროსტატული ვენების გაფართოება.

434. გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით მწვავე პროსტატიტს ახასიათებს:

- *ა) ჯირკვლის ზომების მომატება, შიდა და გარეთა ნაწილების დიფერენციაციის დარღვევა, ექოგენობის დაქვეითება;
- ბ) ჯირკვლის ზომების მომატება, უპირატესად მისი ცენტრალური ზონისა, ცენტრალური ზონის მკვეთრი არაერთგვაროვნება, მასში რეტენციული კისტებისა და პეგრიფიკაციების არსებობით;
- გ) ჯირკვლის ზომების შემცირება, ექოგენობის მომატება, პეგრიფიკაციების არსებობა;
- დ) წინამდებარე ჯირკვლის "შეჭმული" კონტური;
- ე) ჯირკვლის უცვლელი ზომები და შიდა სტრუქტურის არაერთგვაროვნება.

435. ქრონიკული პროსტატიტის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს უჯრედული ინფილტრაციისას;
- დ) არსებობს მხოლოდ სტრომის შეშუპებისას;
- ე) არსებობს მხოლოდ პერიპროსტატული ინფილტრაციისას.

436. ქრონიკული პროსტატიტით დაავადებული პაციენტის წინამდებარე ჯირკვლის ექოგენობის მომატების მორფოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) უჯრედოვანი ინფილტრაცია;
- *ბ) ჯირკვლის სკლეროზი;
- გ) შეშუპება და ანთებალი ინფილტრაცია;
- დ) "ცივი" მიკროაბსცესის არსებობა;

437. ახალგაზრდა პაციენტს არ გამოუვლინდა ქრონიკული პროსტატიტის ულტრაბგერითი ნიშნები. ქრონიკული პროსტატიტის დიაგნოზის გამორიცხვა:

- ა) შესაძლებელია ;
- *ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შესაძლებელია მყარი კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია პერიპროსტატული ვენების გაგანიერების არარსებობისას;
- ე) შესაძლებელია, თუ ვლინდება თანმხლები ვარიკოცელე.

438. წინამდებარე ჯირკვალში ანთებალი ინფილტრაციის ზონის განსხვავება სიმსივნური ინფილტრაციის ზონისაგან ულტრაბგერითი კვლევით:

- ა) შესაძლებელია;
- *ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შესაძლებელია სათესლე ბაგირაკის გაგანიერების არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია პერიპროსტატული ვენების გაგანიერების შემთხვევაში;
- ე) შესაძლებელია ანექოგენური ქობის არსებობისას.

439. წინამდებარე ჯირკვალში აბსცესის არსებობის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

- ა) ჯირკვლის პერიფერიაზე არამკაფიო საზღვრებიანი ჰიპოექოგენური ზონის არსებობა;
- *ბ) სქელი, არასწორკაფსულიანი ;ანექოგენური ღრუ;
- გ) თხელკაფსულიანი ანექოგენური ღრუ
- დ) ჯირკვლის ექოგენობის მომატება, პეგრიფიკაციის ზონები, არაერთგვაროვანი სტრუქტურა.

440. სათესლე ბუშტუკების მდგომარეობის შესაფასებლად პირველ რიგში უნდა განისაზღვროს:

- ა) სათესლე ბუშტუკების ზომები;
- ბ) სათესლე ბუშტუკების სტრუქტურა;
- *გ) სათესლე ბუშტუკების სიმეტრიულობა;
- დ) სათესლე ბუშტუკების ექოგენობა;

441. მწვავე ვეზიკულიტის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

- ა) სათესლე ბუშტუკების ექოგენობის მომატება ან დაქვეითება;
- *ბ) სათესლე ბუშტუკების ზომების მომატება, ექოგენობის დაქვეითება და შესაძლებელი ანექოგენური წარმონაქმნები;
- გ) სიმსივნური წარმონაქმნები სათესლე ბუშტუკების პროექციაში;

442. სათესლე ბუშტუკების სიმსივნური დაზიანებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) სათესლე ბუშტუკების სიმეგრისად გადიდება;
- *ბ) სათესლე ბუშტუკების არასიმეგრისად გადიდება;
- გ) სათესლე ბუშტუკების ექოგენობის დიფერენციალ მომატება;
- დ) კალცინატების არსებობა სათესლე ბუშტუკების პროექციაში;

443. სათესლე პარკის ორგანოების გამოსაკვლევად ოპტიმალურად ითვლება ჩამოთვლილთაგან შემდეგი გადამწოდის გამოყენება:

- ა) 2,5 მგჰც;
- ბ) 3,5 მგჰც;
- *გ) 7,5 მგჰც;
- დ) 10 მგჰც;
- ე) 12 მგჰც.

444. მწვავე ორქოეპილიმიტის ექოგრაფიული ნიშანია:

- *ა) დანამატისა და სათესლე ჯირკვლის გადიდება, დანამატისა და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითება მრავლობითი ჰიპო- და ანექოგენური ზონების ან დიდი ზომის ჰიპოექოგენური ზონების გაჩენის ხარჯზე;
- ბ) სათესლე ჯირკვლის დანამატის ზომების მომატება და უჯრედული ინფილტრაციის ხარჯზე, სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის ექოგენობის მომატება;
- გ) სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის ზომების შემცირება ექოგენობის მომატებით და აგროფიის მოვლენებით;

445. სათესლე ჯირკვლის მწვავე გადაგრეხვის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- *ა) დანამატისა და სათესლე ჯირკვლის გადიდება, დანამატისა და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითება მრავლობითი ჰიპო- და ანექოგენური ზონების ან დიდი ზომის ჰიპოექოგენური ზონების გაჩენის ხარჯზე;
- ბ) სათესლე ჯირკვლის დანამატის ზომების მომატება და უჯრედული ინფილტრაციის ხარჯზე სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის ექოგენობის მომატება;
- გ) სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის ზომების შემცირება ექოგენობის მომატებით და აგროფიის მოვლენებით;

446. მწვავე ორქოეპილიმიტის დიფერენცირება სათესლე ჯირკვლის მწვავე გადაგრეხისაგან ულტრაბგერითი კვლევის საშუალებით:

- ა) შესაძლებელია;
- *ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შესაძლებელია სათესლე ბაგირაკის გაფართოებისას;
- დ) შესაძლებელია პერიპროსტატული ვენების გაგანიერების შემთხვევაში;
- ე) შესაძლებელია სათესლე ჯირკვლის პერიფერიაზე ანექოგენური ქობის არსებობისას.

447. მწვავე ორქოეპილიმიტის სათესლე ჯირკვლის მწვავე გადაგრეხისაგან დიფერენცირების მეთოდია:

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა;
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- *გ) ფერადი დოპლერგრაფია;
- დ) ლიმფოგრაფია;

448. ვარიკოცელე არის:

- ა) სითხე სათესლე პარკში სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის;
- ბ) სათესლე ჯირკვლის დანამატის კისტა;
- *გ) სათესლე ბაგირაკის ვენების გაფართოება;
- დ) სათესლე ჯირკვლის მილაკოვანი სტრუქტურების გაფართოება;

449. ჰიდროცელე არის:

- *ა) სითხე სათესლე პარკში სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის;
- ბ) სათესლე ჯირკვლის დანამატის კისტა;
- გ) სათესლე ბაგირაკის ვენების გაფართოება;
- დ) სათესლე ჯირკვლის მილაკოვანი სტრუქტურების გაფართოება;

450. სპერმატოცელე არის:

- ა) სითხე სათესლე პარკში სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის;
- *ბ) სათესლე ბაგირაკის კისტა;
- გ) სათესლე ბაგირაკის ვენების გაფართოება;
- დ) სათესლე ჯირკვლის მილაკოვანი სტრუქტურების გაფართოება;

452. ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის მეტასტაზები პირველ რიგში უნდა ვეძებოთ:

- *ა) რეტროპერიტონეულ ლიმფურ კვანძებში;
- ბ) პანკრეასში;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვალში;

- დ) წინამდებარე ჯირკვალში
- ე) .ლულოვან ძელებში.

453. სათესლე ჯირკვლის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა:

- *ა) სემინომა;
- ბ) ლეიდიგომა;
- გ) ტერატომა;
- დ) ტესტიკულური ადენომა;
- ე) ანდრობლასტომა.

454. სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე უნდა განვასხვავოთ:

- *ა) ანთებადი ინფილტრატის კერისაგან და ჰემატომისაგან;
- ბ) რეგენციული კისტისაგან;
- გ) ტუბერკულოზური კავერნისაგან.

455. ლეიდიგომის განმასხვავებელი ექოგრაფიული ნიშნებია:

- ა) სათესლე ჯირკვლისა და დანამატის კისტოზური დამიანება;
- ბ) ნელი ზრდა;
- *გ) სწრაფი ზრდა სოლიდური სტრუქტურა ნეკროზის ნიშნების გარეშე;

456. თირკმელზედა ჯირკვლები განლაგებულია:

- ა) მუცლის ღრუს ზედა სართულზე;
- ბ) მუცლის ღრუს შუა სართულზე;
- *გ) რეტროპერიტონეალურად;
- დ) მუცლის ღრუს ლაგერალურ არხებში.

457. მარჯვენა თირკმელზედა ჯირკვლის ექოგრაფიული კვლევისათვის ოპტიმალური მიდგომაა:

- ა) ინტერკოსტალური შუა აქსიალური ხაზიდან მარჯვნივ;
- ბ) ინტერკოსტალური წინა აქსიალური ხაზიდან მარჯვნივ;
- *გ) სუბკოსტალური;
- დ) სუბქსიფოიდური.

458. ექოგრაფიული კვლევისას მარჯვენა თირკმელზედა ჯირკვლის მდებარეობის ზონის განსაზღვრისათვის ორიენტირებს წარმოადგენს:

- *ა) ქვემო ღრუ ვენა, მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი, ღიაფრაგმის მარჯვენა ფეხი, ღვიძლის მარჯვენა წილი;
- ბ) მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი, აორტა, მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხე, პანკრეასის თავი;
- გ) მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი, ქვემო ღრუ ვენა, წელის დიდი კუნთი, გულმკერდის მე-12 მალის სხეული.

459. ექოგრაფიული კვლევისას მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვლის მდებარეობის ზონის განსაზღვრისათვის ორიენტირებს წარმოადგენს:

- *ა) აორტა, მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი, ღიაფრაგმის მარცხენა ფეხი, კუჭის დიდი სიმრუდე, ელენთის კარი;
- ბ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი, აორტა, გულმკერდის მე-12 მალის სხეული, პანკრეასის კული, ვ.ლიენალის;
- გ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი, აორტა, ელენთის ზედა პოლუსი, წელის დიდი კუნთი, გულმკერდის მე-12 მალის სხეული.

460. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები:

- ა) ავთვისებიანია;
- ბ) კეთილთვისებიანია;
- *გ) სწორია ორივე

461. მარჯვენა თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის მინიმალური ზომა, რომელიც შესაძლებელია დადგინდეს ექოგრაფიული გამოკვლევით, არის:

- ა) 1,0 სმ;
- ბ) 2,5 სმ;
- გ) 3,5 სმ;
- *დ) დამოკიდებულია სიმსივნის ექოსტრუქტურაზე.

462. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით თირკმელზედა ჯირკვლების მეტასტაზური დამიანების თავისებურებად ითვლება:

- ა) მრავლობითი კალცინატების არსებობა თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილში;
- ბ) არასწორი კონტურების მქონე ჰიპერექოგენური სიმსივნური მასის არსებობა ცენტრში ანექოგენური ზონით;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი კისტოზური კომპონენტის არსებობა დისტალური ფსევდოგადლიერებით.
- *დ) ბილაგერალური დამიანება.

463. ორგანოები, რომელთა სიმსივნეები ყველაზე ხშირად იძლევა მეტასტაზს თირკმელზედა ჯირკვლებში, არის:

- ა) კუჭი, თირკმელები, სათესლე ჯირკვლები, წინამდებარე ჯირკვალი;

- *ბ) ფილგეები, სარძევე ჯირკვალი, მსხვილი ნაწლავი, პანკრეასი, საყლაპავი;
- გ) თიმუსი, საკვერცხეები, სათესლე ჯირკვლები, წინამდებარე ჯირკვალი, სათესლე ბუშტუკები, ორბიტა.

464. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით თირკმელზედა ჯირკვლების ტუბერკულოზური დაზიანების თავისებურებად ითვლება:

- *ა) მრავლობითი კალცინატების არსებობა თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილში;
- ბ) არასწორი კონტურების მქონე ჰიპერექოგენური სიმსივნური მასის არსებობა ცენტრში ანექოგენური ზონით;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი კისტოზური კომპონენტის არსებობა დისგალური ფსევდოგადლიერებით.
- დ) ბილატერალური დაზიანება.

465. თირკმელზედა ჯირკვლების ჰიპერპლაზიები უფრო ხშირად:

- *ა) ბილატერალურია;
- ბ) ჰომოლატერალურია;
- გ) გააჩნიათ ექსტრაორგანული ლოკალიზაცია.

466. ულტრაბგერითი კვლევისას თირკმელზედა ჯირკვლების ჰიპერპლაზიის მაკრონოლულარული ფორმის დიფერენცირება უფრო ხშირად აუცილებელია:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ტუბერკულოზურ დაზიანებასთან;
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰემატომასთან;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ანთებად დაზიანებასთან;
- *დ) თირკმელზედა ჯირკვლის აღენომასთან.

467. თირკმელზედა ჯირკვლის ორგანიზებული ჰემატომის ექსტრუქტურა ხასიათდება:

- *ა) კისტოზური და სოლიდური კომპონენტების არსებობით, კალცინირებით;
- ბ) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური ზონის არსებობით;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის მკვეთრი მომატებით, კალცინირებული უბნების არსებობით.

468. ნორმალურად მდებარე თირკმელზედა ჯირკვლის პროექცია შეესაბამება:

- ა) წელის მე-2-3 მალას;
- ბ) გულმკერდის მე-3-10 მალას;
- *გ) გულმკერდის მე-11-12 მალას.

469. ახალშობილის თირკმელზედა ჯირკვალში დომინირებს:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი ნივთიერება;
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი ნივთიერება;
- *გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ემბრიონული ქერქოვანი ნივთიერება.

470. თირკმელზედა ჯირკვლის შეფარდებითი ზომები მეტია:

- ა) პუბერტული ასაკის ბავშვებში;
- ბ) ზრდასრულებში;
- *გ) ახალშობილებში.

471. თირკმელზედა ჯირკვლის აღენოკარცინომის მეტასტაზები ჩნდება:

- ა) შუასაყარის ლიმფურ კვანძებში;
- *ბ) პარააორტულ ლიმფურ კვანძში;
- გ) ელენთაში.

472. პაციენტი 60 წლის. შემოვიდა ჩივილებით: სისუსტე და მშრალი ხველა ბოლო 6 თვის განმავლობაში, გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური კვლევისას მარცხენა ფილგვის კარის მიდამოში ისახება მოცულობითი წარმონაქმნი. ულტრაბგერითი კვლევისას ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის პროექციაში ისახება მომრგვალო ფორმის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის მოცულობითი წარმონაქმნი. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) ფოქრომოციტომა;
- *ბ) მეტასტაზები თირკმელზედა ჯირკვალში;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზია.

473. თირკმელების მდებარეობის შეფასების ორიენტირად ულტრაბგერითი კვლევისას იყენებენ:

- ა) წელის მალეების ჩრდილს;
- *ბ) XII ნეკის ჩრდილს;
- გ) ღვიძლის მარჯვენა წილის კუთხეს;
- დ) აორტის ბიფურკაციას.

474. როგორი სისხირის გადამწოდის გამოყენება ითვლება ოპტიმალურად თირკმელების ულტრაბგერითი კვლევისას:

- *ა) 3,5-5,0 მგჰც;
- ბ) 5,0 მგჰც;

- გ) 5,0-7,5 მგჰც;
- დ) 7,5 მგჰც.

475. 40 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი კვლევისას მარცხენა თირკმლის პარენქიმის პროექციაში აღმოჩნდა მომრგვალო ფორმის, 1,0 სმ დიამეტრის, სწორი, მკაფიო კონტურებიანი ექოპოზიტიური წარმონაქმნი აკუსტიკური ჩრდილის გარეშე. რომელი დიაგნოზია უფრო სავარაუდო:

- ა) თირკმელის კონკრემენტი;
- *ბ) თირკმელის ანგიომიოლიპომა;
- გ) თირკმელის კიბო;
- დ) თირკმელის ინკაფსულირებული აბსცესი.

476. თირკმელის სოლიტარულ კისტას ახასიათებს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) სწორი, არამკაფიო კონტური, ანექოგენური შიგთავსი, დორსალური გაძლიერების არარსებობა;
- ბ) არასწორი, არამკაფიო კონტური, ერთგვაროვანი შიგთავსი, დორსალური გაძლიერების არარსებობა;
- *გ) სწორი, მკაფიო კონტური, ანექოგენური შიგთავსი, დორსალური გაძლიერება;
- დ) სწორი, მკაფიო კონტურები, ჰიპერექოგენური შიგთავსი, აკუსტიკური ჩრდილი.

477. ჰიდრონეფროზის ექოგრაფიულ ნიშნად ითვლება:

- ა) თირკმელების მოცულობის გაზრდა, მენჯის გაფართოება 3 სმ-ზე მეტად, შარლსაწვეთის ვიზუალიზაცია, ზელა მესამელის გაფართოება და შენარჩუნებული პარენქიმა;
- *ბ) მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გაფართოება და პარენქიმის განლევა;
- გ) ფიალების გაფართოება 1,5 სმ-მდე და მეტად, შენარჩუნებული პარენქიმა.

478. ულტრაბგერითი კვლევით მარცხენა თირკმლის ქერქოვან შრეში აღმოჩენილი იქნა მომრგვალო ფორმის, 1,2 სმ დიამეტრის მქონე, სწორი, მკაფიო კონტურებიანი ანექოგენური წარმონაქმნი დორსალური გაძლიერებით. თქვენი რეკომენდაციები:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია;
- გ) სცინტიგრაფია;
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა ღინამიკაში.

479. ულტრაბგერითი კვლევის შედეგების მიხედვით თქვენ ეჭვი მიიგანეთ ექინოკოკურ კისტაზე. დიაგნოზის დასაბუთებლად რეკომენდებულია:

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია;
- ბ) სცინტიგრაფია;
- გ) ჰელმინთოლოგიური გამოკვლევა;
- *დ) სეროლოგიური სინჯები.

480. ჯანმრთელი მამაკაცების სათესლე ბუშტუკები გრანსაბდომინალური კვლევისას შემდეგნაირად ისახება:

- *ა) ოვალური ფორმის, მკაფიო საზღვრებიანი, ჰიპოექოგენური სტრუქტურები, რომლებიც განლაგებულია შარლის ბუშტის ფუძესა და სწორი ნაწლავის წინა კელელს შორის;
- ბ) ჯირკვლის გვერდით წილებში განლაგებული ჰიპერექოგენური წარმონაქმნები;
- გ) ჯირკვლის შუა ზონაში მდებარე ჰიპოექოგენური წარმონაქმნები;
- დ) არამკაფიო, არასწორ კონტურებიანი, არასწორი ფორმის წარმონაქმნი.

481. ჯანმრთელ მამაკაცებში წინამდებარე ჯირკვლის მაქსიმალური განივი ზომა არ აღემატება:

- ა) 2,5 სმ-ს;
- ბ) 3,5 სმ-ს;
- *გ) 4,2 სმ-ს;
- დ) 5,0 სმ-ს.

482. წინამდებარე ჯირკვლის რომელი ზონა ითვლება აღენომის წყაროდ:

- ა) ცენტრალური;
- ბ) პერიფერიული;
- *გ) გარდამავალი;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

483. წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის მთლიანობის დარღვევა არის ნიშანი:

- ა) მიულერის სადინარის თანდაყოლილი კისტის;
- ბ) ქრონიკული პროსტატიტის;
- გ) წინამდებარე ჯირკვლის აღენომის;
- *დ) წინამდებარე ჯირკვლის კიბოსი.

484. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოზე ეჭვისას ყველაზე ინფორმატიულ მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) სცინტიგრაფია;

ბ) კომპიუტერული გომოგრაფია;

*გ) გრანსრექტალური ბიოფსია ულტრაბგერითი დამიზნებით.

485. თირკმლის სინუსის არეში 2-3 მმ დიამეტრის ექოსიგნალების გამოვლენა, რომელსაც არ გააჩნია მკაფიო აკუსტიკური ჩრდილი, მოწმობს:

ა) მენჯ-ფიალოვან სისტემაში "სილის არსებობაზე"

ბ) მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გამკვრივებაზე

გ) თირკმელბში მცირე ზომის კონკრემენტის არსებობაზე

დ) პირამიდის ღვრილების კალცინოზზე

*ე) მოცემული ექოგრაფიული ნიშნები არ არის პათოგნომური რომელიმე გარკვეული ნობოლოგიისთვის

486. თირკმელში ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი მოცულკობითი წარმონაქმნების მინიმალური ზომა შეადგენს:

ა) 0,5 სმ-ს

ბ) 1,0 სმ-ს

*გ) 0,5-2,0 სმ-ს მისი ლოკალიზაციიდან გამომდინარე

დ) 2,0-3,0 სმ-ს მისი ლოკალიზაციიდან გამომდინარე

487. რეტროპერიტონეალური სივრცის ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოჩნდა, რომ ორივე თირკმლის სივრცე არ აღემატება 5 სმ-ს, პარენქიმის ექოგენობა მომატებულია. შესაძლებელია შემდეგი ვარინგები, გრადა:

ა) ქრონიკული გლომერულონეფრიტისა

ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტისა

გ) თირკმლის არტერიის ათროსკლეროზისა

*დ) თირკმლის ეენის თრომბოზისა

ე) ნიკრისის დაავადებისა (პოლაგრისა)

488. ხშირად თირკმლის ლომფომის კეროვანი ფორმის დიფერენცირება საჭიროა:

ა) ქრონიკული პიელონეფრიტისაგან

*ბ) მარტივი კისტისა და ტუბერკულოზური კავერნისაგან

გ) ჰემანჰიომიოლოლიპომისაგან

489. თირკმლის სიმსივნის ყველაზე ხშირ ცრუ დაღებითი დიაგნოზის მიზეზს წარმოადგენს:

ა) თირკმლის გაორება

ბ) თირკმლის დისკოპია

*გ) ეგრეთ წოდებული ბერტინის ჰიპერტროფიული სვეტის არსებობა

დ) ჰემატომა

ე) თირკმლის ტუბერკულოზი

490. ვიზუალური ფალების დიამეტრია 0,4 სმ, მენჯისა - 1,2 სმ

ა) პათოლოგიაა

ბ) ნორმაა

*გ) პათოლოგია ან გაძლიერებული დიფუზიით გამოწვეული დილატაციაა, პათოლოგია-დილატაციაა შარდის ბუშტის გადავსების გამო

491. თირკმლის სინუსის კისტების ექოგრაფიულ თავისებებურებად ითვლება:

ა) მათი შიგთავისის ჰიპერექოგენურობა

ბ) მათ უკან არ აღინიშნება ფორსალური გაძლიერება

*გ) გააჩნიათ დილატირებული ფიალების, მენჯის ფორმა

დ) კისტის კედლები არათანაბრად გასქელებულია

ე) კისტაში აღინიშნება შინაგანი ექოსტრუქტურა

492. თირკმლის მენჯში სითხის გაჩენას შარდის ბუშტ-შარდსაწვეთის აქტიური რეფლუქსისას უნდა ველოდეთ

ა) მოშარდვამდე

*ბ) მოსარდვის შემდეგ

გ) ვასლავის სინჯის ჩატარებისას

დ) კისტის კედლები არათანაბრად გასქელებულია

ე) კისტაში აღინიშნება შინაგანი ექოსტრუქტურა

493. თირკმლის პარენქიმა დისპლაზიის დროს წარმოდგენილია

*ა) არაერთგვაროვანი სოლიდური, სოლიდურ-კისტოზური სტრუქტურის სახით, კორტიკომელულარული საზღვრის დიფერენცირება არ ხერხდება

ბ) 5 მმ-მდე ჰიპერექოგენური სოლიდური სტრუქტურის სახით

გ) 25 მმ ჰიპერექოგენური ერთგვაროვანი სტრუქტურის სახით

დ) მელულარული ნივთიერების სკლეროზით და პირამიდების ღვრილების კალცინოზით

ე) კორტიკალურ ნივთიერებაში წვრილი კისტოზური ცვლილებებით

494. "ფიჭისებრი" კონგურის არსებობა ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს განპირობებულია:

- *ა) პარენქიმის ნაწიბუროვანი "ჩაზნეჭებისა" და რეგენერაციული ჰიპერტროფიის უბნების მონაცვლეობით
- ბ) თირკმლის ბარიერული ფეგალური წინწკლოვნებით
- გ) ბერტინის სვეტების დამახასიათებელი მრავლობითი ჰიპერტროფიით
- დ) თანმხლები პაპილონეკროზით
- ე) ქერქის კორტიკალური შრის წვრილკისტოზური გრანსფორმაციით

495. აპოსტემატოზური პიელონეფრიტისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სიმპტომატიკა

- ა) თირკმლის გაღლივანი კონტური, თირკმლის ზომებში შემცირება, პარენქიმის ნაწიბუროვანი ჩაზნეჭვა, ფიალების ლეფორმაცია და გაგანიერება
- ბ) არამკაფიო საზღვრებიანი ჰიპერექოგენური ზონა, რომელიც იწვევს თირკმლის პარენქიმის გარეთა კონტურის ლეფორმაციას
- *გ) თირკმლის მკვეთრი გადიდება, "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი" დიფერენციაციის არსებობა, პარენქიმა და სინუსი წარმოდგენილია მცირე ზომის ჰიპო, იმო ა ანექოგენური უბნების მონაცვლეობით
- დ) ქერქის მკვეთრი გასქელება და ექოგენობის მომაგება, პირამიდების კვეცის ფართობის მომაგება და ექოგენობის დაქვეითება
- ე) ჰიპერექოგენული პირამიდების სინდრომი

496. მწვავე გლომერულონეფრიტი ულტრაბგერით კვლევისას უპირატესად იძლევა შემდეგ მონაცემებს:

- ა) ორივე თირკმლის ზომების მომაგებას პარენქიმის შემუკებით და მისი ექოგენობის დაქვეითებით
- *ბ) არ იძლევა ულტრაბგერით ცვლილებებს
- გ) ორივე თირკმლის ზომების შემცირებებს, პარენქიმის ქერქოვანი შრის ექოგენობის მომაგებას

497. თირკმელების ამილიოდოზის დროს შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ულტრაბგერითი სიმპტომები:

- *ა) ორმხრივად თირკმელების ზომებში მომაგება, ქერქის ექოგენობის მომაგება, "გამოკვეთილი" პირამიდების სიმპტომი ან ორმხრივად თირკმელების ზომებში მომაგება, არაერთგვაროვანი პარენქიმა ჰიპერ და ჰიპოექოგენური ზონების მონაცვლეობით, "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი" სიფერენციაციის დარღვევა
- ბ) ორმხრივად თირკმელების ზომებში შემცირება, გაღლივანი კონტური, პარენქიმის ნაწიბუროვანი შემუკება, პარენქიმის ექოგენობის მომაგება

498. "გამოკვეთილი პირამიდები" დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) ნიკრისიანი (პოლაგრული) თირკმელისათვის
- *ბ) ბავშვის ნორმალური თირკმელისათვის
- გ) თირკმელისათვის სისტემური წითელი მგლურას დროს
- დ) ფანკონის ნეფროფტოზის დროს
- ე) თირკმლის ფეგალური წილოვნების

499. თირკმლის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი

- *ა) თირკმელების ზომის მომაგება, პარენქიმის გასქელება, "გამოკვეთილი პირამიდების სიმპტომი"
- ბ) თირკმელების ზომების მომაგება, პარენქიმის გასქელება, პარენქიმის არაერთგვაროვნება, მცირე, დაბალი და მაღლი ექოგენობის ზონების ჩათვლით
- გ) თირკმელების ზომების მომაგება, პარენქიმის გასქელება, პარენქიმის ექოგენობის დიფერენციული დაქვეითება, ცენტრალური ექოკომპლექსის გაქრობა
- დ) თირკმელების ზომის მომაგება, არასწორი კონტურები-მრავლობითი ჰიპო და ჰიპერექოგენური, მრგვალი წარმონაქმნების ხარჯზე

500. ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს ნეფროსკლეროზი უხშირესად:

- ა) სიმეტრიულია
- *ბ) ასიმეტრიულია
- გ) ახასიათებს პარენქიმის ექოგენობის დაქვეითება
- დ) ახასიათებს თირკმელების ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაცია
- ე) ახასიათებს თირკმელების ზომების მომაგება და სინუსის ექოგენობის მომაგება

501. წინამდებარე ჯირკვლის ყველაზე დიდი ფიბრომუსკულარული ზონაა:

- ა) ურეთრის განივი ბოჭკოები
- *ბ) წინაფიბრომუსკულარული სტრომა
- გ) ეგრეთწოდებული პრეპროსტატული სფინქტერის ბოჭკოები
- დ) პოსტპროსტატული სფინქტერის ბოჭკოები
- ე) ქირურგიული კაფსულის ბოჭკოები

502. ულტრაბგერითი კვლევისას ქრონიკულ პროსტატიტს ახასიათებს:

- ა) მთელი ჯირკვლის ექოგენობის დაქვეითება, შიდა და გარეთა ნაწილების დიფერენციაციის დარღვევით
- ბ) ცენტრალური ზონის უპირატესი მრღა პერიფერიული ზონის ატროფიითა და მასზე ბეწოლით
- *გ) ჯირკვლის ექოგენობის მომაგება, პეგროფიკაციის ზონის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება და წინამდებარე ჯირკვლის

"არასწორი" კონტური

503. შეუცვლელი სტრუქტურის სათესლე ჯირკვლის ცენტრალურ ნაწილში ვიზუალიზირდება ხაზოვანი ფორმის ჰიპერექტოგენური სტრუქტურა, რომელიც ჰყოფს სათესლე ჯირკვალს ორ სიმეტრიულ ნაწილად. ეს არის:

- ა) განვითარების თანდაყოლილი ანომალია, რომელსაც თან სდევს სატესლე ჯირკვლის მილაკოვანი სტრუქტურების ფიბროზი
- *ბ) სატესლე ჯირკვლის შუასაყრის ექოგრაფიული სუბსტრატა
- გ) ქრონიკული ორქოეპიდიდიმიტის ექოგრაფიული ნიშანი
- დ) პოსტინფარქტური ნაწიბუროვანი ცვლილებები
- ე) თანდაყოლილი ანომალია-გაორებული სათესლე ჯირკვალი

504. პაციენტთან სათესლე პარკის გრავიდან 10 დღის შემდეგ სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის ვიზუალიზირდება ანექოგენური წარმონაქმნი პათოლოგიული მინარევების გარეშე, რომელიც ფორმას იცვლის გადაშლილი სათესლე პარკზე დაწოლის შედეგად; აღინიშნება სათესლე ჯირკვლისა და ღანაბაგის გაღივება. სავარულო დიაგნოზი:

- ა) სათესლე პარკის ჰემატომა
- *ბ) პოსტგრავიული ორქოეპიდიდიმიტი ჰიდროცელეთი
- გ) სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

505. მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვლის ექოგრაფიული კვლევისათვის ოპტიმალური მიდგომაა:

- *ა) ინტერკოსტალური, შუა აქსილარული ხაზიდან მარჯვნივ
- ბ) ინტერკოსტალური, წინა აქსილარული ხაზიდან მარჯვნივ
- გ) სუბკოსტალური
- დ) სუბქსიფოიდური

506. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით თირკმელზედა ჯირკვლის ლიმფომათი დაზიანების თავისებურებად ითვლება:

- ა) მრავლობითი კალცინატების არსებობა თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილში
- ბ) არასწორკონტურებიანი, ჰიპერექტოგენური სიმსივნური მასის არსებობა, რომელსაც ცენტრში ანექოგენური ზონა აქვს
- *გ) სიმსივნის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი კისტოზური კომპონენტის არსებობა ლისგალური ფსევდოგადლიერებით

507. თირკმელების მწვავე უკმარისობა ხასიათდება შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნებით:

- *ა) თირკმელების ზომების მომაგება და პარენქიმის გაქსელება
- ბ) თირკმელების ნორმალური ზომა და მენჯ-ფიალოვანი სისტემის მკვეთრად გაგანიერება
- გ) თირკმელების ზომის მომაგება და მენჯ-ფიალოვანი სისტემის ფართობის შეფარდებითი გაზრდა

508. წინამდებარე ჯირკვლის რომელი ზონა ითვლება ადენომის წყაროდ:

- ა) ცენტრალური
- ბ) პერიფერიული
- *გ) გარდამავალი

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა მებნობაში

509. რეგულარული მენსტრუალური ციკლის მქონე პაციენტების ულტრაბგერით დასკვნაში მითითებული უნდა იქნას ორსულობის შემდეგი ვადა:

- *ა) სამეანო (ბოლო ნორმალური მენსტრუაციის პირველი დღე);
- ბ) ემბრიოლოგიური (ჩასახვის დღე).

510. საშვილოსნოს ორსულობის აღრეული დიაგნოსტიკა გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლოა:

- ა) ორსულობის 3 კვირიდან;
- ბ) 7 კვირიდან;
- *გ) 5-6 კვირიდან;
- დ) 8 კვირიდან.

511. ორსულობის აღრეულ ასაკში ულტრაბგერითი კვლევისას სავსე შარდის ბუშტი აუცილებელია:

- *ა) გრანსაბდომინალური მიდგომისას;
- ბ) გრანსვაგინალური მიდგომისას;
- გ) ორივე პასუხი სწორია.

512. გრანსვაგინალური კვლევით სანაყოფე კვერცხის აღრეული ვიზუალიზაცია საშვილოსნოს ღრუში შესაძლოა:

- ა) 5-6 კვირიდან;
- *ბ) 4-5 კვირიდან;
- გ) 2 კვირიდან;
- დ) 7 კვირიდან.

513. გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონი ვიზუალიზირდება:

- *ა) 6-7 კვირიდან;

- ბ) 8-9 კვირიდან;
- გ) 9-10 კვირიდან;
- დ) 10-11 კვირიდან.

514. ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს გრანსაბდომინალური კვლევით ემბრიონის ვიზუალიზაცია აუცილებელია:

- ა) 5 კვირიდან;
- *ბ) 7 კვირიდან;
- გ) 9 კვირიდან.

515. ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს გრანსვაგინალური კვლევით ემბრიონის ვიზუალიზაცია აუცილებელია:

- *ა) 5-6 კვირიდან;
- ბ) 7 კვირიდან;
- გ) 3 კვირიდან.

516. გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონის გულისცემის რეგისტრაცია შესაძლოა:

- *ა) 7 კვირიდან;
- ბ) 5 კვირიდან;
- გ) 8 კვირიდან.

517. ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონის მოძრაობითი აქტიურობა ვლინდება:

- *ა) 8 კვირიდან;
- ბ) 10 კვირიდან;
- გ) 12 კვირიდან;
- დ) 6 კვირიდან.

518. ულტრაბგერითი კვლევით ყვითრის პარკი ვიზუალიზაცია ორსულობის:

- ა) 4-10 კვირაზე;
- *ბ) 6-12 კვირაზე;
- გ) 9-14 კვირაზე;
- დ) 10-15 კვირაზე.

519. ულტრაბგერითი კვლევისას სანაყოფე კვერცხის ღიაფენი იზომება:

- *ა) შიდა კონტურზე;
- ბ) გარე კონტურზე;
- გ) ორმაგი ღეცილუალური გარსის შუა ნაწილიდან.

520. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ორსულობის ასაკის განსაზღვრაში ყველაზე ზუსტი ბიომეტრიული პარამეტრია:

- ა) სანაყოფე კვერცხის საშუალო ღიაფენი;
- *ბ) ემბრიონის თხემ-კულუსუნის ზომა;
- გ) საშვილოსნოს ზომები;
- დ) ემბრიონის თავის ბიპარამეტრიული ზომა.

521. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ემბრიონის გულისცემის პროგნოზულად ყველაზე არასახარბიელო მაჩვენებელია:

- ა) 140 ღარტყ/წთ-ზე ნაკლები;
- ბ) 160 ღარტყ/წთ-ზე ნაკლები;
- გ) 180 ღარტყ/წთ-ზე ნაკლები;
- *დ) 100 ღარტყ/წთ-ზე ნაკლები.

522. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში გრანსაბდომინალური კვლევით რეტროქორიონული ჰემატომის ვიზუალიზაცია:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) არ არის შესაძლებელი.

523. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში აბორტის საშიშროების ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) ემბრიონის გულისცემის არარსებობა;
- *ბ) მიომეტრიუმის ლოკალური გასქელება;
- გ) სანაყოფე კვერცხის ლოკალიზაცია საშვილოსნოს ღრუს შუა მესამედში;
- დ) ფორმის ცვლილება.

524. არაპროგრესირებადი ორსულობის აბსოლუტურ ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

- *ა) ემბრიონის გულისცემის არარსებობა;
- ბ) მიომეტრიუმის ლოკალური გასქელება;
- გ) სანაყოფე კვერცხის ლოკალიზაცია საშვილოსნოს ღრუს შუა მესამედში;
- დ) ფორმის ცვლილება.

525. არასრული აბორგის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- *ა) გაფართოებული საშვილოსნოს ღრუ მასში არაერთგვაროვანი ექოსტრუქტურების არსებობით;
- ბ) სანაყოფე კვერცხის პროლაბირება;
- გ) სანაყოფე კვერცხში ემბრიონის არარსებობა;
- დ) შიგნითა პირის ღიაბეჭტოს გაზრდა.

526. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ისთმურ-ცერვიკალური უკმარისობის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია:

- ა) 6 კვირის შემდეგ;
- *ბ) 10 კვირის შემდეგ;
- გ) 14 კვირის შემდეგ;
- დ) 8 კვირის შემდეგ.

527. ბუშტანამქერის ყველაზე დამახასიათებელ ულტრაბგერით სურათს წარმოადგენს:

- *ა) საშვილოსნოს ღრუში მრავლობითი არაერთგვაროვანი ღრუბლისებრი სტრუქტურების არსებობა;
- ბ) სანაყოფე კვერცხის არარსებობა;
- გ) საკვერცხეების ზომების გაზრდა;
- დ) ენდომეტრიუმის გამოსახულების არარსებობა.

528. ისთმურ-ცერვიკალური ნაკლოვანების სარწმუნო ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) საშვილოსნოს ისთმურ ნაწილში მიომეტრიუმის ლოკალური გასქელება;
- ბ) ცერვიკალური არხის ღიაბეჭტი აღემატება 3 მმ-ს;
- გ) სანაყოფე კვერცხის დეფორმაცია;
- *დ) საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ძაბრისებრი გაფართოება.

529. გრანსვაგინალური სკანირებით ნაყოფის შარდის ბუშტის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

- *ა) 10 კვირიდან;
- ბ) 7 კვირიდან;
- გ) 13 კვირიდან;
- დ) 16 კვირიდან.

530. გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევისას ემბრიონის თავი ვიზუალიზდება:

- ა) 6 კვირიდან;
- *ბ) 8-9 კვირიდან;
- გ) 11 კვირიდან;
- დ) 13 კვირიდან.

531. გრანსაბდომინალური კვლევისას ემბრიონის კიდურები ვიზუალიზდება:

- ა) 6 კვირიდან;
- *ბ) 10 კვირიდან;
- გ) 14 კვირიდან.

532. გრანსაბდომინალური კვლევით თავის ტვინის შუამღებარე სტრუქტურების გამოვლენა შესაძლებელია:

- ა) 10 კვირიდან;
- *ბ) 13 კვირიდან;
- გ) 16 კვირიდან.

533. ანენცეფალის დიაგნოსტიკა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) არ არის შესაძლებელი.

534. ლიმენცეფალის დიაგნოსტიკა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში:

- ა) შესაძლებელია;
- *ბ) არ არის შესაძლებელი.

535. ორსულობის პირველი ტრიმესტრის ბოლოს გრანსვაგინალური ულტრაბგერითი კვლევით ნაყოფის მუცლის წინა კედლის განვითარების ანომალიების დიაგნოსტიკა შესაძლებელია:

- ა) 8 კვირიდან;
- ბ) 9 კვირიდან;
- გ) 10 კვირიდან;
- *დ) 14 კვირიდან.

536. ორსულობის პირველი ტრიმესტრის ბოლოს ამელიის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) არ არის შესაძლებელი.

537. ორსულობის 12 კვირაზე ემბრიონის გული ნორმაში:

- ა) ორკამერიანია;
- ბ) სამკამერიანია;
- *გ) ოთხკამერიანია.

538. საშვილოსნოს ღრუში ცრუ სანაყოფე კვერცხის აღმოჩენის შემთხვევაში ეჭვი უნდა მივიტანოთ:

- ა) ანემბრიონიაზე;
- *ბ) საშვილოსნოს გარე ორსულობაზე;
- გ) რეგროქორიონულ ჰემატომაზე.

539. თუ ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი კვლევით ორსულობის 12 კვირაზე ემბრიონის სტრუქტურული ანომალიები არ ვლინდება, ორსულობის მეორე ტრიმესტრში განმეორებითი სკრინინგული კვლევის ჩატარება:

- *ა) აუცილებელია;
- ბ) არ არის აუცილებელი.

540. ფეტომეტრისათვის აუცილებელ პარამეტრებს განეკუთვნება:

- ა) თავის ბიპარიეტული ზომა, გულმკერდის საშუალო დიამეტრი, მხრის ძვლის სიგრძე;
- ბ) თავის ბიპარიეტული და შუბლ-კეფის ზომა, მუცლის საშუალო დიამეტრი, ტერფის სიგრძე;
- *გ) თავის ბიპარიეტული ზომა, მუცლის საშუალო დიამეტრი ან გარშემოწერილობა, ბარძაყის ძვლის სიგრძე.

541. ბარძაყის ძვლის სიგრძის თავის ბიპარიეტულ ზომასთან შეფარდების ნორმატიული მაჩვენებელია:

- ა) 50-60%;
- ბ) 65-90%;
- გ) 65-70%;
- *დ) 71-87%;

542. ცეფალური ინდექსის ნორმატიული მაჩვენებელი მერყეობს:

- ა) 30-40%;
- ბ) 40-55%;
- *გ) 70-86%;

543. ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომა ისაზღვრება:

- *ა) საფეთქლის ძვლების გარე და შიდა კონტურებს შორის;
- ბ) საფეთქლის ძვლების გარეთა კონტურებს შორის;
- გ) საფეთქლის ძვლების შიდა კონტურებს შორის;
- დ) საფეთქლის ძვლების ყველაზე მკაფიოდ ვიზუალიზებად კონტურებს შორის.

544. ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომა ისაზღვრება:

- ა) ნათხემის ჰემისფერობის ღონეზე;
- ბ) თვალბუდის ღონეზე;
- *გ) ოთხგორაკის და გამჭვირვალე ძგიდის ღრუს ღონეზე;
- დ) გვერდითი პარაკუჭების საფეთქლის რქების ღონეზე;

545. ნაყოფის ბარძაყის ძვლის ზუსტი გამომვისათვის ულტრაბგერითი გადამწოლი უნდა მოთავსდეს:

- *ა) ბარძაყის ძვლის მიმართ სწორი კუთხით;
- ბ) ბლაგვი კუთხით;
- გ) კუთხეს არ აქვს მნიშვნელობა.

546. მუცლის საშუალო დიამეტრის და გარშემოწერილობის გასაზომ ძირითად ორიენტირს წარმოადგენს:

- ა) კუჭი;
- ბ) თირკმლები;
- *გ) ჭიპლარის ვენა;
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლები;
- ე) ელენთა.

547. ნაყოფის მუცელშიდა განვითარების შეფერხების სიმეტრიული ფორმის დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) ძირითადი ფეტომეტრიული მაჩვენებლების არაპროპორციული ჩამორჩენა;
- *ბ) ძირითადი ფეტომეტრიული მაჩვენებლების პროპორციული ჩამორჩენა.

548. ნაყოფის მუცელშიდა განვითარების შეფერხების ასიმეტრიული ფორმისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ძირითადი ფეტომეტრიული მაჩვენებლების არაპროპორციული ჩამორჩენა;
- ბ) ძირითადი ფეტომეტრიული მაჩვენებლების პროპორციული ჩამორჩენა.

549. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში პლაცენტის დაბალი მიმაგრების ულტრაბგერითი კრიტერიუმია მის ქვედა კიდე და საშვილოსნოს შიგნითა პირს შორის დაცილება:

- ა) 3 სმ-ზე ნაკლები;
- ბ) 5 სმ-ზე ნაკლები;
- *გ) 7 სმ-ზე ნაკლები;
- დ) 10 სმ-ზე ნაკლები.

550. პლაცენტის წინამდებარეობის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა წარმოებს:

- ა) დაცლილ შარდის ბუშტზე;
- ბ) გადავსებულ შარდის ბუშტზე;
- *გ) ზომიერად ავსებულ შარდის ბუშტზე;
- დ) შარდის ბუშტის ავსების ხარისხს არ აქვს მნიშვნელობა.

551. პლაცენტის წინამდებარეობის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

- *ა) საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის მიდამოში პლაცენტური ქსოვილის არსებობა;
- ბ) გაგანიერებული საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი;
- გ) პლაცენტის მიმაგრება ყელზე, უშუალოდ საშვილოსნოს შიგნითა პირთან.

552. გასქელებული პლაცენტა უხშირესად ვლინდება:

- *ა) ნაყოფის წყალშანკის დროს;
- ბ) დენდი-უოკერის სინდრომის დროს;
- გ) ამნიონური ჭიმების სინდრომის დროს;
- დ) თირკმლების აგენეზიის დროს.

553. ულტრაბგერითი კვლევისას პლაცენტის სისქე იზომება:

- ა) ჭიპლარის მიერთების ადგილას;
- ბ) ყველაზე თხელ მიდამოში;
- *გ) არ აქვს პრინციპული მნიშვნელობა.

554. პლაცენტის ნაადრევი აცლის ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- *ა) საშვილოსნოს კედელსა და პლაცენტას შორის ექონეგაგიური სივრცის არსებობა;
- ბ) პლაცენტის გასქელება;
- გ) პლაცენტის ნაადრევი მომწიფება;
- დ) პლაცენტაში "შავი ლაქების" არსებობა.

555. პლაცენტის ნაადრევი "დაბერების" დიაგნოზი ისმება სიმწიფის მესამე ხარისხის გამოვლენისას:

- *ა) 36 კვირამდე;
- ბ) 38 კვირამდე;
- გ) 40 კვირამდე;
- დ) 37 კვირის შემდეგ.

556. პლაცენტის ნაადრევი "დაბერების" ულტრაბგერითი დიაგნოზი ისმება მისი სიმწიფის მეორე ხარისხის გამოვლენისას:

- ა) 36 კვირამდე;
- ბ) 34 კვირამდე;
- *გ) 32 კვირამდე;
- დ) 37 კვირამდე.

557. გადამწიფებული ორსულობისათვის დამახასიათებელია პლაცენტის სიმწიფის პირველი ხარისხის არსებობა:

- ა) ღია;
- *ბ) არა;
- გ) ღია, თუ ამასთან ვლინდება მცირეწყლიანობა;

558. ნორმაში ჭიპლარის შემადგენლობაში შედის:

- *ა) ორი არტერია და ერთი ვენა;
- ბ) ორი ვენა და ერთი არტერია;
- გ) ორი არტერია და ორი ვენა.

559. ჭიპლარის კისტების შიგთავსი უხშირესად:

- *ა) კისტოზურია;
- ბ) კისტოზურ-სოლიდურია;
- გ) სოლიდურია;
- დ) კისტოზურ-სოლიდურია სოლიდური კომპონენტის სიჭარბით.

560. ჭიპლარის კისტები უხშირესად ერწყმის:

- ა) ანენცეფალიას;
- ბ) შარდ-სასქესო სისტემის ანომალიებს;
- *გ) ქრომოსომულ აბერაციებს;
- დ) პლაცენტის წინამდებარეობას.

561. მცირეწყლიანობის დროს უხშირესად დიაგნოსტიკურდება შემდეგი ორგანოთა სისტემის განვითარების ანომალიები:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა;
- ბ) კუჭ-ნაწლავის;
- *გ) შარდის გამომყოფი;
- დ) მუცლის წინა კედლის.

562. ჭარბწყლიანობა ხშირად ერწყმის:

- *ა) წერილი ნაწლავის ატრეზიას;
- ბ) თირკმლების ორმხრივ აგენეზიას;
- გ) პლაცენტის ნაადრევ მომწიფებას;
- დ) ნაყოფის მუცლადყოფნის განვითარების შეფერხებას.

563. ნაყოფის განვითარების ანომალიების გამოსავლენად სკრინინგული ულტრაბგერითი კვლევის ჩატარების ოპტიმალური ვადაა:

- *ა) 16-22 კვირა;
- ბ) 23-27 კვირა;
- გ) 28-32 კვირა;
- დ) 11-15 კვირა.

564. ნაყოფის მუცლად ყოფნის პერიოდში სიკვდილის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმებია:

- *ა) ნაყოფის გულისცემის არარსებობა;
- ბ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის არარსებობა;
- გ) ნაყოფის სუნთქვითი მოძრაობის არარსებობა;
- დ) თავის გვინის სტრუქტურების ცვლილება.

565. თავის გვინის დიდი ცისტერნა ულტრაბგერითი კვლევით ვლინდება:

- ა) ქალას წინა ორმოში;
- ბ) ქალას შუა ორმოში;
- *გ) ქალას უკანა ორმოში;
- დ) შუა და უკანა ორმოს საზღვარზე.

566. პარაკუჭ-ჰემისფეროს ინდექსი წარმოადგენს:

- *ა) გვერდითი პარაკუჭის სხეულის სიგანის შეფარდებას ბიპარიეტული ზომის ნახევართან;
- ბ) გვერდითი პარაკუჭის სხეულის სიგანის შეფარდებას ბიპარიეტულ ზომასთან;
- გ) გვერდითი პარაკუჭების სხეულების სიგანის შეფარდებას ბიპარიეტულ ზომასთან;
- დ) გვერდითი პარაკუჭების სხეულების სიგანის შეფარდებას ბიპარიეტული ზომის ნახევართან.

567. გამჭვირვალე გიხრის დრუ ვიზუალიზაცია როგორც:

- *ა) ანექოგენური წარმონაქმნი გვერდითი პარაკუჭების შუბლის რქებს შორის;
- ბ) ჰიპერექოგენური შუალედური წარმონაქმნი;
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნი მხედველობის ბორცვებს შორის;
- დ) ანექოგენური წარმონაქმნი ქალას უკანა ფოსოში.

568. ნაყოფის თავის გვინის გვერდითი პარაკუჭების სისხლძარღვოვანი წნული გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით მკაფიოდ ვლინდება:

- ა) 12 კვირის ასაკში;
- *ბ) 16 კვირის ასაკში;
- გ) 20 კვირის ასაკში;
- დ) 24 კვირის ასაკში.

569. "ლიმონის" და "ბანანის" ულტრაბგერითი ნიშანი დამახასიათებელია:

- ა) გარეთა ჰიდროცეფალიისთვის;
- *ბ) ხერხემლის გახლეჩა (გაორებისთვის);
- გ) ქალა-გვინის თიაქრისთვის;
- დ) მიკროცეფალიისთვის;
- ე) ჰიდროცეფალიისთვის.

570. დაუნის სინდრომის სავარაუდო ულტრაბგერითი ნიშანია კისრის ნაოჭის გასქელება:

- ა) 3 მმ-ზე მეტად;

- ბ) 4 მმ-ზე მეტად;
- გ) 5 მმ-ზე მეტად;
- *დ) 6 მმ-ზე მეტად.

571. თავის გვინის წყალსაღების სტენობის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- *ა) გვერდითი და მესამე პარაკუჭის გაგანიერება;
- ბ) სუბარაქნოიდული სივრცის გაგანიერება;
- გ) კისტოზური წარმონაქმნის არსებობა ქალას უკანა ფოსოში;
- დ) თავის გვინის შუა სტრუქტურის არარსებობა.

572. ნაყოფის თავის ორმაგი კონტური დამახასიათებელია:

- ა) ანენცეფალიისთვის;
- *ბ) ნაყოფის არაიმუნური წყალმანკისთვის;
- გ) მიკროცეფალიისთვის;
- დ) აკრანისთვის.

573. გარეთა ჰიდროცეფალიის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) მესამე და გვერდითი პარაკუჭების გაგანიერება;
- *ბ) სუბარაქნოიდული სივრცის გაგანიერება;
- გ) კისტოზური წარმონაქმნის არსებობა ქალას უკანა ფოსოში;
- დ) თავის გვინის შუა სტრუქტურის არარსებობა.

574. ღენდი-უოკერის სინდრომის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) მესამე და გვერდითი პარაკუჭების გაგანიერება;
- ბ) სუბარაქნოიდული სივრცის გაგანიერება;
- *გ) კისტოზური წარმონაქმნის არსებობა ქალას უკანა ფოსოში;
- დ) ზურგის გვინის თიაქარი.

575. მიუთითეთ ანენცეფალიის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმები:

- ა) თავის ბიპარიეტული და შუბლ-კეფის ზომების გამოხატული შემცირება;
- *ბ) თავის გვინის ჰემისფეროების და ქალას არარსებობა.

576. მენინგოცეფალოცელეს დროს ქალა-გვინის თიაქრის შემადგენლობაში შედის:

- ა) გვინის ქსოვილი, მენინგიალური გარსები, ლიქტორი;
- ბ) მხოლოდ გვინის გარსი;
- *გ) გვინის ქსოვილი და მენინგიალური გარსები;
- დ) გვინის ქსოვილი და ლიქტორი.

577. ქალა-გვინის თიაქარი უხშირესად ლოკალიზდება:

- ა) საფეთქლის მიდამოში;
- *ბ) კეფის მიდამოში;
- გ) შუბლის მიდამოში.

578. მეკელის სინდრომში შედის:

- *ა) ქალა-გვინის თიაქარი და თირკმლების პოლიკისტოზი;
- ბ) ქალა-გვინის თიაქარი და ღვიძლის კისტა;
- გ) ქალა-გვინის თიაქარი და ურახუსის კისტა;
- დ) ქალა-გვინის თიაქარი და საკვერცხის კისტა;
- ე) ქალა-გვინის თიაქარი და პოლისპლენია.

579. ანენცეფალიის აკრანისაგან განმასხვავებელი ძირითადი ნიშანია:

- ა) ქალა-სარქელის ძვლების არარსებობა;
- *ბ) თავის გვინის დიდი ჰემისფეროების არარსებობა;
- გ) გვინის ღეროს არარსებობა;
- დ) ნათხემის და ზოლიანი სხეულის არარსებობა.

580. გამოხატული ჰიდროცეფალიის და ჰიდროანენცეფალიის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია:

- ა) ვენტრიკულომეგალიის ხარისხი;
- ბ) უკანა ფოსოში დიდი კისტის არსებობა;
- *გ) თავის გვინის დიდი ჰემისფეროების არარსებობა;
- დ) დიდი ზომის, საერთო, ცენტრალურად განლაგებული პარაკუჭის არსებობა.

