

ენდოკრინოლოგიის თეორიული საფუძვლები

1. ჰორმონი ეწოდება ნივთიერებას, რომელიც გამომუშავდება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალში და უშუალოდ გადადის... 1. სისხლში; 2. თვლში; 3. თავბურგვინის სითხეში; 4. შარლში; 5. კუჭ-ნაწლავის გრაქტში.

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

2. ქვემოჩამოთვლილთაგან რომელი არ არის ცილოვანი ჰორმონი... 1. თირეოგროპინი; 2. ფოლიგროპინი; 3. ლუგროპინი; 4. სომატოგროპინი; 5. კორტიზოლი.

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

3. ნეიროგრანსმიტერებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი ნივთიერება, გარდა ერთისა: 1. ნორადრენალინი; 2. სეროტონინი; 3. მელატონინი; 4. ენდორფინები; 5. ინსულინი.

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

4. ცილის სინთეზს აძლიერებს. 1. კორტიზოლი; 2. ადრენალინი; 3. ინსულინი; 4. სომატოსტატინი; 5. ალდოსტერონი.

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

5. კორტიკოგროპინის ყველაზე მაღალი დონე აღინიშნება დღე-ღამის შემდეგ საათებში: 1. 6:00 - 8:00; 2. 10:00 - 12:00; 3. 13:00 - 14:00; 4. 15:00 - 17:00; 5. 18:00 - 23:00.

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

6. კორტიკოგროპინის ყველაზე დაბალი დონე აღინიშნება დღე-ღამის შემდეგ საათებში: 1. 6:00 - 8:00; 2. 10:00 - 12:00; 3. 13:00 - 14:00; 4. 15:00 - 17:00; 5. 18:00 - 23:00.

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

7. კორტიკოგროპინის სინთეზს არეგულირებს: 1. ტესტოსტერონი; 2. კორტიკოლიბერინი; 3. თიროლიბერინი; 4. ლულიბერინი; 5. სომატოლიბერინი.

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

8. ჰორმონების მოქმედების ქიმიურ შუამავალს -- „მეორად მესენჯერს“ -- წარმოადგენს: 1. Ca^{++} იონები; 2. Na^+ იონები; 3. K^+ იონები; 4. F^- იონები; 5. Br^- იონები.

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

9. პლაზმაში კალციუმი უკავშირდება... 1. გრანსკორტინს; 2. პრეალბუმინს; 3. კალმოდულინს; 4. გრანსფერინს; 5. თრომბოციტს.

- ა) 1.
- ბ) 2.

- *გ) 3.
- დ) 4.
- ე) 5.

10. სამიზნე ქსოვილებთან ჰორმონების გრანსპორტირება ხდება: 1. ცილების საშუალებით; 2. ცხიმების საშუალებით; 3. ნახშირწყლების საშუალებით; 4. გლუკოპროტეიდების საშუალებით; 5. ვიტამინების საშუალებით.

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

11. სტრესის დროს იცვლება ჰორმონების გამოყოფის სიჩქარე. რომელია სწორი? 1. იზრდება კორტიზოლის; 2. ქვეითდება კორტიზოლის; 3. კორტიზოლის არ იცვლება; 4. ქვეითდება კატექოლამინების; 5. კატექოლამინების არ იცვლება.

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

12. რილიზინგ ჰორმონები გამოემუშავება: 1. ჰიპოფიზში; 2. ჰიპოთალამუსის ბირთვებში; 3. ეპიფიზში; 4. ნახევში; 5. ჰიპოკამპში.

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

13. კორტიკოლიბერინის შეყვანა 1. იწვევს კორტიკოტროპინის დონის მომატებას; 2. არ ცვლის კორტიკოტროპინის დონეს; 3. აქვეითებს კორტიზოლის დონეს; 4. იწვევს კორტიკოტროპინის დონის დაქვეითებას; 5. აქვეითებს ალდოსტერონის დონეს.

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

14. ვაზოპრესინი გამოემუშავება: 1. ჰიპოთალამუსში; 2. ჰიპოფიზის წინა წილში; 3. ჰიპოფიზის უკანა წილში; 4. თავის ტვინის ქერქში; 5. ნახევში.

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

15. ოქსიტოცინი გამოემუშავება... 1. ჰიპოფიზის წინა წილში; 2. ჰიპოფიზის უკანა წილში; 3. თავის ტვინის ქერქში; 4. ჰიპოთალამუსში; 5. ნახევში.

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

16. სომატომედიტინების სინთეზი წარმოებს... 1. ჰიპოთალამუსში; 2. ღვიძლში; 3. კუჭში; 4. ჰიპოფიზში; 5. ნაწლავებში.

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

17. სომატომედიტინის დონეს ზრდის: 1. სომატოტროპული ჰორმონი; 2. ესტროგენები; 3. ანდროგენები; 4. გლუკაგონი.

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

18. სომატოსტატინი: 1. აქვეითებს სომატოტროპინის დონეს; 2. არ ცვლის სომატოტროპინის დონეს; 3. ზრდის სომატოტროპინის დონეს; 4. არ აქვეითებს ინსულინის სეკრეციას; 5. ზრდის ინსულინის სეკრეციას.

- *ა) 1.

- ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.
- ე) 5.

19. პროლაქტოლიბერინი: 1. აძლიერებს პროლაქტინის გამოყოფას; 2. ამცირებს პროლაქტინის გამოყოფას; 3. არ ცვლის პროლაქტინის სეკრეციას; 4. აქვეითებს თირეოტროპინის გამოყოფას; 5. არ ცვლის თირეოტროპინის დონეს.

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

20. პროლაქტოსტაგინი... 1. აქვეითებს პროლაქტინის სეკრეციას; 2. ზრდის პროლაქტინის სეკრეციას; 3. არ ცვლის პროლაქტინის სეკრეციას; 4. არ ამცირებს თიროლიბერინის სეკრეციას; 5. ზრდის თიროლიბერინის სეკრეციას.

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

21. თირეოტროპინი იწვევს... 1. თიროქსინის სეკრეციის გაძლიერებას; 2. ადრენალინის სეკრეციის გაძლიერებას; 3. ნორადრენალინის სეკრეციის გაძლიერებას; 4. კორტიზოლის სეკრეციის გაძლიერებას; 5. ტესტოსტერონის სეკრეციის გაძლიერებას.

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

22. ლუტროპინი მონაწილეობს... 1. ყვითელი სხეულის ფორმირებაში; 2. გარეთა გენიტალიების ფორმირებაში; 3. მეორადი სასქესო ნიშნების ფორმირებაში; 5. თიროქსინის სინთეზში; 5. ინსულინის სინთეზში.

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

23. ფოლიტროპინი აძლიერებს სინთეზს... 1. ფოლიკულებში ესტროგენების; 2. თირკმელზედა ჯირკვალში ანდროგენების; 3. კორტიზოლის; 4. ალდოსტერონის; 4. ტესტოსტერონის.

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

24. კორტიკოტროპინი გამოემუშავება... 1.; ჰიპოთალამუსში; 2. ჰიპოფიზის წინა წილში; 3. თავის გინის ქერქში; 4. ნათხეში; 5., ლიმბურ სისტემაში.

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

25. კორტიკოტროპინი იწვევს... 1. გონალებში ტესტოსტერონის სინთეზის გაძლიერებას; 2. გონალებში ესტროგენების სინთეზის გაძლიერებას; 3. თირკმელზედა ჯირკვლებში კორტიზოლის სინთეზის გაძლიერებას 4. ალდოსტერონის დონის დაქვეითებას; 5. მელანოციტმასტიმულირებელი ჰორმონის დონის დაქვეითებას.

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

26. პროლაქტინის სეკრეცია ქვეითდება... 1. ორსულობისას; 2. ძილის დროს; 3. სტრესის დროს; 4. ფიზიკური დატვირთვისას; 5. ბრომკროპინის მიღებით.

- ა) 1.
- ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.

*ე) 5.

27. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი არ მოიცავს: 1. კაფსულას; 2. გორგლოვან ზონას; 3. ბოჭკოვან ზონას; 4. ბადისებრ ზონას; 5. გვინოვან შრეს.

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

28. ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ამოკვეთის შემდეგ: 1. მცირდება კორტიკოტროპინის დონე 2. იზრდება კორტიზოლის დონე; 3. მაგულბობს კორტიკოტროპინის დონე; 4. კორტიკოტროპინის რაოდენობა არ იცვლება; 5. არ იცვლება კორტიზოლის დონე.

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

29. კორტიზოლის სეკრეციას აძლიერებს... 1. ტესტოსტერონი; 2. თიროლიბერინი; 3. პროლაქტინი; 4. კორტიკოტროპინი.

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

30. კორტიზოლის სინთეზში მონაწილეობას არ ღებულობს: 1. ქოლესტერინი; 2. პრეგნენოლონი; 3. 17-ჰიდროქსიპრეგნენოლონი; 4. 17-ჰიდროქსიპროგესტერონი; 5. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი..

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

31. ალდოსტერონის წინამორბედი ნაერთია; 1. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი; 2. 17-ჰიდროქსიპროგესტერონი; 3. 17-ჰიდროქსიპრეგნენოლონი; 4. ეგიოქოლონალინი; 5. 11-ჰიდროქსიანდროსტენდიონი;

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

32. ტესტოსტერონის წინამორბედი ნაერთია: 1. ანდროსტერონი; 2. 17-ჰიდროქსიპროგესტერონი; 3. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი; 4. კორტიკოსტერონი; 5. ალდოსტერონი.

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

33. თირკმელზედა ჯირკვლებში ესტროგენების სინთეზი წარმოებს: 1. გორგლოვან ზონაში; 2. ბოჭკოვან ზონაში; 3. ბადისებრ ზონაში; 4. გვინოვან შრეში; 5. თირკმელზედა ჯირკვლის კაფსულაში.

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

34. ყველაზე მეტი გლუკოკორტიკოიდული ეფექტით ხასიათდება... 1. კორტიზონი; 2. კორტიზოლი; 3. კორტიკოსტერონი; 4. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი; 5. 11-დეჰოქსიკორტიზოლი.

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

35. სისხლში კორტიზოლის ტრანსპორტისათვის საჭიროა... 1. ტრანსკორტინი; 2. თირეოგლობულინი; 3. კალმოდულინი; 4. ალბუ-1-გლობულინი; 5. მიკროგლობულინი.

- *ა) 1.

- ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.
- ე) 5.

36. კორტიზონს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი ეფექტი, გარდა ერთისა: 1. გლუკონოგენების გაძლიერება; 2. სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის მომაგება; 3. ცილის დაშლის გაძლიერება; 4. თირკმლებით ნაგრიუმის ექსკრეციის შემცირება 5. ორგანიზმში ანთებითი რეაქციის გაძლიერება.

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

37. ანდროგენული ეფექტით ხასიათდება... 1. ტესტოსტერონი; 2. პროგესტერონი; 3. ქოლესტერინი; 4. პრეგნენოლონი; 5. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი.

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

38. კორტიზონის სინთეზი წარმოებს... 1. თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვან შრეში; 2. ბადისებრ ზონაში; 3. გორგლოვან ზონაში; 4. ბოჭკოვან ზონაში 5. ლვიძლში.

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

39. ანდროგენების სინთეზი წარმოებს თირკმელზედა ჯირკვლის... 1. ქერქის ბადისებრ ზონაში; 2. ქერქის გორგლოვან ზონაში; 3. ქერქის ბოჭკოვან ზონაში; 4. პარაგანგლიებში; 5. გვინოვან შრეში.

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

40. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქში ტესტოსტერონის სინთეზისათვის საჭიროა: 1. ესტრონი.; 2. 11-დეჰოქსიკორტიზონი; 3. კორტიკოსტერონი; 4. 11-დეჰოქსიკორტიკოსტერონი; 5. ანდროსტენდიონი და/ან ანდროსტერონი.

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

41. რენინის გამოყოფას აძლიერებს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა ერთისა: 1. სხეულის ჰორიზონტალური მდებარეობიდან ვერტიკალურში გადასვლა; 2. ჰიპოვოლემია; 3. ნაგრიუმის მიღების შემლუღვა; 4. ვაზოპრესინის ღონის მომაგება; 5. თირკმლების იშემია..

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

42. გლუკოკორტიკოიდები (კორტიზონი): 1. აქვეითებენ სისხლში შაქრის შემცველობას; 2. აძლიერებენ გლუკონოგენებს; 3. აქვეითებენ გლუკონოგენებს; 4. აძლიერებენ ნაგრიუმის ექსკრეციას; 5. აქვეითებენ კალიუმის ექსკრეციას.

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

43. კორტიზონის მეტაბოლიზმი წარმოებს... 1. ლვიძლში; 2. კუნთებში; 3. ძვლოვან ქსოვილში; 4. კანში; 5. კუჭში.

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

44. ძელოვან ქსოვილში კორგიბოლით გამოწვეული ცვლილებები განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილი პროცესით, გარდა: 1. ცილის კაგაბოლიზმის გაძლიერება; 2. პარათჰორმონის სეკრეციის გაძლიერება; 3. სომატოტროპინის სინთეზის დაქვეითება; 4. ნაწლავებში კალციუმის შეწოვის დაქვეითება; 5. ძელოვან მაგრიცში ცილის სინთეზის გაძლიერება.

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

45. კორგიბოლს ახასიათებს: 1. ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება; 2. კაპილარული განვლადობის გაზრდა; 3. ექსულაციის გაძლიერება; 4. ფაგოციტოზის გაძლიერება; 5. ჰისტიოციტების პროლიფერაციის გაზრდა.

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

46. კორგიბოლის სიჭარბე... 1. ამუხრუჭებს კორგიკოტროპინის სეკრეციას; 2. აძლიერებს სომატოტროპინის სეკრეციას; 3. აძლიერებს ანდროგენების სეკრეციას; 4. აძლიერებს ესტროგენების სეკრეციას; 5. აქვეითებს ინსულინის სეკრეციას.

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

47. ტესტოსტერონი იწვევს: 1. ცხიმის სინთეზის გაძლიერებას; 2. ცილის სინთეზის დაქვეითებას; 3. ცილის სინთეზის გაძლიერებას; 4. უჯრედებში ნაგრიუმის შეკავებას; 5. უჯრედებში კალიუმის რაოდენობის შემცირებას.

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

48. მამაკაცის ორგანიზმში ტესტოსტერონი იწვევს ყველა ჩამოთვლილ ეფექტს, გარდა: 1. მეორადი სასქესო ნიშნების ფორმირებაში მონაწილეობის; 2. ლიბიდოს უზრუნველყოფის; 3. პოტენციის უზრუნველყოფის; 4. ჩონჩხის ზრდის სტიმულაციის. 5. კუნთების მოცულობის შემცირებისა

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

49. ქალის ორგანიზმში ტესტოსტერონი იწვევს ყველა ჩამოთვლილ ეფექტს, გარდა ერთისა: 1. ჰირსუტიზმი; 2. კლიტორის ჰიპერტროფია; 3. ამენორეა; 4. კუნთური მასის გაზრდა; 5. სარძევე ჯირკვლების გაზრდა - მაკრომასტია.

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

50. ალდოსტერონის დეფიციტი იწვევს: 1. ჰიპერკალემიას; 2. შეშუპებას (სითხის შეკავება); 3. ნაგრიუმის შეკავებას; 4. კალიუმის ექსკრეციის გაძლიერებას; 5. არტერიული წნევის მომატებას.

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

51. კორტიკოტროპინის მომატებული დონე კორგიბოლის დაბალი შემცველობის ფონზე მიუთითებს: 1. ჰიპოკორტიციზმზე; 2. ჰიპერკორტიციზმზე; 3. თიკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ნორმალურ ფუნქციაზე; 4. კორგიბოლის მეტაბოლიზმის გაძლიერებაზე; 5. კორგიბოლის მეტაბოლიზმის დაქვეითებაზე.

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

52. კორტიკოტროპინის და კორტიზოლის ღონის ერთდროული მომატება მიუთითებს: 1. ჰიპოკორტიციზმზე; 2. ცენტრალური გენების ჰიპერკორტიციზმზე; 3. თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობაზე; 4. ნელსონის სინდრომზე; 5. თირკმელზედა ჯირკვლის ნორმალურ ფუნქციაზე.

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

53. ლექსამეტაზონის „მცირე ცლის“ ჩასატარებლად პრეპარატის დღიური დოზაა: 1. 1 მგ; 2. 1,5 მგ; 3. 2 მგ; 4. 3 მგ; 5. 4 მგ.

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

54. ლექსამეტაზონის „დიდი ცლის“ ჩასატარებლად პრეპარატის დღიური დოზაა: 1. 1 მგ; 2. 5 მგ; 3. 6 მგ; 4. 7 მგ; 5. 8 მგ.

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

55. კატექოლამინებს მიეკუთვნება: 1. დოფამინი; 2. თიროზინი; 3. დეჰიდროეპინეფრინი; 4. 5-ოქსინდოლმარმეკავა; 5. მელანინი.

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

56. კატექოლამინების სინთეზი წარმოებს: 1. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გორგლოვან შრეში; 2. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ბაღისებურ შრეში; 3. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ბოჭკოვან შრეში; 4. პარაგანგლიებში; 5. ჰიპოფიზში.

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

57. კატექოლამინების სინთეზი წარმოებს ამინომჟავისაგან: 1. არგინინი; 2. მეთიონინი; 3. ვალინი; 4. თიროზინი; 5. ლეიცინი.

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

58. დოფამინერგულ რეცეპტორებზე მოქმედებს: 1. ადრენალინი; 2. ნორადრენალინი; 3. დოფამინი; 4. ნორმეტადრენალინი; 5. ვანილილნუშის მჟავა

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

59. კატექოლამინები იწვევენ ყველა ჩამოთვლილ ეფექტს. გარდა: 1. ლეიდში გლიკოგენის დაშლის გაძლიერება; 2. ლიპოლიზის გაძლიერება; 3. პროტეოლიზის გაძლიერება; 4. გლუკონეოგენეზის გაძლიერება; 5. სისხლში გლუკოზის ღონის დაქვეითება.

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

60. სისხლში ადრენალინის ღონის მომატებისას, შარდში მაგულოზს შემდეგი ნივთიერების ექსკრეცია: 1. ვანილილნუშის მჟავის; 2. 5-ოქსინდოლმარმეკავის; 3. ოქსიპროლინის; 4. 17-კეტოსტეროიდების; 5. 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების.

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

61. კუჭქვეშა ჯირკვლის ლანგერჰანისის რომელ უჯრედებში გამოიშვება ინსულინი? 1. ალფა-უჯრედები; 2. ბეტა-უჯრედები; 3. დელტა-უჯრედები; 4. E უჯრედები; 5. F უჯრედები.

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

62. გლუკაგონი გამოიშვება: 1. ალფა-უჯრედები; 2. ბეტა-უჯრედები; 3. დელტა-უჯრედები; 4. E-უჯრედები; 5. F-უჯრედები.

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

63. კუჭქვეშა ჯირკვალში სომატოსტაგინი გამოიშვება: 1. ალფა-უჯრედები; 2. ბეტა-უჯრედები; 3. დელტა-უჯრედები; 4. E-უჯრედები; 5. F-უჯრედები.

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

64. კუჭქვეშა ჯირკვალში გასტრინის სეკრეცია ხდება: 1. ალფა უჯრედები; 2. ბეტა-უჯრედები; 3. G-უჯრედები; 4. D-უჯრედები; 5. E-უჯრედები.

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

65. ინსულინის შეღება შემდეგი რაოდენობის ამინომჟავური ჯაჭვებისაგან: 1. ორი; 2. სამი; 3. ოთხი; 4. ხუთი; 5. ექვსი.

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

66. კუჭქვეშა ჯირკვლის ბეტა-უჯრედებში წარმოებს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი ნაერთის სინთეზი, გარდა ერთისა: 1. ინსულინი; 2. პროინსულინი; 3. პრეპროინსულინი; 4. C-პეპტიდი; 5. სომატოსტაგინი.

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

67. კუჭქვეშა ჯირკვლის ალფა-უჯრედებში სინთეზირდება: 1. გასტრინი; 2. გლუკაგონი; 3. ინსულინი; 4. ქოლეცისტოკინინი; 5. სომატოსტაგინი.

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

68. სისხლში ინსულინი უკავშირდება: 1. პრეალბუმინს; 2. თირეოგლობულინს; 3. კალმოდულინს; 4. ოქსიპროლინს; 5. გრანსკორტინს.

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

69. ინსულინის სეკრეციას აძლიერებს: 1. ადრენალინი; 2. ნორადრენალინი; 3. გლუკოზი; 4. პროლაქტინი; 5. სომატოსტაგინი.

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

70. გლუკოზის შეყვანის საპასუხოდ ინსულინის ადრეული სეკრეცია აღინიშნება: 1. 1 - 2 წთ შემდეგ; 2. 5 - 10 წთ შემდეგ; 3. 10 - 15 წთ შემდეგ; 4. 15 - 20 წთ შემდეგ; 5. 20 - 30 წთ შემდეგ.

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

71. გლუკოზის შეყვანის საპასუხოდ ინსულინის სეკრეციის გვიანი ფაზა აღინიშნება: 1. 5 - 10 წთ შემდეგ; 2. 10 - 15 წთ შემდეგ; 3. 20 - 30 წთ შემდეგ; 4. 40 - 50 წთ შემდეგ; 5. 50 - 60 წთ შემდეგ.

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

72. პანკრეასული პოლიპეტიდის სეკრეცია ხდება: 1. ალფა-უჯრედებში; 2. ბეტა-უჯრედებში; 3. G-უჯრედებში; 4. D-უჯრედებში; 5. PP-უჯრედებში.

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

73. სომატოსტატინისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ერთისა: 1. სომატოტროპინის სეკრეციის გაძლიერება; 2. სომატოტროპინის სეკრეციის დაქვეითება; 3. წარმოადგენს ნეიროგრანსმიტერს; 4. გლუკაგონის სეკრეციის დაქვეითება; 5. მოგილინის გამოთავისუფლების დათრგუნვა.

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

74. თირეოტროპინი გამოიშვება: 1. ჰიპოფიზის წინა წილში; 2. ჰიპოფიზის შუა წილში; 3. ჰიპოთალამუსის სუპრაოპიკურ ბირთვში; 4. ენდოკრინული ბირთვში; 5. ლიმბურ სისტემაში.

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

75. სისხლში თიროქსინის სიჭარბისას: 1. ქვეითდება თირეოტროპინის ღონე; 2. იზრდება თირეოტროპინის ღონე; 3. არ იცვლება თირეოტროპინის ღონე; 4. არ იცვლება თიროლიბერინის ღონე.

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

76. თიროლიბერინის სეკრეციაზე გავლენას ახდენს: 1. გლუკაგონი; 2. ინსულინი; 3. გონადოტროპინები; 4. ვაზოპრესინი; 5. თიროქსინის ღონე.

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 5

77. რომელი ორგანოს ლორწოვანი გარსიდან შეიწოვება იოდი იოდის სახით ორგანიზმში? 1. კუჭი; 2. პირის ღრუ; 3. მსხვილი ნაწლავი; 4. ტრაქეა; 5. წვრილი ნაწლავი.

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

78. თიროიდული ჰორმონების სინთეზისთვის საწყის პროლექტს წარმოადგენს: 1. ფენილალანინი; 2. თიროზინი; 3. ვალინი; 4. ლეიცინი; ე. ოქსიპროლინი.

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

79. სისხლში თირეოიდული ჰორმონები უკავშირდებიან... 1. თიროქსინშემაკავშირებელ გლობულინს და პრეალბუმინს; 2. ტრანსკორტინს; 3. ტრანსფერინს; 4. ოროზომუკოიდს; 5. შეთიონინს.

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

80. თირეოიდული ჰორმონების ბიოლოგიური ეფექტი პერიფერიაზე ხორციელდება: 1. ტრიიოდთირონინით; 2. 3-მონოიოდთირონინით; 3. რევერსიული ტრიიოდთირონინით; 4. 3,5-დიიოდთირობინით; 5. მონოიოდთირობინით.

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

81. ფარისებრი ჯირკვლის პარაფოლიკულურ უჯრედებში (C-უჯრედები) სინთეზირდება: 1. თიროქსინი; 2. თირეოკალციტონინი; 3. ტრიიოდთირონინი; 4. რევერსიული ტრიიოდთირონინი; 5. თირეოგლობულინი.

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

82. კალციტონინი: 1. აქვეითებს კალციუმის რაოდენობას სისხლში; 2. ზრდის კალციუმის რაოდენობას სისხლში; 3. ზრდის ტუტე ფოსფატამის აქტიობას; 4. ზრდის შარდით ჰიდროქსიპროლინის ექსკრეციას; 5. ზრდის ფოსფორის შემცველობას სისხლში.

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

83. სისხლში თირეოგლობულინის გამოკვლევას უდიდესი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს შემდეგ შემთხვევაში: 1. კვანძოვანი ჩიყვი; 2. ჰიპოთირეოზი; 3. ქრონიკული თირეოიდიტი; 4. კანცერის გამო გოჭალური თირეოიდექტომიის შემდგომ პერიოდში მონიგორინგი; 5. თირეოტოქსიური ადენომა.

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

84. მიკროსომალური ფრაქციის მიმართ ანგისხეულების ყველაზე მაღალი ტიტრი აღინიშნება შემდეგ შემთხვევაში: 1. დიფუზურ ტოქსიური ჩიყვი; 2. ქრ. აუტოიმუნური თირეოიდიტი; 3. ენდემური ჩიყვი; 4. თირეოტოქსიური ადენომა; 5. ფარისებრი ჯირკვლის კიბო.

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

85. უმეტეს შემთხვევაში რამდენი ფარისებრახლო ჯირკვალი აქვს ადამიანს? 1. ერთი; 2. ორი; 3. სამი; 4. ოთხი; 5. ხუთი.

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

86. ზედა ფარისებრახლო ჯირკვლები, როგორც წესი, განლაგებულია: 1. ფარისებრი ჯირკვლის უკანა ზედაპირზე; 2. ფარისებრი ჯირკვლის წინა ზედაპირზე; 3. ფარისებრი ჯირკვლის სისქეში; 4. ფარისებრი ჯირკვლის გვერდით ზედაპირზე; 5. ბრონქის სანათურში.

- *ა) 1.
- ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.

ე) 5.

87. კალციუმის ჰომეოსტაზის შენარჩუნებაში მონაწილეობს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ერთისა: 1. პარათჰორმონი; 2. კალციტონინი; 3. კალმოდულინი; 4. ვიტამინი D; 5. ვიტამინი B1.

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

88. როგორია პარათჰორმონის ქიმიური შენება? 1. ცილოვანი; 2. სტეროიდული; 3. ლიპოპროტეინული; 4. ამინური; 5. გლუკოპროტეინული.

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

89. თიროკალციტონინი... 1. აქვეითებს კალციუმის დონეს სისხლში; 2. ზრდის კალციუმის დონეს სისხლში; 3. აქვეითებს გუგე ფოსფატაზას აქტიობას; 4. აქვეითებს შარდით კალციუმის ექსკრეციას; 5. ზრდის ნაწლავებით კალციუმის შეწოვას.

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

90. ფარისებრახლო ჯირკვლების ვიზუალიზაცია სელენმეთიონინის გამოყენებით ყველაზე უფრო ეფექტურია; 1. ულტრასონოგრაფიით; 2. თერმოგრაფიით; 3. სცინტიგრაფიით; 4. არტერიოგრაფიით; 5. ლიმფოგრაფიით.

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

91. სისხლში კალციუმის შემცველობის მომაგება უფრო მოსალოდნელია შემდეგ შემხვევაში; 1. პირველადი ჰიპერპარათირეოზი; 2. პარისებრახლო ჯირკვლების ატროფია; 3. ტორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება; 4. ფილტვის კიბო მეტასტაზების გარეშე; 5. კუშინგის სინდრომი.

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

92. კალმოდულინი (კალციუმის შემაკავშირებელი ცილა) კალციუმს უკავშირდება... 1. მიტოქონდრიუმში; 2. მიკროსომებში; 3. ნაწლავის კელელში; 4. უჯრედის ციტოპლაზმაში; 5. ჰიპოფიზში.

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

93. ხანდაზმულ და მოხუცებულ ასაკში ყველაზე უფრო მოსალოდნელია: 1. ჩონჩხის მინერალიზაციის შემცირება; 2. ჩონჩხის მინერალიზაციის გაზრდა; 3. ნაწლავებში კალციუმის შეწოვის გაძლიერება; 4. ლეიდში კალციუმის შემაკავშირებელი ცილის სინთეზის გაზრდა; 5. სასქესო ჰორმონების სეკრეციის გაძლიერება.

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

94. ეპიფიზში სინთეზირდება: 1. ქოლესტეროლი; 2. პროსტოგლანდინები A და E; 3. მელანინი; 4. ვიტამინი D; 5. გასტრინი.

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

95. მელანინის წინამორბედი ნივთიერებაა: 1. გრიპოფანი; 2. თიროზინი; 3. ფენილალანინი; 4. ფუანილინი; 5. არგინინი.

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

იმუნური სტატუსის შეფასება ენდოკრინოლოგიური დაავადებების დროს

96. უჯრედული იმუნიტეტის შეფასებისათვის იკვლევენ:

- ა) T-ლიმფოციტების აბსოლუტური და შეფარდებითი (%) რაოდენობა
- ბ) ლიმფოციტების ბლასტგრანსფორმაციის რეაქცია ფიგოპემაგლუკინაციაზე
- გ) T-ლიმფოციტების სუბპოპულაციები (T-ხელპერები, T-სუპრესორები და სხვ.)
- დ) T-ჰელპერებისა და T-სუპრესორების შეფარდება (თხ/თს)
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

97. ჰუმორული იმუნიტეტის მდგომარეობის შესაფასებლად იკვლევენ:

- ა) ლიმფოციტების აბსოლუტურ და შეფარდებით რაოდენობას
- ბ) იმუნოგლობულინებს (A,M,G)
- გ) სპეციფიურ ანტისხეულებს ენდოკრინული სისტემის უჯრედთა ცალკეული ანტიგენებისადმი
- *დ) ყველა ჩამოთვლილს
- ე) არაფერს ჩამონათვალად

98. ენდოკრინული დაავადებების იმუნოკომპლექსის დარღვევის შეფასებისათვის იკვლევენ:

- ა) სისხლის პლაზმაში მოციროკულირე იმუნურ კომპლექსებს
- ბ) ენდოკრინული ორგანოს უჯრედის რეცეპტორებად ან მემბრანის გედაპირზე ფიქსირებულ იმუნურ კომპლექსებს
- გ) კომპლემენტის სისტემას
- *დ) ყველა ჩამოთვლილს
- ე) არაფერს ჩამოთვლისაგან

99. T-ლიმფოციტების ძირითად სუბპოპულაციებს ეკუთვნის

- ა) T-ხელპერები (დამხმარე)
- ბ) T-სუპრესორები
- გ) T-ეფექტორები (ციტოტოქსიური უჯრედები)
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არაფერი ჩამოთვლისაგან

100. იმუნური სისტემის ჰორმონები და მედიატორები არიან:

- ა) თიმუსის ჰორმონები (თიმოზინი, თიმინი, თიმოსტატინი და სხვა)
- ბ) ძვლის ჰორმონები (მიელოპეპტიდები, T-აქტივინი)
- გ) უჯრედული ჰორმონები - ციტოკინები (სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი, კოლონია მასტიმულირებელი ფაქტორები და სხვა)
- ინტერლეიკინები (ილ-1, ილ-2, ილ-3, ილ-6 და სხვა)
- დ) ინტერფერონი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

101. უჯრედის არასპეციფიური რემისგენგობის ფაქტორებს ეკუთვნის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ლიმფოციტები
- ბ) მაკროფაგები
- გ) ნეიტროფიური გრანულოციტები (ნეიტროფილები)
- დ) ბაზოფილები
- ე) ეოზინოფილები

102. არასპეციფიური დაცვის ჰუმორულ ფაქტორებს ეკუთვნის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ინტერფერონისა
- *ბ) ანტისხეულები და იმუნოგლობულინები
- გ) კომპლემენტი
- დ) ლიმოციმი
- ე) C-რეაქტიული ცილა

103. ენდოკრინული დაავადებისას გვხვდება შემდეგი ტიპის იმუნური რეაქციები:

- ა) ალერგია, ანაფილაქსია
- ბ) ციტოტოქსიური რეაქციები
- გ) იმუნური კომპლექსის რეაქციები
- დ) რეცეპტორებისადმი ანტისხეულების წარმოქმნა
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი ტიპი

104. ენდოკრინული დაავადებანი ეკუთვნის ძირითადად:

- ა) ალერგიულ დაავადებებს
- ბ) აგოპიურ დაავადებებს

- *გ) აუტოიმიუნურ დაავადებებს
- დ) იმუნოკომპლექსურ დაავადებებს
- ე) ლიმფოციტპროლიფერაციულ დაავადებებს

105. აუტოიმიუნური ენდოკრინული დაავადებანი ხასიათდება:

- ა) T-უჯრედოვანი იმუნოლეფიციტით
- ბ) T-სუპრესორების დაქვეითებით
- გ) ენდოკრინული ჯირკვლის საკუთარი ანტიგენისადმი ანტისხეულების არსებობით
- დ) T-ხელპერების T-სუპრესორებისადმი შეფარების შემცირებით
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

106. რომელ აუტოიმიუნურ დაავადებებს მიეკუთვნება ენდოკრინული დაავადებანი?

- ა) სისტემურს
- *ბ) ორგანოსპეციფიურს
- გ) შერეულს
- დ) ყველა ჩამოთვლილს
- ე) არცერთ ჩამოთვლილ დაავადებას

107. აუტოიმიუნურ ორგანოსპეციფიურ დაავადებებს ეკუთვნის

- ა) დიფუზური გოქსიური ჩიყვი
- ბ) ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი
- გ) ადისონის დაავადება
- დ) აუტოიმიუნური თირეოიდიტი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

108. აუტოიმიუნური ენდოკრინული დაავადებებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) სხვა აუტოიმიუნური ენდოკრინულ დაავადებებთან შეხამება (პოლიენდოკრინული სინდრომები)
- ბ) სხვა აუტოიმიუნური არაენდოკრინული დაავადებებთან შეხამება
- გ) სხვა ორგანოებისა და ქსოვილებისადმი ანტისხეულების იმუნოლეფიციტი
- დ) T-სუპრესორების დაქვეითება, T-უჯრედოვანი იმუნოლეფიციტი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

109. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობა შეიძლება იყოს:

- ა) თანდაყოლილი
- ბ) შეძენილი
- *გ) თანდაყოლილიც და შეძენილიც
- დ) ინფექციური
- ე) ყველა ჩამოთვლილი არასწორია

110. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობის ეტიოლოგიაში წამყვან როლს თამაშობს:

- ა) ბაქტერიული ინფექცია
- ბ) სიმსივნე
- *გ) იმუნური სისტემის თანდაყოლილი დეფექტი და/ან თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა
- დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არაფერი ჩამოთვლილთაგან

111. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს:

- ა) იმუნური სისტემის თანდაყოლილი ქრონიკული უკმარისობისას
- ბ) დიფუზურ-გოქსიური ჩიყვის დროს
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობისას
- დ) აკრომეგალიის დროს
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს

112. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია:

- ა) გამოხატული ლიმფ-აქტიური ღიათეზი
- ბ) ციანოზის, ლებინების, აპნოეს აუხსნელი შეგვეები
- გ) ფიზიკურ და სქესობრივ განვითარებაში ჩამორჩენა
- დ) კრიმები, კოლაპტოიდური მდგომარეობები
- *ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

113. თანდაყოლილი თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობის სიმპტომები ბავშვებში არის:

- ა) ფერმკრთალობა, პასტოზობა, სიმსუქნისადმი მიდრეკილება
- ბ) მტვენებისა და გერფის სილიდე, ლიმფური კვანძების და ნუშურების ჰიპერპლაზია
- გ) ხშირი ინფექციები, ხშირი ანგიენები
- დ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის განუვითარებლობა, "წვეთოვანი გული"
- *ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

114. თიმუს-ლიმფატური სტაგუსის დროს იმუნური სისტემის ფუნქციური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) იმუნოლუფიციტი
- ბ) აუტოიმუნური პათოლოგია
- გ) გოლერანტობა
- დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არაფერი ჩამონათვალისაგან

115. თიმუს-ლიმფატური სტატუსის დროს ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია
- *ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ფარული ქრონიკული უკმარისობა
- გ) ნააღრევი სქესობრი მომწიფება
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია
- ე) ჰიპოფიზის ჰიპერფუნქცია

116. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას ყველაზე მძიმე გართულებას წარმოადგენს:

- ა) შინაგანი ორგანოების განუვითარებლობა
- ბ) სქესობრივი განვითარების შეფერხება
- *გ) უეცარი სიკვდილი
- დ) მორეციდივე ინფექცია
- ე) ხველების შეტევები

117. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას უეცარი სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ფიზიკური ტრავმა
- ბ) ინტოქსიკაცია
- გ) სტრესი
- დ) ცივი აბაზანა
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

118. უეცარი სიკვდილის მიზეზი თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას შეიძლება იყოს:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობა
- ბ) ცლომილი ნერვის შუასაყარის ორგანოების ჰიპერპლაზიური თიმუსით კომპრესია
- გ) "თიმური ასთმის" შეტევა ანოეთი
- დ) კოლაფსი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

119. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას უეცარი სიკვდილის პროფილაქტიკისათვის რეკომენდირებულია

- ა) მოერიდონ ინფექციას, ინტოქსიკაციას
- ბ) არ მიეცეს ნარკოზი და ნარკოტიკები (პრომელოლი, პანტოპონი, მორფინი და სხვა)
- გ) მოერიდონ სტრესს
- დ) ფიზიკური ტრავმას
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

120. თიმუს-ლიმფატური სტატუსით ავადმყოფები დისპანსერულ მეთვალყურეობას

- *ა) საჭიროებენ
- ბ) არ საჭიროებენ

121. ენდოკრინულ ავადმყოფებში იმუნური სტატუსის კორექციის ჩვენებაა:

- *ა) მეორადი იმუნოლუფიციტები
- ბ) აუტოიმუნური იმუნოლუფიციტები
- გ) პოლიენდოკრინული აუტოიმუნური სინდრომები
- დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არაფერი ჩამონათვალისაგან

122. უცილებელია იმუნოკორექცია ჩატარდეს

- ა) ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის დროს
- ბ) მძიმე დიფუზურ-გოქსიკური ჩიყვის დროს
- გ) ენდოკრინული ოფთალმოპათიის დროს
- დ) პოლიენდოკრინული სინდრომების დროს
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს

123. იმუნოკორექციის ძირითადი პრინციპები ენდოკრინული დაავადების დროს არის:

- ა) უჯრედული იმუნიტეტის მაჩვენებელთა კორექცია
- ბ) ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებელთა კორექცია
- გ) იმუნოკომპლექსურ დარღვევათა კორექცია
- დ) იმუნური სტატუსის მკაცრი კონტროლი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი პრინციპი

124. იმუნოდეპრესანტებია:

- ა) ანტიმეგაბოლიგები (ამოგიოპრინი)

ბ) T-ლიმფოციტების აქტივობის სელექტიური ბლოკატორები (ციკლოსპორინი A)

გ) გლუკოკორტიკოიდები

დ) T-სუპრესორების სტიმულატორები (ლევაამიპოლი)

*ე) ყველა ჩამოთვლილი

125. ნდოკრინული დაავადებისას იმუნური სისტემის სტიმულატორებად იყენებენ:

ა) იმუნური სისტემის არასპეციფიკურ სტიმულატორებს (პროლიფილანინი, პიროგენალი, ჟენ-შენი, მუმიო, ალოე, მინისებრი სხეული და სხვა)

ბ) თიმუსის სპეციფიური სტიმულატორ ჰორმონებს (თიმოზინი, თიმოგენი, T-აქტივინი და სხვა)

გ) ვიგამინებს, მიკროლეემენტებს

დ) მეთილურაცილი, პენტოქსილი, ნაგრიუმის ნუკლეინატი და სხვა

*ე) ყველა ჩამოთვლილი

126. იმუნომოდულატორებად ითვლებიან:

ა) ინტერფერონი

ბ) ანტილიმფოციტარული შრატა

გ) ინტერლეიკინები

დ) თიმუსის ჰორმონები

*ე) ყველა ჩამოთვლილი

127. იმუნოდეპრესიული პრეპარატების გვერდითი მოვლენებია:

ა) ჰორმონების დათრგუნვა

ბ) ინფექციებისადმი მდგრადობის დაქვეითება

გ) ტერატოგენული მოქმედება

დ) კანცეროგენული მოქმედება

*ე) ყველა ჩამოთვლილი

128. ნდოკრინული დაავადებების მკურნალობის არამედიკამენტოზური იმუნოკორექციისათვის იყენებენ:

ა) პლაზმოფორეზს

ბ) სისხლის ექსტრაკორპორალურ დასხვივებას

გ) იმუნოსორბციას

*დ) ყველა ჩამოთვლილს

ე) არაფერს ჩამონათვლიდან

129. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობის დიაგნოსტიკა ემყარება:

ა) კლინიკურ სურათს

ბ) ლიმფოციტების არსებობას

გ) რენტგენოლოგიურ მონაცემებს (თიმუსის გადიდება, "წვეთისებრი გული", მრდის ზონების არსებობას)

დ) სისხლში კორტიზოლის დაქვეითებას

*ე) ყველა ჩამონათვალს

130. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას ლაბორატორიული მონაცემები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

ა) ხშირი ჰიპოგლიკემია

ბ) ეოზინოფილია

*გ) ერითროციტოზი

დ) კორტიზოლის დაქვეითება

ე) აბსოლუტური და შედარებითი ლიმფოციტოზი

131. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობისას ლიფერენციალური დიაგნოზი გარდება ყველა ჩამოთვლილიდან, გარდა:

ა) ხორხის სიმსივნეებისა

ბ) მკერდუკანა ჩიყვისა

გ) ბრონქიალური ჯირკვლების ჰიპერტროფიისა

*დ) ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებისა

ე) სახის ნუშურების ჰიპერტროფიისა

132. თიმუს-ლიმფატური მდგომარეობის მკურნალობისათვის იყენებენ:

ა) გლუკოკორტიკოიდებს

ბ) თიმუსის რენტგენოთერაპიას

გ) თიმექტომიას

დ) იმუნოსტიმულატორებს

*ე) ყველა ჩამოთვლილს

133. "თიმური ასთმის" შეტევასა გადაუღებელი დახმარებისათვის საჭიროა:

ა) სისხლის გადასხმა

*ბ) გადაუღებელი ქირურგიული დახმარება

გ) ვიგამინოთერაპია

დ) ყველა ჩამოთვლილი

ე) არაფერი ჩამოთვლილიდან

ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური სისტემის დაავადებები

134. იცენკო-კუშინგის სინდრომის დიაგნოზის ქვეშ არ იგულისხმება:

- ა) იცენკო-კუშინგის დაავადება
- ბ) გლუკოკორტიკოიდული მოქმედების მედიკამენტებით გამოწვეული მდგომარეობა
- გ) გლუკოკორტიკოიდული მოქმედების მედიკამენტებით გამოწვეული მდგომარეობა
- დ) ექტოპიური აკტჰ სინდრომი
- *ე) ჰიპოთალამური სინდრომი ცხიმოვანი ცვლის მოშლით

135. ექტოპიურ აკტჰ სინდრომს არ ახასიათებს:

- *ა) ღაღებიანი ღებნიანი ცვლის სინჯი
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზია
- გ) იცენკო-კუშინგის სინდრომის კლინიკა
- დ) აკტჰ მაღალი ღონე
- ე) ჰიპოკალიემია

136. იცენკო-კუშინგის დაავადების ეტიოლოგიურ და მაპროვოცირებელ ფაქტორებს არ მიეკუთვნება:

- ა) ჰიპოფიზის სიმსივნე
- *ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნე
- გ) ქალა-გვინის ტრავმა
- დ) ფსიქიური ტრავმა
- ე) ნეიროინფექცია

137. იცენკო-კუშინგის დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელობას არ ანიჭებენ ისეთ მექანიზმს, როგორცაა:

- ა) ლოფამინური მედიატორების მამუხრუჭებელი მოქმედების დაქვეითება
- *ბ) ლოფამინური მედიატორების მამუხრუჭებელი მოქმედების გაზრდა
- გ) სეროტონინის ღონის მომატება
- დ) აკტჰ-ს ღონის მომატება
- ე) კორტიზოლის ღონის მომატება

138. გლუკოკორტიკოიდების მომატებული გამოყოფა არ იწვევს:

- *ა) გახლომას
- ბ) სიმსუქნეს
- გ) კანზე სტრიების გაჩენას
- დ) ოსტეოპოროზს
- ე) არტერიული ჰიპერტენზიას

139. ჰიპერკორტიციზმი არ განაპირობებს:

- ა) ინფექციებისადმი მდგრადობის დაქვეითებას
- ბ) ნახშირწყლოვანი ცვლის დაქვეითებას
- გ) მაგრონიმზს
- დ) თირკმლებში კენჭების გაჩენას
- *ე) სისხლის წნევის დაქვეითებას

140. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ბადისებრი შრის ფუნქციის გაძლიერება ქალებში არ იწვევს:

- ა) ჰიპერტრიქოზს
- ბ) საკვერცხეების ღისუნქციას
- გ) ამენორეას
- *დ) შაქრიან დიაბეტს
- ე) აკნეს

141. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს პათანატომიური ცვლილებები არ ხასიათდება:

- *ა) პროლაქტინომის არსებობით
- ბ) ჰიპოფიზის ბაზოფილური აღენომის არსებობით
- გ) ჰიპოფიზის შერეული აღენომის არსებობით
- დ) ბაზოფილური უჯრედების ჰიპერპლაზიით
- ე) ძვლების პათოლოგიური მოგეხილობით, ოსტეოპოროზის ფონზე

142. იცენკო-კუშინგის დაავადების მძიმე ფორმა არ ხასიათდება:

- ა) პროგრესირებადი კუნთოვანი სისუსტით
- ბ) ძვლების პათოლოგიური მოგეხილობით
- გ) გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობით
- დ) მძიმე ფსიქიური მოშლილობით
- *ე) შენარჩუნებული მენსტრუალური ციკლით

143. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს ავადმყოფები არ უჩივიან:

- ა) ზოგად სისუსტეს

- ბ) თავის ტკივილს
- *გ) გახლომას
- დ) ტკივილებს ზურგის და კიდურების მიდამოში
- ე) გარეგნობის ცვლილებას

144. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს კანის ცვლილებები არ ხასიათდება:

- ა) სიმშრალით
- *ბ) ჰიპერჰიდროზით
- გ) მოწითალო-ისფერი სკრიების არსებობით
- დ) კანქვეშა სისხლჩაქცევებით
- ე) ჰიოსუგიმით

145. იცენკო-კუშინგის დაავადებისას ძვლოვანი ცვლილებები შეიძლება გამოვლინდეს ყველაფრით, გარდა:

- ა) ლეფორმაციის და ძვლების მოტეხილობისა
- ბ) ოსტეოპოროზისა
- გ) ზრდის შეჩერებისა ბავშვთა ასაკში
- დ) სხვადასხვა ინტენსივობის და ხანგრძლივობის ტკივილის სინდრომისა
- *ე) ჰიპერპეგროზისა

146. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია არვლინდება:

- *ა) ბრადიკარდიით
- ბ) ტაქიკარდიით
- გ) არტერიული ჰიპერტენზიით
- დ) ელექტროლიტურ-სტერილული კარდიოპათიით
- ე) გულის მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით

147. არტერიული ჰიპერტენზია იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს არ არის განპირობებული:

- ა) სისხლძარღვთა ტონუსის რეგულაციის ცენტრალური მექანიზმის დარღვევით
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის მომატებით
- გ) მეორადი ალდოსტერონიზმით
- *დ) რენინის გამოყოფის დაქვეითებით
- ე) ჰიპერკორტიზმიზმით

148. ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს არ არის გამოხატული:

- ა) მარცხენაგრაშით
- ბ) T- კბილის ვოლტაჟის დაქვეითებით
- *გ) T კბილის ამპლიტუდის გაზრდით
- დ) P-Q ინტერვალის გაზარდვით
- ე) S-T სეგმენტის დაქვეითებით

149. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს თირკმლების და საშარღვ გზების მხრივ ცვლილებები არ გამოიხატება:

- ა) შარღვ-კენჭოვანი დაავადებით
- ბ) პიელონეფრიტით
- გ) ნეფროსკლეროზით
- დ) თირკმლის უკმარისობით
- *ე) ჰიპოკალციურით

150. სტერილული დიაბეტი არ ხასიათდება:

- *ა) ინსულინოთერაპიის აუცილებლობით
- ბ) ჰიპერინსულინიემიით
- გ) ინსულინრეზისტენტობით
- დ) სტაბილური მიმდინარეობით
- ე) შაქრის დამწვევი საშუალებების კარგი ეფექტურობით

151. იცენკო-კუშინგის დაავადება ბავშვთა ასაკში არ ვლინდება:

- ა) ზრდის შეჩერებით
- *ბ) სწრაფი ზრდით
- გ) სქესობრივი განვითარების შეფერხებით
- დ) ჩონჩხის დიფერენცირების შეჩერებით
- ე) მატრონიზმით

152. ნელსონის სინდრომის დროს არ არის დამახასიათებელი:

- ა) აკტჰ მომატება სისხლში
- ბ) ენდოსელარული სიმსივნის არსებობა
- გ) კანის ჰიპერპიგმენტაცია
- *დ) კანის ლეპიგმენტაცია
- ე) ორმხრივი აღრენალექტომიით

153. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს ლაბორატორიულად არ ვლინდება:

- *ა) ანემია
- ბ) ერითროციტოზი
- გ) ეოზინოპენია
- დ) ლიმფოციტოპენია
- ე) ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი

154. იცენკო-კუშინგის დაავადების აქტიური სტადია არ ხასიათდება ისეთი ცვლილებით, როგორცაა:

- ა) ჰიპოკალიემია
- *ბ) ჰიპერკალიემია
- გ) ჰიპეროსფატემია
- დ) ტუტე ფოსფატამის აქტიობის მომაგება
- ე) ნახშირწყლების მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითებით

155. იცენკო-კუშინგის დაავადების აქტიური სტადიის დროს არ არის დამახასიათებელი:

- ა) შარდის ტუტე რეაქცია
- ბ) პროტეინურია
- *გ) სისხლის საერთო ცილის დონის მომაგება
- დ) სისხლის შრატში საერთო და იონიზირებული კალციუმის დონის მომაგება
- ე) პროთრომბინის ინდექსის მომაგება

156. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს სადიაგნოსტიკო სინჯებს არ განეკუთვნება:

- ა) დექსამეტაზონის მცირე ტესტი
- ბ) დექსამეტაზონის დიდი ტესტი
- *გ) გოლბუგამიდის ტესტი
- დ) მეტოპროლოლის ტესტი
- ე) ლიზინ-ვაზოპრესინის ტესტი

157. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს რენტგენოლოგიკა არ ავლენს:

- ა) თურქული კეხის ბურგის ოსტეოპოროზი
- ბ) მალეების სხეულთა ოსტეოპოროზი
- გ) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას
- *დ) ერთი-ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის ცალმხრივ ჰიპერპლაზიას
- ე) ინტრაკრანიალურ ჰიპერტენზიას

158. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ორმხრივი ადენომატოზის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის კვლევის აუცილებელ მეთოდებს არ მიეკუთვნება:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების რადიოიზოტოპური სკანირება
- *ბ) სისხლის შრატში C-პეპტიდის განსაზღვრა
- გ) დექსამეტაზონის სინჯი დიდი დოზით
- დ) სისხლში აკტჰ-ს დონის განსაზღვრა
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა

159. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა არ ტარდება ისეთ პათოლოგიასთან, როგორცაა:

- ა) იატროგენული იცენკო-კუშინგის სინდრომი
- ბ) გლუკოსტეროზი
- გ) ექტოპური აკტჰ სინდრომი
- დ) სიმსუქნე არტერიული ჰიპერტენზიით
- *ე) ჰიპერთირეოზი

160. მედიკამენტური იცენკო-კუშინგის სინდრომი არ ვლინდება:

- *ა) გახლოებით
- ბ) ჰიპოკალიემიით
- გ) ოსტეოპოროზით
- დ) სისხლის წნევის მომაგებით
- ე) წონის მომაგებით

161. იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს სხივური თერაპიის ყველაზე დამზოგველ მეთოდებს არ მიეკუთვნება:

- *ა) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარული მიდამოს რენტგენოთერაპია
- ბ) ტელეგამათერაპია
- გ) პროტონოთერაპია
- დ) ჰიპოფიზში რადიოაქტიური იგრიუმის იმპლანტაცია
- ე) ჰიპოფიზში რადიოაქტიური ოქროს იმპლანტაცია

162. იცენკო-კუშინგის დაავადების გამო პროტონოთერაპიის ჩატარების შემდგომ კლინიკურ რემისიას სავარაუდოდ უნდა მოველოდეთ:

- ა) 1-2 თვეში
- ბ) 3-4 თვეში
- გ) 5-6 თვეში

- დ) 7-8 თვეში
- *ე) 12 თვისშემდეგ

163. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს აღრენალექტომიის ჩვენება არ არის:

- ა) კონსერვატიული მეთოდებით მკურნალობის არაეფექტურობა
- ბ) ღაფაღების მძიმე ფორმა
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლების აღენომატოზი
- *დ) სისხლში კორტიზოლის მაღალი დონე
- ე) მელიკამენტების აუტანლობა

164. იცენკო-კუშინგის ღაფაღებისას აკტჰ მაღალი დონის ბლოკირება არ ხდება:

- *ა) ქლოდიგანიტ
- ბ) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარული მიღამოს სხივური თერაპიით
- გ) ბრომკრიპტინით
- დ) პერიტოლიტ

165. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს პარლოდელი ინიშნება უხშირესად შემდეგი სადღე-ღამისო დოზით:

- ა) 1,25 მგ
- *ბ) 2,5-7,5 მგ
- გ) 15 მგ
- დ) 20 მგ
- ე) 25 მგ და მეტი

166. იცენკო-კუშინგის ღაფაღებისას თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ კორტიზოლის სეკრეციის ბლოკირება არ ხდება ისეთი პრეპარატით, როგორცაა:

- ა) ქლოდიგანი
- *ბ) ასპირინი
- გ) მამომიტი
- დ) მეტოპროლოლი
- ე) ელიპტენი

167. დღეისათვის იცენკო-კუშინგის ღაფაღების მკურნალობის ძირითად მეთოდად მიჩნეულია:

- ა) ქირურგიული მკურნალობა
- *ბ) სხივური მკურნალობა
- გ) მელიკამენტური მკურნალობა
- დ) სიმპტომატური მკურნალობა

168. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს ოსტეოპოროზის მკურნალობაში გამოიყენება ყველა პრეპარატი, გარდა:

- ა) ანაბოლური სტეროიდული პრეპარატები
- ბ) კალციტონინი
- გ) კალციტონინი
- დ) ციბიკალინი
- *ე) პარათორმონი

169. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს სპირონოლაქტონის დანიშვნის ჩვენება არ არის:

- ა) მკვეთრი კუნთოვანი სისუსტე
- *ბ) ჰიპოტენზია
- გ) კრუნჩხვები
- დ) არტერიული ჰიპერტენზია
- ე) ელექტროლიტური დარღვევები

170. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს კლინიკური რემისია გამოიხატება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სხეულის მასის ნორმალიზაცია
- ბ) კანის გროფიული ცვლილებების შემცირება
- გ) სისხლის წნევის შემცირება
- *დ) სხეულის მასის მომატება
- ე) ნახშირწყლოვანი ცვლის ნორმალიზაცია

171. იცენკო-კუშინგის ღაფაღების დროს ინვალიდობის ჯგუფის მიკუთვნების ჩვენება არის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გვინში სისხლჩაქცევა
- ბ) გამოხატული გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა
- გ) ოსტეოპოროზი
- *დ) ღაფაღების გართულებების უქონლობა
- ე) ხერხემლის მოტეხილობა

172. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს არ წარმოადგენს:

- ა) ქრონიკული ინფექცია

- ბ) თავის ქალას გრავები
- *გ) ემოციური სტრესი
- დ) გადაჭარბებული კვება
- ე) ინგოქსიკაცია

173. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის პათოგენეზში მნიშვნელობა ენიჭება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) აკტჰ-ს სეკრეციის მომატება
- *ბ) გონადოტროპინების ღონის გაზრდა
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონების სეკრეციის მომატება
- დ) გლუკოკორტიკოიდების ღლე-ღამური სეკრეციის ღარღვევა
- ე) აკტჰ ღლე-ღამური სეკრეციის ღარღვევა

174. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღროს გამოხატულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსუქნე
- *ბ) სხეულის მასის შემცირება (სიგამზღრე)
- გ) მერთალი ვარღისფერი სტრიები კანზე
- დ) აღრეული პუბერტატის ასაკში სიმალღეში ზრღის ღაჩქარება
- ე) ძეღოვანი ასაკი აღემატება რეალურ ასაკს

175. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღროს ჰიპერკორტიციზმის სიმპტომები გამოხატულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) სხეულისა ღა კიღურების მიღამოში სტრიების არსებობა
- გ) ტრანზიგორული ჰიპერტენზია
- *ღ) ოსტეოპოროზი
- ე) ნახშირწყეღოვანი ცეღის ღარღვევა

176. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომისას ფსიქო-ემოციური ღარღვევები გამოხატულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფსიქო-ემოციური აგზნებუღობის მომატება
- *ბ) შიზოფრენია
- გ) ზოგალი ასთენია
- დ) ღეპრესია
- ე) თავის ტკივიღი

177. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღროს სიმსუქნე გაპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის ღარღვევით
- ბ) სისხღში საერთო ტესტოსტერონის ღონის ღაქვეითებით
- გ) პროღაქტინის სეკრეციის ღარღვევით
- დ) ჰიპერინსულინიზმით
- *ე) ინსულინისაღმი რემისტენტობის ღაქვეითებით

178. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღროს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-თირკმელზედა ჯირკვლის სისტემისმღგომარეობისგამოკეღევისას ვღინღებაყველა ქვემოთ ჩამოთვლიღი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მომატებულია აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ღონე
- ბ) კორტიზოღის ღონე ნორმალურია ან ოღნავ მომატებულია
- *გ) მომატებულია კორტიზოღისაღმი ტრანსკორტინის შეკავშირების უნარი
- დ) აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ღონე მომატებულია როგორც ღიღის ისე საღამოს საათებში
- ე) მომატებულია კორტიზოღის მეტაბოღიგების ექსკრეცია შარღთან ერთაღ

179. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღროს აღინიშნება:

- *ა) ღაღებითი ღექსამეტაზონის მცირე ტესტი
- ბ) უარყოფითიღექსამეტაზონის მცირე ტესტი
- გ) უღტრატგერთი გამოკვეღვით ვღინღება თირკმელზედა ჯირკვღების გაღიღება
- დ) ოსტეოპოროზი
- ე) ზრღის შეფერხება

180. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომისთვის ღამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლიღი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ზომების გაღიღება
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ნორმალური ზომები
- გ) ოსტეოპოროზის არარსებობა
- დ) სისხღის წნეღის ღაბიღურობა

181. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის ღიფერენციალური ღიაგნოზი არ ტარღება:

- ა) იცენკო-კუშინგის დაავადებასთან
- ბ) გლუკოსტერომასთან
- გ) აკტ3- ექტოპიურ სინდრომთან
- დ) სიმსუქნესთან
- *ე) ჰიპოთირეოზთან

182. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომისა და სიმსუქნის დროს მკურნალობა გარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური მიღამოს პროტონების კონით დასხივება
- ბ) ლიფოტოერაპია
- გ) ფიზიკური ვარჯიშები
- დ) ქრონიკული ინფექციის კერების სანაცია
- ე) შარღმღენი საშუალებების გამოყენება სათანადო ჩვენებების არსებობისას

183. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის პროფილაქტიკური ღონისძიებები არ ითვალისწინებს:

- ა) სიმსუქნის დროს სხეულის მასის შემცირებას
- ბ) ცხვირ-ხახის ალგილობრივი ინფექციის სანაციას
- გ) სისხლის წნევის ნორმალური დონის შენარჩუნებას
- *დ) ავადმყოფის ნორმალური წონის დროს, სხეულის მასის შემცირებას
- ე) თანდაბრთული სხვა დაავადებების მკურნალობას

184. პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომის პროგნოზი კეთილსაიმელო ყველა შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სიმსუქნის დროს სხეულის მასის ნორმალიზაცია
- ბ) სისხლის წნევის ნორმალიზაცია
- გ) ინფექციების კერების ლიკვიდაცია
- დ) მენსტრუალური ციკლის ნორმალიზაცია
- *ე) ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა

185. აკრომეგალიის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს არ მიეკუთვნება:

- ა) სომატოტროპინომა
- ბ) ჰიპოფიზის სომატოტროპული სიმსივნე
- გ) ჰიპოთალამუსის სიმსივნე
- დ) ქალა-გეინის გრაფმა
- *ე) ტუბერკულოზური მენინგიტი

186. სომატოტროპული ჰორმონი განაპირობებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სხეულის სიმაღლეშიზრდა
- ბ) ქსოვილებისა და ორგანოების ზომების მომაგება
- გ) ცილის სინთეზის სტიმულირება
- *დ) ცხიმების სინთეზის სტიმულირება
- ე) ლიპოლიზის გაძლიერება

187. სომატოტროპული ჰორმონის სეკრეციას არ აძლიერებს:

- *ა) სომატოსტატინი
- ბ) აღრენალინი
- გ) სეროტონინი
- დ) სომატოლიბერინი
- ე) ძილი

188. სომატოტროპული ჰორმონის სეკრეციას თრგუნავს:

- ა) სტრესი
- ბ) ძილი
- გ) ფიზიკური მუშაობა
- *დ) ჰიპერგლიკემია
- ე) ჰიპოგლიკემია

189. სომატოტროპული ჰორმონისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ეფექტი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ლიპოლიზის სტიმულირება
- ბ) ცხიმის მამობილიზებული
- გ) ცილების ანაბოლიზმის სტიმულირება
- *დ) ცილების კატაბოლიზმის სტიმულირება
- ე) თირკმლის მილაკებში ფოსფორის იონების რეაბსორბციის პროცესის დარღვევა

190. სისხლში სომატომედი C-ს დონის დაქვეითება ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) შიმშილობა
- ბ) არასაკმარისი კვება
- გ) ქრონიკული ჰეპატიტი
- დ) თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა

*ე) ორსულობა

191. სომატომედინ ჩ -ს დონე სისხლში მაგულობს ისეთ შემთხვევაში, როგორცაა:

*ა) ორსულობა

ბ) ნაწლავებიდან შეწოვის მოშლა

გ) ღვიძლის ციროზი

დ) გულის თანდაყოლილი მანკი

ე) ურემია

192. სომატოლიბერინის მოქმედების პოტენცირებას იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ღექსამეგაზონი

ბ) პროსტაგლანდინები

*გ) კალციტონინი

დ) ტრიიოდთირონინი

ე) თიროქსინი

193. სომატოსტატინი შესაძლოა აღმოეჩინოთ ყველგან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ჰიპოთალამუსის ბირთვები

ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ეპითელიუმი

გ) ეპიფიზი

*დ) საკვერცხეები

ე) კუჭქვეშა ჯირკვლის დელტა უჯრედები

194. პათოლოგანატომიური ცვლილებები აკრომეგალიის დროს გამოიხატება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ჰიპოფიზის აღენომა

ბ) ჰიპოფიზის წინა წილის უჯრედების დიფუზური ჰიპერპლაზია

გ) ჩონჩხის ძვლების, სახსრების, ხრტილების, კაპსულების და მყესების გამსხვილება

დ) ენდოკრინული ჯირკვლების ჰიპერტროფია და ჰიპერპლაზია

*ე) შინაგანი ორგანოების ჰიპერტროფიის არ არსებობა

195. აკრომეგალიის აქტიური სტადიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ოფლიანობა

ბ) ართროპათია

გ) შემუშება

დ) რბილი ქსოვილების ჰიპერტროფია

*ე) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება

196. ჰიპოფიზის სიმსივნის სუპრასელარული მრდის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

*ა) თვალის სიმპტომატიკის არ არსებობა

ბ) ჰემიანოფსია

გ) ბიგემპორალური ჰემიანოფსია

დ) მხედველობის ნერვის ატროფია

ე) სიბრძავე

197. აკრომეგალიის აქტიური სტადიისათვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) ნახშირწყლოვანი ცვლის ღარღვევა

ბ) სისხლში სომატომედინ C-ს მომაგება

გ) სისხლში სომატოტროპინის მომაგება

*დ) არათორგანული ფოსფორის შემცირება სისხლში

ე) არათორგანული ფოსფორის მომაგება სისხლში

198. აკრომეგალიის აქტიურ სტადიაში გლუკოზით დატვირთვის ტესტის დროს სომატოტროპული ჰორმონის კონცენტრაციის ცვლილება სისხლში ბაზალურ ღონესთან შედარებით შესაძლოა იყოს როგორც: 1.ზომიერი მომაგება 2.მკვეთი მომაგება 3.უცვლელი 4.მკვეთი დაქვეითება 5. უმნიშვნელო დაქვეითება

*ა) 1., 3., 5.

ბ) 2., 4., 5.

გ) 1., 2., 4.

დ) 1., 2., 3.

ე) 3.,4.,5.

199. აკრომეგალიის აქტიურ სტადიაში ინსულინით ტესტის დროს სომატოტროპული ჰორმონის კონცენტრაციის ცვლილება სისხლში ბაზალურ ღონესთან შედარებით შესაძლოა იყოს როგორც: 1.პარადოქსული 2.აქრომაგული 3.არეაქტიული 4.გაღლისებური 5.

ჰიპორეაქტიული

*ა) 1., 3., 5.

ბ) 2., 4., 5.

გ) 1., 2., 4.

დ) 1., 2., 3.

ე) 3.,4.,5.

200. აკრომეგალიის აქტიურ სტადიაში თიროლიბერინის გესგის დროს სომატოტროპული ჰორმონის კონცენტრაციის ცვლილება სისხლში ბაზალურ დონესთან შედარებით შესაძლოა იყოს:

- ა) ზომიერი მომაგება
- *ბ) მკვეთრი მომაგება
- გ) უცვლელი
- დ) მკვეთრი დაქვეითება
- ე) უმნიშვნელო დაქვეითება

201. აკრომეგალიის აქტიურ სტადიაში სომატოლიბერინით დაგვირთვის გესგის დროს სომატოტროპული ჰორმონის კონცენტრაციის ცვლილება სისხლში ბაზალურ დონესთან შედარებით შესაძლოა იყოს როგორც:

- ა) ზომიერი მომაგება
- *ბ) მკვეთრი მომაგება
- გ) უცვლელი
- დ) მკვეთრი დაქვეითება
- ე) უმნიშვნელო დაქვეითება

202. თავის ქალას რენგენოლოგიური გამოკვლევა მაკროსომატოტროპინომის დროს გამოაუყენეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ცვლილებას, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თურქული კეხის ზომების გაზრდა
- ბ) თურქული კეხის ორკონტურიანობა
- გ) თურქული კეხის კედლების ოსტეოპოროზი
- დ) ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია
- *ე) სიმსივნის ბეწოლის შედეგად თურქული კეხის აგროფია და მისი ზომების შემცირება

203. აკრომეგალიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გარდებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პაქიდერმოპერიოსტომის სინდრომი
- *ბ) იდიოპათიური შეშუპება
- გ) პეჯეტის დაავადება
- დ) ჰიპოთირეოზი
- ე) ფილტვის ბრონქოგენული სიმსივნე, სომატოტროპული ჰორმონის ექტოპიური პროდუქციით

204. ჰიპოფიზის აღენომის არსებობისას აკრომეგალიის აქტიური სტადიის მკურნალობა შესაძლოა გარდებოდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) მხოლოდ სიმპტომატური თერაპია
- ბ) სხივური თერაპია ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარულ მიდამოში (ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების არ არსებობის შემთხვევაში)
- გ) ოპერაციული ჩარევა
- დ) სომატოსტატინით თერაპია
- ე) თერაპია ბრომკრიპტინით

205. ჰიპოფიზექტომია ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობა
- ბ) ჰიპოფიზის სიმსივნის ზომების პროგრესული მაგება
- გ) ჰიპოფიზის მაკრო-აღენომის არსებობა
- *დ) ზრდის ჰორმონის მაღალი დონე სისხლის პლაზმაში
- ე) სიბრმავის საშიშროება

206. სხივური თერაპია აკრომეგალიის დროს ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ქირურგიული მკურნალობის წინააღმდეგ ჩვენებების არსებობა
- ბ) წინამორბედი ქირურგიული მკურნალობის არაეფექტურობა
- გ) ჰიპოფიზის მიკროაღენომის არსებობა
- დ) მაკროაღენომა არაინვაზიური ენდოსელარული ზრდით
- *ე) მაკროაღენომა სუპრასელარული ინვაზიური ხასიათის ზრდით და მხედველობის ნერვთა ჯვარედინზე კომპრესიით

207. აკრომეგალიის დროს გამოიყენება სხივური თერაპიის სხვა და სხვა ვარიანტები, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) რენგენოთერაპია
- ბ) გელეგამათერაპია
- *გ) ულტრაბგერითი დასხივება
- დ) რადიოაქტიური იგრიუმის იმპლანტაცია ჰიპოფიზში
- ე) რადიოაქტიური ოქროს იმპლანტაცია ჰიპოფიზში

208. ბრომკრიპტინი განაპირობებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ხასიათის ცვლილებებს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰიპოთალამუსის დოფამინური რეცეპტორების სტიმულაცია
- *ბ) სომატოტროპული ჰორმონის სინთეზის შემცირება
- გ) სომატოტროპინომის ზომების შემცირება
- დ) სეროტონინის გამოყოფის შემცირება
- ე) ჰიპოფიზის დოფამინური რეცეპტორების სტიმულაცია

209. აკრომეგალიით დაავადებულებში სომატოტროპინის ბაზალური ღონის სხვადასხვა ხარისხით მომატება აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევებში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სგრესი
- *ბ) პარლოდელის მიღება მიღება
- გ) ფიზიკური დატვირთვა
- დ) ხანგრძლივი შიმშილი
- ე) სომატოტროპინომის ფუნქციური აქტიობის გაძლიერება

210. ბრომკრიპტინის დანიშვნა არ იწვევს:

- *ა) სისხლის წნევის მომატებას
- ბ) სისხლის წნევის შემცირებას
- გ) გლიკემიის შემცირებას
- დ) დისპეფსიური მოვლენებს
- ე) ალერგიული რეაქციებს

211. სომატოტროპინი არ აფერხებს

- ა) სომატოტროპული ჰორმონის სეკრეციას
- ბ) თირეოიდული ჰორმონების სეკრეციას
- გ) ინსულინის სეკრეციას
- დ) პროლაქტინის სეკრეციას
- *ე) ესტროგენების სეკრეციას

212. აკრომეგალიის აქტიურ სტადიაში ბრომკრიპტინის დოზა შეადგენს:

- ა) 1,5 მგ
- ბ) 2,5 მგ
- გ) 5 მგ
- დ) 7,5 მგ
- *ე) 10 მგ და მეტს

213. ჰიპოფიზის სიმსივნისა და აკრომეგალიის მქონე ავადმყოფებზე დისპანსერული მეთვალყურეობის დროს ყურადღება ექცევა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კლინიკური სიმპტომატიკის ცვლილების დინამიკა
- ბ) ოფთალმოლოგიური გამოკვლევების მონაცემები
- გ) ნევროლოგიური გამოკვლევების შედეგები
- დ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევების შედეგები
- *ე) ლექსამეტამონის ცდის ჩატარება

214. აკრომეგალიის დროს ინვალიდობის დადგენისათვის გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) სომატოტროპული ჰორმონის დონე
- ბ) ადენომის არსებობა
- გ) დაავადების ოფთალმოლოგიური გამოვლინებები
- დ) ჰიპოფიზზე ქირურგიული ჩარევა
- ე) საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევები

215. სიმონლს-შიენის სინდრომის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს არ მიეკუთვნება:

- ა) ჰიპოფიზის სიმსივნე
- ბ) ჰიპოთალამუსის სიმსივნე
- გ) ნეიროინფექცია
- დ) თავის ქალას ტრავმები
- *ე) სგრესები

216. სიმონლს-შიენის სინდრომის ეტიოლოგიური ფაქტორი შესაძლოა იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ხანგრძლივი შიმშილი
- ბ) სისხლჩაქცევა ადენოჰიპოფიზში
- გ) ჰიპოფიზის ნეკროზი
- დ) მშობიარობისა და/ან აბორტის დროს ძლიერი სისხლდენა
- ე) ჰიპოფიზექტომია

217. სიმონლს-შიენის სინდრომი შესაძლოა განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მიზეზით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სეფსისი
- ბ) ჰიპოფიზის სისხლძარღვების თრომბოემბოლია
- გ) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარული არის სხივური თერაპია
- *დ) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა
- ე) გრანულომატოზური დაავადებები

218. სიმონლსის სინდრომის დროს შესაძლოა გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის დაქვეითება
- ბ) აკტჰ-ს სეკრეციის დაქვეითება
- *გ) აკტჰ-ს სეკრეციის მომატება
- დ) ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის სეკრეციის დაქვეითება
- ე) მალუთეინიზირებელი ჰორმონის დაქვეითება

219. სიმონდსის სინდრომის დროს პათოლოგიური ცვლილებები შესაძლოა გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ჰიპერტროფული პროცესები ყველა ქსოვილსა და ორგანოში
- ბ) სისხლჩაქცევები, ნეკროზები და ანთებითი პროცესები ჰიპოფიზის წინა წილში
- გ) სისხლჩაქცევები, ნეკროზები და ანთებითი პროცესები ჰიპოთალამუსში
- დ) ატროფიულ პროცესებს ყველა ქსოვილსა და ორგანოში
- ე) ჰიპოფიზის სიმსივნე

220. ავადმყოფები სიმონდსის სინდრომის დროს უჩივიან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მზარდი სისუსტე
- ბ) აპათია
- *გ) ბულემია
- დ) სახის და კიდურების შეშუპება
- ე) გახლობა

221. სიმონდსის სინდრომის დროს ავადმყოფები აღნიშნავენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ჩივილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) უძაღობა
- *ბ) ემოციური აგზნებალობის მომატება
- გ) მცივანობა
- დ) ძილიანობა
- ე) სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა

222. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სპლანქტომიკრია
- ბ) ბრადიკარდია
- გ) არტერიული ჰიპოტენზია
- დ) ილიის ფოსოებზე და ბოქვენზე თმების არარსებობა
- *ე) ჰიპერჰიდროზი

223. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კბილების დაბალი ვოლტაჟი
- ბ) ბრადიკარდია
- გ) მთოკარდიუმის დისტროფიული ცვლილებები
- *დ) ტაქიკარდია
- ე) მ-თ სეგმენტის დეპრესია

224. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი დარღვევა საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ, გარდა:

- ა) გულსრევა, პირღებინება
- *ბ) კუჭის სეკრეციის გაძლიერება
- გ) ნაწლავების ატონია
- დ) კუჭის სეკრეციის შემცირება
- ე) კუჭუკანა ჯირკვლის გარესეკრეტორული ფუნქციის დაქვეითება

225. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი, ნერვული და ფსიქიური სფეროს დარღვევები, გარდა:

- ა) დეპრესია
- ბ) ძილიანობა
- გ) მძიმე ფორმის აპათია
- დ) მოღუნება
- *ე) მომატებული ადგმნებალობა

226. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება შემდეგი ენდოკრინული ჯირკვლების მხრივ დარღვევები, გარდა:

- *ა) ფარისებრი ახლო ჯირკვლების
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის
- დ) სასქესო ჯირკვლების
- ე) ჰიპოფიზის

227. სიმონდსის სინდრომის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევები ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კანის სიმშრალე
- ბ) ბრადიკარდია

- *გ) ტაქტიკარდია
- დ) ყაბზობა
- ე) ჰიპოთერმია

228. სიმონდსის სინდრომის დროს სასქესო ფუნქციის დარღვევები ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
- *ბ) ჰიპერტრიქოზი
- გ) მეორადი სასქესო ნიშნების უკუგანვითარება
- დ) იმპოტენცია მამაკაცებში
- ე) ლიბიდოს დაქვეითება

229. სიმონდსის სინდრომის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციონალური დარღვევები ვლინდება შემდეგში, გარდა:

- ა) აღინაშნა
- ბ) არტერიული ჰიპოტენზია
- გ) ჰიპოგლიკემიისადმი მიდრეკილება
- *დ) წონაში მატება
- ე) გულისრევა, პირღებინება

230. შიენის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღაზადების განვითარება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება
- გ) კახექსია
- დ) სქესობრივი ფუნქციის დაქვეითება
- *ე) ჰიპერკორტიზმი

231. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კომის განვითარება შეიძლება განპირობებული იყოს ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფიზიკური ტრავმა
- *ბ) კორტიკოსტეროიდების მიღება
- გ) ფსიქიური ტრავმა
- დ) ქირურგიული ოპერაცია
- ე) სტრესული სიტუაცია

232. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კრიზისის ჰიპოთირეოიდული ვარიანტი ვლინდება ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა:

- ა) ძილიანობა
- ბ) ჰიპოთერმია
- გ) ბრადიკარდია
- *დ) ტაქტიკარდია
- ე) ჰიპოტენზია

233. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კრიზისის ჰიპოგლიკემიური ვარიანტი შეიძლება გამოვლინდეს ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) სისხლში შაქრის მომატება
- ბ) ფსიქიური აგზნებალობა
- გ) მოტორული აგზნებალობა
- დ) სისხლში გლუკოზის დონის მკვეთრი დაქვეითება
- ე) ოფლიანობა

234. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კომის დროს სისხლში ვლინდება ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) აღენოკორტიკოტროპული ჰორმონის დაბალი ციფრები
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი
- *გ) აღენოკორტიკოტროპული ჰორმონის მაღალი ციფრები
- დ) კორტიზოლის დაბალი დონე სისხლში
- ე) სომატოტროპული ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი

235. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მწვავე უკმარისობის განვითარება შეიძლება გამოწვეულ იქნას ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ფიზიკური ტრავმა
- ბ) ფსიქიური ტრავმა
- გ) ოპერაცია
- დ) სტრესი
- *ე) კორტიკოსტეროიდების მიღება

236. სიმონდსის სინდრომის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებები, გარდა:

- ა) ნორმოქრომული და ჰიპოქრომული ანემია
- *ბ) ჰიპოკალიემია
- გ) ზომიერი ეოზინოფილია

- დ) ლეიკოპენია
- ე) ჰიპონატრიემია

237. ჰიპოპიგუიტიზმის დროს ჰორმონალური პროფილის გამოკვლევა ავლენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი
- გ) ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი
- *დ) ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონის მომატება სისხლში
- ე) მალუტეინიზირებული ჰორმონის დაბალი მაჩვენებელი

238. ჰიპოფიზის სიმსივნური დაზიანების შედეგად განვითარებული სიმონდსის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თავის ტვინი
- *ბ) კანქვეშა ცხიმის ცენტროპეგალური გადანაწილება
- გ) ბიგემორალური ჰემიანოფსია
- დ) მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება
- ე) ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ დარღვევები (თერმორეგულაციის დარღვევა, ძილიანობა, და ა.შ.)

239. ჰიპოპიგუიტიზმი ქალებში ვლინდება ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) გიგანტომასტია
- ბ) თმის ცვენა ბოქვენსა და ილღებში
- გ) შიგნითა სასქესო ორგანოების ატროფია
- დ) მენსტრუალური ციკლის დარღვევები
- ე) ლიბილოს დაქვეითება

240. გონადოტროპინების სეკრეციის დაქვეითებას მამაკაცებში თან სდევს ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) სისხლის შრატის ინსულინის ბაზალური დონის დაქვეითება
- ბ) ლიბილოს და პოტენციის დაქვეითება
- გ) სმენის დაქვეითება
- დ) სათესლე ჯირკვლების ზომიერებაში შემცირება
- ე) თმის ცვენა სახისა და ილღების მიდამოში

241. ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმის დიაგნოსტიკისათვის იხმარება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდი, გარდა:

- ა) გონადოტროპინების დონის განსაზღვრა სისხლში
- ბ) სასქესო ჰორმონების განსაზღვრა სისხლში
- გ) სასქესო ჰორმონების ექსკრეციის განსაზღვრა შარდში
- *დ) სინაქტენის ცლა

242. მეორადი ჰიპოთირეოზმის დიაგნოსტიკისათვის იხმარება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდები, გარდა:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა სისხლის შრატში
- ბ) თირეოიდეული ჰორმონების განსაზღვრა სისხლში
- გ) თირეოტროპული ჰორმონით ცლა
- *დ) მეტაპირონის ცლა
- ე) თიროლიბერინის ცლა

243. ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სეკრეციის უკმარისობა დასტურდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონის და კორტიზოლის დონე სისხლის შრატში
- ბ) სინაქტენის ცლა
- გ) კორტიკოსტეროიდების რაოდენობა შარდში
- დ) მეტაპირონის ცლა
- *ე) თიროლიბერინის ცლა

244. აუტოიმუნური პოლიენდოკრინული სინდრომის მეორე ტიპისათვის (შმიდტის სინდრომი) დამახასიათებელია ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიფუზური ტოქსიური ჩიყვი
- ბ) ქრონიკული ლიმფოციტური თირეოიდიტი
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის პირველადი უკმარისობა
- *დ) ჰიპოპიგუიტიზმი
- ე) შაქრიანი დიაბეტი

245. პირველადი ჰიპოთირეოზმისათვის მეორადისაგან განსხვავებით დამახასიათებელია ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის დონის მომატება სისხლში
- *ბ) თირეოტროპული ჰორმონის დონის დაქვეითება სისხლში
- გ) თირეოტროპინით ცდის ჩატარებისას, თ3 და თ4-ის დონე არ მაგულობს
- დ) თიროლიბერინის ტესტის დროს მკვეთრად მაგულობს თირეოტროპული ჰორმონის დონე
- ე) თირეოტროპინით ტესტის დროს არ მაგულობს ფარისებრ ჯირკვალში რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის ინტენსიობა

246. ჰიპოპიგუიტიზმის დიფერენციული დიაგნოსტიკა აუცილებელია შემდეგ დაავადებებთან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ალიმენტარული დისკროფია
- ბ) საკვერცხეების ფუნქციის პირველადი უკმარისობა
- *გ) თირეოტიკოსიკოზი
- დ) სიმსივნური პროცესების ფონზე განვითარებული კახექსია
- ე) ნევროგენული ანორექსია

247. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარული უკმარისობის დროს შენაცვლებითი თერაპია შეიცავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ საშუალებების გამოყენებას, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ინსულინი
- ბ) კორტიკოსტეროიდები
- გ) სასქესო ჰორმონების პრეპარატები
- დ) გონადოტროპული ჰორმონების პრეპარატები
- ე) თირეოიდული ჰორმონების პრეპარატები

248. ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კომის მკურნალობის დროს იხმარება ყოველივე ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) 100-150 მგ ჰიდროკორტიზონის შეყვანა ინტრავენურად
- ბ) 5%-იანი გლუკოზის შეყვანა ინტრავენურად 300 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად
- გ) ჰიპოქსიის თავიდან აცილება
- *დ) გრიოლთირონინის და კორტიკოსტეროიდების ერთდროული შეყვანა ინტრავენურად
- ე) თირეოიდული პრეპარატებით მკურნალობა, გლუკოკორტიკოიდებით მკურნალობის დაწყებიდან 12-24 სT-ის შემდეგ

249. ჰიპოპიგუიტარული კრიზის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კრიზის განვითარებასწინ უძღვის მდგომარეობის თანდათან დამძიმება
- ბ) კრიზისათვის დამახასიათებელია ავადმყოფის კანის სიფერმკრთალე, პასტოზურობა
- *გ) ჰიპოპიგუიტარულ კრიზის თან ახლავს ჰიპერტონული კრიზისის მოვლენები
- დ) სუნთქვა გაიშვიათებულია, კომის დროს შესაძლოა განვითარდეს ჩეინ-სტოქსის ან ბიოგის სუნთქვა
- ე) ლათერგუნულია მყესთა რეფლექსები, ზოგჯერ აღინიშნება კრუნჩხვები

250. ავადმყოფები ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური უკმარისობის დროს აღექვამური თერაპიის გარეშე შესაძლოა დაიკუნონ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გართულებების შედეგად, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების მწვავე უკმარისობა
- ბ) ჰიპოთირეოიდული კომა
- გ) გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა
- დ) თანმხლები მწვავე ინფექცია
- *ე) გონადოტროპული უკმარისობა

251. ლაქტორეა-ამინორიის ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილთაგანი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პროლაქტინომა
- ბ) ჰიპოფიზის შერეული აღენომა
- გ) ჰიპოთალამუსის სიმსივნე
- დ) ნეიროინფექციები
- *ე) მეორადი ჰიპოთირეოზი

252. ჰიპოფიზის ენდოკრინულად აქტიურ აღენომებს მიეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პროლაქტინომა
- ბ) სომატოტროპინომა
- *გ) გლიომა
- დ) კორტიკოტროპინომა
- ე) სომატომაიმოტროპინომა

253. ინტრაკრანული დარღვევები, რომლებიც იწვევენ გალაქტორეას, შეიძლება განპირობებული იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) თავის ტვინის სისხლძარღვების სპაზმი
- ბ) ჰიპოფიზის სიმსივნეები
- გ) თავის ტვინის სიმსივნეებით, რომლებიც იწვევენ ჰიპოთალამურ დარღვევებს
- დ) ცერებრალური ტრავმები
- ე) ნეიროინფექციები

254. ჰიპერპროლაქტინემია იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის შემცირება სისხლში
- *ბ) ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის მომაგება სისხლში
- გ) მალუგინიზირებელი ჰორმონის შემცირება სისხლში
- დ) ლაქტორეა
- ე) ამენორეა

255. პროლაქტინის სეკრეციის ფიზიოლოგიური სტიმულატორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ლოფამინი
- ბ) თიროლიბერინი

- გ) სეროტონინი
- დ) პროსტაგლანდინები
- ე) ესტროგენები

256. ჰიპერპროლაქტინემია შეიძლება განპირობებული იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ლოკალური სტიმულებით, გარდა:

- ა) ძუძუს ღვრილის გაღიზიანება
- ბ) სარძევე ჯირკვლის სიმსივნე
- *გ) ფურუნკულოზი
- დ) გულმკერდის მიღამოს დაზიანება ჰერპეს-ზოსტერის გამო
- ე) გულმკერდის დაზიანებები

257. პროლაქტინის ფიზიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ბლოკატორებია:

- *ა) ლოპამინი
- ბ) სტრესი
- გ) ხანგრძლივი შიმშილი
- დ) ფიზიკური დატვირთვა
- ე) თიროლიბერინი

258. პათომორფოლოგიურად ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) საშვილოსნოს ატროფია
- ბ) საკვერცხეების ატროფია
- გ) არაიშვიათად ჰიპოფიზის ქრომოფობული აღენომის არსებობა
- *დ) თირკმელზედა ჯირკვლის აღენომა
- ე) საკვერცხეების პოლიკისტოზი

259. ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰიპერტროფიზი
- ბ) უმეილობა
- გ) სხეულის ჭარბი წონა
- *დ) არტერიული წნევის მაგება
- ე) გალაქტორეა

260. ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სარძევე ჯირკვლებიდან სხვა და სხვა ინტენსიობის გამონაღენის არსებობა
- ბ) საშვილოსნოს ჰიპოპლაზია
- *გ) ლიბიდოს გაძლიერება
- დ) უარყოფითი "გუგის" სიმპტომი
- ე) ჭარბთმეიანობა

261. ჰიპერპროლაქტინემიური სინდრომის არამკაფიოდ გამოხატული (ე.წ. წაშლილი ფორმები) ფორმები შეიძლება გამოიხატებოდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მხოლოდ გალაქტორეა
- ბ) მხოლოდ ამენორეა
- გ) პერსისტირებული გალაქტორეა
- დ) მენსტრუალური ციკლის დარღვევები
- *ე) ბაზალური პროლაქტინის მომაგებული ციფრები სისხლში

262. ჰიპოფიზის ჰორმონულად არააქტიური აღენომის დროს შეიძლება თავი იჩინოს ყველა გართულებებმა, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ბიგემორალური ჰემიანოფსია
- *ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერება
- გ) ჰიპოპიგუიტარიზმი
- დ) სიმსივნის მიერ ჰიპოთალამუსის კომპრესია
- ე) მწვავე სისხლჩაქცევა სიმსივნეში

263. ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომის დროს მამრობითი სქესის ავადმყოფებში დამახასიათებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებების არსებობა, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითება
- ბ) დილის სპონტანური ერექციების უქონლობა ან დათრგუნვა
- *გ) უშაქრო დიაბეტისთვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის ჩამოყალიბება
- დ) ჰიპოგონადიზმი
- ე) უნაყოფობა

264. პროლაქტინომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პროლაქტინის მაღალი დონე სისხლში
- ბ) სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზის მხრივ არსებითი ხასიათის ცვლილებების არ არსებობა
- *გ) თიროლიბერინის ტესტის დროს პროლაქტინის დონის მკვეთრად მომაგება საწყის დონესთან შედარებით
- დ) მეტოკლოპრამიდის (ცერუკალის) ტესტის დროს პროლაქტინის დონის უმნიშვნელო მომაგება საწყის დონესთან შედარებით

ე) თურქული კეხის მხრივ რენგგენოლოგიური ცვლილებების არსებობა მაკროპროლაქტინომის არსებობის შემთხვევაში

265. ლაქტორეა-ამინორეის სინდრომის დროს ატარებენ შემდეგ ცვლებს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მეტოკლოპრამიდის(ცერუკალი) ტესტი
- ბ) თიროლიბერინის ტესტი
- გ) პარლოლელის ტესტი
- *დ) ინსულინის ტესტი

266. ლაქტორეა შეიძლება აღენიშნებოდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების დროს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პროლაქტინის მაპროლუცირებელი არაჰიპოფიზური ლოკალიზაციის სიმსივნეები
- *ბ) სომატოსტაგინომა
- გ) პირველადი ჰიპოთირეოზი
- დ) აკრომეგალია
- ე) შტეინ-ლევენგალის სინდრომი

267. იატროგენური გალაქტორეა შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატების ზეგავლენით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ნეიროლეპტიკები
- ბ) ანტიდეპრესანტები
- გ) რემედიანი
- დ) პერორალური კონტრაცეპტივები
- *ე) თირეოიდული ჰორმონების პრეპარატები

268. იატროგენური გალაქტორეა შეიძლება განვითარდეს ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატების ხანგრძლივი მიღების შედეგად, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცერუკალი, რეგლანი
- *ბ) კორტიკოსტეროიდები
- გ) დოპეგიტი
- დ) ალკოჰოლი
- ე) ნარკოტიკები

269. პროლაქტინის ექტოპირებული პროლუქცია აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი დაავადებების დროს, გარდა:

- ა) ბრონქოგენური კარცინომა
- ბ) ჰიპერნეფრომა
- გ) საკვერცხეების სიმსივნეები
- *დ) კუჭის კიბო
- ე) ქორიონკარცინომა

270. ჰიპერპროლაქტინემია შეიძლება ვლინდებოდეს ყველა ჩამოთვლილი დაავადებების დროს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ფეოქრომოციტომა
- ბ) თირკმლის დაავადებები
- გ) ნელსონის სინდრომი
- დ) იცენკო-კუშინკის დაავადება
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქცია

271. ჰიპერპროლაქტინემიამ მამაკაცებში შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ლიბიდოს დაქვეითება
- ბ) პოტენციის დაქვეითება
- *გ) სპერმატოგენეზის აქტივაცია
- დ) გინეკომასტია
- ე) უშვილობა

272. ჰიპერპროლაქტინემიის სინდრომის ეტიოლოგიური მკურნალობის მიზნით სათანადო ჩვენებების არსებობისას გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური ზონის ანთებითი პროცესების (მაგალითად, ბაზალური არაქნოიდიტის) მკურნალობა
- ბ) პირველადი ჰიპოთირეოზის მკურნალობა
- *გ) სტრეპტოზოტოცინის 5% ხსნარის ინტრავენური ინექციები დღეგამოშვებით.
- დ) პროლაქტინმასტიმულეზი მუდმივად მკურნალობის შეწყვეტა
- ე) პროლაქტინის მაპროლუცირებელი ექტოპიური სიმსივნის ქირურგიული მოცილება

273. პარლოლელის სადღე-ღამისო დოზა გალაქტორეა-ამინორეის სინდრომის დროს უნდა იყოს შეადგენს:

- ა) 0.5-1.5 მგ
- ბ) 1.5-2.0 მგ
- *გ) 2.5-5.0 მგ
- დ) 5.0-7.5 მგ
- ე) 7.5-10.0 მგ

274. პროლაქტინის სერუმის სადღე-ღამისო რითმის გათვალისწინებით პარლოლელის ძირითადი დოზა ინიშნება:

- ა) საუბრის შემდეგ
- ბ) სადილის შემდეგ
- გ) სამხარის შემდეგ
- დ) ვახშამის შემდეგ
- *ე) ძილის წინ

275. პარლოლელით მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) არტერიული წნევის მომაგება
- ბ) არტერიული წნევის დაქვეითება
- გ) კანის ალერგიული რეაქცია
- დ) ლისპეპსიური მოვლენები
- ე) გლიკემიის დაქვეითება

276. ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებაა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) არაჰიპოფიზური სიმსივნის არსებობა პროლაქტინის ექტოპიური პროდუქციით
- ბ) პროლაქტინომა პროგრესირებადი ზრდით
- გ) ოფთალმოლოგიური დარღვევები (მხედველობის ველის შევიწროება)
- *დ) პროლაქტინის მომაგება სისხლში
- ე) მიკროპროლაქტინემიის დროს კონსერვატული თერაპიის არაეფექტურობა

277. პროლაქტინომის დროს ინვაზიური მკურნალობის ჩვენებების არარსებობისას ყველაზე მეტად მიზანშეწონილია სხივური თერაპიის შემდეგი ვარიანტი:

- ა) რენტგენოთერაპია
- ბ) ტელეგამათერაპია
- *გ) პროტონოთერაპია
- დ) რადიოაქტიური იგრიუმის იმპლანტაცია ჰიპოფიზში
- ე) რადიოაქტიური ოქროს იმპლანტაცია ჰიპოფიზში

278. პროლაქტინომის გამო ავადმყოფთა ლისპანსერვიზაციის პროცესში საჭიროა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სპეციალისტების მონაწილეობა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გინეკოლოგი
- ბ) ოკულისტი
- *გ) ნეფროლოგი
- დ) ენდოკრინოლოგი
- ე) ნეიროქირურგი

279. სიკვდილის მიზეზი პროლაქტინომის დროს შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური კომა
- ბ) თავის ტვინის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ცენტრებზე სიმსივნის ზეწოლა
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა
- *დ) ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის ამოვარდნა
- ე) თრომბოემბოლია

280. სიმსივნური გენეზის ლაქტორეა-ამენორეის სინდრომის დროს ინვალიდობა დგინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) მყარი მაღალი ჰიპერპროლაქტინემია
- ბ) მხედველობის პროგრესირებადი ხასიათის გაუარესება
- გ) ინოპერაბელური შემთხვევები
- დ) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური უკმარისობის სიმფტომატიკის გაძლიერება
- ე) ჰიპოკორტიციზმის გამომჟღავნება

281. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფია ბავშვებში ვლინდება შემდეგ ასაკში (წლები) :

- ა) 1-2
- ბ) 3-4
- გ) 5-6
- დ) 7-10
- *ე) 10 და მეტი

282. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად მიჩნეულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური მიდამოს ინფექციური გენეზის დაზიანება
- ბ) სამშობიარო ტრავმა
- გ) ჰიპოთალამუსის სიმსივნური დაზიანება
- *დ) სიმსუქნე
- ე) თავის ტვინის ტრავმა

283. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის პათოგენეზი განპირობებულია ისეთი მექანიზმით, როგორცაა:

- *ა) ჰიპოთალამუსის ბირთვების დაზიანება

- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის დაზიანება
- გ) გონალების პირველადი დაზიანება
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის პირველადი დაზიანება
- ე) ფარისებრახლო ჯირკვლების პირველადი დაზიანება

284. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფია მამრობითი სქესის ავადმყოფებში ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) გართა სასქესო ორგანოების ჰიპერპიგმენტაცია
- ბ) პროგრესირებადი სიმსუქნე
- გ) სასქესო ორგანოების მკვეთრი ჰიპოპლაზია
- დ) თმისარსებობა სახეზე და სხეულზე
- ე) კრიპტორქიზმის შემთხვევების მაღალი სიხშირე

285. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა ჩატარდეს შემდეგ ღვაწლებთან, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სიმსუქნის ეკზოგენურ-შთამომავლობითი ფორმა
- ბ) იცენკო-კუშინგის სინდრომი
- გ) ლორენს-მუნ-ბარდე-ბილლის სინდრომი
- დ) მორგანი-სტიუარტ-მორელის სინდრომი
- *ე) სიმონდს-შიენის სინდრომი

286. ლორენს-მუნ-ბარდე-ბილლის სინდრომი ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიისაგან განსხვავებით ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ინტელექტუალური განვითარების მძიმე ფორმის ჩამორჩენა
- ბ) პიგმენტური რეგნიტი
- *გ) ინტელექტუალური განვითარების ზომიერი შეფერხება
- დ) არაიშვიათად პოლიდაქტილია
- ე) სინდაქტილია

287. იცენკო-კუშინგის სინდრომი ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიისაგან განსხვავებით ხასიათდება შემდეგი ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცხიმის არჩევითი გადახანწილება
- ბ) მხრების, ბარძაყის და მუცლის კანზე მოიხფრო სტრიების გაჩენა
- გ) მაღალი არტერიული წნევა
- *დ) ოსტეოპოროზის არ არსებობა
- ე) ოსტეოპოროზი

288. მორგანი-სტიუარტ-მორელის სინდრომი ადიპოზოგენიტალური ლისტროფიისაგან განსხვავებით ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღვაწლების მაღალი სიხშირე ქალებში, მამაკაცებთან შედარებით
- *ბ) არტერიული ჰიპერტონიის არარსებობა
- გ) არტერიული ჰიპერტონიის არსებობა
- დ) ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევების მაღალი სიხშირე
- ე) შუბლის ძვლის შიდა ფირფიცის გასქელება

289. კლაინფელტერის სინდრომისათვის ადიპოზოგენიტალური ლისტროფიისაგან განსხვავებით დამახასიათებელია შემდეგი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სხეულის ნორმალური ან ოდნავ მომაგებული მასა
- ბ) ხშირად ჩვეულებრივი ზომის სასქესო ასო
- გ) დაღებითი სასქესო ქრომატინი
- *დ) სასქესო ქრომატინი უარყოფითია
- ე) მაღალი ტანი, არაპროპორციულად გრძელი კიდურებით

290. შერეულესკი-გერნერის სინდრომი დგინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მოკლე კისერი ფრთისებური კანის ნაკეცებით
- ბ) ყურის ნიჟარების დაბალი მდებარეობა დაბალი სიმაღლით
- გ) სასქესო ქრომატინის არ არსებობა
- დ) კარიოტიპი 45-XO
- *ე) კარიოტიპი 47-XXY

291. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის დროს სიმსუქნის კომპლექსური მკურნალობისათვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალებანი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ანორექსიგენული პრეპარატები თუნდაც ბულიმიის არ არსებობისას
- ბ) დიეტა ნახშირწყლებისა და ცხიმების რაოდენობის შემღვდვით
- გ) ფიზიკური ვარჯიშები
- დ) წყლის პროცედურები
- ე) ანორექსიგენული პრეპარატები ბულიმიის არსებობის დროს

292. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის დროს სხვა და სხვა სახის ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- * ა) უმნიშვნელოდ გამოხატული გინეკომასტია
- ბ) ჰიპოფიზის ადენომა
- გ) კრანოფარინგიომა
- დ) მკვეთრად გამოხატული გინეკომასტია .
- ე) კრიპტორქიზმი

293. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიის დროს ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებების არსებობისას მაგრამ მისი ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში , აუცილებელია დინამიური დაკვირვება ყველა ჩამოთვლილი სპეციალისტის მონაწილეობით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ოკულისტი
- ბ) ნევროპათოლოგი
- * გ) ფსიქიატრი
- დ) ენდოკრინოლოგი
- ე) ნეიროქირურგი