581. მიკროცეფალიის ყველაზე დამახასიათებელი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) თავის ბიპარიეტული ზომის რიცხობრივი მაჩვენებლების შემცირება;

- *ბ) ბარდაყის ძელის სიგრძის თავის შემოწერილობასთან შეფარდების რიცხოვრივი მაჩვენებლის გაზრდა;
- გ) თავისა და მუცლის გარშემოწერილობის შეფარდების რიცხოვრივი მაჩვენებლის გაზრდა;
- დ) ცეფალური ინდექსის რიცხოვრივი მაჩვენებლის შემცირება 75%-ზე მეტად.

582. ჰოლოპროზენცეფალიის (წილის განუვითარებლობის) ულტრაბგერით ნიშნებს მიეკუთვნება:

- *ა) საერთო, ცენტრალურად განლაგებული პარაკუჭის არსებობა, თავის გვინის შუა სტრუქტურის არარსებობის ფონზე;
- ბ) ორმხრივი ქალასშილა კისტების არსებობა, რომლებიც უერთდება გვერდით პარაკუჭებს;
- გ) ნახევარსფეროებისა და ნათხემის ჭიის გამოხატული ჰიპოპლაზია;
- დ) ღილი ჰემისფეროების მრავლობითი კისტები.

583. ჰოლოპროზენცეფალია უხშირესად ერწყმის განვითარების ანომალიებს:

- ა) გულის;
- ბ) თირკმლების;
- გ) კიბურების;
- *დ) სახის.

584. ზოლიანი სხეულის აგენეზია უხშირესად ერწყმის:

- *ა) დენდი-უოკერის სინდრომს;
- ბ) მეკელის სინდრომს;
- გ) პორენცეფალიას;
- დ) არაქნოიდულ კისტებს.

585. ლისენცეფალიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) გვინის ნამგლის არარსებობა;
- ბ) ნათხემის არარსებობა;
- გ) მხედველობის ბორცვების არარსებობა;
- დ) ღილი ცისტერნის არარსებობა;
- *ე) გვინის ნახევარსფეროების ხეკულების არარსებობა.

586. მაგარი სახის და ზედა ტუჩის გახლეჩვის პრენატალური ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ფერადი დოპლერგრაფიის გარეშე:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) შეუძლებელია.

587. შPINA BIFIDA ჩY შიჩჩA-ს და შLINA BIFIDA OჩჩULA-ს პრენატალური ულტრაბგერითი დიფერენციალური დიაგნოზის მძებრა შემდეგი ნიშნის მიხედვით:

- *ა) ხერხემლის ლეფექტის მიდამოში თიაქრის არსებობა;
- ბ) ხერხემლის ლეფექტი;
- გ) თიაქრის შიგთავსი;
- დ) თიაქრის ზომები და ლოკალიზაცია.

588. ჰიპერტელორიზმი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი სურათით:

- ა) თვალის კაკლებს შორის მანძილის შემცირება;
- *ბ) თვალის კაკლებს შორის მანძილის გაზრდა;
- გ) ყურის ნიჟარებს შორის მანძილის შემცირება;
- დ) ყურის ნიჟარებს შორის მანძილის გაზრდა.

589. არინია დიაგნოსტიკურად:

- ა) ყურის ნიჟარების არარსებობით;
- ბ) თვალის კაკლების არარსებობით;
- გ) ენის არარსებობით;
- *დ) ცხვირის არარსებობით.

590. ემბრიონის კისრის მიდამოს გამოხატული შეშუპება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში მეტყველებს:

- ა) ხერხემლის გახლეჩვაზე (გაორება);
- ბ) კისრის მიდამოს სიმსივნეზე;
- *გ) ქრომოსომულ აბერაციებზე;
- დ) პირველი ტრიმესტრის ბოლოსათვის კისრის მიდამოს შეშუპება წარმოადგენს ემბრიონის ნორმალურ ანაგომიას.

591. ემბრიონის კისრის მიდამოში შეშუპება პათოლოგიურია, როცა მისი წინა-უკანა ზომა აღემატება:

- ა) 1 მმ-ს;
- ბ) 2 მმ-ს;
- *გ) 3 მმ-ს;
- დ) 5 მმ-ს.

592. კისრის გიგრომის გიპური ულტრაბგერითი გამოსახულებაა:

- *ა) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი;
- ბ) ერთკამერიანი წარმონაქმნი;
- გ) სოლიდური წარმონაქმნი;
- დ) კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნი.

593. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში ნაყოფის ღვიძლის ექოგენობის პრევალირება ფილტვის ექოგენობაზე მიუთითებს:

- ა) ფილტვის ქსოვილის სიმწიფეზე;
- *ბ) ფილტვის ქსოვილის უმწიფრობაზე;
- გ) მუცელშიდა ინფიცირებაზე;
- დ) ფილტვის ქსოვილის ჰიპოპლაზიაზე.

594. ღიაფრაგმული თიაქრის პრენატალური ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) შეუძლებელია;
- გ) შესაძლებელია მხოლოდ ორსულობის მესამე ტრიმესტრში.

595. თანდაყოლილი ღიაფრაგმული თიაქრის დროს ნაყოფის გულმკერდის დრუში ერთკამერიანი ანექოგენური წარმონაქმნის ვიზუალიზაცია შეესაბამება:

- ა) ნაწლავს;
- *ბ) კუჭს;
- გ) ღვიძლს;
- დ) ელენთას;
- ე) თირკმლებს.

596. ცალმხრივი ჰიდროთორაქსის ექოგრაფიული კრიტერიუმია:

- ა) ფილტვის ქსოვილში ჰიპოექოგენური კისტოზური ჩანართების არსებობა;
- ბ) გულმკერდის დრუში მრავალკამერიანი კისტოზური წარმონაქმნის არსებობა;
- *გ) დაზიანების მხარეს, პლევრის დრუში ანექოგენური შიგთავსის არსებობა;
- დ) დაზიანების მხარეს ფილტვის ექოგენობის დაქვეითება.

597. ნაყოფის თავით წინამდებარეობის დროს გულმკერდის განივი კვეთისას გული ლოკალიზდება:

- ა) წინა მარჯვენა კვადრანტში;
- *ბ) წინა მარცხენა კვადრანტში;
- გ) უკანა მარჯვენა კვადრანტში;
- დ) უკანა მარცხენა კვადრანტში.

598. სკრინინგული ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის გულის კვლევისათვის საჭიროა შემდეგი ჭრილი:

- ა) მარცხენა პარაკუჭის მოკლე ღერძზე;
- ბ) ფილტვის ღერძზე გამავალი;
- გ) აორტის რკალზე გამავალი;
- *დ) ოთხკამერიან ჭრილზე გამავალი;

599. ნაყოფის გულის ძვილე ნორმაში მდებარეობს საგიგალურად შემდეგი კუთხით:

- ა) 10 გრადუსი;
- *ბ) 30 გრადუსი;
- გ) 90 გრადუსი;
- დ) 120 გრადუსი.

600. გულის განივი ჭრილის ფართობი ნორმაში არ აღემატება გულმკერდის დრუს ფართობის:

- ა) 1/6-ს;
- ბ) 1/5-ს;
- გ) 1/4-ს;
- *დ) 1/3-ს.

601. პერიკარდიალურ გამონაქონად ითვლება ჰიპოექოგენური ზონა სახით პერი- და მيوკარდიუმს შორის, რომლის სისქე აღემატება:

- *ა) 2 მმ-ს;
- ბ) 4 მმ-ს;
- გ) 5 მმ-ს;
- დ) 6 მმ-ს.

602. პარაკუჭთაშუა ძვილის დეფექტის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

- *ა) შესაძლებელია;

- ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შესაძლებელია დიდი ზომის მემბრანული ლეფექტის შემთხვევაში;
- დ) შესაძლებელია მხოლოდ ორივე პარკუჭის დილატაციის შემთხვევაში;
- ე) შესაძლებელია მხოლოდ ფერადი ლოპლერგრაფიით.

603. ებშეინის ანომალიის პრენატალურ ექოგრაფიულ კრიტერიუმს წარმოადგენს:

- ა) ერთკამერიანი გული ორი აგრიოვენტრიკულური სარქველით;
- ბ) აორტის კოარქტაცია შერწყმული პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტთან;
- *გ) სამკარიანი სარქველის კარელების გადანაცვლება მარჯვენა პარკუჭის სიღრმეში და დიდი მარჯვენა წინაგული;
- დ) გამოხატული ჰიპოპლაზია ან მარჯვენა პარკუჭის მთავარი დიდი არარსებობა.

604. ნაყოფის ლექსტროკარდია უზშირესად გამოწვეულია:

- ა) მიგრალური სისხლძარღვების გრანსპოზიციით;
- ბ) ფილტვის ვენების ანომალური მიერთებით;
- გ) საყლაპავის აგრემიით;
- *დ) ღიაფრაგმული თიაქრით.

605. ერთიანი წინაგულ-პარკუჭოვანი არხის სრული ფორმის ექოგრაფიულ კრიტერიუმებს წარმოადგენს:

- ა) გულის ორივე პარკუჭის ჰიპოპლაზია;
- ბ) მიგრალური სარქველის აგრემია და წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი;
- *გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ქვემო და პარკუჭთაშუა ძგიდის მემო ნაწილის ლეფექტი;
- დ) აორტის კოარქტაცია და პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტი.

606. ნაყოფის გულის სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- *ა) რაბდომიომა;
- ბ) პერიკარდიალური ტერატომა;
- გ) ფიბრომა;
- დ) მიქსომა.

607. ნაყოფის ღიაფრაგმული თიაქრის ექოგრაფიული ნიშნებია:

- ა) მუცლის ღრუს ორგანოების ვიზუალიზაცია გულმკერდის ღრუში;
- ბ) ლექსტროკარდია;
- გ) ჭარბწყლიანობა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

608. ნაყოფის საყლაპავის აგრემიის დიაგნოზს კუჭის ჩრდილის ვიზუალიზაცია:

- ა) გამორიცხავს;
- *ბ) არ გამორიცხავს.

609. საყლაპავის აგრემიისთვის (ტრაქეა-საყლაპავის ხვრელ-მილის გარეშე) დამახასიათებელია:

- *ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) მცირეწყლიანობა;
- გ) სანაყოფე წყლების ნორმალური რაოდენობა.

610. ნაყოფის თორმეგჯოჯა ნაწლავის აგრემიისათვის ულტრაბგერითი კვლევისას დამახასიათებელია:

- ა) მსხვილი ნაწლავის მარყუქების გაფართოება;
- ბ) ასციტი;
- *გ) ორმაგი ბუშტი მუცლის ღრუში;
- დ) მცირეწყლიანობა.

611. პრენატალური დიაგნოსტირებული თორმეგჯოჯა ნაწლავის აგრემიის შემთხვევაში 21-ე ქრომოსომის გრისომიის ალბათობა:

- *ა) მაღალია;
- ბ) არ არის მაღალი.

612. ომფალოცელესათვის თიაქრის პარკის არსებობა:

- *ა) დამახასიათებელია;
- ბ) არ არის დამახასიათებელი.

613. გასტრომიომისის პრენატალურ ულტრაბგერით დიაგნოსტიკურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) კუჭის ზომების გაზრდა;
- ბ) კუჭის ზომების შემცირება;
- გ) მუცლის ღრუს ორგანოების ევენტრაცია თიაქრის პარკში;
- *დ) მუცლის ღრუს ორგანოების ევენტრაცია თიაქრის პარკის გარეშე;

ე) კუჭის ჩრდილის არარსებობა.

614. გასტრომიომისის დროს ქრომოსომული აბერაციები აღინიშნება:

- ა) ხშირად;
- *ბ) იშვიათად.

615. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ნაყოფის თირკმლების ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

- ა) 12 კვირიდან;
- *ბ) 16 კვირიდან;
- გ) 20 კვირიდან;
- დ) 24 კვირიდან;

616. ნაყოფის თირკმლისა და ხერხემლის უბნის განივი კვეთის ფართობი ნორმაში არ აღემატება მუცლის განივი კვეთის ფართობის:

- ა) 1/2-ს;
- *ბ) 1/3-ს;
- გ) 1/5-ს;
- დ) 1/6-ს.

617. საშუალო კლასის ულტრაბგერით სკანერებზე შეუცვლელი შარდსაწვეთები ვიზუალიზდება:

- ა) დაკლაკნილი ანექოგენური მილაკოვანი წარმონაქმნის სახით;
- ბ) წყრილი ჰიპერექოგენური წარმონაქმნის სახით;
- გ) 5 მმ დიამეტრის ჰიპოექოგენური წარმონაქმნის სახით;
- *დ) არ ვიზუალიზდება.

618. ნაყოფის შარდის ბუშტის ვიზუალიზაცია გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) ორსულობის 10 კვირიდან;
- ბ) 12 კვირიდან;
- *გ) 14 კვირიდან;
- დ) 20 კვირიდან;
- ე) 22 კვირიდან.

619. ნაყოფის კუჭის ჩრდილის არარსებობა ორსულობის მეორე ტრიმესტრში უხშირესად თან სდევს:

- ა) ლიფრაგმულ თიაქარს;
- *ბ) საყლაპავის ატრეზიას;
- გ) კარდიოსპლენარულ სინდრომს;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ატრეზიას.

620. "ორმაგი ბუშტის" ულტრაბგერითი ნიშანი ყველაზე დამახასიათებელია:

- ა) თირკმლების პოლიკისტოზისთვის;
- ბ) საყლაპავის ატრეზიისთვის;
- გ) საკვერცხის კისტოზისთვის;
- *დ) თორმეტგოჯა ნაწლავის ატრეზიისთვის;
- ე) ორმხრივი ჰიდრონეფროზისთვის.

621. ჰიპერექოგენური გაღივებული თირკმლების არსებობა უხშირესად დამახასიათებელია:

- *ა) ინფანტილური ტიპის თირკმლების პოლიკისტოზური დაავადებისთვის;
- ბ) თირკმლების მულტიკისტოზური დაავადებისთვის;
- გ) ორმხრივი ჰიდრონეფროზისთვის;
- დ) უკანა ურეთრალური სარქველისათვის.

622. ნიშანი, რომელიც არ შეესაბამება ნაყოფის წყალმანკის ულტრაბგერით სურათს:

- ა) ჰიდროპერიკარდიუმი;
- ბ) ჰიდროთორაქსი;
- გ) ასციტი;
- *დ) ჰიდროცეფალია;
- ე) კანქვეშა შეშუპება.

623. ასციტის ულტრაბგერითი ლიაგნოსტიკის კრიტერიუმია ნაყოფის მუცლის დრუში ექონეგაგიური სივრცის არსებობა, რომლის სისქე აღემატება:

- ა) 1 მმ-ს;
- ბ) 2 მმ-ს;
- გ) 3 მმ-ს;
- დ) 4 მმ-ს;

*ე) 5 მმ-ს.

624. გასქელებული პლაცენტა ითვლება ნაყოფის წყალმანკის ულტრაბგერით ნიშნად:

ა) ღია;

ბ) არა;

*გ) მხოლოდ კანქვეშა შეშუპებასთან, ასციტთან და ჰიდროთორაქსთან ერთად.

625. ჩონჩხის დისპლაზიისთვის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისას არ არის დამახასიათებელი:

ა) კიდეების ძვლების მომების შემცირება;

ბ) გულმკერდის ღრუს დეფორმაცია;

*გ) შუკლის მომების შემცირება;

დ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის შემცირება;

626. კიდეების დამოკლების რომელი ტიპია დამახასიათებელი აქონდროგენეზისთვის:

ა) რიზომელიური

ბ) მეზომელიური;

*გ) მიკრომელიური;

დ) აკრომელიური.

627. კიდეების დამოკლების რომელი ტიპია დამახასიათებელი განატროფორმული დისპლაზიისთვის:

*ა) რიზომელიური;

ბ) მეზომელიური;

გ) მიკრომელიური;

დ) აკრომელიური.

628. გრძელი ლულოვანი ძვლების გამრუდება დამახასიათებელია:

ა) აქონდროპლაზიისთვის;

*ბ) კამპომელიური დისპლაზიისთვის;

გ) თანდაყოლილი მრავლობითი ართროგრიპოზისთვის.

629. მიუთითეთ მრავალნაყოფიანი ორსულობის ყველაზე ხშირი ტიპი:

ა) მონოქორიონული, მონოამნიონური;

*ბ) დიქორიონული, მონოამნიონური;

გ) დიქორიონული, დიამნიონური;

დ) მონოქორიონული, დიამნიონური.

630. როცა ულტრაბგერითი კვლევით ვლინდება ერთი პლაცენტა და ამნიონური ძგიდე, ეს მიუთითებს მრავალნაყოფიანი ორსულობის შემდეგ ტიპზე:

ა) მონოქორიონულ, მონოამნიონურ;

ბ) დიქორიონულ, მონოამნიონურ;

გ) დიქორიონულ, დიამნიონურ;

*დ) მონოქორიონულ, დიამნიონურ.

631. პიგოპაგი დიაგნოსტიკურდება გყუპების შერწყმისას:

ა) კრანიალურ მიდამოში;

ბ) თორაკალურ მიდამოში;

გ) აბდომინალურ მიდამოში;

*დ) ლუნდულების მიდამოში.

632. კრანოპაგი დიაგნოსტიკურდება გყუპების შერწყმისას:

*ა) კრანიალურ მიდამოში;

ბ) თორაკალურ მიდამოში;

გ) აბდომინალურ მიდამოში;

დ) ლუნდულების მიდამოში.

633. ომფალოპაგი დიაგნოსტიკურდება გყუპების შერწყმისას:

ა) კრანიალურ მიდამოში;

ბ) თორაკალურ მიდამოში;

*გ) აბდომინალურ მიდამოში;

დ) ლუნდულების მიდამოში.

634. გავა-კუდუსუნის ტერატომის ექსტრუქტურა შეიძლება იყოს:

ა) კისტოზური;

ბ) სოლიდური;

- გ) კისტოზურ-სოლიდური;
- დ) სოლიდურ-კისტოზური;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

635. ორსულობის 20 კვირის შემდგომ საშვილოსნოს არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარის ნორმალური მრუდები ხასიათდება:

- ა) სისტოლა-დიასტოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- ბ) სისხლის ნაკადის დიასტოლური კომპონენტის დაბალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- *გ) სისხლის ნაკადის დიასტოლური კომპონენტის მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- დ) აღრეული დიასტოლის ფაზაში დიკროტული ორმოს არსებობით.

636. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში ნაყოფის კრიტიკული მდგომარეობის დოპლერმეტრიული მაჩვენებლებია:

- ა) საშვილოსნოს არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდების სისტოლა-დიასტოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები;
- *ბ) ჭიპლარის არტერიაში დიასტოლური სისხლის ნაკადის ნულოვანი და უარყოფითი მაჩვენებლები;
- გ) ჭიპლარის არტერიაში დიასტოლური სისხლის ნაკადის მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები;
- დ) ჭიპლარის არტერიაში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდების სისტოლა-დიასტოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები.

637. მაღალი პერინატალური რისკის ორსულებში პირველი დოპლერმეტრიული კვლევის (სისხლის ნაკადის შეფასება საშვილოსნოს არტერიებსა და ჭიპლარის არტერიაში) ჩატარების ოპტიმალური პერიოდია:

- ა) 10-13 კვირა;
- ბ) 14-16 კვირა;
- *გ) 20-24 კვირა;
- დ) 28-32 კვირა.

638. დროული და გადაწყვეტილი ორსულობის შემთხვევაში საშვილოსნო-პლაცენტური და ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის შესწავლას მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულება:

- ა) აქვს;
- *ბ) არ აქვს.

639. პესტომის პროგნოზირების და სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისთვის სისხლის მიმოქცევის დოპლერმეტრიულ კვლევას აქვს მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულება:

- *ა) ორსულის საშვილოსნოს არტერიაში;
- ბ) თეძოს გარეთა არტერიაში;
- გ) ჭიპლარის არტერიაში;
- დ) ნაყოფის აორტაში;
- ე) ნაყოფის თავის გვინის შუა არტერიაში.

640. ნაყოფის სქესის განსაზღვრა ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) 2-4 კვირიდან;
- ბ) 4-6 კვირიდან;
- გ) 8-10 კვირიდან;
- *დ) 18-20 კვირიდან;
- ე) ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში

641. საშვილოსნოს გარე ორსულობის წამყვანი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის გაჩენა;
- ბ) საშვილოსნოს განის წინა-უკანა ზომის გაზრდა;
- გ) "M-ექს" სისქის მაგება 15 მმ-ზე მეტად;
- *დ) პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშანი არ არის.

642. ნაყოფის მუცელშიდა სიკვდილის ძირითადი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) მცირეწელიანობა;
- ბ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის არარსებობა;
- გ) ქალას ძვლების დეფორმაცია;
- *დ) გულისცემის არარსებობა;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

643. ფეტომეტრიის აუცილებელი მაჩვენებლებია:

- ა) თავის ბიპარიეტული ზომა;
- ბ) მუცლის წინა-უკანა ზომა;
- გ) ბარძაყის ძვლის სიგრძე;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია;

644. ნაყოფის შარდის გამოყოფი გზების ობსტრუქციის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) მცირეწყლიანობა;
- გ) საშარდე გზების შევიწროება ობსტრუქციის ზემოთ;
- დ) საშარდე გზების შევიწროება ობსტრუქციის ქვემოთ;
- *ე) საშარდე გზების გაფართოება ობსტრუქციის პროქსიმალურად.

645. ნაყოფის არაიმუნური წყალმანკის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) გამოხატული კანქვეშა შეშუპება;
- გ) პლაცენტის გასქელება;
- დ) ასციტი, ჰიდროთორაქსი, ჰიდროპერიკარდიუმი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

646. ქორიონის ულტრაბგერითი ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

- ა) ორსულობის 1-2 კვირიდან;
- ბ) 3-4 კვირიდან;
- გ) 5 კვირიდან;
- დ) 6 კვირიდან;
- *ე) 7-8 კვირიდან.

647. ნორმალურად განლაგებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის (აშრეების) ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) პლაცენტის წინამდებარეობა;
- გ) პლაცენტის გათხელება;
- *დ) რეგროპლაცენტარული ჰემატომის წარმოქმნა;

648. ჭიპლარის სისხლძარღვები ნორმაში წარმოდგენილია:

- ა) ერთი არტერიით და ერთი ვენით;
- ბ) ერთი არტერიით და ორი ვენით;
- გ) ორი არტერიით და ორი ვენით;
- *დ) ორი არტერიით და ერთი ვენით;

649. მშობიარობის შემდგომ საშვილოსნოს ინვოლუციის ულტრაბგერითი შეფასებისთვის ყველაზე ნიშანდობლივია შემდეგი განზომილება:

- ა) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომა;
- ბ) საშვილოსნოს პერიმეტრი;
- *გ) საშვილოსნოს მოცულობა;
- დ) საშვილოსნოს ყელის სიგრძე;
- ე) საშვილოსნოს ტანის სიგრძე.

650. რომელი კისტები შეიძლება გამოვლინდეს საკვერცხეში ბუშგნამქერის დროს?

- ა) ფოლიკულური;
- ბ) ენდომეტრიული;
- გ) ერთმხრივი ლუთეინური;
- *დ) ორმხრივი თეკალუთეინური;
- ე) ჰიდატიდი.

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა გინეკოლოგიაში

651. გრანსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევისას შარდის ბუშგის ავსება საჭიროა: 1) მცირე მენჯის დრუდან აირებით სავსე ნაწლავის მარჯვენის გამოსაღვენად; 2) აკუსტიკური ფანჯრის შესაქმნელად; 3) შიდა სასქესო ორგანოების ნორმალური ანატომიური ურთიერთგანლაგების შესაფასებლად; 4) სავსე შარდის ბუშგის გამოყენება კისტოზური წარმონაქმნის ეგალონის სახით;

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

652. გრანსვაგინალური კვლევისათვის გამოყენებული გაღამწოდის სიხშირეა:

- ა) 3,5-5,0 მგჰ;
- *ბ) 5,0-7,0 მგჰ;
- გ) 2,5-3,5 მგჰ.

653. რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი გრანსვაგინალური გამოკვლევისათვის პაციენტის მომზადებაში:

- ა) პაციენტის მღებარეობა;
- ბ) შარდის ბუშტის ალექვატური ავსება;
- გ) ლაბალსისშირიანი გაღამწოდის არჩევა;
- *დ) შარდის ბუშტის დაცლა.

654. გრანსვაგინალური გამოკვლევის ძირითადი ნაკლია:

- ა) გაღამწოდის დამცველი გარსის გამოყენების აუცილებლობა;
- *ბ) სკანირების ზონის შეზღუდვა;
- გ) გაღამწოდის უშუალო კონტაქტი გამოსაკვლევ ორგანოსთან.

655. გრანსვაგინალური ექოგრაფია ნაკლებ ინფორმატიულია:

- ა) ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების დროს;
- ბ) საშვილოსნოს გარე ორსულობისას;
- გ) სუბსეროზული მიომისას;
- დ) შიდა ენდომეტრიომისას;
- *ე) საკვერცხის დიდი ზომის წარმონაქმნების არსებობისას.

656. რეპროლუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს ტანის სიგრძის ნორმატიული მაჩვენებელია:

- ა) 20-41 მმ;
- ბ) 30-59 მმ;
- *გ) 40-60 მმ;
- დ) 50-80 მმ;
- ე) 50-90 მმ.

657. რეპროლუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს ტანის წინა-უკანა ზომის ნორმატიული მაჩვენებელია:

- ა) 15-30 მმ;
- ბ) 20-40 მმ;
- *გ) 30-42 მმ;
- დ) 40-50 მმ;
- ე) 45-55 მმ.

658. რეპროლუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს განივი ზომის ნორმატიული მაჩვენებელია:

- ა) 30-42 მმ;
- ბ) 35-50 მმ;
- გ) 40-75 მმ;
- *დ) 45-62 მმ;
- ე) 40-80 მმ.

659. საშვილოსნოს ტანის ზომები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე და ანამნეზში ორსულობების არსებობაზე. ჩამოთვლილი მაჩვენებლებიდან რომელი შეესაბამება 19 წლის ქალის (რომელიც ორსულად არ ყოფილა) საშვილოსნოს ზომებს:

- ა) 60x40x55 მმ;
- ბ) 55x38x50 მმ;
- *გ) 48x35x45 მმ;

660. რეპროლუქციული ასაკის მრავალჯერ ნამშობიარები ნორმალური მიომეტრიუმის მქონე ქალის საშვილოსნოს სიგრძეა 73 მმ:

- ა) საშვილოსნოს ტანის სიგრძე გაზრდილია;
- ბ) შემცირებულია;
- *გ) შეესაბამება ასაკს და მდგომარეობას.

661. რეპროლუქციული ასაკის ქალებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შეფარდება ტანის სიგრძესთან არის:

- ა) 1:1;
- *ბ) 1:2;
- გ) 1:4;
- დ) 1:5.

662. მცირე მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნის რეციდივის ძირითადი ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) მცირე მენჯის ღრუში სითხის გამოვლენა
- *ბ) მცირე მენჯის ღრუშუ დამატებითი მოცულობითი წარმონაქმნის გამოვლენა
- გ) შარდის ბუშტის დეფორმაცია
- დ) შარდის ბუშტის კედლების გასქელება

663. საკვერცხის ენდომეტრიული კისკის დიფერენცირება ულტრაბგერითი კვლევისას საჭიროა

- ა) ბადექონის უსეელომიქსომისაგან
- ბ) თირკმლის მენჯში დისკოპიისაგან მისი ჰიდრონეფროზული ტრანსფორმაციით
- გ) შილა დამზურავი კუნთის ულტრაბგერითი გამოსახულებისაგან
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

664. გოფობლასტური დაავადების მკურნალობის დაწყებიდან რა დროში განიცდის რეგრესიას თეკალუთინური კისტები

- ა) 1-2 კვირა
- ბ) 4-5 კვირა
- გ) 6 კვირა
- *დ) 2-4 კვირა

665. გაერცვლებული რეტროცერვიკალური ენდომეტრიოზი ვლინდება როგორც:

- *ა) საშუალო ექოგენობის წარმონაქმნი არსწორი კონტურებით და ფიჭისებრი სტრუქტურით
- ბ) სოლიდური სტრუქტურის წარმონაქმნი
- გ) კისტოზური სტრუქტურის წარმონაქმნი
- დ) სითხე მცირე მენჯის დრეში

666. საშვილოსნოს M-ექსცენტრული განლაგება ვლინდება:

- ა) სეკრეტორულ ფაზაში
- ბ) მენსტრუაციის დროს
- *გ) შინაგანი ენდომეტრიუმის დროს
- დ) ყველა პასუხი სწორია

667. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში მენსტრუაციის წინ შეუცვლელი საშვილოსნოს M-ექოს მაქსიმალური რიცხობრივი მახველებელი ტრანსაბდომინალური კვლევით შეადგენს:

- ა) 7 მმ-ს
- ბ) 10 მმ-ს
- *გ) 15 მმ-ს
- დ) 20 მმ-ს

668. აღრული პროლიფერაციის ფაზაში ნორმალური საშვილოსნოს M-ექის სისქე არ აღემატება

- ა) 2 მმ-ს
- *ბ) 6 მმ-ს
- გ) 10 მმ-ს
- დ) 12 მმ-ს

669. საშვილოსნოს ფიზიოლოგიური მდებარეობის ვარიანტებია:

- ა) ანტივერსიო;
- ბ) ანტიფლექსიო;
- გ) ლეტროვერსიო
- დ) ლეტროფლექსიო;
- ე) შუალედური მდებარეობა;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია.

670. ტრანსაბდომინალური კვლევით შეუცვლელი საშვილოსნოს მილები ვლინდება:

- ა) ჰიპოექოგენური წარმონაქმნების სახით;
- ბ) ჰიპერექოგენური წარმონაქმნების სახით;
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნების სახით;
- დ) საშუალო ექოგენობის წარმონაქმნების სახით;
- *ე) არ ვიმუქალიბდება.

671. საშვილოსნოს ტანის გვერდით კიდეტან სისხლძარღვოვანი წნულის ვიზუალიზაცია შეესაგყვისება:

- ა) არკუატულ სისხლძარღვებს;
- *ბ) საშვილოსნოს არტერიებს და ვენებს;
- გ) თეძოს გარეთა არტერიებს;
- დ) თეძოს შიგნითა ვენებს.

672. მცირე მენჯის ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევისას საკვერცხეები ჩვეულებრივ ვიზუალიზდება:

- ა) საშვილოსნოს და მენჯის გვერდით კედელს შორის;
- ბ) საშვილოსნოს უკან;
- გ) საშვილოსნოს ფუძის მიდამოში;
- *დ) სწორია ყველა

673. ულტრაბგერითი კვლევისას რეპროდუქციული ასაკის ქალის საკვერცხეების სიგრძივი ზომა ნორმაში არ აღემატება:

- *ა) 40 მმ-ს;
- ბ) 45 მმ-ს;
- გ) 50 მმ-ს;
- დ) 55 მმ-ს.

674. ულტრაბგერითი კვლევისას პრეოვულაციური ფოლიკულის საშუალო დიამეტრია:

- ა) 10-14 მმ;
- ბ) 12-15 მმ;
- გ) 14-16 მმ;
- *დ) 25-32 მმ.

675. ოვულაციის პროგნოზულ ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) 17 მმ და მეტი დიამეტრის მქონე ლომინანტური ფოლიკულის არსებობა;
- ბ) ლომინანტურ ფოლიკულში კვერცხუჯრედის შემცველი ბორცვაკის არსებობა;
- გ) ორმაგი კონტური ლომინანტური ფოლიკულის გარშემო;
- დ) ლომინანტური ფოლიკულის ფრაგმენტული გასქელება, არასწორი შიდა კონტური;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

676. ოვულაციის ექოგრაფიულ ნიშნად ითვლება:

- *ა) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში თავისუფალი სითხის ვიზუალიზაცია;
- ბ) 10მმ და მეტი დიამეტრის მწიფე ფოლიკულის გამოვლენა;
- გ) ენდომეტრიუმის გასქელება;
- დ) საშვილოსნოს ზომების შემცირება.

677. საშვილოსნოს უკანა სივრცეში თავისუფალი სითხის გამოვლენა ნორმაში უხშირესად შეესაბამება:

- ა) პროლიფერაციულ ფაზას;
- *ბ) პერიოვულაციურ პერიოდს;
- გ) სეკრეტორულ ფაზას;
- დ) სისხლდენის ფაზას;

678. ულტრაბგერითი კვლევით საკვერცხის ფოლიკულური აპარატი არ ვლინდება:

- ა) ქალებში, რომელთა პოსტმენოპაუზური პერიოდი 5 წელს აღემატება;
- ბ) პაციენტებში მშობიარობის შემდგომი ჰიპოპიგუიტრიზმით;
- გ) პაციენტებში საკვერცხეების განლევის სინდრომით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

679. გრანსფაგინალური ულტრაბგერითი კვლევით რომელი სტრუქტურების ფრონტალური გამოსახულების დიფერენცირება საჭირო საკვერცხის ფოლიკულურ აპარატთან:

- ა) თემოს შიგნითა სისხლძარღვები;
- ბ) საკვერცხის სისხლძარღვები;
- გ) საშვილოსნოს არტერიები და ვენები;
- დ) წვრილი ნაწლავის მარჯუენი თხიერი შიგთავსით;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

680. პოსტმენოპაუზური პაციენტების ულტრაბგერითი კვლევისას ყველაზე რთულია შემდეგი შეუცვლელი ორგანოს ვიზუალიზაცია:

- ა) საშვილოსნოს ყელი;
- ბ) საშვილოსნოს ტანი;
- *გ) საკვერცხეები.

681. საშვილოსნოს განვითარების ანომალიის გამოვლენის შემთხვევაში აუცილებელია გამოვიკვლიოთ:

- ა) ღვიძლი;
- ბ) ელენთა;
- *გ) თირკმლები;
- დ) სხვა ორგანოების დამატებითი გამოკვლევა საჭირო არ არის, რადგან აღნიშნული მანკი იმოლირებულია.

682. მიუთითეთ მიუღერის აგენეზიის ვარიანტები:

- ა) ორრქიანი საშვილოსნოს;
- ბ) საშვილოსნოს ტიხრის არსებობა;
- გ) უნაგირისებრი საშვილოსნო;
- *დ) საშოს ატრეზია.

683. არამოუქციონირე რუდიმენტური რქის დიფერენცირება საჭიროა:

- *ა) სუბსერომული მიომეგობური კვანძისაგან;
- ბ) საკვერცხის მწიფე ტერაგომისაგან;
- გ) ენდომეტრიული კისტისაგან;
- დ) ყვითელი სხეულის კისტისაგან.

684. მოფუნქციონირე, მაგრამ საშვილოსნოს ღრუსთან დაუკავშირებელი რუდიმენტული რქის ულტრაბგერითი დიფერენცირება სააიროა:

- ა) ყვითელი სხეულის კისტისაგან;
- ბ) ენდომეტრიული კისტისაგან;
- გ) ტუბო-ოვარიული აბსცესისაგან;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

685. გენიტალური ინფანტილიზმის და საშვილოსნოს ჰიპოპლაზიის ძირითადი ულტრაბგერითი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) სწორად ფორმირებული საშვილოსნოს განის და ყელის ზომების შემცირება;
- *ბ) საშვილოსნოს განის და ყელის სიგრძის შეფარდების ცვლილება მათი ზომების შემცირებასთან ერთად;
- გ) დიფერენციული დიაგნოსტიკის ჩატარება აუცილებელი არ არის, რადგან ეს ორი პათოლოგია სინონიმებია.

686. სუბმუკოზური და ინტერსტიციური (ცენტრიპეტალური ზრდით) მიომეგობური კვანძის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისათვის კვლევის ჩატარება სააიროა:

- ა) პროლიფერაციულ ფაზაში;
- ბ) პერიოფულაციურ პერიოდში;
- *გ) სეკრეტორულ ფაზაში;
- დ) სისხლდენის ფაზაში.

687. მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი მიომეტრიუმში, ერთგვაროვანი, ჰიპოექოგენური სტრუქტურით, ჰიპერექოგენური არშიით, მიუთითებს შემდეგი პათოლოგიის არსებობაზე:

- ა) ლიპომა;
- ბ) ნაბოგის კისტა;
- გ) აღენომეგობური სიმსივნე;
- *დ) მიომა.

688. საშვილოსნოს გაზრდის უხშირესი მიზეზია:

- ა) ქრონიკული ენდომეტრიტი;
- ბ) საშვილოსნოს შიგა კონტრაცეპტივის არსებობა;
- გ) შიგა ენდომეტრიოზი;
- *დ) მიომა.

689. მიუთითეთ მიომეგობური კვანძის ნეკროზის ულტრაბგერითი ნიშნები:

- *ა) კვანძში ანექოგენური და ჰიპოექოგენური ზონების არსებობა;
- ბ) ერთეული ჰიპერექოგენური ჩანართების არსებობა;
- გ) ჰიპერექოგენური არშია მიომეგობური კვანძის გარშემო;
- დ) მიომეგობური კვანძის მომაგებული ექოგენობა.

690. ლიპომეგობური კვანძი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი სურათით:

- *ა) მკვეთრად შემოსაზღვრული, მრგვალი ფორმის ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;
- ბ) ოვალური ფორმის ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) წარმონაქმნი ერთეული ჰიპოექოგენური ჩანართებით;
- დ) ჰიპერექოგენური არშიის არსებობა წარმონაქმნის ირგვლივ.

691. შინაგანი ენდომეტრიოზის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

- ა) მიომეტრიუმში ექონეგაციური ღრუს არსებობა;
- ბ) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომის გაზრდა;
- გ) მიომეტრიუმის წინა და უკანა კედლის სისქის ასიმეტრია;
- დ) მიომეტრიუმში არსებული ღრუების ირგვლივ ჰიპერექოგენური ქსოვილის არსებობა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

692. მიუთითეთ შინაგანი ენდომეტრიოზის კვანძოვანი ფორმის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშნები:

- ა) საშვილოსნოს კედლის სისქეში მრგვალი ან ოვალური ფორმის მომაგებული ექოგენობის ზონის არსებობა;
- ბ) უმნიშვნელო ზომის ანექოგენური ჩანართების ან კისტოზური ღრუების არსებობა, რომლებიც შეიცავს წვრილდისპერსიულ შენაწონს;
- გ) წარმონაქმნი სწორი, მაგრამ ყოველთვის არამკაფიო კონტურები;
- დ) პათოლოგიურ კერაში საშუალო ან დაბალი ექოგენობის ახლოს განლაგებული ხაზოვანი სტრუქტურები, რომლებიც ორიენტირებულია სკანირების სიბრტყის პერპენდიკულარულად;

*ე) ყველა პასუხი სწორია.

693. ქრონიკული ენდომეტრიტის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება;
- ბ) საშვილოსნოს ღრუს ჰიპოექოგენური შიგთავსის ფონზე ჰიპერექოგენური ჩანართების არსებობა;
- გ) M-ექოს არასწორი გარეთა კონტური ჰიპერექოგენური ჩანართებით პერიფერიაზე;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

694. M-ექოს სისქის ნორმატიული მაჩვენებელი პოსტმენსტრუალური ასაკის ქალებში (5 წელზე მეტი) არ აღემატება:

- ა) 1 მმ-ს;
- ბ) 3 მმ-ს;
- *გ) 5 მმ-ს;
- დ) 7 მმ-ს;

695. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიისათვის დამახასიათებელია:

- ა) M-ექოს გასქელება;
- ბ) M-ექოს არაერთგვაროვანი სტრუქტურა;
- გ) M-ექოს წყვეტილი კონტური;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

696. ენდომეტრიუმის შუალედური M-ექოს სისქის მაგება შესაძლებელია:

- ა) ექოტოპიური ორსულობის დროს;
- ბ) საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპციისას პროგესტერონით;
- გ) ყვითელი სხეულის პერსისტირებული კისტის დროს;
- დ) გროფობლასტური დაავადების დროს;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

697. საშვილოსნოს ღრუში საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივის არსებობაზე (ლიპსის მარყუქის სახით) მიუთითებს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშანი:

- ა) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება ჰიპოექოგენური შიგთავსით;
- ბ) ენდომეტრიუმის გასქელება;
- *გ) M-ექოს უკან შთანთქმის ხაზოვანი ეფექტები;
- დ) ოვალური ფორმის საშვილოსნოს M-ექო.

698. საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივის ვიზუალიზაცია ცერვიკალურ არხში მიუთითებს:

- ა) მის ნორმალურ განლაგებაზე;
- ბ) მის დაბალ განლაგებაზე;
- გ) პერფორაციაზე;
- *დ) მის ექსპულსიაზე.

699. აქ ჩამოთვლილი რომელი დაავადების ულტრაბგერითი გამოსახულებასთან არ საჭიროებს გროფობლასტური დაავადება ლიფერენცირებას:

- *ა) აღნომიოზი;
- ბ) ჰემანგიომა;
- გ) სუბმუკოზური მიომური კვანძი დეგენერაციული ცვლილებებით;
- დ) გროფობლასტის ნარჩენი ქსოვილები არასრული აბორტის შემდგომ.

700. საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიუმის და ნაბოტის კისტის ძირითადი დიაგნოსტიკური ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს შიგნითა პირის მიდამოში ანექოგენური სტრუქტურის არსებობა;
- ბ) ანექოგენური ჩანართის გარშემო ჰიპერექოგენური შოლის არსებობა;
- *გ) ჩანართის წვრილდისპერსიული შიგთავსი.

701. გრასნსაბდომინალური ულტრაბგერითი კვლევით საშვილოსნოს დანამატების რეგენციული წარმონაქმნები ხასიათდება:

- *ა) უმნიშვნელო ზომებით, სწორი კონტურებით;
- ბ) დიდი ზომებით, არასწორი კონტურებით;
- გ) არაერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურა;
- დ) მრგვალი წარმონაქმნი პერიფოკალური ცვლილებებით.

702. საკვერცხის რეგენციული კისტის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) თხელი კაფსულა;
- ბ) ბადისებრი შენება;
- გ) ანექოგენური შიგთავსი;
- დ) ქრება დინამიკური მეთვალყურეობის პერიოდში;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

703. ყვითელი სხეულის კისტის ულტრაბგერითი გამოსახულების დიფერენცირება საჭიროა:

- ა) საკვერცხისეული ორსულობისაგან;
- ბ) ენდომეტრიოიდული კისტისაგან;
- გ) საკვერცხის მწიფე ტერატომისაგან;
- დ) პაპილური ცისტადენომისაგან;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

704. საკვერცხის რომელი კისტები ერწყმის გროფობლასტურ დაავადებას:

- *ა) თეკალუთიური
- ბ) ყვითელი სხეულის;
- გ) პარაოვარიული;
- დ) ფოლიკულური.

705. საკვერცხის პარაოვარიულ კისტასა და ფოლიკულურ კისტას შორის ძირითადი ულტრაბგერითი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) წარმონაქმნის ზომები;
- ბ) კელისმიერი კომპონენტის არსებობა;
- გ) კაფსულის არარსებობა;
- *დ) ინტაქტური საკვერცხის ვიზუალიზაცია.

706. სერომოცელეს ულტრაბგერითი გამოსახულება შემდეგნაირია:

- ა) წარმონაქმნი სქელი კედლებით, წვრილდისპერსიული შიგთავსით;
- *ბ) ანექოგენური თხელკედლიანი წარმონაქმნი, რომლის გარეთა კონტური იმეორებს მემბოელი ორგანოების ფორმას;
- გ) წარმონაქმნი მრავლობითი ძგიდეებით და სოლიდურ-კისტოზური შინაგანი სტრუქტურით.

707. სერომოცელეს და პარაოვარიულ კისტას შორის ძირითადი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) წარმონაქმნის ზომები;
- ბ) კელისმიერი კომპონენტების არსებობა;
- *გ) კაფსულის არ არსებობა;
- დ) ინტაქტური საკვერცხის ვიზუალიზაცია;
- ე) წარმონაქმნის სტრუქტურა.

708. საკვერცხის ენდომეტრიული უისტის ყველაზე დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) ანექოგენური, თხელი ძგიდეებით;
- ბ) ჰიპერექოგენური;
- *გ) ჰიპოექოგენური, წვრილდისპერსიული შენაწონი;
- დ) ჰიპოექოგენური, კელისმიერი კომპონენტებით;
- ე) კისტოზურ-სოლიდური.

709. ენდომეტრიული კისტების ულტრაბგერითი გამოსახულების ვარიანტებია: 1) ჰიპოექოგენური შინაგანი სტრუქტურა წვრილდისპერსიული შენაწონით; 2) ერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურა მომაგებული ექოგენობით; 3) დისტალური გაძლიერების ეფექტი; 4) კელის ფრაგმენტული გასქელება; 5) შერეული შინაგანი სტრუქტურა;

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

710. საკვერცხეების სიმსივნეები ულტრაბგერითი კვლევით უზშირესად ვლინდება, როგორც:

- *ა) გადიდებული საკვერცხეების სოლიდურ-კისტოზური წარმონაქმნი;
- ბ) საკვერცხეების მრავლობითი კისტოზური წარმონაქმნები;
- გ) საკვერცხის სოლიდურ-კისტოზური წარმონაქმნი უცვლელი ზომებით;
- დ) პროცესები, რომლებიც ცვლის საკვერცხის ზომებს და თან ახლავს მცირე მენჯის ღრუში სითხოვანი შიგთავსის გაჩენა.

711. საკვერცხეების კეთილთვისებიანი წარმონაქმნებისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) დაავადების კლინიკური ნიშნების არარსებობა წარმონაქმნის დიდი ზომების შემთხვევაში;
- ბ) სწრაფი გაავთვისებიანება და ადრეული მეტასტაზირება;
- გ) მცირე მენჯის ორგანოების ფუნქციის გამოხატული დარღვევა;
- დ) მათი გაჩენა მენოპაუზის პერიოდში.

712. ჩამოთვლილი ულტრაბგერითი ნიშნებიდან რომელია დამახასიათებელი საკვერცხის სერომოცელის სიმსივნისათვის:

- ა) თხელი კელლები;
- ბ) ძვილები არსებობა;
- გ) ზომები 10-15 სმ ღიაგრძლივით;
- *დ) მრავლობითი ძვილები არსებობა;

713. 10 სმ ღიაგრძლივით, მრგვალი ფორმის, ერთკამერიანი წარმონაქმნი ანექსოგენური შიგთავსით ლოკალიზაცია საკვერცხესა და კვერცხსაგულს შორის. აღნიშნული სურათი შეესაბამება:

- ა) გლუვკელლიანი ცისტადენომას;
- ბ) სეროზულ ცისტადენოკარცინომას;
- *გ) პარაოვარიულ კისტას;
- დ) სეროზოციტს.

714. გლუვკელლიანი სეროზული ცისტადენომა უხშირესად ვლინდება, როგორც:

- *ა) ერთკამერიანი წარმონაქმნი გლუვი შიგა ზედაპირით;
- ბ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი ექსოპოციური შენაწონით;
- გ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი პაპილარული წანაზარლებით;
- დ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი სქელი გიბრებით;

715. მუცინოზური კისტომის განმასხვავებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) პაპილარული წანაზარლები;
- *ბ) მრავლობითი გიბრები და ექსოპოციური შენაწონი;
- გ) სოლიდური კომპონენტი;
- დ) ერთკამერიანი შენება.

716. ჩამოთვლილი ულტრაბგერითი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი საკვერცხის მუცინოზური ცისტადენომისათვის:

- ა) სიმსივნის ღიაგრძლივით 15-20 სმ;
- ბ) მრავლობითი სხვადასხვა სისქის ძვილები არსებობა;
- გ) კამერების ექსოპოციური შინაგანი შენება;
- *დ) ერთკამერიანი წარმონაქმნი არაერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურით.

717. საკვერცხის სოლიდური შენების წარმონაქმნის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) დისტალური აკუსტიკური გაძლიერება;
- ბ) თხელი, კარგად დიფერენცირებადი კელლები;
- *გ) დისტალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- დ) ყველა პასუხი მცდარია.

718. საკვერცხის კიბოს ულტრაბგერითი სტრუქტურა შეიძლება წარმოადგინოს იყოს:

- ა) კისტოზური ერთკამერიანი წარმონაქმნით;
- ბ) კისტოზური მრავალკამერიანი წარმონაქმნით;
- გ) კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

719. საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საკვერცხის არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდები ხასიათდება გამობრუნებული:

- ა) სისტოლური სიჩქარის შემცირებით;
- ბ) რემისტენტობის ინდექსის რიცობრივი მაჩვენებლების გაზრდით;
- *გ) რემისტენტობის მაჩვენებლების შემცირებით;
- დ) დიასტოლური სიჩქარის შემცირებით.

720. ითვლება თუ არა სიმსივნისმილა სისხლმომარაგების გამოვლენის ფაქტი საკვერცხეების სიმსივნეებში კეთილთვისებიანი პროცესის არსებობის კრიტერიუმად:

- ა) ითვლება;
- *ბ) არ ითვლება.

721. საკვერცხის კიბოს შორეული მეტასტაზები უხშირესად ვლინდება:

- ა) ძვლებში;
- ბ) ფილგვებში;
- გ) თავის გვინში;
- *დ) ნაწლავში.

722. ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი დისკერმინომისათვის:

- ა) საკვერცხის სოლიდური შენების ავთვისებიანი გერმინოგენული სიმსივნე;
- ბ) საკვერცხის ერთმხრივი 90%-იანი დამიანება;

*გ) საკვერცხის შერეული სტრუქტურის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

723. საკვერცხის მწიფე ტერატომას შესაძლოა ექონდეს შემდეგი შენება:

- ა) კისტოზური, კელისმიერი ექოპოზიციური კომპონენტით;
- ბ) სოლიდური;
- გ) კისტოზურ-სოლიდური;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

724. ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი მწიფე ტერატომისათვის:

- ა) აკუსტიკური ჩრდილის არსებობა;
- ბ) ერთმხრივი 80%-იანი დამიანება;
- გ) ყველაზე ხშირად შემბველრი კეთილთვისებიანი გერმინოგენული სიმსივნე;
- *დ) ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

725. მწიფე ტერატომის ყველაზე დამახასიათებელი ულტრაბგერითი გამოსახულებაა:

- ა) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი ერთგვაროვანი ჰიპოექოგენური შინაგანი სტრუქტურით;
- ბ) წარმონაქმნი ანექოგენური შინაგანი სტრუქტურით;
- *გ) ეიპოექოგენური, მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი ჰიპერექოგენური ჩანართით და დისკალური აკუსტიკური ჩრდილით.

726. ზოგჯერ მწიფე ტერატომის ულტრაბგერითი დიფერენცირება საჭიროა შემდეგი ექსტრაგენიტალური პათოლოგიისაგან:

- ა) პრესაკრალური ტერატომა;
- ბ) ცხიმოვანი ქსოვილის ლიპომა;
- გ) ნევრინომა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

727. საშვილოსნოს სარკომის დროს სიმსივნურ კვანძში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდები ხასიათდება:

- ა) დიასტოლური სიჩქარის შემცირებით;
- ბ) რემისტენტობის ინდექსის რიცხობრივი მაჩვენებლების გაზრდით;
- გ) სისტოლური სიჩქარის გაზრდით;
- *დ) რემისტენტობის ინდექსის რიცხობრივი მაჩვენებლების შემცირებით.

728. საკვერცხის მეტასტაზურ სიმსივნეს შეიძლება თან ახლდეს:

- ა) ასციტი;
- ბ) მეტასტაზები ბაღექონზე;
- გ) მეტასტაზები ლეიძლში;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

729. კვერცხსაველების დაავადების ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია: 1) მათში შიგთავსის არსებობის შემთხვევაში; 2) ყოველთვის; 3) ასციტის დროს; 4) მათი სიმსივნური დამიანების შემთხვევაში;

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

730. ულტრაბგერითი კვლევისას საქტოსალპინქსის დიფერენცირება აუცილებელია:

- ა) პარაოვარიული კისტისაგან;
- ბ) სეროზოცელესაგან;
- გ) სეროზული ცისტადენომისაგან;
- დ) პერიგუბარული კისტისაგან;
- ე) მენჯის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებისაგან;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია.

731. საშვილოსნოს გარე ორსულობის უცყუარი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს ზომების გაზრდა;
- ბ) ცრუ სანაყოფე კვერცხი;
- გ) თავისუფალი სითხე საშვილოსნოს უკანა სივრცეში;
- *დ) სანაყოფე კვერცხი ემბრიონით საშვილოსნოს ღრუს გარეთ;

732. გუბოვარიული აბსცესის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) საკვერცხის ზომების გაზრდა;
- *ბ) დანამატების მიდამოში რთული წარმონაქმნის არსებობა კისტოზური კომპონენტის სიჭარბით;
- გ) თავისუფალი სითხე ლუგლასის სივრცეში;
- დ) საშვილოსნოს ზომების ზრდა.

733. ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან რომლის დიფერენცირებაა საჭირო გუბოვარიული აბსცესისაგან:

- ა) ენდომეტრიული კისტა;
- ბ) განუვითარებადი ექტოპიური ორსულობა;
- გ) ყვითელი სხეულის კისტა;
- დ) საკვერცხის კიბო;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

734. შარდის ბუშტის დიფერტიკული ვლინდება, როგორც:

- *ა) კისტოზური ღრუ, რომელიც ინგიმურალ უერთდება შარდის ბუშტს;
- ბ) შარდის ბუშტის ზომების შემცირება;
- გ) შარდის ბუშტის კედლების არათანაბარი გასქელება;
- დ) შარდის ბუშტის ღრუში კონკრემენტების არსებობა.

735. საშვილოსნოს განის კიბოს III სტადია ვლინდება, როგორც:

- *ა) სიმსივნური პროცესი რეგიონული მეტასტაზებით;
- ბ) სიმსივნე, რომელიც ცდება საშვილოსნოს შიგნითა პირის ფარგლებს;
- გ) პროცესის ინვაზია მიომეტრიუმის სისქის 2/3-ში;
- დ) სიმსივნე, რომელიც მოიცავს მთელ მიომეტრიუმს სერომულ გარსამდე;
- ე) სიმსივნური პროცესი შორეული მეტასტაზებით.

736. მენსტრუალური ციკლის რომელ პეროდში ხასიათდება ენდომეტრიუმი სამი ჰიპერექტოგენური ხაზის არსებობით:

- ა) მენსტრუაციის პერიოდში;
- ბ) მენსტრუაციის დასრულების შემდეგ;
- *გ) პერიოფულაციურ პერიოდში;
- დ) მენსტრუაციის წინ.

737. პოლიკისტოზური საკვერცხეების დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) საკვერცხის გაზრდილი ზომები;
- ბ) პერიფერიაზე განლაგებული ანექოგენური, 2-8 მმ ზომის ჩანართები;
- გ) საკვერცხის სტრომის ჰიპერპლაზია, რომლის ექოგენობა აღემატება მიომეტრიუმის ექოგენობას;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

738. საკვერცხეების ენდომეტრიული კისტების ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) ანექოგენური, ნაზი ძგიდეებით;
- *ბ) ჰიპოექოგენური, წვრილდისპერსიული შენაწონით;
- გ) ჰიპოექოგენური, კელისმიური წანაზარლებით;
- დ) კისტოზურ-სოლიდური.