294. ადიპოზო-გენიტალური ლისტროფიით დაავადებულების შრომისუნარიანობა დამოკიდებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორებზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსუქნის ხარისხი
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა
- გ) ნევროლოგიური დარღვევების სიმძიმე
- * დ) სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის ხარისხის სიმძიმე
- ე) მხედველობის პათოლოგიის სიმძიმე

295. პარჰონის სინდრომის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს ჩამოთვლილიდან ყველა, გარდა:

- ა) გოქსიკონიფექციები
- ბ) ვამპირესინის მასეკრეტირებელი ავთვისებიანი სიმსივნეები
- * გ) თირკმელზედა ჯირკვლების სიმსივნეები
- დ) ქალა-გინის ტრავმები
- ე) ჰიპოთალამუსსა და ჰიპოფიზში ნეოპლასტიკური პროცესები

296. პარხონის სინდრომის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ადჰ-ის პროლუქციის მომატებით
- * ბ) ადჰ-ის პროლუქციის დაქვეითებით
- გ) ალდოსტერინის პროლუქციის მომატებით
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებით
- ე) ჰიპოპროტინემიით

297. პარხონის სინდრომით დაავადებულებს აქვთ ყველა ჩამოთვლილი ჩივილი, გარდა:

- ა) ოლიგურია
- ბ) სითხის შეკავება ორგანიზმში
- გ) სხეულის მასის მატება
- * დ) გახლომა
- ე) სხვადასხვა ლოკალიზაციის შეშუპებები

298. ვეგეტატიური დარღვევები პარხონის სინდრომის დროს გამოვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- * ა) ბრადიკარდია
- ბ) თავის ტკივილები
- გ) გულისცემა
- დ) ძილის დარღვევები
- ე) პარესთეზიები

299. გინის შეშუპება პარხონის სინდრომის დროს კლინიკურად გამოვლინდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა:

- ა) ძილიანობა
- ბ) აპათია
- გ) კუნთების სპაზმი (კრუნჩხვა)
- დ) არეფლექსია, ფსევდობულბარული დამბლები
- * ე) ტემპერატურის მომატება

300. კომპაგოზური მდგომარეობები ვამპირესინის ჭარბი სეკრეციისას ვითარდება ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ნაგრიუმის შემცველობის დაქვეითება პლაზმაში 120 მმოლ/ლ-ზე ქვევით
- ბ) პლაზმის ოსმოლურობა 250 მმოსმოლ/ლ-ზე ნაკლები
- * გ) ნაგრიუმის შემცველობის მომატება პლაზმაში 120 მმოლ/ლ-ზე ზევით
- დ) ნაგრიუმის შემცველობის დაქვეითება პლაზმაში 110 მმოლ/ლ-ზე ქვევით
- ე) ნაგრიუმის შემცველობის დაქვეითება პლაზმაში 100 მმოლ/ლ-ზე ქვევით

301. ლაბორატორიული მონაცემები პარხონის სინდრომის დროს ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) ჰიპოქოლესტერინემია
- ბ) ჰიპერქოლესტერინემია
- გ) ჰიპონატრიემია
- დ) ჰიპერქლორემია
- ე) ნორმოქოლესტერინემია

302. პარხონის სინდრომის დროს. შარდის ანალიზის ცვლილებანი გამოვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა

- ა) შარდისმაღალი სიმკვრივე
- *ბ) ალდოსტერონის შარდით გამოყოფის დაქვეითება
- გ) ალჰ-ის შარდით გამოყოფის მომატება
- დ) ალდოსტერონის შარდით გამოყოფის მომატება
- ე) ალდოსტერონის შარდით გამოყოფა ნორმალურია (პერიოდულად)

303. პარხონის სინდრომის დიფერენციალური დიაგნოზი გარდება ყველა ჩამოთვლილთან, გარდა:

- ა) პრემენსტრუალური დამაბვის სინდრომი
- ბ) წყლის ცვლის დარღვევა სიმსუქნის დროს
- გ) შვარც-ბარტერის სინდრომი
- დ) ჰიპოთირეოზი
- *ე) პირველადი ალდოსტერონიზმი

304. პრემენსტრუალური დამაბვის სინდრომი კლინიკურად ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სითხის შეკავება მენსტრუაციამდე 2 კვირით ადრე
- ბ) თავის ტკივილები
- *გ) სხეულის წონის დაქვეითება
- დ) გამოვლინებები კუჭ-ნაწლავის მხრიდან (ღებინება, ტკივილები მუცლის მიდამოში)
- ე) ხასიათის ცვლილებები

305. შვარც-ბარტერის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერნატრიურია
- ბ) შეშუპებები
- გ) ჰიპოკალიემია
- დ) ჰიპონატრიემია
- *ე) ჰიპერნატრიემია

306. ვაზოპრესინის სეკრეციას აძლიერებენ შემდეგი პრეპარატები, გარდა:

- ა) ნიკოტინი
- ბ) ბარბიტურატები
- *გ) ალკოჰოლი
- დ) ჰიპოქსია
- ე) კლოფიდრატი

307. ვაზოპრესინის თირკმელებზე მოქმედებას აძლიერებენ შემდეგი პრეპარატები, გარდა:

- ა) დიურეტიკები
- ბ) ქლორპროპამიდი
- გ) ლითიუმის მარილები
- დ) კარბამაზეპინი
- *ე) ანტიბიოტიკები

308. ექტოპირებული ალჰ-ის სინდრომი უფრო ხშირად გვხვდება

- *ა) ბრონქოგენული სიმსივნისას
- ბ) კუჭუკანა ჯირკვლის სიმსივნისას
- გ) თიმომისას
- დ) ლიმფომისას
- ე) წინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნისას

309. ექტოპირებულ ალჰ-ის სინდრომს თან შეიძლება ახლდეს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ვაზოპრესინის მომატებული სეკრეცია
- ბ) აკტჰ მომატებული სეკრეცია
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ფუნქციის მომატება
- *დ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ფუნქციის დაქვეითება
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ნორმალური ფუნქცია

310. თერაპია პარხონის სინდრომის დროს მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სხივური თერაპია - ჰიპოფიზარულ არეში
- *ბ) კორტიკოსტეროიდები
- გ) ბრომკრიპტინით თერაპია
- დ) სპირინოლაქტონები
- ე) შარდმდენები

311. პარლოლელით თერაპიის დადებითი ეფექტი ილიოპათიური შეშუპებებით დაავადებულ ავადმყოფებში განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) ფარისებრი ჯირკელის ფუნქციის მომაგება
- ბ) ჰიპოთალამუსის დოფამინერგიული რეცეფციის აქტივაცია
- გ) პრეპარატის პირდაპირი მოქმედება ანტიდიურეზულ ჰორმონზე
- დ) ალდოსტერონზე შემოქმედება
- ე) პრეპარატის ჰიპოტენზიური მოქმედება

312. არასიმსივნური გენეზის პარახონის სინდრომის მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სითხისა და სუფრის მარილის რაოდენობის შემზღუდა
- ბ) კალიუმის პრეპარატების დანიშვნა
- გ) ლითიუმის პრეპარატების დანიშვნა
- დ) პარლოლელის დანიშვნა
- *ე) ხილისა და ბოსტნეულის მიღების შემზღუდა

313. კომატოზური მდგომარეობის (გვინის შეშუპება) დროს ნიშნავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნაგრიუმის ქლორიდის 3% 500მლ ინტრავენურად შეყვანა
- ბ) ნაგრიუმის ქლორიდის 5% 500მლ ინტრავენურად შეყვანა
- გ) მანიტოლის ჰიპერტონული ხსნარის შეყვანა
- დ) ფუროსემიდი
- *ე) ცენტრალური ანალგეტიკების შეყვანა

314. სიმსივნური გენეზის პარახონის სინდრომის მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსივნის ოპერაციული მოცილება
- ბ) სხივური თერაპია (ოპერაციაზე უარის შემთხვევაში)
- გ) დემექლოციკლინის (დეკლომინი) დანიშვნა
- *დ) კორტიკოსტეროიდული თერაპია
- ე) პარლოლელის დანიშვნა

315. პარახონის სინდრომის პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა ყველა ჩამოთვლილის არსებობისას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) არაღიაგნოსტირებული ექტოპიური ადჰ-ის სინდრომი
- ბ) გვინის შეშუპების განვითარება
- გ) კომატოზური მდგომარეობა
- დ) ვაზოპრესინის მასეკრეტირებელი ავთვისებიანი სიმსივნეები
- *ე) ვაზოპრესინის სეკრეციის მაღალი დონე

316. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად სხვა ტესტებთან ერთად გამოიყენება ლეელოფას ტესტიც, რომელსაც საფუძვლად უდევს

- *ა) სომატოლიბერინის სეკრეციის სტიმულირება
- ბ) სომატოსტატინის სეკრეციის სტიმულირება
- გ) ინსულინის სეკრეციის სტიმულირება
- დ) ზრდის ჰორმონის სეკრეციის დათრგუნვა
- ე) ბეგა ენდორფინის სეკრეციის მოლულირება

317. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად ლეელოფას ტესტის დროს ამ ჰორმონის დეფიციტი გამორიცხულად ითვლება თუ კი საწყისთან შედარებით მისი კონცენტრაციის მაგება შეადგენს სულ ცოცა:

- ა) 3 ნგ/მლ
- ბ) 4 ნგ/მლ
- *გ) 5 ნგ/მლ
- დ) 6 ნგ/მლ
- ე) 7 ნგ/მლ

318. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად ლეელოფას ტესტის დროს ამ ჰორმონის დეფიციტი გამორიცხულად ითვლება თუ კი ერთ ერთ სინჯში მისი კონცენტრაცია შეადგენს სულ ცოცა:

- ა) 3 ნგ/მლ-ზე მეტს
- ბ) 6 ნგ/მ-ზე მეტს
- გ) 8 ნგ/მ-ზე მეტს
- *დ) 10 ნგ/მ-ზე მეტს
- ე) 12 ნგ/მლ-ზე მეტს

319. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის დეფიციტი ჯერ კიდევ ფრიალ მოსალოდნელად ითვლება თუ კი საწყისთან შედარებით ლეელოფას გამოყენებით სტიმულაციის შემდეგ ამ ჰორმონის კონცენტრაციის მაგება ნაკლებია ვიდრე:

- ა) 1 ნგ/მლ-ს
- ბ) 3 ნგ/მლ-ს
- *გ) 5 ნგ/მლ-ს
- დ) 9 ნგ/მლ-ს
- ე) 10 ნგ/მლ-ს

320. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად ლევილოფას გესგის შედეგებზე სხვა და სხვა მდგომარეობანი შემდეგნაირად მოქმედებენ:

- ა) ჰიპოთირეოზის დროს აღინიშნება ჰიპერრეაქცია
- ბ) გლუკოსტერომა არ მოქმედებს გესგის შედეგებზე
- *გ) ჰიპერგლიკემია დამორგუნველად მოქმედებს გესგის შედეგებზე
- დ) ქლორპრომაზინი აძლიერებს ლევილოფას მოქმედებას ზრდის ჰორმონზე
- ე) დეპრესია აძლიერებს ლევილოფას მოქმედებას ზრდის ჰორმონზე

321. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად სხვა გესგებთან ერთად გამოიყენება არგინინის გესგიც, რომელსაც საფუძვლად უდევს:

- *ა) არგინინის მიერ სომატოსტატინის დათრგუნვის უნარი
- ბ) არგინინის მიერ სომატოსტატინის სტიმულაციის უნარი
- გ) არგინინის მიერ სომატოლიბერინის სტიმულაციის უნარი
- დ) არგინინის მიერ სომატოლიბერინის დათრგუნვის უნარი
- ე) არგინინის მიერ სომატოტროფებზე უშუალო სტიმულაციური მოქმედების უნარი

322. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად არგინინის გესგის დროს ამ ჰორმონის ლეფიციტი გამორიცხულად ითვლება თუ კი ერთ ერთ სინჯში მაინც მისი კონცენტრაცია შეადგენს სულ ცოცა

- ა) 3 ნგ/მლ-ზე მეტს
- ბ) 6 ნგ/მ-ზე მეტს
- გ) 8 ნგ/მ-ზე მეტს
- *დ) 10 ნგ/მ-ზე მეტს
- ე) 12 ნგ/მლ-ზე მეტს

323. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის ლეფიციტი ჯერ კიდევ ფრიალ მოსალოდნელად ითვლება თუ კი საწყისთან შედარებით არგინინით სტიმულაციის შემდეგ ამ ჰორმონის კონცენტრაციის მაგებანაკლებია ვიდრე:

- ა) 1 ნგ/მლ-ს
- ბ) 3 ნგ/მლ-ს
- *გ) 5 ნგ/მლ-ს
- დ) 9 ნგ/მლ-ს
- ე) 10 ნგ/მლ-ს

324. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად არგინინის გესგის შედეგი მიჩნეულია როგორც სადაო, თუ კი საწყისთან შედარებით მისი კონცენტრაციის მაგება შეადგენს:

- ა) 3-4,99ნგ/მლ
- *ბ) 5-9,99ნგ/მლ
- გ) 10-15,99ნგ/მლ
- დ) 16-20,99ნგ/მლ
- ე) 21-25,99ნგ/მლ

325. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად არგინინის გესგის შედეგებზე სხვა და სხვა მდგომარეობანი შემდეგნაირად მოქმედებენ:

- *ა) ჰიპოთირეოზის დროს რეაქცია შედარებით დათრგუნულია.
- ბ) სიმსუქნის დროს რეაქცია გაძლიერებულია.
- გ) ფერტილური ასაკის ქალებში რეაქცია უფრო ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე პოსტმენოპაუზურ პერიოდში.
- დ) პრეკუმბერტაგულ ასაკში რეაქცია უფრო მკვეთრად არის გამოხატული, ვიდრე ფერტილური ასაკის ქალებში.
- ე) მამაკაცებში რეაქცია უფრო მკვეთრად არის გამოხატული, ვიდრე ფერტილური ასაკის ქალებში.

326. არგინინით ზრდის ჰორმონის სტიმულაციური გესგის დროს მოსალოდნელი გართულებებია:

- ა) ჰიპერგლიკემია.
- *ბ) ჰიპოგლიკემია.
- გ) ანემია.
- დ) ბულბალური დამბლა
- ე) კარდიოსპაზმი

327. ზრდის ჰორმონის სეკრეციის შესაფასებლად სხვა გესგებთან ერთად გამოიყენება გლუკოზით დაგვირთვისგესგიც, რომელსაც საფუძვლად უდევს:

- ა) სომატოლიბერინის სეკრეციის სტიმულირება
- ბ) სომატოსტატინის სეკრეციის სტიმულირება
- *გ) სომატოლიბერინის სეკრეციის დათრგუნვა
- დ) ზრდის ჰორმონის სეკრეციის სტიმულირება
- ე) ბეგა ენდორფინის სეკრეციის მოლულირება

328. გლუკოზით დაგვირთვის გესგის დროს ჯანმრთელებში

- ა) მაგულობს გლუკაგონის სეკრეცია
- ბ) მაგულობს ზრდის ჰორმონის სეკრეცია.
- *გ) ითრგუნება ზრდის ჰორმონის სეკრეცია.
- დ) მაგულობს ინსულინის სეკრეცია და ამიგომ მაგულობს ზრდის ჰორმონის კონცენტრაცია.
- ე) მაგულობს გასტრინის სეკრეცია რაც ზრდის ჰორმონის გამოყოფას.

329. აღენოჰიპოფიზის სომატოტროპული ფუნქციის შესაფასებლად გლუკოზით დატვირთვის ტესტის დროს: 1. ტესტი ტარდება დღით, უმბოლ. 2. ტესტი ტარდება ღამით, 16 საათამდე, საკვების მიღების მიუხედავად. 3. ტესტის ინფორმაციულობის გაზრდისათვის მიზანშეწონილია გლუკოზით დატვირთვის კომბინირება 50-55 ვაგის სიმძლავრის დოზირებულ ფიზიკურ დატვირთვისთან. 4. დატვირთვის ტესტის აღნიშნული ვარიანტისათვის გამოყენებული გლუკოზის რაოდენობა შეადგენს 1,75 გრამს, გამოსაკვლევი პირის სხეულის მასის ერთ კილოგრამზე, მაგრამ არა უმეტეს 150 გრამისა. 5. დატვირთვის ტესტის აღნიშნული ვარიანტისათვის გამოყენებული გლუკოზის რაოდენობა შეადგენს 1,75 გრამს, გამოსაკვლევი პირის სხეულის მასის ერთ კილოგრამზე, მაგრამ არა უმეტეს 100 გრამისა.

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

330. აღენოჰიპოფიზის სომატოტროფების ავტონომიური ჰიპერფუნქციის (მაგალითად აკრომეგალიის) დროს გლუკოზით დატვირთვის საპასუხოდ დამახასიათებელია:

- ა) ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციის შემცირება 0-2 ნგ/მლ-მდე.
- ბ) ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციის შემცირება 0-2 ნგ/მლ-მდე თუ კი გლუკოზის კონცენტრაციამ მოიმატა 7,7 მმოლ/ლ-მდე.
- *გ) ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციის უცვლელიობა ან მომატება 5-10 ნგ/მლ-მდე.
- დ) ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციის შემცირება 1-2 ნგ/მლ-მდე თუ კი გლუკოზის კონცენტრაცია გახდა 3,3 მმოლ/ლ- ზენაკლები.
- ე) ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციის შემცირება 0 ნგ/მლ-ზე ქვევით.

თირკმელზედა ჯირკვლების დაავადებები

331. გლუკოსტერომა - თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სიმსივნე, რომელიც ძირითადად გამოყოფს

- ა) ანდროგენებს
- ბ) ალდოსტერონს
- გ) ესტროგენებს
- *დ) გლუკოკორტიკოიდებს
- ე) ადრენალინს

332. კორტიკოსტერომა - თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სიმსივნე, რომელიც ძირითადად გამოყოფს

- ა) ანდროგენებს
- *ბ) ესტროგენებს
- გ) ალდოსტერონს
- დ) გლუკაგონი
- ე) ადრენალინს

333. ანდროსტერომა - თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნეა რომელიც ძირითადად გამოყოფს:

- *ა) ანდროგენებს
- ბ) ალდოსტერონს
- გ) ესტროგენებს
- დ) გლუკოკორტიკოიდებს
- ე) ადრენალინს

334. ფეოქრომოციტომა - ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნეა, რომელიც გამოყოფს შემდეგ ჰორმონებს:

- *ა) ადრენალინი და ნორადრენალინი
- ბ) ესტროგენები
- გ) გლუკოკორტიკოიდები
- დ) ალდოსტერონი
- ე) ანდროგენები

335. შერეული სიმსივნე - გლუკოანდროსტერომა კლინიკურად ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ვირილიზაცია
- *ბ) ვირილიზაციის უქონლობა
- გ) მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა
- დ) ოსტეოპოროზი
- ე) არტერიული ჰიპერტენზია

336. მეორადი ალდოსტერონიზმისგან განსხვავებით, პირველადი ალდოსტერონიზმისათვის (ალდოსტერომა) დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის აღენოზის არსებობა
- ბ) შეშუპების უქონლობა
- *გ) შეშუპების არსებობა
- დ) არტერიული ჰიპერტენზია
- ე) ჰიპოკალიემია

337. გლუკოსტერომის (იყენო-კუშინგის სინდრომი) განვითარების ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გენეტიკური მიდრეკილება

- ბ) იმუნიტეტის ლეფექტი
- გ) კანცეროგენული ფაქტორების გავლენა
- დ) რადიაციის გავლენა
- *ე) ნეიროინფექციები

338. გლუკოსტერომის ღრის ჰორმონალური და მეტაბოლური ღარღვევების პათოგენები განპირობებულია:

- *ა) გლუკოკორტიკოიდების სეკრეციის მომატებით
- ბ) ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სეკრეციის მომატებით
- გ) კორტიკოლიბერინის ჭარბი პროდუქციით
- დ) ანდროგენების პროდუქციის დაქვეითებით
- ე) თავის გვინის ლიმბური სტრუქტურების პირველადი პათოლოგიით

339. გლუკოსტერომისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების რენჯენოგრაფიაზე აღმოჩენილი ცალმხრივი სიმსივნისა და მეორე თირკმელზედა ჯირკვლის ზომის შემცირებისა
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების რენჯენოგრაფიაზე აღმოჩენილი ცალმხრივი სიმსივნისა და მეორე თირკმელზედა ჯირკვლის ნორმალური ზომებისა და ავადების ადრეულ სტადიაზე
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეში იოლქოლესტერინის ჭარბი ჩართვის გამოვლინება ჯირკვლების სკენირებისას
- დ) მეორე თირკმელზედა ჯირკვალში იოლქოლესტერინის ჩართვის მკვეთრი დაქვეითება
- *ე) თირკმელზედა ჯირკვლების ორმხრივი ჰიპერპლაზიის რადიოიზოტოპური და რენჯენოლიაგნოსტიკური ნიშნები

340. იცენკო-კუშინგის დაავადებისგან განსხვავებით, გლუკოსტერომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაავადების უფრო მწვავე მიმდინარეობა
- ბ) ლექსამეგაზონით უარყოფითი ცდა
- გ) მეტოპრონით უარყოფითი ცდა
- *დ) აკტჰ ღონის მომატება სისხლის პლაზმაში
- ე) ერT-ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის მხრივ სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობის ნიშნების დადგენა კომპიუტერულ ტომოგრაფიით

341. ექტოპური აკტჰ-ის სინდრომისაგან გლუკოსტერომის დიფერენცირებისათვის, განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს:

- ა) კლინიკურ სიმპტომატიკას
- ბ) კორტიზოლის ღონის განსაზღვრას
- *გ) აკტჰ-ს ღონის განსაზღვრას
- დ) ცდას ლექსამეგაზონით
- ე) ცდას მეტოპრონით

342. გლუკოსტერომის მკურნალობა ტარდება ყველა ჩამოთვლილი მეთოდით, გარდა:

- ა) ქირურგიული მკურნალობა
- *ბ) სხივური თერაპია
- გ) ინოპერაბელური ფორმების მკურნალობა ქლოდიგანით
- დ) ინოპერაბელური ფორმების მკურნალობა ელიპტენით
- ე) ინოპერაბელური ფორმების მკურნალობა ორიმიგენით

343. გლუკოსტერომით დაავადებული ავადმყოფები, ოპერაციული ჩარევის გარეშე იღუპებიან ყველა ჩამოთვლილისგან, გარდა:

- ა) ჰემორაგიული ან იშემიური ინსულტი
- ბ) სიმსივნის მეტასტაზები
- გ) გულის დეკომპენსაცია
- *დ) ჰიპოკორტიციზმი
- ე) სეფსისი

344. გლუკოსტერომის ინოპერაბელური ფორმებით დაავადებული ავადმყოფების დისპანსერიზაციისას ყურადღება გამახვილებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მიმართულებით, გარდა ისეთისა, როგორცაა

- ა) სიმსივნის ზრდის დინამიკა
- ბ) მეტასტაზირების დინამიკა
- გ) კლინიკური სიმპტომატიკის დინამიკა
- დ) სისხლის წნევის დინამიკა
- *ე) აკტჰ-ს ღონის განსაზღვრა

345. პირველადი ალდოსტერონიზმის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გორგლოვანი შრის ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნისა (ალდოსტერომისა)
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ორმხრივი ჰიპერპლაზიისა
- გ) მემკვიდრეობითი ფორმებისა
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ორმხრივი ადენომისა
- *ე) კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი მიღებისა

346. პირველადი ალდოსტერონიზმის ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება იყოს:

- *ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ორმხრივი წერილკვანძოვანი ჰიპერპლაზია (იდიოპათიური ალდოსტერონიზმი)
- ბ) რენინის აქტივობის პირველადი მომატება
- გ) ნეფროზული სინდრომი

- დ) ბარგერის სინდრომი
- ე) ჰიპერენინემიული ჰიპერალდოსტერონიზმი

347. ალდოსტერონის სეკრეცია, პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს:

- *ა) მნიშვნელოვნად მომატებულია
- ბ) ცვლილება არ არის გიპიური ხასიათის.
- გ) ზომიერად დაქვეითებულია
- დ) მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია
- ე) უცვლელია

348. რენინის სეკრეცია პირველადი ალდოსტერონიზმისას:

- *ა) მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია
- ბ) უმნიშვნელოდ დაქვეითებულია
- გ) უცვლელია
- დ) უმნიშვნელოდ მომატებულია
- ე) მნიშვნელოვნად მომატებულია

349. პირველადი ალდოსტერონიზმისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ელექტროლიტური ცვლილებები, გარდა:

- ა) ჰიპოკალიემიისა
- *ბ) ჰიპერკალიემიისა
- გ) ჰიპერნატრიემიისა
- დ) ჰიპოქლორემიული ალკალოზისა
- ე) ჰიპერკალურიისა

350. ალდოსტერონის პათომორფოლოგიური ცვლილებები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების გორგლოვანი და ბაგირაკოვანი ზონის უჯრედების არსებობისა სიმსივნეში
- ბ) მხოლოდ გორგლოვანი ზონის უჯრედების არსებობისა სიმსივნეში
- *გ) სამივე ზონის უჯრედების არსებობისა სიმსივნეში
- დ) სიმსივნე ერთეულია, ან მრავლობითი
- ე) სიმსივნე კეთილთვისებიანია, იშვიათად ავთვისებიანი

351. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზიისთვის დამახასიათებელია შემდეგი პათომორფოლოგიური ცვლილებები:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის გორგლოვანი შრის გასქელება.
- *ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ბადისებრი შრის გასქელება.
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ბაგირაკოვანი(ზონროვანი) შრის გასქელება
- დ) მხოლოდ ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გოგალური ჰიპერპლაზია
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლებში პათომორფოლოგიური ცვლილებების არ არსებობა

352. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს პათომორფოლოგიური ცვლილებები თირკმლებში ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) მილაკების უჯრედების ჰიდროპიული და ცხიმოვანი დეგენერაცია
- ბ) ბაზალური მემბრანის გასქელება
- გ) დისტროფიული პროცესები რაც უხშირესად გამოხატულია პროქსიმალურ მილაკებში.
- დ) თირკმლის არტერიოლების სკლეროზი.
- *ე) დისტროფიული პროცესები რაც უხშირესად გამოხატულია დისტალურ მილაკებში

353. სიმპტომები, დაკავშირებული ჰიპერტენზიასთან, პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) თავის ძლიერი ტკივილი.
- ბ) გულსრევა, პირღებინება.
- გ) ტკივილები გულის არეში, გულისცემის გახშირება.
- დ) მხედველობის გაუარესება.
- *ე) მარცხენა პარაკუჭის მიოკარდიუმის ჰიპოტროფია.

354. ნერვ-კუნთოვანი ცვლილებები პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ტეტანია
- ბ) კუნთების სისუსტე
- *გ) დამბლების უქონლობა
- დ) პარესთეზიები
- ე) კრუნჩხვები

355. თირკმლოვანი ცვლილებები პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პოლიურია
- ბ) პოლიდიფსია
- გ) ნიქტურია
- დ) ზომიერი პროტეინურია
- *ე) შარდის მკავე რეაქცია

356. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს გართულებები ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰიპერტონიული კრიზი
- ბ) გულის ჰიპოკალიემიური ცვლილებები
- გ) თავის გინის სისხლის მიმოქცევის მოშლა.
- *დ) შეშუპებითი სინდრომი.
- ე) რეგინალური სისხლჩაქცევა, მხედველობის ნერვის შეშუპება, სიბრმავე.

357. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ჰიპერტონიული კრიზი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მკვეთრი თავის ტკივილი
- ბ) გულისრევა, ღებინება
- *გ) ტეტანისა და გარდამავალი დამბლების უქონლობა.
- დ) მხედველობის დაქვეითება ან დაკარგვა
- ე) არტერიული წნევის (განსაკუთრებით დიასტოლურის) მკვეთრი მომატება

358. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ეკგ-ზე გულის ჰიპოკალიემური ცვლილებათა დამადასტურებელია ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა :

- ა) პათოლოგიური S კბილის გაჩენა.
- ბ) Q-თ ინტერვალის გახანგრძლივება.
- გ) T -კბილის ვოლტაჟის დაქვეითება ან ინვერსია.
- დ) შ-თ სეგმენტის დაქვეითება იზოხაზის ქვევით.
- *ე) შ-თ ცვლილებების უქონლობა.

359. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს, ოფთალმოლოგიური ცვლილებები ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მხედველობის დაქვეითება
- ბ) სიბრმავე
- გ) ბალურის სისხლჩაქცევა.
- დ) ბალურისა და მხედველობის ნერვის დისკის შეშუპება
- *ე) ორმხრივი ალდოსტერონული ეკმოფთალმია

360. ნერვ-კუნთოვანი ცვლილებები პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მიათენიის შეგვეები
- ბ) ტეტანის ეპიზოდები
- გ) მკვეთრი კუნთოვანი სისუსტე
- დ) პარესთეზიები
- *ე) ცნობიერების დაკარგვა

361. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) ჰიპერკალიემია
- ბ) ჰიპოკალიემია
- გ) ჰიპერნატრემია
- დ) ჰიპოქლორემიული ალკალოზი
- ე) შარდის ტუტე რეაქცია

362. ჰორმონალური გამოკვლევები პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს გამოავლენენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ალდოსტერონის დონის მომატება სისხლში
- ბ) ალდოსტერონის შარდით ექსკრეციის მომატება
- გ) რენინის აქტივობის დაქვეითება სისხლში
- *დ) რენინის აქტივობის მომატება სისხლში
- ე) შარდით 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების ნორმალური დღიური ექსკრეცია

363. დიაგნოსტიკურ-ფუნქციური ცდები, პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს გამოავლენენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სპირინოლაქტონით ცდისას კალიუმის დონის მომატება სისხლში 1 მმოლ/ლ-ზე მეტით.
- ბ) კალიუმის დონის დაქვეითება სისხლში ჰიპოთიაზიდით დაგვირთვისას.
- გ) კალიუმის დონის დაქვეითება სისხლში, ნატრიუმით დაგვირთვის ცდისას.
- დ) ალდოსტერონის დონის მნიშვნელოვანი მომატება და რენინის კონცენტრაციის დაქვეითება სისხლის პლაზმაში, ფუროსემიდით ცდისას
- *ე) ალდოსტერონის მახლოკირებული მოქმედების უქონლობა თირკმლის მილაკებზე, სპირინოლაქტონით ცდისას

364. პირველადი ალდოსტერონიზმის დასადგენად სხივური დიაგნოსტიკის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) პნემოსკოპირარენოგრაფია
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების ანგიოგრაფია
- *გ) თირკმელზედა ჯირკვლების სელექტური ფლებოგრაფია შერწყმული ალდოსტერონის რაოდენობის განსაზღვრასთან შესაბამის თირკმელზედა ჯირკვლის ვენიდან აღებულ სისხლში
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლების სკანირება
- ე) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი

365. მეორადი ალლოსტერონიზმისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შეშუპება
- ბ) ზომიერი ჰიპერტენზია
- გ) გამობზავული ჰიპოკალიემიის უქონლობა
- დ) ნორმალური თირკმელზედა ჯირკვლები
- *ე) რენინის ღონის დაქვეითება

366. ბარტერის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა:

- ა) ფიზიკური განვითარების შეფერხება
- ბ) გონებრივი განვითარების შეფერხება
- გ) ნორმალური არტერიული წნევა
- *დ) სისხლის არტერიული წნევის მომაგება
- ე) რენინის აქტიობისა და ალლოსტერონის ღონის მომაგება სისხლში.

367. რენინის ღონე მომაგებულია:

- ა) ნანიზმისას
- *ბ) ბიგლიერის სინდრომის დროს
- გ) სიმონდსის დაავადებისას
- დ) ჰიპოკორტიციზმის დროს
- ე) ჰიპოთირეოზის დროს

368. ალფა 17-ჰიდროქსილაბის უკმარისობა განაპირობებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დეჰოქსიკოტიკოსტერონის ჭარბი წარმოქმნისა
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზიისა
- გ) ნაგრიუმის შეკავებისა ორგანიზმში
- დ) ჰიპოკალიემიის განვითარებისა
- *ე) ალლოსტერონის ღონის მომაგებისა სისხლში

369. ჰიპერტონულ დაავადებას, პირველადი ალლოსტერონიზმისგან განსხვავებით თან არ სდევს ყველა ჩამოთვლილი გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კუნთური სისუსტის შეტევები
- ბ) გარდამავალი დამბლები
- გ) ტეტანია
- დ) ჰიპოკალიემია
- *ე) ალლოსტერონის სეკრეციის მომაგება

370. უშაქრო დიაბეტისათვის დამახასიათებელია

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია
- ბ) ჰიპოკალიემია
- გ) შარდის ნორმალური ხვერდითი წონა
- *დ) ლიურემის შემცირება, ალიურეკინისა და პიგუიგრინის შეყვანის პასუხად
- ე) ლიურემის შემცირების ეფექტის უქონლობა ალიურეკინიზმე

371. თირკმლოვანი გენემის მეორადი ალლოსტერონიზმისთვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) რენინის ღონის მომაგება სისხლის პლაზმაში
- ბ) ანგიოტენზინ II-ის ღონის მომაგება სისხლის პლაზმაში
- გ) ალლოსტერონის ღონის მომაგება სისხლის პლაზმაში
- *დ) რენინის ღონის დაქვეითება სისხლის პლაზმაში
- ე) სისხლის წნევის მომაგება

372. ვაზორენალური ჰიპერტენზიისათვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მუღმივად მაღალი სისხლის წნევა
- ბ) ზომიერი ჰიპოკალიემია
- გ) ალლოსტერონის ჰიპერსეკრეცია
- *დ) მუღმივად გამობზავული ჰიპოკალიემია
- ე) თირკმლის სისხლძარღვების პათოლოგია

373. ნეფრიტისთვის კალიუმის დაკარგვით დამახასიათებელი ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კალიუმის ზემლურბლოვანი გამოყოფა შარდთან ერთად
- ბ) კალიუმის დაქვეითებული რაოდენობა სისხლში
- გ) ალლოსტერონის ჰიპერსეკრეცია
- დ) ნეფრიტისთვის დამახასიათებელი ცელილებები შარდში
- *ე) პლაზმის რენინის დაბალი ღონე

374. ჰიპერპარათირეოზისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპერკალციურია
- ბ) ჰიპოფოსფატემია
- გ) გუგე ფოსფატემიის ღონის მომაგება სისხლში

დ) პარათჰორმონის ღონის მაგება სისხლში

*ე) ჰიპოკალციემია

375. ფეოქრომოციტომისთვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

*ა) ჰიპოგლიკემია რომელიც პროფოცირებულია კატექოლამინური კრიზის ზეგავლენით

ბ) ჰიპერგლიკემია რომელიც პროფოცირებულია კატექოლამინური კრიზის ზეგავლენით

გ) კატექოლამინების მომაგება სისხლში

დ) კატექოლამინების ექსკრეციის მომაგება შარლში

ე) ვანილილ-ნუშისმეავის ექსკრეციის მომაგება შარლში

376. პირველადი ალდოსტერონის მკურნალობის ოპერაციული მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

ა) ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის ალდოსტერონის ოპერაციული მოცილებისა

ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების გოტალური რეზექციისა მათი ჰიპერალბიის დროს

გ) ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის გოტალური რეზექციისა

*დ) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის გოტალური რეზექციისა ერთერთში აღენომის არსებობისას

ე) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ალდოსტერონის ოპერაციული მოცილებისა

377. წინასაოპერაციო პერიოდში, პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) დიეტა ნატრიუმის შემცველობის შემლუღვით

ბ) დიეტა კალიუმით მდიდარი საკვებით

გ) სპირინოლაქტონები

დ) გლუკოკორტიკოიდები

*ე) დიეტა ნატრიუმის ნორმალური შემცველობით

378. სპირინოლაქტონებით მკურნალობა, პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს განაპირობებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) სისხლის წნევის დაქვეითება

ბ) კალიუმის შემცველობის აღდგენა ორგანიზმში

გ) ალდოსტერონის ღონის ნორმალიზაცია

დ) რენინის ღონის მომაგება

*ე) რენინის ღონის დაქვეითება

379. პირველადი ალდოსტერონიზმით დაავადებული ავადმყოფები, მკურნალობის გარეშე ილუპებიან ყველა ჩამოთვლილისგან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) პროგრესირებადი არტერიული ჰიპერტენზია

ბ) თირკმლის უკმარისობა

გ) გულის უკმარისობა

დ) მეტასტაზები და ინტოქსიკაცია, თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის სიმსივნის არსებობისას

*ე) ტეტანია

380. პირველადი ალდოსტერონიზმის დროს ინფალილობის დადგენისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ყველა ქვემოლ ჩამოთვლილ გარემოებას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ავთვისებიანი ალდოსტერონის არსებობა

ბ) თირკმლოვანი დარღვევების სიმძიმე

გ) თირკმელზედა ჯირკვლების რეზექციის შემდგომი მდგომარეობა

დ) სისხლძარღვოვანი სისტემის დამიანების სიმძიმე

*ე) ალდოსტერონის დონე სისხლში

381. ალდოსტერონის ეტიოლოგიური მიზეზები შეიძლება იყოს ყველა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) გენეტიკურისა

ბ) იმუნოლოგიურისა

გ) კანცეროგენურისა

დ) ფერმენტული სისტემის არასრულფასოვნებისა, რომლებიც მონაწილეობენ სტეროიდოგენეზში თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქში

*ე) ინფექციისა

382. ანდროსტერონის კლინიკური ნიშნების პათოგენეზი განპირობებულია ისეთი ჰორმონის ჰიპერსეკრეციით, როგორცაა:

*ა) ანდროგენები

ბ) ესტროგენები

გ) ალდოსტერონი

დ) გლუკოკორტიკოიდები

ე) გლუკოკორტიკოიდების და ალდოსტერონი

383. პათომორფოლოგიურად ანდროსტერონისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა როგორცაა:

ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის სიმსივნის არსებობა

ბ) სიმსივნე, რომელიც ჰისტოლოგიურად ძირითადად შეიცავს პოლიმორფულ მუქ უჯრედებს

გ) ავთვისებიანი ფორმის სიმსივნის დროს - მეტასტაზები რეტროპერიტონეალურად, ღვიძლში და ფილგვებში

დ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ინკაფსულირებული, რბილი კონსისტენციის სიმსივნე.

*ე) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ბადისებრი შრის უჯრედების კვანძოვანი ჰიპერპლაზიის კერების არსებობა

384. კლინიკურად ანდროსტერომა ქალებში ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰირსუტიზმი
- ბ) მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა
- გ) ხმის გაუხეშება
- დ) სარძევე ჯირკვლების დაპაგარავება
- *ე) კანქვეშა ცხიმის უპირატესი დაგროვება მენჯის სარტყლისა და ბარძაყების არეში, იმავდროულად მხრებისა და სახის მიდამოში კანქვეშა ცხიმის ინტენსიური განლევიით

385. ანდროსტერომის მიმდინარეობის თავისებურებებს გოგონებში წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) პუბერტატულ პერიოდში კლიტორის ზომის მომაგება
- *ბ) ზრდის ზონების შესაბამისობა საპასპორტიო ასაკთან
- გ) სარძევე ჯირკვლების ზრდის არარსებობა
- დ) მენსტრუაციის უქონლობა
- ე) ბოქვენზე თმისაბობის გაძლიერება

386. ანდროსტერომის მიმდინარეობის თავისებურებებს ბიჭებში წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნაალრევი თმისაბობა ბოქვენზე
- ბ) გარეთა სასქესო ორგანოების ზრდა
- გ) ფიზიკური განვითარების დაჩქარება
- *დ) სათესლეების ნორმალური განვითარება
- ე) ჩონჩხის ნაალრევი მომწიფება

387. ანდროსტერომის დროს ჰორმონალური გამოკვლევებით აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შარდით 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეციის გაზრდა
- ბ) სისხლის შრატში დეჰიდროეპიანდროსტერონის მომაგება
- გ) უმრავლეს შემთხვევებში შარდით 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების ნორმალური ექსკრეცია
- დ) უმრავლეს შემთხვევებში სისხლში კორტიზოლის ნორმალური დონე
- *ე) შარდით 17-კეტოსტეროიდების ნორმალური ექსკრეცია

388. ფუნქციური ცდები ანდროსტერომის დროს გამოავლენენ:

- ა) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის მნიშველოვან (50% და მეტი) დაქვეითებას, დექსამეტაზონის ტესტის დროს
- *ბ) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის უცვლელობას დექსამეტაზონის ტესტის დროს
- გ) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის 50% -ით შემცირებას დექსამეტაზონის ტესტის დროს
- დ) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის მომაგებას ქორიგონალური გონადოტროპინით ცდისას
- ე) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის დაქვეითებას პროგესტერონის ტესტის დროს

389. ანდროსტერომის დროს ჩატარებული გამოკვლევები აღასკურებენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევით თირკმელზედა ჯირკვლის ცალმხრივი სიმსივნის აღმოჩენა
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ცალმხრივი სიმსივნის აღმოჩენა სცინტიგრაფიით
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ცალმხრივი სიმსივნის აღმოჩენა რენტგენოგრაფიებით
- *დ) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის გამოვლენა რენტგენო- და სონოგრაფიული მეთოდების გამოყენებით
- ე) ზრდის ზონების ნაალრევი დახურვა გოგონების ხელის მტევნის რენტგენოგრაფიაზე

390. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქციის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზია
- ბ) ვირილიზაციის თანდათანობითი, ღუნე განვითარება
- გ) პლაზმის აკტჰ-ს მომაგება
- *დ) პლაზმის აკტჰ-ს ნორმალური დონე
- ე) 17-კეტოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის მომაგება

391. საკვერცხის მაიურილიზებული სიმსივნე ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) საკვერცხის ცალმხრივი გაღილება
- ბ) სარძევე ჯირკვლების აგროფია
- გ) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის მამაკაცური ტიპით გადანაწილება
- დ) სიმსივნე, რომელიც გამოყოფს ანდროგენებს
- *ე) აკტჰ დონის მომაგება პლაზმაში.

392. შტეინ-ლევენტალის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ანდროგენული ღერმოპათია
- *ბ) საკვერცხეების ცალმხრივი გაღილება
- გ) მენსტრუალური ციკლის მოშლა
- დ) უშვილობა
- ე) რემისტენგობა ინსულინის მიმართ

393. ანდროსტერომის მკურნალობის ძირითად მეთოდია:

- *ა) ქირურგიული
- ბ) სხივური თერაპია

- გ) მკურნალობა ქლოდიტანით
- დ) მკურნალობა ამინოგლუკოთეგიმით
- ე) მკურნალობა ანტიანდროგენებით

394. ანდროსტერომის დროს ანტიანდროგენების გავლენით აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ტესტოსტერონის მიმართ ქსოვილების მგრძობიანობის დაქვეითება
- ბ) ჰიპერტრიქოზის შემცირება
- *გ) სიმსივნის ზომების შემცირება
- დ) სებორეას შემცირება
- ე) ვირილიზაციის პროგრესირების შეფერხება

395. ანდროსტერომის პროგნოზი დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) სიმსივნის კეთილ და ავთვისებიანობაზე
- ბ) მეტასტაზების არსებობაზე
- გ) ლიაგნოსტიკის დროულობაზე
- დ) ოპერატიული ჩარევის დროულობაზე
- *ე) სიმსივნის ზომებზე

396. ანდროსტერომით დაავადებულს უნდა ჩაუტარდეს საექიმო შრომითი ექსპერტიზა პირველი ჯგუფის ინვალიდობის დასადგენად, თუ მას აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დაავადების ავთვისებიანი ფორმა
- ბ) სიმსივნის მეტასტაზების არსებობა
- გ) დაავადების რეციდივი ქლოდიტანით მკურნალობის შემდეგ
- დ) ინტოქსიკაციის სიმპტომების არსებობა
- *ე) კეთილთვისებიანი ანდროსტერომის პოსტოპერაციული პერიოდი

397. ანდროსტერომა უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) მამაკაცებში
- ბ) ორსულ ქალებში
- გ) პუბერტატის პერიოდში
- *დ) 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებში
- ე) ერთნაირი სიხშირით გვხვდება ქალებსა და მამაკაცებში

398. ანდროსტერომის თანდაყოლილი ფორმის დროს ვირილიზაციის სიმპტომები ვლინდება:

- ა) დაბადებისას
- *ბ) პოსტნატალურ პერიოდში
- გ) როგორც დაბადებისას ისე პოსტნატალურ პერიოდშიც

399. ანდროსტერომის თანდაყოლილი ფორმის დროს მიმდინარეობის ხასიათი შეიძლება იყოს:

- *ა) ავთვისებიანი
- ბ) კეთილთვისებიანი
- გ) ერთიც და მეორეც

400. უფრო ხშირად თანდაყოლილი ანდროსტერომა გვხვდება:

- *ა) გოგონებში
- ბ) ბიჭებში
- გ) გოგონებში და ბიჭებში თანაბარი სიხშირით

401. გოგონებში ანდროსტერომის სიმპტომებია:

- *ა) პუბერტატულ პერიოდში კლიტორის გადიდება
- ბ) სასირცხო ბაგეების ჰიპერტროფია
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია
- დ) კუნთების ატროფია
- ე) ცხიმის დაგროვება უპირატესად მენჯის სარტყლისა და ბარძაყების მიდამოში

402. ანდროსტერომა ბავშვებში ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) საპასპორტო ასაკთან შედარებით დაჩქარებული ფიზიკური განვითარება
- ბ) ფიგურის მასკულინიზაცია, ხმის დაბოხება
- გ) პირსუკიმი, კლიტორის ჰიპერტროფია გოგონებში, ჰიპერგენიტალიზმი ბიჭებში
- დ) ფულგარული აკნე
- *ე) დაჩქარებული ინტელექტუალური და ფსიქიკური განვითარება

403. ქალებში ანდროსტერომისთვის დამახასიათებელია:

- ა) გიგანტომასტია
- *ბ) პირსუკიმი, ოლიგომენორეა, კლიტორის ჰიპერტროფია,
- გ) დაჭიმვის სტრიები
- დ) ალოპეცია
- ე) ფრჩხილებისა და თმების მცვერვალობა, კანის სიმშრალე

404. ქალებში ანდროსტერომის მიმდინარეობის თავისებურებებს წარმოადგენს:

- * ა) ფიგურის მასკულინიზაცია, სარძევე ჯირკვლების ატროფია, ხმის ტემბრის დაქვეითება
- ბ) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაღანაწილება (ცხიმის დაგროვება სახეზე, კისრის არეში, მუცლის მიდამოში. ამავე დროს აღინიშნება კანქვეშა ცხიმის განლევა ბარძაყებზე, ღუნულულობებზე)
- გ) ჰეპატო-სპლენომეგალია
- დ) არტერიული ჰიპერტენზია
- ე) ოვალური ხვრელის სტენოზი

405. მამაკაცებში ანდროსტერომის მიმდინარეობის თავისებურებებს მიეკუთვნება:

- ა) კუნთოვანი ქსოვილის ატროფია
- * ბ) სასქესო ასოს გადიდება, ტესტიკულების ატროფია
- გ) სექსუალური პოტენციის დაქვეითება
- დ) ლიბიდოს დაქვეითება
- ე) სათესლეების დანაშაგების ჰიპერტროფია

406. ანდროსტერომის გართულებას წარმოადგენს:

- ა) არტერიული ჰიპერტენზია
- ბ) მეტასტაზები ძვლოვან ქსოვილში
- * გ) მეტასტაზები მუცლის ღრუს ორგანოებში

407. კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ანდროსტერომის დროს გამოავლენენ:

- ა) ჰიპოქრონიულ ანემიას
- * ბ) 17-კეტოსტეროიდების მრავალჯერადად მომატებულ დონეს
- გ) 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების შარდით ექსკრეციის დონის მომატებას
- დ) 17-კეტოსტეროიდებისა და 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების დღიური ექსკრეციის მომატება

408. ანდროსტერომის დროს ჰორმონალური პროფილის გამოკვლევისას სისხლში აღმოჩნდება:

- ა) აკტჰ-ის მომატებული დონე და მისი სადღეღამისო რითმის ცვლილებები
- * ბ) ტესტოსტერონისა და დეჰიდროეპიანდროსტერონის მრავალჯერადად მომატებული დონე
- გ) ესტრადიოლისა და სხვა ესტროგენების დაქვეითებული დონე
- დ) გონადოტროპინების მომატებული დონე

409. ანდროსტერომის დროს, ტესტოსტერონის სეკრეციის დექსამეტაზონით დათრგუნვის ტესტი (დიდი ცლა) შეიძლება იყოს:

- ა) დადებითი
- * ბ) უარყოფითი
- გ) ერთი და მეორეც შესაძლებელია
- დ) ლიანოსტიკური მნიშვნელობა არა აქვს

410. რენტგენოლოგიური, რადიოიზოტოპური და ულტრაბგერითი გამოკვლევების მონაცემები ანდროსტერომის დროს ავლენენ:

- ა) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის გადიდება
- ბ) ერთ-ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის გადიდება
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლების აღენიშნებაში
- * დ) თირკმელზედა ჯირკვლის არეში მომრგვალო ჩრდილს

411. ანდროსტერომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება ყველა ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქცია
- ბ) გონალების მავირილიზებული სიმსივნე და ადრეული სქესობრივი მომწიფების სინდრომი
- * გ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მავიზინიზებული სიმსივნე
- დ) შტეინ-ლევენტალის სინდრომი
- ე) დვიძლის ავთვისებიანი ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნე

412. ანდროსტერომის მკურნალობა მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში მოიცავს:

- ა) ქირურგიულ ჩარევას გლუკოკორტიკოსტეროიდებით წინასწარი მომზადებით ოპერაციისათვის
- * ბ) ქირურგიული ჩარევა წინასწარი მომზადების გარეშე
- გ) ქირურგიული ჩარევა ანტიანდროგენებით მკურნალობასთან ერთად

413. ანდროსტერომის მკურნალობა მეტასტაზების არსებობის დროს მოიცავს:

- ა) ქირურგიულ ჩარევას
- ბ) ქირურგიულ ჩარევას ქიმიო და რენტგენოთერაპიასთან ერთად
- * გ) ანტიანდროგენებით მკურნალობა, ქიმიო-და რენტგენოთერაპიასთან ერთად