739. მუცინოზური ცისტადენომის განმასხვავებელი თავისებურებაა:

- ა) პაპილარული წანაზარლები;
- *ბ) მრავლობითი გიხრები და ჰიპერექტოგენური შენაწონი;
- გ) სოლიდური კომპონენტი;
- დ) ერთკამერიანი შენება;

740. საკვერცხის კიბოსათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- ა) მრავლობითი, არათანაბარი სისქის გიხრები;
- ბ) არამკაფიო კონტურებთან შერწყმული კელისმიური სტრუქტურები;
- გ) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის არსებობა;
- დ) საკვერცხის ერთმხრივი გაზრდა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

741. საკვერცხის კიბოს ექოგრაფიული სტრუქტურა შეიძლება წარმოლგენილი იყოს:

- ა) კისტოზური ერთკამერიანი წარმონაქმნით;
- ბ) კისტოზური მრავალკამერიანი წარმონაქმნით;
- გ) კისტოზური სოლიდური წარმონაქმნით;
- დ) სოლიდური წარმონაქმნით;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

742. ოვულაციის ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) საკვერცხის ზომების გაზრდა;
- ბ) საკვერცხის ზომების შემცირება;
- *გ) ფოლიკულის ზომების შემცირება, საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის გაჩენა;
- დ) ფოლიკულის ორმაგი ჰიპერექტოგენური კონტური;

ე) საკვერცხეში ფოლიკულის ზომების გაზრდა.

743. ჰემატოგენის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

ა) საშვილოსნოს ზომების გაზრდა;

ბ) საშვილოსნოს მრგვალი ფორმა და ზომების გაზრდა;

გ) "M-ექოს" ცლომა;

*დ) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება ჰიპოექოგენური ან შერეული ექოგენობის შიგთავსით;

744. "M-ექოს" დეფორმაცია დამახასიათებელია შემდეგი ლოკალიზაციის მიომებისათვის:

ა) სუბსეროზული;

ბ) ინტრამურული;

გ) სუბსეროზულ-ინტრამურული;

*დ) სუბმუკოზური;

ე) ნებისმიერი ლოკალიზაციის მიომების დროს.

745. სუბმუკოზური მიომისათვის ყველაზე დამახასიათებელია:

ა) საშვილოსნოს ცლომა წინ;

ბ) საშვილოსნოს კონტურების დეფორმაცია;

გ) საშვილოსნოს გადახრა მცირე მენჯის შუა ხაზიდან;

*დ) "M-ექოს" დეფორმაცია და ცლომა;

ე) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომის გაზრდა.

746. მიომატოზური კვანძის შეშუპებაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ შემდეგ სიგუაციაში:

ა) საშვილოსნოში არსებული წარმონაქმნის ექოგენობის მომატება;

ბ) მიომატოზურ კვანძში ჩანართის არსებობა;

გ) წარმონაქმნის გარეთა კონტურის გაქრობა;

დ) "M-ექოს" გაგანიერება;

*ე) ექოგენობის შემცირება და წარმონაქმნის გარეთა კონტურის გაძლიერება.

747. ნეკროზის უბანი მიომატოზურ კვანძში ვლინდება, როგორც:

ა) ჰიპერექოგენური სტრუქტურა;

ბ) ჰიპერექოგენური სტრუქტურა გაძლიერების აკუსტიკური ეფექტით;

*გ) ანექოგენური სტრუქტურა;

დ) არ აქვს აკუსტიკური სპეციფიკა.

748. "თოვლის ნაძვრის" ულტრაბგერითი სიმპტომი დამახასიათებელია შემდეგი პათოლოგიისათვის:

ა) ენდომეტრიუმის კიბო;

ბ) სუბმუკოზური მიომა;

გ) ენდომეტრიუმის ეიპერპლაზია;

*დ) ბუშგნაძევი;

ე) არ გვხვდება.

749. შარდის ბუშგის სწრაფი ავსების მიზნით ოპტიმალურია კათეტერით შემდეგი სითხის შეყვანა

ა) 300მლ ონკანის წყალი

ბ) 600მლ ფიზიოლოგიური ხსნარი

*გ) 250 მლ ფურეცილინი

750. აღრეული პროლეფერაციის ფაზაში ნომალური საშვილოსნოს M-ექოს სისქე არ აღემატება

ა) 2მმ-ს

*ბ) 6მმ-ს

გ) 10-მმ-ს

დ) 12მმ-ს

751. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში მენსტრუაციის წინ შეუცვლელი საშვილოსნოს M-ექოს მაქსიმალური რიცხობრივი მაჩვენებელი გრანსაბლომინალური კვლევიტ შეადგენს:

ა) 7მმ

ბ) 10მმ

*გ) 15მმ

დ) 20მმ

ე) 25მმ

752. რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონებში შეუცვლელ საკვერცხის მოცულობა არ აღემატება

ა) 2სმ³

ბ) 5სმ³

- *გ) 8სმ3
- დ) 10სმ3

753. საშვილოსნოს M-ექოს ექსცენტიული განლაგება ისაზღვრება

- ა) სეკრეტორულ ფაზაში
- ბ) მენსტრუაციის დროს
- *გ) შინაგანი ენდომეტრიუმის დროს
- დ) სწორია ყველა

754. ენდომეტრიუმის ექოგენობის მომაგება ისაზღვრება: 1) სეკრეტორულ ფაზაში; 2) ენდომეტრიტის დროს; 3) პოსტმენოპაუზის პირველ 5 წელს; 5) ქალებში, რომელთაც აქვთ ქრონიკული ანოვულაცია

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

755. გავრცელებული რეტროცერვიკალური ენდომეტრიოზი ვლინდება როგორც

- *ა) საშულო ექოგენობის წარმონაქმნი არასწორი კონგურებით და ფიჭისებური სტრუქტურით
- ბ) სოლიდური სტრუქტურის წარმონაქმნი
- გ) კისტოზური სტრუქტურის წარმონაქმნი
- დ) სითხე მცირე მენჯის დრეში

756. თროფობლასტური დაავადების დროს მკურნალობის დაწყებიდან რა დროში განიცდიან რეგრესიას თეკალუთეინური კისტები

- ა) 1-2 კვირა
- ბ) 4-5 კვირა
- გ) 6 კვირა
- *დ) 2-4 კვირა

757. შტეინ-ლევენტალის სინდრომი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნებით: 1) საკვერცხეების მოცულობის გაზრდა 12სმ3 -ზე მეტად; 2) სკანირების ერთ სიბრტყეში 10-ზე მეტი ფოლიკულის ვიზუალიზაცია ღიაფერით 5მმ; 3) მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში ფოლიკულის და ყვითელი სხეულის არარსებობა; 4) ფოლიკულური აპარატი არ ვლინდება

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

პერიფერიაზე განლაგებული ორგანოებისა და ლიმფური სისტემის ულტრაბგერითი ლიაგნოსტიკა

758. 35-40 წლამდე ასაკის ქალებში სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა რეკომენდებულია ღავიწყით:

- ა) რენტგენომამოგრაფიით;
- *ბ) სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევით;
- გ) ყველა პასუხი სწორია.

759. 45 წელზე მეტი ასაკის ქალებში სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა რეკომენდებულია ღავიწყით:

- *ა) რენტგენომამოგრაფიით;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევით;
- გ) ყველა პასუხი სწორია.

760. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციური პროცესი:

- ა) ბრდის ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას;
- *ბ) ამცირებს ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას;
- გ) არ ცვლის ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას.

761. სარძევე ჯირკვლის სკრინინგული ულტრაბგერითი კვლევისას გადამწოდის სიხშირის ოპტიმალური ღიაპარამეტრი:

- ა) 10-15 მგჰ;
- *ბ) 5-10 მგჰ;
- გ) 3,5-5 მგჰ.

762. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა უმჯობესია ჩატარდეს:

- *ა) ციკლის 1-ლ ფაზაში;
- ბ) ციკლის მე-2 ფაზაში;
- გ) ნებისმიერ პერიოდში.

763. ჩამოთვლილ ქსოვილთაგან სარძევე ჯირკვლის შედგენილობაში არ არის:

- ა) შემაერთებული;
- ბ) ჯირკვლოვანი;
- *გ) კუნთოვანი;
- დ) ცხიმოვანი.

764. სარძევე ჯირკვლის ფუნქციური ერთეულია:

- ა) აცინუსი;
- *ბ) ჯირკვლოვანი წილაკი;
- გ) ჯირკვლოვანი წილი;
- დ) ცხიმოვანი წილაკი;
- ე) კვადრანგი.

765. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას სარძევე ჯირკვალი თვალიერდება:

- ა) ღვრილიდან პერიფერიისაკენ კვადრანტების მიხედვით;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის გასწვრივ და განივად;
- გ) ნებისმიერი მიმართულებით;
- *დ) სექტორების მიხედვით საათის ისრის მიმართულებით.

766. ახალგაზრდა ასაკის ქალის სარძევე ჯირკვლის ჯირკვლოვანი ქსოვილის სტრუქტურაში ექოგრაფიულად არ ღიფერუნცირდება: 1) მცირე კალიბრის სისხლძარღვები; 2) ნაზი ფიბრილური ბოჭკოები; 3) კუპერის იოგები; 4) სარძევე სადინარები;

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

767. სარძევე ჯირკვლში ცელილების აღწერისას, კვადრანტების გარდა, ორიენტირად მიღებულია:

- ა) ქველა და ზედა სეგმენტები;
- *ბ) სექტორები საათის ციფერბლაგის ციფრების ანალოგიურად;
- გ) გულმკერდის წინა კედლის ანაგომიური არეების მიხედვით.

768. სარძევე ჯირკვლის ცენტრალურ ნაწილებში ძირითადად განლაგებულია:

- ა) ცხიმოვანი ქსოვილი;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილი;
- გ) შემაერთებული ქსოვილი;
- *დ) სადინარები და ჯირკვლოვანი ქსოვილი.

769. რეგრომამური სივრცე არ მოიცავს:

- ა) რეგრომამურ ცხიმოვან ჩანთას;
- ბ) მკერდის კუნთებს;
- გ) ნეკნებს;
- *დ) სარძევე ჯირკვლის უკანა ნაწილებს.

770. კანქვეშა ცხომივანი ქსოვილი არ არის სარძევე ჯირკვლის:

- ა) ზედა გარეთა კვადრანტში;
- ბ) ზედა შიგნითა კვადრანტში;
- *გ) არეოლის მიდამოში;
- დ) ქველა კვადრანტების საპროექციო არის კანის ნაკეცში.

771. ნორმაში სარძევე ჯირკვლის ღვრილი ულტრაბგერითი გამოკვლევით შეიძლება ისახებოდეს:

- ა) ჰიპოექოგენური სტრუქტურის სახით, გამოხატული აკუსტიკური ჩრდილით;
- ბ) ჰიპოექოგენური სოლიდური წარმონაქმნის სახით, სიმეტრიული გვერდითი აკუსტიკური ჩრდილით;
- *გ) სწორია ა და ბ;
- დ) ყველა პასუხი მცდარია.

772. ბავშვთა ასაკში სარძევე ჯირკვალი შედგება ძირითადად:

- ა) შემაერთებული ქსოვილისაგან;

- *ბ) ცხიმოვანი ქსოვილისაგან;
- გ) ფორმირებადი ჯირკვლოვანი ქსოვილისა და სადინარების ელემენტებისაგან.

773. სარძევე სადინარები, ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფუნქციურად მშვილ სარძევე ჯირკვალში ისახება:

- ა) მენსტრუალური ციკლის პირველ ნახევარში;
- *ბ) მენსტრუალური ციკლის მე-12-14 დღის შემდეგ;
- გ) მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე არ არის დამოკიდებული.

774. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის სადინარები ისახება:

- ა) ჰიპერექტოგენური ხაზოვანი სტრუქტურების სახით;
- ბ) არ განსხვავდება სტრომის ქსოვილისაგან;
- *გ) ჰიპო- და ანექტოგენური მილისებრი, მომრგვალო და დაკლაკნული სტრუქტურების სახით.

775. სარძევე ჯირკვლის შენებაში ასაკობრივი თავისებურებები:

- *ა) არის;
- ბ) არ არის.

776. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოსახულება არ არის დამოკიდებული:

- ა) სარძევე ჯირკვლის ზომამზე;
- ბ) ჰორმონულ სტატუსზე;
- გ) ასაკზე;
- *დ) სარძევე ჯირკვლის ფორმასა და განლაგებამზე.

777. ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობა ციკლის მეორე ფაზაში არის:

- ა) ისეთივე, როგორც პირველ ფაზაში;
- ბ) პირველ ფაზასთან შედარებით მომატებული;
- *გ) პირველ ფაზასთან შედარებით დაქვეითებული.

778. 30-45 წლის ასაკის ქალებს ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

- ა) უხვი ჯირკვლოვანი ჰიპერექტოგენური ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექტოგენური შრის სახით;
- *ბ) უხვი ჯირკვლოვანი ქსოვილი სარძევე ჯირკვლის ცენტრში ჰიპერექტოგენური შრის სახით, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ ჰიპოექტოგენური შრისა და ჯირკვლოვან ქსოვილში ჰიპოექტოგენური ჩანართების სახით;
- გ) უხვი ჰიპოექტოგენური ცხიმოვანი ქსოვილი, ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება ცხიმოვან ქსოვილს შორის, მცირე ზომის ჰიპერექტოგენური ჩანართების სახით;
- დ) ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად არის გამოხატული კანქვეშ ჰიპოექტოგენური შრის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვან ქსოვილს შორის. ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება ჰიპერექტოგენური შრის სახით სარძევე ჯირკვლის ცენტრში.

779. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებს ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

- ა) ჭარბად არის გამოხატული ჰიპერექტოგენური ჯირკვლოვანი ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექტოგენური შრის სახით;
- ბ) უხვი ჯირკვლოვანი ქსოვილი, რომელიც ისახება სარძევე ჯირკვლის ცენტრში ჰიპერექტოგენური შრის სახით. ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ ჰიპოექტოგენური შრისა და ჯირკვლოვან ქსოვილში ჰიპოექტოგენური ჩანართების სახით;
- *გ) უხვი ცხიმოვანი ქსოვილი წინა ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფრაგმენტებს შორის ერთეული ჩანართების სახით;
- დ) ცხიმოვანი ქსოვილი იკავებს მთელ ჯირკვალს.

780. 25 წლამდე ასაკის ქალების ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

- *ა) ჭარბად გამოხატული ჰიპერექტოგენური ჯირკვლოვანი ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექტოგენური შრის სახით;
- ბ) ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ სხვადასხვა სისქის ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, ჯირკვლოვანი ქსოვილი მცირედ არის გამოხატული;
- გ) ჭარბად არის გამოხატული ცხიმოვანი ქსოვილი, ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება მცირედ, ჰიპოექტოგენური ჩანართების სახით ცხიმოვან ქსოვილს შორის;
- დ) ჭარბი ცხიმოვანი ქსოვილი, კანქვეშ ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვან ქსოვილს შორის ჩანართების სახით. ჯირკვლოვანი ქსოვილი გამოხატულია ჯირკვლის ცენტრში თხელი ჰიპერექტოგენური შრის სახით.

781. ჩვეულებრივ, ასაკის მაგებასთან ერთად, სარძევე ჯირკვალში ცხიმის რაოდენობა:

- *ა) მაგულობს;
- ბ) მცირდება;
- გ) უცვლელია.

782. 25 წლამდე ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით კუპერის იოგები:

- *ა) პრაქტიკულად არ ლიფერენცირდება;

- ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის ჰიპერექტოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით);
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექტოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

783. 30-40 წლის ქალებში კუპერის იოგები:

- ა) პრაქტიკულად არ ღიფერენციონდება;
- *ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის) ჰიპერექტოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით;
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექტოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

784. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებში კუპერის იოგები ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

- ა) პრაქტიკულად არ ღიფერენციონდება;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის) ჰიპერექტოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით;
- *გ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექტოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

785. 25 წლამდე ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

- *ა) თხელი ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციაციის გარეშე;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექტოგენური სტრუქტურების სახით;
- გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექტოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექტოგენური "კაფსულით".

786. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

- ა) თხელი, ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციაციის გარეშე;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექტოგენური სტრუქტურების სახით;
- *გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექტოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექტოგენური "კაფსულით".

787. 30-45 წლის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

- ა) თხელი ჰიპოექტოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციონების გარეშე;
- *ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექტოგენური სტრუქტურების სახით;
- გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექტოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექტოგენური "კაფსულით".

788. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) ცხიმოვანი ინფილტრაცია;
- ბ) შემაერთებული ქსოვილის განვითარება;
- *გ) სალინროვანი პროლიფერაცია;
- დ) სალინრების სკლეროზი კისტებისა და ჯიბეების ჩამოყალიბებით;
- ე) წერილი სისხლძარღვების სკლეროზი.

789. ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას ცხიმოვანი ინვოლუციისთვის არ არის დამახასიათებელი: 1) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მატება ჯირკვლოვანი სტრუქტურის შემცირების ფონზე; 2) ცხიმოვანი ქსოვილის ზოგადი ექტოგენობის დაქვეითება; 3) ცხიმოვანი ქსოვილის გროვების ირგვლივ შემაერთებულქსოვილოვანი "კაფსულის" ჩამოყალიბება; 4) ცალკეულ ცხიმოვან გროვებს შორის საზღვრის წაშლა, გენდენციით ერთიანი მასის ჩამოყალიბებისკენ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

790. რომელი ექოსკოპიური ნიშანი არ არის დამახასიათებელი სარძევე სალინრების ინვოლუციისთვის:

- ა) სარძევე სალინრების რაოდენობის შემცირება;
- ბ) ზოგიერთი სალინარის კისტოზური გაფართოება, მცირე ზომის კისტების ჩამოყალიბებით;
- გ) ერთეული დიდი კისტების ფორმირება;
- *დ) ყველა სალინარის გაფართოება კედლის კონტურების წაშლით.

791. სარძევე ჯირკვალში ინვოლუციური პროცესები ხდება:

- *ა) თანდათანობით;
- ბ) ნახტომისებურად.

792. "კიბოსწინარე" მდგომარეობად ითვლება სარძევე ჯირკვლის შემდგომი ცვლილებები:

- ა) მასტიტის ლიფუზური ფორმა;
- ბ) მასტიტის კვანძოვანი ფორმა;
- *გ) ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის ლიფუზური ფორმა;
- დ) ინვოლუციური პროცესი;

ე) სტეატონეკროზი.

793. ულტრაბგერითი კონტროლისთვის გაძნელებულია შემდეგი რეგიონული ზონები:

- ა) ლავიწზელა;
- ბ) ლავიწქველა;
- გ) ილიისქვეშა;
- დ) მკერდისწინა;
- *ე) მკერდისუკანა.

794. სარძევე ჯირკვლის ჭეშმარიტი ჰიპერტროფიისას ზომაში მომაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- *ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის მომაგების ხარჯზე;

795. სარძევე ჯირკვლების ცრუ ჰიპერტროფიისას ზომაში მომაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- *გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის მომაგების ხარჯზე;

796. სარძევე ჯირკვლის "წითელი ქართი" გამოწვეული ზომაში მაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- *ე) შემაერთებული ქსოვილის განვითარებისა და შეშუპების ხარჯზე.

797. მასტიტი არის:

- *ა) ანთებითი პროცესი სარძევე ჯირკვლის ქსოვილში;
- ბ) მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული უსიამოვნო შეგრძნება სარძევე ჯირკვალში;
- გ) ნებისმიერი პათოლოგიური პროცესი სარძევე ჯირკვალში.

798. მასტიტის "კვანძოვანი ფორმის" ქვეშ იგულისხმება:

- *ა) აბსცესი მომწიფების სხვადასხვა პერიოდში;
- ბ) ნებისმიერი პალპირებადი გამკვრივება სარძევე ჯირკვალში.

799. ფორმირების სხვადასხვა ეტაპზე სარძევე ჯირკვლის აბსცესს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აქვს:

- *ა) სხვადასხვა ექოგრაფიული სურათი;
- ბ) ლაბილუბით ერთნაირი სურათი.

800. მასტიტი შეიძლება ჰქონდეთ:

- ა) ორსულ და მეტეპურ ქალებს;
- *ბ) ნებისმიერი ასაკის ქალებს;
- გ) პოსტრეპროდუქტიული პერიოდის ქალებს.

801. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის გიპიური კისტა:

- *ა) ყოველთვის მრგვალი ფორმისაა ღორსალური გაძლიერებით;
- ბ) შეიძლება იყოს არასწორი ფორმის ღორსალური გაძლიერებით ან მის გარეშე;
- გ) შეიძლება იყოს არასწორი ფორმის და არამკაფიო კონტურით.

802. ფიბროზულ-კისტოზურ მასკოპათიას საფუძვლად უდევს:

- ა) სარძევე ჯირკვლის სტრომის შეშუპება;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის შემაერთებულქსოვილოვანი გადაგვარება;
- *გ) ერთდროულად შემაერთებული ქსოვილის განვითარება, ჯირკვლოვანი ქსოვილის და სალინარის ელემენტების პროლიფერაცია.

803. ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას დიფუზური ფიბროზულ-კისტოზური მასკოპათიისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) მრავლობითი მცირე ზომის კისტების ჩამოყალიბება;
- ბ) ჰიპერექოგენური კუპერის იოგების გასქელება;
- გ) შემაერთებული ქსოვილის გამკვრივება სარძევე სალინარის კონტურების გამოკვეთის სახით;
- დ) ჯირკვლოვან ელემენტებს შორის ჰიპერექოგენური წერტილოვანი ჩანართების გაჩენა;
- *ე) ჯირკვალში არამკაფიო კონტურებისა და საზღვრების მქონე ჰიპოექოგენური უბნებისა და სტრუქტურების გაჩენა.

804. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის ექოგრაფიული სურათი:

- ა) მძიმდება მენსტრუალური ციკლის I ფაზაში;
- *ბ) მძიმდება მენსტრუალური ციკლის II ფაზაში;
- გ) არ იცვლება მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში.

805. კვანძოვანი ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიისთვის ულტრაბგერითი გამოკვლევით დამახასიათებელია:

- ა) მკაფიო ულტრაბგერითი მახასიათებლები არ გააჩნია;
- *ბ) არასწორი ფორმის, არამკაფიო კონტურების და საზღვრების მქონე დაქვეითებული ექოგენობის უბნების გაჩენა;
- გ) სარბევე ჯირკვლის ქსოვილების მკაფიო ლიფერენცირება შეუძლებელია.

806. სარბევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ლიპომა;
- ბ) ცისტადენომა;
- გ) ლიმფანგიომა;
- *დ) ფიბროადენომა;
- ე) ფილოიდური სიმსივნე.

807. სარბევე ჯირკვლის ფიბროადენომა შეიძლება იყოს:

- ა) ერთეული;
- ბ) მრავლობითი;
- *გ) ორივე პასუხი სწორია.

808. ტიპური ფიბროადენომის ულტრაბგერითი სურათია:

- *ა) ოვალური ფორმის, მკაფიო კონტურებიანი, მოძრავი ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- ბ) ოვალური ფორმის, მკაფიო კონტურებიანი, მოძრავი ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) არაერთგვაროვანი აგებულებისა და დაქვეითებული ექოგენობის, მომრგვალო ფორმის წარმონაქმნი არამკაფიო კონტურებით.

809. 2,0 სმ-მდე ზომის ფიბროადენომას ახასიათებს:

- *ა) სწორი, მომრგვალო ფორმა, შიდა ერთგვაროვანი სტრუქტურა, დაქვეითებული ექოგენობა, სოლიდური შენება, არამკაფიო კონტური;
- ბ) არასწორი ფორმა, არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურა, სითხის შემცველი ჩანართების არსებობა, მკაფიო კონტური.

810. სარბევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეს აქვს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) მრგვალი ფორმა, არასწორი კონტური, დაქვეითებული ექოგენობა, ღორსალური შესუსტება ან გაძლიერება;
- *ბ) ოვალური ფორმა, სწორი მკაფიო/არამკაფიო კონტური, ერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა, სხვადასხვა ექოგენობა;
- გ) ნებისმიერი ფორმა, მკაფიო/არამკაფიო კონტური, ღორსალური შესუსტება.

811. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ლიპომას აქვს შემდეგი შენება:

- *ა) სოლიდური ჰიპოექოგენური სტრუქტურა, ირგვლივ განლაგებული ცხიმოვანი ქსოვილის ილენგური შენება;
- ბ) სოლიდური ჰიპოექოგენური სტრუქტურა, ატიპური ირგვლივ განლაგებული ქსოვილისგან;
- გ) შერეული კისტოზურ-სოლიდური სტრუქტურა.

812. სარბევე ჯირკვლის კიბოს ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ხშირად აქვს:

- ა) მრგვალი ფორმა;
- *ბ) გაურკვეველი ფორმა;
- გ) ოვალური ფორმა;
- დ) სწორია ა და ბ;

813. სარბევე ჯირკვლის ანთოვისებიანი სიმსივნე ულტრაბგერითი გამოკვლევით გამოისახება როგორც წარმონაქმნი:

- ა) სწორი მკაფიო კონტურით;
- ბ) მკაფიო/არამკაფიო სწორი კონტურით;
- *გ) მკაფიო/არამკაფიო არასწორი კონტურით;
- დ) არასწორი არამკაფიო კონტურით.

814. სარბევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს:

- ა) ღორსალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- *ბ) სიმეტრიული ლაგერალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- გ) ასიმეტრიული ლაგერალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- დ) ღორსალური შესუსტება.

815. სარბევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნისთვის დამახასიათებელია:

- ა) კაფსულის არსებობა ან არარსებობა;
- ბ) კაფსულის არარსებობა;

- *გ) კაფსულის არსებობა;
- დ) ნიშანს არ აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა.

816. ღორსალური გაძლიერება წარმოადგენს:

- ა) კეთილთვისებიანი პროცესის ნიშანს;
- ბ) ავთვისებიანი პროცესის ნიშანს;
- *გ) არ წარმოადგენს პროცესის კეთილთვისებიანობისა და ავთვისებიანობის ნიშანს.

817. კეთილთვისებიანი პროცესისთვის დამახასიათებელია სივრცული განლაგება:

- *ა) ჰორიზონტალური ორიენტაციით;
- ბ) ვერტიკალური ორიენტაციით;
- გ) გაურკვეველი ორიენტაციით.

818. ავთვისებიანი პროცესისთვის დამახასიათებელია სივრცული განლაგება:

- ა) ჰორიზონტალური ორიენტაციით;
- *ბ) ვერტიკალური ორიენტაციით;
- გ) გაურკვეველი ორიენტაციით.

819. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს:

- ა) არამკაფიო წინა კედელი, უკანა არ ისახება;
- ბ) მკაფიო წინა და არამკაფიო უკანა კედელი;
- *გ) წინა და უკანა კედლის კონტური არამკაფიოა ან არ ისახება.

820. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს შემდეგი ექოსტრუქტურა:

- ა) საშუალო ექოგენობა;
- *ბ) დაბალი ექოგენობა;
- გ) ნებისმიერი ექოგენობა;
- დ) მაღალი ექოგენობა.

821. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს: 1) ღორსალური გაძლიერება; 2) ღორსალური შესუსტება; 3) ღორსალური ჩრდილი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2;3

822. ყველაზე მეტი შემაერთებული ქსოვილი ახასიათებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემდეგ ფორმას:

- *ა) სკიროზულ;
- ბ) მედულარულ;
- გ) ცისტადენოკარცინომას;
- დ) პაპილარულ;
- ე) შერეულ.

823. მცირე რაოდენობით შემაერთებული ქსოვილი ახასიათებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემდეგ ფორმას:

- ა) სკიროზულს;
- *ბ) მედულარულს;
- გ) ცისტადენოკარცინომას;
- დ) პაპილარულს;
- ე) შერეულს.

824. ფიბროადენომის ულტრაბგერითმა სურათმა შეიძლება მოგვცეს იმიტაცია: 1) ცხიმოვანი წილაკის; 2) ავთვისებიანი სიმსივნის; 3) კისტის; 4) აბსცესის;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

825. სარძევე ჯირკვლის შეშუპებით-ინფილტრაციული ფორმა ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

- *ა) არ ღიფერენცირდება მასტიგის ღიფუზური ფორმისგან;
- ბ) ღიფერენცირდება მასტიგის ღიფუზური ფორმისგან.

826. ექოსკოპია საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ:

- ა) სარძევე ჯირკვლის კიბოს როგორც კვანძოვანი, ასევე ღიფუზური ფორმა;
- *ბ) სარძევე ჯირკვლის კიბოს მხოლოდ კვანძოვანი ფორმა;

გ) სარძევე ჯირკვლის კიბოს მხოლოდ დიფუზური ფორმა.

827. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევისას სისშირით 7,5 მგჰ და მეტი შეიძლება შეგვხვდეს სირთულეები: 1) მთელი ჯირკვლის ქსოვილების დიფერენციაში; 2) ჯირკვლის ღრმა ნაწილის გამოკვლევაში; 3) კანისა და კანქვეშა ქსოვილის მღვობარეობის შეფასებაში;

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

828. წარმონაქმნის არასწორი, ვარსკვლავისებური კონფიგურაცია დამახასიათებელია:

- ა) ლისპორმონული ჰიპერპლაზიის კვანძოვანი ფორმისთვის;
- *ბ) კიბოს სკიროზული ფორმისთვის;
- გ) ფიბროაღენომისთვის;
- დ) ატიპიური კისტისთვის.

829. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს:

- ა) საშუალო ექოგენობის ერთგვაროვანი სოლიდური სტრუქტურა;
- ბ) დაქვეითებული ექოგენობის კისკომურ-სოლიდური სტრუქტურა;
- გ) სითხის დიდი რაოდენობით შემცველი, პრაქტიკულად ანექოგენური სტრუქტურა;
- *დ) ერთგვაროვანი ან არაერთგვაროვანი, შერეული ან სოლიდური ექოსტრუქტურა.

830. ფარისებრი და ფარისებრახლო ჯირკვლების ულტრაბგერით გამოკვლევას ატარებენ: 1) 5,0-7,5 მგჰ-იანი წყლიანი კამერით, მაღალსიხშირიანი გადამწოლით; 2) 7,5-12 მგჰ-იანი, მაღალსიხშირიანი გადამწოლით წყლიანი კამერის გარეშე; 3) 10 მგჰ-იანი ტრანსემოფაგური გადამწოლით; 4) 5,0 მგჰ-იანი ტრანსემოფაგური გადამწოლით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

831. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას აუცილებელია გაიზომოს:

- ა) წილის სიგრძე, ირიბი ზომა, ყელის სისქე;
- ბ) ყოველი წილის ერთი ზომა;
- *გ) ყოველი წილის სიგრძე, სისქე, სიგანე და ყელის სისქე;
- დ) გარდიგარდმო გომოგრამაზე ფარისებრი ჯირკვლის პერიმეტრი;
- ე) მთელი ჯირკვლის ფართობი.

832. განივი ულტრაბგერითი გამოსახვისას ფარისებრი ჯირკვლის ტიპური ფორმაა:

- ა) ნახევარმთვარისებრი;
- ბ) ნალისებრი;
- *გ) მოხრილი ჰანგელის;
- დ) პეპელა.

833. ფარისებრი ჯირკვლის წილთან განლაგებულია შემდეგი სისხლძარღვები:

- *ა) A. ცაროგის ცომმუნის და ვ. ჯუგულარის;
- ბ) A. ცაროგის ინტერნა და ვ. ჯუგულარის;
- გ) Aორგა და გრუნცუს ბრაცქიოცეპჰალიცა.

834. რომელი ექოგრაფიული ნიშანი არ არის დამახასიათებელი ვენისათვის?

- ა) გადამწოდის შეწოლით სისხლძარღვის სანათურის ცელილება;
- *ბ) სისხლძარღვის სამშრიანი კედელი;
- გ) სარქვლოვანი აპარატის ვიზუალიზაცია.

835. რომელი ექოგრაფიული ნიშანი არ არის დამახასიათებელი არტერიისათვის?

- ა) სამშრიანი კედელი;
- *ბ) სისხლძარღვის სანათურის ცელილება გადამწოდის შეწოლით;
- გ) გულისცემასთან ერთად სისხლძარღვის კედლის პულსაცია.

836. ფარისებრი ჯირკვლის ყელის წინ განლაგებულია შემდეგი კუნთები:

- ა) ფარისებრწინა;
- ბ) მკერდ-ლაგიწ-დერილისებრი;
- *გ) კანქვეშა;

დ) არ არის კუნთი.

837. ფარისებრი ჯირკვლის ზომები უდიდესია შემდეგ ასაკში:

- ა) 1-15 წელი;
- *ბ) 15-25 წელი;
- გ) 25-40 წელი.

838. კისრის დიდ სისხლძარღვოვან კონას წინიდან ფარავს შემდეგი კუნთი:

- *ა) მკერდ-ლაფიწ-ღვრილისებრი;
- ბ) მკერდ-ფარისებრი;
- გ) მკერდ-ენისქვეშა.

839. ნორმაში ფარისებრი ჯირკვლის წილებისა და ყელის შეფარლება:

- ა) თანაბარია;
- ბ) ყელი შეადგენს ჯირკვლის ძირითად მასას;
- *გ) წილები შეადგენს ჯირკვლის ძირითად მასას.

840. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურა შეიძლება მივაკუთვნოთ:

- ა) წყლის შემცველ ორგანოს;
- *ბ) პარენქიმულ ორგანოს;
- გ) ორგანოს შერეული, კისტოზურ-სოლიდური შენებით.

841. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრბლო ჯირკვლები შეიძლება გამოვავლინოთ ფარისებრი ჯირკვლის შემდეგ ნაწილებში:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულასთან, წილის უკანა ნაწილში;
- ბ) ნებისმიერ ადგილას ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულის ქვეშ;
- გ) ორგანოს სისქეში;
- *დ) ნებისმიერ ადგილას.

842. ულტრაბგერითი გამოკვლევით საყლაპავი ხშირად ისახება:

- *ა) ტრაქეის მარცხნივ;
- ბ) ტრაქეის მარჯვნივ.

843. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის ალაბინაზე მოწმობს:

- ა) სისხლძარღვოვანი კონის (წნულის) ცლომა;
- ბ) კუნთების ცლომა;
- *გ) ჯირკვლის ქსოვილის გამოსახულების არარსებობა.

844. ფარისებრი ჯირკვლის დიფუზური დაზიანების შემთხვევაში ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- *ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა;
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა და სკანირება;
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

845. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი დაზიანების შემთხვევაში ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა;
- *ბ) ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ პუნქციური ბიოფსია შემდგომი მორფოლოგიური ვერიფიკაციით;
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება ჰორმონების განსაზღვრით;
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ექოსკოპია და სკანირება;

846. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი პროცესზე ეჭვისას ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება;
- ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა და კისრის ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- *დ) ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ პუნქციური ბიოფსია შემდგომი მორფოლოგიური ვერიფიკაციით.

847. ულტრაბგერითი გამოკვლევით გამოვლენილი ერთგვაროვანი ექოსტრუქტურის დიფუზურად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი შეიძლება შეესაბამებოდეს:

- *ა) დიფუზურ გოქსიკურ ჩიყვს, არაგოქსიკურ დიფუზურ ჩიყვს (მცირე და საშუალო ხარისხის ჰიპერპლაზიით), თირეოიდიტს;
- ბ) დიფუზურ გოქსიკურ ჩიყვს, ჰიპერპლაზიის ყველა ხარისხის არაგოქსიკურ დიფუზურ ჩიყვს, თირეოიდიტს;
- გ) შერეულ დიფუზურ-კვანძოვან ჩიყვს;

- დ) კვანძოვან ჩიყვს;
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს;

848. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) კისტოზური ლეგენერაციისას;
- ბ) კვანძოვანი ჩიყვის დროს;
- გ) თირეოიდიტის დროს;
- დ) შერეული, ლიფუზურ-კვანძოვანი ჩიყვის დროს;
- ე) ავთვისებიანი სიმსივნის დროს;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია;

849. ლიფუზური ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ზომები:

- *ა) გაზრდილია;
- ბ) შემცირებულია;
- გ) ნორმალურია;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

850. ლიფუზური ჩიყვის (მცირე ჰიპერპლაზიის) დროს ვლინდება:

- *ა) მარცვლოვანების შეცვლა;
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ლიფუზურ-არაერთგვაროვანი ცვლილებები კისტის, ფიბროზის ზონისა და კალციფიკაციის სახით;
- გ) განსხვავებული ექოგენობის ზონების გაჩენა, არამკაფიო კონტურებით და საზღვრებით.

851. ლიფუზური ჩიყვის (მკვეთრი ჰიპერპლაზია) დროს ვლინდება:

- ა) მარცვლოვანების შეცვლა;
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ლიფუზურ-არაერთგვაროვანი ცვლილებები კისტის, ფიბროზის ზონისა და კალციფიკაციის სახით;
- გ) განსხვავებული ექოგენობის ზონების გაჩენა, არამკაფიო კონტურითა და საზღვრებით.

852. თირეოიდიტის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ზომები შეიძლება იყოს:

- ა) შემცირებული;
- ბ) მომატებული;
- გ) ნორმალური;
- *დ) ნებისმიერი.

853. ლიფუზური ჩიყვისთვის ექოსკოპიურად დამახასიათებელია მომატება:

- ა) ჯირკვლის ყველა ზომის;
- *ბ) ჯირკვლის წილის ზომების მომატების უპირატესობით;
- გ) ყელის ზომების მომატების უპირატესობით.

854. თირეოიდული ქსოვილის ჰიპერპლაზიას ექოსკოპიურად ახასიათებს:

- ა) მხოლოდ ჯირკვლის ზომების მომატება;
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ზომის მომატება, ჯირკვლის მარცვლოვანი სტრუქტურის გამსხვილება;
- გ) მხოლოდ ჯირკვლის მარცვლოვანი სტრუქტურის გამსხვილება.

855. ფარისებრი ჯირკვლის რომელი წარმონაქმნია ექოსკოპიურად რთული გამოსაგლენი?

- ა) ჰიპერექოგენური;
- ბ) ჰიპოექოგენური;
- *გ) იზოექოგენური;
- დ) შერეული ექოგენობის.

856. ფორმირებადი კვანძოვანი ჩიყვის არაპირდაპირი ექოსკოპიური ნიშანი შეიძლება იყოს:

- ა) ჯირკვლის პარენქიმაში ლეგენერაციული ცვლილებების არსებობა;
- *ბ) ორგანოს ასიმეტრია;
- გ) მთელი ჯირკვლის ლიფუზური გადიდება.

857. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნისთვის ექოსკოპიურად დამახასიათებელია:

- ა) ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;
- *ბ) ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) იზოექოგენური წარმონაქმნი;
- დ) ანექოგენური წარმონაქმნი;
- ე) ყველა პასუხი სწორია.

858. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დამახასიათებელი ექოსკოპიური სურათია:

- ა) 1
- ბ) 2

გ) 3
*დ) 1;3
ე) სხვადასხვა ზომის დაქვეითებული ექოგენობის უბნების გაჩენა არამკაფიო კონტურითა და საზღვრებით; 2) ჯირკვლის ზომის მომაგება არაერთგვაროვანი ლიფუზური შენებით; 3) ჯირკვლის ზოგადი ექოგენობის დაქვეითება;

859. ექოსკოპიურად ფარისებრი ჯირკვლის ერთ-ერთი ნაწილის შემცირება მოწმობს:
*ა) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოპლაზიას;
ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას.

860. ფარისებრი ჯირკვლი შესაძლებელია იყოს განლაგებული ენის ძირის მიდამოში:
*ა) ღიახ;
ბ) არა.

861. თირეოიდული ქსოვილი შეიძლება იყოს განლაგებული ენის ქვეშ:
*ა) ღიახ;
ბ) არა.

862. ულტრაბგერითი კვლევისას შესაძლებელია ნ.რეცურენცე-ის ლიფერენცირება:
*ა) შესაძლებელია;
ბ) შეუძლებელია.

863. ულტრაბგერითი კვლევისას შესაძლებელია ნ.ვაგუს-ის ლიფერენცირება:
*ა) შესაძლებელია;
ბ) შეუძლებელია.

864. დაბალი და საშუალო ხარისხის ლიფუზურ ჩიყვს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ახასიათებს მომაგება:
ა) წილის სიგრძის;
ბ) ყელის;
გ) წილის სიგანის;
დ) წილის წინა-უკანა ზომის;
*ე) ყველა პასუხი სწორია.

865. ქალისა და მამაკაცის ფარისებრი ჯირკვლის ზომები:
ა) ერთნაირია;
ბ) ქალებისა მეტია;
*გ) მამაკაცებისა მეტია.

866. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის დამაგებითი წილის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:
ა) ნებისმიერ ასაკში;
ბ) მოხუცებში;
*გ) ძირითადად ბავშვებში.

867. ფარისებრი ჯირკვლის ვასკულარიზაციის გაძლიერება ფარისებურ არტერიებში ნაკადის აჩქარებით გვხვდება:
ა) ჯირკვლის ნებისმიერი ჰორმონული აქტიურობისას;
*ბ) ჯირკვლის ჰორმონული აქტიურობის მომაგებისას;
გ) ჯირკვლის ჰორმონული აქტიურობის დაქვეითებისას.

868. ფარისებრი ჯირკვლის ექოგენობის დაქვეითება შეიძლება იყოს შედეგი:
ა) პარენქიმული სისხლის მიმოქცევის გაძლიერების;
ბ) ჯირკვლის ფოლიკულებში კოლოიდის რაოდენობის მომაგების;
გ) ნორმალური თირეოიდული ქსოვილის ჩანაცვლებისა სიმსივნური ქსოვილით;
*დ) ყველა პასუხი სწორია;

869. თირეოიდული ქსოვილის ექოგენობის მომაგება შეიძლება მოწმობდეს:
ა) ჯირკვლის ფოლიკულებში კოლოიდის რაოდენობის შემცირებას;
ბ) ჯირკვლის შიგნითა შემაერთებელქსოვილოვანი ტიხარების განვითარებასა და გამკვრივებას;
*გ) ყველა პასუხი სწორია.

870. ულტრაბგერითი გამოკვლევით რომელი ასაკიდან არის შესაძენვეი ფარისებრი ჯირკვლის ინვოლუციური ცვლილებები?
*ა) 45-50 წლის შემდეგ;
ბ) 60 წლის შემდეგ;
გ) ნებისმიერ ასაკში.

871. ლიმფური სისტემის ძირითადი ფუნქციაა:

- *ა) ქსოვილების დრენაჟი და ლიმფის გადატანა ვენური კოლექტორის სისტემაში;
- ბ) ადამიანის ორგანიზმის პერიფერიულ ნაწილებში ქანგვითი პროცესების განხორციელება;
- გ) ქსოვილების ქანგვალთი გამდიდრება;
- დ) პერიფერიული ქსოვილებიდან ნივთიერებათა ცვლის პროლუქტების გამოტანა.

872. ლიმფურ სისტემას შეადგენს:

- ა) რეგიონული ლიმფური კვანძები, ელენთა, თიმუსი, ნუშურები;
- *ბ) ლიმფური კვანძები, ლიმფური სადინარები, ელენთა, ნუშურები, ლიმფოიდური ფოლიკულების ცალკეული გროვები;
- გ) ლიმფური კვანძები, ძვლის ტვინი, თიმუსი, ელენთა.

873. ლიმფური კვანძები ამთავრებენ ჩამოყალიბებას:

- ა) ბავშვის დაბადების მომენტისათვის;
- *ბ) 12-13 წლისათვის;
- გ) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში;
- დ) 25-30 წლისათვის.

874. ულტრაბგერითი კვლევისას კისრის ზედაპირული ლიმფური კვანძების ზომები ნორმაში არის:

- ა) 0,5 მმ;
- *ბ) 10 მმ;
- გ) 15 მმ.

875. ზედაპირული ლიმფური კვანძების რომელი ზომებია მიღებული კლინიკურ ნორმად?

- ა) 0,5 მმ;
- *ბ) 10 მმ;
- გ) 15 მმ.

876. ულტრაბგერითი გამოკვლევით აუცილებელია ვაწარმოოთ ლიმფური კვანძის შემდეგი გაზომვები:

- *ა) სიგანე, სიგრძე და წინა-კანა ზომა;
- ბ) საკმარისია 2 ზომის განსაზღვრა;
- გ) საკმარისია ერთი ზომის განსაზღვრა.

877. ლიმფური კვანძების ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩვენებაა:

- ა) ლიმფური კვანძების პალპატორული გამოვლენა;
- *ბ) ლიმფური კვანძების პალპატორული გამოვლენა და ეჭვი ათვისების პრინციპზე;
- გ) ნებისმიერი დაავადება.

878. მალალსიხშირიანი, 10-12 მგზ-იანი გაღამწოლებით აღჭურვილი უკანასკნელი თაობის აპარაგურის გამოყენება არ იძლევა საშუალებას:

- ა) გამოვავლინოთ ზედაპირული, ნორმალური ლიმფური კვანძები;
- *ბ) გამოვავლინოთ რეტროპერიტონეული სივრცისა და მუცლისშიგნითა ლიმფური კვანძები როგორც ნორმალურ, აგრეთვე, კეთილთვისებიანი აღენოპათიის ფონზე;
- გ) გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი ზედაპირული ლიმფური კვანძების კეთილთვისებიანი და ათვისების ადენოპათიის შორის.

879. ლიმფური კვანძის ექონანტომია ხასიათდება: 1) თხელი პერიფერიული ქერქოვანი ნაწილით; 2) ფართო პერიფერიული ქერქოვანი ნაწილით; 3) კარის მიღამო ისახება კვანძის ერთ-ერთი პოლუსის მახლობლად; 4) ცენტრალური ნაწილი ისახება ელიფსოიდური ფართო შიპერექოვანური ნაწილით; 5) ცენტრალურ ნაწილს აქვს დაბალი ექოგენობა და ცალკე არ დიფერენცირდება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5
- *ვ) 1;4

880. ფერადი დოპლერული კარტირებით ლიმფურ კვანძში ნორმალური ვასკულარიზაცია:

- *ა) შეიძლება არ გამოვლინდეს, ან გამოვლინდეს ლიმფური კვანძის კარის მიღამოში;
- ბ) შეიძლება გამოვლინდეს ყველგან;
- გ) ყველა პასუხი სწორია;

881. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ზედაპირული ლიმფური კვანძების დათვალიერება მოიცავს:

- ა) კისრის გვერდითა ზედაპირების, ლავიწზედა და ლავიწქვედა ლიმფური კვანძების დათვალიერებას;
- ბ) ლავიწზედა, ლავიწქვედა, ილლისქვეშა ლიმფური კვანძების დათვალიერებას;
- *გ) კისრის გვერდითი ზედაპირების, ლავიწზედა, ლავიწქვედა, ილლისქვეშა და საზარლულის ლიმფური კვანძების

დათვალიერებას;

ღ) ლაფიწზედა, ლაფიწქვედა, ილლისქვეშა და საზარღულის ლიმფური კვანძების დათვალიერებას.

882. პერიფერიული ლიმფური სადინარები ნორმაში:

*ა) ექოსკოპიით არ ისახება;

ბ) შესაძლებელია მათი ვიზუალიზაცია.

883. კეთილთვისებიან და ავთვისებიან ადენოპათიებს შორის დიფერენციალურ კრიტერიუმს არ წარმოადგენს:

ა) ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის ფონზე ლიმფური კვანძის ულტრაბგერით სურათში ლინამიკის არარსებობა;

*ბ) ლიმფური კვანძის ზომის მომაგება;

გ) ტიპური ექოსტრუქტურის აღდგენა.

884. რისგან არის აუცილებელი სარძევე ჯირკვლის გადიდებული ლიმფური სადინარების დიფერენცირება?

*ა) სარძევე სადინარების გამოსახულებისგან;

ბ) მცირე კალიბრის სისხლძარღვების თრომბოზისგან;

გ) ქსოვილების გრავმული ღამიანებისგან.

885. ზედაპირულად განლაგებული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის ექოსკოპიური შეფასება ხდება შემდეგი სიხშირის გადამწოლით:

*ა) 5,0 - 10 მგჰ;

ბ) 7,5 - 12 მგჰ;

გ) 3,5 - 7,5 მგჰ.

886. სარძევე ჯირკვლის ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობა:

ა) ყოველთვის მაღალია;

ბ) ყოველთვის დაბალია;

*გ) ცვალებადობს.

887. სარძევე ჯირკვლის ცხიმოვანი ქსოვილის ექოგენობა:

ა) მაღალია;

*ბ) დაბალია.

888. შესაძლებელია თუ არა ცალკეული ჯირკვლოვანი წილაკის ან წილის ვიზუალიზაცია?

ა) ლიბს;

*ბ) არა.

889. შესაძლებელია თუ არა რეპროლუქციული პერიოდის ქალებში რეგრომამური ცხიმოვანი ჩანთის ვიზუალიზაცია?

ა) ლიბს;

*ბ) არა.

890. სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის ეფექტიანობას ფერადი დოპლერული კარტირებით კვლევისას მოწმობს შემდეგი კრიტერიუმი:

ა) სარძევე ჯირკვლის პარენქიმის ვასკულარიზაციის გაძლიერება;

*ბ) ჯირკვლის სტრუქტურაში სისხლძარღვების რაოდენობის შემცირება ან სრული გაქრობა.

891. სარძევე ჯირკვლის კიბოზე ეჭვის დროს ექოსკოპიური კვლევის ალგორითმში არ შედის:

ა) სარძევე ჯირკვალი;

ბ) ილლისქვეშა, ლაფიწზედა, ლაფიწქვედა, მკერდისუკანა, პექტორალური ლიმფური კვანძები;

გ) ლეიძლი;

ღ) რეგროპერიტონეული ლიმფური კვანძები;

ყ) ღამიანების მხარეს საზარღულის ლიმფური კვანძები;

შ) მცირე მენჯის ორგანოები;

*ზ) ფარისებრი ჯირკვალი.

892. ფარისებრი ჯირკვლის გამოსაკვლევად ოპტიმალური გადამწოლია:

ა) მექანიკური სექტორული;

ბ) ელექტრული სექტორული;

გ) კონვექსი;

*ღ) ხაზოვანი.

893. ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურის შესასწავლად ულტრაბგერითი კვლევისას ოპტიმალური სიხშირეა:

ა) 3,5-5 მგჰ;

*ბ) 5-10 მგჰ;

გ) 10-13 მგჰ.

894. ფარისებრი ჯირკვლის წილის სიგანეს საზღვრავენ:

- *ა) განივი სკანირებისას;
- ბ) სიგრძივი სკანირებისას;
- გ) ირიბი სკანირებისას;
- დ) პოლიპოზიციური სკანირებისას.

895. ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობა 30-40 წლის შემდეგ ასაკის მაგებასთან დაკავშირებით:

- ა) იზრდება;
- *ბ) მცირდება;
- გ) არ იცვლება;
- დ) საგრძნობლად იზრდება.

896. ფარისებრი ჯირკვლის ყელის სისქე იზომება:

- *ა) განივი სკანირებისას;
- ბ) სიგრძივი სკანირებისას;
- გ) ირიბი სკანირებისას;
- დ) პოლიპოზიციური სკანირებისას.

897. ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ექოსტრუქტურა შემდეგია:

- ა) არაერთგვაროვანი, მსხვილი ჰიპერექოგენური ჩანართებით;
- ბ) ერთგვაროვანი, მსხვილი ჰიპერექოგენური ჩანართებით;
- *გ) ერთგვაროვანი, უმნიშვნელოდ გამოხატული მარცვლოვანებით;
- დ) ერთგვაროვანი, ღვიძლის პარენქიმის მსგავსი ექოგენობით.

898. ჰაშიმოტოს ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობა:

- ა) გაზრდილია;
- ბ) შემცირებულია;
- გ) ნორმალურია;
- *დ) არა აქვს მნიშვნელობა.

899. ჰიპოექოგენური სტრუქტურის კვანძში ქაოტურად განლაგებული მრავლობითი კალციფიკაციები დამახასიათებელია:

- *ა) ავთვისებიანი პროცესისათვის;
- ბ) კეთილთვისებიანი პროცესისათვის;
- გ) ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი პროცესებისათვის;
- დ) დეგენერაციული ცვლილებებისათვის.

900. მწვავე თირეოიდიტის, სტრუმიტის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ექოგენობა:

- ა) არაერთგვაროვნად მომაგებულია;
- *ბ) არაერთგვაროვნად დაქვეითებულია;
- გ) ერთგვაროვნად მომაგებულია;
- დ) ერთგვაროვნად დაქვეითებულია.

901. ფარისებრი ჯირკვლის გარეთა კაფულას ქმნის წინიდან:

- ა) კანი;
- ბ) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი;
- *გ) ყელის ფასციები;
- დ) კუნთი.

902. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას პაციენტი იმყოფება:

- *ა) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ბურგზე უკან გადაწეული თავით;
- ბ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში;
- გ) ვერტიკალურ მდგომარეობაში;
- დ) თავი გვერდით აქვს გადაწეული, გამოსაკვლევი მხარის მოპირდაპირედ.

903. აღენომის ირგვლივ 1-2 მმ-იანი დაბალი ექოგენობის გარსი ("ქობა") წარმოადგენს ანარეკლს:

- ა) შემჭიდროებული ფოლიკულების;
- ბ) შემჭიდროებული სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების;
- *გ) კვანძის კარგად ფორმირებული კაფსულის, შემჭიდროებული ფოლიკულების, შემჭიდროებული სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების.

904. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევის ნაკლია:

- ა) მეთოდის სიძვირე;
- *ბ) დამიანებული ადგილის ქსოვილოვანი დიფერენციაციის შეუძლებლობა;

- გ) შესრულების სირთულე;
- დ) ინვაზიურობა.

905. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ზედა შიგნითა კვადრანტში ლოკალიზაციისას ყველაზე ადრე ბიანდება ლიმფური კვანძი:

- ა) მოპირდაპირე მხარეს ილიისქვეშა;
- *ბ) წინა შუასაყარის;
- გ) იმავე მხარეს წინა ილიისქვეშა;
- დ) იმავე მხარეს წინა და ცენტრალური ილიისქვეშა.

906. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ზედა გარეთა კვადრანტში ლოკალიზაციისას ყველაზე ადრე ბიანდება ლიმფური კვანძი:

- ა) წინა შუასაყარის;
- ბ) წინა ილიისქვეშა;
- გ) ცენტრალური ილიისქვეშა;
- *დ) წინა და ცენტრალური ილიისქვეშა;
- ე) მოპირდაპირე მხარეს.

907. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციური პროცესები იწყება:

- *ა) პირველი ორსულობის დამთავრების შემდეგ;
- ბ) 35-40 წლის ასაკში;
- გ) 40-45 წლის ასაკში;
- დ) 45-50 წლის ასაკში;
- ე) 50 წლის შემდეგ.

908. ლიმფური მასტიტის ექოგრაფიული ნიშანია:

- ა) კანის გასქელება;
- ბ) პრემამური ცხიმოვანი ქსოვილისა და ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის მომატება სტრუქტურების ლიმფენციაციის წაშლით;
- გ) რძის სადინარების ჯიბისებური დილატაცია;
- დ) ყველა პასუხი მცდარია;
- *ე) სწორია ყველა

909. სარძევე ჯირკვლის ფორმირებადი აბსცესისათვის დამახასიათებელია: 1) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური სტრუქტურის უბანი; 2) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის ფრაგმენტული მომატება, გადიდებული სარძევე სადინარების არსებობა; 3) არაერთგვაროვანი აგებულების კისტოზური წარმონაქმნი, არასწორი, ზოგჯერ გასქელებული კელლებით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

910. სარძევე ჯირკვლის ჩამოყალიბებული აბსცესისათვის დამახასიათებელია:

- ა) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური სტრუქტურის უბანი;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის მომატება, სადინარების გაგანიერება;
- *გ) არაერთგვაროვანი აგებულების კისტოზური წარმონაქმნი, არასწორი, ზოგჯერ გასქელებული კელლებით;

911. სარძევე ჯირკვლის კისტის დისტალური ფსევდოგადღიერება არ აღინიშნება:

- ა) მცირე ზომის კისტების დროს;
- ბ) მკერდის კუნთთან განლაგებული კისტის შემთხვევაში;
- გ) მაღალი ექოგენობის სტრუქტურების ფონზე განლაგებული კისტის უკან;
- დ) კისტის კაფსულის გამოხატული ფიბროზის შემთხვევაში;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

912. კისტას აქვს აგვიური შენება:

- ა) ხანგრძლივად არსებობის შემთხვევაში;
- ბ) მორეციდივეს;
- გ) კალციუმის შემცველ კისტას;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

913. სადინარშილა პაპილომის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) სადინარის იმოლირებული გაფართოება;
- ბ) სხვადასხვა ექოგენობის, მომრგვალო ფორმის სოლიდური წარმონაქმნი;
- *გ) სწორია ორივე

914. სარძევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია:

- ა) ზელა-შიგნითა კვალრანგში;
- ბ) ქველა შიგნითა კვალრანგში;
- გ) ქველა გარეთა კვალრანგში;
- *დ) ზელა გარეთა კვალრანგში;
- ე) არეოლის უკან.

915. სარძევე ჯირკვლის 6 სმ-ზე მეტი ზომის ფიბროაღენომას ახასიათებს:

- ა) მარჯნისებური პეგრიფიკაციის არსებობა;
- ბ) გამოხატული არათანაბარი აკუსტიკური ჩრდილის არსებობა;
- გ) წარმონაქმნის არსებობა სხვადასხვა ექოგენობით;
- *დ) სწორია ყველა პასუხი

916. ჰიპოექოგენური წარმონაქმნის უკან აკუსტიკური ჩრდილის არსებობისას უნდა ვივარაუდოთ: 1) ფიბროაღენომა; 2) კისტა; 3) ავთვისებიანი სიმსივნე;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1;2
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

917. რა არ წარმოადგენს დისფუნქციური სარძევე ჯირკვლის დამახასიათებელ ნიშანს

- ა) მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურების სახით
- *ბ) მენსტრუაციული ციკლის მეორე ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურების სახით
- გ) მენსტრუალური ციკლის პირველ და მეორე ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურების სახით

918. სარძევე ჯირკვლის ფიბროაღენომა შეიძლება იყოს:

- ა) ერთეული
- ბ) მრავლობითი
- *გ) ორივე პასუხი სწორია

919. მცირე ზომის ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევისთვის უმჯობესია:

- ა) 5,0 მგჰ-იანი გაღამწოლი
- *ბ) 10,0 მგჰ-იანი გაღამწოლი
- გ) 7,5 მგჰ-იანი გაღამწოლი

920. სითხის შემცველი ჩანართები შეიძლება იყოს ნიშანი:

- *ა) დიფუზური ჩიყვის კისტოზური დეგენერაციის ან აღენომაში სისხლჩაქცევის
- ბ) თირეოიდიტის გამოვლენის
- გ) ყველა პასუხი სწორია

921. ავთვისებიანი აღენოპათიის ექოსკოპიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ლიმფური კვანძის ზომების მომაგება
- *ბ) სფერული ფორმა, ლიმფური კვანძის შემადგენელი ნაწილების დიფერენციაციის არარსებობა, ლიმფური კვანძის ექოგენობის ზოგადი დაქვეითება
- გ) ლიმფური კვანძის შემადგენელი ნაწილების თანაფარდობის შეცვლა
- დ) ლიმფური კვანძის ექოგენობის ზოგადი მომაგება

922. პირველი და მეორე რიგის გალაქტოფორიების ღიაშტრია:

- *ა) არაუმეტეს 2,0 მმ-ისა
- ბ) 2,0-3,0 მმ
- გ) 3,0-4,0 მმ
- დ) 4,0 მმ-ზე მეტი
- ე) არა აქვს მნიშვნელობა

923. სარძევე ჯირკვალში რეგულაციური პროცესები იწყება:

- *ა) პირველი ორსულობის შემდეგ
- ბ) პრედმენოპაუზურ პერიოდში
- გ) მენოპაუზაში
- დ) პოსტმენოპაუზურ პერიოდში

924. 2 სმ-ზე მეტი ზომის ფიბროაღენომას ულტრაბგერითი გამოკვლევით ახასიათებს:

ა) სწორი მრგვალი ფორმა, შიდა სტრუქტურა ერთგვაროვანია, ჰიპოქოგენური, კაფსულა ყოველთვის არ ისახება.

*ბ) არასწორი მომრგვალო ფორმა, შიდა სტრუქტურა ხშირად არაერთგვაროვანია, ჰიპოქოგენური, როგორც წესი მკაფიოდ ისახება კაფსულა

925. კეთილთვისებიან სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს:

*ა) სწორი, კარგად დიფერენცირებული წინა კელელი

ბ) არასწორი, წაშლილი კელელი

გ) წინა კელელის ვიზუალიზაცია არ თამაშობს გადამწყვეტ როლს

926. ავთვისებიანი პროცესისათვის დამახასიათებელია:

ა) რეგიონალურ ზონებში აღენოპათია

ბ) ერთ-ერთ რეგიონალურ ზონაში აღენოპათია

გ) აღენოპათიას არ ენიჭება კლინიკური მნიშვნელობა

*დ) სწორია ყველა

ე) სწორია 1 და 2

928. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებური ჯირკვლის ფორმა დამახასიათებელია:

ა) ლიმფური ჩიყვისთვის

ბ) მრავალკვანძოვანი ჩიყვისთვის

*გ) თირეოდიტისთვის

930. ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ, რა დროში შეიძლება გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს რეციდივისა და პოსტოპერაციულ ცვლილებებს შორის:

ა) 2 კვირის შემდეგ

*ბ) 4 კვირის შემდეგ

გ) არა უადრეს 3 თვისა

931. ორგანიზმში რომელი ცვლილებების დროსაა ფარისებური ჯირკვალის რეაქტიულად შეცვლილი: 1) აღენოვირუსული ინფექციის ფონზე; 2) ორსულობის ფონზე; 3) მწვავე სისხლის დაკარგვის ფონზე; 4) იმუნოსტიმულაციის დროს

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) სწორია ყველა ჩამონათვალი

932. კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე დაღებითი ეფექტის ექოსკოპიურ კრიტერიუმად ითვლება: 1) ლიმფური კვანძების ზომებში შემცირება; 2) ფორმის გაბრტყელება; 3) ფორმის დამრგვალება; 4) ლიმფური კვანძების შემადგენელი ნაწილების დიფერენციაციის შესაძლებლობა; 5) ლიმფური კვანძების ექოგენობის დაქვეითება; 6) მაღალი და საშუალო ინტენსივობის ანარეკვლების მომაკვება

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 5

*ვ) 6

ზ) 1;2;4;6

თ) 1;3;5

933. ზომის განსაკუთრებული ნორმა დადგენილი: 1) საუბლე დიგასტრული ლიმფური კვანძი; 2. მკურლუკანა ლიმფური კვანძისათვის; 3) რეტროპერიტონეალური ლიმფური კვანძისათვის; 4) მენჯისლიმფური კვანძისათვის; 5) ილიის ქვეშა და საზარდულის ლიმფური კვანძისათვის

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 5

ვ) სწორია ყველა

*ზ) სწორია 1,2 და 3

თ) სწორია 1,4 და 5

934. სხვადასხვა ჯგუფის ლიმფური კვანძების ექოსკოპიური გამოსახულების თავისებურებები დაკავშირებულია: 1) მათი განლაგების სიღრმეზე; 2) ზომამზე; 3) განლაგების თავისებურებებზე; 4) პაციენტის ასაკზე;

ა) 1

ბ) 2

- გ) 3
- დ) 4
- ე) ყველა სწორია
- ვ) არ არის სწორი 2 და 4
- *ზ) არ არის სწორი 4

935. საშუალო კლასის აპარატურაზე 5,0 მგჰ-იანი გადაშვლით, ნორმალური ლიმფური კვანძების გამოვლენა:

- ა) შესაძლებელია ხანდახან
- ბ) შეუძლებელია
- *გ) შესაძლებელია ზედაპირული ლიმფური კვანძების შეფასება

936. სარბევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს რომელი სისხლძარღვოვანი სურათი გათხველბა ყველაზე მეტად:

- ა) პერიფერიული
- *ბ) ცენტრალური
- გ) შერეული

937. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს რომელი სისხლძარღვოვანი სურათი გვხვდება ყველაზე მეტად:

- ა) პერიფერიული
- *ბ) ცენტრალური
- გ) შერეული

938. ფარისებრი ჯირკვლის რომელ პროცესს შეიძლება ახასიათებდეს სისხლის მიმოქცევის კვანძშიდა ტიპი:

- ა) კიბოს
- ბ) გოქსიურ აღენომას
- *გ) პარაფარისებური ჯირკვლის აღენომას
- დ) სწორია ყველა

939. მწვავე სტრუმიტიისა და თირეოდიტიისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ფარისებური ჯირკვლის ზომების გადიდება
- ბ) ფარისებური ჯირკვლის ზომების შემცირება
- გ) ფარისებური ჯირკვლის ზომები უცვლელია
- *დ) ფარისებური ჯირკვლის ზომების ცვლილებას არ აქვს მნიშვნელობა.

940. მთავარი რძის სადინრების ღიატეტრია:

- *ა) 3 მმ-მდე
- ბ) 3-4 მმ
- გ) 4-5 მმ
- დ) 4 მმ-ზე მეტი
- ე) არა აქვს მნიშვნელობა

941. სარბევე სადინრების დილატაცია მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში გვხვდება:

- ა) დისფუნქციურ სარბევე ჯირკვალში
- ბ) მასტალგიის დროს
- გ) მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებებისას
- *დ) ყველა მითითებული მდგომარეობისას
- ე) ველა ჩამოთვლილი არ შეესაბამება ჭეშმარიტებას

სისხლძარღვოვანი სისტემის ლოპლეროგრაფია

942. ნორმის პირობებში ლოპლეროგრაფიის დროს სისხლძარღვში რეგისტრირდება შემდეგი სახის ნაკადი:

- *ა) ლამინარული;
- ბ) ტურბულენტური.

943. ტურბულენტური ნაკადი ხასიათდება:

- *ა) ქოტურად შეცვლილი სიჩქარეების მქონე სხვადასხვა სიფართის ჭაულებების დიდი რაოდენობით;
- ბ) სითხის შრეების პარალელური გადაადგილებით მათი შერევის გარეშე.

944. ტურბულენტური ნაკადი წარმოიქმნება სისხლძარღვში:

- ა) ნორმალური სანათურით;
- ბ) 60%-ზე ნაკლებად შევიწროებული სანათურით;
- *გ) 60%-ზე მეტად შევიწროებული სანათურით.

945. იმპულსური ლოპლერის რეჟიმში გადაშვლი გამოასხივებს:

- *ა) მოკლე ხანგრძლივობის სინუსოიდურ იმპულსებს;

ბ) ულტრაბგერითი ტალღა გამოსხივლება უწყვეტად.

946. ღობლერის რეჟიმის საფუძველს წარმოადგენს:

*ა) გამოსხივებულ ულტრაბგერასა და მიღებულ ექოსიგნალებს შორის სიხშირეთა სხვაობის ანალიზს;

ბ) ექოსიგნალების ამპლიტუდისა და ინტენსიურობის ანალიზს.

947. შუნტები - არტერიულ-ვენური ანასტომოზები უზრუნველყოფს სისხლის შუნტირებას არტერიებიდან ვენებში:

*ა) კაპილარების გვერდის ავლით;

ბ) კაპილარების გავლით.

948. მიმოცვლის სისხლძარღვებს წარმოადგენს:

*ა) კაპილარები;

ბ) ვენები;

გ) არტერიები.

949. მოცულობით სისხლძარღვებს წარმოადგენს:

ა) მაგისტრალური არტერიები;

*ბ) ვენები;

გ) წინაღობის სისხლძარღვები.

950. ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე არის:

*ა) სისხლის ის რაოდენობა, რომელიც გაედინება სისხლძარღვის განივი კვეთში დროის გარკვეულ მონაკვეთში, ლ/წთ ან მლ/წმ;

ბ) სისხლის კონკრეტული ნაწილაკებისა და მათ მიერ გადატანილი ნივთიერებების მოძრაობის სიჩქარე.

951. ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარე არის:

*ა) ნაკადის ნაწილაკების გადაადგილება დროის ერთეულში - მ/წმ, გამოძილი კონკრეტულ წერტილში;

ბ) სისხლის მასა კგ/წთ-ში ან გ/წმ-ში.

952. ნორმაში ღვიძლის საერთო არტერიაში აღინიშნება ნაკადის პერიფერიული წინაღობა:

ა) მაღალი;

*ბ) დაბალი.

953. შიგნითა საძილე არტერიის პირველი ტოკი არის:

ა) წინა შემაერთებელი არტერია;

*ბ) თვალბუდის არტერია;

გ) საფეთქლის შეღაპირული არტერია.

954. ნაკადის ულტრაბგერითი ლოკაციისთვის მისაწვდომია: 1) საფეთქლის შეღაპირული არტერია; 2) ზედაყბის არტერია; 3) სახის არტერია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

955. მარჯვენა და მარცხენა ვერტებრული არტერია ნორმაში ქმნიან:

*ა) ბაზალურ არტერიას;

ბ) ტვინის უკანა არტერიებს;

გ) ნათხემის ზედა არტერიას.

956. ნორმაში ვერტებრული არტერია გამოდის:

*ა) ლაფიწქეშა არტერიიდან;

ბ) მხარ-თავის ღეროდან;

გ) აორტის რკალიდან.

957. ნორმაში შიგნითა საძილე არტერია კვებავს:

*ა) თავის ტვინს;

ბ) სახისა და კისრის კანს.

958. ნორმაში ქვედა კიდურების სისხლის მიმოქცევაში მონაწილეობს:

*ა) თეძოს გარეთა არტერია;

ბ) თეძოს შიგნითა არტერია.

959. მუხლქეშა არტერია წარმოადგენს შემდეგი არტერიის გაგრძელებას:

ა) ბარძაყის ღრმა არტერია;

*ბ) ბარძაყის არტერია.

960. ღილი საჩინო ვენა ერთვის:

- *ა) ბარძაყის ვენას;
- ბ) მუხლქვეშა ვენას.

961. ქველა კილურის ზედაპირული ვენების სისტემას მიეკუთვნება: 1) მცირე საჩინო ვენა; 2) წვივის უკანა ვენები; 3) ღილი საჩინო ვენა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;3

962. ათეროსკლეროზი უფრო ხშირად ამიანებს:

- ა) გარეთა საძილე არტერიას;
- ბ) საერთო საძილე არტერიას;
- *გ) შიგნითა საძილე არტერიას.

963. ქველა კილურების ღრმა ვენების სისტემაში შედის:

- ა) წვივის უკანა ვენები;
- ბ) მუხლქვეშა ვენა;
- გ) ბარძაყის ვენა;
- *დ) სწორია ყველა პასუხი

964. ნორმაში ტრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს საფეთქლის "ფანჯრიდან" ლოკაციისას შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) გადამწოდისაკენ;
- ბ) გადამწოლიდან.

965. ნორმაში ტრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს წინა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- ა) გადამწოდისაკენ;
- *ბ) გადამწოლიდან.

966. ნორმაში ტრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს უკანა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) გადამწოდისაკენ;
- ბ) გადამწოლიდან.

967. არტერიის სტენოზის ჰემოდინამიკური მნიშვნელობა განისაზღვრება:

- *ა) დისტალური პერფუზიული წნევის სიდიდით;
- ბ) კოლატერალების განვითარების ხარისხით;
- გ) სტენოზის ხარისხით;
- დ) გულის წუთმოცულობით.

968. ნორმის პირობებში მარჯვენა თირკმლის არტერიის გამოსავალი მდებარეობს:

- *ა) მარცხენა თირკმლის არტერიის გამოსავლის ქვემოთ;
- ბ) მარცხენა თირკმლის არტერიის გამოსავლის ზემოთ.

969. ანგიოდისპლაზიის (მაკროფისტულური ფორმა) დროს ნაკადის დიასტოლური სიჩქარე:

- ა) რჩება ნორმის ფარგლებში;
- *ბ) იზრდება;
- გ) მცირდება.

970. ღიაშტრის მიხედვით 50%-ზე მეტი სტენოზის უბანში აღინიშნება:

- *ა) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მაგება;
- ბ) ხაზოვანი სიჩქარის შემცირება;
- გ) ხაზოვანი სიჩქარე არ იცვლება.

971. ნორმაში სუპრაორბიტალურ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) ანტეგრადული;
- ბ) რეტროგრადული.

972. ნორმაში ლავიწქვეშა არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- *ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;

გ) კოლაგერალური.

973. ვენური უკუდინების სიდილეზე გავლენას ახდენს:

- ა) ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე;
- ბ) სისხლის სიბლანტე;
- *გ) სუნთქვითი ტუმბოს მოქმედება.

974. სრული ლაფიწქვეშა გაქურდვის ფენომენი ვითარდება შემდეგი პათოლოგიის დროს:

- *ა) ლაფიწქვეშა არტერიის პროქსიმალური სეგმენტის ოკლუზია;
- ბ) ლაფიწქვეშა არტერიის დისტალური სეგმენტის ოკლუზია.

975. ლაფიწქვეშა გაქურდვის გარდამავალი სინდრომი ვითარდება შემდეგ შემთხვევაში:

- ა) ლაფიწქვეშა არტერიის ოკლუზია;
- *ბ) ლაფიწქვეშა არტერიის 60%-ზე მეტი სტენოზი;
- გ) ლაფიწქვეშა არტერიის 60%-ზე ნაკლები სტენოზი.

976. სრული ლაფიწქვეშა გაქურდვის სინდრომის დროს იფსილაგერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- ა) ანტეგრადული;
- *ბ) რეტროგრადული.

977. სრული ლაფიწქვეშა გაქურდვის სინდრომის დროს ნაკადის ტიპი ლაფიწქვეშა არტერიაში არის:

- ა) მაგისტრალური;
- *ბ) კოლაგერალური.

978. ნორმაში პერიფერიული ვენების კელეები:

- ა) პულსირებს;
- *ბ) არ პულსირებს.

979. შიგნითა საძილე არტერიის ოკლუზიის დროს სუპრატროქლეარულ არტერიაში რეტროგრადული ნაკადი მომდინარეობს:

- *ა) გარეთა საძილე არტერიიდან;
- ბ) შიგნითა საძილე არტერიიდან;
- გ) ვერტებრობაზალური აუზიდან.

980. ექსტრაკრანული მაგისტრალური არტერიების ულტრაბგერითი ლოპლერგრაფია ახდენს შიგნითა საძილე არტერიის შემდეგი ტიპის სტენოზის დიაგნოსტიკას:

- ა) ჰემოდინამიკურად უმნიშვნელო;
- *ბ) ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი.

981. ლაფიწქვეშა არტერიის დისტალური სეგმენტის ოკლუზიის დროს ნაკადის მიმართულება ჰომოლაგერალურ ხერხემლის არტერიაში არის:

- *ა) ანტეგრადული;
- ბ) რეტროგრადული.

982. ნორმაში ქვედა კიდურების არტერიებში ნაკადს ახასიათებს:

- *ა) მაღალი პერიფერიული წინაღობა;
- ბ) დაბალი პერიფერიული წინაღობა.

983. ნორმაში ქვედა კიდურების არტერიებში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- *ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

984. წვივის არტერიის იმოლირებული ოკლუზიის პირობებში ნაკადი ბარძაყის საერთო არტერიაში არის:

- *ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

985. ნორმაში გოჯ-მხრის ინდექსი არის:

- *ა) 1,0 და მეტი;
- ბ) 1,0-ზე ნაკლები.

986. აორტა-ბარძაყის სეგმენტში არტერიის ოკლუზიის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;

*გ) კოლაგერალური.

987. აორტა-ბარძაყის სეგმენტის არტერიის ჰემოლინაში კურალ მნიშვნელოვანი სტენოზის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკალი:

- ა) მაგისტრალური;
- *ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

988. აორტა-ბარძაყის სეგმენტის კრიტიკული სტენოზის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკალი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- *გ) კოლაგერალური.

989. ბარძაყის არტერიის იმოლირებული ოკლუზიის დროს მუხლქვეშა არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკალი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- *გ) კოლაგერალური.

991. ნაკალის კოლაგერალური ტიპი ხასიათდება:

- ა) ნაკალის სისტოლური პიკის გაფართოებითა და გახლეჩით, დიასტოლაში რევერსიული ნაკალის გაქრობით;
- *ბ) სისტოლური პიკის დადაბლებითა და მომრგვალებით, ნაკალის აჩქარებისა და შენელების გახანგრძლივებით.

992. ნორმაში პულსაციის ინდექსი ბარძაყის საერთო არტერიაში:

- *ა) მეტია 4,0-ზე;
- ბ) ნაკლებია 3,0-ზე.

993. ნორმაში დოპლერის სპექტრის მრუდი მსხვილ პერიფერიულ ვენებში არის:

- ა) მონოფაზური;
- *ბ) პოლიფაზური.

994. რომელი მაჩვენებელი ასახავს ნაკალის ტურბულენციის ხარისხს?

- ა) პერიფერიული წინალობის ინდექსი;
- *ბ) სპექტრული გაფართოების ინდექსი;
- გ) სისტოლო-დიასტოლური კოეფიციენტი.

995. სისხლძარღვოვანი სისტემების კვლევაში ულტრაბგერითი მეთოდის რეფერენტულია:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია;
- *გ) ანგიოგრაფია;
- დ) რენტგენოგრაფია.

996. სტენოზის რაოდენობრივ მაჩვენებელს წარმოადგენს:

- ა) სტენოზის განვრცობა;
- *ბ) სტენოზის ხარისხი.

997. პუპარტის იოგის დონეზე ბარძაყის ვენაში ნაკალი ისაზღვრება:

- *ა) ბარძაყის არტერიის მედიალურად;
- ბ) ბარძაყის არტერიის ლაგერალურად.

998. ნორმაში ქვედა კიდურების ვენებში ნაკალი სინქრონიზებულია:

- ა) გულისცემასთან;
- *ბ) სუნთქვასთან.

999. ნორმაში კიდურის დისტალური კომპრესია იწვევს ვენის სანათურში:

- *ა) ნაკალის მაგებას (გამრდას);
- ბ) ნაკალის შემცირებას (დაქვეითებას).

1000. ვენის სარქველოვანი აპარატის უკმარისობის დროს რეგისტრირდება:

- *ა) დინება სისხლის რეტროგრადული მიმართულებით;
- ბ) დინება სისხლის ანტეგრადული მიმართულებით.

1001. ნორმაში ვენური ნაკალი არის:

- *ა) ფაზური, სინქრონული სუნთქვასთან;
- ბ) მონოფაზური, სინქრონული გულისცემასთან.

გ)

1002. მათკლუმირებელი თრომბის უბანში ნაკადის სიგნალი

*ა) არ რეგისტრირდება

ბ) რეგისტრირდება

1003. ვილიზიის წრის არტერიების გრანსკრანიული ლოპლერგრაფია წარმოებს შემდეგი სისშირის გადამწოდით:

*ა) 2 მგჰ;

ბ) 4 მგჰ;

გ) 8 მგჰ.

1004. ნორმაში გადამწოდით ვენის კომპრესიის დროს:

ა) სისხლძარღვის სანათური არ იცვლება;

*ბ) კედლები იხუტება და სანათური ქრება.

1005. ვენის მათკლუმირებელი თრომბოზის დროს გადამწოდით მისი კომპრესიისას:

*ა) კედლები არ იხუტება, სანათური არ ქრება;

ბ) კედლები იხუტება, სანათური ქრება.

1006. ინგიმა-მელიალური შრის ცვლილების თვისებრივ მახასიათებელს წარმოადგენს: 1) ინგიმა-მელიალური შრის ექოსტრუქტურის შეცვლა; 2) ინგიმა-მელიის კომპლექსის სისქე; 3) ინგიმა-მელიის კომპლექსის ზედაპირის ფორმა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

1007. დიდი სახინო ვენის სარქველოვანი აპარატის იმოლირებული ნაკლოვანება მიგვითითებს:

*ა) ვარიკოზულ დაზიანებაზე;

ბ) ღრმა ვენების თრომბოზზე.

1008. საერთო საძილე არტერიის ინგიმა-მელიალური შრის სისქე ნორმაში შეადგენს:

*ა) 1 მმ-მდე;

ბ) 1,5 მმ-მდე;

გ) 2,0 მმ-მდე.

1009. ულტრაბგერითი კრიტერიუმების მიხედვით ჰეტეროგენული ათეროსკლეროზული ფოლაქი არის: 1) ფოლაქი სისხლჩაქცევით; 2) ფოლაქი დაწყულულებით; 3) რბილი ფოლაქი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;2

1010. კალცინირებული ათეროსკლეროზული ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

ა) გარეთა საძილე არტერიაში;

ბ) ხერხემლის არტერიაში;

*გ) თეძოსა და ბარძაყის არტერიაში.

1011. ჰეტეროგენული ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

ა) ბარძაყის არტერიაში;

*ბ) შიგნითა საძილე არტერიაში.

1012. ფაშვის ღეროში ნორმაში აღინიშნება შემდეგი პერიფერიული წინალობის ნაკადი:

ა) მაღალი;

*ბ) დაბალი.

1013. ჯორჯლის ზემო არტერიაში ნორმაში აღინიშნება შემდეგი პერიფერიული წინალობის ნაკადი:

*ა) მაღალი;

ბ) დაბალი.

1014. მუცლის აორტაში ნორმაში აღინიშნება ნაკადის შემდეგი ტიპი:

*ა) მაგისტრალური;

ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;

გ) კოლატერალური.

1015. ნორმაში თირკმლის არტერიაში პერიფერიული წინაღობის ინდექსის მნიშვნელობა:

- *ა) ნაკლებია 0,7-ზე;
- ბ) 0,7-1,0;
- გ) მეტია 1,0-ზე.

1016. მუცლის აორტის ანევრიზმის დროს აორტის დიამეტრი შეადგენს:

- ა) 20-30 მმ-ს;
- *ბ) მეტია 30 მმ-ზე.

1017. თირკმლის არტერიის ათეროსკლეროზული დაზიანებისას ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

- *ა) გამოსავალსა და არტერიის I სეგმენტში;
- ბ) დისტალურ სეგმენტში.

1018. თირკმლის არტერიის ოკლუზიის დროს:

- *ა) თირკმლის არტერიაში ულტრაბგერითი სიგნალი არ ვლინდება, რეგისტრირდება კოლაგერალური ნაკადი;
- ბ) პიკ-სისტოლური სინქარების ფარლობა ნაკლებია 3,5-ზე ნაკადის სინქარის ლოკალური ზრდის გარეშე;
- გ) პიკ-სისტოლური სინქარების ფარლობა მეტია 3,5-ზე ნაკადის სინქარის ლოკალურ მაგებასთან ერთად.

1019. შიგნითა საძილე არტერიის ოკლუზიის ან სუბტოტალური სტენოზის დროს ნაკადი ჰომოლაგერალურ შუა ცერებრალურ არტერიაში არის:

- *ა) კოლაგერალური ტიპის;
- ბ) მაგისტრალური ტიპის.

1020. ულტრაბგერითი კრიტერიუმებით ჰომოგენური ფოლაქი არის:

- ა) ფოლაქი სისხლჩაქცევით;
- ბ) ფოლაქი დაწყლულებით;
- *გ) რბილი ფოლაქი.

1021. ბაზალური არტერიის ოკლუზიისას აღინიშნება:

- ა) ნაკადის დაქვეითება და პერიფერიული წინაღობის მაგება ერთ ვერტებრულ არტერიაში (ცალმხრივად);
- *ბ) ნაკადის დაქვეითება და პერიფერიული წინაღობის მაგება ვერტებრულ არტერიებში ორმხრივ;
- გ) ნაკადის დაქვეითება საერთო საძილე არტერიაში.

1022. ხერხემლის არტერიის ჰიპოპლაზიისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 3 მმ-მდე და ნაკლებად;
- *ბ) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 2 მმ-მდე და ნაკლებად;
- გ) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 2,5 მმ-მდე და ნაკლებად.

1023. თავის გვიხის არტერიულ-ვენური მალფორმაციის დროს მალფორმაციის მკვებავ არტერიაში პერიფერიული წინაღობა:

- ა) არ იცვლება;
- ბ) იზრდება;
- *გ) მცირდება.

1024. უკანა შემაერთებელი არტერიის ფუნქციონირების შემთხვევაში ჰომოლაგერალური საერთო საძილე არტერიის კომპრესია იწვევს:

- *ა) ჰომოლაგერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის მომაგებას;
- ბ) ჰომოლაგერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის დაქვეითებას;
- გ) ჰომოლაგერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადი არ იცვლება.

1025. ქვედა კიდურების ღრმა ვენების პოსტრომბოფლებიგური დაავადების ულტრაბგერით კრიტერიუმებს წარმოადგენს: 1) ქვედა კიდურის ზედაპირული ვენების გაფართოება; 2) ქვედა კიდურის ღრმა და ზედაპირული ვენების სარქველოვანი აპარატის უკმარისობა; 3) დისტალური კომპრესიის დადებითი სინჯი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

1026. ქვედა კიდურების ღრმა ვენების სრული თრომბოზის ნიშანს წარმოადგენს: 1) გადამწოდით ვენის სანათურის სრული კომპრესიის შეუძლებლობა; 2) დისტალური კომპრესიის უარყოფითი ცდა; 3) ვალსალეას დადებითი სინჯი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

1027. ქველა კილურების ვენური განგრენა ვითარდება შედეგად:

- ა) ქველა კილურების ღრმა ვენების თრომბოზის;
- ბ) ქველა კილურების ზედაპირული ვენების თრომბოზის;
- *გ) ქველა კილურების ღრმა და ზედაპირული ვენების თანმხველრი თრომბოზის.

1028. არტერიის მნიშვნელოვანი (>70%) ხარისხის სტენოზის დროს ხშირად გვხვდება:

- ა) ჰომოგენური სტრუქტურის ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- *ბ) არაჰომოგენური სტრუქტურის ათეროსკლეროზული ფოლაქები.

1029. არტერიის მცირე (<50%) ხარისხის სტენოზის დროს ხშირად გვხვდება:

- *ა) ჰომოგენური ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- ბ) არაჰომოგენური ათეროსკლეროზული ფოლაქები.

1030. არასპეციფიკური აორტა-არტერიიტის დროს გვხვდება:

- ა) ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- *ბ) ინგიმა-მელიალური შრის დიფუზური გასქელება და გამკვრივება;
- გ) ცვლილებები არ აღინიშნება.

1031. ფერადი დოპლერის რეჟიმში ნაკადი ხერხემლის არტერიაში არ ვლინდება:

- *ა) ხერხემლის არტერიის გამოსავლის ოკლუზიის დროს;
- ბ) ლაიფქვემა არტერიის გამოსავლის ოკლუზიის დროს;
- გ) მხარ-თავის ღეროს ოკლუზიის დროს.

1032. ბარძაყის ზედაპირული არტერიის ოკლუზიის დროს კოლაგერალური კომპენსაცია ხდება შემდეგი არტერიების ხარჯზე: 1) ბარძაყის ღრმა არტერია; 2) თირკმლის არტერია; 3) თეძოს ღრმა არტერიები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;3

1033. ვილიზის წრის შენების ვარიანტებს განეკუთვნება: 1) შიგნითა საძილე არტერიის წინა ტრიფურკაცია; 2) შიგნითა საძილე არტერიის უკანა ტრიფურკაცია; 3) ხერხემლის არტერიის გამოსავლის მიახლოება ფარისებრ-ყელის ღეროსთან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

1034. ვენური ნაკადის არტერიალიზაცია წარმოადგენს ნიშანს:

- ა) არტერიული ანევრიზმის;
- ბ) ვენური ანევრიზმის;
- *გ) არტერიულ-ვენური შუნტირების.

1035. ხერხემლის არტერიის თავის ქალაში შესვლის დონეზე ოკლუზიისას ვლინდება:

- *ა) ოკლუზიის პროქსიმალურად ხერხემლის არტერიაში ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის დაქვეითება და პერიფერიული წინალობის მაგება;
- ბ) ოკლუზიის პროქსიმალურად ხერხემლის არტერიაში ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მომაგება და პერიფერიული წინალობის დაქვეითება;
- გ) ოკლუზიის პროქსიმალურად ნაკადი არ იცვლება.

1036. არტერიის დეფორმაცია უხშირესად ლოკალიზდება: 1) არტერიის გამოსავალში; 2) არტერიის გასწვრივ; 3) ბიფურკაციის უბანში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;3

1037. შეუცვლელი აორტის ექოგრაფიული სურათი განივ ტრიაში არის:

- *ა) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური მთლიანად ერთგვაროვანი, დამაგებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია გულისცემასთან;
- ბ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური მთლიანად ერთგვაროვანი, დამაგებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია სუნთქვასთან;
- გ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური ბოშიერად არაერთგვაროვანი, დამაგებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია გულისცემასთან;
- დ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათურში ვიზუალიზდება დამაგებითი ჩანართები, პულსაცია სინქრონულია

გულისცემასთან.

1038. შუკლის აორტის ანევრიზმმაზე მიგვითითებს ღიაშეფარის ბრღა მეგაღ, ვიღრე:

- ა) 1,5 სმ;
- ბ) 2,0 სმ;
- გ) 2,5 სმ;
- *ღ) 3,0 სმ.

1039. ანევრიზმული გაფართოების პულსაცია გამოხატულია:

- ა) მეგაღ, ვიღრე შეუცვლელ აორტაში;
- *ბ) ნაკლებად, ვიღრე შეუცვლელ აორტაში;
- გ) არ განსხვავდება;
- ღ) პულსაცია არ აღინიშნება.

1040. ბაზალური არტერიის ვიზუალიზაცია ხდება:

- ა) ტრანსორბიტალური ფანჯრიღან;
- *ბ) სუბოქციპიტალური ფანჯრიღან;
- გ) ტრანსტემპორალური ფანჯრიღან;
- ღ) სუბმანტიბულიური ფანჯრიღან.

1041. . ცერებრული ვაზოსპაზმისთვის დამახასიათებელია:

- *ა) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მკვეთრი მატება;
- ბ) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მკვეთრი კლება;
- გ) რევერსიული ნაკადი;
- ღ) შუნტის ტიპის ნაკადი.

1042. ნაკადის მაღალი სიჩქარის ბუსტი განსაზღვრის საშუალებას იძლევა:

- ა) იმპულსური დოპლერის რეჟიმი;
- *ბ) მულტიგაღლოვანი დოპლერი;
- გ) ფერადი დოპლერის რეჟიმი;
- ღ) დუპლექს-სკანირება.

1043. მაღალი პერიფერიული წინაღობის მქონე ორგანოებსა და ქსოვილებს განეკუთვნება:

- ა) ღვიძლი;
- *ბ) კიღურების კუნთები;
- გ) თავის ტვინი;
- ღ) ელენთა.

1044. მარჯვენა ღავიწქვეშა არტერია გამოღის:

- ა) აორტიღან;
- *ბ) მხარ-თავის ღეროღან;
- გ) საერთო საძიღე არტერიიღან;
- ღ) ხერხემლის არტერიიღან.

1045. მარცხენა ღავიწქვეშა არტერია გამოღის:

- *ა) აორტიღან;
- ბ) საერთო საძიღე არტერიიღან;
- გ) ხერხემლის არტერიიღან;
- ღ) მხარ-თავის ღეროღან.

1046. მარჯვენა ხერხემლის არტერია გამოღის:

- ა) აორტიღან;
- ბ) საერთო საძიღე არტერიიღან;
- *გ) ღავიწქვეშა არტერიიღან;
- ღ) მხარ-თავის ღეროღან.

1047. "საფეთქლის ფანჯარა" მღებარეობს:

- *ა) საფეთქლის ძელის ყვეღაზე მეგაღ გათხეღებულ უბანში;
- ბ) საფეთქლის ძელის პირაძიღის არეში;
- გ) ყურის ნიქარის უკან;
- ღ) ყვრიმაღის წინ.

1048. სტენოზის "ჰემოღინაძიკური მნიშვნეღობა" განისაზღვრება:

- *ა) პერფუზიული წნევის დაქვეღიების ღონით;

- ბ) სისხლძარღვის სანათურის დაზიანების ხარისხით;
- გ) კოლაგერალური მიმოქცევის ხარისხით;
- დ) ფოლაქის დაწყლულების ხარისხით.

1049. ხერხემლის არტერიის საწყისი სეგმენტის ოკლუზიას ახასიათებს: 1) ვერტებრული არტერიის გამოსავალში სიგნალის არარსებობა, ნარჩენი ნაკალი სუბკრანიალ სეგმენტში, კუნთოვანი კოლაგერალების ფუნქციონირების ნიშნები; 2) ხერხემლის არტერიის "სიმუნჯე" მთელ სიგრძეზე; 3) ხერხემლის არტერიის მთელ სიგრძეზე გართულებული პერფუზია; 4) ხერხემლის არტერიის აუზში პერიფერიული წინაღობის გაზრდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

1050. ლაიფქვემა გაქურდვის სინდრომის მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ხერხემლის არტერიის I სეგმენტის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- *ბ) ლაიფქვემა არტერიის I სეგმენტის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- გ) ხერხემლისა და ლაიფქვემა არტერიის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- დ) სხვის არტერიის დაზიანება.

1051. თვალბუდის არტერია წარმოადგენს გოტს:

- *ა) შიგნითა საძილე არტერიის;
- ბ) შუა ცერებრული არტერიის;
- გ) გარეთა საძილე არტერიის;
- დ) საფეთქლის ზედაპირული არტერიის.

1052. შიგნითა საძილე არტერია საწყისი სეგმენტში ჩვეულებრივ მდებარეობს:

- *ა) გარეთა საძილე არტერიის ლაგერალურად;
- ბ) გარეთა საძილე არტერიის მედიალურად;
- გ) ქვედა ყბის უკან;
- დ) შიგნითა საულლე ვენის ლაგერალურად.

1053. ნაკალის კვლევა რომენგალის ბაზალურ ვენაში ხდება შემდეგი ფანჯრიდან:

- *ა) საფეთქლის;
- ბ) სუბმანდიბულური;
- გ) სუბოქციპიტალური;
- დ) გრანსორბიტალური.

1054. ელასტიურ რემერეუარში ნაკალის მოცულობითი სიჩქარის სიდიდე დამოკიდებულია:

- *ა) რემერეუარის კედლების ჭიმვალბაზე
- ბ) რემერეუარის კედლის სიქმზე
- გ) გრადიციული პოტენციური ენერჯის მაჩვენებელზე

1055. საერთო საძილე არტერიის ოკლუზიის დროს ჰემოლაგერალურ სუპრაგროქლეარულ არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკალი:

- *ა) ანგეროგრაფული ნაკალი კონტრალაგერალური საძილე არტერიიდან და/ან ვერტებრობაზალური აუზიდან
- ბ) ანგეროგრაფული ნაკალი ჰემოლაგერალური საერთო საძილე არტერიიდან

1056. გოჯ-მხრის ინდექსის მაჩვენებელი 0,3-ის და ქვემოთ დიაპაზონში მიგვითითებს კოლაგერალური მიმოქცევის შემდეგ მდგომარეობაზე

- ა) კომპენსაცია
- ბ) სუბკომპენსაცია
- *გ) დეკომპენსაცია

1057. გოჯ-მხრის ინდექსის 1-ზე ნაკლები მნიშვნელობა მიგვითითებს

- *ა) ქვედა კიდურის არტერიაში მათკლუზირებული პროცესის არსებობაზე
- ბ) ამუსტებს დაზიანების სეგმენტს (აორგა-ბარძაყის, ბარძაყ-მუხლქვეშა, დისტალური)

1058. თირკმლის არტერიის 60%-ზე მეტი სტენოზის დროს, პიკ-სისტემური სიჩქარეების ფარდობა

- ა) ნაკლებია 3,5-ზე ნაკალის სიჩქარის ლაგერალური მაგების გარეშე
- *ბ) მეტია 3,5-ზე ნაკალის სიჩქარის ლოკალურ მაგებასთან ერთად

1059. ლამინალური ნაკალის დროს სიჩქარის პროფილი

- *ა) პარაბოლურია

ბ) უახლოვდება ბრტყელ პარალელურს

1060. შიგნითა საძილე არტერიის მარჯუენი და კლაკნილობის დროს დოპლეროგრაფიული სურათი არ განსხვავდება

- *ა) შიგნითა საძილე არტერიის სტენოზისაგან
- ბ) გარეთა საძილე არტერიის სტენოზისაგან
- გ) საერთო საძილე არტერიის ჰიპოპლაზიისაგან

1061. შიგნითა საძილე არტერიის 80%-იანი სტენოზის დროს, რომელიც ლოკალიზირებულია თვალბუდის არტერიის გამოსავლის დისტალურად, ჰემოაგერალურ თვალბუდის არტერიაში, ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) ანტეგრადული
- ბ) რეტროგრადული

1062. დაღებითი რეაქტიული ჰიპერემიის ტესტის დროს ხერხემალ-ლავიწქეშა გაქურდვის ფენომენის მქონე პაციენტებში ხერხემლის არტერიაში პიკური სისტოლური სიქარე

- *ა) იზრდება
- ბ) მცირდება
- გ) არ იცვლება

1063. კოლაგერალური მიმოქცევის რეზერვები მალე განილევა ოკლუზიის დროს, რომელიც ლოკალიზირებულია

- ა) ქვედა კიდურის არტერიული სისტემის აორტა-ბარძაყის სეგმენტში
- ბ) ქვედა კიდურის არტერიული სისტემის ბარძაყ-მუხლქეშა სეგმენტში
- *გ) წვივის არტერიაში

1064. საერთო საძილე არტერიის ინგიმა-მელიალური რის გამოშვა (გალამწოლი შეღაპირების მიმართ) ხდება

- ა) წინა კელელზე
- *ბ) უკანა კელელზე
- გ) გვერდით კელელზე

1065. ცერებრო-ვასკულარული რეაქტივობის შემოწმებისას ფუნქციური დაგვირთვის სტიმულს წარმოადგენს:

- ა) პირაცეტამინის ინტრავენური შეყვანა
- *ბ) აცეტამოლამიდის ინტრავენური შეყვანა
- გ) ვასილევის ცლა

1066. ჰიპოკაპნიური დაგვირთვის დროს ხდება

- ა) რემისტიული სისხლძარღვების გაფართოება
- *ბ) რემისტიული სისხლძარღვების შევიწროება
- გ) მაგისტრალური სისხლძარღვების ვაზოსპაზმი
- დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების ტონუსის დაქვეითება

1067. ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიის მეშვეობით დინამიური კვლევა გამოიყენება შემდეგი პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში

- *ა) ემბოლია
- ბ) ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი სტენოზი
- გ) ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია

1068. სწორი სინუსშინაკალი განისაზღვრება

- *ა) ტრანსოქციპიტალური ფანჯრიდან
- ბ) ტრანსორბიტალური ფანჯრიდან
- გ) სუბმანდიბულარული ფანჯრიდან
- დ) სუბოქციპიტალური ფანჯრიდან

1069. ორთოსტატიკული დაგვირთვის დროს ხდება

- *ა) შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის დაქვეითება 10%-ზე ნაკლებად
- ბ) შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მაგება, რაც აღემატება 10%-ს
- გ) ნაკადი არ იცვლება
- დ) ნაკადის შემცირება 50%-ით

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა კარდიოლოგიაში

1070. დილატაციური კარდიომიოპათიით დაავადებულ ავადმყოფებში მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის კელის სისქე:

- ა) გადიდება;
- ბ) გადიდება ან ნორმალურია;
- გ) შემცირებულია;
- *დ) შემცირებული ან ნორმალურია

1071. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს მარცხენა პარკუჭის დრუს ზომა დიასტოლის ბოლოს შეადგენს:

- ა) 45-56 მმ;
- *ბ) 56 მმ-ზე მეტი;
- გ) 40-35 მმ;
- დ) 30-35 მმ

1072. დილაგაციური კარდიომიოპათიის ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია:

- ა) გულის ყველა კამერის დილაგაცია;
- ბ) კუმშვადობის დიფუზური დაქვეითება;
- გ) მანძილის გაზრდა E წერტილის პიკიდან მაქსიმალური დიასტოლური გაღება - პმდ-მდე;
- დ) მიტრალური და ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის არსებობა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1073. მარცხენა პარკუჭის კელეების სისქე გამოხატული ჰიპერტროფიის დროს არის:

- ა) 10-12 მმ;
- ბ) 12-14 მმ;
- გ) 14-16 მმ;
- *დ) 16-20 მმ;
- ე) 20 მმ-ზე მეტი

1074. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ჯანმრთელი ადამიანის მარჯვენა პარკუჭის კელის სისქე დიასტოლის ბოლოს არის:

- *ა) 5 მმ-მდე;
- ბ) 10 მმ-მდე;
- გ) 2 მმ-მდე;
- დ) 12 მმ-მდე

1075. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას სისტოლური ნაკადის სიჩქარე მარცხენა პარკუჭის გამომგან ტრაქტში ობსტრუქციული ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს ხასიათდება:

- ა) სიჩქარის პიკის ცთომით სისტოლის პირველ ნახევარში;
- *ბ) სიჩქარის პიკის ცთომით სისტოლის მეორე ნახევარში;
- გ) ნაკადის ჩვეულებრივი ფორმით;
- დ) ნაკადის სიჩქარის დაქვეითებით

1076. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მნიშვნელოვანი სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრადიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ სე ;
- ბ) 10-30 მმ ვწყ სე ;
- გ) 30-50 მმ ვწყ სე ;
- *დ) 50 მმ ვწყ სე-ზე მეტი

1077. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის კარელების კომისურების მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციას წარმოადგენს:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1078. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილტვის ღეროსა და ფილტვის არტერიის ტოტების მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციას წარმოადგენს:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1079. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა და მარჯვენა კორონარული არტერიების ღეროს მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციად ითვლება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1080. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას სისხლის ნაკადს მარჯვენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქელის კარელების ბოლოების ღონებზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1081. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას გრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქელის კარელების ბოლოების ღონებზე;
- *ბ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე;
- დ) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1082. წინაგულთაშუა ძგიდის მდგომარეობას ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- გ) სუბკოსტალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1083. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მიგრალური სარქელის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- *დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;

1084. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის სარქელის კარელების ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მათი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება: 1) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე; 2) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი; 3) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი; 4) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი; 5) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5
- *ვ) 1;4

1085. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილტვის არტერიაში სისხლის ნაკადის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- *ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1086. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილტვისმიერი რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ შემდეგი სტანდარტული პოზიციებიდან:

- *ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1087. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილტვისმიერი რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარკუჭში;
- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- გ) მარცხენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- *დ) მარჯვენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- ე) მარცხენა წინაგულში

1088. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მიგრალური რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარკუჭში;
- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- გ) მარცხენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- *ე) მარცხენა წინაგულში

1089. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას დიასტოლური ტრანსმიგრალური ნაკადის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისა და მისი მდგომარეობის შეფასებისთვის გამოიყენება შემდეგი პოზიცია:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- *გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1090. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტული რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარკუჭში;
- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- *გ) მარცხენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- ე) მარცხენა წინაგულში

1091. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მუცლის აორტის მდგომარეობას აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციაში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- *ე) სუბკოსტალური პოზიცია

1092. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ქვემო ღრუს ვენის მდგომარეობას აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციაში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- *ე) სუბკოსტალური პოზიცია

1093. ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრი ნორმაში შეადგენს:

- ა) არა უმცირეს 12 მმ;
- ბ) 12-20 მმ;
- *გ) არა უმეტეს 25 მმ;
- დ) 25-30 მმ

1094. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის კუმშვადი ფუნქცია შეიძლება შეფასდეს შემდეგ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარულების ბოლოების ღონებზე;
- ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ღონებზე;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- დ) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1095. მარცხენა პარკუჭის გლობალური კუმშვადობის დარღვევა დამახასიათებელია:

- ა) პოსტინფარქტული კარდიოსკლეროზისთვის;
- ბ) დილატაციური კარდიომიოპათიისთვის;
- გ) დეკომპენსირებული მანკისთვის;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1096. მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- ა) ჰიპოკინეზია;
- *ბ) აკინეზია;
- გ) დისკინეზია;

1097. მიოკარდიუმის ინგრამურული ინფარქტისთვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- *ა) ჰიპოკინეზია;
- ბ) აკინეზია;
- გ) დისკინეზია

1098. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმისთვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- ა) ჰიპოკინეზია;
- ბ) აკინეზია;
- *გ) დისკინეზია

1099. მიოკარდიუმის დისკინეზიის შემთხვევაში ავლენენ მარცხენა პარკუჭის კედლის მოძრაობის შემდეგ ვარიანტებს:

- ა) კუმშვადობის არარსებობას;
- ბ) ერთმიმართულ მოძრაობას;
- *გ) სისტოლურ გამომწევეს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1100. მიოკარდიუმის აკინეზიის შემთხვევაში ავლენენ მარცხენა პარკუჭის კედლის მოძრაობის შემდეგ ვარიანტებს:

- *ა) კუმშვადობის არარსებობას;
- ბ) ერთმიმართულ მოძრაობას;
- გ) სისტოლურ გამომწევეს

1101. მწვავე მსხვილკეროვან ინფარქტს შეიძლება თან ახლდეს:

- ა) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- ბ) მიგრალური რეგურგიტაცია;
- გ) კედლის ამჟოლი თრომბოზი;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1102. მარჯვენა პარკუჭის მწვავე ინფარქტის ექოკარდიოგრაფიულ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) ქვემო ღრუ ვენის დილატაცია;
- ბ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გლობალური და ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1103. მიგრალური სარქველის წინა კარედს M მოდალურ რეჟიმში კვლევისას აქვს შემდეგი ფორმა:

- ა) ჭ-მაგვარი;
- ბ) V-მაგვარი;
- *გ) M-მაგვარი;
- დ) პლატოს ფორმა

1104. მიგრალური სარქველის სტენოზისთვის დამახასიათებელია:

- ა) კომისურებზე შეხორცებების არსებობა;
- ბ) კარედების მოძრაობის შეზღუდვა;
- გ) კარედების ერთმიმართული მოძრაობა;
- დ) მიგრალური ხერელის ფართობის შემცირება;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1105. მიგრალური ხერელის ფართობს სტენოზის დროს გამოითვლიან:

- ა) პლანიმეტრიული მეთოდით;
- ბ) წნევის გრადიენტის ნახევრალშემცირების დროით;
- გ) მაქსიმალური და საშუალო წნევის გრადიენტით მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შორის დიასკოლაში;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1106. მიგრალური ხერელის ფართობი ნორმაში შეადგენს:

- *ა) 4-6 სმ²;
- ბ) 1,5-2 სმ²;
- გ) 2-4 სმ²;
- დ) 1,0 სმ²;
- ე) 1,0 სმ²-ზე ნაკლებს

1107. მნიშვნელოვანი მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხერელის ფართობი შეადგენს:

- *ა) 1,1-1,5 კვ სმ;
- ბ) 2,0 კვ სმ-ზე მეტს;

- გ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- დ) 0,8 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- ე) 0,8-1,0 კვ სმ

1108. კრიტიკული მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხვრელის ფართობი შეადგენს:

- ა) 1,1-1,5 კვ სმ;
- ბ) 2,0 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- გ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- *დ) 0,8 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- ე) 0,8-1,0 კვ სმ

1109. მიგრალურ სარქველზე დამატებითი ნაღებების არსებობა შეიძლება მეტყველებდეს:

- ა) ინფექციურ ენდოკარდიტზე;
- ბ) ქორლის გაწვევებზე;
- გ) კარელების კალციფიკაციაზე;
- დ) მიქსომატოზურ დეგენერაციაზე;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1110. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს მცირე ზომის ვეგეტაციების ღია მეტრი შეადგენს:

- *ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს;
- ბ) 5-10 მმ;
- გ) 10 მმ-ზე მეტს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1111. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს დიდი ზომის ვეგეტაციების ღია მეტრი შეადგენს:

- ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს;
- ბ) 5-10 მმ;
- *გ) 10 მმ-ზე მეტს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1112. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ინფექციური ენდოკარდიტით დაავადებულ პირებში დიდი ზომის ვეგეტაციებით შეიძლება იყოს:

- ა) გულის კამერების დილატაცია;
- ბ) რეგურგიტაციის არსებობა;
- გ) პერიკარდიუმში გამონაჟონის არსებობა;
- დ) დაზიანებული სარქველის ქორლული აპარატის მთლიანობის დარღვევა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1113. მიგრალური რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) მიგრალური სარქველის პროლაფსი;
- ბ) გულის იშემიური დაავადება;
- გ) რეგმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1114. უმნიშვნელო სტენოზის დროს აორტის სარქველის კარელების გაღება გოლია:

- ა) 10-12 მმ;
- ბ) 10 მმ-ზე ნაკლები;
- გ) 12 მმ;
- დ) 12-14 მმ;
- *ე) 15-17 მმ

1115. უმნიშვნელო სტენოზის დროს აორტის ხვრელის ფართობი გოლია:

- ა) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები;
- ბ) 1,1-1,6 კვ სმ;
- *გ) 1,7 კვ სმ და მეტი;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია

1116. გამოსხვებული სტენოზის დროს აორტის ხვრელის ფართობი გოლია:

- *ა) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები;
- ბ) 1,1-1,6 კვ სმ;
- გ) 1,7 კვ სმ და მეტი

1117. აორგული რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ორკარედიანი აორგული სარქველი;
- ბ) ასწვრივი აორგის ანევრიზმა;
- გ) რევმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1118. აორგული სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) აორგის სარქელის ათეროსკლეროზული დაზიანება;
- ბ) მიქსომატოზური დეგენერაცია;
- გ) რევმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1119. ასწვრივი აორგის ანევრიზმას ინგიმის განშრეებით თან სდევს:

- *ა) აორგული რეგურგიტაცია;
- ბ) აორგის სტენოზი;
- გ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- დ) მიტრალური სტენოზი;
- ე) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია

1120. ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტი;
- გ) ელექტროლი მარჯვენა პარკუჭში;
- დ) ებშტეინის ანომალია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1121. კარცინოიდული სინდრომის დროს რომელი სარქველი ზიანდება პირველ რიგში:

- ა) აორგული;
- ბ) მიტრალური;
- *გ) ტრიკუსპიდალური;
- დ) ფილგვის არტერიის;
- ე) ყველა პასუხი სწორია

1122. ტრიკუსპიდალური სარქელის სტენოზის დროს დამახასიათებელია:

- ა) მასში სისხლის ნაკადის შენელება;
- *ბ) მასში სისხლის ნაკადის აჩქარება;
- გ) აორგული რეგურგიტაცია;
- დ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- ე) ფილგვისმიერი რეგურგიტაცია

1123. ფილგვის არტერიის სარქელის სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) რევმატიზმი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) თანდაყოლილი სტენოზი;
- დ) თრომბოემბოლია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1124. ფილგვისმიერი რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია;
- ბ) რევმატიზმი;
- გ) კარელების კალცინოზი;
- დ) კარცინოიდული სინდრომი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1125. აორგის სარქელოვანი სტენოზის საწყისი სტადიისთვის დამახასიათებელია:

- ა) მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური და სისტოლური ზომების გაზრდა;
- *ბ) სიმეტრიული ჰიპერტროფია;
- გ) მარცხენა წინაგულის ზომის გადიდება;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის ზომის გადიდება;
- ე) აორგის სარქელის კარელების პროლაფსი მარცხენა პარკუჭში

1126. M რეკიმში გამოკვლევა აორგის სარქელოვანი სტენოზის დროს ავლენს:

- *ა) აორგის სარქელის კარელების გაღების ხარისხის შემცირებას;
- ბ) აორგის სარქელის კარელების დიასტოლურ სეპარაციას;
- გ) აორგის სარქელის კარელების თრთოლვას;
- დ) მიტრალური სარქელის წინა კარელის დიასტოლურ ციმციმს;
- ე) მიტრალური სარქელის ადრეულ დახურვას

1127. სისხლის ნაკადის დოპლერგრაფიული გამოკვლევა მარჯვენა პარაკუჭის გამომტან ტრაქტში და ფილტვის არტერიის სარქველზე პარასტერნალური პოზიციიდან იძლევა სპექტრს:

- ა) სამკუთხა ფორმის იმობაზის ზემოთ დიასტოლაში;
- *ბ) სამკუთხა ფორმის იმობაზის ქვემოთ სისტოლაში;
- გ) M მსგავსი იმობაზის ქვემოთ;
- დ) M მსგავსი იმობაზის ზემოთ;
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იმობაზის ქვემოთ და ზემოთ

1128. ფილტვის არტერიაში სისხლის ნაკადის სიჩქარე:

- ა) 0,3-0,6 მ/წმ;
- *ბ) 0,6-1,1 მ/წმ;
- გ) 1,1-1,5 მ/წმ;

1129. ორგანომომლებიანი გამოკვლევა ფილტვის არტერიის სარქელის იმოლირებული სტენოზის დროს ავლენს:

- ა) ფილტვის არტერიის დროს შევიწროებას სარქელის დონეზე და პოსტსტენოზურ ნაწილში;
- ბ) ფილტვის არტერიის სარქელის კარელების პროლაბირებას მარჯვენა პარაკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- *გ) ფილტვის არტერიის დროს პოსტსტენოზურ გაფართოებას, მარჯვენა პარაკუჭის ჰიპერტროფიას;
- დ) მარჯვენა პარაკუჭის დიასტოლური და სისტოლური მოძებების გაზრდას, მისი კედლების განღვავას;
- ე) ფილტვის არტერიის დროს სისტოლური პულსაციის გაძლიერებას

1130. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის არაპირდაპირი ნიშნებია:

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების მოძებების პრევალირება მარცხენა ნაწილებზე;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების მოძებების პრევალირება მარჯვენა ნაწილებზე;
- გ) აორტის მოძებების პრევალირება ფილტვის არტერიის მოძებზე;
- დ) მარცხენა წინაგულის მოძებების გადიდება;
- ე) აჩქარებული ტურბულენტური ნაკადი მიტრალურ სარქველზე

1131. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს M და B მოდალურ რეკიმში ვლინდება:

- ა) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- *ბ) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია;
- გ) პარაკუჭთაშუა ძგიდის ჰიპერტროფია;
- დ) მარცხენა პარაკუჭის ანევრიზმა;
- ე) ყველა პასუხი სწორია

1132. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დამახასიათებელ ნიშნად ფერადი დოპლერის რეკიმში ითვლება:

- *ა) შუნი მარცხნიდან მარჯვნივ;
- ბ) შუნი მარჯვნიდან მარცხნივ;
- გ) მიტრალური ნაკადის აჩქარება;
- დ) აორტული ნაკადის აჩქარება

1133. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ქვემო მესამედის მიდამოში;
- *ბ) შუა მესამედის მიდამოში;
- გ) ზემო მესამედის მიდამოში

1134. მარჯანის სინდრომის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ასწვრივი აორტის ანევრიზმული გაგანიერება ინტამის განშრევებით;
- ბ) აორტის რეგურგიტაცია;
- გ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- დ) ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია;
- *ე) სწორია ა და ბ

1135. გრანსემოფაგური ექოკარდიოგრაფიის ჩატარებისათვის ჩვენებას წარმოადგენს ეჭვი შემდეგ პათოლოგიებზე:

- ა) მარცხენა წინაგულის ყურის თრომბოზი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) მიქსომა;
- დ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1136. ჩვენებას სტრეს-ექოკარდიოგრაფიის ჩატარებისათვის წარმოადგენს;

- ა) მანკი;
- ბ) მიქსომა;
- გ) პერიკარდიტი;
- *დ) გულის იშემიური დაზავლება

1137. მარცხენა წინაგულის ზომა პარასტენოლურ პოზიციაში შეადგენს:

- ა) არა უმეტეს 30 მმ;
- ბ) არა უმეტეს 20 მმ;
- გ) არა უმეტეს 60 მმ;
- *დ) არა უმეტეს 40 მმ

1138. მარჯვენა წინაგულის ზომები აპიკალურ 4-კამერიან პოზიციაში დიასტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- ა) არა უმეტეს 14 მმ;
- ბ) 25 მმ-ზე ნაკლებს;
- *გ) არა უმეტეს 38 მმ;
- დ) 14-25 მმ

1139. მარჯვენა პარკუბის ზომები აპიკალურ 4-კამერიან პოზიციაში დიასტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- *ა) არა უმეტეს 36 მმ;
- ბ) 26-36 მმ;
- გ) 26 მმ-ზე ნაკლებს;
- დ) 36 მმ-ზე მეტს

1140. მარჯვენა პარკუბის იმოლირებული დილატაციის არსებობისას პათოლოგიური შუნტის გარეშე მარცხნიდან მარჯვნივ და პარკუბოვანი ტაქიკარდიის არსებობის შექმნის შემთხვევაში ანამნეზში შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- *ა) მარჯვენა პარკუბის არითმოგენული დისპლაზია;
- ბ) პარკუბოვანა ტაქიკარდიის დეფექტი;
- გ) ეპიგენის ანომალია;
- დ) წინაგულთაშუა ტაქიკარდიის დეფექტი

1141. მიტრალური სარქელის კარელების მაქსიმალური დაშორება დიასტოლისას ნორმაში შეადგენს:

- ა) 30 მმ-ზე მეტს;
- ბ) 25 მმ-ზე ნაკლებს;
- გ) არა უმეტეს 35 მმ;
- *დ) არა უმეტეს 25 მმ

1142. აორტის სარქელის კარელების მაქსიმალური გაღება სისტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- *ა) არა უმეტეს 17 მმ;
- ბ) 30 მმ-ზე მეტს;
- გ) 25 მმ-ზე მეტს;
- დ) არა უმეტეს 15 მმ

1143. მარცხენა პარკუბის მიოკარდის გლობალური კუმშვალობა დარღვევა შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ა) მიოკარდიუმის ინფარქტით;
- ბ) დეკომპენსირებული მანკით;
- გ) გულის იშემიური დაზავლებით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1144. ავადმყოფებს დილატაციური კარდიომიოპათიით აღინიშნებათ:

- ა) მარცხენა წინაგულის დილატაცია;
- ბ) გულის კამერების მოცულობის შემცირება;
- გ) გულის კედლების ჰიპერტროფია;
- *დ) გულის ყველა კამერის დილატაცია

1145. მარცხენა პარკუბის დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა დამახასიათებელია ავადმყოფებისათვის:

- ა) არასტაბილური სტენოკარდიით;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტით;
- გ) ეიპერტონული დაზავლებით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1146. მარცხენა პარკუბის მიოკარდიუმის ლოკალური კუმშვალობის დარღვევის უბანი აკინეზიის სახით დამახასიათებელია:

- *ა) მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის;

- ბ) ჰიპერტონული კარდიომიოპათიისათვის;
- გ) გულის თანდაყოლილი მანკისათვის;
- დ) მიოკარდიუმის წვრილკეროვანი ინფარქტისათვის

1147. მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის ლოკალური კუმშვალობის დარღვევის უბანი დისკინეზიის სახით დამახასიათებელია:

- ა) მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის;
- ბ) ჰიპერტროფული კარდიომიოპათიისათვის;
- *გ) გულის ანევრიზმისათვის;
- დ) მიოკარდიუმის წვრილკეროვანი ინფარქტისათვის

1148. მიგრალური სარქველის წინა კარედის იალქნისებური გამოდრეკა დიასტოლაში და მისი მოძრაობის შეზღუდვა დამახასიათებელია:

- *ა) მიგრალური სტენოზისათვის;
- ბ) აორტული სტენოზისათვის;
- გ) არის ნორმა;
- დ) მიგრალური სარქველის პროლაფსისათვის;
- ე) მიგრალური უკმარისობისათვის

1149. მიგრალური სტენოზის შემთხვევაში, ტრანსმიგრალური ნაკადის დოპლერგრაფიული კვლევით შეიძლება გამოვავლინოთ:

- ა) ნაკადის საჩქარის შემცირება;
- ბ) მიგრალური რეგურგიტაციის ნაკადი;
- *გ) ნაკადის სიჩქარის გაზრდა;
- დ) დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა

1150. ბაქტერიული ენდოკარდიტის დროს მიგრალური სარქველის კარედებზე დიდი ზომის ვეგეტაციების შემთხვევაში შეიძლება გამოვავლინოთ:

- ა) ქორლული აპარატის მთლიანობის დარღვევა;
- ბ) ტრანსმიგრალური ნაკადის აჩქარება;
- გ) რეგურგიტაციის არსებობა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1151. ავადმყოფებს იმოღივრებული აორტული სტენოზით დოპლერგრაფიული კვლევით შეიძლება აღენიშნებოდეთ:

- ა) ტრანსმიგრალური ნაკადის აჩქარება;
- *ბ) ტრანსაორტული ნაკადის აჩქარება;
- გ) მიგრალური რეგურგიტაციის არსებობა;
- დ) აორტული რეგურგიტაციის არსებობა

1152. აორტული რეგურგიტაციის ნაკადის დაფიქსირება ხდება საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილებში:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- გ) მარცხენა წინაგულში;
- დ) აორტაში

1153. სამკარიაანი სარქველის იმოღივრებული სტენოზის შემთხვევაში გამოავლენენ:

- ა) ტრიკუსპიდალურ რეგურგიტაციას;
- ბ) ტრანსკუსპიდალური ნაკადის შენელებას;
- *გ) ტრანსტრიკუსპიდალური ნაკადის აჩქარებას;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1154. აორტული სტენოზის ნიშნად M მოდალურ რეჟიმში ითვლება:

- ა) აორტის სარქველის კარედების პროლაფსი;
- ბ) აორტის ფუძის გადიდება;
- *გ) აორტის სარქველის კარედების გაღების შემცირება;

1155. მიგრალური სტენოზის ნიშნად M მოდალურ რეჟიმში ითვლება:

- ა) მიგრალური სარქველის წინა კარედის პროლაფსი;
- ბ) მიგრალური სარქველის უკანა კარედის პროლაფსი;
- *გ) კარედების ერთმიმართული მოძრაობა;

1156. ასწვრივი აორტის განზრევებად ანევრიზმებზე შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ შემდეგი ნიშნების არსებობისას:

- ა) მიგრალური რეგურგიტაცია;
- *ბ) აორტის ინტიმის განზრევებული უბანი;
- გ) აორტის კვლეების კალცინოზი;

1157. გულის პროთემბირებული სარქველების ხშირ გართულებას წარმოადგენს:

- ა) თრომბოზი;
- ბ) ბაქტერიული ენდოკარდიტი;
- გ) სარქველის ახლოს არსებული ფისტულა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1158. გულის სიმსივნის დიფერენცირება უნდა მოეხდინოთ:

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდესთან;
- *ბ) მარჯვენა პარაკუჭის მოდერატორის კონასთან;
- გ) პაპილარულ კუნთთან;
- დ) მიტრალური სარქველის ქორლებთან

1159. მარცხენა წინაგულის ღრუში უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ლიპომა;
- ბ) სარკომა;
- *გ) მიქსომა;
- დ) ლიმფომა;
- ე) პაპილომა

1160. პერიკარდიუმის ღრუში მცირე რაოდენობის სითხის არსებობისას:

- ა) გულის წინა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ;
- ბ) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0;
- *გ) გულის უკანა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0სმ

1161. პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობის სითხის არსებობისას:

- *ა) გულის ირგვლივ არსებული ექო-თავისუფალი სივრცის უმცირესი ზომაა 1,0 სმ;
- ბ) გულის უკანა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ;
- გ) გულის წინა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ

1162. მარჯვენა წინაგულის კოლაბირება დიასტოლაში ექსუდაციური პერიკარდიტის დროს წარმოადგენს ნიშანს:

- ა) კონსტრიქციის;
- ბ) მარჯვენა პარაკუჭის ინფარქტის;
- გ) მარჯვენა პარაკუჭის არითმოგენული დისპლამიის;
- დ) თრმბოემბოლიის;
- *ე) გულის გამპონადის

1163. გულის მარჯვენა კამერების იზოლირებული დილატაცია პათოლოგიური შუნგის გარეშე მარცხნიდან მარჯვნივ შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) სითხის არსებობისა პერიკარდიუმში;
- ბ) გულის გამპონადის;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის;
- *დ) მაღალი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის

1164. ქვემო ღრუ ვენის დილატაცია და რეაქციის არარსებობა მისგან ჩასუნთქვაზე პერიკარდიუმში სითხის არსებობის დროს შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) სითხის არსებობისა პერიკარდიუმში;
- *ბ) გულის გამპონადის;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის

1165. მარცხენა პარაკუჭის დიასტოლური ფუნქციის შესაფასებლად იმპულსური დოპლერის რეჟიმში ანალიზი უკეთდება სისხლის შემდეგ ნაკადს:

- ა) დიასტოლური გრანსტრიკუსპიდალური;
- ბ) მარცხენა პარაკუჭის გამომტან გრაქტში;
- გ) მარჯვენა პარაკუჭის გამომტან გრაქტში;
- *დ) დიასტოლური გრანსმიტრალური

1166. მარჯვენა პარაკუჭის დიასტოლური ფუნქციის შესაფასებლად იმპულსური დოპლერის რეჟიმში ანალიზი უკეთდება სისხლის შემდეგ ნაკადს:

- *ა) დიასტოლური გრანსტრიკუსპიდალური;
- ბ) მარცხენა პარაკუჭის გამომტან გრაქტში;
- გ) მარჯვენა პარაკუჭის გამომტან გრაქტში;
- დ) დიასტოლური გრანსმიტრალური

1167. რომელი სტრუქტურები შეიძლება შეცდომით მიჩნეული იქნას სითხედ პერიკარდიუმის ღრუში:

- ა) ეპიკარდიალური ცხიმი;
- ბ) გულმკერდის დასწერივი აორტა;
- გ) დილატირებული კორონარული სინუსი;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1168. ქვემოთ ჩამოთვლილმა რომელმა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს გამონაქონი პერიკარდიუმის ღრუში:

- ა) კრიტიკული მიგრალური სტენოზი;
- ბ) მოიკარდიუმის მწვავე გრანსმურალური ინფარქტი;
- გ) ურემია;
- დ) სისტემური წითელი მგლურა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1169. წინაგულთაშუა ძგიდის რომელი ლეფექტი გვხვდება ყველაზე ხშირად:

- ა) მაღალი;
- *ბ) ოვალური ფოსოს მიდამოში;
- გ) დაბალი;

1170. რომელი მიმართულებით ხდება სისხლის შუნტირება წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის ან პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტის დროს მაღალი ფილტვისშიერი ჰიპერტენზიის ფორმირებამდე:

- ა) შუნტირება არ არსებობს;
- ბ) მარჯვნიდან მარცხნივ;
- *გ) მარცხნიდან მარჯვნივ;

1171. რომელი მიმართულებით ხდება სისხლის შუნტირება წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის ან პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტის დროს მაღალი ფილტვისშიერი ჰიპერტენზიის ფონზე (სისტოლური წნევა ფილტვის არტერიაში 100 მმ ვწყ სვ-ზე მეტი):

- ა) შუნტირება არ არსებობს;
- *ბ) მარჯვნიდან მარცხნივ;
- გ) მარცხნიდან მარჯვნივ;

1172. როგორი ხასიათის ნაკალები არის დამახასიათებელი პარკუჭთაშუა ძგიდის და წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის დროს:

- ა) სისტოლური;
- ბ) სისტოლურ-დიასტოლური მაქსიმალური გადასროლით დიასტოლაში;
- *გ) სისტოლურ-დიასტოლური მაქსიმალური გადასროლით სისტოლაში;
- დ) დიასტოლური

1173. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ებშტეინის ანომალიისათვის:

- ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქელის სტენოზი;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთაშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქელის წინა კარელის გახლეჩა;
- *გ) ტრიკუსპიდალური სარქელის კარელების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის ატრიალიზაცია, წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი

1174. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი გულის თანდაყოლილი მანკისათვის - საერთო ატრიოვენტრიკულური არხი:

- ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქელის სტენოზი;
- *ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთაშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქელის წინა კარელის გახლეჩა;
- გ) ტრიკუსპიდალური სარქელის კარელების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის ატრიალიზაცია, წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი

1175. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ფალოს ტეტრადისათვის:

- *ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქელის სტენოზი;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთაშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქელის წინა კარელის გახლეჩა;
- გ) ტრიკუსპიდალური სარქელის კარელების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის ატრიალიზაცია, წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტი;
- დ) "ზემოდან მჯდომარე" აორტა;

1176. რას ნიშნავს აორტის კოარქტაცია?

- ა) მემბრანა ასწერივ აორტაში;
- ბ) მემბრანა გამოშავალ აორტაში;
- გ) აორტის ორკარიანი სარქველი;
- *დ) აორტის თანდაყოლილი შევიწროება

1177. რა ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი აორტის კოარქტაციისათვის?

- ა) აორტის შევიწროება გულმკერდის აორტის დასწვრივ ტოტში;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის კედლების ჰიპერტროფია;
- გ) შევიწროების ადგილში ნაკადის აჩქარება;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1178. რომელ მეთოდს იყენებენ მცირე ზომის წინაგულთშუა ძგიდის დეფექტის ეჭვის დროს:

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების კონტრასტირება;
- ბ) სტრეს-ტესტი;
- გ) სისხლძარღვის შიგნითა (ინტრავასკულარული) ულტრაბგერის მეთოდი;

1179. გულმკერდის წინა კედლის ტრავმის შედეგი შეიძლება იყოს:

- ა) პერიკარდიტი;
- ბ) გულმკერდის აორტის ანევრიზმა;
- გ) მარცხენა პარკუჭის ცრუ ანევრიზმა;
- დ) ქორდის მოწყვეტა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1180. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მორეცილივე თრომბოემბოლიის დროს ფილტვის არტერიის სისტემაში?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია;
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1181. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტისათვის?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია;
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1182. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნები გვაძლევს საშუალებას დავსვათ მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის დიაგნოზი?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია და მარჯვენა პარკუჭის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის ზონის არსებობა;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია და მარცხენა პარკუჭის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის ზონის არსებობა;
- გ) გულის ღრუების შემცირება

1183. რომელი პროთეზი რთულდება ყველაზე ხშირად ინფექციური ენდოკარდიტით?

- ა) ბურთისებური;
- *ბ) ბიოლოგიური;
- გ) დისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით;
- დ) დისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1184. ქვემოთ ჩამოთვლილი ლოპლერის მახვენებლებიდან რომელი ასრულებს მნიშვნელოვან როლს პროთეზირებული სარქველის ფუნქციის შეფასებაში?

- ა) განდევნის დრო;
- ბ) ხაზოვანი სიჩქარის ინტეგრალი;
- *გ) წნევის გრადიენტი;
- დ) ნაკადის აჩქარების დრო

1185. როგორი გართულებებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის პროთეზირებული სარქველებით?

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- ბ) თრომბოზი;
- გ) ფისგულა;
- დ) სარქველ მიმდებარე რეგურგიტაცია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1186. პროთეზის თრომბოზის დოპლერექოკარდიოგრაფიის ნიშნებია:

- ა) პათოლოგიური რეგურგიტაციის არსებობა;
- ბ) პათოლოგიური რეგურგიტაციის არარსებობა;
- გ) წნევის გრადიენტის შემცირება;
- *დ) წნევის გრადიენტის მომაკვება

1187. რა შეიძლება იყოს მაღალი ფილტვისშიერი ჰიპერტენზიის არაპირდაპირი ნიშანი?

- ა) ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრის შემცირება;

- *ბ) ქვემო ღრუ ვენის დილაგაცია;
- გ) მუცლის აორგის დილაგაცია

1188. ჭრილი, რომელშიც M-რეჟიმში წარმოებს გამოძვების დიდი რაოდენობა?

- *ა) პარასტერნალური სიგრძივი;
- ბ) პარასტერნალური განივი, აორგის ღონებზე;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი

1189. მიდგომა, რომლიდანაც წარმოებს პაციენტების გამოკვლევა ფილგვის ემფიზემით:

- ა) მარცხენა პარასტერნალური;
- ბ) აპიკალური;
- *გ) სუბკოსტალური;
- დ) სუპრასტერნალური;
- ე) მარჯვენა პარასტერნალური

1190. მარცხენა პარკუჭის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითება ხასიათდება:

- *ა) სისტოლური და დიასტოლური ზომის გაზრდით;
- ბ) სისტოლური და დიასტოლური ზომის შემცირებით;
- გ) დიასტოლური ზომის გაზრდით და სისტოლური ზომის შემცირებით;
- დ) დიასტოლური ზომის შემცირებით და სისტოლური ზომის გაზრდით;
- ე) მხოლოდ სისტოლური ზომის გაზრდით

1191. მიგრალური სტენოზის დამახასიათებელ ნიშანს მიგრალური სარქველის M-რეჟიმში გამოკვლევისას წარმოადგენს:

- ა) მაქსიმალური დიასტოლური გაღების ამპლიტუდის მომაგება;
- ბ) კარელების სისტოლური სეპარაცია;
- *გ) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;
- დ) აღრეული დიასტოლური გაღების სიჩქარის შემცირება;
- ე) აღრეული დიასტოლური დახურვის სიჩქარის მომაგება

1192. კვეთა, რომელშიც შეიძლება გაიზომოს მიგრალური ხერხელის ფართობი არის:

- ა) პარასტერნალური სიგრძივი;
- ბ) პარასტერნალური განივი აორგის ღონებზე;
- *გ) პარასტერნალური განივი მიგრალური სარქველის ღონებზე;
- დ) აპიკალური ოთხკამერიანი;
- ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1193. მიგრალური ხერხელის ფართობი კრიტიკული მიგრალური სტენოზის დროს არის:

- ა) 2-3 კვ სმ;
- ბ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- გ) 1,2-1,6 კვ სმ;
- დ) 1,0-1,2 კვ სმ;
- *ე) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები

1194. კვეთა, რომლიდანაც უნდა შესრულდეს გრანსმიგრალური სისხლის ნაკადის დოპლერგრაფიული გამოკვლევა არის:

- ა) პარასტერნალური სიგრძივი;
- ბ) პარასტერნალური განივი მიგრალური სარქველის ღონებზე;
- გ) პარასტერნალური განივი აორგის ღონებზე;
- *დ) აპიკალური ოთხკამერიანი;
- ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1195. მიგრალური ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მცირე ზომები;
- *ბ) მარცხენა წინაგულისა და პარკუჭის ზომების გადიდება;
- გ) მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა პარკუჭის ზომების გადიდება;
- დ) მიგრალური ხერხელის ფართობის შემცირება;
- ე) ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია

1196. მიგრალური ნაკლოვანების ნიშანს მიგრალური სარქველის M-რეჟიმში გამოკვლევისას წარმოადგენს:

- ა) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;
- ბ) მიგრალური სარქველის გადაბრა ზემოთ პარკუჭთაშუა ძგიდისაკენ;
- *გ) კარელების სისტოლური სეპარაცია და მაქსიმალური დიასტოლური გაღების ამპლიტუდის გაზრდა;
- დ) მაქსიმალური დიასტოლური გაღების ამპლიტუდის შემცირება;
- ე) აღრეული დიასტოლური არასრული დახურვის სიჩქარის გაზრდა

1197. სისხლის ნაკადის ლოპლერგრაფიული გამოკვლევა აპიკალური პოზიციიდან აორტის სარქველზე იძლევა სპექტრს:

- *ა) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ქვემოთ სისგოლაში;
- ბ) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ზემოთ ღიასგოლაში;
- გ) M-ის მსგავსი იზოხაზის ზემოთ;
- დ) M-ის მსგავსი იზოხაზის ქვემოთ;
- ე) ფართო, წაშლილ კიდეებიანი იზოხაზების ქვემოთ და ზემოთ

1198. აორტის ნაკადის სიჩქარე ასწვრივ აორტაში ნორმაში არის:

- ა) 0,5-1,0 მ/წმ;
- *ბ) 1,0-1,8 მ/წმ;
- გ) 1,8-2,0 მ/წმ;
- დ) 2,0-2,5 მ/წმ;
- ე) 2,5-3,0 მ/წმ

1199. მიგრალური სტენოზის შემთხვევაში, ტრანსმიტალური ნაკადის ლოპლერგრაფიული კვლევით შეიძლება გამოვავლინოთ

- ა) ნაკადის სიჩქარის შემცირება
- ბ) მიგრალური რეგისტრაციის ნაკადი
- *გ) ნაკადის სიჩქარის გაზრდა
- დ) ღიასგოლური ფუნქციის დარღვევა

1200. ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის ნიშნად M მოლაღურ რეჟიმში გამოკვლევისას ფილტვის არტერიის სარქველის უკანა კარედის მოძრაობა წარმოადგენს: 1) სარქველის უკანა კარედის პროლაბირებას; 2) სარქველის უკანა კარედის M-ის მაგვარ მოძრაობას; 3) სარქველის უკანა კარედის N-ის მაგვარ მოძრაობას

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1;2

1201. პერიკარდიმის ღრუში საშუალო რაოდენობის სითხის არსებობისას

- ა) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცე მეტია 1,0 სმ-ზე
- *ბ) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცე ნაკლების ან გოლია 1,0 სმ-ზე
- გ) გულის წინა კედლის ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ

1202. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ნიშნად ითვლება:

- *ა) პერიკარდიტის გაფრცელების კლასიფიკაცია
- ბ) პერიკარდიუმის ფურცლების განღვევა
- გ) პერიკარდიუმის ფურცლების დაშორების არარსებობა
- დ) პერიკარდიუმის ღრუში სითხის არსებობა

1203. გამოხატული დამოკიდებულება ინტრაკრანიალური სისხლის ნაკადისა სუნთქვის ფაზებზე სითხის არსებობის დროს პერიკარდიუმის ღრუში შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) კონსტრიქციის
- *ბ) გულის გამპონადის
- გ) მთოკარდიუმის ინფარქტის

1204. ლოპლეროექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფიზიოლოგიური სისგოლის ხანგრძლივობას ზომავენ როგორც:

- ა) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- ბ) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნამდე
- *გ) დროს, მიგრალური სარქველის დახურვის ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს, აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე

1205. ლოპლეროკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის იმოვოლუმეტრიული მოღუნების ხანგრძლივობას ზომავენ როგორც

- ა) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- *ბ) დროს, აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნიდან მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნამდე
- გ) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს, აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე

1206. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი ტრანსმიტალური ღიასგოლური ნაკადის პარამეტრებია დამახასიათებელია მარცხენა პარკუჭის II ტიპის ღიასგოლური ფუნქციისათვის:

- ა) E და A პიკის სიჩქარეების შემცირება, პიკის შენელების დროის შემცირება
- *ბ) E პიკის სიჩქარის გაზრდა, A პიკის სიჩქარის შემცირება
- გ) E და A სიჩქარის პიკების და E პიკის შენელების დროის გაზრდა

1207. როგორია შუნგის მიმართულება ბოგალის სადინრის შეუხორცებლობის დროს:

- ა) ფილტვის არტერიიდან აორტაში
- ბ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში ბიფურკაციის მხარეს
- *გ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში მარჯვენა პარკუჭის გამომტანი ტრაქტის მხარეს
- დ) მარცხენა წინაგულიდან მარჯვენაში

1208. როგორი ფორმა აქვს ნაკადს აორტის კოარქტაციის დროს (მუღმიეგალღოვანი ღოპლერი)

- *ა) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით სისტოლაში
- ბ) სისტოლური ნაკადი
- გ) დიასტოლური ნაკადი
- დ) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით დიასტოლაში

1209. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის მუღმიევი ელექტროსტიმულაციით:

- ა) ტრიკუსპიდალური სარქველის სტენოზი, მარჯვენა წინაგულის დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) აორტული რეგურგიტაცია, მარცხენა პარკუჭის სფერული ფორმა
- *დ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია, პარკუჭთაშუა ძგიდის პარალოქსული მოძრაობა

1210. პარკუჭის არითმოგენული დისპლაზიისთვის დამახასიათებელია

- *ა) გულის მარჯვენა კამერების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1211. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი პერიკარდიუმის თანდაყოლილი არარსებობის დროს

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1212. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის, რომელთაც გადაიტანეს პერიკარდექტომია კონსტრიქციული პერიკარდიტის გამო

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1213. მექანიკური პროთეზების რომელი სახეობა გამოიყენება იშვიათად ამჟამად

- *ა) ბურთისებური
- ბ) ლისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით
- გ) ლისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1214. პარკუჭთაშუა ძგიდის და მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქის თანაფარდობა შეადგენს:

- *ა) 0,8-1,0
- ბ) 0,5
- გ) 1,5
- დ) 2,0
- ე) 0,2

1215. მარცხენა პარკუჭის ენდიასტოლური მოზა მოზრდილებში არ აღემატება:

- ა) 4,0 სმ
- ბ) 0,5 სმ
- *გ) 5,7 სმ
- დ) 6,0-7,0 სმ

1216. აღრეული გრანსმიტოალური სისხლის ნაკადის სიჩქარე ნორმაში არის:

- *ა) 0,6-1,3 მ/წმ
- ბ) 1,3-1,5 მ/წმ
- გ) 1,5-2,0 მ/წმ
- დ) 2,0-2,5 მ/წმ

1217. კვეთა, რომელშიც ხდება აორტის ვიზუალიზაცია მისი სამივე კარულით არის:

- ა) პარასტენალური სიგრძივი

- *ბ) პარასტერნალური განივი აორტის სარქველის ღონეზე
- გ) პარასტერნალური განივი მიტრალური სარქველის ღონეზე
- დ) აპიკალური ოთხკამერიანი
- ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1218. ლილატაციური კარდიომიოპათიის დროს მარცხენა პარკუჭის განღვევის ფრაქციის მაჩვენებელი ალექვატური თერაპიის ჩატარების ფონზე შემდეგნაირად იცვლება:

- ა) რჩება უცვლელი;
- ბ) შეადგენს 50-70%
- გ) მცირდება
- *დ) იზრდება

1219. მარცხენა პარკუჭის კედლების სისქე მაღალი ხარისხის ჰიპერტროფიის დროს არის:

- ა) 10-12 მმ
- ბ) 12-14 მმ
- გ) 14-16 მმ
- დ) 16-20 მმ
- *ე) 20 მმ-ზე მეტი

1220. ობსტრუქციული ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს სისტოლური ნაკადის სიჩქარე მარცხენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში იცვლება შემდეგნაირად:

- ა) არ იცვლება
- *ბ) იზრდება
- გ) მცირდება
- დ) არ იცვლება ან მცირდება

1221. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას უმნიშვნელო სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრაფიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ. სფ.
- *ბ) 10-30 მმ ვწყ. სფ.
- გ) 30-50 მმ ვწყ. სფ.
- დ) 50 მმ ვწყ. სფ-ზე მეტი

1222. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ზომიერი სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრაფიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ. სფ.
- ბ) 10-30 მმ ვწყ. სფ.
- *გ) 30-50 მმ ვწყ. სფ.
- დ) 50 მმ ვწყ. სფ-ზე მეტი

1223. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის რკალის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება: 1) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონეზე; 2) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი; 3) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი; 4) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი; 5) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების მოლოების ღონეზე

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5
- ვ) 1;2
- *ზ) 2;3

1224. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას პაპილარული კუნთების ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მათი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონეზე
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი
- *ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონეზე

1225. ნორმაში მარცხენა პარკუჭის მოკლე ღერძის წინა-უკანა ზომა სისტოლაში მცირდება:

- ა) 10%-ით და უფრო ნაკლებად
- ბ) 20%-ით
- გ) 15%-ით

*დ) 30%-ით და უფრო მეტად

1226. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მიგრალური სარქველს წინა კარელის გაღების E პიკის დაშორება წინაგულთაშუა ძგილეძლე უნდა აღემატებოდეს:

ა) 2მმ

*ბ) 5-10მმ

გ) 10-15 მმ

დ) 15-20მმ

1227. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის ფუძის მოძრაობის ამპლიტუდა სისტოლაში შეადგენს:

ა) 5-7 მმ

ბ) 2-5 მმ

გ) 2 მმ-ზე ნაკლები

*დ) 7 მმ-ზე მეტი

1228. მარჯვენა პარკუჭის მოძების შემცირება შეიძლება იყოს ნიშანი: 1) ლეკომპენსირებული მანკის; 2. ბაქტერიული ენდოკარდიტის; 3) თრომბოემბოლიის; 4) ჰიპოვოლემიის; 5) თანდაყოლილი პათოლოგიის

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 5

*ე) 4;5

1230. გამონატული მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხვრელის ფართობი შეადგენს:

ა) 1,1 - 1,5 კვ. სმ

ბ) 2,0 კვ. სმ-ზე ნაკლებს

გ) 1,6 - 2,0 კვ. სმ

დ) 0,8 კვ. სმ-ზე ნაკლებს

*ე) 0,8 - 1,0 კვ. სმ

1231. კრიტიკული მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხვრელის ფართობი შეადგენს:

ა) 1,1 - 1,5 კვ. სმ

ბ) 2,0 კვ. სმ-ზე ნაკლებს

გ) 1,6 - 2,0 კვ. სმ

*დ) 0,8 კვ. სმ-ზე ნაკლებს

ე) 0,8 - 1,0 კვ. სმ

1232. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს მომიერი მომის ვეგეტაციების ღიაშეკრი შეადგენს:

ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს

*ბ) 5-10 მმ

გ) 10 მმ-ზე მეტს

დ) ყველა პასუხი სწორია

1233. გამონატული სტენოზის დროს აორტის ხვრელის ფართობი გოლია:

*ა) 1,0 კვ. სმ-ზე ნაკლები

ბ) 1,1 - 1,6 კვ. სმ

გ) 1,7 კვ. სმ და მეტი

1234. ფილტვის არტერიაში ღიასტოლური წნევის გამოშვა შეიძლება როგორც:

*ა) საბოლოო ღიასტოლური წნევის გრადიენტი ფილტვის არტერიასა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.

ბ) სისტოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.

გ) სისტოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.

დ) ღიასტოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.

ე) ღიასტოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის.

1235. სისტოლური წნევა ფილტვის არტერიაში შეიძლება გაიზომოს როგორც:

ა) ღიასტოლური წნევის გრადიენტი ფილტვის არტერიასა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში

ბ) სისტოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის

*გ) სისტოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.

დ) ღიასტოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.

ე) ღიასტოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის.

1236. ნორმაში დოპლერგრაფიული გამოკვლევის ნაკადი ასწვრივ აორტაში სუპრასგერნალური პოზიციიდან იძლევა შემდეგი ტიპის სპექტრს:

- ა) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ქვემოთ ღივანის სტადიაში.
- *ბ) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ზემოთ სისტოლაში
- გ) M მსგავსი იზოხაზის ზემოთ
- დ) M მსგავსი იზოხაზის ქვემოთ
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იზოხაზის ზემოთ და ქვემოთ.

1237. ნორმაში დოპლერგრაფიული გამოკვლევისას ნაკადი დასწვრივ აორტაში სუპრასგერნალური პოზიციიდან იძლევა შემდეგი ტიპის სპექტრს:

- *ა) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ქვემოთ
- ბ) ამკუთხა ფორმის იზოხაზის ზემოთ
- გ) M მსგავსი იზოხაზის ზემოთ
- დ) M მსგავსი იზოხაზის ქვემოთ
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იზოხაზის ზემოთ და ქვემოთ.

1238. მიგრალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- ა) 20-30%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 30-40%
- *დ) 20%-ზე ნაკლები

1239. გრიკუსპიდალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- ა) 20-40%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- *დ) 20%-ზე ნაკლები

1240. აორტული რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუჭის გამომგანი ტრაქტის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- ა) 25-45%
- ბ) 63%-ზე მეტი
- გ) 45-63%
- *დ) 25%-ზე ნაკლები

1241. მიგრალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- *ა) 20-40%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- დ) 20%-ზე ნაკლები

1242. გრიკუსპიდალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- *ა) 20-40%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- დ) 20%-ზე ნაკლები

1243. აორტული რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუჭის გამომგანი ტრაქტის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- *ა) 25-45%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე მეტი
- დ) 20%-ზე ნაკლები

1244. გრიკუსპიდალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი დოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც მძიმე, თუ უკუღივანების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტით:

- ა) 20-40%
- *ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- დ) 20%-ზე ნაკლები

1245. აორგული რეგურგაციის ხარისხი ღოპლერის რეკიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც მძიმე, თუ უკუღინების ნაკალის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუკის გამომტანი ტრაქტის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

- ა) 20-40%
- *ბ) 63%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- ღ) 20%-ზე ნაკლები

1246. აორგის ზომა პარასტერნალურ პოზიციაში აორგის სარქელის კარელების ბოლოების ღონეზე ნორმაში შეაღვენს:

- ა) 30 მმ-ზე ნაკლებს
- *ბ) არა უმეტეს 40 მმ
- გ) 40 მმ-ზე მეტს
- ღ) 25 მმ-ზე ნაკლებს

1247. მარცხენა პარკუკის ზომები პარასტერნალურ პოზიციაში მიტრალური სარქელის კარელების ბოლოების ღონეზე ღიასტოლის ბოლოში ნორმაში შეაღვენს:

- *ა) არა უმეტეს 56 მმ
- ბ) არა უმეტეს 46 მმ
- გ) 26 მმ-ზე ნაკლებს
- ღ) 40 მმ-ზე ნაკლებს.

1248. ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის ნიშნად M მოღალურ რეკიმში გამოკვლევისას ფილტვის არტერიის სარქელის უკანა კარელის მოძრაობა წარმოაღვენს: 1) სარქელის უკანა კარელის პროლაბირებას; 2) სარქელის უკანა კარელის M -ის მსგავს მოძრაობას; 3) სარქელის უკანა კარელის N-ის მსგავს მოძრაობას

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- ღ) 1;2

1249. გამოხატული ღამოკიღებუღება ინტრკარღიაღური სისხლის ნაკალისა სუნტქვის ფაზებზე სითხის არსებობის ღროს პერიკარღიუმის ღრუში შეიძლება იყოს:

- ა) კონსტრიქციის
- *ბ) გუღის გამპონაღის
- გ) მიოკარღიუმის ინფარქტის

1250. ღოპლერექოკარღიოტრაფიული კვლევისას ფიზიოლოღიური ღიასტოლის ხანტრძლიობას ზომავენ როგორც:

- *ა) ღროს აორგის სარქელის ღახურვის ტკაცუნიღან მიტრალური სარქელის ღახურვის ტკაცუნამღე
- ბ) ღროს მიტრალური სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან აორგის სარქელის ღახურვის ტკაცუნამღე
- გ) ღროს აორგის სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან ღახურვის ტკაცუნამღე
- ღ) ღროს მიტრალური სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან ღახურვის ტკაცუნამღე.

1251. ღოპლერექოკარღიოტრაფიული კვლევისას ფიზიოლოღიური სისტოლის ხანტრძლიობას ზომავენ როგორც:

- ა) ღროს მიტრალური სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან აორგის სარქელის ღახურვის ტკაცუნამღე
- ბ) ღროს მიტრალური სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან, აორგის სარქელის ღაღების ტკაცუნამღე
- *გ) ღროს მიტრალური სარქელის ღახურვის ტკაცუნიღან აორგის სარქელის ღახურვის ტკაცუნამღე
- ღ) ღროს აორგის სარქელის ღაღების ტკაცუნიღან ღახურვის ტკაცუნამღე.

1252. ტრანსმიტრალური ღიასტოღური ნაკალის სიჩქარეების როგორი თანაფარღობა არის ნორმაღური (ხანშიშესული ასაკის გარღა) სინუსური რიგმის არსებობის ღა ტაქიკარღიის არარსებობის ღროს (სიჩქარეუთა პიკების თანაფარღობა არის E A - სთან :

- ა) ნაკლებია ან ტოღი 1;
- *ბ) მეტია ან ტოღი 1;
- გ) მეტია 2,5;
- ღ) ტოღია 2,5.

1253. რომელი ქვემთო ჩამოთოღიღი ტრანსმიტრალური ღიასტოღური ნაკალის პარამეტრეღბია ღამახასიათებელი მარცხენა პარკუკის 6 ტიპის ღიასტოღური ღისფუნქციისათოვის:

- ა) E ღა A სიჩქარის პიკების შემცირეღბა, E პიკის შენეღების ღროს შემცირეღბა.
- ბ) E სიჩქარის პიკის შემცირეღბა, E პიკის შენეღების ღროს შემცირეღბა
- გ) E ღა A სიჩქარის პიკების ღა E პიკის შენეღების ღროს გაზრღა
- *ღ) E პიკის სიჩქარის შემცირეღბა, A პიკის სიჩქარის გაზრღა, E პიკის შენეღების ღროს გაზრღა

1254. რომელი ქვემთო ჩამოთოღიღი ტრანსმიტრალური ღიასტოღური ნაკალის პარამეტრეღბია ღამახასიათებელი მარცხენა პარკუკის 6ნ ტიპის ღიასტოღური ღისფუნქციისათოვის:

- ა) E ღა A პიკის სიჩქარეების შემცირეღბა, E პიკის შენეღების ღროს შემცირეღბა.

*ბ) E პიკის სიჩქარის გაზრდა, A პიკის სიჩქარის შემცირება, E პიკის შენელების დროის შემცირება
გ) E და A სიჩქარის პიკების და E პიკის შენელების დროის გაზრდა.

1255. რომელი ექოკარდიოლოგიური პოზიციაა ოპტიმალური საერთო არტერიული სადინარის დიაგნოსტიკისათვის (ბოგალის სადინარი):

- *ა) პარასტერნალური მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე
- ბ) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი
- დ) აპიკალური ორკამერიანი

1256. როგორია შუნგის მამართულება ბოგალის სადინარის შეუხორცებლობის დროს:

- ა) ფილტვის არტერიიდან აორტაში
- ბ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში ბიფურკაციის მხარეს
- *გ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში მარჯვენა პარაკუჭის გამომტანი ტრაქტის მხარეს
- დ) მარცხენა წინაგულიდან მარჯვენაში

1257. როგორი ფორმა აქვს ნაკადს აორტის კოარქტაციის დროს (მულტიგაბლდოვანი დოპლერი) ?

- *ა) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით სისტოლაში
- ბ) სისტოლური ნაკადი
- გ) დიასტოლური ნაკადი
- დ) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით დიასტოლაში

1258. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის მულტივი ელექტროკარდიოსტიმულაციით?

- ა) ტრიკუსპიდალური სარქველის სტენოზი. მარჯვენა წინაგულის დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) აორტული რეგურგიტაცია, მარცხენა პარაკუჭის სფერული ფორმა
- *დ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია, პარაკუჭთაშუა ძგიდის პარალოქსული მოძრაობა

1259. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მარჯვენა პარაკუჭის არითმოგენული დისპლაზიისათვის:

- *ა) გულის მარჯვენა კამერების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1260. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი პერიკარდიუმის თანდაყოლილი არარსებობის დროს?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) აორტის დილატაცია გულმკერდის აორტის ასწვრივ ნაწილში
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1261. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის, რომელთაც გადაიტანეს პერიკარლექტომია კონსტრიქციული პერიკარდიტის გამო?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1262. მექანიკური პროთეზების რომელი სახეობა გამოიყენება იშვიათად ამჟამად?

- *ა) ბურთისებრი
- ბ) დისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით
- გ) დისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1263. აღრეული ტრანსმიტრალური სისხლის ნაკადის სიჩქარე ნორმაში არის:

- *ა) 0,6-1,3 მ/წმ
- ბ) 1,3-1,5 მ/წმ
- გ) 1,5-2,0 მ/წმ
- დ) 2,0-2,5 მ/წმ
- ე) 2,5-3,0 მ/წმ

რენგენოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია

1264. ექიმ-რენგენოლოგის დასაქმება პირდაპირი ფუნქციონალური ვალდებულებების შესრულებისას შეადგენს:

- ა) მუშაობის ცვლის დროის 40% ;

- ბ) მუშაობის ცვლის დროის 50%;
- *გ) მუშაობის ცვლის დროის 80%;
- დ) მუშაობის ცვლის დროის 100%;

1265. ოლქის საავადმყოფოს (რაიონის, რესპუბლიკის) რენტგენოლოგიური განყოფილების ექიმის შტატის რიცხოვნობა 1000 საწოლზე შეადგენს:

- ა) 4 თანამდებობა
- ბ) 5 თანამდებობა
- *გ) 6 თანამდებობა
- დ) 8 თანამდებობა

1266. ლაგვირთვის თვალსაზრისით, რა კატეგორიულად არის დაქოფილი მოსახლეობა, რომელიც გადის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას:

- ა) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით
- *ბ) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
- გ) კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
- დ) სასიცოცხლო ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა

1267. როგორია ფლუოროგრაფიული გამოკვლევის პერიოდულობა 15-40 წლამდე პირებში, რომლებიც არ შედიან მაღალი რისკის ჯგუფები და რომლებიც არ მიეკუთვნებიან აუცილებელ კონტინგენტს

- ა) 3 წელიწადში ერთხელ
- *ბ) 2 წელიწადში ერთხელ
- გ) წელიწადში ერთხელ
- დ) წელიწადში 2-ჯერ

1268. როგორია რენტგენოგრაფიის შენახვის ვადა: პათოლოგიის არარსებობის, პათოლოგიური ცვლილებების არსებობის და დაავადებული ბავშვების (შესაბამისად)

- *ა) 2 წელი, 5 წელი, 10 წელი
- ბ) 1 წელი, 3 წელი და 5 წელი
- გ) 3 წელი, 6 წელი, 8 წელი
- დ) 5 წელი, 10 წელი, 15 წელი

1269. რენტგენოლოგიური განყოფილების მუშაობის მაჩვენებლების შესაფასებლად აუცილებელია

- ა) გამოკვლევების შედეგების სისტემატიური ანალიზის გატარება
- ბ) ექიმ-რენტგენოლოგების მონაწილეობა საექიმო-სამკურნალო კომისიის მუშაობაში
- გ) პათოლოგ ანატომიურ კონფერენციაზე დიაგნოზებში აზრთა სხვაობის შემთხვევების განხილვა
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1270. ექიმ-რენტგენოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლება უნდა ხდებოდეს

- ა) ყოველწლიურად
- ბ) 2 წელიწადში ერთჯერ
- გ) 3 წელიწადში ერთჯერ
- *დ) 5 წელიწადში ერთჯერ

1271. პაციენტის რომელი ორგანოები და ქსოვილები უნდა დაფიცვთ მაინომირებული გამოსხივებისგან პირველ რიგში

- ა) ფარისებრი ჯირკვალი
- ბ) სარძევე ჯირკვლები
- *გ) ძელის გვინი, გონალები
- დ) კანი

1272. აკრძალულია ჩატარება

- ა) ბავშვებში მასობრივი პროფილაქტიკური რენტგენოლოგიური და ფლუოროგრაფიული გამოკვლევები
- ბ) სარძევე ჯირკვლების ფლუოროგრაფია
- გ) სხვადასხვა ორგანოების რენტგენოსკოპია პროფილაქტიკისათვის
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1273. რა სიხშირით უნდა დადასტურდეს სპეციალისტის სერტიფიკატები

- ა) არ უნდა დადასტურდეს
- ბ) 3 წლის შემდეგ
- *გ) 5 წლის შემდეგ
- დ) 10 წლის შემდეგ

1274. აქვთ თუ არა პროფესიული მოდერნიზაციის უფლება ექიმებს, რომლებსაც არ ჩაუბარებთ საკვალიფიკაციო გამოცდა

- ა) შეუძლიათ

ბ) არ შეუძლიათ

*გ) შეუძლიათ სტაქორის თანამდებობაზე

დ) აღმინისტრაციის დადგენილებით

1275. შეიძლება თუ არა რენგგენოლოგიური კაბინეტის მოთავსება საცხოვრებელ სახლში

ა) შეიძლება

*ბ) არ შეიძლება

გ) ნახევრად სარდაფიან დაწესებულებაში

დ) კარგი ღაცვის პირობებში შეიძლება

1276. რა სიხშირით უნდა ხდებოდეს სამელიცინო გამოკვლევა იმ პირებისთვის, რომლებიც მაიონიზირებელი გამოსხივების სფეროში მუშაობენ

ა) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

ბ) 2-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

*გ) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში და 1-ჯერ წელიწადში პროფპათოლოგიის ცენტრში

დ) ყოველწლიურად პროფ-პათოლოგიის ცენტრში

1277. ექიმ-რენგგენოლოგის და რენგგენო-ლაბორანტის სამუშაო კვირის ხანგრძლივობა რენგგენო-დიაგნოსტიკურ კაბინეტში

*ა) არა უმეტეს 30 სთ-ის (2000 წთ)

ბ) არ ნორმირდება

გ) 41,6 სთ (2500 წუთი)

დ) 50 სთ (3000 წუთი)

რენგგენოლოგიის ზოგადი საკითხები

1278. რენგგენოლოგიის განვითარება დაკავშირებულია რენგგენის სახელთან, რომელმაც გამოსხივება აღმოაჩინა

ა) 1890 წელს

*ბ) 1895 წელს

გ) 1900 წელს

დ) 1905 წელს

1279. მრავალპროექციული გამოკვლევა შეიძლება იქნას ნაწარმოები

ა) ორთოპომიციაში

ბ) ტროქოპომიციაში

გ) ლაგეროპომიციაში

*დ) ყველა სწორია

1280. რენგგენოგრაფიის გეომეტრიული არასიმკვეთრე დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა

ა) ფოკუსური ლაქის ზომებზე

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილზე

გ) ობიექტ-ფირის მანძილზე

*დ) ობიექტის მოძრაობაზე გადაღებისას

1281. ლაგეროგრაფიისას შეიძლება სურათების მიღება მარგო

ა) პირდაპირ პროექციაში

ბ) გვერდით პროექციაში

გ) ირიბ პროექციაში

*დ) ნებისმიერ პროექციაში

1282. გამოსახულების პირდაპირი გადიდება მიიღება

ა) ფოკუს-ობიექტის მანძილის გადილებით

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილის გადილებით

გ) ფოკუსური ლაქის ზომის გადილებით

*დ) ობიექტ-ფირის მანძილის გადილებით

1283. სიბნელეში თვალების ადაპტაციისთვის საჭირო დრო მიახლოებით არის

ა) 5 წთ

ბ) 15 წთ

*გ) 30 წთ

დ) 1 სთ

1284. სამელიცინო რადიოლოგია ეს არის მეცნიერება სამელიცინო მიმნით გამოსხივების გამოყენებისა, მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილებია:

ა) ლავალების ამოცნობა (სხივური დიაგნოსტიკა)

- ბ) დაავადების მკურნალობა (სხივური თერაპია)
- გ) მასობრივი გამოკვლევები, ფარულად მიმდინარე დაავადებების გამოსავლენად (სხივური სკრინინგი)
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1285. რენტგენული გამოსხივების სპექტრი მდებარეობს:

- ა) რადიოტალღებსა და მაგნიტურ ველს შორის
- ბ) ინფრაწითელ და ულტრაიისფერ გამოსხივებას შორის
- *გ) ულტრაიისფერ და გამა გამოსხივებას შორის
- დ) რადიოტალღებსა და ინფრაწითელ გამოსხივებას შორის

1286. რენტგენული გამოსხივების რომელი თვისება განსაზღვრავს მის ბიოლოგიურ მოქმედებას

- ა) შეღწევალობის უნარი
- ბ) ბიოლოგიურ ქსოვილებში გარდატეხა
- გ) გამოსხივების გავრცელების სისწრაფე
- *დ) ატომების იონიზაციის უნარი

1287. რომელი ქსოვილია ყველაზე მეტად მგრძობიარე მაიონიზირებელი გამოსხივების მიმართ:

- ა) კუნთოვანი ქსოვილი
- ბ) მთოკარლიუმი
- გ) ეპითელური ქსოვილი
- *დ) სისხლძვარი ქსოვილი

1288. ში-სისტემაში ექვივალენტური დოზის ერთეულია:

- ა) გრეი
- ბ) რადი
- გ) ბერი
- *დ) ზივერტი

1289. ერთეული ზივერტი უდრის:

- ა) 100 რადს
- *ბ) 10 ბერის
- გ) 0,1 გრეის
- დ) 100 მილი რენტგენს

1290. ში-სისტემაში შთანთქმული დოზის ერთეულია გვევლინება:

- ა) რენტგენი
- ბ) რადი
- *გ) გრეი
- დ) ზივერტი

1291. ერთი გრეი უდრის:

- *ა) 100 რად-ს
- ბ) 10 000 რად-ს
- გ) 1000 რად-ს
- დ) 10 რად-ს

1292. რომელი დოზა იზომება რენტგენებში:

- ა) ექვივალენტური
- ბ) შთანთქმული
- გ) ბიოლოგიური
- *დ) ექსპოზიციური

1293. ობიექტ- რენტგენის მილი მანძილის ორჯერ გამრდისას გამოსხივების დოზა მცირდება:

- *ა) 4-ჯერ
- ბ) 1,42-ჯერ
- გ) 2-ჯერ
- დ) 16-ჯერ

1294. რომელი ელექტრონული დენი გამოიყენება სტაციონარში რენტგენოლოგიურ აპარატებში?