414. ესტრომის ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა ენიჭება ყველა ჩამოთვლილ ფაქტორს, გარდა:

- ა) იმუნოლოგიურის
- ბ) კანცეროგენულის
- გ) ჰორმონალურის
- * დ) ინფექციური

415. ესტრომის პათოგენები განპირობებულია ისეთი ჰორმონების ჭარბი პროდუქციით, როგორცაა:

- ა) ანდროგენები
- *ბ) ესტროგენები
- გ) ალდოსტერონი
- დ) გლუკოკორტიკოიდები
- ე) ადრენალინი

416. ესტრომის პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევისას ნახულობენ:

- *ა) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ბადისებრი ზონის უჯრედებიდან
- ბ) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გორგლისებრი ზონის უჯრედებიდან
- გ) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ბოჭკოვანი ზონის უჯრედებიდან
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გორგლოვანი ზონის ჰიპერპლაზიას
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი ნივთიერების სიმსივნეს

417. მამაკაცებში ესტრომის ძირითადი კლინიკური გამოვლინებები მოიცავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გინეკომასტია
- ბ) სახეზე თმის ზრდის შეწყვეტა
- გ) პოტენციის დაქვეითება
- დ) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გადაზარალებული ქალური ტიპით
- *ე) პოტენციის გაძლიერება

418. სასქესო აპარატის და მეორადი სასქესო ნიშნების მდგომარეობა მამაკაცებში ესტრომის დროს მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სათესლე ჯირკვლების ატროფია
- ბ) წვერის და უღვაშის ზრდის შეწყვეტა
- გ) ოლიგოსპერმია
- დ) ნორმალური ზომის ასო
- *ე) გაძლიერებული ლიბიდო

419. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მაფემინიზირებელ სიმსივნეს გოგონებში თან ახლავს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თმის ზრდა ბოჭკოვან
- ბ) სიმბალეში ზრდის გაძლიერება
- გ) ჩონჩხის ნაადრევი განვითარება
- დ) სარძევე ჯირკვლების გადიდება
- *ე) ზრდის შეფერხება

420. ლაბორატორიული მონაცემები ესტრომის დროს ხასიათდება:

- *ა) შარდით ესტროგენების გამოყოფის გაძლიერებით
- ბ) შარდით ესტროგენების ნორმალური გამოყოფით
- გ) შარდით ესტროგენების გამოყოფის შეწყვეტებით
- დ) ესტრონის, ესტრადიოლის და ესტროლის შორის შეფარდების დარღვევით
- ე) შარდში გლუკოკორტიკოიდების მეტაბოლიტების მომატებით

421. ჰორმონალური გამოკვლევები ესტრომით დაავადებულებში გამოავლენს:

- *ა) სისხლში ჰონალოგროპინების დონის დაქვეითებას
- ბ) სისხლში ჰონალოგროპინების ნორმალურ დონეს
- გ) სისხლში ჰონალოგროპინების დონის მომატებას
- დ) შარდში ჰონალოგროპინების რაოდენობის მომატებას
- ე) შარდში ჰონალოგროპინების შეუცვლელ რაოდენობას

422. თირკმელზედა ჯირკვლების გამოკვლევისას ესტრომის დროს ყველაზე ხშირად გართულებები ვითარდება შემდეგი მეთოდის გამოყენებით:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- ბ) ფოტოსცინტიგრაფია
- გ) რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა
- *დ) თირკმელზედა ჯირკვლების სელექტიური ფლებოგრაფია

423. საკვერცხეების სიმსივნისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ნაადრევი სქესობრივი განვითარება
- ბ) გინეკომასტია
- გ) ჰირსუტიზმი
- დ) სიმსუქნე
- ე) სტრები

424. გინეკომასტია მამაკაცებში შეიძლება იყოს განპირობებული ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მაფემინიზირებელი სიმსივნე
- ბ) კლაინფელტერის სინდრომი
- გ) ღვიძლის დაავადებები

- დ) რეზერპინის მიღება
- *ე) ფილგეების ტუბერკულოზი

425. ესტრომის მკურნალობა შეიცავს:

- *ა) ქირურგიული ჩარევა
- ბ) სხივური თერაპია
- გ) ქლოლიტანის გამოყენება
- დ) პარლოლელის გამოყენება
- ე) ორიმიტენის გამოყენება

426. ესტრომის პროგნოზი არაკეთილსასურველია ყველა ჩამოთვლილის დროს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ავთვისებიანი გადაგვარება
- ბ) მეტასტაზების არსებობა
- გ) დაზიანებული ღიაგნოსტიკა
- დ) დაზიანებული ქირურგიული მკურნალობა
- *ე) პატარა ზომის სიმსივნე, დროული ღიაგნოსტიკა

427. პირველი ჯგუფის ინვალიდობის დადგენას ექვემდებარებიან ესტრომით დაავადებულები, ვისაც აღენიშნებათ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ესტრომის ავთვისებიანი ფორმები
- ბ) სიმსივნის მეტასტაზები
- გ) დაავადების რეციდივი
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მწვავე უკმარისობის განვითარება ესტრომის ქირურგიული მკურნალობის დროს
- *ე) სიმსივნის კეთილთვისებიანი ფორმები

428. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის შერეული სიმსივნეების ეტიოლოგიური ფაქტორები შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გენეტიკური
- ბ) იმუნოლოგიური
- გ) კანცეროგენული
- დ) რადიაციული
- *ე) ინფექციური

429. თირკმელზედა ჯირკვლების შერეული სიმსივნის - გლუკოანდროსტერომის - პათოგენეზი შეიძლება იყოს განპირობებული ჭარბი პროლუქციით:

- *ა) გლუკოკორტიკოსტეროიდების და ანდროგენების
- ბ) გლუკოკორტიკოიდების და ესტროგენების
- გ) გლუკოკორტიკოიდების და ალდოსტერონის
- დ) გლუკოკორტიკოიდების და კატექოლამინების
- ე) ანდროგენების და კატექოლამინების

430. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის შერეული სიმსივნეების (გლუკოანდროსტერომა) პათოლოგო-ანატომიური გამოკვლევისას ნახულობენ:

- *ა) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ბაღისებურ და ზონროვანი ზონის უჯრედებიდან
- ბ) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის გორგლოვანი ზონიდან
- გ) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მხოლოდ ბაღისებრი ზონიდან
- დ) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მხოლოდ ზონროვანი ზონიდან
- ე) სიმსივნეს, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის გორგლოვანი და ბაღისებრი ზონიდან

431. კლინიკურად გლუკოანდროსტერომა ხასიათდება:

- *ა) ვირილური სინდრომის და კუშინგის სინდრომის არსებობით
- ბ) მხოლოდ იცენკო-კუშინგის დაავადების არსებობით
- გ) მხოლოდ ვირილური სინდრომის არსებობით
- დ) კაცებში გინეკომასტიით და ფემინიზაციით
- ე) მკვეთრი სისუსტის და ტეტანის შეგვეებით

432. გლუკოანდროსტერომების გართულებები ვლინდებიან ყველა ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსივნის მეტასტაზები
- ბ) სისხლის ჩაქცევა თავის გეინში
- გ) გულის დეკომპენსაცია
- დ) თირკმლის უკმარისობა
- *ე) ვირილიზაციის ნიშნების რეგრესია

433. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის შერეული სიმსივნეების დიაგნოზს ადგენენ ყველა ჩამოთვლილის საფუძველზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ანამნეზის მონაცემები
- ბ) ღამახასიათებელი კლინიკური სურათი
- გ) ჰორმონალური გამოკვლევის მონაცემები

დ) რენგგენო და რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკის მონაცემები

*ე) ულტრაბგერითი გამოკვლევის საფუძველზე თირკმელზედა ჯირკვლების ორმხრივი გადილების არსებობა

434. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის შერეული სიმსივნეების დიფერენციალურ დიაგნოზს აგარებენ ყველა ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა:

ა) იცენკო-კუშინგის დაავადება

ბ) ანდრენოგენეტალური სინდრომი

გ) საკვერცხეების სიმსივნე

დ) საკვერცხეების მავიროლიზებული სიმსივნეები

*ე) თირკმელზედა ჯირკვლების გვინოვანი შრის სიმსივნე

435. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის შერეული სიმსივნეების მკურნალობა გულისხმობს:

*ა) ქირურგიულ ჩარევას

ბ) სხვიურ თერაპიას

გ) ქლოდიგანით თერაპიას

დ) პარლოდელით თერაპიას

ე) პრომოტენით თერაპიას

436. ავადმყოფი თირკმელზედა ჯირკვლის შერეული სიმსივნით ექვემდებარება გაგზავნას საექიმო-შრომით ექსპერტიზაზე ინვალიდობის I ჯგუფის დასადგენად ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა როგორცაა:

ა) დაავადების ავთვისებიანი ფორმა

ბ) მეტასტაზების არსებობა

გ) დაავადების რეციდივი

დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მწვავე უკმარისობის განვითარება სიმსივნის მოცილების დროს

*ე) სიმსივნეების კეთილთვისებიანი ფორმები

437. თირკმელზედა ჯირკვლების პირველადი უკმარისობის ეტიოლოგიური ფაქტორებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ტუბერკულოზის

ბ) აუტოიმუნური დაზიანების

გ) ამილოიდოზი

დ) ჰემოქრომატოზი

*ე) სისხლჩაქცევა ჰიპოფიზში

438. თირკმელზედა ჯირკვლების პირველადი უკმარისობის ეტიოლოგიური ფაქტორებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) სიფილისი

ბ) ორმხრივი ადრენალექტომია

გ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ფერმენტების დეფექტი

დ) თირკმელზედა ჯირკვლების თანდაყოლილი არეაქტიულობა

*ე) თავის გვინის სიმსივნეები

439. თირკმელზედა ჯირკვლების მეორადი უკმარისობის ეტიოლოგიური ფაქტორებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) არაენდოკრინული დაავადებების ხანგრძლივი თერაპია გლუკოკორტიკოიდებით

ბ) ცერებრალურ-ჰიპოფიზური უკმარისობა

გ) ნეირო-ინფექციები

*დ) ჰიპოთალამუსის სიმსივნეები

ე) ჰიპოფიზის აუტოიმუნური დაზიანება

440. თირკმელზედა ჯირკვლების მესამეული უკმარისობა შეიძლება იყოს განპირობებული ყველა შემდეგი ფაქტორებით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ჰიპოთალამუსის სიმსივნეები

ბ) ჰიპოთალამუსის ტრაუმული დაზიანება

გ) ნეიროინფექციები კორტიკოტროპინ-რელიზინგ ჰორმონის სეკრეციის დარღვევით

*დ) სელექტიური ჰიპოალდოსტერონიზმი

ე) ავთვისებიანი სიმსივნეების მეტასტაზები ჰიპოთალამუსში

441. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი უკმარისობის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილი ჰორმონის დეფიციტით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) გლუკოკორტიკოიდები

ბ) მინერალოკორტიკოიდები

გ) კაცებში ანდროგენები

დ) ქალებში ესტროგენები

*ე) თირეოიდული ჰორმონები

442. თირკმელზედა ჯირკვლების მეორადი უკმარისობის პათოგენეზი განპირობებულია:

*ა) ჰიპოფიზის პირველადი დაზიანებით აკტჰ-ს სეკრეციის უკმარისობით

ბ) ჰიპოფიზის პირველადი დაზიანებით ჰონადოტროპინების სეკრეციის უკმარისობით

გ) ჰიპოფიზის პირველადი დაზიანებით თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის უკმარისობით

- დ) ჰიპოფიზის პირველადი ღებინება სომატოტროპული ჰორმონის სეკრეციის უკმარისობით
- ე) აკტჰ-ს სეკრეციის შენარჩუნებით

443. თირკმელზედა ჯირკვლებების მესამეული უკმარისობის პათოგენეზი განპირობებულია:

- *ა) ჰიპოთალამუსში კორტიკოლიბერინის სეკრეციის დაქვეითებით
- ბ) ჰიპოთალამუსში კორტიკოლიბერინის სეკრეციის მომაგებით
- გ) კორტიკოლიბერინის უცვლელი სეკრეციით
- დ) აკტჰ-ს სეკრეციის პირველადი დაქვეითებით, რომელიც არ არის დამოკიდებული კორტიკოლიბერინის სეკრეციასთან
- ე) ალდოსტერონის ბიოსინთეზის თანდაყოლილი ლეფექტით

444. თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილის ჰისტოლოგია გუბერკულიოზური პროცესის დროს ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ლესტრუქცია
- ბ) ორივე თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი შრის ლესტრუქცია
- გ) კაპილარული ლესტრუქციისა და ჩაკირვის უბნები
- დ) გუბერკულოზა
- *ე) ლიმფოიდური ინფილტრაცია

445. თირკმელზედა ჯირკვლების ქსოვილის ჰისტომორფოლოგიურ ცვლილებები აუგოიმუნური პროცესის დროს ხასიათდება:

- *ა) ლიმფოიდური ინფილტრაციით
- ბ) ფიბროზული ქსოვილის შემცირებით
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის უჯრედების ჰიპერტროფიით
- დ) კაპილარული უბნებით
- ე) დაშლის და ჩაკირვის უბნებით

446. ჰემოქრომატოზისათვის პათომორფოლოგიურად დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰეპატომეგალია
- ბ) სპლენომეგალია
- გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის ციროზი
- *დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილის ლიმფოიდური ინფილტრაცია
- ე) კანში პიგმენტის განლაგება, რომელიც შეიცავს რკინას

447. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულნი წარმოადგენენ ყველა ჩამოთვლილ ჩივილებს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ძლიერი სისუსტე და სწრაფი ფიზიკური დაღლა
- ბ) წონის დაკლება
- *გ) გაძლიერებული მალა
- დ) კანის გამუქება
- ე) გულისრევა, პირღებინება

448. თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობის დროს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ჰიპერტენზია
- ბ) ბრადიკარდია
- გ) გულის ზომების შემცირება
- დ) გულის წუთმოცულობის შემცირება
- ე) პულსური წნევის შემცირება

449. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობის დროს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) გულისრევა, პირღებინება
- ბ) მუცელში ტკივილები
- გ) კუჭის წველის მეგაფიანობის დაქვეითება
- დ) ლეიქოსის ანგიოქსიური, ცილისწარმოქმნელი და გლიკოგენწარმოქმნელი ფუნქციის დარღვევა
- *ე) კუჭქვეშა ჯირკვლის ემბოკრინული სეკრეციის მომაგება

450. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობის დროს ნერვულ-ფსიქიური მოშლილობები ვლინდებიან ყველა ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ალგმნებალობის მომაგება
- ბ) ლეპრესია
- გ) მეხსიერების და გონებრივი შრომისუნარიანობის დაქვეითება
- *დ) მწვავე ფსიქოზის განვითარების რისკის არ არსებობა
- ე) პარესთეზიები

451. პირველადი ჰიპოკორტიციზმის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებაა არაიშვიათი შეხამება ყველა ჩამოთვლილ დაავადებებთან, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი
- ბ) ჰიპოთირეოზი

- გ) ჰიპოპარათირეოზი
- დ) საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია
- *ე) იცენკო-კუშინგის დაავადება

452. მეორადი ჰიპოკორტიციზმის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპერპიგმენტაციის უქონლობა
- ბ) მინერალოკორტიკოიდების უკმარისობის სიმპტომების უქონლობა
- გ) შესაძლებელია გონადოტროპინების უკმარისობის კლინიკური ნიშნების თანაარსებობა
- დ) შესაძლებელია თირეოტროპული ჰორმონის უკმარისობის კლინიკური ნიშნების თანაარსებობა
- *ე) ჰიპერპიგმენტაციის არსებობა

453. თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობით დაავადებულებში ჰიპოგლიკემიის განვითარება განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კორტიზოლის სეკრეციის დაქვეითება
- *ბ) ალდოსტერონის სეკრეციის დაქვეითება
- გ) გლუკოკონეოგენეზის შემცირება
- დ) ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის შემცირება
- ე) ნაწლავებში გლუკოზის შეწოვის შემცირება

454. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის ქრონიკული უკმარისობისთვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ეოზინოფილია
- ბ) ჰიპოგლიკემია
- *გ) ჰიპერნატრიემია
- დ) ჰიპოქლორემია
- ე) ჰიპერკალიემია

455. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობის დროს წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის დარღვევა ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) შარდით ნატრიუმის გამოყოფის შემცირება
- ბ) შარდით ნატრიუმის ჭარბი გამოყოფა
- გ) ჰიპონატრიემია
- დ) ჰიპერკალიემია
- ე) შარდით კალიუმის გამოყოფის შემცირება

456. თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობის განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მწვავე ინფექციები
- ბ) ინტოქსიკაციები
- გ) ქირურგიული ჩარევა
- დ) დაავადების არააღქვავური მკურნალობა
- *ე) კორტიკოსტეროიდების დოზის სიჭარბე

457. ადისონური კრიზი კლინიკურად ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მკვეთრი ღეჰიდრატაცია
- ბ) კოლაფსი
- გ) თირკმელების ფუნქციის დარღვევა
- დ) გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა
- *ე) შემუპებები

458. ადისონური კრიზის თანდათანობით განვითარების შემთხვევაში ყალიბდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კანის და ლორწოვანის პიგმენტაციის გაძლიერება
- ბ) სისუსტის მკვეთრი მომატება
- გ) წონაში სწრაფი კლება
- *დ) ყაბზობა
- ე) გულისრევა, პირღებინება

459. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობის დროს კლინიკურ ლაბორატორიული მონაცემები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპონატრიემია
- ბ) ჰიპოქლორემია
- *გ) ჰიპოკალიემია
- დ) ჰიპერკალიემია
- ე) ლიმფოციტოზი, ეოზინოფილია

460. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი უკმარისობის დროს ჰორმონული გამოკვლევის შედეგები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სისხლში აკტჰ-ს დონის მომატება

- *ბ) სისხლში აკტჰ-ს ღონის დაქვეითება
- გ) სისხლში კორტიზოლის ღონის დაქვეითება
- დ) შარდით 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების გამოყოფის შემცირება
- ე) შარდში ალდოსტერონის შემცველობის შემცირება

461. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი უკმარისობისათვის არ არის დამახასიათებელი ღიაგნოსტიკური სინჯების შემდეგი მონაცემები:

- *ა) სინაქტენის ცლა იწვევს სისხლში 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის მომატებას
- ბ) სინაქტენის ცლა არ იწვევს კორტიკოსტეროიდების შემცველობის მომატებას
- გ) რობინსონ-ჰაუერი-კეპლერის წყლის ცდის ჩატარებისას ღამის შარდის მოცულობა მეტია შარდის საათობრივი ულუფის ყველაზე დიდ მოცულობაზე
- დ) ლაბჰარტის ცლა მიუთითებს თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის არსებული და პოტენციური რეზერვების დაქვეითებაზე
- ე) ლაბალმარილოვანი ღიაგა იწვევს პლაზმაში რენინის შემცველობის მომატებას

462. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი უკმარისობის დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს :

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ულტრაბგერით გამოკვლევას
- ბ) კომპიუტერულ ტომოგრაფიას
- გ) ე.კ.გ.-ს მონაცემებს
- დ) ელექტრონენეფალოგრაფიულ მონაცემებს
- *ე) კორტიზოლის სეკრეციის დაქვეითების ფაქტის დადგენას

463. თირკმელზედა ჯირკვლების აუტოიმუნური წარმოშობის პირველადი უკმარისობისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის უჯრედების მიტოქონდრიალური ანტიგენების მიმართ ანტისხეულების არსებობა სისხლში
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის უჯრედების მიკროსომალური ანტიგენების მიმართ ანტისხეულების არსებობა სისხლში
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის უჯრედების მიმართ ანტისხეულების არსებობასთან ერთად ვლინდება ანტისხეულები ფარისებრი ჯირკვლის, პანკრეასის კუნძულოვანი აპარატის, საკვერცხეების, ფარისებრახლო ჯირკვლებისა და სხვა უჯრედების მიმართ.
- დ) ტუბერკულოზური პროცესის არ არსებობა
- *ე) მხოლოდ ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის დაზიანება

464. დიფერენციალურ დიაგნოსტის პირველადი და მეორად ჰიპოკორტიციზმს შორის ადგენენ ყველა ჩამოთვლილის საფუძველზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპერპიგმენტაციის არსებობა
- ბ) ლეპო-სინაქტენით ცლა
- გ) აკტჰ-ს ღონე
- დ) ლაბჰარტის ცლა
- *ე) კორტიზოლის ღონე

465. ჰემოქრომატოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰეპატომეგალია
- ბ) სპლენომეგალია
- გ) ლორწოვან გარსებზე პიგმენტაციის არარსებობა, მაგრამ კანში ჰემოსიდერინის შემცველი პიგმენტის ჩალაგება
- დ) ღვიძლის, კუჭქვეშა ჯირკვლის და სხვა ორგანოების ციროზი
- *ე) შაქრიანი დიაბეტის არ არსებობა

466. პელაგრისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღერმატიტის, რომელიც წინ უძღვის პიგმენტაცია
- ბ) ლემენცია
- გ) ღიაგა
- დ) პიგმენტაცია მხოლოდ სხეულის ღია ნაწილებზე
- *ე) პიგმენტაცია ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურების ადგილებში, ტანსაცმლის ხახუნის ადგილებზე

467. სისტემური სკლეროდერმიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კანის პიგმენტაციის და ლეპიგმენტაციის უბნების მონაცვლეობა
- ბ) კანის შეშუპება
- გ) კანის გროფიული დაზიანება (ჩირქგროვები, წყლულები)
- დ) კანის აგროფიული ცვლილებები
- *ე) ლორწოვანი გარსის პიგმენტაცია

468. გოქსიური ჩიყვის (პიგმენტური ფორმისათვის) არ არის დამახასიათებელი:

- ა) ჩიყვის არსებობა უმრავლეს ავადმყოფებში
- ბ) თვალის სიმპტომები
- გ) სისტოლური წნევის მომატება
- *დ) ლორწოვანი გარსის პიგმენტაცია
- ე) სისხლში თიროქსინის და ტრიოლთირონინის ღონის მომატება

469. კანის პიგმენტურ-ღერილოვანი დისკროფიისათვის (აკანტოზის ნიგრიკანსი) დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) ჰიპოკორტიციზმის კლინიკური და ლაბორატორიული სიმპტომების არსებობა

- ბ) ჰიპერკერატოზი
- გ) კანის პაპილომატოზური წანაზარღების არსებობა
- დ) ჰიპოკორტიციზმი სიმტომების უქონლობა
- ე) სისხლის ნორმალური წნევა

470. თირკმელზედა ჯირკვლების პირველადი უკმარისობის მსუბუქი ფორმის მკურნალობა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს დაინიშნას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კალიუმის მარილებით ღარიბი დიეტა
- *ბ) კალიუმის მარილებით მდიდარი დიეტა
- გ) ნაგრიუმის ქლორიდი 10 გ.-მდე დღე-ღამეში
- დ) ასკორბინის მჟავა დღე-ღამეში 0,5-1,0 გ.
- ე) ანაბოლური სტეროიდული პრეპარატები

471. თირკმელზედა ჯირკვლების პირველადი უკმარისობის საშუალო და მძიმე ფორმების დროს შესაძლოა დაინიშნოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიეტის მხრივ კალიუმის მარილების შეზღუდვა
- ბ) შენაცვლებითი თერაპია გლუკოკორტიკოიდებითა და მინერალოკორტიკოიდებით
- გ) ანაბოლური სტეროიდული ჰორმონები
- დ) ასკორბინის მჟავა
- *ე) დიეტა კალიუმის მარილების მაღალი შემცველობით

472. თირკმელზედა ჯირკვლის პირველადი ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულებს მინერალოკორტიკოიდებით მკურნალობისას ღობის სიჭარბის შემთხვევაში უნვითარდებათ ყველა ჩამოთვლილი სიმტომები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შეშუპებები
- ბ) თავის ტკივილი
- *გ) არტერიული წნევის შემცირება
- დ) არტერიული წნევის მომატება
- ე) ჰიპოკალიემიური ალკალოზი

473. პირველადი ჰიპოკორტიციზმით დაავადებულთა მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებისათვის მხედველობაში მიიღება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა
- ბ) სხეულის მასა
- გ) სისხლის არტერიული წნევა
- დ) კანის და ლორწოვანის პიგმენტაცია
- *ე) შარდში 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების ექსკრეციის დონე

474. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მეორადი უკმარისობის მკურნალობას აგარებენ ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გლუკოკორტიკოიდები
- *ბ) მინერალოკორტიკოიდები
- გ) თირეოიდული პრეპარატებით შენაცვლებითი თერაპია თირეოტროპულ ჰორმონის დეფიციტის დროს
- დ) სასქესო ჰორმონებით შენაცვლებითი თერაპია გონადოტროპინების დეფიციტის დროს
- ე) აკტჰ-ით, გონადოტროპინებით და თირეოტროპული ჰორმონით სტიმულაციური თერაპია

475. ადისონური კრიზისის კლინიკური სიმტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შენახული ცნობიერების ფონზე ძლიერი აღინამია, გაძნელებული, არამკაფიო მეტყველება
- ბ) გულისრევა, პირღებინება, ტკივილი მუცელში.
- *გ) არტერიული ჰიპერტონია, ძაფისებრი, გახშირებული პულსი
- დ) ფსევდომენინგეალური სინდრომი
- ე) ოლიგო-ანურია

476. გუბერკულოზური ეტიოლოგიის ადისონის დაავადების დროს უნიშნავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სტრეპტომიცინით მკურნალობა
- ბ) ანტიგუბერკულოზური მოქმედების პრეპარატებით მკურნალობა (ფტივაზიდი, გუბაზიდი, პასკი და სხვა)
- გ) წელიწადში 2-ჯერ ანტიგუბერკულოზური თერაპიის ჩატარება ფტიმიზატრის და ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ
- დ) კორტიკოსტეროიდებით შენაცვლებითი თერაპია
- *ე) ანტიგუბერკულოზური თერაპიის დაინიშნა თირეოიდული ჰორმონების აღმაავალი დოზებით მკურნალობის ფონზე

477. თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადების დროს პროგნოზი დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილ ფაქტორზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ეტიოლოგიური
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლებში პათომორფოლოგიური ცვლილებების ხასიათი
- გ) ჰიპოკორტიციზმის დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა
- *დ) შარდით 17-კეტოსტეროიდების და 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების ექსკრეციის დონე
- ე) მკურნალობის ეფექტურობა

478. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობის დროს დისპანსერული მეთვალყურეობის გაძლიერება აუცილებელია ყველა

სიტუაციაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სტრესული სიტუაციები
- ბ) ინფექციები
- *გ) ჰიპერტიზიული დაავადების შემცირება
- დ) ფიზიკური და გონებრივი გადაძაბვა
- ე) ქირურგიული ჩარევა

479. თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულთათვის წინააღმდეგ ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნერვულ-ფსიქიურ გადაძაბვასთან დაკავშირებული სამსახური
- ბ) სამსახური რომელიც დაკავშირებულია მძიმე ფიზიკურ დატვირთვასთან
- გ) მივლინებები და ღამის ცვლაში მუშაობა
- დ) დაავადების დეკომპენსაციის ფონზე თირუოიდული ჰორმონების დანიშვნა
- *ე) უმზოდ ჩაის მიღება გლუკოკორტიკოიდების დილის დოზის მიღებამდე

480. თირკმელზედა ჯირკვლების მწვავე უკმარისობის განვითარების ეტიოლოგიური ფაქტორები შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების გუბერკულოზური დესტრუქცია
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლების სიფილისური დესტრუქცია
- *გ) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი
- დ) სისხლჩაქცევები თირკმელზედა ჯირკვლებში
- ე) თირკმელზედა ჯირკვლების გრაფიული დამიანება

ლიაბეგოლოგია

481. ზოგად დაავადებათა სტრუქტურაში შაქრიანი დიაბეტის ხვედრითი წილი შეადგენს:

- *ა) 1-2%
- ბ) 0,5-9%
- გ) 20%
- დ) 30%
- ე) 40%

482. დიაბეტიანთა შორის ბავშვთა და მოზარდთა ხვედრითი წილი შეადგენს:

- ა) 1-2%
- *ბ) 3-5%
- გ) 0,5-1%
- დ) 6-10%
- ე) 40%

483. დიაბეტიანთა შორის 30 წლამდე ასაკის პაციენტთა ხვედრითი წილი შეადგენს:

- ა) 1-2%
- ბ) 3-5%
- *გ) 7,5-9%
- დ) 10-11%
- ე) 20%

484. დიაბეტიანთა შორის 50 წელზე მეტი ასაკის პაციენტების ხვედრითი წილი შეადგენს

- ა) 3-5%
- ბ) 10%
- გ) 20%
- დ) 50%
- *ე) 76%

485. შაქრიანი დიაბეტი მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში იკავებს შემდეგ ადგილს:

- ა) პირველი
- ბ) მეორე
- *გ) მესამე
- დ) მეოთხე
- ე) მეხუთე

486. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 2-ის გენეტიკური მარკერებია შემდეგი HLA ანტიგენები:

- ა) B8
- ბ) B15
- გ) B18
- დ) Dღჰჰ
- *ე) HLA არ განსხვავდება ჯანმრთელი პოპულაციისაგან

487. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 1 -ის დაწყებიდან პირველი 2-3 თვის განმავლობაში ანგისხეულები კუჭქვეშა ჯირკვლის კუნძულების

ანტიგენების მიმართ ვლინდება შემდეგი სისხირით:

- ა) 0,5%
- ბ) 1-2%
- გ) 10-20%
- დ) 20-40%
- *ე) 50-70%

488. აუტომუნური ღიაბეტი შეუღლებულია HLA სისტემის ყველა ჩამოთვლილ ანტიგენთან, გარდა:

- ა) B8
- ბ) B15
- გ) Dღ3
- დ) Dღ4
- *ე) A3

489. შაქრიანი ღიაბეტი განსაკუთრებით იშვიათია

- ა) ამერიკის პიმა ინდიელებში
- *ბ) ესკიმოსებში
- გ) რუსებში
- დ) ქართველებში
- ე) შველებში

490. ტიპი 1 შაქრიან ღიაბეტთან შეუღლებულ მემკვიდრულ სინდრომებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) აუტომუნური თირეოიდიტი
- ბ) ღიფუზური გოქსიური ჩიყვი
- გ) პერნიციოზული ანემია
- დ) პირველადი ჰიპოკორტიციზმი
- *ე) ენდემური ჩიყვი

491. ღიაბეტის რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მემკვიდრული წინასწარ განწყობა შაქრიანი ღიაბეტის მიმართ
- ბ) პათოლოგიური ორსულობა (მაგალითად, ღილი ზომის მკვლარი ნაყოფი, სპონტანური აბორტი)
- გ) ჰიპერტონული ღიაბედა
- დ) სიმსუქნე
- *ე) მშობიარობა 3-დან 4 კგ-მდე წონის ნაყოფით

492. ინსულინის აბსოლუტური უკმარისობა შეიძლება განპირობებული იყოს ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კუჭქვეშა ჯირკვალის სიმსივნური ღესტრუქცია
- ბ) მწვავე პანკრეატიტი
- გ) ვირუსული ინსულინიტი
- *დ) ვირუსული ჰეპატიტი
- ე) კუჭქვეშა ჯირკვლის კუნძულოვანი აპარატის აუტომუნური ღაზიანება

493. ტიპი 1 შაქრიანი ღიაბეტის პათოგენეზი არ არის დაკავშირებული არც ერთ ქვემოთ ჩამოთვლილთან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) ბეტა უჯრედების აუტომუნური ღესტრუქცია
- ბ) ღანგერჰანსის კუნძულების ბეტა უჯრედების რეცეპტორული აპარატის ღაზიანება
- გ) ინსულინის ჰორმონული ანტაგონისტების სიჭარბე
- დ) ინსულინის არაჰორმონული ანტაგონისტების სიჭარბე
- ე) ქსოვილთა უჯრედების ინსულინისადმი რეცეპტორების რაოღენობის შემცირება

494. ტიპი 1 შაქრიანი ღიაბეტის ღროს იმუნოლოგიური ცვლილებები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) პანკრეასის კუნძულების ბეტა უჯრედების აზა თუ იმ კომპონენტების მიმართ ანტისხეულების წარმოქმნა
- ბ) ღიაბეტის შეუღლება სხვა აუტომუნურ ღიაბედაებთან
- გ) აუტომუნური "ინსულიგების" არსებობა
- დ) შეუღლება HLA სისტემის შემდეგ ანტიგენებთან: B8, Dწ3, Dღ3, Dწ4, Dღ4
- *ე) კუჭქვეშა ჯირკვლის კუნძულების უჯრედების ღაზიანება ბეტა-ციტოტროპული ღიპლოკოკებით

495. ტიპი 2 შაქრიანი ღიაბეტის ღეკომპენსაციის ღროს მეტაბოლური ღარღვევის პათოგენეზში ანტიინსულინური მოქმედებით ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ჰორმონი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ზრღის ჰორმონი
- ბ) აღრენო-კორტიკოტროპული ჰორმონი
- *გ) ანღროგენები
- დ) გღუკოკორტიკოიდები
- ე) გღუკაგონი

496. შაქრიანი ღიაბეტის ღროს ნახშირწყლოვანი ცვლის ღარღვევა ვლინდება ყველა ჩამოთვლილის სახით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გღუკომის ფოსფორიღებისა და კანგვის პროცესების ღათრგუნვა
- ბ) გღუკომის ცხიმად გარღაქმნის შეფრხება
- *გ) ნახშირწყლების გღიკოგენში გაღასღლის გაღღიღრება

- დ) სისხლში ლაქტატის დაგროვება
- ე) ჰიპერგლიკემია, გლუკოზურია

497. შაქრიანი დიაბეტის დროს კრების ციკლის დათრგუნვა განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინის დეფიციტი
- ბ) ჰიპოქსია
- გ) B ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტი
- *დ) პროლაქტინის დეფიციტი

498. დიაბეტის დროს გლიკოგენის სინთეზის დაქვეითებას იწვევს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შიმშილი
- ბ) ჰიპოქსია
- გ) დომირებული ფიზიკური დატვირთვა
- *დ) ჰიპერინსულინემია
- ე) ღვიძლის დაავადებები

499. შაქრიანი დიაბეტის დროს ცხიმოვანი ცვლის დარღვევა ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპერლიპიდემია
- ბ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- გ) ჰიპერკეტონემია და კეტონურია
- დ) ჰიპერქოლესტერინემია
- *ე) ბილირუბინის დონის შემცირება

500. გიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს ცილოვანი ცვლის დარღვევა ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ცილის სინთეზის დაქვეითება
- ბ) გლუკონეოგენეზის გაძლიერება
- *გ) პლაზმაში ალბუმინის შემცველობის მომატება
- დ) ჰიპერამოგემია
- ე) ცილის კატაბოლიზმის გაძლიერება

501. დიაბეტის დროს წყურვილისა და პირის სიმშრალის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ორგანიზმის დეჰიდრატაცია
- ბ) ჰიპერგლიკემია
- გ) სისხლში შარდოვანას დონის მომატება
- დ) თირკმელების მიერ სითხის ჭარბი გამოყოფა
- *ე) სისხლში კრეატინინის დონის დაქვეითება

502. დიაბეტური მიკროანგიოპათია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ბაზალური მემბრანის გასქელება
- ბ) ენდოთელის პროლიფერაცია
- გ) ჭარბი რაოდენობით PAშ-დადებითი ნივთიერებების ჩალაგება
- დ) პერიციტებისა და ენდოთელური უჯრედების დეგენერაციული ცვლილებები
- *ე) ბაზალური მემბრანის გათხელება

503. დიაბეტური მიკროანგიოპათიის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კაპილარების ბაზალური მემბრანისა და სისხლძარღვების შემაერთებელ ქსოვილში მუკოპოლისაქარიდების ცვლის დარღვევა
- ბ) ერთროციტების დეფორმაციის უნარის დაქვეითება
- *გ) სისხლძარღვის კედელში პლაზმის ცილების განვლადობის შემცირება
- დ) ბაზალურ მემბრანაში იმუნური კომპლექსების ჩალაგება
- ე) სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რომელსაც მიეყვანოთ ჰიპოქსიამდე და ენდოთელის კვების მოშლამდე

504. გიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს კუჭქვეშა ჯირკვლის კუნძულოვანი აპარატის პათომორფოლოგიური ცვლილებები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ბეტა უჯრედების რიცხვის შემცირება
- ბ) ბეტა უჯრედების დეგრანულაცია
- გ) ლანგერჰანის კუნძულების დეგენერაციული ცვლილებები
- *დ) ბეტა უჯრედების რიცხვის გაზრდა
- ე) კუნძულების ჰიალინოზი და ფიბროზი

505. დიაბეტური მიკროანგიოპათიის დროს მორფოლოგიური ცვლილებები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ბაზალური მემბრანის სტრუქტურის შეცვლა
- ბ) კაპილარების, ვენულების, არტერიოლების ბაზალური მემბრანის გასქელება
- გ) პერიციტების დეგენერაცია
- დ) ენდოთელური უჯრედების პროლიფერაცია
- *ე) ბაზალური მემბრანის გათხელება

506. შაქრიანი დიაბეტის დროს ათეროსკლეროზული ცვლილებები ყველაზე ნაკლებად გამოვლინდება შემდეგ სისხლძარღვებში

- ა) კორონარული
- ბ) თავის ტვინის
- გ) თირკმლების
- დ) ქვემო კიდურების
- *ე) ელენთის

507. დიაბეტის დროს ღვიძლში მიმდინარე პათომორფოლოგიური ცვლილებები გამოვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- *ბ) ღვიძლის გლიკოგენით ინფილტრაცია
- გ) ღვიძლის ციროზი
- დ) ღვიძლის გადიდება
- ე) ცილოვანი დისტროფია

508. დიაბეტი ტიპი 1 ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღვიძლის მწვავე დაწყება
- ბ) კეტოზისადმი მიდრეკილება
- *გ) HLA სისტემასთან კავშირის არარსებობა
- დ) სისხლის შრატში ინსულინის დონის დაქვეითება
- ე) ინსულინით მკურნალობის აუცილებლობა

509. დიაბეტი ტიპი 2 ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღვიძლის დაწყება 40 წლის შემდეგ
- ბ) სხეულის ჭარბი მასა
- გ) კეტოაციდოზისადმი მიდრეკილების არ არსებობა
- დ) ღვიძლის თანდათანობითი განვითარება
- *ე) პირველი 2-3 წელი ინსულინით მკურნალობის აუცილებლობა

510. გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითების მაღალი რისკი აქვთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მონოზიგოტური ერთ ერთი გყუპისცალი, თუ მეორე დაავადებულია შაქრიანი დიაბეტით
- ბ) შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ორივე მშობლების შვილები
- გ) დამძიმებული გინეკოლოგიური ანამნეზის (ხშირი სპონტანური აბორტები, მკვდრადშობალობა, მრავალწყლიანობა) მქონე ქალები
- *დ) 18-დან 25 წლამდე ასაკის ქალები, ორსულებამდე სხეულის მასის ინდექსით 20-დან 24 კგ/მ² -მდე.
- ე) ქალები, რომლებმაც იმშობიარეს 4,5 კგ-ზე მეტი წონის ცოცხალი ან მკვდარი ნაყოფით

511. დიაბეტის კომპენსაციის ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) უმბოლ ნორმოგლიკემია
- ბ) ნორმოგლიკემია ღლე-ღამის განმავლობაში
- გ) დიაბეტისათვის დამახასიათებელი ჩივილების არარსებობა
- *დ) გლიკოზილირებული ჰემოგლობინის (Hb A1c) დონე 10-დან 12%-მდე
- ე) აგლუკოზურია

512. ლიპიდური ნეკროზიზი ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კანზე მოწითალო-ისფერი (უხშირესად უმტკივნეულო) ინფილტრატების გაჩენა
- ბ) გლიკოგენისა და ლიპიდების ჩალაგება პათოლოგიურად შეცვლილ კანში
- გ) კანის დამიანებულ უბანში მიკროცირკულაციის დარღვევა, ნეკროზი და დაწყებულიება
- დ) კვანძების განვითარება უპირატესად წვივის არეში
- *ე) ნეკროზიზული კერა არ წყლულდება

513. დიაბეტური ქსანთომატოზი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ყვითელი ფერის პაპულები და კვანძები
- ბ) ჰიპერლიპიდემია
- *გ) სისხლში ლიპიდების ნორმალური მაჩვენებელი
- დ) ქსანთომატოზის არსებობა, რომლებიც შედგებიან ლიპიდებით დატვირთული ჰისტიოციტების გროვისაგან
- ე) ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია-ხელისგული, ტერფი, წინამხარი, იდაყვისა და მუხლის მიდამო

514. ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს კანის მხრივ გამოვლინებები ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) დიაბეტური ბუტტუკი
- ბ) ფურუნკულოზი, კარბუნკულოზი
- გ) დიაბეტური ეპიდერმოფიგია
- *დ) ნევეუსების არსებობა

515. შაქრიანი დიაბეტის დროს სასუინთქი სისტემის დამიანება ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პნევმონიებისადმი მიდრეკილება
- ბ) ფარინგიტების, ლარინგიტების, ბრონქიტებისადმი მიდრეკილება
- *გ) პნევმონიის იშვიათი აბსცედირება
- დ) ტუბერკულოზის თანდართვა

ე) ფილტვის ქრონიკული პათოლოგიის ატიპური მიმდინარეობა

516. დიაბეტიანებში ფილტვების ტუბერკულოზი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ლაზარდების განვითარება უპირატესად ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში
- ბ) პათოლოგიური კერა უფრო ხშირად ლოკალიზდება ფილტვის კართან ან ცენტრალურ ნაწილებში
- გ) უპირატესად აბაცილარული ფორმების არსებობა
- *დ) ექსუდაციური ფორმების იშვიათი განვითარება
- ე) უსიმპტომო მიმდინარეობა

517. დიაბეტური ვეგეტატიური კარდიოპათია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სტაბილური სინუსური ტაქიკარდია
- *ბ) სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია
- გ) ფიქსირებული გულის რითმი
- დ) ორთოსტატიური არტერიული ჰიპოტონია
- ე) მიოკარდის ინფარქტის უმტკივნეულო მიმდინარეობა

518. დიაბეტური მიოკარდიოლისტროფია კლინიკურად ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მარცხენა პარკუჭის განღვენის პერიოდის შემოკლება
- ბ) სისტოლის ფაზის დაძაბვის პერიოდის გახანგრძლივება
- *გ) სისტოლის ფაზის დაძაბვის პერიოდის შემოკლება
- დ) მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური წნევის მომაგება, დიასტოლური მოცულობის მომაგების გარეშე
- ე) გულის მცირე ყალიბის სისხლძარღვთა დაზიანება

519. მიოკარდის მწვავე ინფარქტის მიმდინარეობის კლინიკურ თავისებურებებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) გავრცელებული ინფარქტის განვითარება
- ბ) გულის უკმარისობის არსებობა
- გ) ხშირი თრომბოემბოლიური გართულებები
- *დ) ლეტალობის პროცენტის შემცირება
- ე) მიოკარდის ინფარქტის ატიპური (უმტკივნეულო, ასიმეტრი, აბლომინალური და ა.შ.) კლინიკური ფორმების გახშირება

520. დიაბეტის დროს მიოკარდის ინფარქტის სიხშირე კორელაციურ კავშირშია ყველა ჩამოთვლილთან, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ჰიპერლიპიდემია
- ბ) ავადმყოფის ასაკი
- *გ) დამძიმებული მემკვიდრეობა დიაბეტის მიმართ
- დ) სიმსუქნის არსებობა
- ე) ჰიპერტენზია

521. შაქრიანი დიაბეტის დროს მიოკარდის მწვავე ინფარქტის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) გულის მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობის უეცარი განვითარება
- *ბ) ინსულინისაღმი მგრძობიანობის მომაგება
- გ) გულის რითმის დარღვევა
- დ) არამოტივირებული გულისრევა, ლებინება
- ე) ფილტვების შეშუპება

522. დიაბეტური განგრენის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ტერფის კანის მიკროტრაფმა
- *ბ) ჰიპოგლიკემია
- გ) ფრჩხილის ჩაზრდა
- დ) მოყინვა
- ე) კოჟიკის ინფიცირება

523. დიაბეტური განგრენის ძირითად პათოგენეზურ ფაქტორებს განეკუთვნება ყველა აქ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) დიაბეტური მაკროანგიოპათია
- ბ) დიაბეტური მიკროანგიოპათია
- *გ) ჰიპერპროლაქტინემია
- დ) პერიფერიული ნეიროპათია
- ე) ქსოვილოვანი მეტაბოლიზმის დარღვევა

524. მშრალი არაინფიცირებული განგრენისათვის (ე.წ. "იშემიური დიაბეტური გერფი"), დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ძირითადად ტერფის თითების არეში ლოკალიზაცია
- ბ) შავი ფერის ნეკროზული უბნის არსებობა
- გ) მუმიფიკაცია
- დ) დაზიანებულ ნაწილში კანის სიფერმკთაღე, მშრალი, მცირე ზომის შემოსაზღვრული უბნით
- *ე) ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრად გაუარესება ზოგადი ინტოქსიკაციის გამო

525. "სველი" განგრენისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) მღერი ექსუდატის შემცველი ბუშტუკების წარმოქმნა

ბ) კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზი

*გ) ავადმყოფური გამოვლინებების უპირატესად ლოკალური ხასიათი, ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნების გარეშე

დ) ნეკროზულ პროცესში კუნთების, მყესების და ძვლების ჩართვა

ე) გენერალიზებული სეფსისის განვითარების შესაძლებლობა

526. მარტივი ღიაბეჭური რეტინოპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) გაგანიერებული ვენები

ბ) ლაკლაკნილი ვენები

გ) მიკროანევრიზმები

დ) ვენების არათანაბარი ყალიბი

*ე) არტერიო-ვენოზური ჯვარედინის განვითარება

527. ღიაბეჭური რეტინოპათიის II სტადიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) სისხლჩაქცევა ბალურა გარსში

ბ) ბალურის დაბინდვა

*გ) ნეოვასკულარიზაცია

დ) მიკროანევრიზმები

ე) ლაკლაკნილი სისხლძარღვები

528. ღიაბეჭური რეტინოპათიის III სტადიისათვის დამახასიათებელია ყველა ნიშანი, გარდა:

*ა) ნეოვასკულარიზაციის არ არსებობა

ბ) ბალურის შეშუპება

გ) მიკროანევრიზმები

დ) სისხლჩაქცევები

ე) ბალურაზე დეგენერაციული უბნები

529. შაქრიანი დიაბეტის დროს თვალის მხრივ ხშირად აღინიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილი შემდეგი პათოლოგიები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ირიგი, ირიდოციკლოიგი

ბ) კატარაქტა

გ) გლაუკომა

დ) მიოპია

*ე) ჰიპერმეტროპია

530. ღიაბეჭური მონონუკლეოპათიის სიმპტომებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) სიმეტრიული ტკივილები კიდურებში, წელის არეში

ბ) ღებუქება

გ) სიცვიის ან წვის შეგრძნება ფეხებში, ხელბეჭებში

დ) წვივის კუნთების ტონური კრუნჩხვები

*ე) მოძრაობის დარღვევების სრული შექცევადობა

531. ღიაბეჭური პოლინეიროპათიისათვის დამახასიათებელია, ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) პროქსიმალური კუნთების ასიმეტრიული დაზიანება

ბ) ტკივილის სინდრომის არსებობა

გ) მოგორული დარღვევების შესაძლო შექცევადი ხასიათი

*დ) დაზიანების ადრეულ ეტაპზე ოსტეოპოროზის განვითარება

ე) დიაბეტის კონპენსაციის შემთხვევაში კლინიკური გამოვლინებების შემცირება

532. პერიფერიული ღიაბეჭური ნეიროპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მყესოვანი რეფლექსების დაქვეითება

ბ) კუნთის ძალის დაქვეითება მტევანსა და ტერფში

*გ) კუნთური ძალის მომაგება

დ) წვივის კუნთების მტკივნეულობა მეწოლისას

ე) სიცვიის, სითბოს, ტკივილების, ვიბრაციული მგრძნობელობის დაქვეითება ხელთათმანებისა და წინდების გიპით

533. ღიაბეჭური ამიოტროფია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) პროქსიმალურ კუნთებში სისუსტის სწრაფი განვითარება

ბ) კუნთების განლევა

გ) მგრძნობელობის მოშლის არარსებობა

დ) რეფლექსების დაქვეითება და/ან არ არსებობა

*ე) შაქრიანი დიაბეტის აღქვაგური მკურნალობის მიუხედავად სიმპტომების შეუქცევადი ხასიათი

534. ღიაბეჭური ნეირო-ართროპათია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) მგრძნობელობის ყველა გიპის მოშლის პროგრესირებადი ხასიათი

ბ) ტროფიული დარღვევების პროგრესირება

გ) ტკივილის სინდრომის დამძიმება

- დ) ლესტრუქციული ოსტეოართროპათიის განვითარება
- *ე) სპონგანური მოგეხილობების არ არსებობა

535. ღიაბეგური ენცეფალოპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ნევრასთენია
- ბ) ფსიქოასთენია
- გ) ისტერია
- დ) მეხსიერების დაქვეითება
- *ე) ალექვატური ქცევა

536. ღიაბეგური გასტროპათია კლინიკურად ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კუჭის მოტორიკის შეცვლა
- ბ) კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის დაქვეითება
- *გ) კუჭის მქავაწარმოქმნელი ფუნქციის გაძლიერება
- დ) გასტრიტის მიმდინარეობა მცირე სიმპტომებით
- ე) კუჭის წყლულის მიმდინარეობა მცირე სიმპტომებით

537. ღიაბეგური ენცეფროპათია ვლინდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პერიოდულად ნაწლავების მოტორიკის გაძლიერება (ფაღარათი)
- ბ) პერიოდულად ნაწლავების მოტორიკის დაქვეითება (ყაბზობა)
- გ) მეტეორიზმი
- *დ) საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების ჰიპერსეკრეცია
- ე) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის მიმდინარეობა მცირე სიმპტომატიკით

538. შაქრიანი ღიაბეგის დროს ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი ნიშნით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღვიძლის გადიდება
- ბ) პალპაციით გლუვი და რბილი ღვიძლი
- გ) ჰიპოგლიკემიებისაკენ მიდრეკილება
- დ) ჩვეულებრივ შეუცვლელი ღვიძლის ფუნქციური სინჯები
- *ე) ნორმალურია ალბუმინწარმოქმნელი ფუნქცია

539. შაქრიანი ღიაბეგით დაავადებულებში ენცეფროპათიის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ღიაბეგური მიკროანგიოპათია
- ბ) ვეგეტატური ღიაბეგური ნეიროპათია
- გ) ნაწლავთა აუტონომური დაზიანება
- *დ) ცხოველური ინსულინის პრეპარატებით მკურნალობა
- ე) მემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობა

540. კიმელსტილ-ვილსონის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) რეგინოპათია
- ბ) არტერიული ჰიპერტენზია
- გ) პროტეინურია
- *დ) ლეჰიდრატაცია, ჰიპოვოლემია
- ე) ჰიპერბოტემია

541. შაქრიანი ღიაბეგით დაავადებულებში პიელონეფრიტის დიაგნოსტიკა ხდება ყველა ჩამოთვლილი გამოკვლევებით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) შარდის ანალიზი ადისის მეთოდით და ნეჩიპორენკოს მეთოდით
- ბ) შარდის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი
- გ) რენტგენოუროგრაფია
- დ) შარდის ნალექის ანალიზი
- *ე) რებერგის სინჯი

542. შაქრიანი ღიაბეგისათვის დამახასიათებელია საშარდე სისტემის ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგია, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცისტეტი
- ბ) პიელიტი
- გ) პიელონეფრიტი
- დ) აბსცესი, თირკმლების კარბუნკული
- *ე) შარდგამომყოფი სისტემის თანდაყოლილი ლეფექტი

543. პაპილარული ნეკროზი შაქრიანი ღიაბეგის დროს ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება
- ბ) შაქრიანი ღიაბეგის მკვეთრი ლეკომპენსაცია თვით ღიაბეგურ კომამდეც კი
- გ) თირკმელების მწვავე უკმარისობის განვითარება
- *დ) ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება სისხლის შრატის კრეატინინის დონის მნიშვნელოვანი დაქვეითების ფონზე
- ე) ჩირქოვანი ინტოქსიკაცია

544. დიაბეტური ნეფროპათიის პრენეფროზული სტადია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პროტეინურია (ცილის ნიშნებიდან პრომილეს მესველებამდე)
- ბ) ნორმალური არტერიული წნევა
- გ) თირკმლების ფილტრაციული ფუნქციის გაძლიერება
- დ) ჰიპოპროტეინემია
- *ე) თირკმლების სისხლის ნაკადის დაქვეითება

545. დიაბეტური ნეფროპათიის ნეფროზული სტადია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მყარი პროტეინურია
- ბ) თირკმლების კონცენტრაციული ფუნქციის დაქვეითება
- *გ) ნორმალური არტერიული წნევა
- დ) ანემია, ელსის მომაგება
- ე) თირკმელს შენარჩუნებული აქვს ამოტვინი ფუნქცია

546. დიაბეტური ნეფროპათიის ნეფროსკლეროზული სტადია ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) შეშუპებები
- ბ) ჰიპერტენზია
- გ) ჰიპერკრეტინემია, ჰიპერაზოტემია, სისხლში შარდოვანას მომაგება
- დ) ერითროციტურია
- *ე) კორტიზოლის მომაგება

547. შაქრიანი დიაბეტის დროს სომატოტროპული ჰორმონის რაოდენობის მომაგებას ადგილი აქვს ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კეტოაციდოზი
- ბ) შაქრიანი დიაბეტის დეკომპენსაცია
- გ) ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა
- *დ) შაქრიანი დიაბეტის მყარი კომპენსაცია
- ე) შაქრიანი დიაბეტის და აკრომეგალიის თანხვედრის დროს

548. შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმის შემთხვევაში, ქალის სასქესო ორგანოების ფუნქციური მდგომარეობისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) უშვილობა
- ბ) სპონტანური აბორტი
- გ) ნაადრევი მშობიარობა
- *დ) უმრავლეს ავადმყოფებში რეგულარული მენსტრუალური ციკლი
- ე) ვულვიტი, ვაგინიტი

549. შაქრიანი დიაბეტი ხშირად ვლინდება ყველა ჩამოთვლილ ენდოკრინულ დაავადებასთან ერთად, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) აკრომეგალია
- ბ) იცენკო-კუშინგის დაავადება
- გ) ფეოქრომოციტომა
- დ) სიმსუქნე
- *ე) სიმონდსის სინდრომი

550. რედუცირებული ნივთიერებების გარეშე გლუკოზის ჰემობარიტი რაოდენობის დასადგენად, ყველაზე უფრო მუსტი მეთოდია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) ჰაგელორნ-იენსენის მეთოდი
- ბ) სომოჯი-ნელსონის მეთოდი
- გ) ნაგელსონის მეთოდი
- დ) ფრიდის და გოლფმაიერის ორთოტოლუიდინური მეთოდი

551. გლუკოზის მიმართ გოლერანგობის ტესტის პათოლოგიური მაჩვენებლები შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ჩამოთვლილი მდგომარეობების დროს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ინფექცია, ცხელება
- *ბ) შეწოვის დაქვეითებით მიმდინარე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები
- გ) დვიძლის პარენქიმის დაზიანება
- დ) კონის სინდრომი
- ე) ქრონიკული პანკრეატიტი

552. გლუკოზისადმი გოლერანგობის ტესტის ჩვენების არსებობის შემთხვევაში მისი ინტრავენური ვარიანტის გამოყენება ნაჩვენებია მხოლოდ ისეთ შემთხვევაში, როგორიცაა:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- ბ) ქრ. პანკრეატიტი
- გ) ქრ. ქოლეცისტიტი
- *დ) დაავადებები რომელთაც თან სდევს გლუკოზის შეწოვის დარღვევა

553. შაქრიანი დიაბეტის დროს გლუკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა ექიმს აძლევს ყველა ჩამოთვლილის საშუალებას გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) წინამორბედი 2-3 თვის განმავლობაში მკურნალობის ეფექტის შეფასება
- ბ) აუცილებელი კორექტივის შეტანა მკურნალობის ტაქტიკაში
- *გ) წინამორბედი 5-6 დღის განმავლობაში მკურნალობის ეფექტის შეფასება

554. შაქრიანი დიაბეტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მეთოდებია ყველა ჩამოთვლილი გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) პოსტალიმენტარული გლიკემიის განსაზღვრა
- *ბ) ინსულინის რაოდენობის განსაზღვრა პანკრეასის წვენში
- გ) ფრუქტოზამინის განსაზღვრა სისხლში
- დ) გლიკოლიზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა
- ე) გლიკემიის განსაზღვრა უშვლად

555. მოსახლეობის მასიური გამოკვლევების დროს შაქრიანი დიაბეტის გამოსავლინებლად გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ტესტ-ჩხირები (გლუკოტესტი, ტესტაპი, ბიოფანი და სხვ.)
- ბ) გლიკემიის განსაზღვრა გლუკომით დაგვირთვის შემდეგ 2 საათში
- გ) გლიკემიის განსაზღვრა საუზმის შემდეგ 2 საათში
- დ) გლიკემიის განსაზღვრა უშვლად
- *ე) გლიკოპემოგლობინის განსაზღვრა საუზმიდან მეოთხე საათზე.