- ა) ცვლადი
- *ბ) გასწორებული
- გ) მუდმივი
- დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილიდან

1295. რომელი ხელსაწყოთი ხდება რენტგენოლოგიურ კაბინეტში ქსელში ძაბვის განსაზღვრა

- ა) კილოვოლტმეტრით
- ბ) მილიამპერმეტრით
- *გ) ვოლტმეტრით
- დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილი

1296. რენტგენის მილის კოლბა ავსებულია

- ა) კრიპტონით
- *ბ) შექმნილია ვაკუუმი
- გ) წყალბადით
- დ) ჰაერით

1297. რენტგენის სხივის ენერჯის სიხისგე დამოკიდებულია

- ა) კათოდზე მიწოდებული დენის ძალაზე
- ბ) მასალაზე, რომლისგანაც დამზადებულია ანოდი
- გ) მილის გაგრილების სისტემაზე
- *დ) მაღალი ძაბვის სიდიდეზე

1298. რა შემთხვევაში უნდა მოხდეს პალატის რენტგენოლოგიური აპარატის დამიწება

- *ა) ელექტრულ ქსელში ნებისმიერი ჩართვის დროს
- ბ) დამიწება არ არის აუცილებელი
- გ) რენტგენოგრაფიის შესრულების დროს
- დ) რენტგენოსკოპიის ჩაგარების დროს

1299. ტომოგრაფიის მოძრავი ნაწილის როგორი კუთხით რხევისას გამოიყოფა ყველაზე თხელი შრე

- *ა) 60-გრადუსით
- ბ) 45-გრადუსით
- გ) 30-გრადუსით
- დ) 15-გრადუსით

1300. მენსტრუაციული ციკლის რომელ პერიოდშია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კერძოდ მამოგრაფია ყველაზე უსაფრთხო

- *ა) მენსტრუაციის დამთავრებიდან მეორე კვირაში
- ბ) ნებისმიერ პერიოდში
- გ) მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ კვირაში
- დ) შემდგომი მენსტრუაციის მოსვლაამდე

1301. თავის ქალას ფიზიოლოგიური ჰორიზონტალური სიბრტყე

- *ა) პერპენდიკულარულია საგიტალური და ფრონტალური სიბრტყეების, რომელიც გადის გარეთა სასმენ ხერეულსა და თვალბუდის შესავლის ქვედა კიდეზე
- ბ) ყოფს თავს წინა და უკანა ნაწილებად
- გ) პერპენდიკულარულია საგიტალურის და პარალელურია ფრონტალური სიბრტყის
- დ) ასწორია ყველა ჩამოთვლილი

1302. როგორ უნდა იყოს მოთავსებული ფიზიოლოგიური ჰორიზონტალის სიბრტყე თავის ქალას რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ უკანა პროექციაში

- ა) მაგიდის სიბრტყესთან 45 გრადუსით
- *ბ) მაგიდის სიბრტყის პერპენდიკულარულად
- გ) მაგიდის სიბრტყის პარალელურად
- დ) მაგიდის სიბრტყესთან 20 გრადუსიანი კუთხით

1303. საყრდენი წერტილები ყვრიმალის ძვლების რენტგენოგრაფიისას

- *ა) ნიკაპი
- ბ) ცხვირ-ნიკაპი
- გ) ცხვირ-შუბლი
- დ) ცხვირ-შუბლ-ნიკაპი

1304. როგორია ძირითადი სტანდარტული პროექციები გულის რენტგენოგრაფიისას

- ა) პირდაპირი წინა და მარცხენა გვერდითი
- ბ) წინა პირდაპირი, პირველი და მეორე წინა ირიბი
- *გ) წინა პირდაპირი, I და II წინა ირიბი, გვერდითი
- დ) წინა პირდაპირი და ნებისმიერი გვერდითი

1305. ცენტრალური სხივის მიმართულება გულმკერდის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

- *ა) გულმკერდის მე-6, მალა

- ბ) გულმკერდის მე-8 მალა
- გ) გულმკერდის მე-10 მალა
- დ) გულმკერდის მე-3 მალა

1306. ფილგვის დამიზნებითი სურათის გადაღებისას, ფილგვის რენტგენოგრაფიისგან განსხვავებით, აუცილებელია

- ა) მიღზე ძაბვის შემცირება
- *ბ) მიღზე ძაბვის გაზრდა
- გ) არ შეეცვალოს მიღზე ძაბვა
- დ) ექსპოზიციის შეცვლა

1307. მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში, ცენტრალური გამოსხივების კონა მიმართულია

- ა) გულმკერდის მე-9 მალაზე
- ბ) გულმკერდის მე-12 მალაზე
- გ) მკერდის მახვილისებრ მორჩმე
- *დ) თედოს ძვლის ქელების შემაერთებელი ხაზიდან 1-2 სმ-ით ზემოთ

1308. რა მდგომარეობაში უნდა იქნას ნაწარმოები მუცლის ღრუს ორგანოების რენტგენოგრაფია თავისუფალი გაზის აღმოსაჩენად

- *ა) ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- ბ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გვერდზე მწოლიარე
- გ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ზურგზე

1309. გერუის როტაცია მენჯ-ბარძაყის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

- *ა) 10-12 გრადუსით შიგნით
- ბ) როტაციას არ საჭიროებს
- გ) 10-12 გრადუსით გარეთ
- დ) 30 გრადუსით შიგნით

1310. გამაძლიერებელი ეკრანი დაბინძურებისას მუშავდება

- ა) აცეტონით
- ბ) სუსტი საპნიანი ხსნარით
- გ) ძმარმჟავათი
- *დ) სპირტით

1311. როგორი დეტექტორები გამოიყენება კტ-ში

- ა) მხოლოდ ნახევრად გამტარი ელემენტები
- *ბ) ნახევრად გამტარი ელემენტები და კსენონური დეტექტორები
- გ) მხოლოდ ქსენონური დეტექტორები
- დ) გამაძლიერებელი რენტგენის ეკრანი

1312. როგორ უნდა მომზადდეს ავადმყოფი კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის

- ა) ღიება
- *ბ) უმზომე ყოფნით
- გ) გამწმენდი ოყნა
- დ) ოყნა საღამოს და ღილით

1313. როგორ მზადდება ავადმყოფი ჰისტეროსალპინგოსკოგრაფიისას

- *ა) ნაწლავების გაწმენდა და შარდის ბუშტის დაცლა
- ბ) მომზადებას არ საჭიროებს
- გ) შიმშილი
- დ) შარდის ბუშტის დაცლა

1314. რომელ ორგანოში (ქსოვილში) ხდება ყველაზე ნაკლებად შთანთქმა რენტგენის სხივების

- ა) ძვალი
- ბ) ღვიძლი
- *გ) ცხიმოვანი ქსოვილი
- დ) კუნთები

1315. რა მიზანს ისახავს რენტგენოგრაფია პირდაპირი გადიდებით

- *ა) მცირე ღებლების უკეთ გამოსახვა
- ბ) ჩვეულებრივ რენტგენოგრაფიაზე უხილავი ღებლების ვიზუალიზაცია
- გ) პაციენტზე სხივური დატვირთვის შემცირება
- დ) გამოსახულების გეომეტრიული სიმკვეთრის მომატება

1316. რა უპირატესობები აქვს დიგიტალურ ფლუოროგრაფიას ჩვეულებრივ ფლუოროგრაფიასთან შედარებით

- ა) სხივური დატვირთვის შემცირება გამოსაკვლევ პირზე
- ბ) ფოტოპროცესის არ არსებობა
- გ) რენტგენის ფირის საჭიროების არ არსებობა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

რენტგენოლოგიისა და სხივური დიაგნოსტიკის ფიზიკურ-ტექნიკური საფუძვლები

1317. რენტგენის გამოსხივების ღომის სიმძლავრის ერთეულია

- ა) რენტგენი
- ბ) რადი
- *გ) რენტგენ/წთ
- დ) გრეი

1318. ელექტრომაგნიტურ გამოსხივებას არ მიეკუთვნება

- ა) ინფრაწითელი სხივები
- *ბ) ულტრაბგერა
- გ) რადიოგაღებები
- დ) რენტგენის სხივები

1319. რენტგენის გამოსხივების ინდივიდუალური დოზიმეტრის ჩვენება დამოკიდებულია

- ა) გამოსხივების სიმძლავრეზე
- ბ) გამოსხივების სიხისტეზე
- გ) დასხივების ხანგრძლივობაზე
- *დ) ყველა სწორია

1320. კლასიკურ შემთხვევაში გაფანტულ გამოსხივებას აქვს

- ა) უფრო მაღალი ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- *ბ) უფრო ნაკლები ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- გ) იგივე ენერგია, რაც გამოშავალი გამოსხივებას
- დ) სწორი პასუხი არ არის

1321. რაც უფრო მცირეა რენტგენის მილის ფოკუსი, მით უფრო

- ა) მცირეა სურათზე ლეგალების გარჩევადობის უნარი
- ბ) მეტია გეომეტრიული ლეფორმაციები
- *გ) მკვეთრია გამოსახულება რენტგენის ფირზე
- დ) მცირეა ლეგალების სიმკვეთრე

1322. დიაგნოსტიკური რენტგენის მილის ჭეშმარიტ ფოკუსს აქვს ფორმა

- ა) მრგვალი
- ბ) სამკუთხედის
- *გ) მართკუთხედის
- დ) ტრაპეციის

1323. სტაციონალური რენტგენის მილის გამოსხივება არის

- ა) მონოენერგეტიკული
- ბ) გააჩნია ფართო სპექტრი
- გ) დამოკიდებულია მკვებაზე ღენის ძაბვაზე
- *დ) ყველა სწორია

1324. რენტგენის მილის მცირე ფოკუსად ითვლება ფოკუსი7 რომლის ზომები მიახლოებით გოლია

- *ა) 0,2x0,2 მმ
- ბ) 1x1 მმ
- გ) 2x2 მმ
- დ) 4x4 მმ

1325. რენტგენის მილში სხივების მისაღებად ელექტრონების წყაროდ გვევლინება

- ა) მბრუნავი ანოდი
- *ბ) ვარვარების ძაფი
- გ) ფოკუსირებადი ფიალა
- დ) ვოლფრამის სამიზნე

1326. რენტგენის სურათის სიმკვეთრეზე გავლენას არ ახდენს

- ა) გამაძლიერებელი ეკრანის ფლუოროცენტული შრის სისქე

- ბ) ლუმინოფორის კრისტალების ზომა
- *გ) გამაძლიერებელი ეკრანის ქვესაფენის სისქე
- დ) ეკრანის კონტაქტი რენტგენის ფირთან

1327. ექსპოზიციის რენტგენული რელეს მართვისას აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი პირობის დაცვა, გარდა

- ა) მანძილი ფოკუს-ფირი
- ბ) გამოსხივების სიმკვეთრე
- გ) რენტგენის ფირის ტიპი
- *დ) კასეტის ზომა

1328. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, რომლებიც ეხება რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებლის უპირატესობას რენტგენოსკოპიულ ეკრანთან შედარებით არასწორია

- *ა) ფლუოროსკოპიულ ეკრანზე გამოსახულების დასანახად საჭიროა სიბუნელესთან ადაპტაციის მეტი დრო, საგველევიმო მონიტორის ეკრანთან შედარებით
- ბ) პაციენტის დასხივების დოზა კლებულობს
- გ) გამოსახულების კონტრასტულობა და დეტალების გარჩევადობა მაგვულობს
- დ) მეტია აპარატურის გამძლეობა

1329. რენტგენის მილში ტყვიის დიაფრაგმის გამოყენების მიზანს წარმოადგენს

- ა) ექსპოზიციის დროს შემცირება
- *ბ) რენტგენის სხივის კონის შემოსაზღვრა
- გ) გამჭვლავნების დროის შემცირება
- დ) რბილი გამოსხივების ფილტვრიება

1330. გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება საშუალებას იძლევა ექსპოზიცია შემცირდეს სულ მცირე

- ა) 1,5-ჯერ
- ბ) 3-ჯერ
- *გ) 10-ჯერ
- დ) 100-ჯერ

1331. ყველაზე დიდ სხიურ დატვირთვას იძლევა

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ფლუოროგრაფია
- *გ) რენტგენოსკოპია ლუმინისცენტური ეკრანით
- დ) რენტგენოსკოპია რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებელით

1332. ტომოგრაფიის ინფორმაცულობა განისაზღვრება: 1) გამომსხივებლის გადახრის ამპლიტუდით; 2) მანძილით ფოკუსი-ფირი; 3) გამოსხივების სიმძლავრით

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

1333. რენტგენოგრაფიის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებელი დაკავშირებულია ფოტოლამუშავების პირობებთან, გარდა

- ა) კონტრასტულობა
- ბ) გარჩევადობა
- *გ) გამოსახულების სიდიდე
- დ) გაშვების ხარისხი

1334. რენტგენის ფირის მგრძობელობა დამოკიდებულია

- ა) ფოტოლამუშავებაზე
- ბ) გამოყენებული ეკრანის ტიპზე
- გ) შენახვის ხანგრძლივობასა და პირობებზე
- *დ) ყველა სწორია

1335. ვიზუალური კონტროლით გამჭვლავნებულ რენტგენოგრაფებს აქვს ყველა ჩამოთვლილი ნაკლი, გარდა

- ა) არასაკმარისად გამოყენებული გამამჭვლავნებელი
- ბ) ფირის დაქვეითებული კონტრასტულობა
- გ) ფირის გაშვების გადამეტებული ხარისხი
- *დ) ვერ კონტროლდება რენტგენოგრაფიის რეჟიმების არამუსტი დაყენება

1336. რენტგენოლოგიაში ხელოვნური კონტრასტირებისათვის გამოიყენება

- ა) ბარიუმის სულფატი

- ბ) იოდის ორგენული შენაერთი
- გ) აირები (ეხანგბადი, ნახშირორთქანი, აზოტის ქვეყანი)
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

საჭმლის მომწეების სისტემისა და მუცლის ღრუს ორგანოების სხივური დიაგნოსტიკა

1337. საყლაპავის ლორწოვანის ნაოჭები უკეთ გამოისახება:

- ა) ბარიუმის ფაფით სრული ავსებით.
- *ბ) საყლაპავში კონტრასტის გავლის მე-3 ფაზაში, ე.წ. ლორწოვანის ფაზაში.
- გ) ორმაგი კონტრასტირების დროს.
- დ) რელაქსანტების გამოყენებისას.

1338. ოპტიმალური პროექციები, ვერტიკალურ მდგომარეობაში, საყლაპავის დისტალური სეგმენტის რენტგენოლოგიური კვლევისას:

- ა) პირდაპირი.
- ბ) გვერდითი.
- გ) II ირიბი.
- *დ) I ირიბი.

1339. საყლაპავის კედლის გასქელების გამოვლენა შესაძლებელია, მხოლოდ:

- *ა) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.
- ბ) საყლაპავის სრული (მჭიდრო) ავსებით ბარიუმის ფაფით.
- გ) პნეუმომედიასტინოსკოპიით.
- დ) პარიეტოგრაფიით.

1340. საყლაპავის პერისტალტიკის ობიექტური შეფასება შესაძლებელია:

- ა) რენტგენოსკოპიით.
- ბ) რენტგენოგრაფიით.
- გ) ფუნქციური სინჯებით.
- *დ) რენტგენოკინემატოგრაფიით (ვიდეოჩანაწერით).

1341. საყლაპავის ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებაზე ეჭვის შემთხვევაში მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) სტანდარტული ბარიუმის ფაფა.
- ბ) სქელი ბარიუმის ფაფა.
- გ) სინჯი დექსტრანით.
- *დ) ფუნქციური სინჯები.

1342. საყლაპავის ორმაგი კონტრასტირებისათვის საყლაპავში აირის შეყვანის ყველაზე მარტივი მეთოდია:

- ა) წერილი მონლით შეყვანა.
- ბ) პაციენტის მიერ ჰაერის ყლაპვა.
- *გ) პაციენტის მიერ მონაცვლეობით ჰაერისა და ბარიუმის ფაფის გადამყლაპვა.
- დ) პაციენტის მიერ სოდისა და ლიმონმჟავას ხსნარების მიღება.

1343. ხახის ორგანული დაზიანების დროს, რენტგენოლოგიური კვლევისას, ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) კისრის რბილი ქსოვილების რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.
- ბ) ხახის კონტრასტული კვლევა ბარიუმის ფაფით.
- *გ) რელაქსაციური კონტრასტული ფარინგოგრაფია.
- დ) ტომოგრაფია.

1344. ხახის ფუნქციური დაზიანების დასადგენად ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია (ზემცოვის მიხედვით).
- ბ) რენტგენოგრაფია ბარიუმის ფაფით ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში.
- *გ) კონტრასტული ფარინგოგრაფია ფუნქციური სინჯების გამოყენებით (ყლაპვა, მიულერის, ვალვასლავის და სხვა).
- დ) რელაქსაციური ფარინგოგრაფია.

1345. ხახისა და საყლაპავის კისრის ნაწილის უკონტრასტო გვერდითი რენტგენოგრაფია რომელი დაზიანების დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება უფრო ხშირად:

- ა) ხახის და საყლაპავის სიმსივნეების დროს.
- *ბ) საყლაპავის უცხო სხეულების დროს.
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების დროს.
- დ) ყლაპვის აქტის დარღვევისას.

1346. ივანოვ-პაბელოვის მეთოდის მდგომარეობს:

- ა) გამოკვლევა ბარიუმის პასტის გამოყენებით.

ბ) საყლაპავის ორმაგ კონგრასტირებაში.

*გ) ჩაის კოვზით სქელი ბარიუმის ფაფის მიღება, მისი შემდგომი ჩამორეცხვით საყლაპავის კელიდან წყლის მიღებით.

დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბის გადაყლაპვა.

1347. კარლის (გასტრო-ემოფაგეალური რეფლუქსი) ფუნქციური უკმარისობის გამოსავლენად ავადმყოფთა გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

ა) მიულერის ცდის პირობებში.

*ბ) პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას მარცხენა ირიბ პოზიციაში

გ) ფარმაკოლოგიური რელაქსანტების გამოყენებით.

დ) მაქსიმალური ამოსუნთქვის დროს.

1348. კუჭის პროქსიმალური ნაწილის კვლევის ოპტიმალურ მეთოდიკას წარმოადგენს გამოკვლევა პირდაპირ და გვერდით პროექციებში:

ა) ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ზურგზე წოლისას, კუჭის სრული შევსებისას.

ბ) ორმაგი კონგრასტირება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას.

გ) კუჭის სრული შევსებისას საყლაპავის კონგრასტირებით.

*დ) ავადმყოფის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

1349. კუჭის ნატიფი რელიეფის (კუჭის ველების) ვიზუალიზაციის ყველაზე ხელსაყრელი ტექნიკური და მეთოდური ხერხია:

ა) რენტგენოსკოპია რენტგენოგელევიზიის გამოყენებით.

ბ) პნევმორელიეფის პირობებში სპეციალური გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება.

გ) რენტგენის მილის მიკროფოკუსი, ხისტი გამოსხივება.

*დ) რენტგენოგრაფია მოკლე ექსპოზიციით, წერილდისპერსიული ბარიუმის ფაფა, ღობირებული კომპრესია.

1350. კუჭ-ნაწლავის გრაფტის ორგანოთა კედლის სისქის შეფასება შესაძლებელია:

ა) ექოსკოპიით.

ბ) ორმაგი კონგრასტირებით.

*გ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

დ) ანგიოგრაფიით.

1351. გასტრო-ემოფაგეალური მილდამოს ფუნქციური და ორგანული შევიწროების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის, რომელი ჯგუფის პრეპარატები იძლევა საუკეთესო ეფექტს:

ა) ქოლინოლიმური - ატროპინი, მეტაცინი.

*ბ) ნიტრატები - ამილნიტრიტი, ნიტროგლიცერინი.

გ) განგლიობლოკატორები - ბუსკოპანი და სხვა.

დ) ქოლინომიმეტიკური ჯგ. - მორფინი და სხვა.

1352. კუჭ-ნაწლავის გრაფტის რელაქსაციისათვის გამოიყენება:

ა) მორფინი.

ბ) პილოკარპინი.

გ) აციკლიდინი, პროპერინი.

*დ) ატროპინი, მეტაცინი, აერონი.

1353. კუჭ-ნაწლავის გრაფტის ეგზოფიგური წარმონაქმნების დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიული მეთოდიკაა:

*ა) სტანდარტული რენტგენოლოგიური კვლევა ნახევრადსრული და სრული შევსების ფაზაში.

ბ) პირველი ორმაგი კონგრასტირება.

გ) პნევმოგრაფია.

დ) პნევმოპერიტონიუმი.

1354. კუჭქვეშა ჯირკვლის ქსოვილით შემოსაზღვრული მოცულობითი წარმონაქმნების გამოვლენის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდიკაა: 1) ულტრაბგერითი გამოკვლევა; 2) კომპიუტერული ტომოგრაფია; 3) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია; 4) რენტგენოგრაფიული პანკრეატოგრაფია.

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) სწორია 1 და 2

1355. კოლინჯის რენტგენოლოგიური კვლევის ძირითადი მეთოდიკაა:

ა) პერორალური ავსება.

*ბ) ირიგოსკოპია.

გ) წყლის ოყნა და სუპერვოლტური (ხისტი) რენტგენოგრაფია.

დ) შერიქს მეთოდიკა.

1356. მსხვილი ნაწლავის რომელი დაავადების დროს გამოიყენება კომპიუტერული ტომოგრაფია, როგორც დამაგები მეთოდი.

- ა) არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს.
- ბ) ნაწლავის საერთო ჯორჯლის დროს.
- *გ) სიმსივნური დაავადების დროს.
- დ) გირმპრუნგის დაავადების დროს.

1357. ილეოცეკალური უბნისა და წვრილი ნაწლავის გერმინალური მონაკვეთის დეტალური შესწავლისათვის, უფრო მიზანშეწონილია:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) კონტრასტული ენცეროოფნის მეთოდი კა.
- *გ) შერიეკს მეთოდი

1358. საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გამოკვლევა ბარიუმის მილებიდან 24 საათის შემდეგ გამოიყენება:

- ა) მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიის შესასწავლად.
- ბ) ილეოცეკალური უბნის გამოსაკვლევად.
- *გ) საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში ბარიუმის პასაჟის ვადების შესწავლის მიზნით. მსხვილი ნაწლავის მდებარეობის დადგენის მიზნით.
- დ) წვრილი ნაწლავის პათოლოგიის შესწავლის მიზნით.

1359. წვრილი ნაწლავის დისტალური ნაწილის გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

- ა) პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.
- ბ) ჰორიზონტალურში ზურგზე.
- გ) ჰორიზონტალურში მუცელზე.
- *დ) ჰორიზონტალურში, ზურგზე კომპრესიით.

1360. პანკრეასის თავის კიბოზე ეჭვის დროს, რომელიც ჩამრდილია ქოლელექსში ან დიდი დუოდენალური დერილის სიმსივნის შემთხვევაში, დამამუსგებელი მეთოდიკის სახით მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) ინტენსიური ქოლეგრაფია.
- ბ) ინფუზიური ინტრავენური ქოლეგრაფია.
- გ) რეგროგრადული ენდოსკოპიური ქოლანგიოგრაფია.
- *დ) გრანსპარიეტალური ქოლანგიოგრაფია.

1361. სახალველ გზებზე ოპერაციის შემდეგ დრენაჟიდან ნაღვლის ხანგძლივი გამოყოფის დროს, ნაჩვენებია:

- ა) ლაპარასკოპია.
- *ბ) ფისტულოგრაფია.
- გ) პერორალური ქოლექსტოგრაფია.
- დ) ინტრავენური ქოლეგრაფია.

1362. ნაღველ კენჭოვანი დაავადების დროს ბილიარული სისტემის ყველაზე ინფორმატიულ გამოკვლევას წარმოადგენს:

- ა) ერქპე.
- *ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- გ) ინტრავენური ქოლექსტოქოლანგიოგრაფია.
- დ) ინფუზიური ქოლეგრაფია.

1363. პანკრეასში მოცულობითი პროცესის არსებობისას, რომელიც გართულებულია მექანიკური სიყვითლით, დაავადების ხასიათის დამამუსგებელი მეთოდიკას წარმოადგენს:

- ა) კუჭისა და ნაწლავების - ბარიუმის ფაფით გამოკვლევა.
- ბ) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია.
- გ) ინფუზიური ინტრავენური ქოლეგრაფია.
- *დ) რეგროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია.

1364. ნაღვლის ბუშტის რენტგენოლოგიური კვლევისას საკონტრასტო ნივთიერების მილებიდან გამოკვლევის დაწყებამდე ოპტიმალურ დროს წარმოადგენს:

- ა) 8-10 სთ.
- ბ) 10-12 სთ.
- *გ) 12-15 სთ.
- დ) 15-20 სთ.

1365. ნაღვლის ბუშტის დაკონტრასტირება პერორალური ქოლექსტოგრაფიის დროს ხორციელდება:

- *ა) ორგანიზმის უნარით გამოჰყოს საკონტრასტო ნივთიერება, ნაღველთან ერთად და ნაღვლის ბუშტის უნარით, მოახდინოს კონტრასტირებული ნაღვლის შესქელება (კონცენტრირება).
- ბ) ნაღვლის ბუშტის კედლის მიერ საკონტრასტო ნივთიერების გამოყოფის ხარჯზე.
- გ) კონტრასტირებული ნაღველიდან ცილის ამორჩევითი აბსორბციის ხარჯზე.
- დ) შემთხვევითი პროცესების შერწყმის ხარჯზე.

1366. მუცლის ნებისმიერ ნაწილში არსებული ნაჭუჭისმაგვარი, მოზაიკური ხასიათის გაკირვა, არასწორი მომრგვალო ან სფერული ფორმის დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- *გ) პარაზიტული კისტის.
- დ) ტერატოლერმოიდული სიმსივნის.

1367. მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილში პალპირებული სიმსივნური წარმონაქმნის შესაბამისად კომპაქტური უსწორმასწორო ფორმის გაკირული უბნის არსებობა დამახასიათებელია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- გ) პარაზიტული კისტის.
- *დ) ტერატოლერმოიდული კისტის.

1368. კომპაქტურად განლაგებული, ერთგვაროვანი გაკირული უბნების არსებობა ბოქვენის სიმფიზის ზემოთ განპირობებულია:

- ა) შარდის ბუშტის ქვებით.
- ბ) ტერატოლერმოიდული კისტით.
- *გ) სამეილოსნოს ფიბროზით ან წინამდებარე ჯირკვლის აღენოზით.

1369. წვრილი, მკვეთრად შემოსაზღვრული ბეჭდისებური ან ხაზოვანი ფორმის, სადა კონტურიანი ჩრდილები, მცირე მენჯის ძელოვანი კედლების გაყოფებით, განპირობებულია:

- ა) გაკირული ლიმფური კვანძებით.
- ბ) შარდსაწვეთის ქვებით.
- *გ) ფლებოლითებით.
- დ) საკვერცხის კიბოთი.

1370. გაკირული ხაზოვანი ჩრდილები, რომლებიც, პირდაპირ პროექციაში ლოკალიზებულია ხერხემლის გასწვრივ, ხოლო გვერდით პროექციაში მის წინ, დამახასიათებელია:

- *ა) მაგისტრალური სისხლძარღვების კედლების გაკირვის.
- ბ) პარაზიტების.
- გ) გაკირული ლიმფური ჯირკვლების.
- დ) ჩამონაწვეთი აბსცესის.

1371. სოლიტარული, 1 სმ-მდე უსწორმასწორო ფორმის გაკირული ჩრდილის მდებარეობა მუცლის ღრუს მარჯვენა ზემო სართულში, გვერდით პროექციაში ხერხემლის წინ, განპირობებულია:

- *ა) ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის საერთო სადინრის ქვით.
- ბ) თირკმლის ქვით.
- გ) გაკირული ლიმფური კვანძით.
- დ) გაკირული უბნით პანკრეასის თავში.

1372. ელენთის მდგომარეობის შესახებ ყველაზე სარწმუნო დიაგნოსტიკური მონაცემები მიიღება:

- ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით.
- ბ) პნევმოპერიტონეუმის პირობებში მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფიით.
- *გ) ულტრაბგერითი კვლევით.
- დ) ანგიოგრაფიით.

1373. ელენთის განვითარების ანომალიების (ფორმის შეცვლა, კუდიანი ელენთა) და მისი უჩვეულო მდებარეობის დადგენაში სარწმუნო მეთოდია:

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) რენტგენოგრაფია პნევმოპერიტონეუმის პირობებში.
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1374. ელენთაში მიკროკალცინატების არსებობა და მათი ბუნება უკეთ გამოვლინდება:

- ა) მუცლის რენტგენოგრაფიით.
- ბ) პნევმოპერიტონეუმში.
- გ) ულტრაბგერით.
- *დ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

1375. საყლაპავის აბლომინალური ნაწილი პერიტონეუმთან ურთიერთობაში მდებარეობს:

- ა) ინტრაპერიტონეალურად.
- *ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მეზოპერიტონეალურად.

1376. კუჭი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

- *ა) ინტრაპერიტონეალურად.
- ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მემბრანული პერიტონეალურად.

1377. 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

- *ა) ინტრაპერიტონეალურად.
- ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მემბრანული პერიტონეალურად.

1378. საყლაპავში კონტრასტის ნორმალურ მსვლელობას არ ცვლის:

- ა) აორტა.
- ბ) მარცხენა მთავარი ბრონქი.
- გ) მარცხენა წინაგული.
- *დ) კენგი ვენა.

1379. თუ პაციენტი შეშინებული ან ემოციურად აშლილია, მისი კუჭი:

- *ა) ჰიპოტონურია.
- ბ) ჰიპერტონულია.
- გ) გაძლიერებულად პერისტალტირებს.
- დ) კუჭის ფუნქცია არ იცვლება.

1380. კუჭის გამოკვლევისას ზომიერი გაბერვისას ნორმალურ პირობებში მისი კედლები:

- ა) სწორდება.
- ბ) ჩაიდრიკება.
- *გ) გამოიბერება.
- დ) პოლიგონალური ხდება.

1381. კუჭის გადახრების დროს მისი თაღი გადაადგილდება:

- ა) წინ.
- *ბ) უკან.
- გ) შიგნით.
- დ) გარეთ.

1382. კუჭის ანტრალური ნაწილის ლორწოვანის ნაოჭების ნორმალური მიმართულება:

- ა) გრძივი.
- ბ) განივი.
- გ) ირიბი.
- *დ) ნებისმიერი ზემოთ ჩამოთვლილიდან, მოტორიკის ფაზის გათვალისწინებით.

1383. პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში კვლევისას კუჭის პერისტალტიკა იწყება:

- ა) კარდიის ღონეზე.
- ბ) სხეულის ზემო ნახევრის ღონეზე.
- *გ) სხეულის ქვემო ნახევრის ღონეზე.
- დ) ანტრალური ნაწილის ღონეზე.

1384. ნორმალურ პირობებში ბარიუმის პირველი ულუფის პასაჟი წვრილ ნაწლავებში შეადგენს:

- ა) ერთ საათს.
- *ბ) სამ საათს.
- გ) ხუთ საათს.
- დ) შვიდ საათს.

1385. ლორწოვანის ნაოჭები ყველაზე მკაფიოდ გამოხატულია:

- ა) მღივ ნაწლავში.
- ბ) თემოს ნაწლავში.
- გ) 12-გოჯა ნაწლავში.
- *დ) მღივსა და 12-გოჯა ნაწლავში.

1386. წვრილი ნაწლავის ხაოები საჭიროა:

- ა) საკვებისა და ფერმენტების უკეთესი შერევისათვის.
- *ბ) შემწოვი ზედაპირის ფართის გასაზრდელად.
- გ) ნაწლავის დაგრძელებისათვის.
- დ) უმრუნველყოფენ სანათურის უფრო მეტ სიგანეს.

1387. ილეოცეკალური სარქელის ფუნქციებია:

- ა) საკვების მონელებამდე წვრილი ნაწლავიდან მისი შიგთავსის ნაადრევი გაღასვლის თავიდან აცილება.
- ბ) მსხვილნაწლაგოვანი ფლორის წვრილში მოხვედრის თავიდან აცილება.
- *გ) ორივე ბემოთსხენებული.
- დ) არცერთი ბემოთსხენებულიდან.

1388. ნაწლაგის ჩამოთვლილი ნაწილებიდან ჯორჯალი არა აქვს:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლაგს.
- ბ) მლივ ნაწლაგს.
- გ) თეძოს ნაწლაგს.
- დ) ჭია ნაწლაგს.

1389. შემთხვევითა 75% -ში დიდი დეოლენალური დერილი ლოკალიზდება 12-გოჯა ნაწლაგის მედიალურ კელელზე:

- ა) მის ბემო ჰორიზონტალურ ნაწილში.
- *ბ) დასწერივ ნაწილში.
- გ) ქვემო მუხლში.
- დ) ქვემო ჰორიზონტალურ გოგში.

1390. ელენთის ფორმა უმეგესად:

- ა) მომრგვალოა.
- ბ) ოვალურია.
- *გ) ცერცვისებურია.
- დ) ელიფსოიდურია.

1391. ნორმაში ელენთის კონგურები:

- ა) მკაფია.
- ბ) ტალღისებური.
- გ) არამკაფია.
- *დ) მკაფიო და სწორია, მხოლოდ დიაფრაგმისაკენ მიმართულ გედაპირზე.

1392. დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი მარჯვენასთან შედარებით მდებარეობს:

- ა) იგივე ღონეზე.
- *ბ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ქვემოთ.
- გ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ბემოთ.
- დ) ჩასუნთქვისას ქვემოთ, ამოსუნთქვისას ბემოთ.

1393. ბაეშეებში, მომრდილებთან შედარებით, დიაფრაგმა მდებარეობს:

- *ა) მაღლა.
- ბ) დაბლა.
- გ) იგივე ღონეზე.
- დ) არ არის გარკვეული კანონზომიერება.

1394. ხანშიშესულებში, შედარებით ახალგაზრდებთან, დიაფრაგმა ჩვეულებრივ მდებარეობს:

- ა) იგივე ღონეზე.
- ბ) ბემოთ.
- *გ) ქვემოთ.
- დ) არ არის კანონზომიერება.

1395. დიაფრაგმის ექსკურსია ნორმალურ პირობებში მომიერი და ღრმა ჩასუნთქვისას შეადგენს შესაბამისად:

- *ა) 1-2 სმ და 3-5 სმ.
- ბ) 1,0 და 2,0 სმ.
- გ) 2,0-3,0 და 4,0 სმ.
- დ) 4,0 და 5,0 სმ.

1396. საყლაპავის აგრეზიის წამყვან რენგენოლოგიურ სიმტომს წარმოადგენს:

- ა) საყლაპავის შევიწროება.
- *ბ) ყრუდ დახურული პარკის არსებობა.
- გ) საყლაპავის დეფორმაცია.
- დ) საყლაპავის გაგანიერება.

1397. საყლაპავის კისტის დამახასიათებელი ფორმაა:

- ა) მომრგვალო.
- *ბ) ოვალური ან წვეთის.
- გ) უსწორმასწორო - არასწორი.

დ) „ქვიშის საათის“ ფორმის.

1398. გულმკერდისმიერი კუჭის დროს საყლაპავი:

- ა) გაგანიერებულია.
- *ბ) დამოკლებულია.
- გ) დეფორმულია.
- დ) დაკლავნილია.

1399. ცელილებებს კუჭ- ნაწლავის გრაქის სხვადასხვა უბანში, გამოწვეულს ლორწოქვეშა შრეში ფიბროზული ქსოვილის განვითარებით და გლუვი მუსკულატურის ატროფიით, უპირატესად ადგილი აქვს:

- ა) სისტემური წითელი მგლურას დროს.
- ბ) კვანძოვანი პერიარტერიტის დროს.
- *გ) სკლეროლერმიის დროს.
- დ) როგორც ანთებითი პროცესის გამოსავალი.

1400. ჰირშპრუნგის დაავადება - თანდაყოლილი მეგაკოლონი განპირობებულია:

- ა) კუნთოვანი შრის განუვითარებლობით.
- ბ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განვლიური უჯრედების ჭარბი განვითარებით.
- *გ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განვლიური უჯრედების არარსებობით.
- დ) ნაწლავის სეგმენტური აირებით.

1401. აბერანტული კუჭქვეშა ჯირკვავი ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) დეიდლში.
- ბ) კუჭში.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავში.
- დ) მღვი ნაწლავში.

1402. ტერმინი „სპირალური საყლაპავი“ ასახავს:

- ა) განვითარების ანომალიას.
- ბ) განვითარების მანკს.
- *გ) ნერვოკუნთოვან დაავადებას.
- დ) ანთებით დაავადებას.

1403. საყლაპავის აბდომინალურ ნაწილს „თაგვის კულის“ ფორმით, აღწერენ როგორც დამახასიათებელ სიმპტომს:

- ა) სკლეროლერმიის დროს.
- ბ) კარდიოემოფაგური კიბოს დროს.
- *გ) კარდიის აქალაზიის დროს.
- დ) ეპიფრენალური დიფერტიკულის დროს.

1404. მძივის, კრიალოსნის, სპირალის ფორმის საყლაპავი - გამოხატავენ ერთილიამავე დაავადების მიერ გამოწვეულ ცელილებებს საყლაპავში, სახელდობრ:

- ა) მრავლობითი დიფერტიკულები.
- *ბ) ემოფაგოსპაზმი.
- გ) მასკლერომირებული მედიასტინიტის შედეგად განვითარებული მეორადი ცელილებები.
- დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.

1405. პარადოქსული დისფაგია - თხიერი საკვების ყლაპვის გაძნელება - შეიძლება შეგვხვდეს:

- ა) საყლაპავის დიფერტიკულის დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობისას.
- გ) ემოფაგოკარდიალური კიბოს დროს.
- *დ) კარდიის აქალაზიის დროს.

1406. ხახის ფუნქციის დარღვევა და საკონტრასტო ნივთიერების ასპირაცია გრაქეაში, აღინიშნება:

- ა) საყლაპავის დიფერტიკულის დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობის დროს.
- გ) ემოფაგიტის დროს.
- *დ) ხახის პარეზის დროს.

1407. კუჭის აიროვანი ბუშტი მესამე ხარისხის აქალაზიის დროს:

- ა) დეფორმულია.
- ბ) არ არსებობს.
- გ) შემცირებულია.
- დ) გადიდებულია.
- *ე) შემცირებულია ან არ არსებობს.

1408. რეფლექს-ემოფაგიტი შედეგია: 1) საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსისა და საყლაპავის კლირენსის დაქვეითების. 2) საყლაპავის და კუჭის მოტორიკის მოშლის. 3) კუჭის პროპულსური აქტივობის დაქვეითების.

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

1409. ემოფაგიტის რენტგენოლოგიური სიმპტომების გამოვლენა შესაძლებელია:

ა) საყლაპავის ბარიუმის ფაფით სრული ავსებისას.

ბ) ორმაგი კონტრასტირებისას.

*გ) ლორწოვანის რელიეფის შესწავლისას.

დ) ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენებისას.

1410. საყლაპავის ქიმიური დამწვრობისას ნაწიბუროვანი შევიწროება ხშირად ვითარდება:

ა) ზემო მესამედში.

ბ) შუა მესამედში.

გ) დისტალურ მესამედში.

*დ) ფიზიოლოგიური შევიწროების მიდამოში.

1411. საყლაპავის წყლულები ხშირია:

ა) კისრის ნაწილში.

ბ) ზემო მესამედში - 1-3 სეგმენტები.

გ) შუა მესამედში - 4-6 სეგმენტები.

*დ) ქვემო მესამედში - 7-9 სეგმენტები.

1412. საყლაპავის წყლულის უხშირესი გართულებაა:

ა) მალიგნიზაცია.

*ბ) სანათურის ნაწიბუროვანი შევიწროება.

გ) საყლაპავის კედლის პერფორაცია.

დ) სისხლდენა.

1413. საყლაპავის შუა და ქვემო მესამედში მყარი ცირკულარული შევიწროება 6 სანტიმეტრზე მეტ მანძილზე, სუპრასტენოზური გაგანიერებითა და კედლის ჯიბისებრი წარმონაქმნების ჩამოკლებით შევიწროების საბლვარზე დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

ა) ენდოფიგური კიბოსათვის.

*ბ) დამწვრობის შემდგომ განვითარებული ნაწიბუროვანი შევიწროებისათვის.

გ) ემოფაგოსპაზმისათვის.

დ) მასკლეროზირებული მედიასტინისათვის.

1414. საყლაპავის პერფორაცია ხშირად შედეგია:

*ა) ქიმიური დამწვრობის.

ბ) სკლეროლერმიის.

გ) აქალაზიის.

დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.

1415. რენტგენოლოგიური სიმპტომები: უკანა შუასაყარში დამატებითი ჩრდილი, საყლაპავის ორი ან მეტკონტურებიანი კილური ავსების დეფექტები, კედლების რიგილობა არ აღინიშნება, ლორწოვანი უცვლეელია, დამახასიათებელია:

ა) საყლაპავის პოლიპოზური კიბოსათვის.

ბ) ბიფურკაციული ლიმფური კვანძების გადილებისათვის.

*გ) არაეპითელური სიმსივნეებისათვის.

დ) ანომალურად მდებარე მარჯვენა ლავიწქვეშა არტერიისათვის.

1416. საყლაპავის მყარი შევიწროება 5 სანტიმეტრის მანძილზე, არასწორი კონტურებითა და რიგიული კედლებით, საყლაპავის გარდამავალი გამაგლობის დარღვევა, ლორწოვანის რელიეფის წაშლა ნაოჭების წყვეტილობით - ასეთი რენტგენოლოგიური სიმპტომები დამახასიათებელია:

ა) ემოფაგოსპაზმისათვის.

ბ) ნაწიბუროვანი სტუქტურებისათვის.

*გ) ენდოფიგური კიბოსათვის.

დ) ქრონიკული მედიასტინიტი გამოწვეული მეორადი ცვლილებები საყლაპავში.

1417. საყლაპავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

ა) ალენომა.

ბ) პაპილომა.

- *გ) ლეიომიომა.
- დ) ფიბრომა.

1418. საყლაპავის სუპრასტენოზული გაგანიერება უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) პოლიპისებური კიბოს დროს.
- ბ) საყლაპავის ზემო მესამედის ენდოფიკური კიბოს დროს.
- *გ) საყლაპავის ქვემო მესამედის ენდოფიკური კიბოს დროს.
- დ) ფინჯნისებური კარცინომის დროს.

1419. საყლაპავის კიბო ხშირად გვხვდება.

- ა) საყლაპავის ზედა მესამედში.
- *ბ) საყლაპავის შუა მესამედში.
- გ) საყლაპავის ქვედა მესამედში.
- დ) აბლომინურ ნაწილში.

1420. საყლაპავის კედელში სიმსივნური ინფილტრაციის გავრცელების დამამუსკეპელი მეთოდია:

- ა) ბარიუმის ფაფით პოლიპოზიციური კვლევა.
- ბ) ორმაგი კონტრასტირება.
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.
- დ) საყლაპავის კვლევა ფარმაკოლოგიური რელაქსანტებით.

1421. ტრაქციული დივერტიკულები ხშირად გვხვდება:

- ა) კისრის ნაწილში.
- ბ) საყლაპავის ამპულარულ ნაწილში.
- გ) აბლომინურ ნაწილში.
- *დ) ტრაქეის ბიფურკაციის დონეზე.

1422. საყლაპავის დივერტიკულებს, წარმოქმნილებს ქრონიკული მედიასტინიტის ნიადაგზე, ჰქვიათ:

- ა) ცენკერის.
- ბ) ეპიფრენალური.
- გ) პულსური.
- *დ) ტრაქციული.

1423. ცენკერის დივერტიკულები წარმოქმნიებიან

- ა) საყლაპავის წინა კედელზე.
- *ბ) საყლაპავის უკანა კედელზე.
- გ) საყლაპავის გვერდით კედელზე.
- დ) საყლაპავის წინა და გვერდით კედელზე.

1424. პეპტიურ ეზოფაგიტს ახასიათებს:

- ა) ლაძინძილი კონტურები შუა და ქვედა მესამედებში. შეიძლება აღინიშნებოდეს დაწყულულებები და ავსების დეფექტები.
- ბ) დეფექტებს აქვთ სერპანტინის ფორმა, იცვლიან ზომასა და ფორმას ავადმყოფის მდებარეობისა და სუნთქვის ფაზების შესაბამისად. მკაფიოდაა გამოხატული შუა და ქვემო მესამედებში.
- *გ) ცვლილებები ჩვეულებრივ გამოხატულია საყლაპავის ქვედა მესამედში.

1425. საყლაპავის ვენების ვარიკოზი გამოიხატება:

- ა) საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის შუა და ქვედა მესამედში ლაძინძილი კონტურებით, შეიძლება იყოს დაწყულულებები.
- *ბ) დეფექტს აქვს სერპანტინის ფორმა, იცვლის ზომასა და ფორმას ავადმყოფის სუნთქვის აქტისა და მდებარეობის შეცვლის შესაბამისად. ლოკალიზდება შუა და ქვემო მესამედებში.
- გ) ხშირია საყლაპავის ქვედა მესამედში და ხშირად შეუღლებულია ღიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქართან.

1426. შუასაყრის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური დონე არ აღინიშნება საყლაპავში შემდეგი ცვლილებების დროს:

- ა) დივერტიკული.
- *ბ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.
- გ) თანდაყოლილი მოკლე საყლაპავი.
- დ) კარდიის აქალაზია.

1427. საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება უმეტესად აღინიშნება:

- ა) ზემო მესამედში.
- *ბ) ქვემო მესამედში.
- გ) შუა მესამედში.
- დ) ქვედა სივრცეზე.

1428. საყლაპავის ცვლილებები, გამოწვეული შუასაყრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით, უხშირესად გამოვლინდება:

- ა) გრაქეალურ სეგმენტში.
- ბ) აორგალურ სეგმენტში.
- *გ) ბრონქეალურ და ბრონქემა სეგმენტებში.
- დ) რეგროკარდიალურ და კარდიოლიაფრაგმულ სეგმენტებში.

1429. ემოფაგო-ბრონქული ხერეღმეღეღის გიპიური ლოკალიზაციაა:

- *ა) გრაქეღის ბიფუკაციის ღონე.
- ბ) აორგალური სეგმენტი.
- გ) რეგროკარდიალური სეგმენტი.
- დ) საყლაპავის ღისგალური ნაწიღი.

1430. საყლაპავის უკანა ცღომა გიპიურია.

- ა) ფარისეღური ჯირკვღის კიბოსათეღის.
- ბ) მარჯენიე მღეღარე აორგისათეღი.
- *გ) შუასაყარის ბიფურკაციული ღიმფური ჯირკვღეღის გაღღეღისათეღის.
- დ) აორგის ღაწერიღი გოგის ანეერიზმისათეღის.

1431. საყლაპავის ცღომა უკან არ არის ღამახასიათეღელი.

- ა) ფარისეღური ჯირკვღის კიბოსათეღის.
- ბ) ბიფურკაციული ღიმფური ჯირკვღეღის გაღღეღისათეღის.
- *გ) მარჯენიემღეღარე აორგისათეღის.
- დ) მარცხენა წინაგუღის გაღღეღისათეღის.

1432. საყლაპავის გვერღიღი ცღომა ღამახასიათეღელია

- ა) საყლაპავის კიბოსათეღის.
- ბ) ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერეღის ფიქსირეღული თიაქარისათეღის.
- *გ) მასკლერომირეღელი მეღღასგინიგისათეღის
- დ) სკლეროღერმიისათეღის.

1433. აეღღყოფის საკეღბის მიღღბისას მკერღის უკან აქეს გკიეღი, პერიოღულად ღისფაგია. რენგგენოლოგიურად საყლაპავის ღიაფრაგმისმეღა სეგმენტიღი ღიფერენცირღება ნიშა კონგურსა ღა რეღიეფზე ზომიღ 0-3 სმ. სანათური ამ ღონეზე ცირკულარულაღაა მეღღწროეღული, ბარიუმის გამავღობა შენახულია. აღინიშნეღა ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერეღის ფიქსირეღული თიაქარი. კღინიკო-რენგგენოლოგიური სურათიღ შეიღღეღა ღაღისეღს ღიაგნომი.

- ა) ენღოფიგური კიბო ღაწყლუღეღიღი.
- ბ) ფინჯნისეღური კიბო.
- გ) საყლაპავის წყლული.
- დ) ემოფაგიტი.
- *ე) წყლუღოფან-ნაწიბუროფანი ემოფაგიტი.

1434. საყლაპავის სანათურის ღავიწროეღა არ არის ღამახასიათეღელი:

- ა) ენღოფიგური კიბოსათეღის.
- ბ) საყლაპავის წყლუღისათეღის.
- *გ) ვენეღბის ვარიკომული გაგანიერეღბისათეღის.
- დ) კეტიღთეღისეღიანი სიმსიენეღბისათეღის.

1435. საყლაპავის პათოლოგიიღ გამოწვეული შუასაყარის ჩრღღის გაფართოეღა შეიღღეღა აღინიშნეღოღეს:

- ა) საყლაპავის შუა მეღამეღის კიბოს ღროს.
- ბ) საყლაპავის ღამწვრობისას.
- *გ) საყლაპავის აქღღაზიის ღროს.
- დ) რეფღეუქს-ემოფაგიგის ღროს.

1436. კარღის აქღღაზიის, კარღისპაზმის, კარღიემოფაგული კიბოსა ღა სკლეროღერმიის საერთო რენგგენოლოგიური სიმპგომა:

- ა) საყლაპავის ცღომა.
- *ბ) საყლაპავის გაგანიერეღა.
- გ) საყლაპავის ღამოკღეღა.
- დ) საყლაპავის ღაგრღეღეღა.

1437. მეღორო-ვეისის სინღრომი ასოცირღება ცეღიღეღებთან საყლაპავის ღისგალურ მეღამეღში, რომღეღბიგ განპიროღეღულნი არიან:

- ა) კეღღის პერფორაციიღ.
- ბ) სანათურში გიხრეღბის არსეღობიღ.
- *გ) ღორწოფანის მცირე ნახეოქეღბიღ.
- დ) საყლაპავის სგრუქგურიღ.

1438. ბრტყელი უცხო სხეული - მონეტა - საყლაპავის ზემო ნაწილში თავსდება:

- ა) ჰორიზონტალურად.
- ბ) საგიტალურ სიბრტყეში.
- გ) ფრონტალურ სიბრტყეში.
- *დ) დამოკიდებულია პაციენტის მდებარეობაზე კვლევის მომენტში.

1439. საყლაპავის გულმკერდის ნაწილში უცხო სხეულის გამოვლენის მიზნით გამოიყენება:

- ა) ფარმპრეპარატებით კვლევა.
- *ბ) ივანოვა-პოდობედის მეთოდიკა.
- გ) საყლაპავის ორმაგი კონტრასტირება.
- დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბა.

1440. კუჭის მცირე სიმრუდის მახვილწვერიანი ნიშა 1სმ-მდე დიამეტრით, გამოსული კონტურზე, სიმეტრიული ლილეაკით, ირგვლივ ელასტიური კედლით, შეიძლება იყოს:

- *ა) კეთილთვისებიანი წყლულის დროს.
- ბ) პენეტრირებული წყლულის დროს.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულის დროს.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოს დროს.

1441. სამფუნოვანი ნიშა, გამოსული კუჭის კონტურის გარეთ, კუჭის ნაწიბუროვანი ლეფორმაცია და ლორწოვანის ანთებითი ხასიათის ცვლილებებით დამახასიათებელია:

- ა) მწვავე წყლულისათვის.
- *ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულისათვის.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოსათვის.

1442. კუჭის ანგრალურ ნაწილში ბრტყელი ნიშა, არასწორი კონტურებითა და ვრცელი აპერისტალტიკური ზონით ირგვლივ, 2,5 სმ დიამეტრით დამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- *გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- დ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

1443. კუჭის მცირე სიმრუდზე „მგრიხის“ ფორმის ნიშა, ირგვლივ გადასწორებული ლორწოვანით, გასწორებული და დამოკლებული მცირე სიმრუდე ცვლილებების ლოკალიზაციის შესაბამისად, დამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- *დ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

1444. კუჭის პოსტწყლულოვანი ლეფორმაციის სახეებია:

- ა) ქვიშის საათის მაგვარი.
- ბ) ლოკოკინასმაგვარი.
- გ) მცირე სიმრუდის დამოკლება
- *დ) ყველა პასუხის სწორია

1445. პილორო-დუოდენალური ნაწილში წყლულოვან-ნაწიბუროვანი სტენოზი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება:

- ა) კუჭის პრეპილორულ ნაწილში.
- ბ) გასავალში.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში.
- დ) პოსტბუბარულ ნაწილში.

1446. კუჭის ქრონიკული პენეტრირებული და მწვავე წყლულის რენტგენოლოგიური დიფერენციალური დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთერთზე დაყრდნობით:

- ა) კუჭის ნაწიბუროვანი ლეფორმაცია დანაწიბურების ცენტრით შესაბამისად წყლულის ლოკალიზაციასთან.
- ბ) წყლულის კრაგერი აღემატება 2 სმ-ს.
- *გ) წყლულოვან ნიშაში სამფუნოვანობის სიმპტომის არსებობა.
- დ) ნაკეცების კონფერგენცია წყლულისაკენ.

1447. ქვიშის საათის მაგვარი ლეფორმაცია - ეს არის კუჭის სანათურის ასიმეტრიული დავიწროება:

- *ა) კუჭის სხეულში.
- ბ) ანგრალურ ნაწილში.
- გ) პრეპილორულ ნაწილში.

დ) კუჭის ნებისმიერ მონაკვეთში.

1448. კუჭის ლოკოკინისებური ლეფორმაცია მცირე სიმრუდის ქრონიკული წყლულის დანაწიბურების შედეგია:

- ა) კუჭის ბემო მესამელში.
- *ბ) შუა მესამელში.
- გ) ანტრალურ ნაწილში.
- დ) გასავალში.

1449. უმზომე კუჭი გადიდებულია ზომებში, აღინიშნება სითხე, კუჭის მცირე სიმრუდე ანტრალურ ნაწილში დამოკლებულია, პილოროლუოდენალური სეგმენტი ჰიპერმობილურია, გასავალი დავიწროებულია, ასიმეტრიულია, 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი ლეფორმირებულია. კუჭის დაცლა შენელებულია. ეს სიმპტომები ახასიათებს:

- ა) ენდოფიგურ კიბოს.
- *ბ) გასავლის ნაწიბუროვან-წყლულოვან სტენოზს.
- გ) რიგიულ ანტრუმ გასტრიტს.
- დ) თანდაყოლილ პილოროსტენოზს.

1450. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი ლეფორმულია: ლატერალური ჯიბე დაგრძელებულია, წყლულოვანი ნიშა უნდა ვეძებოთ:

- *ა) უკანა კელეზე
- ბ) ლიდ სიმრუდებზე.
- გ) ლატერალურ ჯიბეში.
- დ) ბოლქვის ფუძეზე.

1451. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი ლეფორმულია სამყურას ფორმით. წყლულოვანი ნიშა ანუ ე.წ. მკონცხავი წყლულები უნდა ვეძებოთ:

- ა) ბოლქვის ფუძეზე.
- *ბ) ბოლქვის ცენტრში.
- გ) ბოლქვის მწვერვალში.
- დ) ბოლქვის ჯიბეებში.

1452. კუჭის სხეულსა და სინუსში არასწორი ოვალური ფორმის რამდენიმე ავსების ლეფექტი, გამოკვლევის პროცესში მათი კონფიგურაცია შენახულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია.

- ა) ვენების ვარიკოზულ გაგანიერების.
- ბ) კუჭის ლორწოვანის ჰიპერპლაზიისათვის.
- *გ) პოლიპებისათვის.
- დ) კუჭის კიბოსათვის.

1453. კუჭის შეცვლილი ლორწოვანის ფონზე 0,5-2,0 სმ დიამეტრის მრავლობითი სწორი მომრგვალო ფორმის მკვეთრი კონტურების მქონე ავსების ლეფექტები. რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

- ა) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.
- ბ) ჭარბი ლორწოვანის პოლიპების.
- *გ) პოლიპოზური გასტრიტის.

1454. კუჭის ენდოფიგური - ინფილტრაციული - კიბოს განმსაზღვრელი სიმპტომებია:

- ა) კუჭის აიროვანი ბუშტის შემცირებული ზომები, პერისტალტიკის არარსებობა.
- ბ) ავსების ცენტრალური ლეფექტი, ლეფექტი რელიეფზე, კუჭის აიროვანი ბუშტის ფონზე დამატებითი ჩრდილი.
- *გ) კუჭის მცირე სიმრუდის დამოკლება, მისი კელეების რიგილობა, ნაოჭების გაქრობა, მიკროგასტრია.
- დ) ავსების ლეფექტი, ატაპიური რელიეფი, პერისტალტიკის დარღვევა.

1455. კუჭის აღრეული - დაწყებითი - კიბო ეს არის:

- ა) 4 სმ-მდე ზომის პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნი.
- *ბ) ლორწოვანი და ლორწოქვეშა შრეების კიბო.
- გ) სიმსივნური ინფილტრაცია 1,0-3,0 სმ-მდე ზომის.
- დ) სიმსივნის კელეშიდა მრდა.

1456. კუჭის აღრეული კიბო - ეს არის მცნება:

- ა) რენტგენოლოგიური.
- ბ) ენდოსკოპიური.
- გ) ქირურგიული.
- *დ) მორფოლოგიური.

1457. კუჭის აღრეული კიბოს უხშირეს მორფოლოგიურ სახეს წარმოადგენს:

- ა) ფუნგოზური.
- ბ) ინფილტრაციული.
- *გ) ეროზიულ-წყლულოვანი.

დ) პერფორაციული.

1458. კუჭის ანტრალური ნაწილი ცირკულარულად შევიწროებული და დამოკლებულია, დიდი სიმრუდის კონტურები დაკბილული, პერისტალტიკა ზომიერად გამოხატული, ეს არის რენტგენოლოგიური სურათი:

- ა) ენლოფიგური კიბოს.
- ბ) გასაელის წყლულოვან ნაწიბუროვანი სტენოზის.
- *გ) რიგიდული ანტრუმ გასტრიტის.
- დ) ლოკოკინისებური ლეფორმაციის.

1459. კუჭის ანტრალური ნაწილი კონცენტრულადაა შევიწროებული, კონტურები უსწორმასწორო, კედლები რიგიდული, ლორწოვანის ნაჭები წაშლილი. ეს სურათი დამახასიათებელია:

- *ა) ენლოფიგური კიბოსათვის.
- ბ) პილორუსის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზისათვის.
- გ) რიგიდული ანტრალური გასტრიტისათვის.
- დ) კუჭზე გარედან ზეწოლისათვის.

1460. კუჭი ზომებში მომატებული, პილორული არხი დიაა და დაგრძელებული, ბოლქვის ფუძე ბრტყლად შემნეჭილი, ანტრუმსა და პრეპილორულ ნაწილში ლორწოვანის რელიეფი წაშლილია. თქვენი დასკვნა:

- ა) ანტრუმის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზი.
- ბ) რიგიდული ანტრუმ-გასტრიტი.
- *გ) ანტრუმის კიბოვანი სტენოზი.
- დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი.

1461. კუჭის ერთეული ავსების დეფექტი არასწორი მომრგვალო ფორმის, 2,0 სმ და მეტი ზომის, ფართე ფუძითა და სტრუქტურული ზედაპირით - ასეთი რენტგენოლოგიური სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელური სიმსივნისათვის.
- *გ) პოლიპისმაგვარი კიბოსათვის.
- დ) ბემოარისათვის.

1462. კუჭში ბემოარები უფრო ხშირად წარმოიქმნებიან:

- ა) დაბალი სიმქავის დროს.
- ბ) ჭარბი ლორწოს დროს
- *გ) ნორმალური სიმქავის დროს.
- დ) აქლორჰიდრიის დროს.

1463. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს მეტწილად აღინიშნება შერყწმა:

- ა) ბოლქვის წყლულისა პანკრეატიტთან.
- *ბ) ბოლქვის წყლულისა კუჭქვეშა ჯირკვლის აღენომასთან.
- გ) კუჭის წყლულისა ქოლეცისტიტთან.
- დ) კუჭის წყლულისა აპენდიციტთან.

1464. კუჭის ზემო ნაწილისა და საყლაპავის დისტალური მონაკვეთის მრავლობითი დეფექტები რელიეფზე ზომით 1-2 სმ, შერწყმული გაფართოებულ ნაკევებთან და კედლების შენახულ ელასტიურობასთან. დამახასიათებელია:

- *ა) ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებისათვის.
- ბ) ლორწოვანის ჰიპერტროფიისათვის.
- გ) პოლიპებისათვის.
- დ) უნივერსალური გასტრიტისათვის.

1465. 3 სმ-ზე მეტი ზომის არასწორი მომრგვალო ფორმის ერთეული ავსების ცენტრალური დეფექტი, ადვილად გადაადგილებადი 10,0 დამეგ სანტიმეტრზე, დამახასიათებელი სიმპტომია.

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელური სიმსივნისათვის.
- გ) პოლიპოზური კიბოსათვის.
- *დ) ბემოარისათვის.

1466. კუჭის ლორწოვანი პროლაფსი 12-გოჯას ბოლქვში:

- ა) დამახასიათებელია კიბოსათვის.
- ბ) შერწყმულია აქლორჰიდრიასთან.
- გ) თანახლავს ქრონიკულ გასტრიტს.
- *დ) წარმოადგენს მენენგრიეს დაავადების სიმპტომს.

1467. კუჭის რეზექციის შემდეგ ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება.

- ა) წყლულის გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - I.

- ბ) კიბოს გამო წარმოებული რეპექცია ბილროთ - I .
- *გ) წყლულის გამო წარმოებული რეპექცია ბილროთ - II.
- დ) კიბოს გამო წარმოებული რეპექცია ბილროთ - II.

1468. ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ლოკალიზდება:

- ა) კუჭის ტაკვის კიდეზე.
- ბ) მომტან გოტში.
- *გ) წამლებ გოტში.
- დ) ზემოთ ჩამოთვლილიდან ნებისმიერ მიდამოში.

1469. გასტრექტომიის შემდეგ ლემპინგ სიმპტომი გამოვლინდება:

- ა) კუნთოვანი კრუნჩხვებით საკვების მიღებიდან ხანმოკლე დროის შემდეგ.
- ბ) ხელის მტკუნებისა და გერუების სპაზმით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ.
- *გ) სისუსტით, ოფლიანობით, გაქიკარდით, თავბრუსხვევით, წამოწოლის გადაულახავი სურვილით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ, ჩივილებს აქვთ შემცირების გენდენცია ჰორიზონტალურ მდებარეობაში გადასვლის შემდეგ.
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

1470. კუჭის რეპექციის შემდეგ განვითარებული სუბლიაფრაგმული აბსცესის, როგორც ადრეული გართულების რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკის ყველაზე ხელსაყრელი მეთოლოლოგიური პირობაა:

- ა) ლატეროგრაფია მარცხენა სუბლიაფრაგმული სივრცის შესწავლის მიზნით.
- ბ) რენტგენოგრაფია პირდაპირსა და გვერდით პროექციებში.
- *გ) რენტგენოლოგიური კვლევა კუჭის ტაკვის კონტრასტირებით.
- დ) რენტგენოლოგიური კვლევა მსხვილი ნაწლავის ელენთის ნაკეცის კონტრასტირებით.

1471. 12-გოჯა ნაწლავის ტონუსის დაქვეითება ქვემო ჰორიზონტალურ გოტში ბარიუმის სტაბით და გამავლობის შენარჩუნებით, ჰიპერსეკრეცია, ლორწოვანის ნაოჭების გაფართოება - რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

- *ა) დუოდენიტის.
- ბ) პანკრეატიტის.
- გ) რკალისებური კუჭქვეშა ჯირკვლის.
- დ) ქრონიკული არტერიო-მემბრანული გაუვალობის.

1472. 15-25 სმ-ის მანძილზე თეძოს ნაწლავის გერმინალური ნაწილის კრიალოსისმაგვარი შევიწროება, ლორწოვანი შეცვლილი ანთებითი ტიპით, დაწყულულებითა და ფსევდოპოლიპებით, ღია ილიოცეკალური სარქველი, დაზიანებული ბონის ჰიპერმოტილურობა - ეს არის რენტგენოლოგიური სურათი:

- ა) ენტერიტის.
- ბ) კიბოს.
- *გ) კრონის დაავადების.
- დ) ლიმფოგრანულომატოზის.

1473. 12-გოჯა ნაწლავში ბოლქვსგარეთა წყლულები უმეტესწილად ლოკალიზდებიან:

- ა) ზემო ჰორიზონტალურ ნაწილსა და ზემო ნაკეცში.
- *ბ) დასწერივ გოტში.
- გ) ქვედა ნაკეცში.
- დ) ქვემო ჰორიზონტალურ გოტში.

1474. წერილი ნაწლავის სანათურის შევიწროება რიგიდული არხის სახით, ნაოჭების გაქრობითა და სუპერასტენოზური გაფართოებით, დაზიანებული სეგმენტის ფიქსაციით, ბრტყელი კილური დეფექტები - დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია:

- ა) კრონის დაავადების.
- ბ) ტუბერკულოზის - ინფილტრაციული ფორმის.
- *გ) მასტენომირებული კიბოსი.
- დ) სარკომის.

1475. 12-გოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირია

- ა) ლიმფომა.
- ბ) მეტასტაზები.
- გ) ლეიომიოსარკომა.
- *დ) კიბო.

1476. მექანიკური სიყვითლიან ავადმყოფს 12-გოჯა ნაწლავის დასწერივ გოტში აღენიშნება არასწორი ფორმის 2,0+2,5 სმ ზომის ავსების დეფექტი ნაწლავი გაღიზიანებულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) სარკომისათვის.
- *ბ) დიდი დუოდენალური დვრილის კიბოსათვის.
- გ) ლეიომიომისათვის.

დ) პოლიპისათვის.

1477. 12-გოჯა ნაწლავის მარყუქი გაშლილია, გარკვეულ უბანზე ნაწლავის კონტური დეფორმირებულია, რიგიდულია, გამოხატულია ნახევარწრიული - (კულისის) - სიმკვამი და ლორწოვანის რღვევის ნიშნებით. თქვენი დასკვნაა:

- ა) პანკრეატიტი.
- *ბ) პანკრეასის თავის კიბო.
- გ) დუოდენიტი.
- დ) პერიდუოდენიტი.

1478. გავგალობის ნიშნები, შიპერთერმია, ბარიუმით რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას ისახება მყარი ცირკულარული შევიწროება, ნაწლავის სიგრძივი ღერძის გამრუდება. 24 საათის შემდეგ კუჭი თავისუფალია საკონტრასტო ნივთიერებისაგან - თქვენი დასკვნა:

- ა) ბეჭდისებური კუჭქვეშა ჯირკვალი.
- ბ) პანკრეატოდუოდენალური კიბო.
- *გ) ნაწლავური ინფილტრატი.
- დ) ქრონიკული ცრუ კისტა.

1479. ავადმყოფი გარდამავალი მექანიკური სიყვითლით. რენტგენოლოგიური ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიით გამოვლინდა ნაღვლის საერთო სადინრის დისტალური ნაწილის შევიწროება საწერი კალამის ფორმით და ნაწლავის მედიალური კედლის გლუვი, გვერდითი შეზნევილობა სადინრის შესვლის ადგილას. ეს გამოვლინებაა:

- ა) კონკრემენტის არსებობისა თორმეტგოჯა ნაწლავის ამჟღავნებით.
- *ბ) მასტენობირებული პაპილიტის.
- გ) ფაგერის ღერილის სიმსივნის.
- დ) პარაფაგერალური დივერტიკულის.

1480. წვრილი ნაწლავის ყველაზე ხშირი კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია:

- *ა) ლეიომიომა.
- ბ) ლიპომა.
- გ) გლანდულარული სიმსივნე.

1481. მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური დარღვევების რენტგენოლოგიის კლასიფიკაციის საფუძველად დაედო:

- ა) ნაწლავის მდებარეობა და ზომა.
- *ბ) ჰაუსტრაცია, სანათურის დიამეტრი და ბარიუმის პასაჟის დრო.
- გ) ლორწოვანის რელიეფი.
- დ) ნაწლავის კედლის ელასტურობა.

1482. განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის რენტგენოლოგიური კვლევისას ვლინდება ნაწლავის სანათურის შევიწროება, წვრილი და კბილეა და ნაწლავის კედლის ორმაგი კონტური, ჰაუსტრების არარსებობა, მოტორიკის დარღვევა, ლორწოვანის ნაოჭების შემუქება. ეს ნიშნები დამახასიათებელია:

- ა) ტოქსიკური მეგაკოლონისათვის.
- ბ) დივერტიკულოზისათვის.
- *გ) წყლულოვანი კოლიტისათვის.
- დ) ავთვისებიანი ლიმფომებისათვის.

1483. ლორწოვანის წერტილოვანი ჰემორაგიები, მათი ინფიცირება, დაჩირქება და წვრილი აბსცესების წარმოქმნა გვხვდება:

- ა) გრანულომატოზური კოლიტების დროს.
- ბ) ამებური კოლიტების დროს.
- *გ) წყლულოვანი კოლიტების დროს.
- დ) სხივური კოლიტების დროს.

1484. ექსუდაციური ანთება, კედლის კუნთოვანი შრის ჩათრევით, ლორწოქვეშა შრეში ეპითელიოიდური გრანულომების წარმოქმნით, ახასიათებს:

- ა) სეგმენტურ კოლიტს.
- ბ) წყლულოვან კოლიტს.
- *გ) გრანულომატოზურ კოლიტს.
- დ) სპასტიურ კოლიტს.

1485. კოლინჯის პირველადი ორმაგი კონტრასტირებისას აღინიშნება ბარიუმის ბეჭდისებური ზოლი 1,5 სმ დიამეტრით, მკვეთრი გარეთა და არამკვეთი შიგნითა კონტურით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- *ბ) დივერტიკულისათვის.
- გ) კოპროლითისათვის.
- დ) სანათურგარე წარმონაქმნისათვის.

1486. ბრმა ნაწლავის ქვემო მედიალურ ნაწილში აღინიშნება 4-5 სმ დიამეტრის, სადა მკაფიო კიდეებიანი ავსების კილური ლეფექტი, ნაწლავის ღაცლის შემდეგ მოჩანს ლორწოვანის ნაკეცი, რომლებიც განიცდიან ცლომას სიმსივნური წარმონაქმნის ბეწოლით. ნაწლავი გაღიზიანებულია, აღინიშნება სუბფებრილიტეტი. ეს არის გამოვლინება:

- ა) ეგზოფიტი კიბოსი, ნაწლავის კელელში ჩაზრდით.
- *ბ) აპენდიკულარული ინფილტრატის .
- გ) ავთვისებიანი ლიმფომის.
- დ) არაეპითელური ლორწოქვეშა სიმსივნის.

1487. სიგმურ ნაწლავში 1,5 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ავსების ლეფექტი გაღვსიებული კონტურებით და უჯრედული სტრუქტურით, რომელიც ფორმას იცვლის ნაწლავშია წნევის მომატებისას - არის რენტგენოლოგიური ნიშანი:

- ა) აღენიშნება პოლიპის.
- ბ) იუვენული პოლიპის.
- *გ) ხაოიანი სიმსივნის.
- დ) არაეპითელური სიმსივნის.

1488. კოლინჯის მარცხენა ნახევარში მომრგვალო ლეფექტი, დიამეტრით 2 სმ-მდე, უფრო მეტად დამახასიათებელია:

- ა) დივერტიკულისათვის.
- ბ) ეგზოფიტი კიბოსათვის.
- *გ) პოლიპისათვის.
- დ) გარედან ბეწოლისათვის.

1489. მსხვილი ნაწლავის კიბო პოლიპისაგან ფეხზე წარმოიქმნება:

- ა) ხშირად.
- *ბ) იშვიათად.
- გ) შემთხვევითა ნახევარში.
- დ) შემთხვევით.

1490. შეუცვლელი ლორწოვანის ფონზე კოლინჯის მრავალრიცხოვანი მომრგვალო ავსების ლეფექტები, მკვეთრი კონტურებით - დამახასიათებელია:

- ა) კიბოსათვის.
- ბ) დივერტიკულისათვის.
- *გ) მრავლობითი (ჯგუფური) პოლიპებისათვის.
- დ) კრონის დაავადებისათვის.

1491. ერთეული მრგვალი ავსების ლეფექტი მსხვილ ნაწლავში, ხორკლიანი ბედაპირით ზომით 3 სმ-ზე მეტი. ეს რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) დივერტიკულის.
- *ბ) ეგზოფიტი კიბოს.
- გ) პოლიპის.
- დ) ხაოიანი სიმსივნის.

1492. განივი კოლინჯის მყარი ცირკულარული შევიწროება, არასწორი დაკბილული კონტურებით ვლინდება:

- ა) დივერტიკულოზის დროს.
- *ბ) მასტენოზირებული კიბოს დროს.
- გ) წყლულოვანი კიბოს დროს.
- დ) ჰირშპრუნგის დაავადების დროს.

1493. ცენტრალური ოვალური ავსების ლეფექტი, ლოკალიზებული სიგმური ნაწლავის დისტალურ ნაწილში, დიამეტრით 8 სმ, „ლეფექტის“ დონეზე და მის მაღლა ნაწლავის სანათური მნიშვნელოვნად გაგანიერებულია. „ლეფექტის“ ლოკალიზაციის შესაბამისად ისინჯება მკვეთრი წარმონაქმნი, მოძრავი ნაწლავთან ერთად. ნაწლავის გამაგლობა დარღვეულია, ავადმყოფი უჩივის ყაბზობას. ყველაზე ხშირი მიზეზი ამისა არის:

- ა) კიბო.
- ბ) კეთილთვისებიანი ეპითელური სიმსივნე.
- გ) კეთილთვისებიანი არაეპითელური სიმსივნე.
- *დ) განავლოვანი ქვა.

1494. ოპერირებული მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას პირველ რიგში ყურადღება ექცევა:

- ა) ნაწლავის ფორმასა და მდებარეობას.
- *ბ) შექმნილი ანასტომოზის მდგომარეობას.
- გ) ნაწლავის გამაგლობას.
- დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის რელიეფს.

1495. დუოდენალური ფანჯარა უფრო მკვეთრად გამოხატულია:

- ა) ფაგერის დვრილის კიბოს დროს.

- ბ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოს დროს.
- *გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კისტების დროს.
- დ) პანკრეატიტების დროს.

1496. კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას კუჭის წვეხის მუავიანობის მაღალი ციფრები, მრავლობითი წყლულები, გამოხატული ჰიპერსეკრეცია; კუჭქვეშა ჯირკვლის ანგიოგრაფიისას, სიმსივნე ჭარბად გამოხატული ვასკულარიზაციით. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- *გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

1497. ანამნეზში პაციენტს აქვს ობგურაციული სიცივითლე. კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას - კუჭის ანტრალური ნაწილის გადაქჩჩვა წინ და ზემოთ, 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი გოგის მედიალური კედლის რიგილობა და ლორწოვანის აგიაპური რელიეფი. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- *ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

1498. სამი თვის წინ პაციენტმა გადაიგანა ოპერაცია კუჭქვეშა ჯირკვლისათვის კიბოს გამო, მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოლოგიური კვლევისას ნაღვლის საერთო და ვირზუნგის სადინრების პროექციაზე ისახება დრენაჟის მილები, აღინიშნება ჰაერი სანაღვლე გზებში, ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ვაწარმოთ შემდეგი სახის ოპერაცია:

- ა) ბილიოდიგესტური ანასტომოზი.
- *ბ) პანკრეატოდუდენალური რეზექცია.
- გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის რეზექცია.
- დ) ბაღეჟონის ჩანთის დრენირება.

1499. გადიდებული ხორკლიანი ღვიძლი, მრავლობითი გაკირული უბნებით ბელგებისა და რგოლების სახით.

- ა) ღვიძლის აბსცესების დროს.
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დამიანების დროს.
- *გ) ღვიძლის ექინოკოკოზის დროს.
- დ) რეტროპერიტონეალურად განლაგებული კონკრემენტების და გაკირული უბნების არსებობის დროს.

1500. კუჭის კარდიალური ნაწილის და სხეულის ცლომა უკან და მარცხნივ, ხოლო გასავალი ნაწილისა ქვემოთ, აღინიშნება:

- ა) პორტალური ჰიპერტენზიის დროს.
- ბ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკის დროს.
- *გ) ღვიძლის მარცხენა წილის გადიდებისა დროს.
- დ) კუჭქვეშა ჯირკვლის გადიდების დროს.

1501. ღვიძლის ჩრდილის გადიდება შემოსაზღვრული ნახევარსფეროები გამოზნექვით, სწორი კონტურებითა და გაკირული უბნებით, ნამგლის ან ბელგის სახით. დამახასიათებელია:

- ა) ღვიძლის კიბოსათვის.
- *ბ) ღვიძლის ექინოკოკური კისტისათვის.
- გ) ღიაფრაგმის ნაწილობრივი რელაქსაციისათვის.
- დ) ნეკნების ხრტილოვანი ნაწილების გაკირვისათვის.

1502. მასკულრომირებული ქოლანგიტების განვითარება განპირობებულია სანაღვლე სადინრების შევიწროებით. ამ დროს:

- ა) პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ღვიძლისა და ნაღვლის საერთო სადინრები.
- ბ) ადგილი აქვს მხოლოდ ნაღვლის საერთო სადინრის შევიწროებას.
- გ) ცელილებები ვლინდება ღვიძლის სეგმენტურ სადინრებში.
- *დ) ბილიარული ხის ყველა მონაკვეთში.

1503. ნაღვლის ბუშტის სფინქტერების, მუსკულატურის და ნაღვლის საერთო სადინრის მუშაობის მოშლა, რაც ვლინდება ქოლექციტოგრაფიისას ნაღვლის ბუშტის დაცლის ნორმალური რითმის ცვალებადობით, დამახასიათებელია:

- ა) სიმსუქნისათვის.
- ბ) ჰეპატიტისათვის.
- *გ) ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების დისკინეზიისათვის.
- დ) ნაღვლის ბუშტის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის.

1504. კონტრასტირებული ნაღვლის ბუშტის ზომებია: 3 ხ 5 სმ ან 4 ხ 6 სმ ნაღვლმდენი საუმბის მიღების შემდეგ 15 წუთში მისი ზომები შემცირდება 3/4-ით, 1 საათში მისი ჩრდილი საერთოდ არ ვლინდება. ადგილი აქვს:

- *ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერმოტორულ დისკინეზიას.
- ბ) ჰიპოტონურ, ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.

- გ) მირისის სფინგერის ბლოკადას.
- დ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკს.

1505. ნაღვლის ბუშტი დიდი ზომისაა, ჩრდილი ნაკლებინტენსიური, ნაღვლმდენი საუბმის მიღებიდან 3-4 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშტში აღინიშნება კონტრასტირებული ნაღვლის 70-80%. ადგილი აქვს:

- ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერკინეზულ დისკინეზიას.
- *ბ) ჰიპოტონურ ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.
- გ) ოდის სფინქტერის სპაზმს.
- დ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკს.

1506. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღველე გზების გაუკირავი კენჭების აღმოჩენა ბილიარული სისტემის კონტრასტირების გარეშე:

- *ა) შეუძლებელია.
- ბ) შესაძლოა ნებისმიერ შემთხვევაში.
- გ) შესაძლოა მრავლობითი წვრილი კონკრემენტების არსებობისას.
- დ) შესაძლოა 2 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ან წახნაგოვანი ფორმის კონკრემენტის არსებობისას.

1507. კონტრასტირებულ ნაღვლის ბუშტში აღინიშნება მომრგვალო ფორმის კილითი აესების დეფექტი, ზომით 1,5 = 2,0 სმ.

რომელიც არ იცვლის მდებარეობას პოლიპოზიციური კვლევიტით, ეს სიმპტომი არის:

- ა) კონკრემენტი.
- ბ) პერიქოლეცისტიტის,
- *გ) კეთილთვისებიანი სიმსივნის.
- დ) კიბოსი.

1508. ნაღვლის ბუშტის კიბო.

- *ა) ჩვეულებრივ ვლინდება აფუქციურ ნაღვლის ბუშტში.
- ბ) ყოველთვის ვლინდება აესების დეფექტით.
- გ) იშვიათად შერწყმულია ნაღვლის ბუშტის კენჭთან.
- დ) თან სდევს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი.

1509. ნაღვლის ბუშტის კენჭების წარმოქმნა განპირობებულია შემდეგი პროცესით.

- ა) მექანიკური.
- ბ) ქიმიური.
- *გ) ფიზიკო-ქიმიური.
- დ) ინფექციური.

1510. ნაღვლის ბუშტის კენჭების 80% შედგება:

- ა) ქოლეცისტერინისაგან.
- ბ) ნახშირმჟავა კალციუმისაგან.
- გ) კალციუმის ბილირუბინისაგან.
- *დ) შერეულია.

1511. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღველე გზების რენტგენოკონტრასტული კონკრემენტები გვხვდება შემთხვევათა

- ა) 65%.
- ბ) 50%.
- გ) 35%.
- *დ) 20%.

1512. ნაღვლის ბუშტის თხელი ლორწოვანი სეკრეტით გაგანიერება-გაღავსებას ადგილი აქვს:

- ა) ემპიემის დროს.
- ბ) ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტის დროს.
- *გ) წყალმანკის დროს.
- დ) ლიმფორეის დროს.

1513. ბავშვებსა და მოზარდებში ნაღვლის ბუშტის რენტგენოკონტრასტული კენჭების არსებობა დაკავშირებულია:

- ა) ლაქტაზის დეფიციტთან.
- ბ) რძის ზომამზე მეტად მოხმარებასთან.
- გ) ქოლეცისტერინის ცვლის მოშლასთან.
- *დ) კალციუმის მეტაბოლიზმის მოშლასთან.

1514. ავადმყოფს, ქოლეცისტექტომიიდან 8 დღის შემდეგ დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის ქვეშ ღვიძლის ფონზე აღინიშნება სითხის ფართო ღონე. გუმბათი უმოდრაოა, მისი კონტური არამკაფიოა, მის შემოთ დისკოსებური ატელექტაზი,

კოსტოდიაფრაგმულ სინუსში სითხე. თქვენი დასკვნაა:

- ა) ღვიძლის აბსცესი.
- *ბ) დიაფრაგმისქვეშა აბსცესი.

- გ) მსხვილი ნაწლავის ინტერპოზიცია.
- დ) სწორი პასუხი არ არის.

1515. კალკულოზური ქოლეცისტიტისა და ქოლელექოლითიაზის გამო ქოლეცისტექტომიისა და ნაღვლის საერთო სადინრის ღრენარების, შემდეგ ღრენაიდან აღინიშნება ჭარბი რაოდენობით ნაღვლის გამოყოფა, განავალი გაუფერულდება, ფისკულოგრაფიის დროს სადინარი გაგანიერებულია, მისი ტერმინალი ნაწილი ობტურირებულია, ობტურაციის ფორმა მენისკისებურია. ობტურაციის მიზეზია:

- ა) კიბო.
- *ბ) კენჭი.
- გ) ნაწიბუროვანი სტრიქტურა.
- დ) სპაზმი.

1516. ელენთის გადილების დროს ტიპურია ცლომა:

- ა) ლიფრაგმის.
- ბ) კუჭის.
- *გ) კოლინჯის.
- დ) 12-გოჯა ნაწლავის.

1517. ყველაზე ხშირად ელენთაში გაკირვა აღინიშნება.

- ა) ელენთის ინფარქტისას.
- ბ) ბაქტერიული ინფექციისას.
- გ) სუბკაფსულარული კისტებისას.
- *დ) პარაზიტული კისტებისას.

1518. სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესებით ელენთაში კირის მარილების ჩალაგება გვადლევს შემდეგ რენტგენოლოგიურ სურათს:

- ა) ვრცელი უწესრიგო გაკირვა.
- ბ) წერილი, დაწინწკლული გაკირვა.
- გ) ბეჭდისებური ჩრდილები.
- *დ) ზემოთჩამოთვლილი ნებისმიერი კომბინაცია.

1519. ლიფრაგმის მოძრაობის გამოხატული დარღვევა არ არის დამახასიათებელი:

- ა) პანკრეატიტისათვის.
- ბ) ქოლეცისტიტისათვის დროს.
- გ) ლეიშლის ლიფრაგმისქეშა აბსცესისათვის.
- *დ) ნაწლავთა მექანიკური გაუვალბისათვის.

1520. ლიფრაგმის ანთებითი პროცესისთვის დამახასიათებელი არ არის:

- ა) გამონაჟონი პლევრალურ სინუსში.
- ბ) ლიფრაგმის გასქელება.
- *გ) ლიფრაგმის გუმბათის ნორმალური ექსკურსია.
- დ) ლიფრაგმის გუმბათების უძრაობა-მოძრაობის არ არსებობა.

1521. ლიფრაგმის პირველადი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები რენტგენოლოგიურად ხშირად გამოვლინდება:

- ა) მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვით.
- ბ) ერთ-ერთი ლიფრაგმის გუმბათების გასქელებით.
- *გ) მომრგვალო ან ოვალური ფორმის ჩრდილი სწორი ან გალდისებური კონტურებით.
- დ) არასწორი ფორმის ჩრდილი, უსწორმასწორო ზედაპირით და არამკვეთრი კონტურებით.

1522. საყლაპავის აბლომინალური და კუჭის ნაწილები პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში რენტგენოლოგიური კვლევისას, იმყოფება ლიფრაგმის ზემოთ, საყლაპავი კუჭის შესასვლელთან აკეთებს მუხლს, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) საყლაპავის ხერელის პარაემოფაგეალური თიაქრისათვის.
- *ბ) საყლაპავის ხერელის აქსიალური არაფიქსირებული კარდიოფუნდალური თიაქრისათვის.
- გ) ლიფრაგმის რელაქსაციისათვის.
- დ) პარასტერნალური თიაქრისათვის.

1523. ავადმყოფის კარგი თვით შეგრძნების დროს, შუასაყრის ფონზე ჰორიზონტალური დონის, სითხის აღმოჩენისას, ლიფრაგმისკური მიზნით პირველ რიგში უნდა ჩატარდეს:

- ა) შუასაყრის ლაგეროსკოპია.
- ბ) შუასაყრის გომოგრაფია.
- *გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.

1524. ლიფრაგმის სიმსივნური წარმონაქმნის, რელაქსაციისა და სუბლიფრაგმული პათოლოგიური პროცესების დიფ. დიაგნოსტიკისას, ყველაზე მეტად ინფორმაციული რენტგენო-ლიფრაგმისკური მეთოდია:

- ა) უკონგრასტო რენტგენოგრაფია.
- ბ) ტომოგრაფია.
- *გ) კტ.
- დ) პნევმოთორაქსი.

1525. ღიაფრაგმისა და გულმკერდის პათოლოგიური წარმონაქმნების რენტგენოლოგიური დიფ. ღიაგნოსტიკის დროს ყველაზე მეტად ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) გულმკერდის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) ტომოგრაფია.
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- *დ) კტ.

1526. მუცლის წინა კედლის თიაქრის შიგთავსის განსაზღვრისათვის ხშირად საკმარისია:

- ა) მუცლის დრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.
- ბ) გამოკვლევა ლაგეროპოზიციაში.
- გ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა პირდაპირ პროექციაში.
- *დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა გვერდით პროექციაში.

1527. მუცლის დრუსში თავისუფალი სითხის არსებობის დადასტურების ყველაზე მარტივი მეთოდია:

- ა) მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) ლაპარასკოპია.
- *გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- დ) კტ.

1528. მუცლის დრუსში შეხორცებითი პროცესების რენტგენოლოგიური სურათი მიიღება შემდეგი გამოკვლევებისას:

- ა) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.
- ბ) პნევმოგასტროკოლონოგრაფიით.
- *გ) პნევმოპერიტონეუმით.
- დ) მუცლის დრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.

1529. შემოსაზღვრული პერიტონიგი (მუცლის დრუს აბსცესი) ხშირად გვხვდება და რენტგენოლოგიურად ხშირად ვლინდება:

- *ა) ღიაფრაგმის ქვემოთ.
- ბ) ღვიძლის ქვემოთ.
- გ) მარჯვენა თეძოს ფოსოში.

1530. მუცლის დრუს აბსცესის პირდაპირი რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) მუცლის დრუს შემოსაზღვრული დაჩრდილება.
- ბ) დაჩრდილული უბნის მეზობელ ორგანოთა ცდომა.
- გ) ნაწლავის მარყუქების შემოსაზღვრული პარები.
- *დ) ჰორიზონტალური სითხის დონე შემოსაზღვრულ დრუსში.

1531. რეტროპერიტონეული სიფრცის პათოლოგიური პროცესის ყველაზე მეტად სარწმუნო სიმპტომია:

- ა) განივი კოლინჯის ცდომა ზემოთ.
- *ბ) ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯის ცდომა წინ.
- გ) შარლსაწვეთის გაგანიერება და მასზე ზეწოლა.
- დ) წვრილი ნაწლავის მარყუქების ფიქსაცია.

1532. რეტროპერიტონეულ პათოლოგიურ ორგანოსგარეშე წარმონაქმნებს შორის, ყველაზე ხშირია:

- ა) კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.
- *ბ) ავთვისებიანი სიმსივნეები.
- გ) კისტები.
- დ) ანთებითი ინფილტრაციები.

1533. დრუს ორგანოების პერფორაციის სარწმუნო სიმპტომია:

- ა) ღიაფრაგმის მდებარეობის შეცვლა და ფუნქციის დარღვევა.
- *ბ) თავისუფალი აირის არსებობა მუცლის დრუსში.
- გ) თავისუფალი სითხის არსებობა მუცლის დრუს გვერდით დარებში.
- დ) მეტეორიზმი.

1534. კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორირებულ წყლულზე ეჭვის დროს უპირველეს ყოვლისა უნდა ჩაგარდეს:

- *ა) მუცლის დრუს გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე.
- ბ) კუჭის ორმაგი კონტრასტირება.
- გ) კუჭის გამოკვლევა წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერებით.

1535. ნაწლავის ნებისმიერი ტიპის მექანიკური გაუვალობის საერთო რენტგენოლოგიურ ნიშნებად მიიჩნეულია:

- ა) თავისუფალი აირი მუცლის ღრუში.
- ბ) თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში.
- *გ) თაღებისა და სითხის ჰორიზონტალური ღონეების არსებობა ნაწლავში კლიობერის ფიალები და თაღები.
- დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ტოპოგრაფიის დარღვევა.

1536. მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე ისახება გაზით გადაბერილი ნაწლავის მარყუქები, რომელთა სანათურში, პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნისას, აღინიშნება სითხე ჰორიზონტალური ღონით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) მუცლის ღრუს დახურული გრავმისათვის.
- ბ) ნაწლავის კედლის დარღვევისათვის.
- *გ) ნაწლავის მექანიკური გაუვალობისათვის.
- დ) ქრონიკული აპენდიციტისათვის.

1537. წვრილი ნაწლავის და კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის მექანიკური გაუვალობის მთავარ განმსაზღვრელ რენტგენოლოგიურ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) სხვადასხვა სიმაღლის თაღები, კერკინგის ნაოჭებით.
- ბ) სითხის ჰორიზონტალური ღონის არსებობა, რომლის სიგანე აღემატება სიმაღლეს.
- გ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში და კოლინჯში.
- დ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში.
- *ე) კლიობერის ფიალების არსებობა

1538. ნაწლავის გაუვალობის პირველი რენტგენოლოგიური ნიშნები გამოვლინდება:

- ა) 1-1,5 სთ-ის შემდეგ.
- ბ) 1,5-2,5 სთ-ის შემდეგ.
- *გ) 2,5-3 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 4-5 სთ-ის შემდეგ.

1539. ნაწლავის ფუნქციური და მექანიკური გაუვალობის დიფერენციალური რენტგენოლიაგნოსტიკის საფუძველს შეადგენს:

- ა) გაუვალობის ლოკალიზაციის ღონის განსაზღვრა.
- ბ) ასციტის გამოვლენა.
- გ) აირისა და სითხის თანაფარდობა ნაწლავში, ცვლილებები ლოკალური ან გავრცელებული ხასიათი.
- *დ) პაციენტის მდგომარეობის შეცვლისას, ნაწლავის მარყუქების მდგომარეობის ნელი ცვლილება, დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა.

1540. კუჭ-ნაწლავის გრაქტიდან მწვავე სისხლდენისას, კოლაფსის არ არსებობის დროს რენტგენოლოგიური კვლევა შეიძლება ჩატარდეს:

- *ა) კლინიკაში პაციენტის შემოსვლისთანავე.
- ბ) 3-4 სთ-ის შემდეგ.
- გ) 4 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 3-4 დღის შემდეგ.

1541. მუცლის ღრუს დახურული გრავმის დროს 12-გოჯა ნაწლავის დასწერივი ტოტის გასკლომის, ძირითადი სიმტომებს წარმოადგენს:

- ა) დიაფრაგმის, კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის ცლომა.
- ბ) მარცხენა დიაფრაგმის ქვედა სივრცის დაზრდილვა.
- გ) თავისუფალი აირი მუცლის ღრუში.
- *დ) რეტროპერიტონეალური ემფიზემა.

1542. მუცლის ღრუს ყრუ გრავმის დროს, მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე ისახება მუცლის ღრუს მარჯვენა ნახევრის დაზრდილვა, დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის მაღალი დგომა, ღვიძლის ქვედა კიდე არ დიფერენცირდება, კუჭი და მსხვილი ნაწლავები ცლომილია და გადაბერილია აირით, თქვენი დასკვნა:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის ჰემატომა.
- ბ) მუცლის ღრუში და სისხლდენა.
- *გ) ღვიძლის გახეთქვა.
- დ) ელენთის სუბკაფსულარული დამიანება.

1543. მუცლის ღრუს გრავმის დროს ყველაზე ხშირად მიიჩნევა:

- ა) ემოფაგო-კარდიალური ნაწილი.
- ბ) პილორუსი.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავი.
- დ) განივი კოლინჯი.

1544. პაციენტს, მენჯის ძვლების მოგეხილობის დროს, შარდის შეკავებისა და ჰემატურიის თანხლებით, პირველ ყოვლისა უნდა

ჩაუტარდეს:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) აორტოგრაფია.
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია.
- *დ) ცისტოგრაფია.

1545. მაღლა მდგომი და უმოძრაო მარჯვენა ღიაფრაგმის გუმბათი, გამონაჟონი მარჯვენა ღიაფრაგმულ სინუსში, ღვიძლის ჩრდილის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური ღონე-ჩამოთვლილი რენტგენოლოგიური ცვლილებები ახასიათებს:

- ა) ქოლანგიტს.
- ბ) ღვიძლის აბსცესს.
- *გ) მარჯვენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესს.
- დ) ღვიძლის სიმსივნეს.

1546. რენტგენოლოგიური ნიშნები: მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის მაღლა მდგომი და მოძრაობის შეზღუდვა, რეაქციული ცვლილებები პლევრის ღრუში და ფილგვის ბაზალურ სეგმენტებში, არაერთგვაროვანი დაჩრდილვა სითხის ჰორიზონტალური ღონით მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ, კუჭისა და კოლინჯის ელენთის ნაკეცის ცლომა - დამახასიათებელია:

- ა) ელენთის გახეთქვისთვის.
- ბ) თრომბოფლებიტიკური სპლენომეგალიისათვის.
- *გ) მარცხენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესისათვის.
- დ) პანკრეასის კულის სიმსივნისათვის, რღვევის ფაზაში.

1547. ღვიძლის პროექციაზე, სხვადასხვა ზომის ღრუ წარმონაქმნის არსებობა სითხით და აირით, რომლებიც ისახებიან პირდაპირ და გვერდით პროექციებში, რეაქციული, პლევრალური ცვლილებების გარეშე, მეტყველებს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ინტერპოზიციაზე.
- ბ) შემოსაზღვრულ ჩირქოვან პერიტონიტზე.
- გ) ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესზე.
- *დ) ღვიძლის აბსცესზე.

1548. საყლაპავის ჭრილობისას, უკონტრასტო გამოკვლევით, ყველაზე დამაჯერებელი რენტგენოლოგიურ სიმპტომად გვევლინება ყველა გარდა:

- *ა) აირი საყლაპავის სანათურში.
- ბ) პნევმოპელდასტინუმი, კისრის რბილი ქსოვილების ემფიზემა.
- გ) კისრის ლორღობის გასწორება.
- დ) შუასაყრის ჩრდილის გაფართოება.

გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების დაფალებათა სხივური იაგნოსტიკა

1549. რენტგენოუნქციონალური სიმპტომების გამოსავლენად ყველაზე მეტად ინფორმატიულია

- *ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) სონოგრაფია
- დ) ტომოგრაფია

1550. მარცხენა წინაგულის დილაგაციისას (დიასტოლური გაღაგვირთვა) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრის რადიუსია

- ა) მცირე
- *ბ) დიდი
- გ) საშუალო
- დ) საყლაპავის გადახრა არ აღინიშნება

1551. რომელ პროექციაში არ გამოდის კიდეზე მარჯვენა წინაგული

- ა) პირდაპირში
- ბ) მარჯვენა ირიბში
- გ) მარცხენა ირიბში
- *დ) მარცხენა გვერდითში

1552. აღმაავალი აორტის განივი ზომის დასადგენად ყველაზე ოპტიმალურ პროექციას წარმოადგენს

- ა) პირდაპირი
- ბ) მარჯვენა ირიბი
- გ) მარცხენა გვერდითი
- *დ) მარცხენა ირიბი

1553. ნორმაში, პირდაპირ პროექციაში, გულის მარჯვენა სიბლვარი ხერხემლის კიდეს სცილდება

- ა) 4-5 სმ-ით
- *ბ) 2-3 სმ-ით

- გ) 6-7 სმ-ით
- დ) 8-10 სმ-ით

1554. მარცხენა წინა ირიბ პროექციაში რეტროკარდიალური სივრცის შევიწროვება აღინიშნება

- ა) აორტის ასწვრივი ნაწილის ღიაშტრის მომატებისას
- *ბ) მარცხენა წინაგულის გადილებისას
- გ) მარჯვენა წინაგულის გადილებისას
- დ) მარჯვენა პარკუჭის გადილებისას

1555. მარჯვენა წინა ირიბ პროექციაში ღიაფრაგმის მეფით რეტროკარდიალური სივრცის შევიწროვება ვლინდება

- ა) მარჯვენა პარკუჭის გადილებისას
- *ბ) მარჯვენა წინაგულის გადილებისას
- გ) მარცხენა პარკუჭის გადილებისას
- დ) მარცხენა წინაგულის გადილებისას

1556. პირდაპირ პროექციაში გულის მარცხენა საზღვარი ნორმაში მდებარეობს

- ა) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით შიგნით
- ბ) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით გარეთ
- *გ) ლავიწშუა ხაზზე
- დ) პარასტერნალური ხაზის ღონებზე

1557. მარჯვენა პარკუჭი ნორმაში არ არის კიდისწარმოქმნილი

- *ა) პირდაპირ პროექციაში
- ბ) მარჯვენა ირიბ პროექციაში
- გ) მარცხენა ირიბ პროექციაში
- დ) მარცხენა გვერდით პროექციაში

1558. გულის საწყის რენტგენოლოგიურ კვლევას წარმოადგენს

- *ა) გულმკერდის ღრუს პოლიპოზიციური რენტგენოსკოპია
- ბ) ფლუოროგრაფია პირდაპირ პროექციაში
- გ) გულმკერდის ღრუს რენტგენოგრაფია სამ სტანდარტულ პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით
- დ) გულმკერდის ღრუს რენტგენოგრაფია პირდაპირ და მარცხენა გვერდით პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით

1559. პერიკარდის ცელომური კისტების ღიაგნოსტიკაში ძირითადი მეთოდია

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) ექოკარდიოგრაფია
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- დ) რენტგენოგრაფია

1560. მუცლის აორტის შევიწროვების ლოკალიზაციის და კოლატერალების მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ულტრაბგერითი კვლევა
- *გ) აორტოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1561. გულის განივი ზომა მის სიგრძეზე მეტი შეიძლება იყოს

- ა) ჰიპერტონული დაავადებისას
- ბ) მიოკარდიტისას
- *გ) ექსულაციური პერიკარდიტისას
- დ) ფილგვის არტერიის სტენოზისას

1562. პერიკარდის ღრუში მცირე რაოდენობით სითხის გამოვლენისათვის შედარებით ინფორმატიულია

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- *გ) ულტრაბგერითი კვლევა
- დ) ტომოგრაფია

1563. ათეროსკლეროზის დროს აორტის კედლის გაკირვის დიაგნოსტირებისათვის ყველაზე ინფორმატიულია

- ა) ტომოგრაფია
- *ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) რენტგენოგრაფია
- დ) რენტგენოსკოპია საყლაპავის კონტრასტირებით

1564. ასწვრივი აორტის ანევრიზმა პირდაპირ რენტგენოგრაფიაზე ვლინდება ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

- *ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში
- ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში
- გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში
- დ) მუცლის ღრუში

1565. გულმკერდის აორტის დასწვრივი ნაწილის ანევრიზმმა პირდაპირ რენტგენოგრაფიაზე ვლინდება ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

- ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში
- *ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში
- გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში
- დ) მუცლის ღრუში

1566. დასწვრივი აორტის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

- ა) წინ და მარცხნივ
- *ბ) წინ და მარჯვნივ
- გ) უკან და მარცხნივ
- დ) უკან და მარჯვნივ

1567. აორტის რკალის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

- ა) წინ და მარცხნივ
- ბ) წინ და მარჯვნივ
- გ) უკან და მარცხნივ
- *დ) მარჯვნივ და უკან

1568. შუასაყრის კისტებისა და აორტის ანევრიზმების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიულია

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ტომოგრაფია
- გ) ექოკარდიოგრაფია
- *დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1569. კორონარული ათეროსკლეროზის მუსკი დიაგნოსტიკისათვის კვლევის გადამწყვეტი მეთოდია: 1) კორონაროგრაფია; 2) რენტგენოგრაფია; 3) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3

1570. გულის სარქველოვანი აპარატის მდგომარეობის შესახებ ოპტიმალური ინფორმაცია შეიძლება მივიღოთ

- ა) რენტგენოსკოპიით
- ბ) რენტგენოგრაფიით
- *გ) ულტრაბგერითი კვლევით
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1571. გულის ზომების მნიშვნელოვან მაგებას თან ახლავს

- ა) იზომეტრული ჰიპერტენზია
- ბ) ალბატაციური ჰიპერტროფია
- გ) ტონოგენური დილატაცია
- *დ) მიოგენური დილატაცია

1572. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებისას ჰემოდინამიკის დარღვევა ხასიათდება

- *ა) ვენური შეგუბებით
- ბ) ჰიპერტოლემიით
- გ) ჰიპოტოლემიით
- დ) სისხლის ნორმალური ნაკადით

1573. მარცხენა პარაკუჭის ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევისთვის დამახასიათებელია ფილგეებში ჰემოდინამიკის ცვლილებები

- *ა) ვენური შეგუბება
- ბ) მცირე წრეში ნორმალური სისხლის ნაკადი
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია
- დ) ფილგეებში სისხლის მიმოქცევის 3გაღარიბება48

1574. სუბპლევრალური სითხის დაგროვება ვლინდება

- *ა) ვენური შეგუბებისას

- ბ) ჰიპერვოლემიისას
- გ) არტერიული ჰიპერტენზიისას
- დ) ჰიპოვოლემიისას

1575. კერლის ხაზები მეტად დამახასიათებელია

- ა) ფილტვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევისას
- *ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვენური შეგუბებისას
- გ) ჰიპოვოლემიისას
- დ) ჰიპერვოლემიისას

1576. კერლის ხაზების მორფოლოგიური საფუძველია

- ა) პერიფერიული ვენების გაფართოება
- *ბ) წითლაშუა ძგიდეებში ლიმფოსტაზია
- გ) ფილტვის ოლიგემია
- დ) პლევრის შეშუპება

1577. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზია დამახასიათებელია

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზისათვის
- ბ) აორტის კოარქტაციისათვის
- გ) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიისათვის
- *დ) მიგრალური სტენოზისათვის

1578. მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზიის არაპირდაპირ სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია
- გ) ჰემოსიდეროზი
- დ) წინაგულბსორისი შეშუპება

1579. ჰემოსიდეროზი, როგორც გართულება გვხვდება

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზის დროს
- ბ) "ფილტვისმიერი" გულის დროს
- *გ) მიგრალური სტენოზის დროს
- დ) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის დროს

1580. კერლის ხაზები შეიძლება გამოვლინდეს

- ა) აორტის კოარქტაციის დროს
- ბ) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტის დროს
- *გ) მიგრალური სტენოზის დროს
- დ) ებშტეინის ანომალიის დროს

1581. ფილტვის სისხლძარღვოვანი სურათის ტოტალური ცალმხრივი გაიშვიათება შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) პნევმოსკლეროზის დროს
- ბ) მთავარ ბრონქში უცხო სხეული
- გ) ფალოს გეგრადას დროს
- *დ) ფილტვის არტერიის ჰიპოპლაზიისას

1582. პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობის სითხის არსებობისას ფილტვის სურათის დამახასიათებელი ცვლილებებია

- *ა) ვენური შეგუბება
- ბ) ცვლილებების გარეშე
- გ) ჰიპოვოლემია
- დ) ჰიპერვოლემია

1583. ბრონქებისა და სისხლძარღვების "ცლომის" რენტგენოლოგიური ნიშანი აღინიშნება

- ა) პნევმონიის დროს
- ბ) ფილტვის ინფარქტის დროს
- გ) ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიის დროს
- *დ) ფილტვის კისტის არსებობის დროს

1584. კერლის ხაზები აღინიშნება ფილტვებში სისხლის მიმოქცევის ცვლილებების დროს რომლებიც თავის მხრივ ვითარდება

- ა) ვენური შეშუპების ხარჯზე
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიის ხარჯზე
- *გ) ინტერსტიციალური შეშუპების ხარჯზე
- დ) ალვეოლარული შეშუპების ხარჯზე

1585. ფილგეებში ნორმალური სისხლის მიმოქცევა აღინიშნება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტის დროს
- ბ) ფალოს გეგრაღის დროს
- *გ) აორგის კოარქტაციის დროს
- დ) ეიბენმენგერის სინდრომის დროს

1586. გულის იშემიური დაავადების დროს, ფილგეში ჰემოღინამიკის ცვლილებების ინტენსივობა დამოკიდებულია:

- ა) გულის ზომებზე
- ბ) დაავადების ხანგრძლივობაზე
- *გ) მიოკარდის დაზიანების ზომებზე
- დ) ავადმყოფის ასაკზე

1587. ფილგეის ალვეოლარული შეშუპება, რომელსაც წინ არ უძღვის ცვლილებები ფილგეის სისხლის მიმოქცევაში, შეიძლება განვითარდეს

- ა) მგულის მანკის დეკომპენსაციის დროს
- *ბ) მიოკარდის მწვავე ინფარქტის დროს
- გ) ფილგეის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს
- დ) დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს

1588. ციანოზი - წამყვანი სიმპტომია

- ა) აორგის შესართავის სტენოზის
- *ბ) ფალოს გეგრაღის
- გ) მიგრალური უკმარისობის
- დ) პერიკარდის ცელომიური კისტების

1589. მარცხენა პარკუჭში შეყვანილი კონტრასტული ნივთიერებით ერთდროულად კონტრასტირდება მარჯვენა პარკუჭი და აორტა

- ა) ღია არტერიული სადინრის არსებობისას
- ბ) ებშტეინის ანომალიის არსებობისას
- გ) ფალოს გეგრაღის არსებობისას
- *დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტის არსებობისას

1590. მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას აორტასთან ერთად კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტისას
- ბ) მიგრალური სტენოზისას
- *გ) მიგრალური უკმარისობისას
- დ) აორტალური უკმარისობისას

1591. თუ მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული, მაშინ არის

- ა) აორტალური უკმარისობა
- ბ) ღია არტერიული სადინარი
- გ) ფალოს გეგრაღა
- *დ) მიგრალური უკმარისობა

1592. არტერიული წნევა 130/0 მმ.ვერცხ.სვ. - ეს სიმპტომი დამახასიათებელია

- ა) მიოკარდიტისათვის
- ბ) პერიკარდიტისათვის
- გ) მარცხენა წინაგულის მიქსომისათვის
- *დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისათვის

1593. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას ფილგეის არტერია კონტრასტირდება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტისას
- ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების გრნსპოზიციისას
- *გ) ღია არტერიული სადინრისას
- დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას

1594. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას მარცხენა პარკუჭი კონტრასტირდება

- ა) ფილგეის არტერიის სტენოზისას
- ბ) მიგრალური სარქელის უკმარისობისას
- გ) აორგის შესართავის სტენოზისას
- *დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას

1595. ფილგეების ფესვების "ასიმეტრიის" სიმპტომი აღინიშნება

- ა) ებშტეინის ანომალიისას

- *ბ) ფილგვის არგერიის სტენომისას
- გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ლეფექტისას
- დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ლეფექტისას

1596. მიგრალური სარქელის უკმარისობისათვის მარჯვენა ირიბ პროექციაში დამახასიათებელია კონტრასტირებული საყლაპავის ცლომის რკალის

- ა) მცირე რადიუსი
- ბ) საშუალო რადიუსი
- *გ) დიდი რადიუსი
- დ) საყლაპავის ცლომა არაა გამოხატული

1597. მიგრალური სარქელის უკმარისობისათვის დამახასიათებელია მარცხენა წინაგულის კუმშვადობის ამპლიტუდა

- ა) შემცირებული
- *ბ) მომატებული
- გ) საშუალო
- დ) ამპლიტუდა არაა შეცვლილი

1598. აორტის დიამეტრის შემცირება დამახასიათებელია

- ა) აორტალური სარქელის უკმარისობისათვის
- ბ) მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულარული ხერეღის სტენომისათვის
- გ) აორტის ათეროსკლეროზული დამიანებისათვის
- *დ) მარცხენა ატრიო-ვენტრიკულარული ხერეღის სტენომისათვის

1599. ნეკნთა "უმურიება" აღინიშნება

- ა) აორტის მარჯვენამხრივი მღებარეობისას
- ბ) ორმაგი აორტის რკალისას
- *გ) აორტის კოარქტაციისას
- დ) აორტის შესართავის სტენომისას

1600. მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია აღინიშნება

- ა) აორტის შესართავის სტენომისას
- ბ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას
- გ) აორტის კოარქტაციისას
- *დ) მიგრალური სტენომისას

1601. გულმკერდის ღრუს ჩონჩხში ატროფია ზეწოლისაგან შეიძლება აღინიშნებოდეს

- ა) მიგრალური მანკისას
- ბ) ღია არტერიული სადინრისას
- *გ) აორტის ანევრიზმისას
- დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას

1602. აორტის რკალის ღონეზე საყლაპავი (პირდაპირ პროექციაში) გადახრება მარცხნივ

- ა) აორტის კოარქტაციისას
- ბ) ჰიპერტონული დაავადებისას
- *გ) აორტის მარჯვენამხრივი მღებარეობისას
- დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას

1603. მარცხენა წინაგულის აუცილებელ გადიდება თან ახლავს

- ა) აორტის კოარქტაციას
- ბ) ფალოს ტეტრადას
- *გ) მიგრალური სტენომის
- დ) აორტის ანევრიზმის

1604. "ფილგვისმიერი" გული წარმოადგენს

- ა) ჰიპერტონული დაავადების გართულებას
- ბ) ჰიპერტიროზის გართულებას
- გ) მიოკარდიტის გართულებას
- *დ) ქრონიკული პნემონიის გართულებას

1605. კონტრასტირებული საყლაპავის ცლომა რკალის დიდი რადიუსით (მარჯვენა წინა ირიბი პროექცია) დამახასიათებელია

- ა) "ჯავშნიანი" გულისათვის
- ბ) მიგრალური სტენომისთვის
- *გ) მიგრალური უკმარისობისთვის
- დ) ტრიკუსპიდალური სტენომისთვის

1606. მარცხენა პარკუჭის კონტურის გასწვრივ კუმშვადობის არ არსებობა (აღინამიური ზონა) გვხვდება

- ა) მიგრალური სტენოზისას
- ბ) ფილტვისმიერი გულისას
- გ) "ჰიპერტონული" გულისას
- *დ) მიოკარდიუმის ინფარქტისას

1607. გულის ჩრდილის ზომების სწრაფი აღინამიკა აღინიშნება

- ა) მიოკარდიტისას
- ბ) ფილტვისმიერი გულისას
- *გ) ექსულაციური პერიკარდიტისას
- დ) მიოკარდიოპათიისას

1608. შეხორცებითი პერიკარდიტის სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) გულის სიგრძის მომაგება
- *ბ) გულის კონტურებზე გაკირული უბნებუხ არსებობა
- გ) გულის განივი ზომის მომაგება
- დ) გულის კონტურებზე კუმშვადობის ამპლიტუდის მომაგება

1609. პერიკარდის ცელომიური კისტებისათვის არაა ტიპური

- ა) ლოკალიზაცია მარჯვენა გულ-ღიაფრაგმალური კუთხის მიდამოში
- ბ) სუნთქვისას ჩრდილის ფორმის ცვლილება
- *გ) ლოკალიზაცია მარცხენა წინაგულის საპროექციო მიდამოში
- დ) გადაცემითი პულსაცია

1610. მარჯვენა კარდიოღიაფრაგმალური კუთხის საპროექციო მიდამოში გამოხეროილობა ღამახასიათებელია

- ა) მიგრალური უკმარისობისათვის
- ბ) აორტის შესართავის სტენოზისათვის
- *გ) პერიკარდის ცელომიური კისტებისათვის
- დ) აორტის კოარქტაციისათვის

1611. გულის ჩრდილის კონტურების გაკირვა ღამახასიათებელია

- ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზისათვის
- *ბ) შეხორცებითი პერიკარდიტისათვის
- გ) მიოკარდიტისათვის
- დ) მიგრალური სტენოზისათვის

1612. გულის არასწორი, არამკაფიო კონტურები აღინიშნება

- ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზის დროს
- ბ) ჰიპერტონული დაავადების დროს
- გ) მიოკარდიტის დროს
- *დ) შეხორცებითი პერიკარდიტის დროს

1613. მწვავე მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობისათვის უფრო მეტადაა ღამახასიათებელი

- ა) ფილტვის არტერიული ჰიპერტენზია
- ბ) ფილტვის ჰემოდინამიკის ცვლილების შერეული ტიპი
- *გ) ფილტვის ვენური ჰიპერტენზია
- დ) ფილტვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევა

1614. მარცხენა პარკუჭის ანევიზმისათვის ღამახასიათებელია

- ა) გულის დიფუზური გაფართოება
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის კედლის შემოსამღვრული გამოხეროილობა
- გ) პარკუჭის ზომები ჩვეულებრივია
- დ) პარკუჭი შემცირებულია

1615. ექსულაციური პერიკარდიტისათვის ღამახასიათებელია

- ა) მარცხენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება
- *გ) გულის ყველა რკალის წაშლა
- დ) ფილტვის არტერიის რკალის გაფართოება

1616. ექსულაციური პერიკარდიტისათვის ღამახასიათებელია

- ა) პულსაციის ამპლიტუდის გაზრდა
- *ბ) პულსაციის ამპლიტუდის შემცირება

- გ) პულსაცია არაა შეცვლილი
- დ) პარადოქსული პულსაცია

1617. გულის კუნთის დიფუზური დამიანებისას კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის:

- ა) მახვილი
- *ბ) ბლაგვი
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

1618. ექსუდაციური პერიკარდიტისას (დიდი რაოდენობით სითხის არსებობისას) კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის

- *ა) მახვილი
- ბ) ბლაგვი
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

1619. შეგუბებითი დილატაციური კარდიომიოპათიისათვის დამახასიათებელია

- ა) ფილტვის ვენური ჰიპერტენზია
- ბ) ორივე პარკუჭის გადიდება
- გ) გულის ჩრდილის კონტურების წაშლა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი

1620. ფილტვისმიერი გულისათვის დამახასიათებელია

- ა) მარცხენა პარკუჭის გადიდება
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის გადიდება
- გ) მარცხენა წინაგულის გადიდება
- დ) მარცხენა წინაგულისა და მარცხენა პარკუჭის გადიდება

სარძევე ჯირკვლის დაავადებათა სხიური დიაგნოსტიკა

1621. მასიური პროფილაქტიკური გასინჯვისას სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური კვლევა უმჯობესია ჩატარდეს

- ა) პირდაპირ ან გვერდით პროექციაში.
- ბ) პირდაპირ და გვერდით პროექციაში.
- გ) პირდაპირ და ირიბ პროექციაში.
- *დ) ირიბ პროექციაში.