556. რა რაოდენობის გლუკომის ფხვნილი უნდა დამზადდეს წყალხსნარი გლუკომისადმი ტოლერანტობის სტანდარტული ორალური ტესტის ჩატარებისათვის მოზრდილ ასაკში?

- ა) 50 გრამი
- ბ) 55 გრამი
- გ) 65 გრამი
- *დ) 75 გრამი
- ე) 100 გრამი

557. ინსულინის დონე სისხლის შრატში შაქრიანი დიაბეტის დროს ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მკვეთრი დაქვეითება ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს
- ბ) მომატება ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მრავალ შემთხვევაში
- გ) ნორმალური ან დაქვეითებული დონე ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მოგვიანებით პერიოდში
- *დ) გლუკომით სტიმულირებული ინსულინის სეკრეციის მომატება ტიპი 1 დიაბეტის დროს
- ე) გლუკომით სტიმულირებული ინსულინის სეკრეციის სხვადასხვა ხასიათის ცვლილებანი (შენელებული, დაქვეითებული ან მომატებული) ტიპი 2 დიაბეტის დროს

558. შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოსტიკური ტესტების შედეგებზე გაველენას ახდენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ტესტის ჩატარება გლუკოკორტიკოიდების ან ჰიპოთიაზიდის მიღების ფონზე
- ბ) ტესტის ჩატარების პერიოდში გამოსაკვლევი პირის ფიზიკური აქტივობის დონე
- გ) ტესტის ჩატარების პერიოდში გამოსაკვლევი პირის ემოციური სტატუსი
- დ) სისხლის ანალიზის მეთოდები
- *ე) საანალიზოდ სისხლის აღების მომენტში ავადმყოფის მდებარეობა სივრცეში (ჰორიზონტალური თუ ვერტიკალური)

559. შაქრიანი დიაბეტის დროს შეიძლება იყოს აგლუკომურია ყველა შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კომპენსირებული დიაბეტი
- *ბ) კომპენსირებული დიაბეტის ფონზე გლუკომისადმი თირკმლის ზღურბლის დაქვეითება (თანხლები თირკმლოვანი დიაბეტი)
- გ) დიაბეტური გლომერულოსკლეროზის ტერმინალური სტადია

560. გლუკომურიის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობა, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თირკმლოვანი დიაბეტი
- ბ) ორსულობა
- გ) დეკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტი
- დ) ფანკონი-დებრე-დუ ტონის სინდრომი
- *ე) აუტოიმუნური პირველადი ჰიპოთირეოზი

561. შაქრიანი დიაბეტისა და მისი გართულებების პროფილაქტიკის ღონისძიებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ცვლის მაჩვენებლების მაქსიმალური ნორმალიზაცია
- ბ) დიაბეტური მიკრო- და მაკროანგიოპათიის მეორადი პროფილაქტიკა
- გ) სხეულის იდეალური მასის შენარჩუნება
- დ) არტერიული წნევის ნორმალიზაცია
- *ე) ლობირებული სუნთქვითი ვარჯიშები, ფილტვების ვენტილაციისა და სისხლის ოქსიგენაციის გასაუმჯობესებლად

562. თვითკონტროლი შაქრიანი დიაბეტის დროს მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- *ა) გლიკოპემოგლობინის (HbA1c) რეგულარული თვითკონტროლი პაციენტის მიერ ბინის პირობებში
- ბ) გლიკემიის რეგულარული თვითკონტროლი
- გ) გლუკომურიისა და კეტონურიის თვითკონტროლი
- დ) სარეგიოსტრაციო ურნალში ანალიზის მონაცემების რეგულარული შეტანა
- ე) სხეულის მასისა და არტერიული წნევის კონტროლი

563. ბოსტნეული და ხილი შეიცავს ყველა ჩამონათვალს, გარდა ისეთისა, როგორცაა :

- ა) ვიტამინები
- ბ) მიკრო და მაკროელემენტები
- გ) უჯრედისი
- დ) პექტინი
- *ე) ქსილიტი

564. ფრუქტოზა, რომელიც შედის ხილში და კენკრაში, ხელს უწყობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ პროცესებს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გლიკოგენის სინთეზი
- ბ) კეტოგენების ლათრგუნვა
- გ) გრიგლიცერილების სინთეზი
- დ) სისხლში გლუკოზის დონის მომატება
- *ე) ზრდის ჰორმონის დონის მატება სისხლში

565. საკვები რაციონის მცენარეული უჯრედისით გამდიდრება განაპირობებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ პროცესებს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ბაზალური და საკვების მიღებით სტიმულირებული გლიკემიის მატების შემცირება
- ბ) ქოლესტერინემიისა და გრიგლიცერიდემიის დაქვეითება სისხლში
- *გ) ნაწლავებში ვიტამინების ენდოგენური სინთეზის ლათრგუნვა
- დ) ნაწლავებიდან საკვების ინგრედიენტების შეწოვის პროცესის შეფერხება
- ე) ნაწლავების ფუნქციის ნორმალიზება

566. ინსულინოთერაპიის აბსოლუტური ჩვენებანია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღიაბეჭური კეტოაცილოზი, პრეკომატოზური მდგომარეობა და ღიაბეჭური კომა
- ბ) ღიაბეჭური ნეფროპათია თირკმლის ამოგამომყოფი ფუნქციის მძიმე მოშლით
- გ) ორსულობა
- *დ) დიეტოთერაპიის არაეფექტურობა
- ე) ღვიძლის პარენქიმის მძიმე დაზიანება (ჰეპატიტი, ციროზი)

567. ალერგიული რეაქცია ინსულინზე შესაძლოა გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გენერალიზებული ურტიკარული გამონაყარი
- ბ) ინსულინის ინექციის ადგილზე კანის ჰიპერემია, გამკვრივება
- გ) გამოვლინებები კუჭ-ნაწლავის მხრივ
- *დ) ჰიპოგლიკემია
- ე) შეშუპებები

568. ინსულინზე ალერგიის არსებობისას შეიძლება დაენიშნოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დესენსიბილიზაციური ანტიჰისტამინური თერაპია
- ბ) სპეციფიური დესენსიბილიზაცია
- გ) ინსულინის სახეობის შეცვლა
- *დ) ინსულინის დოზის შემცირება, რის პროპორციულადაც მცირდება ალერგიული რეაქციის სიმძიმე
- ე) მკურნალობა კორტიკოსტეროიდებით

569. ინსულინით მკურნალობისას პოსტინექციური ლიპოდისტროფიები შეიძლება განაპირობოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილმა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინის პრეპარატის გაწმენდის დაბალი ხარისხი
- ბ) ინსულინის შეყვანის ადგილას ქსოვილების ნეიროდისტროფიული ცვლილებები ხანგრძლივი მექანიკური ტრავმატიზაციის საპასუხოდ
- *გ) შაქრიანი დიაბეტის ლეკომპენსაცია
- დ) დაბალი გემპერაგურის მქონე ინსულინის პრეპარატის გამოყენება, წინასწარი შეთბობის გარეშე
- ე) მეავე რეაქციის მქონე ინსულინის პრეპარატების გამოყენება

570. შაქრიანი დიაბეტის დროს ინსულინოთერაპიით გამოწვეული გართულებები შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ლიპოდისტროფია
- ბ) შეშუპებები
- გ) ჰიპოგლიკემია
- დ) ალერგიული რეაქცია
- *ე) კეტოაცილოზი

571. შაქრიანი დიაბეტის დროს მხედველობის დაქვეითების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) რეტინოპათიის შეცვლა, რაც გამოწვეულია ბროლის მეტაბოლიზმის სიმრუდის ცვლილებებით
- ბ) თვალის ბროლში სორბიტისა და წყლის დაგროვებით გამოწვეული მიოპია
- გ) ღიაბეჭური რეტინოპათია
- დ) კატარაქტა
- *ე) დისტროფიული ცვლილებები პრეტეტინულ კუნთოვან გარსში

572. ჰიპოგლიკემია შეიძლება განვითარდეს ყველა შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღიების და კვების რეჟიმის დარღვევა
- ბ) გელმეტი ფიზიკური დაზიანება
- *გ) ემოციური სტრესი
- დ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- ე) ინსულინის დონის გადაჭარბება

573. ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობიდან გამოსაყვანად შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების (შაქარი, თაფლი, მურაბა) მიღება
- ბ) გლუკოზის 40% ხსნარის ინტრავენური ინექცია
- გ) აღრენალინის ინექცია კუნთებში
- დ) გლუკაგონის ინექცია კუნთებში
- *ე) ალკოჰოლის მიღება

574. ინსულინის დონის ქრონიკული სიჭარბის სინდრომის კლინიკური გამოვლინებაა ყველა ჩამონათვალი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღიაბეგის ლაბილური მიმდინარეობა
- ბ) კეტოაციდოზი
- გ) ხშირი ჰიპოგლიკემიური რეაქციები
- დ) წონაში მატება
- *ე) ოფლის გამოყოფის ჰორმონალური რეგულაციის მოშლა

575. სულფანილმარლოვანას შაქრის დამწვევი პრეპარატების გავლენით სისხლში შაქრის დონის დაქვეითების მექანიზმი გულისხმობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინის ქსოვილოვანი რეცეპტორების რაოდენობის გაზრდა
- ბ) ინსულინის სეკრეციის სტიმულაცია
- გ) გლუკაგონის სეკრეციის დათრგუნვა
- დ) ინსულინდამოკიდებული ქსოვილების მგრძობიანობის მომატება ენდოგენური ინსულინის მიმართ
- *ე) გლუკოზის აბსორბციის შემცირება ნაწლავებში

576. სულფანილმარლოვანას შაქრის დამწვევი პრეპარატების დანიშვნის ჩვენება შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შაქრიანი ღიაბეგი გიპი 2 სტაბილური მიმდინარეობით
- ბ) ინსულინორემისგენგობა
- გ) შაქრიანი ღიაბეგი გიპი 2, რომლის კომპენსაცია არ ხერხდება მხოლოდ ღიებით
- დ) სტერილული ღიაბეგი
- *ე) ბავშვთა ღიაბეგი

577. სულფანილმარლოვანას პრეპარატების მიღების აბსოლუტურ უკუჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამონათვალი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კეტოაციდოზი
- ბ) ორსულობა, მშობიარობა, ლაქტაცია
- გ) სისხლის დაავადება (ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია)
- დ) ღიაბეგური ნეფროპათია III სტ.
- *ე) თავის გვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა - იშემიური ინსულტი

578. გიპი 2 ღიაბეგის დროს შაქრის დამწვევი ფუქტი ძლიერდება ქვემოთ ჩამოთვლილ ყველა საშუალებებთან ერთად სულფანილმარლოვანას მიღებისას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ალკოჰოლი
- ბ) სულფანილამიდური ანტიბაქტერიული პრეპარატები
- *გ) შარდმდენები
- დ) ინსულინი
- ე) I და II გენერაციის სულფანილამიდური პრეპარატების კომბინაცია

579. სულფანილმარლოვანას პრეპარატების გვერდით მოვლენები შესაძლოა გამოიხატოს ყველა ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კუჭ-ნაწლავის გამოვლინება
- ბ) ალერგიული რეაქცია
- *გ) წონაში დაკლება
- დ) თრომბოციტების და ლეიკოციტების დაქვეითება
- ე) ღვიძლის ფუნქციის გოქსიური დარღვევა

580. სულფანილმარლოვანას პრეპარატებიდან თირკმელების გზით ყველაზე ნაკლებად გამოიყოფა:

- ა) ქლორპროპამიდი
- ბ) გლიკლაზიდი
- *გ) გლურენორმი
- დ) გლიბენკლაზიდი
- ე) მინიდიანი

581. ბიგუანილების შაქრის დამწვევი მოქმედების მექანიზმი გამოიხატება ყველა ქვემოლ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კუნთოვანი ქსოვილის მიერ გლუკოზის უტილიზაციის მომატება
- *ბ) პანკრეასის ბეტა-უჯრედებიდან ინსულინის სეკრეციის სტიმულირება
- გ) გლუკონეოგენეზის დათრგუნვა
- დ) ინსულინის მოქმედების პოტენცირება
- ე) მაღის დამათრგუნველი მოქმედება

582. ბიგუანილების მიღების აბსოლუტურ უკუჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კეტოაციდოზი
- ბ) ქრონიკული დაავადებები, რომელთაც თან სდევთ ქსოვილოვანი ჰიპოქსია
- გ) ორსულობა
- *დ) ზომიერი ლეიკოპენია
- ე) დიაბეტური ნეფროპათია II-III სტ.

583. ბიგუანილების გვერდითი ეფექტი გამოიხატება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) რძემჟავა აციდოზი
- ბ) კანის ალერგიული რეაქცია
- გ) დისპეპსიური მოვლენები
- დ) ჰიპოგლიკემიური რეაქცია
- *ე) ქოლესტაზი

584. შაქრის დამწვევი ეფექტი აქვს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) არფაბეტინი
- ბ) ბაბუაწვერას ფესვები
- გ) მოცვის ფოთლები
- დ) ლობიოს ჩენჩო
- *ე) ჩაის ფოთლები

585. ანგიოპათიის მკურნალობისათვის იხმარება ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ტრენტალი
- ბ) პროდექტინი
- გ) დიცინონი
- დ) ლოქსიუმი
- *ე) ბუფორმინი

586. ასპირინის დაღებით გავლენა ჰომეოსტაზზე გამოიხატება ისეთი მოქმედებით, როგორცაა:

- ა) ტრომბოქსანის აქტივაცია
- ბ) პროსტაგლიკლინების დათრგუნვა
- გ) თრომბოციტების აგრეგაციის მომატება
- დ) ფიბრინოლიზის დათრგუნვა
- *ე) თრომბოციტების აგრეგაციის ბლოკირება

587. ლიპოტროპული ეფექტი ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილ პრეპარატს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ლიპოს მჟავა
- ბ) ქოლინის ქლორიდი
- გ) ნიკოტინის მჟავა
- დ) მეთიონინი
- *ე) გლიბენკლამიდი

588. შაქრიანი დიაბეტის დროს ფიზიოთერაპიული მკურნალობა ინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ლიპოიდური ნეკროზი
- ბ) დიაბეტური პოლინეიროპათია
- გ) პოსტინექციური აბსცესი
- დ) ინსულინით მკურნალობის შედეგად განვითარებული პოსტინექციური ლიპოდისგროფია
- *ე) გლაუკომა

589. შაქრიანი დიაბეტის დროს რეგულარული, ადექვატური, დომირებული ფიზიკური ვარჯიშები ხელს უწყობენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გლიკემიის დაქვეითება
- ბ) ინსულინის მიმართ მითხოვნილების შემცირება
- გ) ინსულინის მიმართ ორგანიზმის მგრძობელობის გაძლიერება
- *დ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების რისკის მომატება
- ე) წონის დაკლება

590. ფიზიკური ვარჯიშები, შაქრიანი დიაბეტის დროს ხელს უწყობენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა :

- ა) ინსულინის უჯრედული რეცეპტორების რიცხვის გაზრდა
- ბ) ქოლესტერინემიის დონის დაქვეითება

- გ) გრილიციკრიდების ღონის დაქვეითება
- დ) კეტოგენების გაძლიერება გამოხატული ჰიპერგლიკემიის დროს (როდესაც გლიკემია 300 მგ%-ზე ანუ 17,1 მმოლ/ლ-ზე მეტია)
- *ე) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის ღონის დაქვეითება

591. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებს ე.წ. "დიდი" ოპერაციის წინა პერიოდში უგარლებათ ყველა ღონისძიება, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინფექციის ყველა შესაძლო წყაროს სანაცია
- ბ) ნახშირწყლოვანი ცვლის მაქსიმალური ნორმალიზაცია
- გ) მთავა-ტუგოვანი წონასწორობის მაქსიმალური ნორმალიზაცია
- *დ) გარეგანი სუნთქვის კორექცია ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენებით
- ე) სულფანილამიდური პრეპარატების ნაცვლად ინსულინოთერაპიის დაწესება

592. შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა წინააღმდეგანაზღვრება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მაღალი ჰიპერგლიკემია
- ბ) მძიმე ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა
- გ) მიღრეკილება კეტოაციდოზისაკენ
- *დ) დიაბეტური რეტინოპათია I სტ.
- ე) დიაბეტური ნეფროპათია III სტ.

593. ტიპი I შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციისათვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელი ჩივილების არ არსებობა
- ბ) უბმოდ ნორმალური გლიკემია
- გ) გლიკოჰემოგლობინის (HbA_{1c}) ნორმალური დონე
- დ) ჰიპოგლიკემიური რეაქციის არ არსებობა
- *ე) მზარდი ჰიპერლიპიდემია

594. პლაცენტის ჰორმონალურმა მოქმედებამ შეიძლება განაპირობოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნახშირწყლების მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითება ქალებში
- ბ) თირკმლისმიერი გლუკოზურია
- *გ) ლიპიდების ღონის დაქვეითება
- დ) კეტონური სხეულების მომატება
- ე) დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ღონის მომატება

595. ორსულობა შაქრიანი დიაბეტის დროს შეიძლება გართულდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სპონტანური აბორტი
- ბ) გვიანი ტოქსიკოზი
- გ) ჭარბწყლიანობა
- დ) ნაყოფის დაღუპვა
- *ე) მცირე წყლიანობა

596. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ქალებში ადრეულ ეტაპზე ორსულობის შეწყვეტა შეიძლება გამოწვეული იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტის დეკომპენსაცია
- ბ) კეტოაციდოზი
- გ) უროგენიტალური ინფექცია
- *დ) სტაბილური ნორმოგლიკემია
- ე) საკვერცხეების დისფუნქცია, რომელიც არსებობდა ჯერ კიდევ ორსულობამდე

597. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ორსულებში გვიანი ტოქსიკოზი შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გამოხატული ნეფროპათია
- ბ) შეშუპებების მომატება
- გ) თირკმლის უკმარისობა
- დ) არტერიული ჰიპერტონია
- *ე) არტერიული ჰიპოტონია

598. შაქრიანი დიაბეტის დროს ჭარბწყლიანობა განაპირობებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ორსულობის მიმდინარეობის დამძიმება
- ბ) გვიანი ტოქსიკოზის განვითარება
- გ) ნაყოფის დაღუპვის საშიშროება
- *დ) პლაცენტის მიერ ჰორმონების პროდუქციის უუნარიანობა
- ე) თანდაყოლილი სიმახინჯეების განვითარება

599. ნაყოფის სხეულის დიდი მასა შაქრიანი დიაბეტის დროს განაპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნაყოფის ჰიპერინსულინიზმი
- ბ) პლაცენტის ბარიერის გაღლით დიდი რაოდენობით გლუკოზის შეღწევა
- გ) პლაცენტარული ლაქტოგენის მაღალი დონე

- დ) ნაყოფის ორგანიზმში ლიპოგენების გაძლიერება
- *ე) ნაყოფის ორგანიზმში ლიპოგენების დაქვეითება

600. ღიაბეგური ფეგოპათია ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ახალშობილის სხეულის დიდი მასა
- ბ) ნაყოფის განვითარების მრავლობითი მანკების არსებობა
- გ) ნეონატალური პერიოდის გართულებული მიმდინარეობა (ხშირი რესპირატორული დარღვევები)
- დ) მშობიარობის დროს ნაყოფის სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების (ასფიქსია, თავის ტრავმა, სხეულის ტრავმა, ჰიპოქსია, ჰიპოგლიკემია) განვითარება
- *ე) ნორმალურად ადაპტირებული, ფუნქციონალურად მომწიფებული ნაყოფი

601. შაქრიანი ღიაბეგის მიმდინარეობის თავისებურებები ორსულებში ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შაქრიანი ღიაბეგის ჩვეულებრივი მიმდინარეობა ორსულობის პირველ ნახევარში (20 კვირამდე)
- *ბ) ინსულინზე მოთხოვნილების მომაგება ორსულობის პირველ ნახევარში
- გ) ღიაბეგის კლინიკური მიმდინარეობის გაუარესება ორსულობის 16-20 კვირაზე (ინსულინზე მოთხოვნილების გაზრდა, მიღრეკილება კეტოაციდოზისადმი)
- დ) ღიაბეგის მიმდინარეობის სტაბილიზაცია (ინსულინზე მოთხოვნილების შემცირება) ორსულობის 35-36 კვირიდან დაწყებული
- ე) ინსულინზე მოთხოვნილების ცვალებადობა ორსულობის ვადების ცვლილების მიხედვით

602. ორსულ ქალებს ნახშირწყლების მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითების გამოვლენის შემდგომ მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევის პერიოდში ენიშნებათ:

- *ა) დიეტა, ადვილად ათვისებადი ნახშირწყლების სრული გამოორიცხვით
- ბ) ბიგუნიდები
- გ) პირველი გენერაციის შაქარდამწვევი პრეპარატები პერიოდულად
- დ) მეორე გენერაციის შაქარდამწვევი პრეპარატები პერიოდულად
- ე) ინსულინოთერაპია

603. გვიპ 1 შაქრიანი ღიაბეგის მქონე ორსულ ქალებს ინსულინისადმი მოთხოვნილება ეცვლება ორსულობის ვადის შესაბამისად, ქვემოთ ჩამოთვლილი სახით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინზე მოთხოვნილება არსებითად არ იცვლება ორსულობის პირველი 3-4 თვის განმავლობაში,
- ბ) ინსულინზე მოთხოვნილება იზრდება ორსულობის 20-24 კვირაზე
- გ) ინსულინზე მოთხოვნილება მცირდება ორსულობის 35-36 კვირაზე
- *დ) ორსულობის 20-24 კვირაზე მცირდება
- ე) მშობიარობის შემდეგ ინსულინის მიმართ მოთხოვნილება რჩება ისეთივე როგორც იყო ორსულობამდე

604. შაქრიანი ღიაბეგის დროს ოპერაციული გზით ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტის ჩვენებას, წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) რეგინოპათიის სიმპტომების მაგება (ახალი მრავლობითი სისხლჩაქცევები)
- ბ) ღიაბეგური ნეფროპათიის სიმპტომების მომაგება, თირკმლის უკმარისობის განვითარებით
- გ) სისხლდენა (პლაცენტის აშრევა)
- დ) ნაყოფის სიცოცხლის უნარიანობის დარღვევა (პროგრესირებადი ჰიპოქსია, მოძრაობის შესუსტება და ა.შ.)
- *ე) ჭარბწყლიანობის მაგება

605. ორსულებში შაქრიანი ღიაბეგის კომპენსაციის კრიტერიუმებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჩივილების არარსებობა
- ბ) ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის და კეტოაციდოზის არარსებობა
- გ) შრომისუნარიანობის შენარჩუნება
- დ) შაქრის ნორმალიზაცია უშემოდ, და ღლის განმავლობაში გლიკემია არაუმეტეს 7,7 მმოლ/ლ-ს
- *ე) გლიკემია დღე-ღამის განმავლობაში (უშემოდ და ჭამის შემდეგ) მერყეობს 7,7 მმოლ/ლ-დან 10 მმოლ/ლ-მდე.

606. ღიაბეგური ფეგოპათიის პროფილაქტიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ ღონისძიებებს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფერტილური ასაკის ღიაბეგთან მეთვალყურეობა ორსულობის წინააღმდეგჩვენების დროული გამოვლინების მიზნით
- ბ) შაქრიანი ღიაბეგის სრული კომპენსაციის მიღწევა ორსულობის მთელ პერიოდში
- გ) სომატური პათოლოგიის და ორსულობის გართულების გამოვლენა და მკურნალობა
- *დ) შაქრიანი ღიაბეგის სრული კომპენსაციის პრინციპის უგულველყოფა

607. შაქრიანი ღიაბეგის დროს ათეროსკლეროზის სწრაფ პროგრესირებაში მონაწილეობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ენდოგენური და ეკზოგენური ჰიპერინსულინიემია
- ბ) ჰიპერქოლესტერინემია
- გ) ჰიპერტრიგლიცერიდემია
- *დ) შაქრიანი ღიაბეგის მკურნალობის სახეობა
- ე) ჰიპერგლიკემია

608. შაქრიანი ღიაბეგის დროს ათეროსკლეროზის რისკ-ფაქტორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ასაკი
- *ბ) ინტელექტუალური განვითარების დონე

- გ) არტერიული ჰიპერტენზია
- დ) სიმსუქნე
- ე) ფიზიკური აქტივობის შემცირება

609. შაქრიანი დიაბეტის დროს მიოკარდის ინფარქტის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გავრცელებული ინფარქტის განვითარება
- ბ) გულის უკმარისობის მოვლენები
- გ) ხშირი თრომბოემბოლიური გართულებები
- *დ) მწვავე პერიოდში ლეტალობის პროცენტის შემცირება
- ე) ინფარქტის არაგამიური კლინიკა (სუსტად გამოხატული ტკივილის სინდრომი ან მისი არარსებობა)

610. აბსოლუტური ჰიპერინსულინიზმის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) პანკრეასის ბეტა უჯრედების კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნეები
- ბ) პანკრეასის ბეტა უჯრედების ჰიპერპლაზია
- გ) კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომლებიც ექტოპირებული არიან პანკრეასის უჯრედებიდან
- დ) ნევროგენული ანორექსია
- *ე) პანკრეატიტი, რომელიც მიმდინარეობს უმთავრესად პანკრეასის კუნძულოვანი აპარატის დაზიანებით

611. შეღარებითი ჰიპერინსულინიზმის ეტიოლოგიური ფაქტორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) ქრონიკული გასტრიტის გამწვავება
- ბ) რეაქტიული ჰიპერინსულინიზმი
- გ) ჰიპოგლუკაგონემია
- დ) ჰიპოკორტიციზმი
- ე) ჰიპოპიგუიტარიზმი

612. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში მიოკარდიუმის ინფარქტის სისხირე კორელაციაშია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორთან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიაბეტის ხანგრძლივობა
- ბ) ავადმყოფის ასაკი
- გ) სიმსუქნის ხარისხი
- *დ) შაქრიანი დიაბეტის ტიპი
- ე) ჰიპერტენზიის არსებობა

613. უმტკივნეულო (აგიპური) მიოკარდის ინფარქტის ნიშნები შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) უეცრად განვითარებული გულის უკმარისობა
- ბ) ფილტვების შეშუპების განვითარება
- გ) გულის რითმის მოშლა
- *დ) გლიკემიის შემცირება
- ე) არამოტივირებული გულისრევა, ღებინება

614. შაქრიანი დიაბეტის დროს გულის პათოლოგია შეიძლება განპირობებული იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კორონარული ათეროსკლეროზი
- ბ) დიაბეტური მიკროანგიოპათია
- გ) მიოკარდიოდისტროფია
- დ) ვეგეტატიური დიაბეტური კარდიალური ნეიროპათია
- *ე) კეტოაციდოზის ფონზე განვითარებული ჰიპერკალემიური მიოკარდიტი

615. შაქრიანი დიაბეტის დროს სტენოკარდია არაიშვიათად მიმდინარეობს აგიპურად და ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ოფლიანობა
- ბ) სისუსტე
- გ) გულისცემის გახშირება
- დ) ქოშინი
- *ე) პერისტალტიკის აქტივაცია

616. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში იშემიური გერფისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფეხებში სიცივის შეგრძნება
- ბ) პულსაციის შესუსტება გერფის არტერიებზე
- გ) კანის საფარველის ტროფიკის დარღვევა
- დ) გარდამავალი კოჭლობა
- *ე) ჩხვლეტაზე მგრძობილობის დაქვეითება

617. ათეროსკლეროზით, გ.ი.დ., მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადებულებში შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის თავისებურებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტის მაქსიმალური კომპენსაცია
- ბ) ინსულინის სამკურნალო ღირებულების ქრონიკული სიჭარბის თავიდან აცილება
- *გ) ინსულინოთერაპია, როგორც ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი
- დ) სხეულის მასის ნორმალიზაცია
- ე) ჰიპერტენზიის და ჰიპერლიპიდემიის თავიდან აცილება

618. მწვავე ინფარქტის არსებობისას, ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში, სულფანილმარლოვანას პრეპარატებით მკურნალობის არასაკმარისი ეფექტის შემთხვევაში, ენიშნებათ

- ა) ულტრაღებურ ტიპის ინსულინი, მცირე ღირებულებით, ღლეში 3-4 ინექცია
- *ბ) ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი, ადექვატური ღირებულებით, ღლეში 2-3 ინექცია, შესაძლოა სულფანილმარლოვანას პრეპარატებთან კომბინაციაში
- გ) კომბინირებული თერაპია: ინსულინი და ბიგუანიდები
- დ) სამკურნალო შიმშილი და სულფანილმარლოვანას პრეპარატების აკრძალვა კარდიალური გართულებების თავიდან ასაცილებლად
- ე) უახლესი გენერაციის ბიგუანიდები

619. შაქრიანი დიაბეტის პროგნოზი მკვეთრად უარესდება ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიაბეტური კომა, რომლის მკურნალობა დაწყებულია კომის განვითარებიდან 6-8 საათში
- ბ) დიაბეტის ფონზე განვითარებული მიოკარდის მწვავე ინფარქტი ან ცერებრალური სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა
- გ) დიაბეტური "სველი" განგრენა
- დ) სეფსისი
- *ე) სხეულის შეშუპების განვითარება ინსულინით მკურნალობის დაწყების საპასუხოდ

620. ჩვენებას, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა I ჯგუფის ინვალიდობის დასაღგენად, წარმოადგენს

- *ა) დაავადების მძიმე ფორმა მიკროანგიოპათიების მძიმე გამოვლინებებით (რეტინოპათიის ან/და ნეფროპათიის გერმინალური სტადია) რომელსაც ესაბირობება მომწველი
- ბ) დიაბეტური რეტინოპათიის II ხარისხის არსებობა
- გ) დიაბეტური ნეფროპათიის II ხარისხის არსებობა
- დ) დიაბეტური კომატოზური მდგომარეობების განვითარებისადმი მიდრეკილება
- ე) დაავადების ლაბორატორიული მიმდინარეობა

621. მრავლობითი კეთილთვისებიანი ინსულინომები ხშირად ღვინდება ვერმერის სინდრომის დროს, რომელიც ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ჯირკვლის აღენომით ან აღენომატოზით, გარდა:

- ა) ფარისებური ჯირკვალი
- ბ) ფარისებრახლო ჯირკვალი
- გ) ჰიპოფიზი
- დ) პანკრეასი
- *ე) მკერდუკანა ჯირკვალი

622. მრავლობითი ენდოკრინული აღენომატოზი- 2ა ("მეა-2ა" ანუ სიპლის სინდრომი) ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებური ჯირკვლის მედულარული კიბო
- ბ) ფარისებრახლო ჯირკვლის აღენომა
- გ) ფეოქრომოციტომა
- *დ) პანკრეასის აღენომა
- ე) ფარისებრახლო ჯირკვლების აღენომატოზი

623. მრავლობითი ენდოკრინული აღენომატოზი-2ბ ("მეა-2ბ" ანუ გორლინის სინდრომი) ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებური ჯირკვლის მედულარული კიბო
- ბ) მუკოზური ნევრომა
- *გ) ჰიპოფიზის აღენომას
- დ) ფეოქრომოციტომა

624. ინსულინომის დროს აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინის მომაგებელი სეკრეცია
- ბ) კატექოლამინების მომაგებელი გამოყოფა
- გ) ღვიძლში და კუნთებში გლიკოგენოლიზის დამუხრუჭება
- დ) ჰიპოგლიკემიის საპასუხოდ ინსულინის სეკრეციის დათრგუნვის არარსებობა
- *ე) ჰიპოგლიკემიის საპასუხოდ ინსულინის სეკრეციის დათრგუნვა

625. არაპანკრეატული გენეზის ჰიპოგლიკემიის დროს აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) უშემოდ გლიკემია 2,8 მმოლ/ლ-ზე ნაკლები არ არის
- ბ) დღე-ღამის განმავლობაში გლიკემია 2,8 მმოლ/ლ-ზე ნაკლები არ არის
- გ) შიმშილის გესტის დროს შეტევა არ ვითარდება და გლიკემია 2,8 მმოლ/ლ-ზე ნაკლები არ არის
- დ) ჰიპოგლიკემიის შეტევის დროს გლიკემია 2,8 მმოლ/ლ-ზე ნაკლები არ არის
- *ე) ჰიპოგლიკემიის კლინიკური ნიშნების არსებობა 5,0-7,0 მმოლ/ლ გლიკემიის დროს

626. ინსულინომისაგან განსხვავებით ზოლინგერ-ელისონის სინდრომი ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა

ისეთისა, როგორცაა:

- ა) წყლულოვანი დაავადებების გამწვავება, რასაც თან ახლავს ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში
- ბ) კუჭის წვენის ჰიპერსეკრეცია
- გ) დისპეპსიური მოვლენები (ღებინება, ფაღარათი)
- დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გართულებების განვითარება (სისხლდენა, წყლულის პერფორაცია)
- *ე) გლუკოზის შემცველობა სისხლში უმბოლ <50 მგ% (2,8 მმოლ/ლ)

627. ჰიპოგლიკემიური დაავადებების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებებთან, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ეპილეფსია
- ბ) გეგანია
- გ) ფსიქოზი
- *დ) შიშობითა
- ე) ნევრასგენია

628. ინსულინომის დროს ტარდება შემდეგი მკურნალობა გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ოპერაციამდე 2 კვირით ადრე იწყება ცილოვანი დიეტა
- ბ) ნახშირწყლების შემღვდვა
- გ) ოპერაციის დროს ინგრაფენურად შეყავთ 40-60მლ 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი
- *დ) ნახშირწყლები არ იმღვდება

629. არაოპერაბელურ, ინსულინომით დაავადებულ პირებში ტარდება მკურნალობა ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიაზოქსილი
- ბ) სტრეპტოზოტოცინი
- გ) 5-ფტორურაცილი
- დ) ცილოვანი დიეტოთერაპია ნახშირწყლების მიღების შემღვდვით
- *ე) მკურნალობა ფიზიოლოგიური დიეტით

630. ჰიპერინსულინიზმის დროს ჰიპოგლიკემიების პროფილაქტიკის ღონისძიებები მდგომარეობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ძირითადი დაავადების მკურნალობა
- ბ) მკაცრი დიეტ-რეჟიმი, ცილოვანი საკვების ხშირი მიღებით და ნახშირწყლების შემღვდვით
- გ) ნიკოტინის, ალკოჰოლის, მაგარი ჩაის ან ყავის მიღებაზე თავშეკავება
- დ) წინააღმდეგნაჩვენებია არაღობირებული ფიზიკური ვარჯიში
- *ე) ფიზიოლოგიური დიეტის ღანიშენა

631. პანკრეასის ბეჭა უჯრედების დიფუზური ჰიპერპლაზიის დროს, ჰიპოგლიკემიის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ინსულინის მომაგებული სეკრეცია
- ბ) კატექოლამინების მომაგებული გამოყოფა ჰიპოგლიკემიის საპასუხოდ
- გ) გლიკოგენის სინთეზის გაძლიერება ღვიძლში
- დ) თავის ტვინში უანგვითი პროცესების დათრგუნვა და ყველა სახის ნივთიერებათა ცვლის მოშლა
- *ე) ორგანიზმის მომაგებული მგრძობელობა ბეჭა უჯრედების მიერ ნორმალურად გამოყოფილ ინსულინზე

632. ზოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს მართებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღამახასიათებელია მორეცილივე, მძიმედ მიმდინარე წყლულოვანი დაავადების კლინიკური სურათი
- ბ) ხშირია წყლულოვანი დაავადებისათვის ღამახასიათებელი გართულებანი
- გ) გამოხატულია ტკივილის სინდრომი
- *დ) ღამახასიათებელია სხეულის მასის პროგრესული მატება კუჭის წვენის ჰიპერსეკრეციის გამო მადის გაძლიერების შედეგად
- ე) სისხლში მკვეთრად მომაგებულია გასტრინის კონცენტრაცია

633. რეაქტიული ჰიპოგლიკემია გამოწვეულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან გლუკოზის დანქარებული აბსორბცია
- ბ) ინსულინის არაკონტროლირებადი სეკრეცია
- გ) კუჭ-ნაწლავის ჰორმონების მიერ (სეკრეტინი, კუჭის-ინჰიბიტორული პოლიპეპტიდი) ინსულინის სეკრეციის სტიმულირება
- *დ) პანკრეასული გლუკაგონის სეკრეციის სტიმულირება

634. უმბოლ ჰიპოგლიკემია ხშირად გვხვდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლების ქრონიკული გოტალური უკმარისობა
- ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური უკმარისობა
- დ) ინსულინომა
- *ე) აკრომეგალია

635. I ტიპის გლიკოგენოზის თან ახლავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გლუკოზა-6 ფოსფატაზის უკმარისობა
- ბ) ჰიპოგლიკემია

- გ) უმზოდ დაბალი გლიკემია
- დ) ჰეპატომეგალია
- *ე) სისხლში ლაქტატისა და პირუეაგის ნორმალური რაოდენობა

636. ჰიპოგლიკემიის განვითარება არაპანკრეასული სიმსივნეების (სარკომა, ფიბროსარკომა, ფიბრომა) დროს განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სიმსივნეების მიერ გლუკოზის მომაგებელი უტილიზაცია
- ბ) სიმსივნეების მიერ ინსულინის მსგავსი ნივთიერებების გამოყოფა
- გ) სიმსივნეების მიერ სომატომედილების გამოყოფა
- დ) გლიკოგენის შემცირებული გამოთავისუფლება
- *ე) გლუკოგენის მომაგებელი გამოთავისუფლება

637. პათომორფოლოგიურად ინსულინომა ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მთელი პანკრეასის აცინოზური ქსოვილისა და კუნძულოვანი აპარატის გამოხატული ჰიპერპლამბური პროცესი
- ბ) სიმსივნის თანაბარი სისშირით განაწილება პანკრეასის თავში, კულსა და სხეულში
- გ) ერთეული, კეთილთვისებიანი სიმსივნე
- დ) ყველაზე ხშირად მეტასტაზირდება ღვიძლში
- *ე) სიმსივნის ზომა ხშირად აღემატება 15 სმ-ს

638. ჰიპოგლიკემიური დაავადებისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სპონტანური ჰიპოგლიკემიის შეტევების განვითარება უმზოდ
- ბ) ჰიპოგლიკემიის შეტევის განვითარება ფიზიკური მუშაობის დროს
- *გ) ჰიპოგლიკემიის შეტევის განვითარება საკვების მიღებიდან 30 წT-ში
- დ) შეტევის კუპირება შაქრის ან გლუკოზის მიღებით
- ე) შაქრის შემცველობა სისხლში შეტევის დროს <50მგ% (2,8 მმოლ/ლ)

639. ინსულინომის კლინიკა შეტევებს შორის ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გონებრივი შრომისუნარიანობისა და მეხსიერების დაქვეითება, აპათია
- ბ) თავის ტკივილი
- გ) მალის გაძლიერება
- დ) ნერვულ-ფსიქიკური დარღვევები
- *ე) ნერვულ-ფსიქიკური დარღვევების არ არსებობა

640. ინსულინომის დროს სისხლის უმზოდ გამოკვლევისას ხშირად ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) იმუნორექტიული ინსულინის მომაგებელი დონე
- ბ) პროინსულინის მომაგებელი დონე
- *გ) C-პეპტიდის დაქვეითებული დონე
- დ) C-პეპტიდის მომაგებელი დონე
- ე) გლიკემიის დონის შემცირება 2,8 მმოლ/ლ-ზე ქვემოთ

641. ჰიპერინსულინიზმის დიაგნოსტიკისათვის გამოყენებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფუნქციონალური სინჯი, გარდა:

- ა) შიმშილის ცდა
- ბ) ცილოვანი დიეტის ცდა
- გ) რასტინონის (გოლბუგამიდი) ცდა
- დ) გლუკაგონის ცდა
- *ე) რეჯიტინის ტესტი

642. ინსულინომის დიაგნოსტიკისათვის გამოყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ტესტი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გოლბუგამიდის ტესტი
- ბ) ლეიცინის ტესტი
- გ) C-პეპტიდის სეკრეციის დათრგუნვის ტესტი
- დ) ვისცერალური არტერიოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია
- *ე) ღვიძლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა

643. შაქრიანი დიაბეტის უკანასკნელ (ADA- 1997 წლის) კლასიფიკაციაში გამოყოფილია დიაბეტის შემდეგი ტიპები: 1) ინსულინდამოკიდებული ტიპის დიაბეტი; 2) I ტიპის დიაბეტი; 3) დიაბეტი ტიპი 1; 4) ინსულინდამოკიდებული ტიპის დიაბეტი; 5) II ტიპის დიაბეტი; 6) დიაბეტი ტიპი 2; 7) დიაბეტის სხვა სპეციფიური ტიპები (მაგალითად: ეპოკრინული პანკრეასის დაავადებანი, ენდოკრინოპათიები და ა.შ.); 8) გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი; 9) ლატენტური დიაბეტი

- ა) სწორია: 1;3;5;7.
- *ბ) სწორია: 3;6;7;8.
- გ) სწორია: 2;4;6;8.
- დ) დ.სწორია: 3;7;8;9.
- ე) სწორია: 1; 2; 4; 5.

644. შაქრიანი დიაბეტის უკანასკნელ (ADA- 1997 წლის) კლასიფიკაციაში ტიპი 1 დიაბეტის ჯგუფს მიკუთვნებულია: 1) ვირუსული ინფექციით დამოწვეული დიაბეტი 2) იმუნური ცელილებებით გაპირობებული (Iმმუნე მედიატედ) დიაბეტი 3) იდიოპათიური დიაბეტი 4) ინსულინის რეცეპტორების საწინააღმდეგო ანტისხეულების სიჭარბით გამოწვეული დიაბეტი 5) ალფა-ინტერფერონით გამოწვეული დიაბეტი

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

645. რა რაოდენობის გლუკოზის ფხვნილით უნდა დამზადდეს წყალხსნარი გლუკოზისაღმი გოლერანგობის სტანდარტული ორალური ტესტის ჩატარებისათვის ბავშვთა ასაკში?

- ა) 15 გრამი
- ბ) 35 გრამი
- გ) 1 გრამი სხეულის მასის ყოველ კილოგრამზე
- დ) 1,55 გრამი სხეულის მასის ყოველ კილოგრამზე
- *ე) 1,75 გრამი სხეულის მასის ყოველ კილოგრამზე

646. ინსულინის ინექციის წინ რეკომენდირებულია ფლაკონის "გაგორება" ხელის გულს შორის, რადგანაც 1. ამით მცირდება ფლაკონში ჰაერის ბუშტუკების წარმოქმნა; 2. ამით ერთგვაროვანი ხდება ინსულინის მღვრიე სუსპენზია; 3. ამით ფლაკონში ჰაერის წნევა სტაბილური ხდება; 4 ამით ინსულინი თბება და ნაკლებად მტკივნეული ხდება მისი ინექცია.

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

647. ინფუზიისათვის ინსულინის პრეპარატების განსაზღვრებად... 1. არსებობს სპეციალური გამხსნელი ხსნარები; 2. მაცივარში შენახული სპეციალურ ხსნარში განზავებული ინსულინის გამოყენება შესაძლებელია სამი თვის განმავლობაში; 3. მაცივარში შენახული გამხსნელი ვარგისიანობას ინარჩუნებს სამი თვის განმავლობაში; 4. ოთახის ტემპერატურის პირობებში შენახული ინსულინის გახსნილი პრეპარატი სახშირად ვარგისია ერთი თვის განმავლობაში.

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

648. ინსულინის მოლეკულური სტრუქტურა ხასიათდება: 1. ორი ჯაჭვისაგან შემდგარი პოლიპეპტიდური ჰენებით; 2. შიდა დისულფიდური ხიდის არსებობით; 3. ფერმენტული თვისებებით; 4. ბივალენტური რკინის იონის არსებობით.

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

649. ინსულინის პრეპარატის დამზადების ტექნოლოგიაში ამ ნივთიერების კრისტალიზაცია 1. გარღვევლია მშრალი გაყინვის პროცესში; 2. მიზნად ისახავს კანქვეშ შეყვანილი ინსულინის პრეპარატის შეწოვის პროცესის შენელებას; 3. აჩქარებს მაკროფაგების მიერ ინსულინის ფაგოციტოზს; 4. ახანგრძლივებს პლაზმის ინსულინის ნახევარსიცოცხლის პერიოდს.

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

650. ალამინის პროინსულინი: 1. წარმოიქმნება ალამინის პანკრეასის ბეტა-უჯრედებში; 2. ხასიათდება მკვეთრად გამოხატული ჰიპოგლიკემიური ეფექტით; 3. შედგება ინსულინის მოლეკულის A და B ჯაჭვების და მათი შემადგენელი ჩ პეპტიდისაგან; 4. განაპირობებს ანდროგენების ბიოლოგიური ეფექტის პოტენცირებას

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

651. სხეულის იდეალური მასის მიღწევა: 1. სულაც არ არის აუცილებელი შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობისათვის; 2. ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან სიმსუქნე ხელს უწყობს ინსულინორეზისტენტობას; 3. ხშირად ძალზე უძნებლებათ დიაბეტისა და სიმსუქნის მქონე ავადმყოფებს; 4. აუცილებელია კარგი მეტაბოლური კონტროლის შესანარჩუნებლად.

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

652. შაქრის ღამწვევი ორალური საშუალებები... 1. ძირითადად წარმოდგენილი არიან სულფანილშარლოვანასა და ბიგუანიდების სახით; 2. მიიღებიან ღასალეუვად; 3. ცნობილი არიან, აგრეთვე, როგორც ღიაბეგის საწინააღმდეგო პრეპარატები; 4. ეფექტურია გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის ხშირ შემთხვევაში;

*ა) 1; 2; 3; 4.

ბ) 2; 3; 4.

გ) 1; 3.

ღ) 3; 4.

ე) 1; 3; 4.

653. შაქრიანი ღიაბეგის მკურნალობის სხვაღასხვა მეთოღები: 1. სწავლება; 2. ღიგა; 3. ინსულინი; 4. ფიზოთერაპია.

*ა) 1; 2; 3.

ბ) 1; 2. 4.

გ) 1; 3. 4.

ღ) 2; 3; 4.

ე) 3; 4.

654. ინგენსიური ინსულინოთერაპია: 1. ნიშნავს ინსულინების კეთებას ღღეში სამჯერ მაინც, ღობების შერჩევით გლიკემიის მიხედვით; 2. ვერ აუქჯობესებს გლიკემიის კონტროლს; 3. წარმოადგენს ბაზის-ბოლუსურ თერაპიას; 4. იგივეა, რაც ტრადიციული ინსულინოთერაპია.

ა) 1; 2.

*ბ) 1; 3.

გ) 2; 3.

ღ) 3; 4.

ე) 1; 4.

655. გლიკემია. 1. შაქრიანი ღიაბეგის ღროს ყოველთვის აღვილი მისაღწევია გლიკემიის იღეალური კონტროლი; 2. Dწწთ (აწწწ-ში ჩაგარებული ერT-ერთი ფართომასშგაბიანი გამოკვლევის შემოკლებული სახელწოღება) აღასგურებს, რომ გლიკემიის ღონეს არა აქვს არსებითი მნიშვნეღობა; 3. ორსუღობისას აუცილებელია გლიკემიის მკაცრი კონტროლი; 4. ინსულინით გლიკემიის ნორმაღიზაციის მიღწევის ფონზე მაგულღობს ჰიპოგლიკემიების რისკი.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

*ღ) 3; 4.

ე) 2; 3.

656. შაქრიანი ღიაბეგის მკურნალობის ამოცანები: 1. გლიკემიის მაქსიმალური ნორმაღიზაცია; 2. სხეული მასის ნორმაღიზაცია; 3. გლიკემიის იღეალური კონტროღის უზრუნველყოფა, თუნღაც აუცილებელი საყოფაცხოვრებო მოთხოვნიღებების მნიშვნეღოვანი შემღღეღების ხარჯზე; 4. ნაკლებად შეაწწხოს პაციენტმა ოჯახის წევრები ღა ნათესავები.

*ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

ღ) 2; 3.

ე) 3; 4.

657. შაქრიანი ღიაბეგის კომბინირებული თერაპია: 1. ამ განსაზღვრების ქვეშ ჩვეულებრივ გულისხმობენ სულფანილშარლოვანას პრეპარატების კომბინაციას მეთორომინთან; 2. ამ განსაზღვრების ქვეშ ჩვეულებრივ გულისხმობენ შაქრის ღამწვევი ორალური საშუალებების კომბინაციას ინსულინთან. 3. რეკომენღირებულია გიპი 1 შაქრიანი ღიაბეგის ღროს; 4. წარმატებით შეიღღება გამოვიყენოთ გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის ღროს სულფანილშარლოვანას პრეპარატების მიმართ მეთრადი რემისგენგობის პირობებში ხანგრძღვი ღროს მანძიღზე (10-ღან 30 წღამღეც კი).

ა) 1

ბ) 4

გ) 3

*ღ) 2

ე) არც ერთი

658. მეთორომინი: 1. სულფანილშარლოვანას ჯგუფის წარმომადგენელია; 2. არ იწვევს ინსულინის სეკრეციის სტიმულაციას; 3. ხელს უწყობს სიმსუქნეს; 4. შეღარებით ხშირად იწვევს მადის ღაკარგვას, გულის რევას.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

ღ) 2; 3.

*ე) 2; 4.

659. ბიგუანიდები: 1. აძღიერებენ პანკრეასის ბეგა-უჯრეღებიღან ინსულინის გამოყოფას; 2. აქვეითებენ ღვიღღიღან გლეკობის ბაზალურ სეკრეციას; 3. აქვეითებენ კუჭ-ნაწღავის ტრატქში გლეკობის შეწოვას; 4. თოთქმის არ მოქმეღებენ ინსულინის რეცეპტორებზე.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

ღ) 2; 3.

*ე) 2; 4.

660. რომელია სწორი ქვემოთმოთვლილი დებულებებიდან? 1. შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის საბოლოო მიზანია, რაც შეიძლება ნაკლებად შეუშალოს დაავადებამ ხელი დიაბეტიანი პაციენტის ნორმალურ, სრულფასოვან ცხოვრებას; 2. დიაბეტის კარგი კომპენსაცია ცხოვრების კარგი ხარისხის ხელშემწყობია; 3. დიაბეტიანის კეთილდღეობა მხოლოდ მასზეა დამოკიდებული. 4. დიაბეტის დროს ცხოვრების ხარისხის ობიექტურად და ზედმიწევნით მუსტად შეფასება ძალზე ადვილია.

*ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

დ) 2; 3.

ე) 3; 4.

661. პანკრეასის ბეტა-უჯრედებიდან ინსულინის გამოთავისუფლების ფიზიოლოგია: 1. ინსულინით მკურნალობისას დღეში ერთჯერ ინექციის რეჟიმით ადვილი შესაძლებელია ინსულინის ფიზიოლოგიური სეკრეციის იმიტაცია; 2. ხანგრძლივი (5 - 6 საათის) შიმშილის ფონზე ინსულინის დონე სისხლში ნაკლებად ქვეითდება; 3. ბეტა-უჯრედებიდან ინსულინის ბოლუსური სეკრეცია (აღრეული ფაზა) უშუალოდ საკვების მიღების დაწყებასთან არის დაკავშირებული, რომელსაც მოჰყვება ინსულინის სეკრეციის მოგვიანებითი ფაზა; 4. ინსულინის მრავალჯერადი ინექციების რეჟიმით უფრო უკეთ ხდება ინსულინის ფიზიოლოგიური სეკრეციის იმიტირება, ვიდრე ინსულინის გუმბოს მხოლოდ ბაზისური რეჟიმის მეშვეობით.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

დ) 2; 3.

*ე) 3; 4.

662. სიმსუქნე: 1. სიმსუქნე თრგუნავს ინსულინორეზისტენტობას; 2. სიმსუქნის გამოხატულების შესაფასებლად უმჯობესია გამოვიყენოთ სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა. 3. სხეულის მასის ინდექსის მომატება 20%-ზე მეტად - სიმსუქნის ნიშანია; 4. მუცლის არეში ცხიმის დაგროვება უფრო ცუდი პროგნოზული ნიშანია, ვიდრე ღუნღელოების მიდამოში.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

*დ) 2; 4.

ე) 3; 4.

663. მეთფორმინის გვერდითი ეფექტები: 1. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტებია: მადის დაქვეითება, გულის რევა, კუჭ-ნაწლავის მხრივ დისკომფორტი; 2. ლაქტაციდოზი დამახასიათებელია ფენფორმინისთვის და სრულიად არ ახასიათებს მეთფორმინს; 3. მეთფორმინმა შეიძლება გამოიწვიოს პირში მეტალის გემო; 4. მეთფორმინი იწვევს ჰიპოგლიკემიას ნებისმიერი დოზით ხმარებისას.

ა) 1; 2.

*ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

დ) 2; 3.

ე) 3; 4.

664. ალქევატური დოზირებული ფიბიკური ვარჯიშების ღირებულება: 1. სხეულის ჭარბი მასის შემცირება; 2. ფიბიკური შრომის უნარის დაქვეითება; 3. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის გაუმჯობესება; 4. ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

ა) 1; 2.

*ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

დ) 2; 3.

ე) 3; 4.

665. ინსულინი: 1. შედგება ორი პოლიპეპტიდისაგან, რომლებიც ერთმანეთთან დისულფიდური ხილებით არიან დაკავშირებული; 2. ხელს უწყობს სისხლიდან უჯრედში გლუკოზის ტრანსპორტირებას; 3. მონოკომპონენტური - ყველაზე უფრო გაწმენილია; 4. არსებობენ ხანმოკლე, საშუალო და ხანგრძლივი მოქმედების ინსულინის პრეპარატები.

*ა) 1; 2; 3; 4.

ბ) 2; 3; 4.

გ) 1; 3; 4.

დ) 1; 4.

ე) 2; 3.

666. ჰიპეროსმოლარული არაკეცოცილოზური კომა: 1. უფრო ნაკლებად სახიფათოა კეცოცილოზურთან შედარებით; 2. არასოდეს გვხვდება გიპი 2 დიაბეტის მქონე ხანდაზმულ ავადმყოფებში; 3. უფრო მეტად იწვევს ლჰიდრატიცი-ას, ვიდრე კეცოცილოზი; 4. საჭიროებს სტაციონარის პირობებში მკურნალობას.

ა) 1; 2.

ბ) 1; 3.

გ) 1; 4.

*დ) 3; 4.

ე) 2; 4.

667. შაქრიანი დიაბეტის ქრონიკული გართულებები: 1. ასაკის მაგებასთან ერთად უფრო ხშირად გვხვდება ღიაბეტის ხანდაზმულობის და კომპენსაციის მდგომარეობის მიუხედავად; 2. უფრო ნაკლებად გვხვდება ან არ გვხვდება შაქრიანი დიაბეტის სტაბილური, კარგი მეტაბოლური კონტროლის პირობებში; 3. მოგვიანებით სტადიაში შეუქცევადი ხასიათი აქვთ; 4. ამიანებენ თირკმლებს, კუჭ-ნაწლავს და ნერვებს.

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

668. ინსულინი გამოიშვება... 1. ალფა-უჯრედებში; 2. ბეტა-უჯრედებში; 3. პანკრეასში; 4. ლანგერჰანის კუნძულებში

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

669. სულფანილმარლოვანას პრეპარატების გვერდითი ეფექტებია: 1. ჰიპოგლიკემია - ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი; 2. ძელის გინის აპლაზია - ერთ-ერთი იშვიათი გამოვლინება; 3. ავადმყოფთა 1 - 2%-ს აღენიშნება გულისრევა და ლებინება; 4. ქოლესტაზი -- ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი.

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

670. ბიგუანიდები: 1. მათი წარმოება მთელს მსოფლიოში შეწყვეტილია მე-XX საუკუნის 70-იანი წლებიდან; 2. არ აძლიერებენ ინსულინის გამოყოფას; 3. ხელს უწყობენ სხეულის მასის მომაგებას; 4. წინააღმდეგაწვენიან დიაბეტის ფონზე თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის დროს.

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

671. სისხლში გლუკოზის ოპტიმალური კონცენტრაციაა: 1. 3-იდან 6 მმოლ/ლ-მდე ყველა დიაბეტიანი ავადმყოფისთვის; 2. შეძლებისდაგვარად ახლო უნდა იყოს ნორმის მაჩვენებლებთან; 3. დამოკიდებულია ასაკზე, დიაბეტის ტიპსა და სხვა პირობებზე; 4. ჰიპოგლიკემიის თეორიული რისკის თავიდან ასაცილებლად ყველა შემთხვევაში სჯობს შეინარჩუნოთ 10-დან 11 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში

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

672. შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის მიზანია: 1. ნებისმიერ შემთხვევაში შეინარჩუნოს გლიკემია 10 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში; 2. მიაღწიოს სხეულის იდეალურ მასაზე 10 კგ-თი მეტს; 3. ყოველდღე იყოს მხიარულებისა და გართობის ხასიათზე; 4. მიუხედავად მარალი გლიკემიისა თავიდან აგვაცილოს დიაბეტის მწვავე და ქრონიკული გართულებები.

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

673. ფიზიკური ვარჯიშები... 1. აუცილებელია, რადგან ხელს უწყობენ წონის ნორმალიზაციას; 2. უნდა შეირჩეს ექიმის ინტერესებისა და საჭიროების შესაბამისად; 3. ყოველ მომდევნო კვირაში იწვევენ ჰიპოგლიკემიას; 4. დასაწყისში დადებითად მოქმედებენ ისეთი გართულებების დროს, როგორცაა ჰიპერტონია და რეტინოპათია.

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

674. ინსულინის ინექციები... 1. ზოგჯერ შესაძლოა საჭირო გახდეს დღეში 1-იდან 7-მდე; 2. არაიშვიათად საკმარისია ხდება დღეში ორი ინექცია --- როგორც ტიპი 1, ისე ტიპი 2 დიაბეტის დროს; 3. მრავლობითი ინექციების რეჟიმი ყველაზე უფრო მოქნილია აქტიური ცხოვრების პირობებში; 4. დღეში ერთი ინექციის რეჟიმი საუკეთესოა, რადგან ბუსკად ახლენ ინსულინის ფიზიოლოგიური სეკრეციის პროფილის იმიტირებას.

- *ა) 1; 2; 3.
- ბ) 1; 3; 4.

- გ) 2; 3; 4.
- დ) 1; 4.
- ე) 2; 4.

675. ღიაბეგური კეტოაცილოზი: 1. ვითარდება ინსულინის აბსოლუტური უკმარისობის გამო; 2. ვითარდება ცილების, როგორც ენერჯის ძირითადი წყაროს კატაბოლიზმის შედეგად; 3. როგორც წესი ვითარდება ალკოჰოლის დაშლის შედეგად ჭარბად წარმოქმნილი კეტოსხეულების გამო; 4. ხელს უწყობს ლეჰიდრატიციას და სახიფათოა სიცოცხლისათვის.

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

676. შაქრიანი ღიაბეგის მკურნალობა... 1. მიზნად ისახავს მეტაბოლიზმის იდეალურ კომპენსაციას ასაკისა და დაავადებით გამოწვეული სხვადასხვა პირობების მიუხედავად; 2. გულისხმობს რისკის ისეთი ფაქტორების თავიდან აცილებასაც, როგორცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, ჰიპერლიპიდემია და თამბაქოს წევა; 3. გიპი 2 ღიაბეგის დროს იწყება ღიაბეგით, სწავლებით, ფიზიკური ვარჯიშებით, შემდეგ შაქარდამწვევი ორალური საშუალებებით ან თუ კომპენსაცია ვერ იქნა მიღწეული, ინსულინით; 4. გიპი 1 ღიაბეგის დროს გულისხმობს ინსულინის გამოყენებას, სწავლებას, ღიაბეგს და ფიზიკურ ვარჯიშებს.

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

677. სულფანილმარლოვანას პრეპარატები: 1. უშუალოდ მოქმედებენ პანკრეასის ბეტა-უჯრედებზე და აძლიერებენ ინსულინის სეკრეციას; 2. ძირითადად მოქმედებენ პერიფერიულ ქსოვილებზე და აძლიერებენ მათ მგრძობელობას ინსულინის მიმართ; 3. არააღქვავად ღიაბეგით მკურნალობისას გლიბენკლამიდი და ქლორპროპამიდი იწვევენ ჰიპოგლიკემიას იწვევენ ჰიპოგლიკემიას; 4. განსაკუთრებით ეფექტური ხდება სხვა სულფანილამიდურ პრეპარატებთან ერთად კომბინაციაში, რადგან ვლინდება მათი სინერჯისგული ეფექტი.

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

678. გლიპიზინი... 1. მეორე გენერაციის პრეპარატია სულფანილმარლოვანას ჯგუფიდან, რომელიც აძლიერებს ალფა-უჯრედებიდან ინსულინის სეკრეციას; 2. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა 160 მგ-ია; 3. მოქმედების პიკს აღწევს ერთ საათში; 4. არსებობს ნახევარპერიოდი საათი საათი.

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

679. ინსულინის გიპები: 1. ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი მოქმედებას იწყებს ინექციიდან 0,5 სწ-ში, მოქმედების პიკს აღწევს 1 - 3 სწ-ში, მოქმედების ხანგრძლიობაა 8 სთ. 2. საშუალო ხანგრძლიობის ინსულინი მოქმედებას იწყებს 1,5 სწ-ში, პიკი - 4 - 12 სთ, მოქმედებს 24 სწ-მდე; 3. ღიაბეგის ინსულინის იგივე მოქმედების პროფილი აქვს, რაც იზოფანს; 4. ინტრავენური ინექციების რეჟიმში განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება იზოფან-ინსულინი

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

680. ფიზიკური ვარჯიშები... 1. ღიაბეგის მძიმე გართულებების შორსწასულ შემთხვევებში მნიშვნელოვნად უნდა შეიზღუდოს; 2. ხელს უწყობს ინსულინის დოზებზე მითხონილების მომაგებას; 3. შეიძლება უკეთ იქნეს გადაგანილი, თუ ინსულინის საჭირო ინექციის გაკეთებას ვამჯობინებთ მუცლის არეში, სხვა ადგილის ნაცვლად; 4. შეიძლება ჰიპოგლიკემიის ან ღიაბეგური კეტოაცილოზის განვითარების ხელშემწყობი მიზეზი გახდეს არაღქვავად მძიმე ფიზიკური დატვირთვების პირობებში.

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

681. გოლბუგამიდი... 1. ბიგუანიდების ჯგუფის წარმომადგენელია; 2. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა 2000 მგ-ია; 3. სიცოცხლის ნახევარპერიოდი 48 სთ; 4. არასდროს იწვევს ჰიპოგლიკემიას.

- ა) 1; 2.
- ბ) 1; 3.
- გ) 3; 4.

დ) 2; 4.
*ე) არც ერთი.

682. ღიაბეგიანი ავადმყოფის კეება; 1. მკაცრად უნდა იქნეს განაწილებული ღლის განმავლობაში; 2. გიპი 2 ღიაბეგის და სიმსუქნის დროს უნდა იყოს ხშირი და მაღლკალორიული; 3. გიპი 1 ღიაბეგის დროს უნდა შეირჩეს ინდივიდუალურად ინსულინოთერაპიისა და ფიზიკური აქტივობის რეჟიმის გათვალისწინებით; 4. გიპი 1 ღიაბეგის დროს ზოგჯერ ითვალისწინებს ძილის წინ ღამაგებით კეებას.

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

683. მეთოფორმინი... 1. სიცოცხლის ნახევარპერიოლია 4 სთ; 2. მაქსიმალური ღობა 5000 მგ ღლეში; 3. გიპი 2 ღიაბეგის დროს ერT-ერთი საუკეთესო პრეპარაგია ბიგუანიდების ჯგუფიდან; 4. შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ინსულინთან ერთად გიპი 2 ღიაბეგის დროს.

ა) 1; 2; 3.
ბ) 1; 2; 4.
*გ) 1; 3; 4.
დ) 2; 3; 4.
ე) არც ერთი.

684. ღიაბეგის მწვავე გართულებანი: 1. ჰიპეროსმოლარული არაკეტოაცილოზური კომა განსაკუთრებით ხშირია გიპი 1 ღიაბეგის დროს; 2. კეტოაცილოზი გვხვდება მხოლოდ გიპი 2 ღიაბეგის დროს; 3. სულფანილ-მარლოვანას პრეპარაგები არასოდეს იწვევენ ჰიპოგლიკემიას; 4. ჰიპოგლიკემიის ნიშნები და სიმპტომები ძალზე სპეციფიურია და იმდენად მსგავსი გამოხატულება აქვთ სხვადასხვა ავადმყოფში, რომ ნებისმიერ შემთხვევაში მათი გამოცნობა ძნელი არ არის ღაბორაგორიული კონგროლის გარეშე.

ა) 1; 2;
ბ) 2; 3.
გ) 3; 4.
დ) 1; 3.
*ე) არც ერთი.

685. ქლორპროპამიდი... 1. სულფანილმარლოვანას პირველი გენერაციის პრეპარაგია; 2. მაქსიმალური საღლეღ-მისო ღობა 20 მგ; 3. სიცოცხლის ნახევარპერიოლი 26 სთ და მეგია; 4. შეიღლება გახლეს გახანგრძლივებული ჰიპოგლიკემიის მიზეზი.

*ა) 1; 3; 4.
ბ) 1; 2; 3.
გ) 1; 2; 4.
დ) 2; 3; 4.
ე) არც ერთი.

686. გლიბენკლაზიმი... 1. სულფანილმარლოვანას პირველი გენერაციის პრეპარაგია; 2. მაქსიმალური საღლეღ-ღამისო ღობა 15 - 20 მგ; 3. მოქმედების პიკი ინექციიდან 3 - 4 სT-ში ვითარდება; 4. სიცოცხლის ნახევარპერიოლია 4 სთ.

ა) 1.
*ბ) 2.
გ) 3.
დ) 4.
ე) არც ერთი.

687. ნებისმიერ შემტხვევაში სისხლში გლეუკოზის ღონე უნდა შეეინარჩუნოთ: 1. 70 წლის ღიაბეგიანი მამაკაცისათვის 3 - 6 მმოლ/ღ; 2. ორსული ქალისათვის, რომელსაც აქვს შაქრიანი ღიაბეგი და წარსულში ჰქონდა სპონტანური აბორგი --> 10 მმოლ/ღ; 3. 60 წლის ავადმყოფი მამაკაცისათვის გიპი 2 ღიაბეგით და რეგინო-პათიით: 8 - 10 მმოლ/ღ; 4. 20 წლის ავადმყოფისათვის გიპი 1 ღიაბეგით, რომელიც ეწევა აქტიურ ცხოვრებას: 4 - 8 მმოლ/ღ.

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

688. ინსულინოთერაპიის ღაწეება. 1. იწეებენ ღობით 0,5 - 0,6 ერთ/კგ/ღლეში ახლადგამოვლენილი გიპი 1 ღიაბეგის შემთხვევაში; 2. იწეებენ 1 - 2 ერთ/კგ/ღლეში ახლადგამოვლენილი გიპი 1 ღიაბეგის შემთხვევაში; 3. ღეკომპენსირებული გიპი 2 ღიაბეგის დროს, როღესაც შაქრის ღამწევი ორალური პრეპარაგები არასაკმარისად მოქმედებენ, იწეებენ ინსულინის მცირე ღობებით ღამაგებით მკურნალობას; 4. გიპი 2 ღიაბეგის ღიაგნოზის ღაღგენისთანავე უმჯობესია ღავიწეოთ ინსულინით მკურნალობა ღიაბეგის სწრაფი კომპენსაციის მიზნით.

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

689. მეთოფორმინი: 1. ბიგუანიდების წარმომადგენელია. უფრო უართოლ იხმარება, ვიღრე ფენფორმინი; 2. სიცოცხლის ნახევარპერიოლია 8 სთ. პროღონგირებული პრეპარაგის შემთხვევაში რეკომენღირებულია ღლეში ოთხჯერ მიღება; 3. იღეალურია გიპი 2 ღიაბეგისა და

მერყეობის გამო; 2. ინსულინოთერაპიაზე მყოფი ავადმყოფებისათვის ინსულინის დოზის შერჩევის მიზნით; 3. ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულთათვისაც, ანტიდიაბეტური ორალური საშუალებებით მკურნალობის ფონზე, თუნდაც, ჰიპოგლიკემიის განვითარების შესაძლებლობის გამო; 4. ნორმალური გლიკემიური კონტროლის შენარჩუნებისათვის, რომელიც ძალზე მნიშვნელოვანია, როგორც ამას აღასტურებენ Dწმთ, UKPDმ და სხვა ფართომასშტაბიანი გამოკვლევები.

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

697. გლუკოჰემოგლობინი (Hb A1c და Hb A1): 1. სინთეზირდება ჰემოგლობინისა და გლუკოზის ურთიერთმოქმედების შედეგად; 2. ყველა სხვა მანევრებელზე უკეთ ასახავს გლუკოზურიის საშუალო დონეს წინამორბედი 6 - 10 თვის მანძილზე; 3. სასარგებლოა დიაბეტიანი პაციენტის თვითკონტროლის შედეგების ჩანაწერების ჰემოგრაფიის შესაფასებლად; 4. უზრუნველყოფს გლიკემიის დონის საუკეთესო ობიექტურ შეფასებას 2 - 3 თვის განმავლობაში.

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

698. დიაბეტიანი ავადმყოფის მეტაბოლიზმის მდგომარეობის მონიტორინგი... 1. უკიდურესად საჭიროა ექიმის მაღალი პირაი შემოსავლის მისაღწევად; 2. უკიდურესად სა-ჭიროა დიაბეტიანი პაციენტის უსაფრთხოებისათვის; 3. სულაც არ არის აუცილებელი, რადგან ამით შეიძლება თავი მოვაბეზროთ პაციენტს და შეილახოს მისი, როგორც პიროვნების უფლებები. 4. საშუალებას იძლევა, ექიმის ღირებულების გარეშე, თვითონ იმკურნალოს ანუ თვითონ გახდეს საკუთარი თავის ექიმი.

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

699. შარდში გლუკოზის გამოკვლევა დიაგნოსტიკური ფირფიტებით... 1. განსაკუთრებით საიმედო და ნაკლებად რთული მეთოდია მონიტორინგის სხვა მეთოდებთან შედარებით; 2. საშუალებას იძლევა პაციენტმა თავიდან აიცილოს ჰიპო-გლიკემია და დროულად მიიღოს აღქვავტური გადაწყვეტილება; 3. იაფი მეთოდია, რადგან არ მოითხოვს სპეციალური აპარატურის გამოყენებას; 4. ძალზე არაზუსტია, რადგან ფართო ფარგლებში შეიძლება მერყეობდეს გლუკოზისაღმე თირკმლოვანი მღერბლის ვარიაციულობის გამო.

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

700. სისხლში გლუკოზის თვითკონტროლის სიმუსკე... 1. ძალზე მნიშვნელოვანია; 2. მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია გამოკვლევის ჩამტარებლის უნარსა და ცოდნაზე; 3. ტესტ-ჩხირზე არასაკმარისი რაოდენობით სისხლის დაწვეთებამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეცვალოს ანალიზის შედეგი; 4. ტესტ-ჩხირთან სისხლის კონტაქტის დროის დაცვა მნიშვნელოვნად მოქმედებს გამოცემის სიმუსკეზე.

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

701. გლუკოჰემოგლობინის მანევრებლების აბსოლუტური მნიშვნელობანი მერყეობენ იმისდა მიხედვით, თუ 1. რომელი მეთოდით ხდება მისი განსაზღვრა; 2. რომელი ჰემოგლობინის განსაზღვრა გარდება; 3. დღერამის რომელ მონაკვეთშია აღებული გამოსაკვლევის სისხლი; 4. რომელი პრო-ლექტები და რა რაოდენობით ჰქონდა მიღებული გამოსაკვლევე პირს უშუალოდ გასინჯვის წინ.

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

702. (მაკრო)პროტეინურია: 1. მიუთითებს თირკმლების ფუნქციის დარღვევაზე; 2. თირკმლების დაზიანების აღრეული სტადიის მანევრებელია, რომლის მედიკამენტებით მკურნალობა ძალზე კარგი ეფექტით ხასიათდება; 3. შესაძლოა დაკავშირებული იყოს არამხოლოდ დიაბეტთან; 4. ძალზე ძვირადღირებული გამოკვლევაა და ამიტომ იშვიათად გარდება.

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

703. კეტოსხეულების გამოკვლევა უნდა გარდებოდეს... 1. ყოველდღიურად, ყველა დიაბეტიანი პაციენტის მიერ; 2. დიაბეტიანი პაციენტის

მდგომარეობის გაუარესების ან თანმხლები დაავადებების გამწვავებისას; 3. თუკი მთელი დღე-ღამის განმავლობაში გლიკემია 15 მმოლ/ლ-ის ღონეზეა; 4. ბავშვებსა და მოხუცებში - ყოველდღიურად.

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

704. მიკროალბუმინურია.. 1. ჯანმრთელებში შარდში ცილის რაოდენობა არ აღემატება 100-მგ-ს 24 სT-ში; 2. მიუთითებს თირკმლების დაზიანების შორსწასულ შეუქცევადი სტადიის არსებობაზე 3. წარმოადგენს მნიშვნელოვან მარკერს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ავადმყოფობათა და ამ მიზეზით სიკვდილიანობის პროგნოზისათვის; 4. ძალზე იაფი გამოკვლევაა, მაგრამ რთულია მასალის შეგროვების თვალსაზრისით.

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

705. ფრუქტოზამინის განსაზღვრა... 1. ყველაზე უფრო საიმელოა ღიაბეგის კომპენსაციის მდგომარეობის შესაფასებლად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში; 2. რეკომენდირებულია ჩატარდეს რეგულარულად, 12 თვეში ერთხელ, ღიაბეგის დროს; 3. არ ექვემდებარება სისხლში ალბუმინის რაოდენობის მერყეობას; 4. საშუალებას იძლევა ვიმსჯელოთ გლიკემიურ კონტროლზე (ღიაბეგის კომპენსაციის მდგომარეობაზე) ბოლო 7 - 14 დღის განმავლობაში.

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

706. სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა: 1. საანალიზო სისხლის წვეთი შეიძლება მიღებული იქნეს ხელის ან ფეხის თითიდან და ყურის ბიბილოდან; 2. ღიაგნოსტიკურ ჩხირზე სისხლის დაწვეთებამდე, რეკომენდირებულია მისი განზავება ორჯერ გამოხილულ წყალში; 3. ღიაგნოსტიკურ ჩხირთან სისხლის კონტაქტის ხანგრძლიობა გავლენას არ ახდენს გლუკოზის განსაზღვრის შედეგზე; 4. სისხლის ანალიზი უნდა კეთდებოდეს დროის გარკვეულ შუალედებში, რაც აადვილებს მიღებული შედეგების ინტერპრეტაციას.

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

707. გლიკემიის მონიტორინგისათვის საჭირო ხელსაწყოები: 1. დღეისათვის ბაზარზე წარმოდგენილი ყველა ტიპის გლუკომეტრი მუშაობს არეკ-ლილი სხივის ერთსა და იმავე ფოტომეტრულ პრინციპზე; 2. გლუკომეტრის შერჩევისას გადამწყვეტია სიზუსტისა და გამოყენების სიმარტივის თვალსაზრისით ხელმძღვანელობა; 3. აცცურენდ, One touch და Eხატეც - ის გლუკომეტრებია, რომელთა გამოყენებისას არ არის საჭირო ტესტ-ჩხირიდან სისხლის მოცილება, რაც ბევრად ამარტივებს გამოკვლევის ჩატარებას; 4. ყველაზე თანამედროვე ტიპის გლუკომეტრი ყნდა იყოს იაფი, საკმაოდ მუსტი და უმტკივნეულოდ გამოსაყენებელი.

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

708. გლუკოჰემოგლობინის განსაზღვრა: 1. ჩვეულებრივ, ღიაბეგებში უნდა ტარდებოდეს ყოველ სამ-ოთხ თვეში ერთჯერ; 2. ორსულებსა და ცუდად კონტროლირებულ ღიაბეგებში უნდა ტარდებოდეს მხოლოდ 5 - 6 თვეში ერთჯერ; 3. წინააღმდეგნაჩვენებია მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიაში; 4. საშუალებას იძლევა შეფასდეს ღიაბეგის მკურნალობის ეფექტურობა წინამორბედი 3-4 თვის განმავლობაში

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

709. გლიკემიის კონტროლის მიზნები: 1. ახალგაზრდა, აქტიური ცხოვრების წირის მქონე ღიაბეგისათვის კარგ მანქნებლად ითვლება უმოდ გლიკემია 4 - 6 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში; 2. ტიპი 1 ღიაბეგისა და რეგინოპათიის მქონე საშუალო ასაკის ავადმყოფისათვის კარგ მანქნებლად ითვლება დღის განმავლობაში 12 - 14 მმოლ/ლ; 3. ტიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის მქონე საშუალო ასაკის ავადმყოფისათვის გლიკემიის მანქნებლები რაც შეიძლება ახლო უნდა იყოს ნორმასთან; 4. ტიპი 2 ღიაბეგისა და მძიმე ნეფროპათიის მქონე ავადმყოფისათვის გლიკემია უნდა მერყეობდეს ისეთ ფარგლებში, რომ არ ვითარდებოდეს ჰიპოგლიკემია და ავადმყოფები თავს კარგად გრძობდნენ.

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

- დ) 1; 2; 4.
- ე) არც ერთი.

710. ჰიპოგლიკემია... 1. ის მდგომარეობაა, როდესაც სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია 3 მმოლ/ლ-ზე მეტია 2. უხშირესად ვითარდება გადაჭრბებული ფიზიკური აქტიობის შედეგად, უფრო იშვიათად ინსულინის დოზისა და მიღებული საკვების შეუსაბამობის გამო; 3. არასოდეს აღენიშნება კანკალი, შიმშილის შეგრძნება, გულის ფრიალი და ოფლიანობა; 4. მძიმე შემთხვევაში ახასიათებს კრუნჩხვები.

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

711. ნეფროპათია... 1. ღიაგნობი უხშირესად ემყარება ალბუმინურიის (პროტეინურიის) ფაქტის დადგენას; 2. თირკმლების უკმარისობის გერმინალურ სტადიაში საჭირო ხდება დიალიზი ან თირკმლების ტრანსპლანტაცია; 3. მიმდინარეობა უფრო მძიმეა არტერიული ჰიპერტენზიისა და 10 წელზე მეტი ხანგრძლიობის დიაბეტის ფონზე; 4. სტაბილური პროტეინურიის დროს შეუქცევადი ხასიათი აქვს.

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

712. ნეიროპათია... 1. შეიძლება გამოვლინდეს პერიფერიული და ავტონომური ნეიროპათიის შეუღლების სახით ან ცალკეული სინდრომების თანაარსებობით; 2. ძალზე ხშირია შაქრიანი დიაბეტის დროს; 3. ნეიროპათიის სიხშირე მინიმუმამდე შეიძლება იქნეს დაყვანილი გლიკემიის ოპტიმალური კონტროლის პირობებში; 4. შეიძლება გამოიწვიოს გასტროპარეზი, შარდის ბუშტის ფუნქციის მოშლა, იმპოტენცია და ა. შ.

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

713. დიაბეტური გერფის განვითარების რისკის ფაქტორებია: 1. 40 წელზე უფროსი ასაკი; 2. ანამნეზში გერფის წყლულისა და ანაგომური დეფორმაციის არსებობა; 3. შაქრიანი დიაბეტის ხანგრძლიობა 10 წელზე მეტი; 4. თამბაქოს წევა და პერიფერიული მგრძობელობის დაკარგვა.

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

714. დიაბეტური გერფი... 1. ეს იშვიათია და არაძვირადღირებული; 2. ვითარდება დიაბეტური ნეიროპათიის, პერი-ფერიული სისხლძარღვების დაზიანებისა და ინფექციის შეუღლებისას; 3. გერფის მილა-მოს შეღაპირული წყლულიდან შეიძლება პროგრესირებულად გერფის განგრენამდე; 4. სკრინინგი და სწავლება ხელს უწყობს მის პროფილაქტიკას.

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

715. სულფანილმარლოვანას პრეპარატებს შეუძლიათ ჰიპოგლიკემიის გამოწვევა; 1. იშვიათია და არ არის დამახასიათებელი მოვლება ხანშიშესული ავადმყოფები-სათვის; 2. ეს ახასიათებთ განხანგრძლივებული მოქმედების ისეთ პრეპარატებს, როგორც-ცაა ქლორპროპამიდი და გლიბენკლამიდი; 3. მისი მკურნალობისათვის საჭიროა ინსული-ნის მცირე დოზებით ინტენსიური თერაპია და რეგილრატაცია სტაციონარის პირობებში; 4. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის გადაყვანა ინსულინოთერაპიაზე.

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

716. ქრონიკული გართულებები... 1. ვითარდებიან უეცრად და იწვევენ ნაადრევ სიკვდილს ან ინვალიდობას; 2. იგულისხმება ჰიპოგლიკემია, დიაბეტური კეტოაცილოზი და რეტინოპათია; 3. სისხლძარღვოვანი გართულებები იყოფა ორ ჯგუფად: მაკროანგიოპათია და მიკროანგიოპათია; 4. სიხშირე მაგულობს დიაბეტის ხანდაზმულობის მაგების, ცუდი მეტაბოლური კონტროლისა და ჰიპერტენზიის შეგავლენით.

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

717. ღამის ჰიპოგლიკემია... 1. ჩვეულებრივ გეხვდება 14 სT-იდან 16 სT-მდე; 2. მეორე დღეს შესაძლოა თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა და ზოგადი დისკომფორტი; 3. დასტურდება გლიკემიის გაზომვით ჯერ ღამის 2 სთ და განმეორებით გაზომვით 4 სთ; 4. პირველად აღწერა მაიკლ სომოჯიმ 1956 წელს.

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

718. ჰიპოგლიკემიის მკურნალობა... 1. ყველა შემთხვევაში, მსუბუქი ხარისხის დროსაც კი უმჯობესია ჰოსპიტალიზაცია გართულებების პროფილაქტიკისათვის; 2. მსუბუქ შემთხვევაში საკმარისია დამატებითი საკვების, შაქრის ნაჭეხის ან ერთი ჭიქა ხილის წვენის მიღება; 3.. თუ ჰიპოგლიკემია გამვითარდა საკვების მიღების რეჟიმით გათვალისწინებულ დროზე ადრე, შეიძლება დამატებით პურის ან მშრალი ნამცხვრის მცირე ზომის რამდენიმე ნაჭრის მიღება; 4. მძიმე შემთხვევაში აუცილებელია ინტრავენურად ლექსტროლის გადასხმა ან გლუკაგონის ინექციის გამოყენება.

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

719. მაკროანგიოპათია... 1. გულისხმობს აორტის, კორონარული, ცერებრული, ქვემო კიდურებისა და სხვა პერიფერიული არტერიების ლაზიანებას; 2. შაქრიანი დიაბეტის დროს ვითარდება უფრო ადრეულ ასაკში და იშვიათად, ვიდრე დიაბეტის გარეშე; 3. შაქრიანი დიაბეტის დროს სიკვდილის შემთხვევათა 10%-ის მიზეზია; 4. თამბაქოს წევა, არტერიული ჰიპერტენზია, სიმსივნე და ჰიპერლიპიდემია ხელს უწყობენ მის განვითარებას.

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

720. ჰიპეროსმოლარული არაკეტოაცილოზური კომა... 1. სიხშირე შეადგენს ყველა ჰიპერგლიკემიური კომების 30%-ს; 2. უფრო ხშირია ახალგაზრდა ასაკის აქტიური ცხოვრების წილის მქონე ავადმყოფებში; 3. ლეტალობა ამ დროს უფრო დაბალია, ვიდრე დიაბეტური კეტოაცილოზის დროს; 4. სიმპტომები ხშირად უფრო სუსტად ვლინდება, ვიდრე დიაბეტური კეტოაცილოზის დროს.

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

721. ჰიპოგლიკემია... 1. სიმპტომები იყოფა ორ ჯგუფად: ადრენერგული და არაადრენერგული; 2. მხოლოდ ავტონომური (ვეგეტატიური) წარმოშობის სიმპტომები ჩვეულებრივ მსუბუქად ვლინდებიან და მათზე აღქვამური რეაგირებით შესაძლოა მძიმე ჰიპოგლიკემიის თავიდან აცილება; 3. შეიძლება გამოვყოს მსუბუქი და მძიმე ხარისხის ჰიპოგლიკემიები; 4. მძიმე ჰიპოგლიკემიის დროს ავადმყოფი გონებაზეა და შეუძლია თვითდაზიანება სხვა პირთა ჩარევის გარეშე.

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

722. ღამის ჰიპოგლიკემიის (მაგ., 3-დან 5 სT-მდე) პროფილაქტიკისთვის საჭიროა... 1. ძილის წინ ნოყიერი ვახშამი; 2. მუშაობის დამის გრაფიკზე გადასვლა, რათა სიფხიბლეში დროულად დაფიქსირდეს ჰიპოგლიკემიის პირველივე ნიშნები; 3. ვახშმის წინ ღანიშნული ინსულინების კომბინაციიდან საშუალო ხანგრძლივობის ინსულინის გადატანა უფრო გვიანი დროისათვის -- ძილის წინ; 4. ვახშმის წინ ღანიშნული ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის დოზის გადიდება.

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

723. ავტონომური (ვეგეტატიური) ნეიროპათიის გამოვლინებებია... 1. გასტროპარეზი, იმპოტენცია მამაკაცებში და ინფერტილობა ქალებში; 2. ტერფების მიდამოში მგრძობილობის მოშლა და ნეიროგენული შარდის ბუშტი; 3. ნეიროგენური შარდის ბუშტი და კარ-ლიოვასკულური რეფლექსების მოშლა; 4. გასტროპარეზი, იმპოტენცია და დიაბეტური ამიოტროფია.

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

724. რეგინოპათია... 1. 40 წლამდე ასაკში სიბრძნის უზრუნველყოფის მიზნით; 2. დროული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, მკურნალობა ეფექტურია; 3. მაკულოპათია ძირითადად გიპი 1 დიაბეტისთვის არის დამახასიათებელი; 4. გიპი 1 დიაბეტის დროს დაავადების დაწყებიდან 20 წლის შემდეგ თითქმის ყველა შემთხვევაში ვლინდება სპეციფიური ცვლილებანი თვალის ფსკერზე.

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

725. შაქრიანი დიაბეტის დროს გულის სისხლძარღვების დაზიანების ძირითადი რისკ-ფაქტორებია: 1. თამბაქოს წვევა, სიმსუქნე და ჰიპერტენზია; 2. პერიფერიული პულსაციის დაქვეითება, განსაკუთრებით 40 წელზე უფროსი ასაკის მწვევლებში; 3. ჰიპოლინამია, ჰიპერტენზია, დამძიმებული მემკვიდრეობა; 4. ჰიპერლიპიდემია, ჰიპერტენზია და თამბაქოს წვევა.

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

726. ავადმყოფი დიაბეტური კეტოაციდოზით... 1. საჭიროა მოთავსდეს სტაციონარში და იმყოფებოდეს სრული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სიმშვიდის პირობებში, სხვა სამედიცინო ჩარევის გარეშე; 2. ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციისთანავე უნდა ჩაბარდეს სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ბაქტერიალოგიური გამოკვლევისათვის; 3. საიმედო შედეგების მისაღებად მკურნალობას ვიწყებთ იზოფან ინსულინით ინტრავენურად და აქტრაპიდის დამატებითი კანქვეში ინექციებით; 4. აუცილებლად საჭიროებს დაკვირვებას გლიკემიის და ელექტროლიტური დარღვევების და თირკმელების ფუნქციური მდგომარეობის შეფასების მიზნით. მიღებული შედეგების აღქვამის შემდეგ უნდა ჩაბარდეს მკურნალობა

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

727. დიაბეტიან პაციენტებში დისლიპიდემია... 1. გიპი 2-ის დროს ყველაზე უფრო ხშირად გამოვლინდება მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის მომატებით; 2. გიპი 2-ის დროს არ არის დაკავშირებული გართულებათა განვითარებასთან და ადვილად სამკურნალოა; 3. გიპი 1-ის დროს არ არის დამახასიათებელი; 4. კორეგირება მეტაბოლური კონტროლის გაუმჯობესების, სხეულის მასის შემცირებისა და ჰიპოლიპიდემიური პრეპარატების გამოყენების მეშვეობით.

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

728. ლიპიდები: 1. მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი ათეროგენულია; 2. საერთო ქოლესტერინის კონცენტრაცია არ უნდა აღემატებოდეს 5,2 მმოლ/ლ (ევროპული რეკომენდაციების შესაბამისად); 3. ქოლესტერინის მაღალი კონცენტრაცია ასოცირებულია ათეროსკლეროზთან, რომელიც ინსულტებისა და ინფარქტის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება გახდეს; 4. ლიპიდები - ეს არის ზოგადი ტერმინი, რომელიც გულისხმობს მხოლოდ მაღალი სიმკვრივისა და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინს. მიუთითეთ სწორი პასუხები:

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

729. დიაბეტიან პაციენტს აღმოაჩნდა ინფიცირებული ჭრილობა მარჯვენა ტერფის პირველი თითის მიდამოში. მკურნალობისათვის საჭიროა: 1. საკმარისია ბინის პირობებში ჭრილობის ანტისეპტიური ხსნარებით დამუშავება და ფიზიკური დატვირთვებისაგან თავშეკავება; 2. მარცხენა ქვემო კიდურის ამპუტაცია; 3. პერორალური შაქრის დამწვევი საშუალებებით მკურნალობა დიაბეტის დეკომპენსაციის ხარისხის მიუხედავად; 4. ანტიბიოტიკები პერორალურად ან ინტრავენურად, ჭრილობის დამუშავება, დრენირება, ინსულინოთერაპია.

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

730. დიაბეტის მყარი კომპენსაცია... 1. ვერ შეაჩერებს დიაბეტური ნეფროპათიის პროგრესირებას მის ნაადრევ ეტაპზე; 2. დიაბეტური ნეფროპათიის ადრეულ ან ტრანზიტორულ სტადიაზე რეკომენდირებულია მიღწეულ იქნას მხოლოდ დიეტით და/ან შაქრის დამწვევი ორალური საშუალებებით, რადგან ინსულინით მკურნალობა შეასძლოა ხელი შეუწყოს გორგლოვანი აპარატის აუტომატურ დაზიანებას; 3. დიაბეტური ნეფროპათიის მოგვიანებით სტადიაში რეკომენდირებულია განხორციელდეს ინსულინოთერაპიით; 4. მეტფორმინის გამოყენება წინააღმდეგაწინააღმდეგობრივია. დიაბეტური ნეფროპათიის მოგვიანებით სტადიაში.

- ა) 1; 2.

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

731. რეგინოპათია... 1. მრავალი წლის განმავლობაში შეიძლება მიმდინარეობდეს გაურთულებელი საწყისი სტადიის სახით; 2. ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს იშვიათად იწვევს მხედველობის დაკარგვას პროლიფერაციული ფორმის არსებობის დროსაც კი; 3. ტიპი 2 - გან განსხვავებით ტიპი 1 დიაბეტის დროს მაკულოპათიის შემთხვევაში არ იწვევს მხედველობის სერიოზულ დარღვევებს; 4. საჭიროებს მკურნალობას დიაბეტის მყარი კომპენსაციის ფონზე არგონლაზმერით ფოტოკოაგულაციის მეთოდით.

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

732. ტიპი 2 დიაბეტის პათოგენეზი... 1. დაკავშირებულია მხოლოდ ბეტა-უჯრედების ფუნქციურ უკმარისობასთან; 2. წააგავს ტიპი 1 დიაბეტის პათოგენეზს; 3. დაკავშირებულია ინსულინორემის გენგობასა და ბეტა-უჯრედების ფუნქციურ უკმარისობასთან; 4. დაკავშირებულია ქრონიკულ ჰიპერგლიკემიით გამოწვეულ ინსულინორემის გენგობასთან.

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

733. დიაბეტის სკრინინგის პროგრამების შედეგებიდან ჩანს, რომ ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მქონე ავადმყოფთა 50%-მა არ იცის საკუთარი ავადმყოფობის არსებობის შესახებ, რადგანაც: 1. ჰიპერგლიკემიასთან დაკავშირებული სიმპტომები ზოგჯერ არ ვლინდება საკმაოდ მკაფიოდ; 2. დიაბეტთან დაკავშირებული სიმპტომები აღიქმება როგორც სხვა დაავადების გამოვლინება; 3. ავადმყოფები ხშირად უგულველყოფენ მკურნალობის აუცილებლობას დაავადების სიმპტომების დამძიმებამდე; 4. დიაბეტის განვითარების რისკის ჯგუფში მყოფი ადამიანების უმრავლესობა თავს არიდებს რეგულარულ პროფილაქტიკურ გასინჯვებს.

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

734. სულფანილმარლოვანას მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს შემდეგში: 1. ექსტრაპანკრეასული ეფექტი (ინსულინის რეცეპტორები და სხვა); 2. ბეტა-უჯრედები-დან ინსულინის სეკრეციის სტიმულაცია; 3. ნაწლავებში გლუკოზის შეწოვის დათრგუნვა; 4. ბეტა-უჯრედებიდან ამილინის გამოყოფის სტიმულაცია, რაც იწვევს ინსულინის რეცეპტორებზე ინსულინის მოქმედების პოტენცირებას.