1622. რენტგენოგრაფია გამოსახულების პირდაპირი გადილებით გამოიყენება

- ა) პათოლოგიური კერის კონტურის ხასიათის დასაზუსტებლად.
- *ბ) მიკროკალცინატების არსებობის დასადგენად.
- გ) მიმოხილვითი მამოგრაფიისას, მკვრივი სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში, პათოლოგიური წარმონაქმნის გამოსავლენად.
- დ) ინვოლუციური სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში პათოლოგიური წარმონაქმნის გამოსავლენად.

1623. ლექტოგრაფიის ჩატარების აბსოლუტური ჩვენებაა გამონადენი დერილიდან

- ა) ნებისმიერი ხასიათის
- ბ) სეროზული ხასიათის
- გ) სისხლიანი ხასიათის
- *დ) სეროზული და სისხლიანი ხასიათის.

1624. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა მეტად ინფორმატიულია

- ა) სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამოსავლენად
- ბ) სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და კეთილთვისებიან სიმსივნეს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში
- *გ) კისტოზურ და სოლიდურ წარმონაქმნებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში
- დ) კისტას, კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

1625. მამოგრაფიის ჩატარება რეკომენდირებულია

- ა) მენსტრუალური ციკლის 1-5 დღეს
- *ბ) მენსტრუალური ციკლის მე-6-12 დღეს
- გ) მენსტრუალური ციკლის მე-2 ფაზაში
- დ) არ აქვს მნიშვნელობა.

1626. სარძევე ჯირკვლის რეტრომამალური სივრცისა და აქსილარული წინაზარდის მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

- ა) პირდაპირი პროექცია
- *ბ) ირიბი პროექცია
- გ) გვერდითი პროექცია

დ) პირდაპირი და ირიბი პროექცია.

1627. სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევის რომელ კონტრასტულ მეთოდს აქვს თერაპიული ეფექტი.

ა) პნეემომათოგრაფია

ბ) ლექტოგრაფია

*გ) პნეემოკისტოგრაფია

დ) სალინრების ორმაგი კონტრასტირება.

1628. პათოლოგიური პროცესი ყველაზე ხშირად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის

*ა) ზედა გარეთა კვადრანტში

ბ) ზედა შიგნითა კვადრანტში

გ) ქვედა გარეთა კვადრანტში

დ) ქვედა შიგნითა კვადრანტში.

ე) გამოკვეთილი კანონზომიერება არ არის.

1629. შერეული ფორმის მასტოპათიის გამოხატული ფორმის შემთხვევაში საკონტროლო მამოგრაფია უნდა ჩატარდეს

ა) 6 თვეში

*ბ) 1 წელიწადში

გ) 1,5-2 წლის შემდეგ

დ) 3 წლის შემდეგ.

1630. მასტოპათიის კვანძოვან ფორმასა და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება მეტად

ა) არამკაფიო კონტურს

ბ) ჰიპერეასკულარიზაციის სიმპტომს

*გ) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებით წარმონაჩმის ბომბების ცვალებადობას

დ) ბელტისებური კალცინატების არსებობა.

1631. პნეემოკისტოგრაფიის ჩატარების შემდეგ ოპერაციული მკურნალობა არ არის ნაჩვენები თუ

ა) კისტის შიგნითა კონტურები სწორია, ჰემორაგიული შიგთავსით

ბ) კედელთან ქსოვილოვანი წარმონაქმნი, სერომული შიგთავსით

გ) კისტის სრული დაცლა, პუნქტაგში პროლიფერირებადი უჯრედები

*დ) კისტის კედლები სწორი, სერომული შიგთავსით.

1632. სარძევე ჯირკვლის კისტასა და ფიბროადენომას შორის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა

*ა) მსხვილი ბელტისებური გაკირული უბნების არსებობა

ბ) პერიფერიაზე თხელი ნათელი არშია

გ) კონტურების პოლიციკლურობა

დ) კაფსულის არსებობა.

1633. ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე სარძევე ჯირკვლის ლიპომა გამოვლინდება, როგორც

ა) მკაფიო, სწორ კონტურებიანი დაჩრდილვა

*ბ) მკაფიო, სწორ კონტურებიანი ნათელი უბანი

გ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე ლიპომა არ ისახება

დ) მკაფიო, სწორ კონტურებიანი დაჩრდილვა, პერიფერიაზე ნათელი არშიით.

1634. ინვოლუციურ სარძევე ჯირკვალში ლიპომა შეიძლება გამოვლინდეს

ა) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-მდე

ბ) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-ზე მეტი

*გ) კაფსულის არსებობის შემთხვევაში

დ) ინვოლუციური ცვლილებების ფონზე ლიპომა არ ვლინდება.

1635. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ინფილტრაციული ფორმის პროგრესირებადი ბრდის შემთხვევაში დამიანებული სარძევე ჯირკვლის ზომები

*ა) იზრდება

ბ) მცირდება

გ) შეიძლება შემცირდეს ან გაიზარდოს

დ) არ იცვლება

1636. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის სკიროზული ტიპი, რომელიც პალპირებადია ზომებით

ა) შეესაბამება მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებას

ბ) მცირეა მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

*გ) მეტია მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

დ) შეიძლება იყოს როგორც მეტი, ასევე ნაკლები მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე.

1637. სარძევე ჯირკვლის სარკომასა და ლოკალურად ინფილტრირებულ კიბოს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გარდობა:

- *ა) კონტურის ხასიათის მიხედვით
- ბ) ჰიპერვასკულარიზაციის მიხედვით
- გ) ორგანოს ლეფორმაციის მიხედვით
- დ) დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გაძნელებულია.

1638. ლექტოგრაფიის ჩატარება უკუნაჩვენებია

- ა) ღვრილიდან ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში
- ბ) ღვრილიდან სეროზული გამონადენის შემთხვევაში
- *გ) სარძევე ჯირკვალში მწვავე ანთებითი პროცესის დროს
- დ) უკუნაჩვენებია არ არის.

1639. სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და მასგოპათიის კვანძოვან ფორმას შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარების საშუალებას გვაძლევს

- *ა) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებული წარმონაქმნის ზომის ცვლილება
- ბ) წარმონაქმნის ჩრდილის ინტენსივობა
- გ) კალცინატების არსებობა
- დ) წარმონაქმნის კონტურის ხასიათი.

1640. ჭეშმარიტ გინეკომასტიას ახასიათებს

- ა) გულმკერდის ზომაში მაგება
- *ბ) მამოგრამაზე ჯირკვლოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი კომპლექსის არსებობა
- გ) ღვრილიდან გამონადენი
- დ) გულმკერდის ჰიპერვასკულარიზაციის არსებობის ნიშნები.

1641. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს ჰიპერვასკულარიზაცია ვლინდება.

- ა) სისხლძარღვების დიამეტრის გაზრდით
- ბ) სისხლძარღვოვანი განტოვების რაოდენობრივი მომატებით
- *გ) სისხლძარღვების დიამეტრისა და რაოდენობის მომატებით,მათი დაკლავნილობით.
- დ) სისხლძარღვების დაკლავნილობით.

შარდ სასქესო ორგანოების რეგროპერიტონეალური სივრცისა და მცირე მენჯის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

1642. წელის რომელი მალის ღონეზე მღებარეობს თირკმლის მენჯი ნეფროფტომის დროს:

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

1643. ლისგოპიისა და ნეფროფტომის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს

- ა) მენჯის განლაგების ღონე
- ბ) შარდსაწვეთის სიგრძე
- გ) თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე
- დ) შარდსაწვეთის განლაგება
- *ე) შარდსაწვეთის სიგრძე და თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე

1644. ექსკრეტორულ უროგრამაზე თირკმლის ჭვალი შეიძლება ვივარაუდოთ შემდეგი ნიშნის საფუძველზე

- *ა) პიელოექტაზია
- ბ) ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი
- გ) ფიალების ზედა ჯგუფის გადახანცელება, გადაადგილება
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურების ლეფორმაცია

1645. ტუბერკულოზური პაპილიტის შემთხვევაში ყველაზე დიდ ინფორმაციას იძლევა

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- *ბ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- გ) ტომოგრაფია
- დ) ანგიოგრაფია

1646. ექსკრეტორული უროგრაფიის ნეფროგრაფიულ ფაზაში კავერნოზულ ტუბერკულოზზე მეტყველებს

- *ა) პარენქიმის კონტრასტირების ლეფექტი
- ბ) "თეთრი" თირკმელი
- გ) თირკმლის კონტრასტირების არარსებობა

დ) პარენქიმის ინტენსიური არათანაბარი კონტრასტირება

1647. თირკმლის სიმსივნის სიმპტომებს მიეკუთვნება

- *ა) ფიალის ამპუტაცია
- ბ) სუსტი ნეფროგრაფიული ფაზა
- გ) თირკმლის ზომების შემცირება
- დ) ფიალებისა და მენჯის ჰიპოტონია

1648. ზედა საშარღე გზების რენტგენოგრაფიური კონკრემენტების შემთხვევაში ყველაზე ინფორმატულია

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

1649. საშარღე გზების ტონუსის დაქვეითებაზე მეტყველებს შემდეგი ნიშნები

- ა) მენჯის კონტრასტირების არარსებობა
- ბ) პიელოექტაზია
- გ) ფიალების ამპუტაცია
- *დ) "ჰსოას"-სიმპტომი

1650. თირკმლის აბლაზიის შესახებ ყველაზე სარწმუნო ინფორმაციას იძლევა

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- *გ) არტერიოგრაფია
- დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1651. თირკმლის ჰიპოპლაზიის დადგენის ყველაზე სარწმუნო მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- *დ) არტერიოგრაფია

1652. მენჯისა და ფიალების მდგომარეობის შესაფასებლად "გამოთიშული (ფუნქციონალური ბლოკი) თირკმლის" შემთხვევაში უნდა გამოიყენონ

- ა) ინფუზიური უროგრაფია
- *ბ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1653. ნეფროფტოზის შემთხვევაში კვლევის წამყვანი მეთოდი

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

1654. ჯანმრთელი ადამიანის თირკმელები მდებარეობს შემდეგ დონეზე

- ა) გულმკერდის მე-8-10 მალეები
- *ბ) გულმკერდის მე-12 და წელის 1-2 მალეები
- გ) წელის 1-5 მალეები
- დ) წელის 4-5 მალეები

1655. ნორმაში მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი მარცხენასთან შედარებით განლაგებულია:

- *ა) 1-2 სმ-ით ქვემოთ
- ბ) 3-4 სმ-ით ქვემოთ
- გ) 5-6 სმ-ით ქვემოთ
- დ) 10 სმ-ით ქვემოთ

1656. შარღეამომყოფი გზების მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე შარღის ბუშის ჩრდილი

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

1657. თირკმელი ნორმალური ზომის, ჩრდილი ჰომოგენური, მენჯი ზომიერად გადილებული, მისი კონტურები მომრგვალო და

მკაფიო, ფიალები დილაგაციის გარეშე. ეს უპირატესად ახასიათებს შემდეგ პათოლოგიას

- ა) თირკმლის ჰიპოპლაზია
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- *გ) პიელოექტაზია
- დ) თირკმლის სიმსივნე

1658. თირკმლის მენჯი და შარდსაწვეთი ცლომილია, ფიალები ხშირად დეფორმირებული (მიჭყლეტილი), მათ შორის მანძილი მომაგებულია, ანგიოგრამებზე ისახება უსისხლძარღვო ზონაზე ულტრაბგერითი კვლევით პარენქიმის დეფექტი და ექონოგრაფიული ზონა მკვეთრი კონტურებით. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) სიმსივნე
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- *გ) სოლიტარული კისტა
- დ) ჰიდრონეფროზი

1659. თირკმლის მენჯისა და ფიალების გაგანიერება, თირკმლის პარენქიმის აგროფია, ზომებში გადიდება ლაგერალური კონტურის გალღისებური გამოდრეკით, ფუნქციის მკვეთრი შემცირება ან არარსებობა - ეს ახასიათებს

- ა) სოლიტარული კისტა
- ბ) სიმსივნე
- *გ) ჰიდრონეფროზი
- დ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

1660. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე თირკმლის გადილებული, არაერთგვაროვანი ჩრდილი არასწორი კონტურებით, რეტროგრადულ პიელოგრამაზე ფიალების გაგანიერება ან ამპუტაცია, მენჯის ავსების დეფექტი არასწორი, უზურირებული კონტურებით უპირატესად ახასიათებს:

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

1661. თირკმლის არტერიისა და მისი სეგმენტური და სუბსეგმენტური ტოტების მკვეთრი შევიწროება, უსისხლძარღვო ზონების არსებობა. თირკმლისშია არტერიული ტოტები ცლომილია უპირატესად პერიფერიისაკენ, თითქოს გაშლილია. ეს ნიშნები უპირატესად ახასიათებს

- ა) სოლიტარული კისტა
- *ბ) ჰიდრონეფროზი
- გ) სიმსივნე
- დ) პიელონეფრიტი

1662. თირკმლის ზომების შემცირება, მენჯ-ფიალათა სისხტემის დეფორმაცია, მცირე ფიალების არასწორი კონტურები, ქერქოვანი შრის წვრილი სისხლძარღვების ობლიტერაცია უპირატესად ახასიათებს

- ა) ტუბერკულოზი
- *ბ) შეჭმუხვნილი თირკმელი
- გ) ჰიპოპლაზია
- დ) სიმსივნე

1663. თირკმელების ორმხრივი დაზიანება, ზომებში მომაგება. პოლიციკლური კონტურები, მენჯი მიჭყლეტილი და დაგრძელებულია, ცლომილია, კონტურები სწორი, ფიალები დაგრძელებული, შევიწროებული და რკალისებურად მოხრილია, ფიალების თაღის არეში ვლინდება ნახევრადოვალური ავსების დეფექტები ან კოლბისმაგვარი გაფართოება - შარდსაწვეთი უცვლელია. თირკმლისშია არტერიები შევიწროებულია, მათი რაოდენობა შემცირებულია, ისახება უსისხლძარღვო ზონები. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) ჰიდრონეფროზი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) სიმსივნე
- *დ) პოლიკისტოზი

1664. ნეფროპტოზის გამოსავლენად აუცილებელია დამატებითად ჩატარდეს

- ა) გამოკვლევა ტრენდლენბურგის პოზიციამში
- ბ) შარდსაწვეთის კომპრესია
- *გ) სურათი ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- დ) პიელოსკოპია

1665. ჰიდრონეფროზის შემთხვევაში უფრო რაციონალურია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) ანგიოგრაფია
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია

- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა
- ე) ანტიგრაფული პიელოგრაფია

1666. თირკმლის ფუნქციის არარსებობის შესახებ დასკვნა შეიძლება გამოგანილ იქნას შემდეგ შემთხვევაში

- ა) ფიალები და მენჯი არ კონტრასტირდება
- *ბ) არ ელინდება ნეფროგრაფიული ფაზა
- გ) მენჯ-ფიალოვანი სისტემა უცვლელია რეტროგრადული პიელოგრაფიის დროს
- დ) თირკმლის სისხლძარღვოვანი სურათი უცვლელია

1667. საშარდე გზების რენტგენოკონტრასტულობის ინტენსივობაზე გაელენას ახდენს შემდეგი ექსტრარენალური ფაქტორები

- *ა) კონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა და კონცენტრაცია
- ბ) ჰემატურია
- გ) ალინამია
- დ) თანმხლები დაავადებები

1668. ექსკრეტორული უროგრაფიის დროს საშარდე გზების გამოსახვის ხარისხზე გაელენას ახდენს შემდეგი

- *ა) ხანდაზმული ასაკი
- ბ) ბავშვთა ასაკი
- გ) ორსულობა
- დ) ნაკლებმოდრავი ცხოვრების წესი
- ე) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა

1669. საშარდე გზების ჰიპოტონიის წარმოშობას ხელს უწყობს

- ა) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა
- ბ) ნაკლებად მოძრავი ცხოვრების წესი
- გ) ორსულობა
- *დ) ასაკი

1670. თირკმელების ყველაზე ხშირ დაავადებებს ეკუთვნის

- ა) გლომერულონეფრიტი
- ბ) პიელონეფრიტი
- *გ) ნეფროფტოზი
- დ) სიმსივნეები

1671. შეჭმუნული თირკმლის ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) მენჯ-ფიალათა სისტემის დეფორმაცია
- ბ) თირკმლის ფორმის დეფორმაცია
- *გ) თირკმლის ზომების შემცირება
- დ) სუსტად გამოხატული ნეფროგრაფიული ფაზა

1672. ლიფრენციალურ რენტგენოლიაგნოსტიკაში პირველად და მეორედ შეჭმუნული თირკმლის შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს

- ა) ნეფროგრაფიული ფაზის მდგომარეობა
- ბ) თირკმლის ზომები
- გ) მენჯ-ფიალათა სისტემის მდგომარეობა
- დ) თირკმლის ფორმა
- *ე) სისხლძარღვოვანი სურათი

1673. თირკმლის კისკისათვის ნეფროგრაფიულ ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) პარენქიმის არათანაბარი კონტრასტირება
- ბ) პარენქიმის სუსტი კონტრასტირება
- *გ) პარენქიმის დეფექტი
- დ) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა

1674. კისკისთვის უროგრაფიის გამოყოფის ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) ფიალის ან ფიალათა ჯგუფის ამპუტაცია
- ბ) ფიალებზე მეწოლის სურათი
- გ) ფიალის ცლომა
- დ) ფიალებისა და მენჯის ინფილტრაცია
- *ე) ფიალებზე მეწოლა და ცლომა

1675. თირკმლისა და საშარდე გზების კიბოს ყველაზე ხშირ საწყის ლოკალიზაციას წარმოადგენს

- ა) მენჯი
- *ბ) თირკმლის პარენქიმა

- გ) ფიალები
- დ) შარდსაწვეთი
- ე) შარდის ბუშტი

1676. ქვემოთჩამოთვლილი დაავადებებიდან თირკმელში ყველაზე ხშირად გხვდება

- *ა) კისტა
- ბ) კიბო
- გ) პაპილომა
- დ) სარკომა
- ე) შერეული სიმსივნეები

1677. ქვემოთჩამოთვლილი სიმსივნური წარმონაქმნებიდან საშარდე გზებში ყველაზე ხშირად გხვდება

- *ა) კიბო
- ბ) პაპილომა
- გ) ხაოიანი სიმსივნეები
- დ) კისტა

1678. პოლიკისტოზის დროს აღინიშნება

- ა) თირკმლის ზომების მატება
- ბ) თირკმლის ზომების შემცირება
- გ) ზომები უცვლელია
- დ) თირკმლის დეფორმაცია
- *ე) თირკმლის გადიდება და დეფორმაცია

1679. პოლიკისტოზის დროს თირკმლის სისხლძარღვოვან სურათს ახასიათებს

- ა) სისხლის მიმოქცევის გაღარიბება
- ბ) სისხლის მიმოქცევის გაზრდა
- გ) სისხლძარღვთა დეფორმაცია
- დ) უცვლელია
- *ე) სისხლძარღვთა სურათის გაღარიბება და დეფორმაცია

1680. პოლიკისტოზის დროს ნეფროგრაფიული ფაზა

- ა) უცვლელია
- ბ) არ ისახება
- გ) პარენქიმა არათანაბრად კონტრასტირდება
- *დ) პარენქიმის კონტრასტირების მრავლობითი დეფექტები

1681. პიელონეფრიტის დროს მიანდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ინტერსტიციალური ქსოვილები
- ბ) მილაკები
- *გ) გორგლოვანი აპარატი
- დ) საშარდე გზების ლორწოვანი

1682. თირკმელებისა და საშარდე გზების ტუბერკულოზით ინფიცირება ყველაზე ხშირად ხდება

- ა) ლიმფოგენური გზით
- *ბ) ჰემატოგენური გზით
- გ) აღმავალი ინფექცია
- დ) დაღმავალი ინფექცია

1683. ურეთროცელეს ირგვლივ ცისტოგრამებზე "განათებული რკალის" ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) შრეობრივი კონკრემენტი
- ბ) შარდის ბუშტის კედელი
- გ) პარავეზიკალური ან პარაურეთერალური ცხიმოვანის შეშუპება
- *დ) შარდსაწვეთის კედელი

1684. თირკმლის ჭვალზე მეტყველებს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა

- *ა) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა
- ბ) საშარდე გზების კონტრასტირების არ არსებობა
- გ) საშარდე გზებში კონტრასტული ნივთიერების დაგვიანებული გამოვლენა
- დ) საშარდე გზების დილატაცია

1685. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე თირკმლის ჭვალის არაპირდაპირ ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა

- ა) ლიაფრაგმის გუმბათის მაღალი დგომა
- ბ) შესაბამის მხარეზე ნაწლავებში აირების დიდი რაოდენობით დაგროვება

- გ) თირკმლის ზომების მაგება
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურის წაშლა
- *ე) თირკმლის დეფორმაცია

1686. შეჭმუხნილი თირკმლის დროს სისხლძარღვოვანი სურათი

- ა) უცვლელია
- ბ) სისხლმომარაგება მომაგებულია
- გ) სისხლმომარაგება შემცირებულია
- *დ) თირკმელშიდა სისხლძარღვების დეფორმაცია

1687. სიმპტომებს, რომლებიც მიმოხილვით უროგრამაზე სიმსივნის არსებობის ეჭვს ბადებს მიეკუთვნება

- ა) თირკმლის არეში კალციფიკაციის არსებობა
- ბ) თირკმლის ჩრდილის ინტენსივობის მაგება
- *გ) თირკმლის დეფორმაცია და ზომების მომაგება, ზოგჯერ გაკირული ჩანართები
- დ) თირკმლის მდებარეობის ცვლილება

1688. თირკმლის მეჩხის სიმსივნისა და რენტგენოგრაფიურ კონკრემენტის დიფერენციალურ ლიაგნოსტიკაში წამყვანია

- ა) კონტრასტირების დეფექტი
- *ბ) მეჩხის დრუში ჩრდილის თავისუფალი მდებარეობა
- გ) კონტრასტირების დეფექტის ფორმა
- დ) მეჩხის დრუში არსებული დამატებითი ჩრდილის შედაპირი

1689. თირკმლების ორმხრივ დისპლაზიას მიეკუთვნება

- ა) მულტიკისტოზური თირკმელი
- *ბ) პოლიკისტოზი
- გ) დრუბლოვანი თირკმელი
- დ) მელულარული კისტოზური დაავადება

1690. დაავადების შემკვიდრებითი ხასიათი აქვს

- *ა) პოლიკისტოზს
- ბ) მელულარულ კისტოზურ დაავადებას
- გ) მულტიკისტოზურ თირკმელს
- დ) სოლიტარულ კისტას

1691. თირკმლისა და საშარდე გზების ყველაზე ხშირ დაავადებას წარმოადგენს

- ა) უროლითიაზი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) გლომერულონეფრიტი
- *დ) პიელონეფრიტი
- ე) თირკმლის პათოლოგიური მობილობა

1692. თირკმლისა და საშარდე გზების ანომალიებს, რომლებიც ყველაზე ნაკლებად რთულდება სხვადასხვა დაავადებით, მიეკუთვნება

- ა) ნალისებური თირკმელი
- ბ) დისკოპია
- *გ) თირკმლის გაორება
- დ) დამატებითი (მესამე, მეოთხე) თირკმელი
- ე) დისპლაზია

1693. თირკმლის კიბოს შორეული მეტასტაზირებისას ყველაზე იშვიათ ლოკალიზაციას წარმოადგენს

- ა) ძვლოვანი სისხლძარღვი
- ბ) გვინი
- გ) ღვიძლი
- დ) ფილგვები
- *ე) კონტრალატერალური თირკმელი

1694. ავთვისებიანი სიმსივნის სისხლმომარაგების ყველაზე ხშირ ტიპს წარმოადგენს

- ა) ავასკულარული მონა
- ბ) ჰიპერვასკულარიზაცია
- გ) ჰიპოვასკულარიზაცია
- დ) ვენური სისხლსაფრთხი
- *ე) პათოლოგიური ვასკულარიზაცია

1695. ჰიდრონეფროზზე ეჭვის დროს ყველაზე რაციონალურ მეთოდი კას წარმოადგენს

- ა) მიმოხილვითი რენგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) რენტგენალური უროგრაფია
- დ) ანგიოგრაფია
- *ე) ულტრაბგერითი კვლევა

1696. თირკმლის ჭეშმარიტ ჭვალს ექსკრეტორულ უროგრამაზე მიუთითებს

- ა) ფიალებისა და მენჯის ლეფორმაცია
- ბ) მენჯის დილატაცია
- გ) ზედა საშარდე გზების კონტრასტირების შენელება
- დ) საშარდე გზების კონტრასტირების არარსებობა
- *ე) "თეთრი" თირკმლის არსებობა (ნეფროგრამა)

1697. ნეფროკალცინოზი ყველაზე ხშირად ახასიათებს

- ა) სიმსივნეს
- ბ) კისტას
- *გ) ტუბერკულოზს
- დ) პიელონეფრიტს
- ე) ლისპლანზიას

1698. შემდეგი მდებარეობა არ ახასიათებს ნალისებურ თირკმელს

- ა) თირკმელების სიგრძივი ღერძები იკვეთება კაუდალური მიმართულებით
- *ბ) სიგრძივი ღერძები პარალელურია
- გ) ფიალები მდებარეობენ მედიალურად
- დ) მენჯები განლაგებულია ლატერალურად
- ე) მენჯები განლაგებულია თირკმლის წინა ზედაპირზე

1699. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას მოკლე და განიერი ცერვიკალური არხი, რიგ შემთხვევაში გრძელი და ვიწრო, საშვილოსნოს გვერდითი კედლები კონტურები დაკბილულია და ლეფორმირებული, ხშირად საშვილოსნოს ლეფორმაცია, ზომებში შემცირება, ცერვიკალური არხის ლატერალეობა და გაგანიერება მეტად ახასიათებს

- ა) ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ჰიპერპლაზია
- ბ) საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიფუზური ფორმა
- *გ) ქრონიკული ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი
- დ) ენდომეტრიოზი

1700. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას საშვილოსნოს ღრუ არასწორი ფორმის, ერთი მილი წვრილი, რიგიდული, ისთმურ ნაწილში უმნიშვნელო კოლბისმაგვარი გაგანიერება მთლიანად მილი ისთმურ ნაწილში გაფართოებული, რიგიდული, აღნიშნული რენგენოლოგიური სურათი უმეტესად ახასიათებს

- *ა) მილების ტუბერკულოზური დაზიანება
- ბ) შეხორცებითი პროცესის
- გ) მილების ქრონიკულ არასპეციფიურ დაზიანებას
- დ) საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი

1701. საკვერცხის კიბოს გამოსავლენად ყველაზე სარწმუნო მეთოდი კას წარმოადგენს

- ა) ჰისტეროსალპინგოგრაფია
- *ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) პარიეტოგრაფია
- დ) ფლებოგრაფია

1702. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას აღინიშნება საშვილოსნოს კონტრასტული ზოლის ლეფორმაცია და შემცირება, ცერვიკალური არხის ლატერალეობა და გაფართოება, ფალოპის მილების შევიწროება ან გაფართოება, მათი გაუვალობა, კისტისმაგვარი წარმონაქმნები ზომიერი ჰიდროსალპინქსით - ეს სურათი ახასიათებს

- ა) საშვილოსნოს ფიბრომიომას
- *ბ) საშვილოსნოს და დანამატების ტუბერკულოზს
- გ) დანამატების სიმსივნეს
- დ) ენდომეტრიოზს

1703. შარდის ბუშტის კეთილთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს

- ა) წარმონაქმნი ფართო ფუძეზე არასწორი კონტურებით
- ბ) ბუშტის მნიშვნელოვანი ასიმეტრია მისი მოცულობის უმნიშვნელო ცვლილებით
- გ) არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურა ნეკროზისა და კალციფიკაციის უბნებით
- *დ) წარმონაქმნი კარგად გამოხატული ფეხით, კედლის ინფილტრაციის გარეშე

ბავშვთა ასაკის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

1704. სასუნთქ ორგანოთა რენტგენოლოგიური კვლევა აუცილებელია ჩაუტარდეს

- *ა) დენაკულ ბავშვს სასუნთქი ღარღვების სინდრომით
- ბ) ბავშვს მაღალი ტემპერატურით
- გ) ბავშვს ცვლილებებით სისხლში
- დ) ბავშვს გულის შუილებით

1705. ნეკნების მდებარეობა აღრეული ასაკის ბავშვებში დამოკიდებულია

- *ა) გულმკერდის ყაფაზის ფორმაზე
- ბ) ბავშვის ასაკზე
- გ) რენტგენის ფირის ხარისხზე
- დ) ცენტრალური რენტგენის სხივის მიმართულებაზე

1706. ფილგების მთლიანად გაშლა ახალშობილებში ხდება

- ა) პირველ დღე-ღამეში
- *ბ) 48 სთ-ის განმავლობაში
- გ) კვირის განმავლობაში
- დ) თვის განმავლობაში

1707. ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე სისხლძარღვოვანი სურათი შეიძლება განისაზღვროს

- *ა) დაბალებისთანავე
- ბ) სიცოცხლის პირველი თვიდან
- გ) 1 წლიდან
- დ) 3 წლის შემდეგ

1708. გულმკერდის ლეფორმაცია შესაძლებელია

- ა) პნევმონიის შემთხვევაში
- *ბ) რაქიტის შემთხვევაში
- გ) ბრონქიტის შემთხვევაში
- დ) ბრონქიოლიტის შემთხვევაში

1709. ახალშობილებში პლევრის ღრუში სითხის წარმოშობის ყველაზე ხშირი მიზეზია

- *ა) ქილოთორაქსი
- ბ) გულის უკმარისობა
- გ) ტრავმული წარმოშობის პემთორაქსი
- დ) ანთებითი ხასიათის ექსუდაციური პლევრიტი

1710. ქენეს სინდრომზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა გამოვიკვლიოთ ბავშვის:

- ა) გულმკერდის ორგანოები
- ბ) ძვლები
- გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემა
- *დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი

1711. დენაკულ ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდება ცვლილებები, წოდებული "თეთრი გულმკერდის ღრუდ" ეს სურათი დამახასიათებელია:

- ა) ატელექტაზებისათვის
- *ბ) პიალინური მემბრანების ტერმინალური სტადიისათვის
- გ) შეშუპებითი სინდრომისათვის
- დ) გაუშლელი ფილგვისათვის

1712. "თეთრი გულმკერდის ღრუს" სურათი ახალშობილებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიის წარმოებისას ვლინდება:

- ა) ასპირაციის დროს
- *ბ) ფილგვებში ფეგალური სითხის არსებობის გამო
- გ) ქენეს სინდრომის დროს
- დ) გაფანტული ატელექტაზების არსებობის შემთხვევაში

1713. ახალშობილებში გაფანტული ატელექტაზების რენტგენოლოგიურ სიმპტომს მიეკუთვნება:

- ა) სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება
- ბ) ფილგვების სრული შებერილობა
- გ) პერიბრონქული ცვლილებები
- *დ) წვრილკეროვანი უბნები

1714. აღრეული ასაკის ბავშვებში მწვავე რესპირატორულ-ვირუსული ინფექციით გამოშვეული ატელექტაზების გაშლა ხდება:

- ა) ერთ თვეში

- ბ) ორ კვირაში
- გ) ერთ კვირაში
- *დ) ორ-სამ დღეში

1715. აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქიტის დროს სუნთქვითი უკმარისობა უფრო მეტადაა გამოხატული 7 ვიღრე პნევმონიის დროს, რადგან:

- ა) ბრონქიტი ლოკალური პროცესია
- ბ) ბრონქიტი შერწყმულია პნევმონიასთან
- *გ) აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქიტი ყოველთვის დიფუზური გავრცელებით ხასიათდება
- დ) ბრონქიტის დროს ზიანდება მსხვილი ბრონქები

1716. დიფუზური ბრონქიტით დაავადებულ აღრეული ასაკის ბავშვებში ხშირი ლეტალობა გამოწვეულია თანმხლები:

- *ა) გულის თანდაყოლილი მანკით
- ბ) ღვიძლის დაავადებებით
- გ) ნაწლავების საერთო ჯორჯალით
- დ) თირკმლების განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების გამო

1717. რენტგენოლოგიური სიმპტომები, რომლებიც არ მიეკუთვნება "რაქიგული ფილგვის" სურათს არის:

- ა) სისხლძარღვოვან-ინტერსტიციული სურათის გაძლიერება
- ბ) ატელექტაზები
- გ) ბულოზური არეები
- *დ) ანთებითი კერები

1718. წილოვანი ემფიემის დროს ბრონქოლოგიური კვლევა შესაძლებელია:

- *ა) კომპენსირებულ ფორმაში
- ბ) პნევმონიასთან შერწყმის შემთხვევაში
- გ) დეკომპენსირებული ფორმის დროს
- დ) ნებისმიერ შემთხვევაში

1719. გულის და მსხვილი სისხლძარღვების დაავადებების დროს პნევმომედიასტინოგრაფიით შესაძლებელია:

- *ა) აორტის ანევრიზმების და შუასაყრის სიმსივნეების დიფდიაგნოსტიკა
- ბ) გულის მიგრალური მანკების დიფდიაგნოსტიკა
- გ) გულის ღრუების რენტგენოფუნქციონალური ცვლილებების გამოვლენა
- დ) მსხვილი სისხლძარღვების ფუნქციონალური შეფასება

1720. ახალშობილებში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი კვლევა უმჯობესია ჩატარდეს:

- ა) რენტგენოსკოპიით
- *ბ) რენტგენოგრაფიით
- გ) ულტრაბგერითი კვლევით
- დ) მაგნიტურ-რეზონანსული მეთოდით

1721. ბავშვის დაბადების შემდეგ წერილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- *ა) 15წთ-ის შემდეგ
- ბ) 30წთ-ის შემდეგ
- გ) 6-8სთ-ში
- დ) 1სთ-ში

1722. ბავშვის დაბადების შემდეგ მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- ა) 20წთ-ის შემდეგ
- *ბ) 1სთ-ში
- გ) 2სთ-ში
- დ) 5სთ-ში

1723. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოების კვლევისას გამოყენებულია ძირითადად შემდეგი რენტგენოლოგიური პრეპარატი:

- ა) წყალში ხსნადი იოდშემცველი პრეპარატები
- ბ) არაიონური პრეპარატები
- გ) აირისმაგვარი შენარევეები
- *დ) ბარიუმის წყალხსნარი

1724. პირველი თვეების ასაკის ბავშვებში პერორალური საკონტრასტო ნივთიერების მიცემა სახიფათოა თუ ბავშვი დაბადებულია:

- ა) სამშობიარო გრაფით
- ბ) ჰიდროცეფალით

გ) ბავშვს აწუხებს შეკრულობა

*დ) ბავშვი გაუწყლოებულია

1725. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევა უძობესია:

ა) წყალში გახსნილი ბარიუმის ხსნარით

ბ) სულფობარიით

*გ) გასტროგრაფიით

დ) იოდშემცველი კონტრასტული პრეპარატებით

1726. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევისათვის აუცილებელი საკონტრასტო ნივთიერების მოცულობა შეადგენს ერთჯერადი საკვები პორციის:

ა) 100%

ბ) 50%

*გ) 33%

დ) 20%

1727. სუბდიაფრაგმალური და ნაწლავთშორისი აბსცესების გამოვლენისას უპირატესობა ენიჭება შემდეგ დიაგნოსტიკურ მეთოდს:

ა) რენტგენოლოგიურს

ბ) თერმოგრაფიულს

*გ) კომპიუტერულ ტომოგრაფიას

დ) მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიას

1728. მუცელში გაურკვეველი გენეზის მწვავე ტკივილების დროს სპეციალური გამოკვლევების დაწყება საჭიროა:

ა) მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით

ბ) მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფიით

გ) მუცლის მიდამოს თერმოგრაფიით

*დ) ულტრაბგერითი კვლევით

1729. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში საყლაპავის კუჭთან შეერთების კუთხე შეადგენს:

ა) 60°-ს

*ბ) 90°-ს

გ) 120°-ს

დ) 180°-ს

1730. საყლაპავის აგრეზიის და საყლაპავ-ტრაქტის ფისტულის გამოვლენის ყველაზე ზუსტი რენტგენოლოგიური მეთოდია:

ა) გულმკერდის და მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

ბ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერის საყლაპავში მოთავსება

გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის სულფატით

*დ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერით "2მლ წყალში ხსნალი საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა და ამავდროულად გულმკერდისა და მუცლის დრუს რენტგენოგრაფია

1731. მოკლე საყლაპავის განსხვავება დიაფრაგმის აქსიალური თიაქრისაგან გამოიხატება:

ა) საყლაპავის აბდომინალური სეგმენტის ნორმალური მდებარეობით

ბ) საყლაპავის მუცლის ნაწილის ლორწოვანის შენების ცვლილებებით

გ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში და დაგრძელებულია

*დ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში, არ არის კუჭის აიროვანი ბუშტი მუცლის დრუში, კუჭი როტირებულია გასწვრივი ღერძის გარშემო

1732. საყლაპავის თანდაყოლილი აქალაგის ძირითადი ნიშანია:

ა) საყლაპავში კონტრასტული ნივთიერების რამდენიმე საათის შეფერხება

ბ) საყლაპავის გაფართოება

გ) საყლაპავის დაგრძელება

*დ) საყლაპავის დიაფრაგმის მეღა, დიაფრაგმის და მუცლის ნაწილების გაფართოება და მასში კონტრასტის ხანგრძლივი შეფერხება

1733. საყლაპავის რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულების გამოკვლევის ყველაზე რაციონალური რენტგენოლოგიური მეთოდია:

*ა) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია ღამიზნებითი რენტგენოგრაფიით

ბ) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია

გ) ზემოცივის მეთოდია

დ) ივანოვ-პოლობელის მეთოდია

1734. რენტგენოლოგიური კვლევით კუჭის გამოხატული პერისტალტიკა განისაზღვრება:

- *ა) სამი თვის ასაკიდან
- ბ) ერთი წლის ასაკიდან
- გ) დაბადებისთანავე
- დ) 6 თვის ასაკიდან

1735. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის პირდაპირი ნიშანია:

- ა) კუჭის მოძებვის მომატება
- ბ) კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის შენელება კუჭიდან ნაწლავში
- *გ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება
- დ) შიპერპერისტალტიკა

1736. "ჰემმარიტი ფრენოპილორული" სინდრომი მოიცავს:

- ა) ლიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის სრული რელაქსაცია + პილოროსპაზმი
- ბ) ლიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის ნაწილობრივი რელაქსაცია + პილოროსპაზმი
- გ) პილოროსპაზმი + ლიაფრაგმის საყლაპავის ხერხელის თიაქარი
- *დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი + ლიაფრაგმის საყლაპავის ხერხელის თიაქარი

1737. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის და პილოროსპაზმის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია:

- ა) კუჭის პილორული ნაწილის შევიწროება
- *ბ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება
- გ) ნაწლავთა მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირები
- დ) კუჭში არსებული კონტრასტული ნივთიერების ძირითადი მასა გადადის ნაწლავებში მიღებიდან 3 სთ-ის შემდეგ

1738. ახალშობილებში 12-გოჯა ნაწლავის თანდაყოლილი სრული გაუვალობის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის აგრეზია
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის სტენოზი
- გ) გარედან შეწოლა 12-გოჯა ნაწლავზე
- დ) ბექტისმაგვარი კუჭქემა ჯირკვალი

1739. 12-გოჯა ნაწლავის მაღალი აგრეზიის ძირითად რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ნაწლავში აირების არარსებობა
- ბ) კუჭის დიდი მოხის აიროვანია ბუშტი
- გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- *დ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა

1740. 12-გოჯა ნაწლავის დაბალი აგრეზიის ძირითადი სიმპტომებია:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- ბ) ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის ორი დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- დ) 12-გოჯა ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის მნიშვნელოვანი გაძნელება

1741. 12-გოჯა ნაწლავის შიდა სტენოზის სამი ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე + 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილების მოძებვის მომატება + ნაწლავის გაფართოებული ნაწილის შევიწროებულში გადასვლის ადგილზე ნისკარტისებური გამობერილობა
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ღონე + დიდი რაოდენობით აირი ნაწლავის მარყუქებში + 12-გოჯა ნაწლავიდან მლივ ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების გადასვლა მცირე პორციებით
- გ) კუჭის მოძებში მომატება + კუჭსა და 12-გოჯა ნაწლავში სითხის დიდი რაოდენობით არსებობა + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ღონე
- დ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირი + კუჭის მოძებში მომატება + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე

1742. კუჭის ბემბარი არის:

- *ა) უცხო სხეული
- ბ) კეთილთვისებიანი სიმსივნე
- გ) ავთვისებიანი სიმსივნე
- დ) კუჭის ლორწოვანი გარსის შიპერგროფია

1743. ლიმფოიდური ქსოვილის ყველაზე მეტი თავმოყრაა:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში
- *ბ) თუძოს ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში
- გ) მლივ ნაწლავში

დ) სწორ ნაწლავში

1744. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში ილიოცეკალური ინვაზიის ყველაზე უცყუარი ნიშანია:

- ა) ნაწლავის მარყუქებში სითხის ჰორიზონტალური ღონეების არსებობა
- ბ) მუცლის დრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე "კლიბერის ფიალების" და "თალების" არსებობა ნაწლავის მარყუქების არეში
- *გ) ირიგოსკოპიის წარმოებისას, მხოლოდ აირის გამოყენების შემთხვევაში ილიოცეკალური სარქველის მიდამოში მომრგვალო-ოვალური ფორმის დამაგებითი ჩრდილის არსებობა
- დ) ბრმა ნაწლავიდან თქმის ნაწლავში ჰაერის გადასვლის შეფერხება ირიგოსკოპიის წარმოების დროს

1745. ჰირშპრუნგის დაავადების ძირითადი ნიშანია:

- ა) კოლინჯის სიგმური ნაწილის დიამეტრის მომატება
- ბ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით სითხის ჰორიზონტალური ღონეების დაფიქსირება
- *გ) სიგმური ნაწლავის სწორ ნაწლავში გადასვლის ადგილზე შევიწროების ზონის არსებობა
- დ) სიგმურ ნაწლავში პერისტალტიკის არარსებობა

1746. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის პოლიპების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- ა) კუჭი
- ბ) წვრილი ნაწლავი
- *გ) სწორი ნაწლავი
- დ) კოლინჯი

1747. გადაჭარბებულად მობილური ბრმა ნაწლავის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) ბრმა ნაწლავის თაღის გაღანაცვლება ზემოთ
- ბ) აღმაფალი კოლინჯის დამოკლება
- *გ) ბრმა ნაწლავის პალპატორული გაღანაცვლების შესაძლებლობა მისი გასწვრივი ღერძის ირგვლივ შემობრუნებით
- დ) ბრმა ნაწლავის მდებარეობის ცვლილება კონტრასტული ნივთიერებით მჭიდრო ავსებისა და მისგან განთავისუფლების შემდეგ

1748. პორტული ჰიპერტენზიის დროს ვარიკოზულად გაფართოებული ვენები ვლინდება:

- ა) საყლაპავში
- ბ) კუჭში
- *გ) საყლაპავში და კუჭში
- დ) წვრილ ნაწლავში

1749. ნაღვლის ბუშტის გამოსახულების მიღების ყველაზე რაციონალური მეთოდია:

- ა) პერორალური ქოლესისტოგრაფია
- ბ) სცინტიგრაფია
- გ) ქოლანგიოქოლესისტოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1750. ელენთის გამოსახულება ყველაზე ლეგალურად შეისწავლება:

- ა) რენტგენოლოგიური მეთოდით
- ბ) რადიოიზოტოპური მეთოდით
- *გ) ულტრაბგერითი მეთოდით
- დ) ანგიოგრაფიით

1751. როგორია ახალშობილებში აცეტაბულური ინდექსის მნიშვნელობა ნორმაში:

- *ა) 30 გრადუსამდე
- ბ) 35 გრადუსამდე
- გ) 35 გრადუსიდან-დან 40 გრადუსამდე
- დ) 40 გრადუსიდან 50 გრადუსამდე

1752. როგორია ახალშობილებში კრიუველიეს სახსარში სასახსრე ნაპრალის სიფართე ნორმაში:

- *ა) 3მმ-მდე
- ბ) 2მმ-მდე
- გ) 4-5მმ
- დ) 5მმ

1753. რომელი სახსარი იწოდება კრიუველიეს სახსრად ჩამოთვლილი სახსრებიდან:

- *ა) შუა ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- ბ) ატლანტო-ოქციფიტალური შესახსრება
- გ) გვერდითი ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- დ) უნკოვერტებრალური შესახსრება

1754. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ღიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი სიმპტომია:

- ა) გაბუხის ფოსოს განუვითარებლობა
- *ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილის დისლოკაცია
- გ) ღაზიანების მხარეზე ბარძაყის თავში გაძვალეების წერტილის დაგვიანებით გაჩენა
- დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1755. ბავშვებში გრაფული ეპიფიზოლიზის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- *ა) სხივის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- ბ) იდაყვის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- გ) იდაყვის სახსარში
- დ) კოჭ-წვივის სახსარში

1756. რა იგულისხმება "ძვლოვანი ფირფიტის" სიმპტომის ქვეშ გრაფული ეპიფიზოლიზის დროს:

- *ა) მცირე ზომის ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტა მეტაფიზიდან
- ბ) ეპიფიზოლიზი მეტაფიზის კიდითი მოგეხილობით
- გ) ეპიფიზოლიზი ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტით ეპიფიზიდან
- დ) ეპიფიზოლიზი ეპიფიზის და მეტაფიზის მოგეხილობით

1757. გრძელი ლულისებრი ძვლების როგორი სახის მოგეხილობები არის ხშირი ბავშვებში:

- ა) პათოლოგიური მოგეხილობები
- ბ) სახსარშიდა მოგეხილობები
- გ) ნამსხვროვანი მოგეხილობები
- *დ) ძვალსაზრდელასქემა მოგეხილობები, გრაფული ეპიფიზოლიზი

1758. ოსტეომიელიტის დროს რომელ ავთვისებიან სიმსივნესთან არის საჭირო კლინიკური სურათის მიხედვით პირველ რიგში გაგარდეს დიფერენცირება:

- *ა) იუინგის სიმსივნე
- ბ) ფიბროსარკომა
- გ) ქონდროსარკომა
- დ) პირველადად ავთვისებიანი ოსტეობლასტოკლასტომა

1759. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ბროლის აბსცესს:

- ა) ლესტრუქციული უბნის ირგვლის სკლეროზული რკალი
- *ბ) ეპიფიზარული ლოკალიზაცია
- გ) ჰემატოგენური გენეზი
- დ) ქსონიკული მიმდინარეობა

1760. რომელი რენტგენოლოგიური სიმპტომია გადამწყვეტი იუინგის სიმსივნის და ღიაფიზური ოსტეომიელიტის დიფერენციალური კისათვის:

- ა) ხაზოვანი პერიოსტიტი
- ბ) რბილი ქსოვილების ჩრდილის ინტენსივობის მომატება
- *გ) კორტიკალური სეკვესტრის სიმპტომი
- დ) შრეობრივი პერიოსტოზი

1761. სიმსივნეთა რომელ ჯგუფს ახასიათებს "ლაქოვანობის" რენტგენოლოგიური სიმპტომი, რომელიც გამოწვეულია სიმსივნურ ქსოვილში გაკირული უბნების არსებობით:

- *ა) ხრტილოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- ბ) სისხლძარღვოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- გ) ნერვული ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- დ) შემაერთებელი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს

1762. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ოსტეოიდ-ოსტეომას:

- ა) პერიფერიულ მონაში სკლეროზი, ცენტრალურად ბუდე
- ბ) ოსტეოიდის კალციფიკაცია
- გ) "ბუდეში კეერცხი"
- *დ) პარაოსალური რბილი ქსოვილების გაკირვა

1763. ძვლოვანი სისტემის დაავადებების რომელ ჯგუფს ახასიათებს სპიკულის მაგვარი პერიოსტიტი:

- ა) ოსტეომიელიტის
- *ბ) ავთვისებიან სიმსივნეებს
- გ) კეთილთვისებიან სიმსივნეებს
- დ) ფიბროზულ ოსტეოლისპლაზიას

1764. ოსტეოგენური სარკომის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია:

- *ა) ბარძაყის ძვლის დისტალური მეტადაფიზი
- ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური მეტადაფიზი
- გ) ღილი წვივის ძვლის დისტალური მეტადაფიზი
- დ) მცირე წვივის ძვლის პროქსიმალური მეტადაფიზი