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

735. თუ ინსულინის საღებამის დოზა აჭარბებს 30 - 40 ერთეულს, მაშინ რეკომენდირებულია დღიური დოზის 2/3 შეყვანილ იქნეს I საუბის წინ და 1/3 ვახშმის წინ. ეს ხდება იმიტომ, რომ... 1. დღის განმავლობაში უფრო მეტი ინსულინი საჭირო, რადგან ამ პერიოდში ადამიანი იღებს საკვებს. 2. ღამის ჰიპოგლიკემიის თავიდან ასაცილებლად, ვახშმის წინ ინსულინის უფრო დაბალი დოზა კეთდება; 3. „ცისკრის“ ფენომენის გასაწონასწორებლად დღიური უფრო მეტი ინსულინი საჭირო; 4. ინსულინის დიდი დოზის შეყვანა დღიური უფრო ადვილია, ვიდრე ღამით.

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

736. ტიპი 2-ის დეკომპენსაციის დროს ინსულინით მკურნალობის დაწყება აუქმობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, რაც გამოწვეულია იმით, რომ მცირდება: 1. რეგინოპათიის სიმძიმე; 2. პოლიურია; 3. საერთო სისუსტე; 4. წყურვილი.

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

737. თუ ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის დროს არასაკმარისად ვლინდება შაქარდამწვევი ორალური საშუალებების ეფექტი, ძალზე მნიშვნელოვანია დადგინდეს, რამდენად არის ეს დაკავშირებული ამ პრეპარატების მიმართ რემის გენგობასთან და უნდა გამოირიცხოს: 1. ავადმყოფის მიერ სამკურნალო რეჟიმის ცუდად დაცვა; 2. თანმხლები დაავადებები; 3. სხვადასხვა სტრესული სიტუაციების შესაძლო გავლენა; 4. შაქარდამწვევი ორალური საშუალებების დიდი დოზით მიღება.

- *ა) 1; 2; 3.

- ბ) 1; 3. 4.
- გ) 2; 3; 4.
- დ) 1; 2; 4.
- ე) არც ერთი.

738. X-სინდრომისთვის დამახასიათებელია: 1. ინსულინორემისგენგობა 2. ჰიპერინსულინემია და ჰიპოგლიკემია 3. ჰიპერგლუკოზემია 4. დიპეტია.

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

739. ინსულინორემისგენგობის კორექციისათვის რეკომენდირებულია: 1. დიეტის დროს ჭარბი წონის ნორმალიზაცია; 2. ალფა-გლუკოზიდაზის ინჰიბიტორების გამოყენება; 3. საჭიროების შემთხვევაში ადამიანის მონოკომპონენტური ინსულინის პრეპარატების გამოყენება; 4. დეკომპენსირებული დიეტის დროს ინსულინოთერაპიის ხანმოკლე კურსის ჩატარება.

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

740. ინსულინომა - ეს არის პათოლოგია, როდესაც: 1. წინა პლანზეა „ჭეშმარიტი“ ჰიპერინსულინემია; 2. ჰიპერინსულინემიის მიუხედავად აღინიშნება გრიგლიცერილების დონის დაქვეითება; 3. თვალსაჩინოდ ვლინდება ჰიპერინსულინემიის მოქმედება; 4. ინსულინომის ქირურგიული გზით მოცილების შემდეგ მკვეთრად ქვეითდება არტერიული წნევა.

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

741. პენფილის მღვრიე ინსულინის კარგრიჯში შუშის ბურთულის არსებობა საჭიროა... 1. ჰაერის ბუშტუკების მოსაცილებლად; 2. ინსულინის კრისტალების ერთგვაროვანი სუსპენზიის შესაქმნელად; 3. საინექციო ნემსის გასაწმენდად; 4. ინსულინის ნალექის გასახსნელად.

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

742. მოხუცებული ასაკის დიაბეტიკი ავადმყოფის მიერ ინსულინის ინექციის კეთების დროს ხელშემშლელი ფაქტორები შეიძლება იყოს: 1. გულმავიწყობა; 2. მხედველობის დაქვეითება; 3. ტემპერატურის მერყეობის შედეგად ინსულინის ხსნარის მოცულობის ცვალებადობა; 4. შპრიცში ინსულინის დოზის სწორად ამოღების სირთულეები.

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

743. ინსულინის საინექციო კალმისგრით ინექციის დროს ღკუშის დილაკე თითის სრულად დაჭერის შემდეგ ნემსი უნდა დარჩეს კანქვეშ კიდევ რამდენიმე წამი, რათა... 1. არ გამოვიდეს სისხლი ინექციის ადგილიდან; 2. ინსულინის მთელი დოზა შევიდეს ნემსიდან კანქვეშ; 3. მაქსიმალური კომფორტის მისაღწევად; 4. ინსულინის გაჟონვის თავიდან ასაცილებლად.

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

744. რატომ არ არსებობს პენფილების კარგრიჯი ინსულინით „მონოგარდი HM"? 1. „მონოგარდი HM", რომელიც კარგრიჯებშია ჩამოსხმული იგივეა, რაც პროტოფანი; 2. პენფილების კარგრიჯების ნაირსახეობათა მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით; 3. ინსულინ-ცინკ-სუსპენზია არამდგრადია კარგრიჯებში შენახვისათვის; 4. მონო-გარდი HM-ის კარგრიჯებში გამოყენება არასდროს მდგრადი დღის წესრიგში.

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

745. ღიაბეგისა და ორსულობის თანხვედრისას... 1. მცირდება ღიაბეგისანი ღელის სიკვდილის საფრთხე; 2. მაგულობს პერინატალური სიკვდილიანობა, განსაკუთრებით გიპი 1 ღიაბეგის ფონზე; 3. ღიაბეგისანი ღელის მეგაბოლური კონტროლის გაუმჯობესება ამცირებს მეკვრადშობალობას და ნეონატალურ სიკვდილიანობას; 4. მაგულობს გასტრო-ღუოდენური სისხლდენების რისკი.

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

746. გესტაციური შაქრიანი ღიაბეგის განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალი აქვთ ქალებს, რომლებსაც.... 1. ანამნაზში უკვე ჰქონდათ გესტაციური ღიაბეგი; 2. წინამორბედი მშობიარობისას ნაყოფის წონა აღემატებოდა 4 კგ; 3. სხეულის მასის ინდექსი უშუალოდ ორსულობამდე არ აღემატებოდა 20 კგ/მ²; 4. ანამნაზში აღენიშნებოდა ნაყოფის დაუდგენელი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილი.

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

747. ღიაბეგისანი პაციენტების მკურნალობა ორსულობის დროს: 1. უნდა წარმოებდეს ღიაბეგოლოგის, ნეონატოლოგისა და მეანის მონაწილეობით; 2. სასურველია ხდებოდეს მხოლოდ ადამიანის ინსულინით; 3. მიზანი უნდა იყოს ნორმოგლიკემიის მიღწევა და მშობიარობა არა უადრეს 35 კვირისა; 4. მიზანი უნდა იყოს ნორმოგლიკემიის მიღწევა ღიეტით, შაქარდამწვევი ორალური საშუალებებით და ღიეტით.

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

748. ნაყოფის მაკროსომია - ეს არის: 1. ღიაბეგისანი ღელის მცირე მასის მქონე ნაყოფის არსებობა; 2. ღიაბეგისანი ღელის ჭარბი მასის მქონე ნაყოფის არსებობა; 3. ღელის ჰიპერგლიკემიის შედეგია; 4. მდგომარეობა, რომელიც აძნელებს ბუნებრივი გზებით მშობიარობას და იწვევს ნაყოფის მხრის სარ-გყლის დისტოციას..

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

749. გესტაციური ღიაბეგი... 1. ხშირად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და მისი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა მიზანმიმართული გამოკვლევების ჩატარება; 2. ძალზე ხშირია და ორსულთა შორის 30% - 35%-ის ფარგლებში გვხვდება; 3. ჩვეულებრივ ელინდება ორსულობის მეორე ან მესამე ტრიმესტრში; 4. დადასტურებულად ითვლება, თუკი 75 გ გლუკოზით ორალური დაგვირთვის სტანდარტული ტესტის მიმდინარეობისას 2 სT-ში გლიკემია გადააჭარბებს 5,8 მმოლ/ლ.

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

750. ორსულობის დროს გამოყენებული ინსულინის პრეპარატი... 1. უნდა იყოს ცხოველური, მაგალითად, ღორის; 2. სასურველია იყოს ადამიანის და მაღალი ხარისხის სიწმინდის; 3. საკმარისია, თუ იქნება ჩვეულებრივი სიწმინდის; 4. უნდა იყოს მხოლოდ ხანმოკლე მოქმედების.

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

751. გესტაციური ღიაბეგის გავრცელება... 1. მერყეობს გეოგრაფიული რაიონისა და ეთნიკური წარმოშობის მიხედვით; 2. სხვადასხვა მონაცემებით მერყეობს 0,15-იდან 13%-მდე; 3. უმრავლეს ქვეყანაში შეადგენს 3 - 4 %; 4. უფრო გამოგონილი მოვლენაა და სინამდვილეში არ არსებობს.

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

752. ღიაბეგისა და ორსულობის თანხვედრისას მდგომარეობა შეიძლება შეფასდეს, როგორც... 1. პრეგესტაციური ან გესტაციური ღიაბეგი; 2. ღიაბეგისანი პაციენტი ორსულობისას და როგორც ორსულები, რომლებსაც განუვითარდათ ღიაბეგი; 3. ორსულები გიპი 1 ღიაბეგის დროს, ორსულები გიპი 2 ღიაბეგის დროს და გესტაციური ღიაბეგი; 4. ორსულობა სიმსუქნის ფონზე და მის გარეშე.

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

753. გესტაციური ღიაბეგი განისაზღვრება, როგორც... 1. გლუკოზის მიმართ ნორმალური ან დარღვეული გოლერანგობა, რომელიც გამოვლინდა ორსულობისას; 2. გლუკოზისადმი გოლერანგობის დარღვევის სხვადასხვა ხარისხი, რომელიც პირველად გამოვლინდა ორსულობისას; 3. გლუკოზისადმი გოლერანგობის დარღვევის სხვადასხვა ხარისხი, რომელიც პირველად გამოვლინდა ორსულობის შემდეგ; 4. ღიაბეგი და ორსულობა.

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

754. ორსულობის დროს გლიკემიური კონტროლი მიზნად ისახავს... 1. უზმოდ გლიკემიის დონე 3 მმოლ/ლ-ზე ქვევით; 2. გლიკემიის დონეს დღის განმავლობაში 5 მმოლ/ლ-ზე დაბლა; 3. ნებისმიერ დროს ჰიპოგლიკემიის თავიდან აცილებას; 4. გლიკემიისა და გლიკოჰემოგლობინის მაჩვენებლების შენარჩუნებას იდეალური ნორმის ფარგლებში.

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

755. პრეგესტაციური ღიაბეგის ფონზე ორსულობისას... 1. შეიძლება გაუარესდეს ღიაბეგის გართულებების, მაგალითად, რეგინოპათიის, მიმდინარეობა. 2. შესაძლოა განვითარდეს ეკლამფსია და აუცილებელი გახდეს ჰოსპიტალიზაცია; 3. აუცილებლად განვითარდება ნაყოფის მაკროსომია; 4. მიღწეული და შენარჩუნებული უნდა იყოს გლი-კემიის მკაცრი კონტროლი.

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

756. გართულებების რისკი ღიაბეგის ფონზე ორსულობისას: 1. დედა შეიძლება დაიღუპოს გიპი 1 ღიაბეგის დროს კეტოაციდოზით ან ჰიპერტენზიით არასწორი მკურნალობის შედეგად; 2. გიპი 1 ღიაბეგის მქონე დედის არასწორი მკურნალობის გამო ნაყოფს შესაძლოა ჰქონდეს თირკმლების აგენეზია, შინაგანი ორგანოების გრანსპოზიცია და სხვა სიმპტომები; 3. ღიაბეგიან მამას უმძიმდება ღიაბეგის გართულებების მიმდინარეობა; 4. გესტაციური ღიაბეგის დროს ნაყოფის მაკროსომია ააღვილებს მშობიარობას.

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

757. ღიაბეგით დაავადებული დედის შვილს... 1. მომაგებული აქვს ღიაბეგის განვითარებისადმი მიდრეკილება; 2. არასდროს უვითარდება კაკალური რეგრესიის სინდრომი; 3. ნაადრევი მშობიარობისას შეიძლება განვითარდეს რესპირატორული დისტრეს სინდრომი; 4. გესტაციური ღიაბეგის მქონე დედის შვილს შეიძლება ჰქონდეს განვითარების შეფერხება პუბერტაგულ პერიოდში.

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

758. ჰიპოგლიკემია ორსულობის დროს... 1. შესაძლოა ინსულინის დოზის გადაჭარბების შედეგი იყოს; 2. უფრო ხშირად აღენიშნებათ ინსულინოთერაპიაზე მყოფ ქალებს, რომელთაც გლიკემია ნორმალურთან ახლო ფარგლებში აქვთ; 3. შესაძლოა თავიდან იქნეს აცილებული საკვების რეგულარული, დოზირებული მიღებით; 4. შესაძლოა კუპირებული იქნეს გლუკაგონის შეყვანით.

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

759. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 1985 წლის რეკომენდაციების შესაბამისად, გესტაციური ღიაბეგის დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები 75 გ გლუკოზით ორალური სტანდარტული ტესტის ფონზე არის შემდეგი: 1. ვენური პლაზმის გლუკოზი აღემატება 5,5 მმოლ/ლ უზმოდ და 7,8 მმოლ/ლ 2 სT-ში; 2. ვენური პლაზმის გლუკოზი აღემატება 5,5 მმოლ/ლ უზმოდ და 8,3 მმოლ/ლ 2 სT-ში; 3. ვენური პლაზმის გლუკოზი აღემატება 5,8 მმოლ/ლ უზმოდ და 9,5 მმოლ/ლ 3 სT-ში; 4. ვენური პლაზმის გლუკოზი აღემატება 6,0 მმოლ/ლ უზმოდ და 8,3 მმოლ/ლ 3 სT-ში.

- *ა) 1.

- ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.
- ე) არც ერთი.

760. ზოგადი ქირურგიული ჩარევა ღიაბეგის დროს... 1. ძალზე სახიფათოა და არასოდეს არ უნდა ჩატარდეს; 2. შაქრიანი ღიაბეგის არსებობა არსებითად არ მოქმედებს სიტუაციაზე, ამიტომ ოპერაციის წინ გლიკემიის სტაბილიზაცია-ზე დროის დაკარგვა არ არის გამართლებული; 3. ღიაბეგის დროს ზოგადი ქირურგიული ჩარევა შედარებით უფრო სირთულეებთან არის დაკავშირებული, ვიდრე ღიაბეგის გარეშე. ამ დროს საჭიროა ოპერაციის წინა პერიოდში ღიაბეგის სტაბილიზაცია და სათანადო მიხედვა ოპერაციის შემდგომ, კარგი გამოსავლის უზრუნველსაყოფად; 4. ღიაბეგის სწორი მართვისა და მისი (ღიაბეგის) გართულებების არარსებობის პირობებში პოსტოპერაციული სიკვდილიანობა და ავადობა იგივეა, რაც ღიაბეგის გარეშე.

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

761. ღიაბეგის დროს, ოპერაციისათვის მომზადების პერიოდში, რისკ-ფაქტორებია: 1. სიმსუქნე, თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენება; 2. რეგინოპათია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი; 3. დეჰიდრატაცია, შოკი, წამლების ურთიერთქმედება; 4. ღიაბეგის ცუდი კონტროლი და თირკმლების უკმარისობა.

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

762. ინსულინოთერაპიის გაგრძელება ან დაწყება საჭიროა... 1. გიპი 1 ღიაბეგის დროს ოპერაციისთვის მომზადების პერიოდში; 2. გიპი 2 ღიაბეგის დროს რთული ქირურგიული ოპერაციისთვის მომზადების პერიოდში; 3. გიპი 2 ღიაბეგის ყველა შემთხვევაში, რომლებიც დაუბლონდნენ შაქარდამწვევ ორალურ საშუალებებს და ემზადებიან ნებისმიერი სახის ოპერაციისათვის; 4. დეკომპენსირებული ღიაბეგის დროს ოპერაციისთვის მომზადების პერიოდში.

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

763. ოპერაციის შემდგომ ღიაბეგის პაციენტი... 1. საჭიროებს გულდასმით დაკვირვებას და ინსულინით მკურნალობას; 2. შეიძლება მაშინვე გაეწეროს კლინიკიდან; 3. პარენტერალურ კვებაზე მყოფი პაციენტებისათვის შესაძლოა საჭირო გახდეს ინსულინის დოზების მომაგება, რადგან აღნიშნული საკვები ღილი რაოდენობით შეიცავს ნახშირწყლებს; 4. მეტაბოლური კონტროლის სტაბილიზაციის შემთხვევაში შესაძლოა დაბრუნდეს იგივე მკურნალობაზე, რომელსაც იღებდა ოპერაცია-მდე.

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

764. მეტაბოლიზმის კონტროლი ღიაბეგის დროს გულისხმობს... 1. გლიკემიის შენარჩუნებას 4-იდან 5 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში ოპერაციის დროს; 2. ოპერაციამდე გლიკემიის შენარჩუნებას 20 მმოლ/ლ-ზე ზევით; 3. ოპერაციამდე გლიკემიის შენარჩუნებას 12 მმოლ/ლ-ზე ზევით; 4. გლიკემიის შენარჩუნებას 6-იდან 10 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში ოპერაციის დროს.

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

765. ექიმი ვალდებულია... 1. უზრუნველყოს ღიაბეგით დაავადებული პაციენტის მომზადება ოპერაციისათვის და სწორად შეაფასოს შესაძლო რისკი; 2. მაქსიმალურად შესაძლო გახადოს ჰიპოგლიკემიის რისკი ღიაბეგისათვის ოპერაციის პერიოდში; 3. უზრუნველყოს ჰიპერგლიკემიისა და კეტოაციდოზის განვითარების თავიდან აცილება ოპერაციის დროს; 4. უზრუნველყოს ქირურგიული ჭრილობების შეხორცებისათვის საჭირო პირობები, განსაკუთრებით ღიაბეგის დროს.

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

766. ოპერაციაზე რეაქცია... 1. მაგულობს ინსულინის სეკრეცია; 2. მაგულობს გლუკაგონის და ადრენალინის გამოყოფა; 3. მაგულობს დეიდლიდან გლუკოზის პროდუქცია, მეტი რაოდენობით სინთეზირდება ცილა და ცხიმი; 4. ზოგადი მეტაბოლური ეფექტი კატაბოლიზმის გაძლიერებით გამოიხატება.

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

767. გადაუღებელი ქირურგიული ჩარევა ღიაბეტიან პაციენტებში... 1. არასდროს ტარდება; 2. სჯობს ცოტა ხნით გადავლოთ ღიაბეტიანი კეტაციის მოვლენების ლიკვიდაციამდე; 3. მოითხოვს უახლოეს წინა საათებში შეყვანილი ინსულინის დოზის, გლიკემიის, ჰიდრატაციისა და ელექტროლიტური სტატუსის გათვალისწინებას; 4. ისეთივე წესით უნდა წარიმართოს, როგორც გეგმიური ქირურგიული ჩარევა.

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

768. ტიპი 2 დიაბეტის მქონე პაციენტი... 1. ოპერაციის წინა საღამოს შეიძლება არ საჭიროებდეს შაქარდამწვევ ორალურ საშუალებათა მიღებას, თუ მეტაბოლიზმი მოწესრიგებულია; 2. ოპერაციამდე რამდენიმე დღით ადრე საჭიროა გადავიყვანოთ ხანმოკლე მოქმედების სულფონილმარლოვანას პრეპარატებზე, ქლორპროპამიდის ნაცვლად; 3. უნდა მოთავსდეს სტაციონარში და გადავიყვანოთ ინსულინზე, თუკი მზადდება დიდი მოცულობის ოპერაციისათვის, რომელიც დაკავშირებულია ხანგრძლივ შიმშილთან; 4. ნებისმიერ შემთხვევაში საჭიროებს ინსულინოთერაპიას.

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

769. პაციენტები ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტით... 1. სტაციონარში უნდა მოთავსდნენ ოპერაციის დღეს; 2. ოპერაციის წინ გადავიყვანოთ უნდა იქნენ ინსულინის მრავალჯერადი ინექციების რეჟიმზე, თუ ტრადიციული თერაპიის ფონზე არ არის მიღწეული კარგი კომპენსაცია; 3. თუ უკვე იღებს გახანგრძლივებულ ინსულინს, მაშინ არ არის საჭირო მისი გადაყვანა ხანმოკლე მოქმედების ინსულინზე; 4. ოპერაციის დღეს იღებენ ჩვეულებრივ საუბმეს.

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

770. დიაბეტის დიაგნოზთან ფსიქოლოგიური ადაპტაცია... 1. დროის უქმად დაკარგვა; 2. ჩვეულებრივ სიხარულსა და მხიარულებაში გამოიხატება; 3. შეიძლება გამოიხატოს გაღიზიანებით, შიშით, შეცბუნებითა და ყოველივეს უარყოფით; 4. მკაცრად ინდივიდუალური ხასიათისაა. ერთსა და იმავე ავადმყოფს სხვადასხვა დროს სხვადასხვა ხასიათის შეიძლება ჰქონდეს.

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

771. ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელია... 1. დაავადების განვითარება უპირატესად 40 წელზე მეტი ასაკის აღმნიშვნაში; 2. დაავადების განვითარება უპირატესად 30-იდან 40 წლამდე ასაკში; 3. დაავადების განვითარება უპირატესად 30 წლამდე ასაკის აღმნიშვნაში; 4. დაავადების განვითარება ნებისმიერ ასაკში სიმსუქნის ფონზე; 5. დაავადების განვითარება მოხუცებულ ასაკში. სხეულის ნორმალური მასის ფონზე.

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

772. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 ხასიათდება: 1. დაავადების სიმპტომების თანდათანობით განვითარებით; 2. დაავადების სიმპტომების და ნიშნების შეღარებით სწრაფი განვითარებით; 3. დაავადების სიმპტომების სწრაფი განვითარებით, რომელსაც სცვლის სპონტანური რემისიის პერიოდები; 4. დაავადების ფარული მიმდინარეობის ხანგრძლივი პერიოდით, ღარიბი კლინიკური მიმდინარეობის ფონზე; 5. დაავადების განვითარებით დიაბეტის სპეციფიური გართულებების მანიფესტაციის ფონზე.

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

773. შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1 ხასიათდება: 1. ინსულინის ბიოლოგიურად აქტიური ფრაქციის სეკრეციის დაქვეითებით სუმარული სეკრეციის ზომიერი მაგების ფონზე; 2. ინსულინის სეკრეციის დაქვეითებით და პროინსულინის გამოყოფის პარადოქსული მაგებით; 3.

სისხლში ინსულინის კონცენტრაციის შემცირებით; 4. სისხლში ინსულინის კონცენტრაციის შემცირებით კონტრინსულინური ჰორმონების ანტაგონისტური მოქმედების გავლენით; 5. სისხლის ინსულინამური აქტიობის გაძლიერებითა და ჰიპერგლიკემიით.

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

774. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 1 ხასიათდება: 1. კეტონურიის განვითარებით კეტონემიის გარეშე; 2. კეტონურიის განვითარებით გლუკოზურიის სტიმულაციური ეფექტის ზეგავლენით; 3. კეტონურიის განვითარებით ალიპოციტეზში კეტოგენემის გაძლიერების გამო; 4. კეტოაცილოზისადმი მიდრეკილებით; 5. კეტოაცილოზისადმი მიდრეკილებით ლიპოგენემის გაძლიერების ფონზე.

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

775. ავადმყოფ მამაკაცს, რომელსაც 44 წლის ასაკში განვითარებული შაქრიანი დიაბეტის კონტროლისათვის 14 წლის განმავლობაში ესაჭიროებოდა გლიბენკლამიდის 10 მგ დღიურად, განუვითარდა რემისგენგობა ორალური ანტიდიაბეტური საშუალებების მიმართ. შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციისა და კეტოაცილოზის ლიკვიდაციისათვის საჭირო გახდა მკურნალობის დაწყება ინსულინის პრეპარატებით, საშუალო დღიური დოზით 60 ერთეული. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი დიაგნოზია უფრო შესაფერისი აღწერილ შემთხვევაში? 1. ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი; 2. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 1; 3. შაქრიანი დიაბეტი; 4. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 2, მძიმე ფორმა; 5. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 1, მძიმე ფორმა.

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

776. 57 წლის ქალს, რომლის სიმადლეა 162სმ და სხეულის მასა 88კგ, გლიკემია კაპილარულ სისხლში უზმოდ აღმოაჩნდა 5,5 მმოლ/ლ, 75 გრაში გლუკოზის ხსნარის დალევიდან 2 სT-ში გლიკემია იყო 8,8 მმოლ/ლ. როგორ უნდა შეფასდეს ამ შემთხვევაში გლიკემიის შედეგები/1. ლაგენტური დიაბეტი, სიმსუქნე; 2. ქიმიური დიაბეტი ჭარბი კვების ფონზე; 3. აშკარა ფორმის შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე; 4. გლუკოზისადმი გოლერანგობის დაქვეითება, სიმსუქნე; 5. გლუკოზისადმი ნორმალური გოლერანგობა.

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

777. 49 წლის მამაკაცს, რომლის სიმადლეა 180 სმ სხეული მასის ინდექსი 39 კგ/მ2, კაპილარულ სისხლში გლიკემია უზმოდ აღმოაჩნდა 4,5 მმოლ/ლ. 75 გ გლუკოზის ხსნარის დალევიდან 2 სთ, გლიკემია იყო 12,1 მმოლ/ლ, ხოლო 4 სთ - 5,8 მმოლ/ლ. როგორ უნდა შეფასდეს ამ შემთხვევაში გლიკემიის შედეგები? 1. გლუკოზისადმი ნორმალური გოლერანგობა; 2. შაქრიანი დიაბეტი სიმსუქნის ფონზე; 3. გლუკოზისადმი გოლერანგობის დაქვეითება ნორმალური მასის ფონზე; 4. ლაგენტური დიაბეტი სიმსუქნის ფონზე; 5. მიღებული შედეგები ურთიერთგამომრიცხავია და საჭიროა განმეორებით გამოკვლევა.

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

778. 34 წლის ქალს სამი წინამორბედი ორსულობიდან ორჯერ აღენიშნებოდა მშობიარობა ჭარბი მასის ნაყოფით (4800გ და 5400გ). მიმდინარე მეოთხე ორსულობის 27-ე კვირაზე ჩაუტარდა გლუკოზისადმი გოლერანგობის სტანდარტული ტესტი 75 გ გლუკოზით. ვენურ პლაზმაში გლიკემია უზმოდ იყო 5,5 მმოლ/ლ, ხოლო გლუკოზის ხსნარის დალევიდან 2 სთ - 11,9 მმოლ/ლ. როგორ უნდა შეფასდეს ამ შემთხვევაში გამოკვლევის შედეგები? 1. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 1, მსუბუქი ფორმა; 2. გესტაციური დიაბეტი; 3. სტერიოიდული დიაბეტი 4. შაქრიანი დიაბეტი გიპი 2, მსუბუქი ფორმა.

- ა) 1.
- *ბ) 2.
- გ) 3.
- დ) 4.

779. 27 წლის ქალს სამი წინამორბედი ორსულობისას ორჯერ აღენიშნებოდა მკერდშობალობა და ერთჯერ მშობიარობა ჭარბი მასის ნაყოფით. მიმდინარე მეოთხე ორსულობისას პლაზმის გლუკოზი აღმოჩნდა : უზმოდ - 5,8 მმოლ/ლ, გვილიეულით მდიდარი საუზმოდან 2 სT-ში - 12,6 მმოლ/ლ. როგორ უნდა შეფასდეს ამ შემთხვევაში გლიკემიის შედეგები? 1. გლუკოზისადმი გოლერანგობის დაქვეითება გესტაციური ტიპის; 2. შაქრიანი დიაბეტი, გიპი 1, მსუბუქი ფორმა; 3. შაქრიანი დიაბეტი, გიპი 2, მსუბუქი ფორმა; 4. გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი; 5. დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა ჩატარდეს გლუკოზისადმი გოლერანგობის სტანდარტული ტესტი.

- ა) 1.
- ბ) 2.
- გ) 3.

- *დ) 4.
- ე) 5.

780. 29 წლის ავადმყოფ მამაკაცს პანკრეასექტომიის შემდეგ განუვითარდა შაქრიანი დიაბეტი მკვეთრად გამოხატული კლინიკური სიმპტომებითა და კეტოაციდოზისადმი მიდრეკილებით, რის გამოც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი განლაგების დაწესება ინსულინის პრეპარატებით. ქვემოთმოთვლილთაგან რომელი დიაგნოზი უფრო შესაფერისია აღწერილ შემთხვევაში? 1. ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი; 2. შაქრიანი დიაბეტი, ტიპი 1; 3. გესტაციული შაქრიანი დიაბეტი; 4. პანკრეასექტომია; 5. პანკრეასექტომიის შემდგომი მდგომარეობა. შაქრიანი დიაბეტი, მძიმე ფორმა.

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

781. შაქრიანი დიაბეტის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს: 1. პანკრეასექტომია; 2. ჰემოქრომატოზი; 3. მუკოვიცილოზი; 4. ქრონიკული პანკრეატიტი; 5. ქრონიკული ჰეპატო-ქოლესისტიტი; 6. კუჭის რეზექციის შემდგომი მდგომარეობა (დემპინგ-სინდრომი).

- ა) 1; 4; 6.
- *ბ) 1; 2; 3; 4.
- გ) 2; 4; 6.
- დ) 1; 2; 4; 6.
- ე) 2; 5; 6.

782. შაქრიანი დიაბეტის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს: 1. ქრონიკული აუტოიმუნური თირეოიდიტი, ჰიპოთირეოზი; 2. აკრომეგალია; 3. ჰიპერპარატიტიზის სინდრომი; 4. ფოქრომოციტოზი; 5. კუშინგის სინდრომი; 6. პირველადი ალდოსტერონიზმი; 7. პირველადი ჰიპერპარათირეოზი; 8. გლუკოგონომა.

- *ა) 2; 4; 5; 6; 8.
- ბ) 1; 2; 4; 6; 8.
- გ) 1; 3; 4; 5; 7; 8.
- დ) 1; 2; 3; 4; 5.
- ე) 5; 6; 7; 8.

783. ქვემოთმოთვლილთაგან დიაბეტოგენური ეფექტით ხასიათდებიან შემდეგი პრეპარატები: 1. სულფანილამიდები; 2. თიაზიდური შარდმდენები; 3. გლუკოკორტიკოიდები; 4. ბიგუანიდები; 5. ზოგი ფსიქოტროპული საშუალება; 6. კატექოლამინები; 7. ესტროგენების შემცველი პრეპარატები; 8. ალფა-გლუკოზიდაზას ინჰიბიტორები.

- ა) 1; 2; 4; 5; 8.
- ბ) 1; 3; 4; 5; 7.
- გ) 2; 3; 4; 5; 6.
- დ) 3; 4; 5; 6; 7.
- *ე) 2; 3; 5; 6; 7.

784. პიროვნების შთამომავლობაში შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკი: 1. ერთნაირი აქვთ ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის მქონე ქალებს და მამაკაცებს; 2. მეტი აქვთ ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის მქონე ქალებს, თუკი ისინი ორსულობის პერიოდში უკვე იყვნენ ავად შაქრიანი დიაბეტით; 3. მეტი აქვთ შაქრიანი დიაბეტის მქონე ქალებს, მიუხედავად იმისა, ორსულობის პერიოდში იყვნენ თუ არა ავად შაქრიანი დიაბეტით; 4. მეტი აქვთ შაქრიანი დიაბეტის მქონე მამაკაცებს; 5. მეტი აქვთ ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის მქონე მამაკაცებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მამას უკვე ჰქონდა შაქრიანი დიაბეტი ბავშვის ჩასახვის მომენტისთვის.

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

785. ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს ბუტა-უჯრედების მიერ ექსპრესირებული ანტიგენები წარმოადგენენ აუტოიმუნური აგრესიის სამიზნეებს. ასეთი ანტიგენებია: 1. ინსულინი; 2. გლუკაგონი; 3. გლუტამინის მჟავის დეკარბოქსილაზა ანუ 64 კილოდალტონის მოლეკულური მასის პროტეინი; 4. დემოქსირიბონუკლეინის მჟავა; 5. ფოსფოლიპაზა; 6. ინსულინაზა.

- ა) 1; 6.
- ბ) 1; 2.
- გ) 3; 6.
- დ) 4; 5.
- *ე) 1; 3.

786. დასახელებული მეტაბოლიზმის რეგულაციის ყველაზე ადრეული დეფექტი, რომელიც წინ უძღვის აშკარა ფორმის ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის ჩამოყალიბებას? 1. ინსულინის სეკრეციის პირველი ფაზის გაქრობა; 2. ინსულინის სეკრეციის მეორე ფაზის დათრგუნვა; 3. ინსულინის მიმართ რემისგენგობის მომატება; 4. ინსულინის ინაქტივაციის გაძლიერება; 5. გლუკაგონისა და ზრდის ჰორმონის კონტრაინსულინური მოქმედების მომატება.

- ა) 1.
- ბ) 2.
- *გ) 3.
- დ) 4.

ე) 5.

787. ქვემოწამოთვლილთაგან რომელი ანთროპომეტრული მაჩვენებელი აღმოჩნდა ყველაზე უფრო მკაფიო კორელაციაში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის გამოამკარავებამდე არსებულ ინსულინორემის გენგობასთან? 1. ქვემო კილურების გარშემოწერილობა ბარძაყის შუა მესამეში; 2. წელის გარშემოწერილობა; 3. გულმკერდის გარშემოწერილობა; 4. თეძოს გარშემოწერილობა; 5. სიმაღლის შეფარდება სხეულის მასის კვადრატთან.

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

788. რაგომ ვითარდება ბეგა-უჯრელების უკმარისობა ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის დროს? 1. ლანგერჰანის კუნძულების თანდაყოლილი რაოდენობრივი სიმცირის გამო; 2. ლეფექტური ინსულინის სეკრეციის გამო; 3. სისხლში ინსულინის შემაკავშირებელი პროტეინების სიჭარბის გამო; 4. ინსულინორემის გენგობის გამო; 5. ინსულინსმური აქტიობის მაგების გამო.

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

789. როგორი მექანიზმით უწყობს ხელს ღვიძლი უმბოდ ჰიპერგლიკემიას ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის დროს? ინსულინის ბიოლოგიური ეფექტურობის დაქვეითების კვალდაკვალ ითრგუნება ღვიძლში გლიკოგენის სინთეზი, ძლიერდება გლიკოგენოლიზი და გლუკონეოგენეზი; 2. პანკრეასიდან ინსულინი ჯერ ხვდება ღვიძლში კარის ვენის სისტემის გავლით. ღვიძლში ინსულინსმური აქტიობის გაზრდა იწვევს ჰიპერგლიკემიას; 3. ძლიერდება ღვიძლში გლუკომის პროდუქცია ცხიმოვანი მუყავებისაგან; 5. ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია აქვეითებს მის ფუნქციურ აქტიობას, რის გამოც ნაწლავებიდან შეწოვილი ნახშირწყლები ადვილად ხვდებათ საერთო სისხლისმიმოქცევაში, რაც მკვეთრად ზრდის სისხლში გლუკომის კონცენტრაციას.

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

790. რომელი მეტაბოლური დარღვევებია დამახასიათებელი X-სინდრომისთვის? 1. ჰიპერინსულინემია; 2. გლუკომისადმი ტოლერანტობის დაქვეითება; 3. ჰიპერგამაგლობულინემია; 4. ჰიპერკალცემია 5. ჰიპერტრიგლიცერემია; 6. მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის კონცენტრაციის დაქვეითება სისხლში; 7. არტერიული ჰიპერტენზია; 8. სიმსუქნე; 9. ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია; 10. ჰიპერფიბრინოგენემია; 11. ჰიპოკალცემია; 12. ჰიპერვაზოპრესიონემია.

- ა) 1; 2; 4; 5; 6; 7.
- ბ) 2; 4; 6; 7; 8; 12.
- გ) 1; 3; 4; 6; 10; 11.
- *დ) 1; 2; 5; 6; 7; 8.
- ე) 4; 5; 6; 7; 9; 10.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები

791. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა კლასიფიკაციის თანახმად (სოფია, 1961) ცალკეული ნოზოლოგიური ერთეულის არასწორ დასახელებად მიჩნეულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ბაზილოვის დაავადება
- *ბ) ლიფუზური გოქსიური ჩიყვი
- გ) პირველადი გოქსიური ჩიყვი
- დ) თირეოტოქსიკოზი
- ე) ჰიპერთირეოზი

792. ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის მსუბუქი ფორმისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ნერვული სისტემის აგზნებადობის მომაგება
- ბ) წონაში დაკლება 10-15%-ით სხეულის იდეალური მასასთან შედარებით
- გ) მუღმივი ტაქიკარდია არა უმეტეს 90-100 დარტყმისა 1 წუთში
- *დ) მუღმივი ტაქიკარდია 120-ზე მეტი დარტყმით 1 წუთში, ზოგჯერ- მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმები
- ე) ზოგჯერ - შრომის უნარის დაქვეითება

793. ლიფუზურ-გოქსიური ჩიყვის საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ნერვული სისტემის აგზნებადობის მკვეთრი მომაგება
- ბ) შრომის უნარი დაქვეითება
- *გ) მოციმციმე არითმია, სისხლის მიმოქცევის მესამე ხარისხის უკმარისობით
- დ) სხეულის მასის შემცირება 20%-ით იდეალური მასასთან შედარებით
- ე) მუღმივი ტაქიკარდია 100-დან 120 დარტყმამდე 1 წუთში

794. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის მძიმე ფორმისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შრომის უნარის სრული დაქვეითება
- ბ) მოციმციმე არითმიის გამოვლენა
- გ) გულის უკმარისობის მოვლენები
- დ) გულის თირეოგოქსიური დაზიანება
- *ე) სხეულის მასის შემცირება 15-20%-ით იდეალურთან შედარებით

795. ფარისებრი ჯირკვლის I ხარისხის გადილებისათვის (ნიკოლაევის მიხედვით) დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მხოლოდ პალპატორულად შემჩნეული ფარისებრი ჯირკვლის ყელის გადილება
- ბ) ვიზუალურად შეუშინველი ფარისებრი ჯირკვალი
- გ) პალპაციით ფარისებრი ჯირკვლის მსუბუქი ჰიპერპლაზია
- *დ) ჯირკვალი, რომელიც ყლაპვისას შესამჩნევია

796. ფარისებრი ჯირკვლის II ხარისხის გადილებისათვის (ნიკოლაევის მიხედვით) დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მსუბუქად პალპირებული ფარისებრი ჯირკვალი
- ბ) ჯირკვალი, რომელიც ყლაპვისას შესამჩნევია
- გ) კისრის შეუცვლელი კონფიგურაცია
- *დ) კისრის შეცვლილი კონფიგურაცია

797. თირეოგოქსიკოზი დამახასიათებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა ნომოლოგიის დროს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიფუზური-გოქსიური ჩიყვი
- ბ) ქვემწვავე თირეოლიდის საწყისი სტადია
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონალურად აქტიური ავთვისებიანი სიმსივნე
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის თირეოგოქსიური აღენობა
- *ე) ნეიროციტოკულატორული დისტონია

798. ჰHO-ს კლასიფიკაციის თანახმად II ხარისხის ჩიყვისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ფარისებრი ჯირკვლის ვიზუალურად შესამჩნევი გადილება
- ბ) მხოლოდ პალპატორულად შესამჩნევი ფარისებრი ჯირკვლის გადილება
- გ) ჩიყვი, რომელიც ძალზე მკვეთრად ცვლის კისრის კონფიგურაციას
- დ) ფარისებრი ჯირკვალი, რომელიც შეუშინველია კისრის დათვალიერებისას

799. დიფუზური გოქსიური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მემკვიდრეობის აუტოსომურ-დომინანტური ტიპი
- ბ) მემკვიდრეობის აუტოსომურ-რეცესიული ტიპი
- გ) მემკვიდრეობის პოლიგენური ტიპი
- *დ) მემკვიდრეობითობა, რომელიც არანაირ რიოლს არ თამაშობს დაავადების განვითარებაში
- ე) გენეტიკური წინასწარგანწყობა, შერწყმული HLA B8 და Dღ3 ანტიგენებთან

800. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის განვითარებაში გარკვეულ როლს თამაშობენ სტრესული ფაქტორები, ზემოქმედებენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კატექოლამინების ბიოლოგიური ეფექტის მომატება
- *ბ) თშH-ის სეკრეციის მომატება
- გ) იმუნური სისტემა, რომელიც იწვევს აუტოიმუნური დაავადებების სიმშრის მაგებას
- დ) ნეიროციტოკულატორული დისტონიის, როგორც დიფუზური გოქსიური ჩიყვის პრესტადიის, განვითარება,

801. ინფექციური დაავადებებიდან დიფუზური გოქსიური ჩიყვის განვითარებაში მაპროვოცირებელი როლი აქვთ ყველა ქვემოთ მოყვანილს, გარდა:

- ა) გრიპი
- ბ) ანგინა
- გ) რევმატიზმი
- დ) ცხვირ-ხახის სხვა დაავადებები
- *ე) საკვერცხეების ანთებითი დაავადებანი

802. LAთმ- ფაქტორებთან მიმართებაში მართებულია ყველა ქვემოთ მოყვანილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) LAთმ-ფაქტორი სტიმულაციას უწევს ფარისებრი ჯირკვალს უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ვიდრე თშH
- ბ) LAთმ-ფაქტორის მომატება აღენიშნებათ დიფუზური გოქსიური ჩიყვით დაავადებულთა 45-50%-ს
- გ) როცა დაავადება მიმდინარეობს ეგზოფთალმით და პრეტიტალური მიქსედემით, LAთმ-ფაქტორის მომატება აღენიშნება დიფუზური გოქსიური ჩიყვით დაავადებულთა 80- 90%-ში
- დ) LAთმ დონე სისხლში არ კორელირდება თირეოგოქსიკოზის სიმძიმესთან
- *ე) LAთმ დონე სისხლში კორელირდება ოფთალმოპათიის სიმძიმესთან

803. LAთმ-პროტექტორთან მიმართებაში მართებულია ყველა ქვემოთ მოყვანილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) წარმოადგენს იმუნოგლობულინს
- ბ) წარმოადგენს ფარისებრი ჯირკვლის სტიმულატორს
- გ) დიფუზური გოქსიური ჩიყვით დაავადებულთა შორის გვხვდება 60-70%-ში

*დ) LAთმ-პროტექტორის დონე სისხლში კორელირდება თირეოტოქსიკოზის სიმძიმესთან

804. თირეოიდიზმის გამომწვევად იმუნოგლობულინებისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) არ გამოთქმავდება ალენოპიპოფიში
- ბ) G ჯგუფთან მიკუთვნება
- *გ) ისინი არიან ანტიგენები
- დ) თმH-ის რეცეპტორთან შეკავშირების უნარი
- ე) ფარისებრ ჯირკვალზე მასტიმულირებელი გემოქმედების უნარი

805. თმH-ის რეცეპტორების მიმართ ანგისხეულებს შესწევთ უნარი განახორციელონ ყველა ქვემოთ მოყვანილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ალენილაგცი კლამის სტიმულაცია და თირეოიდიული ჰორმონების ბიოსინთეზის გაძლიერება
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია - ჩიყვის განვითარება
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერება
- *დ) ჰიპოფიზის თირეოტროფების სტიმულაცია

806. ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს დადგენილია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) იმუნური კონტროლის თანდაყოლილი დეფექტი
- ბ) T-სუპრესორების დეფიციტი ან დეფექტი
- გ) T-ლიმფოციტების ფორბილული ფორმების გამოჩენა
- დ) მასტიმულირებელი იმუნოგლობულინების მომაგებელი რაოდენობით განვითარება
- *ე) T-სუპრესორების მომაგება

807. ენდოკრინული ოფთალმოპათიის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეომასტიმულირებელ თვისებებს მოკლებული ანგისხეულების არსებობა, რომლებიც მოქმედებენ რეტრობულბალურ ქსოვილებზე
- ბ) გენეტიკური ფაქტორები
- გ) აუტოიმუნური პროცესები
- დ) ფორბილული კლონების ფორმირება
- *ე) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობა

808. პრეტიბალური მიქსელემა ვლინდება ყველა ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევის დროს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ლიფუზური გოქსიური ჩიყვი
- ბ) შემუშავებითი ოფთალმოპათია
- *გ) ენდემურ ჩიყვი
- დ) ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის გამო ფარისებრ ჯირკვალზე ქირურგიული ჩარევის შემდგომ
- ე) რადიოაქტიული იოდით ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის მკურნალობის შემდეგ

809. კატექოლამინების მომაგებელი ეფექტი შეიძლება იყოს განპირობებული ყველა ფაქტორის მიერ, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეოიდიული ჰორმონების სინთეზის სიჭარბე
- ბ) თირეოიდიული ჰორმონების სეკრეციის მომაგება
- გ) თმH-ის სინთეზის მომაგების გამო ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების სეკრეციის მომაგება
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერება თირეოიდიზმის გამომწვევად ანგისხეულების გავლენით
- *ე) თირეოიდიული ჰორმონების სეკრეციის შემცირება

810. თირეოიდიული ჰორმონების სიჭარბე განპირობებს ყველა ქვემოთ მოყვანილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნახშირწყლების ცხიმებში გადასვლის დამუხრუჭება
- ბ) ღვიძლში გლიკოგენის შემცველობის შემცირება
- გ) ღვიძლში ფოსფორილირების დარღვევა
- დ) გლიკოგენის გაძლიერებული დაშლა
- *ე) კალორიგენული ეფექტის შემცირება

811. თირეოიდიული ჰორმონების სიჭარბე იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნახშირწყლების ცხიმში გადასვლის დამუხრუჭება
- *ბ) ნახშირწყლების ცხიმში გადასვლის აქტივაცია
- გ) ღებულებიდან ცხიმების მობილიზაციის მომაგება
- დ) ცხიმოვანი ქსოვილის მომაგებელი მგრძობელობა კატექოლამინების მიმართ

812. თირეოტოქსიკოზის დროს ცილოვანი ცვლის დარღვევა ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ცილების კატაბოლიზმის მომაგება
- *ბ) ცილების ანაბოლიზმის გაძლიერება
- გ) ანაბოლური პროცესების დაქვეითება
- დ) ჰიპოალბუმინემია
- ე) შარდთან ერთად ამოცისა და კრეატინინის გაძლიერებული გამოყოფა

813. ბავშვთა ასაკში ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის თავისებურებებს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფიზიკური განვითარების დაჩქარება
- *ბ) ფიზიკური განვითარების შეფერხება
- გ) გაძვალეების პროცესების დაჩქარება
- დ) სქესობრივი განვითარების შეფერხება

814. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ ტოქსიური ჩიყვით დაავადებულებს აღენიშნებათ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სტაბილური ხასიათის ტაქიკარდია
- *ბ) შეტევეითი ხასიათის სინუსური ტაქიკარდია
- გ) პულსური წნევის გადიდება
- დ) მოციმციმე არიგმია
- ე) სისხლის წუთმოცულობის მომატება

815. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ თირეოტოქსიკოზით დაავადებულებს, დაავადების სიმძიმის მიხედვით აღენიშნებათ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სისტოლური წნევის მომატება, და დიასტოლურის შემცირება
- ბ) გულის საზღვრების გადიდება
- გ) ფუნქციური ხასიათის სისხლძარღვოვანი შუილები
- დ) სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა
- *ე) თირეოტოქსიკოზის მძიმე ფორმის დროს სინუსური ბრადიკარდია

816. ლიფუზური ტოქსიური ჩიყვის დროს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების იშვიათი ხასიათი განპირობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სისხლის ნაკადის სინქარის მატება
- ბ) სისხლის შემდეგებული სისტემის აქტიობის დაქვეითება
- გ) შედეგების საწინააღმდეგო სისტემის აქტიობის გაძლიერება
- *დ) თრომბოციტების აგრეგაციის მომატება
- ე) ცხიმების შეგაბოლოების მაჩვენებლების ცვლილებანი (ქოლესტერინის დონის შემცირება)

817. თირეოტოქსიკოზის გავლენით ეკგ-ზე ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) დ და თ კბილების ვოლტაჟის მომატება დაავადების მსუბუქი ფორმის დროს
- ბ) P-Q ინტერვალის შემოკლება მსუბუქი ფორმისას
- გ) თ კბილის ინვერსია მძიმე ფორმისას
- დ) ორფაზიანი თ კბილი მძიმე ფორმისას
- *ე) თ კბილის ინვერსია მსუბუქი ფორმისას

818. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დამიანებანი ტოქსიური ჩიყვის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცვლილებები მაღის მხრივ (გაძლიერება ან დაქვეითება)
- ბ) კუჭის სეკრეციის ფუნქციის დარღვევები (მომატება ან შემცირება)
- გ) ლეფეკაციის გახშირება
- დ) კუჭისა და ნაწლავების არეში ტკივილის შეტევები
- *ე) ყაბზობა

819. ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დამიანების გამოვლინებანი ტოქსიური ჩიყვის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მთელი სხეულისა და მისი ცალკეული ნაწილების კანკალი
- ბ) მკვეთრად გამოხატული მდგრადი წითელი ღერმოვანფიში
- გ) მყესოვანი რეფლექსების გაძლიერება
- *დ) პათოლოგიური რეფლექსების არარსებობა
- ე) კუნთოვანი სისუსტე

820. ტოქსიური ჩიყვისა და მიასტენიის ურთიერთშეუღლებების შემთხვევაში ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თვალის მამოძრავებელი კუნთების სისუსტე
- ბ) სალექი კუნთების სისუსტე
- გ) ყლაპვის დარღვევები
- დ) შეტყველების დარღვევა
- *ე) ტეტანია ჰიპოკალიემიური ალკალოზის ფონზე

821. რეპროდუქციული სისტემის მხრივ დარღვევები თირეოტოქსიკოზის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) მენსტრუალური ციკლის დარღვევები
- ბ) მამაკაცებში ლიბიდოსა და პოტენციის დაქვეითება
- გ) საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში ლეგენერაციული და ატროფიული ცვლილებები
- დ) მიდრეკილება სპონტანური აბორტებისა და უნაყოფობისადმი
- *ე) ეპიფიზის აუტოიმუნური დისფუნქცია და ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება

822. თირეოტოქსიკოზის გავლენით თირკმლის ფუნქციის დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს:

- *ა) ჩა-ისა და P-ის რეაბსორბციის დარღვევით
- ბ) პროტეინურიით
- გ) თირკმლის ფილტრაციული ფუნქციის გაძლიერებით
- დ) თირკმლის სისხლის მიმოქცევის დარღვევებით
- ე) კონცენტრაციული ფუნქციის დარღვევით

823. თირეოტოქსიკომის დროს ღვიძლის დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰეპატიტი
- ბ) ციროზი
- გ) სიყვითლე
- დ) ღვიძლის ყველა ძირითადი ფუნქციის დარღვევით
- *ე) თირეოტოქსიური კეროვანი ქოლანგიონეკროზი

824. კრაუზეს სიმპტომი (თვალეების ბრწყინვა) შეიძლება აღინიშნებოდეს ყველა ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევისას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) დიფუზური ტოქსიური ჩიყვი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) ნერვული სისტემის ფუნქციური დარღვევები
- დ) რევმატიზმი
- *ე) ჰიპოთირეოზი

825. I ხარისხის ოფთალმოპათიისას დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სუსტად გამოხატული ეგზოფთალმი
- ბ) ქუთუთების შეშუპება
- გ) კონიუქტივის დაზიანების არ არსებობა
- დ) თვალის მამოძრავებელი კუნთების ნორმალური ფუნქციონირება
- *ე) დიპლოპია

826. II ხარისხის ოფთალმოპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ბომიერი ეგზოფთალმი
- ბ) ცრემლდენა
- გ) არამდგრადი დიპლოპია
- *დ) მხედველობის ნერვის აგროფია
- ე) თვალის კაკლების მოძრაობის შემლუღვა

827. III ხარისხის ოფთალმოპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მკვეთრად გამოხატული ეგზოფთალმი (22-23 მმ)
- ბ) ქუთუთების დახუჭვის შეუძლებლობა,
- გ) კერატიტი, რქოვანის დაწყლულება
- დ) მხედველობის ნერვის აგროფია
- *ე) არამდგრადი დიპლოპია

828. მამაკაცებში ტოქსიური ჩიყვის მიმდინარეობის თავისებურებებს განეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ხშირია ოფთალმოპათიის გამოხატული ფორმები
- ბ) თირეოტოქსიკომის უფრო სწრაფი პროგრესირება, ვიდრე ქალებში
- გ) მძიმე ვისცეროპათიების და უსიქოზების მაღალი სიხშირე
- *დ) ჰიპოფიზის წინა ნაწილის აღენომავტომური ცვლილებების გამო თირეოტოქსიკომის რეციდივის მაღალი სიხშირე
- ე) თირეოტოქსიკომის მელიკამენტური მკურნალობის მიმართ რეფრაქტურობა

829. ბავშვებში ტოქსიური ჩიყვის მიმდინარეობისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის გამოხატული გადიდება
- ბ) კვანძოვანი ფორმების იშვიათი სიხშირე
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის იშვიათი მკერდუკანა მდებარეობა
- *დ) გულის რითმის ხშირი დარღვევები (მოციმციმე არითმია)
- ე) მრდისა და გაძვალეების პროცესების დაჩქარება

830. ბავშვებში ტოქსიური ჩიყვის მიმდინარეობის თავისებურებებიდან აღსანიშნავია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) სქესობრივი განვითარების შეფერხება
- ბ) გულის უკმარისობის იშვიათი გამოვლინება
- გ) იშვიათად სიგამხდრე
- დ) თიმიკოლიმფატიკური მდგომარეობის ნიშნები
- *ე) გონებრივი შრომის უნარის დაქვეითების არ არსებობა

831. ტოქსიური ჩიყვის მიმდინარეობას მოხუცებში ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მნიშვნელოვანი ცვლილებები
- ბ) ხშირად მოციმციმე არითმიის განვითარება

- გ) ხშირად სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის განვითარება
- დ) თითების გრემორი
- *ე) აპათიკური თიორეოლოჯიკოზის იშვიათად განვითარება

832. თირეოლოჯიკური გული ხასიათდება ყველა ქვემოთ მოყვანილი გამოვლინებით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მუღმივი მოციმციმე არითმია
- ბ) გულის ზომების გადიდება
- გ) სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა
- დ) მნიშვნელოვანი ცვლილებები სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში (პერიფერიული შეშუპებები, ღვიძლის გადიდება, ასციტი, ჰიდროთირაქსი)
- *ე) შეგუებითი მოვლენები სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში

833. თირეოლოჯიკური ღვიძლი ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღვიძლის გადიდება მოცულობაში
- ბ) ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში
- გ) ზოგ შემთხვევაში სიყვითლე
- დ) ღვიძლის ფუნქციების მოშლა
- *ე) ღვიძლის ფუნქციის შეუქცევადი ხასიათის დარღვევები

834. მწვავე თირეოლოჯიკური მიოპათიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გენერალიზებული ღუნე ღამბლის უეცარი განვითარება
- ბ) პარეზების მოულოდნელი განვითარება
- გ) სუნთქვის დარღვევები
- *დ) ნორმალური მყესოვანი რეფლექსები
- ე) ყლაპვის პროცესის დარღვევები

835. თირეოლოჯიკური კრიზის პათოგენეზი განპირობებულია ყველა ქვემოთ მოყვანილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეოული ჰორმონების სეკრეციის მკვეთრი მომატება
- ბ) თირემულემია ჯირკვლების შეღარებით უკმარისობის პროგრესირება
- *გ) კალიკრინ-კინინური სისტემის აქტივობის დაქვეითება
- დ) ნერვული სისტემის შემდგომი სტრუქტურების მომატებული აქტივობა
- ე) ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზური და სიმპათოადრენალური სისტემის აქტივობის მომატება

836. თირეოლოჯიკური კრიზი შეიძლება განვითარდეს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მკურნალობის გარეშე დარჩენილი გოქსიური ჩიყვის დროს
- ბ) ფარისებრ ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევის შედეგად
- *გ) ეუთირეოზის მიღწევის შემდეგ რადიაქტიური იოდით მკურნალობის შედეგად
- დ) ანტითირეოული ოპრეპარატების სწრაფი მოხსნისას
- ე) ინფექციების, ინტოქსიკაციების, სტრესული სიტუაციებისას

837. თირეოლოჯიკურ კრიზს თან ახლავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გულისრევა, პირღებინება, პროფუზული ფაღარათი
- ბ) პროფუზული ოფლიანობა
- გ) კუნთოვანი აღინამია
- *დ) სხეულის ნორმალური ტემპერატურა ან ჰიპოთერმია
- ე) მკვეთრად გამოხატული ტაქიკარდია

838. თირეოლოჯიკური კრიზის წინამორბედ მოვლენებს განეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ცნობიერების პროგრესირებადი დარღვევა
- ბ) ორიენტაციის დაკარგვა
- გ) სისხლის შრატში თირეოქსინისა და ტრიიოდთირონინის დონის მომატება
- *დ) თირეოქსინშემამკვეთი გლობულინის სინთეზის აქტივობის ნახტომისებრი მატება
- ე) ტაქიკარდია

839. ღიფუმური გოქსიური ჩიყვის დროს ლაბორატორიული მონაცემები ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მიღრეკილება ჰიპოქოლესტერინემიისადმი
- ბ) ჰიპოალბუმინემია
- გ) ნახშირწყლების მიმართ გოლერანგობის დაქვეითება, ზოგიერთ შემთხვევაში-ჰიპერგლიკემია
- დ) ჰიპოპროტეინემია
- *ე) გამა გლობულინების შემცველობის დაქვეითება

840. ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131I-ის შთანთქმა მომატებულია ყველა ქვემოთ მოყვანილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ღიფუმური გოქსიური ჩიყვი
- ბ) ენდემური ჩიყვი
- გ) თირეოლოჯიკური აღინამია
- *დ) ქვემწვავე თირეოიდიტის თირეოლოჯიკური ფაზა
- ე) მრავალკვანძოვანი გოქსიური ჩიყვი

841. ლიფტური ტოქსიური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში თავისუფალი თიროქსინის (Fთ4) კონცენტრაციის მომაგება
- ბ) სისხლში თავისუფალი თიროქსინის (Fთ3) კონცენტრაციის მომაგება
- გ) სისხლში საერთო თ4-ის მომაგება
- დ) სისხლში საერთო თ3-ის კონცენტრაციის მომაგება
- *ე) სისხლში თმH-ის კონცენტრაციის მომაგება

842. გრიოლთირონინით გესგის ჩატარებისას ლიფტური ტოქსიური ჩიყვის დროს დამახასიათებელია:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის დაქვეითება (50%-ით)
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის პროცესზე მეგავლენის უქონლობა
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის მნიშვნელოვანი მაგება

843. თიროლიბერინის გესგის დროს ლიფტური ტოქსიური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია:

- ა) თმH-ის სეკრეციის ნორმალური პასუხი
- *ბ) თმH-ის დონის მომაგების არ არსებობა
- გ) თმH-ის დონის გადაჭარბებული (20-40 ჯერ) მომაგება
- დ) თმH-ის დონის დაქვეითება

844. ფარისებრი ჯირკვლის რადიოიზოტოპური სკანირება საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის სხვა და სხვა უბანში რადიოფარმპრეპარატის შთანთქმის სიდიდე
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ექტოპური ქსოვილის მდებარეობის განსაზღვრა
- გ) მეკრლეკან ჩიყვის არსებობის დადგენა
- დ) "ცხელი", "თბილი" და "ცივი" კვანძების გამოვლენა
- *ე) ლიფერენციალური ლიგნომის გაგარება ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნესა და არაგოქსიურ ჩიყვის შორის

845. ფარისებრი ჯირკვლის მიმართ აუტოიმუნური აგრესიის პროცესის დასადგენად რეკომენდირებულია განისაზღვროს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პარამეტრი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ანგისხეულები თიროგლობულინის მიმართ
- ბ) ანგისხეულები თიროციტების მიკროსომალური ფრაქციის მიმართ
- გ) ანგისხეულები თიროპეროქსიდაზის მიმართ
- *დ) ანგისხეულები უნივერსალური თიროიდული ანტიგენის მიმართ
- ე) ანგისხეულები მეორე კოლოიდური ანტიგენის მიმართ

846. აქილევსის რეფლექსის გრაფიკული გამოსახულების (აქილოგრამა) მიხედვით რელაქსაციის პროცესის სისწრაფის შენელება აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებისას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი
- ბ) თიროიდექტომიის შემდგომი ჰიპოთირეოზი
- *გ) მედიკამენტური თიროტოქსიკოზი
- დ) მედიკამენტური ჰიპოთირეოზი
- ე) პანჰიპოპიტიტარიზმი

847. თიროტოქსიური აღენომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) "ცხელი" კვანძის არსებობა სკენირებისას, ხოლო ირგვლივ მდებარე ქსოვილების მიერ 131J-ის შთანთქმის შემცირება
- *ბ) თიროიდმასტიმულირებელი ანგისხეულების არსებობა
- გ) თიროიდმასტიმულირებელი ანგისხეულების არარსებობა
- დ) კვანძის არსებობა პალპაციით და ულტრასონოგრაფიული სკენირებით
- ე) ტაქიკარდია

848. ფარისებრი ჯირკვლის მეტაბოლური კიბოსათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ხშირ შემთხვევაში ფოქრომოციტომასთან და/ან ფარისებრახლო ჯირკვლების აღენომასთან შეუღლება
- ბ) კალციტონინის პროდუცირება
- გ) აკტჰ-ს, სეროტონინის, პროსტაგლანდინების სეკრეციის შესაძლებლობა
- დ) ჰიპოკალცემია
- *ე) ჰიპერკალცემია

849. პაპილარული კიბოსათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნელი მრლა
- ბ) ხშირად მეტასტაზების განვითარება ლიმფურ კვანძებში
- გ) მეტასტაზები ფილტვებში
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის სხვა სიმსივნესთან შედარებით ნაკლებად ავთვისებიანი მიმდინარეობა
- *ე) კალციტონინის სეკრეცია

850. ფოლიკულური კიბოსათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ნელი მრლა
- ბ) შორეული მეტასტაზები (ღვიძლი, ძვლები, გვინი, ფილტვები)
- გ) მეტასტაზების მიერ რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის უნარი
- *დ) ანაპლასტიურ კიბოსთან შედარებით უფრო მეტი ავთვისებიანი მიმდინარეობა

ე) მატასტაბური ქსოვილის მიერ თიროიდული ჰორმონების გამოშვების უნარი

851. ანაპლასტიური კიბოსათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სიმსივნის სწრაფი ზრდა
- ბ) სიმსივნის ჩაზრდა ახლომდებარე ორგანოებსა და ქსოვილებში
- გ) სწრაფი მეტასტაზირება ცალკეულ ორგანოებში
- დ) სიმსივნის მიერ რადიოიზოტოპის შთანთქმის არ არსებობა ("ცივი კვანძი")
- *ე) სიმსივნის მიერ რადიოიზოტოპის შთანთქმის უნარი ("ცხელი კვანძი")

852. ნეიროციტოკულატორული დისკონიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ავადმყოფთა ჩივილები, რომლებიც არ შეესაბამება ობიექტურ მონაცემებს
- ბ) შეგვეითი ხასიათის ოფლიანობა, "ალები"
- გ) ლაბილური პულსი
- დ) სიმპტომთა კომპლექსში არსებული დინამიკის არ არსებობა წლების მანძილზე
- *ე) თერმოგრაფიული გამოკვლევით მომატებული ტემპერატურის მქონე კვანძის არსებობა

853. ნეიროციტოკულატორული დისკონიისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ქოლესტერინის ღონე სისხლში ნორმის ფარგლებში
- ბ) თ3 და თ4 ნორმის ფარგლებში
- *გ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131-ე-ის შთანთქმის მომატება 2-4 საათის შემდეგ
- დ) 131-ე-ის მაქსიმალური შთანთქმა 24-ე საათზე
- ე) ტრიოთირონიის გესტით 131-ე-ის შთანთქმის შემცირება 50%-ით და მეტად საწყის ღონესთან შედარებით

854. მერკაპოლილის მოქმედების მექანიზმში მდგომარეობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) იოდოთირონიის იოდოთირონიში გადასვლის ბლოკირება
- ბ) თირეოგლობულინის თირეოზინული ნაშთების იოდირების შეფერხება-დამუხრუჭება
- გ) აუტოიმუნურ პროცესზე მემოქმედება, რომელიც ამცირებს თირეოლმასტიმულირებელი ანგიოსხეულების რაოდენობას
- *დ) თმH-ის ღონის შემცირება

855. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს მერკაპოლილის საწყისი სამკურნალო დოზა დღე-ღამის განმავლობაში უხშირესად შეადგენს:

- *ა) 30-40 მგ.
- ბ) 20-მგ
- გ) 10 მგ
- დ) 5 მგ
- ე) 2,5 მგ

856. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს მერკაპოლილით მკურნალობის ოპტიმალური ხანგრძლიობა შეადგენს

- ა) 2-3 თვე
- ბ) 4-6 თვე
- გ) 7-11 თვე
- დ) 12-18 თვე
- *ე) 19-24 თვე

857. იმიდაზოლის წარმოებულებს განეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი, გარდა:

- ა) მერკაპოლილი
- ბ) კარბიმაზოლი
- გ) მეთიმაზოლი
- *დ) პროპილთიოურაცილი
- ე) თიამაზოლი

858. იმიდაზოლის პრეპარატებით მკურნალობისას განვითარებულ შესაძლო არასასურველ მოვლენებს განეკუთვნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) დისპეფსიური მოვლენები
- ბ) ალერგიული რეაქციები კანის მხრივ
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ზომების ზრდა
- დ) ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, აგრანულოციტოზი
- *ე) გულის რითმის დარღვევები

859. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს ბეგა-ადრენობლოკატორების მოქმედების მექანიზმში ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) კატექოლამინების მომატებული აქტივობის დაქვეითება
- ბ) ადრენორეცეპტორების მგრძობიანობის დაქვეითება
- გ) ანგითირეოიდული პრეპარატების უფექტურობის მომატება
- დ) თირეოქსინის ტრიოთირონიში გადასვლის დაქვეითება
- *ე) უშუალო მემოქმედება ფარისებრ ჯირკვალზე

860. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის მკურნალობის მიზნით იოდის პრეპარატები გამოიყენება ყველა ქვემოთ მოყვანილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) თირეოგოქსიკომის გამო ოპერაციისათვის მოსამზადებელი პერიოდი
- ბ) თირეოგოქსიური კრიზისის მკურნალობა ანგითირეოიდულ პრეპარატებთან ერთად
- გ) მსუბუქი ფორმის თირეოგოქსიკომი
- დ) ჰემატოლოგიური დაავადებებისას (ლეიოკოპენია, თრომბოციტოპენია)
- *ე) ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის საშუალო სიმძიმის დროს

861. თირეოგოქსიკომის დროს არაორგანული იოდის სამკურნალო მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებრ ჯირკვალში არაორგანული იოდის შთანთქმის დამუხრუჭება
- ბ) 5'- მონოდეიოდინამის ინჰიბირება
- გ) თიროქსინის გრიოლთირონში კონვერსიის შეფერხება
- დ) ვოლფ-ჩაიკოვის ეფექტი
- *ე) თირეოიდმასტიმულირებელი ანგისხეულების პროლუქციის შეფერხება

862. ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს თირეოიდული ჰორმონები ინიშნება ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეოსტატიური პრეპარატების სტრუქტურული ეფექტის არსებობა
- ბ) თირეოგოქსიკომის მკურნალობის შედეგად მიღწეული ეუთიროიდული მდგომარეობა
- *გ) თირეოგოქსიკომის მზარდი მოვლენების ფონზე ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობის ზრდა
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება მერკაზოლილით მკურნალობის შედეგად განვითარებული ჰიპოთირეოზის დროს

863. ლითიუმის მარილების მოქმედების მექანიზმი მოიცავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლიდან სისხლში თ4-ის გამოთავისუფლების შემცირება
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლიდან სისხლში თ3-ის გამოთავისუფლების შემცირება
- გ) თშH-ის ფარისებრ ჯირკვალზე მასტიმულირებელი მოქმედების შემცირება
- დ) თირეოიდმასტიმულირებელი ანგისხეულების ფარისებრ ჯირკვალზე შემოქმედების შემცირება
- *ე) ფარისებრ ჯირკვალში იოდის გრანსპორტირების შემცირება

864. ლითიუმის პრეპარატები იწვევენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ გართულებებს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) კრუნჩხვები
- ბ) გულისრევა
- *გ) ჰიპერგლიკემია
- დ) გულის რითმის დარღვევა
- ე) პირღებინება

865. ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს გლუკოკორტიკოიდების მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილში, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თ4-ის თ3-ში გადასვლის დამუხრუჭება
- ბ) თირეოგოქსიკომის მგრძობელობის ცვლილება თირეოლიბერინის მიმართ
- გ) ორგანიზმში იმუნური კონტროლის ნორმალიზაციის ხელშეწყობა
- დ) ფარისებრი ჯირკვლიდან თირეოიდული ჰორმონების გამოთავისუფლების შემცირება
- *ე) თ4-ის თ3-ში პერიფერიულ კონვერსიის გაძლიერება

866. ლიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს იმუნომოდულატორები ხელს უწყობენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ პროცესს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ნორმალიზაცია
- ბ) იმუნური სისტემის დარღვეული ფუნქციის აღდგენა
- გ) ლიფუზურ გოქსიურ ჩიყვთან შეუღლებული ოფთალმოპათიის მოვლენების შემსუბუქება
- *დ) ფარისებრ ჯირკვალში იოდის გრანსპორტირების ბლოკირება

867. გოქსიური ჩიყვის რეციდივების შესაძლებლობაზე მიუთითებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის არსებობა, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მკურნალობის მიუხედავად თ3-ის მაღალი კონცენტრაციის შენარჩუნება სისხლში
- ბ) ეუთიროიზმისას თირეოიდმასტიმულირებელი ანგისხეულების სტაბილურად მაღალი დონე
- გ) თშH-ის რეაქციის არ არსებობა თირეოგოქსინ-რილიბინგ-ჰორმონზე
- *დ) თირეოლიბერინის გესგის ნორმალიზაცია

868. თირეოგოქსიური კრიზისის მკურნალობისათვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეოსტატიური პრეპარატები დიდი დოზებით
- ბ) იოდის პრეპარატები თირეოსტატიკებით მკურნალობის დაწყებიდან 1-2 საათის შემდეგ
- *გ) იოდის პრეპარატები, რომლებიც ინიშნება ერთდროულად თირეოსტატიურ თერაპიასთან
- დ) კორტიკოსტეროიდები
- ე) ალრენობლოკატორები

869. იოდის პრეპარატები მოქმედებენ ქვემოთ ჩამოთვლილ ყველა მექანიზმზე, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) იოდის ორგანიზაციის ფერმენტების ბლოკირება
- ბ) თირეოგლობულინის ბიოსინთეზის დაქვეითება
- გ) კოლოიდის რეაბსორბციის დათრგუნვა
- დ) კოლოიდიდან თ3-და თ4 გამოთავისუფლების დათრგუნვა

*ე) თირეოლმასტიმულირებელი ანგისხეულების მოქმედებაზე მგრძობელობის მომაგება

870. ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებას დიფუზური გოქსიური ჩიყვის შემთხვევაში წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) დიფუზური გოქსიური ჩიყვის საშუალო და მძიმე ფორმები, როცა მდგრადი ეუთიროიდული მდგომარეობა არ მყარდება მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე

ბ) ძალიან დიდი მოცულობის ფარისებრი ჯირკვალის არსებობა დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს

გ) კვანძოვანი და მკერდუკანა ფორმები გოქსიური ჩიყვისას

დ) დიფუზური გოქსიური ჩიყვი, რომელიც გართულებულია არითმიით

*ე) დიფუზური გოქსიური ჩიყვის მძიმე ფორმა შეუქცევადი ცვლილებებით შინაგან ორგანოებში (ასციტი, ანასარკა და ა.შ)

871. გოქსიური ჩიყვით დაავადებულის მომზადება ოპერაციისათვის ითვალისწინებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) კომპლექსური მკურნალობის (უპირველეს ყოვლისა -ანგიოთეროიდული მედიკამენტებით) დახმარებით თირეოგოქსიკოზის სიმპტომების ლიკვიდაცია

ბ) ოპერაციამდე 2 კვირით ადრე იოდის პრეპარატების დანიშვნა ფარისებრი ჯირკვლიდან დიდი რაოდენობით სისხლის მოსალოდნელი დაკარგვის საწინააღმდეგოდ

გ) აღრეობლოკატორების დანიშვნა

დ) თირეოსტატიური პრეპარატებით მკურნალობის გაგრძელება როგორც ქირურგიულ ოპერაციამდე, ისე ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექციის შემდეგაც, 7-8 დღის განმავლობაში

*ე) ბეტა-აღრეობლოკატორებით მკურნალობის შეწყვეტა ოპერაციამდე 2-3 კვირით ადრე, დამატებითი გამოკვლევების ჩატარების მიზნით

872. პოსტოპერაციულ პერიოდში გოქსიური ჩიყვით დაავადებულთა მკურნალობის გაქტიკა გულისხმობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) ბეტა-აღრეობლოკატორებით მკურნალობის გაგრძელება, დოზების თანდათან შემცირებით ოპერაციის შემდეგ

ბ) კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის გაგრძელება, დოზების თანდათან შემცირებით ოპერაციის შემდეგ

გ) თირეოსტატიური პრეპარატებით მკურნალობის გაგრძელება ფარისებრი ჯირკვლის სუბტოტალური რეზექციის შემდეგ 7-8 დღის განმავლობაში

*დ) ბეტა-აღრეობლოკატორებით მკურნალობის სრული შეწყვეტი ოპერაციის ჩატარებისთანავე, მოსალოდნელი სისხლძარღვოვანი უკმარისობის თავიდან ასაცილებლად

873. რადიაქტიური იოდის მოქმედების მექანიზმი დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს მდგომარეობს შემდეგში:

*ა) ფოლიკულარული ეპითელის უჯრედებზე დესტრუქციული შემოქმედება

ბ) ფარისებრი ჯირკვალში აუტომუნურ პროცესზე შემოქმედება

გ) ფარისებრი ჯირკვალში იოდის შთანთქმის ბლოკირება

დ) თ4-ის თ3-ში გადასვლის დამუხრუჭება

874. დიფუზური გოქსიური ჩიყვის დროს რადიოიოდთერაპიის ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

ა) კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობა, რომელიც გარდებოდა დიდი ხნის განმავლობაში

ბ) 40 წელზე მეტი ასაკის პირებში ზომიერი სიდიდის ფარისებრი ჯირკვლის არსებობა

გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ მძიმე მდგომარეობა, რაც არ იძლევა ქირურგიული ჩარევის შესაძლებლობას ასეთი მკურნალობის ჩვენების არსებობისას

*დ) გოქსიური ჩიყვით დაავადებულის ახალგაზრდა ასაკი

ე) ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ გოქსიური ჩიყვის რეციდივი

875. რადიოიოდთერაპიის წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) გოქსიური ჩიყვის მსუბუქი ფორმა

*ბ) გოქსიური ჩიყვის რეციდივი სტრუმექტომის შემდეგ

გ) პაციენტის ახალგაზრდა ასაკი

დ) ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდი

ე) მდგრადი ლეიკოპენია

876. ავადმყოფთა მომზადება რადიოიოდთერაპიისათვის გულისხმობს:

*ა) რადიაქტიური იოდის დანიშვნა ეუთიროიდული მდგომარეობის მიღწევისას

ბ) რადიაქტიური იოდის დანიშვნა თირეოგოქსიკოზის ფონზე

გ) რადიაქტიური იოდის დანიშვნა ჰიპოთირეოზის ფონზე

დ) სტაბილური იოდით მკურნალობა აღრეობლოკატორების ფონზე

877. რადიაქტიური იოდის სამკურნალო დოზების განსაზღვრა ხდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის გათვალისწინებით, გარდა:

ა) ჯირკვლის ზომები

ბ) ჩიყვის ხასიათი

გ) დაავადების სიმძიმე

დ) 131ჟ-ის შთანთქმის ხარისხი ჯირკვლის მიერ

*ე) ჯირკვლის მიერ 131ჟ-ის შთანთქმის ხარისხი არ თამაშობს ძირითად როლს

878. რადიოიოდთერაპიის გართულება შესაძლებელია იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- ბ) რადიაციული თირეოიდიტი
- გ) თირეოტოქსიური კრიზი
- დ) თრომბოციტოპენიური გართულებები
- *ე) აუტოიმუნური თირეოიდიტი

879. დიფუზური ტოქსიური ჩიყვით დაავადებულთა სიკვდილის მიზეზებს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა
- ბ) თირეოტოქსიური კრიზი
- გ) ღვიძლის თირეოტოქსიური დამიანება
- დ) მწვავე მიოპათია
- *ე) პრეტიბიალური მიქსედემა

880. ავადმყოფები დიფუზური ტოქსიური ჩიყვის მსუბუქი ფორმით ექვემდებარებიან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მეგანაკვეთური სამუშაოსაგან განთავისუფლება
- ბ) ღამის სამუშაოსაგან განთავისუფლება
- გ) მძიმე ფიზიკური დატვირთვისაგან განთავისუფლება
- *დ) საექიმო შრომითი ექსპერტიზის კომისიაზე გაგზავნა ინვალიდობის ჯგუფის დასადგენად

881. თირეოტოქსიური ალენომის ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა ენიჭება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) იოდის უკმარისობა
- ბ) მემკვიდრული ფაქტორები
- გ) რადიაციული დაზიანება
- *დ) აუტოიმუნური ფაქტორები
- ე) თგპ-ის მიმართ მემკვიდრეობითი თირეოციტების ინტენსიური ზრდა-გამრავლება

882. თირეოტოქსიური ალენომის ფუნქციონალური აქტივობის თავისებურებებს წარმოადგენს:

- *ა) თ4-ის ავტონომიური სეკრეცია, თშმ-ის სეკრეციისაგან დამოუკიდებლად
- ბ) თ4-ის სეკრეცია დამოკიდებულია თშმ-ის სეკრეციაზე
- გ) თ3-ის სეკრეცია დამოკიდებულია თშმ-ის სეკრეციაზე
- დ) ალენომა, რომელიც არ იწვევს თშმ-ის პროლექციის გაღაჭარბებას
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის დარჩენილი ქსოვილის ფუნქციის დაქვეითება არ ხდება

883. თირეოტოქსიური ალენომისათვის პათომორფოლოგიურად დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) არცთუ დიდი ზომები
- ბ) შედგება საშუალო ზომის ფოლიკულების გროვიებისაგან
- გ) აქვს თხიერი კოლოიდი
- დ) შეიძლება ჰქონდეს მაკროფოლიკულარული აგებულება ეპითელის გამოხატული პროლიფერაციით
- *ე) შემაერთებული ქსოვილის განვითარება

884. თირეოტოქსიური ალენომის კლინიკური სიმპტომები კისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- *ა) სხეულის მასის მომატება
- ბ) სხეულის მასის დაკლება
- გ) ტაქიკარდია, მოციმციმე არითმია
- დ) ოფთალმოპათიის არარსებობა
- ე) პრეტიბიალური მიქსედემის არარსებობა

885. თირეოტოქსიური ალენომის დროს ჰორმონალური გამოკვლევების შედეგები ხასითდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თ3-ის მომატება სისხლის შრატში
- ბ) თ4-ის მომატებული დონე სისხლის შრატში
- გ) თ4-ის ნორმალური დონე სისხლის შრატში
- დ) ცილასთან შეკავშირებული იოდის მომატება
- *ე) თ3-ის დონის შემცირება სისხლის შრატში

886. თირეოტოქსიური ალენომისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) თ3-ის დათრგუნვის ტესტის უარყოფითი პასუხი
- ბ) თ3-ის დათრგუნვის ტესტის დადებითი პასუხი
- გ) თიროლიბერინის ტესტის დადებითი პასუხი
- დ) დიდი რაოდენობით თირეოიდმასგამუდარებელი ანგისხეულების არსებობა სისხლში
- ე) შეშუპებითი ოფთალმოპათიის არსებობა

887. თირეოტოქსიური ალენომის დროს ფარისებრი ჯირკვლის რადიოიზოტოპური სკენირება ავლენს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) კვანძის მიერ რადიოაქტიური იოდის მაღალი შთანთქმით
- ბ) ჯირკვლის დარჩენილი ნაწილის მიერ იოდის დაქვეითებული შთანთქმა

- გ) ჯირკვლის ღარჩენილი ქსოვილის მიერ რადიაქტიური იოდის შთანთქმის არ არსებობა
- დ) კვანძის მიერ იოდის ზომიერად მომაგებული შთანთქმა
- *ე) კვანძის მიერ რადიოაქტიური იოდის შთანთქმის არ არსებობა იმ შემთხვევაში, როცა კვანძის ირგვლივ ჯირკვლის ქსოვილი შთანთქმავს იოდს დიდი რაოდენობით.

888. მრავალკვანძოვანი გოქსიური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში თიროქსინის დონის მომაგება
- *ბ) ენდოკრინული ოფთალმოპათიის არსებობა
- გ) პრეტიბიალური მიქსედემის არ არსებობა
- დ) ფარისებრ ჯირკვალში რადიაქტიური იოდის მომაგებული შთანთქმა
- ე) სინუსური ტაქიკარდია

889. თირეოგოქსიური აღენომის მედიკამენტოზური თერაპია ოპერაციის წინა პერიოდში ითვალისწინებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) პროპილთიოურაცილი
- ბ) მერკაპოლილი
- გ) ბეგა-აღრენობლოკატორები
- *დ) თირეოიდულ პრეპარატები

890. თირეოგოქსიური აღენომის მკურნალობა რადიაქტიური იოდით ნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) პაციენტის ასაკი აღემატება 40 წელს
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა მძიმე უკმარისობა
- გ) ქირურგიული მკურნალობის წინააღმდეგჩვენების არსებობისას
- დ) ავადმყოფის მიერ ოპერაციაზე უარის თქმა
- *ე) მღვრადი ლეიკოპენია

891. თირეოგოქსიური აღენომის ქირურგიული მკურნალობა წინააღმდეგნაჩვენებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) ეუთირეოზის არარსებობა
- ბ) სისხლის მიმოქცევის III ხარისხის უკმარისობა
- გ) ანასარკა
- *დ) მკერდუკანა ფორმის ჩიყვი
- ე) ასციტი

892. თირეოგოქსიური აღენომის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დაგვიანებულ შემთხვევებში ავადმყოფთა სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა
- ბ) თირეოგოქსიური კრიზი
- გ) ღვიძლის თირეოგოქსიური დამიანება
- დ) თრომბოემბოლური გართულებანი
- *ე) მწვავე ფსიქოზი

893. პირველადი ჰიპოთირეოზის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად მიჩნეულია ყველა, გარდა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის განვითარების ანომალიები
- ბ) ენდემური ჩიყვი და კრეტინიზმი
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ანთებითი დაზიანება
- *დ) სიმონდსის სინდრომი
- ე) რადიაქტიური იოდოთერაპია

894. პირველადი ჰიპოთირეოზი შეიძლება განვითარდეს ყველა შემთხვევაში, გარდა:

- ა) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში იოდის შეწოვის ბლოკირება
- ბ) ფარისებრ ჯირკვალში იოდის გრანსპორტირების ბლოკირება
- გ) მონოიოდთირომინისა და დიიოდთირომინის თ3-ში და თ4-ში გადასვლის დეფექტი
- დ) ფარისებრ ჯირკვალზე იოდის ჭარბი გემოქმედება
- *ე) თირეოიდული ჰორმონების მიმართ პერიფერიული რეზისტენტობა

895. პირველადი ჰიპოთირეოზის გამომწვევი აუტომუნური პროცესი შეიძლება იყოს განპირობებული ყველა ქვემოთ მოყვანილით, გარდა:

- ა) ქსოვილის დამიანება ფარისებრ ჯირკვალზე ქირურგიული ჩარევის შედეგად
- ბ) რადიაქტიური იოდით მკურნალობა
- გ) აუტომუნური თირეოიდიტი
- დ) იმუნურ სისტემაში თანდაყოლილი დარღვევები
- *ე) ჰიპოფიზის ქრომოფობური აღენომა

896. პირველადი ჰიპოთირეოზის ეტიოლოგიური ფაქტორები შეიძლება იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფერმენტოპათია, გარდა:

- ა) სისხლის პლაზმიდან იოდის შთანთქმისა და თირეოციტის მემბრანის გავლით იოდის გრანსპორტირების სისტემის დეფექტი
- ბ) ფერმენტ-იოდპეროქსიდაზის (პეროქსიდაზა) დეფექტი (როდესაც ირღვევა იოდის დაჰანგვა აქტიურ ფორმამდე)
- გ) თიროქსინისა და ტრიიოდთირონინის კონდენსაციის პროცესის განმაპირობებელი ფერმენტების დეფექტი
- დ) ფარისებური ჯირკვლის ჰორმონების გამომთავისუფლების (პროტეოლიზის) მაკონტროლებელი ფერმენტების დეფექტი
- *ე) ფერმენტ იოდთირომინდელიდაზის მომაგებული აქტივობა

897. მეორადი ჰიპოთირეოზის ეციოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენს ჩამოთვლილთაგან ყველა, გარდა:

- ა) თანდაყოლილი იმუნოდეფიციენტი თირეოტროპული ჰორმონის უკმარისობა
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის შეძენილი უკმარისობა
- გ) ბიოლოგიურად არააქტიური თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეცია
- *დ) თირეოსტატიკური მედიკამენტოზური თერაპია
- ე) ჰიპოპიტიტარია

898. შესამეული ჰიპოთირეოზის განმაპრობებელი ფაქტორებია:

- *ა) ჰიპოთალამური ცენტრების პირველადი დაზიანება, რომლებიც თირეოლიბერინის სეკრეციას ანხორციელებენ
- ბ) სიმონდს-შიენის სინდრომი
- გ) ორგანიზმის იოდით მომარაგების უკმარისობა
- დ) ჰიპოფიზის აღენობა
- ე) ფარისებური ჯირკვლის რადიაციული დაზიანება

899. პერიფერიული ჰიპოთირეოზი ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სისხლში თირეოიდული ჰორმონების მიმართ ანგისხეულების არსებობა
- ბ) პერიფერიული ქსოვილების რემისგენგობა თირეოიდული ჰორმონების მიმართ
- გ) თ4-ის თ3-ში კონვერსიის დარღვევა
- დ) უჯრედების ბირთვული რეცეპტორების მგრძობელობის შემცირება თირეოიდული ჰორმონების მიმართ
- *ე) თირეოლიბერინის სეკრეციის დარღვევა

900. პირველადი ჰიპოთირეოზის პათოგენები განპრობებულია:

- *ა) ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის მასის შემცირება თირეოიდული ჰორმონების სინთეზის დათრგუნვით
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის შემცირება
- გ) თირეოლიბერინის სინთეზის შემცირება
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ჯირკვლოვანი ქსოვილის მასის მომაგება
- ე) თირეოლიბერინის სეკრეციის შემცირება

901. მეორადი ჰიპოთირეოზის პათოგენები განპრობებულია:

- *ა) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის შემცირებით
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის მომაგებით
- გ) თირეოლიბერინის სეკრეციის მომაგებით
- დ) თირეოლიბერინის სეკრეციის დაქვეითებით
- ე) ორგანიზმში იოდის დეფიციტის გამო თირეოიდული ჰორმონების სინთეზის დათრგუნვით

902. შესამეული ჰიპოთირეოზის პათოგენები განპრობებულია:

- *ა) თირეოლიბერინის სინთეზის შემცირებით
- ბ) ფარისებრი ჯირკვალში მიმდინარე აუტოიმუნური პროცესით
- გ) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის მომაგებით
- დ) ბიოლოგიურად არააქტიური თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციით
- ე) თირეოლიბერინის სინთეზის მომაგებით

903. პერიფერიული ჰიპოთირეოზის პათოგენები განპრობებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) პერიფერიულ ქსოვილებში თ4-ის თ3-ში კონვერსიით დარღვევა
- ბ) პერიფერიული ქსოვილების რემისგენგობა თირეოიდული ჰორმონების მოქმედების მიმართ
- გ) სისხლში თირეოიდული ჰორმონების მიმართ ანგისხეულების გაჩენით
- დ) თირეოიდული ჰორმონების მიმართ ბირთვული რეცეპტორების შემცირება
- *ე) თირეოტროპული ჰორმონის სეკრეციის შემცირება

904. ანთებითი ხასიათის პათოლოგიური ცვლილებები ფარისებრი ჯირკვალში პირველადი ჰიპოთირეოზისას ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარებით
- *ბ) პარენქიმატოზული ქსოვილის განვითარებით
- გ) ჯირკვლის შემაერთებული ქსოვილის ინფილტრაცია ლიმფური და პლაზმური უჯრედებით
- დ) პარენქიმატოზული ქსოვილის შემცირებით
- ე) ფოლიკულების კოლოიდის შემცირება ან საერთოდ არ არსებობა

905. პათოლოგიური ცვლილებები ჰიპოთირეოზისას ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) გამოსხვული ადრეული ათეროსკლეროზი
- ბ) გულის ღრუების გაგანხივება
- გ) გულის კუნთში დეგენერაციული ცვლილებები და შემაერთებული ქსოვილის განვითარება
- დ) მიქსედემატოზური შეშუპება
- *ე) ჰიპერკერატოზის არ არსებობა

906. ავადმყოფები პირველადი ჰიპოთირეოზით უჩვიან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) უხალისობას, უძილობას, უღონობას, სისუსტეს
- ბ) ძილიანობას

- გ) მცივანობას
- დ) მეხსიერების დაქვეითებას
- *ე) ოფლიანობას

907. ბავშვებში პირველადი ჰიპოთირეოზის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ფიზიკური განვითარების შეფერხება
- ბ) სქესობრივი განვითარების შეფერხება
- გ) გონებრივი განვითარების შეფერხება
- დ) ჰიპოთირეოზის სიმპტომები უფრო მკაფიოდაა გამოხატული, რაც აღრიხნად დაიწყო დაავადება
- *ე) ინტელექტის ნორმალური განვითარება

908. ჰიპოთირეოზის კლინიკური სიმპტომატიკა, ავადმყოფის გამოკვლევისას, ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ქუთუთოების, ტუჩების, მტევნის, ტერფის და ა.შ. შეშუპება
- ბ) კანი უფერული, მშრალი, ცივი, მოყვითალო ელფერით
- გ) თმის ცვენა (მსხვრევალი, მშრალი თმები)
- დ) ზომინი, ძილიანობა
- *ე) სხეულის მასის შემცირება

909. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ ღარღვევები ჰიპოთირეოზის დროს ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ბრადიკარდია
- ბ) გულის საზღვრების გადიდება
- *გ) გულის წუთმოცულობისა და სისტოლური მოცულობის გადიდება
- დ) პულსური წნევის შემცირება
- ე) ათეროსკლეროზის განვითარება, გ.ი.დ.

910. ჰიპოთირეოზისას სუნთქვის ორგანოების მხრივ ღარღვევები ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ხმის შეცვლა (ხრინწიანი ხმა)
- ბ) მიღრეკილება მწვავე რესპირატორული დაავადებებისაღმძი
- გ) მიღრეკილება კეროვანი პნემონიების განვითარებისაღმძი
- დ) ცხვირით სუნთქვის გაძნელება
- *ე) კუსმაჟულის სუნთქვა

911. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ ღარღვევები ჰიპოთირეოზისას ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ყაბზობა
- *ბ) ნაწლავების პერისტალტიკის აჩქარება
- გ) კუჭის ლორწოვანი გარსის აგროფია
- დ) ენის გასქელება
- ე) მეგეორიზმი

912. ნერვ-კუნთოვანი სისტემისა და უსიქიკის მხრივ ღარღვევები ჰიპოთირეოზის დროს ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ძილიანობა, აპათია, უღონობა
- ბ) ინტელექტის დაქვეითება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად
- გ) ნებაყოფლობითი და რეფლექსური მოძრაობების შენელება
- *დ) აქილევის რეფლექსის გაცხოველება

913. პირველადი ჰიპოთირეოზისას ქალებში სასქესო ჯირკვლების ფუნქციური ღარღვევები ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) მენსტრუალური ფუნქციის ღარღვევები
- ბ) სპონტანური აბორტები და მშობიარობა მკვდარი ნაყოფით
- გ) გალაქტორეა
- დ) უნაყოფობა
- *ე) ჰიპოპროლაქტენემია

914. ჰიპოთირეოზის დროს ორსულობის მიმდინარეობა ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ხშირი სპონტანური აბორტები
- ბ) მკვდარი ნაყოფით მშობიარობა
- გ) მრავალწყლიანობა
- *დ) ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობა
- ე) ორსულთა ტოქსიკოზი

915. მეორადი ჰიპოთირეოზის კლინიკური სიმპტომები ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის არასაკმარისი სეკრეციის სიმპტომები
- ბ) გონადოტროპინის უკმარისობის სიმპტომები
- გ) თირეოტროპული ჰორმონის უკმარისობის სიმპტომები
- *დ) სომატოსტატინის უკმარისობის სიმპტომები
- ე) ბოქვენის მიღამოსა და ილიის ფოსოებში თმოვანი საფარველის გამეჩხერება

916. ჰიპოთირეოიდული კომის განვითარებისათვის ხელშემწყობი ფაქტორებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირეოიდული პრეპარატებით მკურნალობის შეწყვეტა
- ბ) ინფექციები, ინტროქსიკაციები, გაცივება
- გ) ქირურგიული ჩარევები, ნარკოზი
- დ) ფიზიკური ტრავმები, სტრესული სიტუაციები
- *ე) თირეოიდული ჰორმონების დოზების სიჭარბე

917. ჰიპოთირეოიდული კომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპოთერმია ინფექციის არ არსებობისას
- ბ) ცნობიერების დაკარგვა (კომა)
- გ) პროგრესირებადი ბრალი კარდია
- დ) ალვეოლარული ჰიპოვენტილაცია
- *ე) ჰიპერგლიკემია

918. ჰიპოთირეოზის დროს ლაბორატორიული მონაცემები ხასიათდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ანემია
- ბ) ჰიპერქოლესტერინემია
- გ) ელსის აჩქარება
- დ) ჰიპოალბუმინემია და ჰიპერგლობულინემია
- *ე) ჰიპოქოლესტერინემია

919. პირველადი ჰიპოთირეოზისას გამომავარადება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თრომბინის დონის მომატება
- ბ) თიროქსინის დონის დაქვეითება
- გ) თ3-ის დონის დაქვეითება
- დ) თირეოტროპული ჰორმონის დონის მომატება
- *ე) თირეოტროპული ჰორმონის დონის დაქვეითება

920. მეორადი ჰიპოთირეოზისას გამოვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) თირეოტროპული ჰორმონის მომატება
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის დაქვეითება
- გ) თ3-ისა და თ4-ის მკვეთრი მომატება (50%-ზე მეტით) თირეოტროპული ჰორმონით გესტის დროს
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131ჟ-ის შთანთქმის მომატება 50%-ზე მეტად თირეოტროპული ჰორმონით გესტის დროს
- ე) თირეოლიბერინის მომატება

921. მესამეული ჰიპოთირეოზისას ვლინდება:

- *ა) თირეოლიბერინის ბაზალური დონის დაქვეითება
- ბ) თირეოლიბერინის დონის მომატება
- გ) თირეოტროპული ჰორმონის დონის მომატება
- დ) თიროქსინის დონის მომატება სისხლში
- ე) ძირითადი ცვლის გაძლიერება

922. აუტომუნური გენეზის ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირეოგლობულინის მიმართ ანტისხეულების მომატება
- ბ) თიროპეროქსიდაზის მიმართ ანტისხეულების მომატება
- გ) მეორე კოლოიდური ანტიგენის მიმართ ანტისხეულების რაოდენობის მომატება
- დ) სისხლში გამა-გლობულინების ფრაქციის მომატება
- *ე) იმუნოგლობულინების რაოდენობის შემცირება

923. პირველადი ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ა) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131ჟ-ის შთანთქმის დაქვეითება'
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131ჟ-ის შთანთქმის მაღალი დონე
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131ჟ-ის შთანთქმის გაძლიერება საწყის დონესთან შედარებით, 50%-ით და მეტად, თირეოტროპინით სტიმულაციის შემდეგ
- დ) თირეოტროპული ჰორმონის მაღალი დონე სისხლში
- ე) თირეოლიბერინის მაღალი დონე სისხლში

924. ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია ეკგ-ზე შემდეგი ცვლილებები, გარდა:

- ა) ბრადიკარდია
- ბ) შ-თ ინტერვალის დაქვეითება იზოლექტრულ ხაზს ქვემოთ
- გ) თ კბილის ინვერსია
- დ) კბილების დაბალი ვოლტაჟით
- *ე) კბილების მაღალი ვოლტაჟით

925. აქილევსის რეფლექსის შენელება ვლინდება ყველა შემთხვევაში, გარდა

- ა) ჰიპოთირეოზი
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი
- გ) ათეროსკლეროზი

*დ) თირეოტოქსიკოზი

926. 131 კ შთანთქმის დაქვეითება ვლინდება ყველა ქვემოთ მოყვანილი დაავადებისას, გარდა:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- ბ) მკურნალობა თირეოიდული ჰორმონებით
- გ) იოდკონტრასტული ნივთიერებების შეყვანის შემდეგ
- *დ) ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონიისას

927. პირველადი ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია დიაგნოსტიკური კვლევის ყველა ქვემოთ მოყვანილი შედეგი, გარდა:

- ა) თირეოლიბერინის ტესტით ღვინდება, თირეოტროპული ჰორმონის მაღალი ბაზალური დონე და თირეოლიბერინის შეყვანიდან 2 საათის შემდეგ თირეოტროპული ჰორმონის დონე მკვეთრად მაგვულობს
- *ბ) თირეოლიბერინის ტესტით ღვინდება თირეოტროპული ჰორმონის დაბალი ბაზალური დონე სისხლში და თირეოლიბერინის შეყვანიდან 2 საათის შემდეგ თირეოტროპული ჰორმონის დონე არ იცვლება
- გ) თირეოტროპინის ტესტი არ ცვლის თ3-ისა და თ4-ის დონეს სისხლში
- დ) თირეოტროპინის სინჯით არ ცვლის ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131 კ-ის შთანთქმას
- ე) კალიუმის პერქლორატის ტესტი მიუთითებს ფარისებრ ჯირკვალში იოდის ორგანიზაციის პროცესის დარღვევაზე

928. რაქიგისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ზრდის შეფერხება
- ბ) ორგანიზმის რეაქტიულობის ცვლილებები
- გ) ნორმალური სქესობრივი განვითარება
- დ) ინტელექტის შენარჩუნება
- *ე) პაროქსიზმული მოციმციმე არიგმია

929. ქონდროდისგროფიისათვის დამახასიათებელია ყველა, გარდა:

- ა) ნორმალური გონებრივი განვითარება
- ბ) კანის პათოლოგიური ცვლილებების არ არსებობა
- გ) ავადმყოფის დამახასიათებელი გამომეტყველება (დიდი თავი, არაპროპორციული სხეული, პაგარა კიდურები)
- დ) სიმალლეში ზრდის მკვეთრი შეფერხება
- *ე) სხეულის წარბილული ნაწილების ზომიანობაში მომატება

930. დაუნის დაავადებისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გონებრივი ჩამორჩენა
- ბ) კანის შეშუპების არ არსებობა
- გ) ზრდის შეჩერება
- დ) დამახასიათებელი გამომეტყველება (თვალების სივლე, პირიდან გარეთ გადმოვარდნილი ენა)
- *ე) ინტელექტის შენარჩუნება

931. ჰიპოთირეოზის შენაცვლებითი თერაპიის მიზნით თანამედროვე ეტაპზე ყველაზე უფრო ხშირად გამოყენებული პრეპარატია:

- ა) თირეოლინი
- ბ) თირეოტომი
- გ) თირეოკომბი
- *დ) L-თიროქსინი
- ე) ტრიოთირონინი

932. თირეოიდული პრეპარატების დოზის გადაჭარბება ვლინდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ტაქიკარდია, ტკივილი გულის არეში
- ბ) სხეულის მასის შემცირება
- გ) არტერიული წნევის მომატება
- დ) ნერვულ-ფსიქიკური აგზნებადობა, უძილობა
- *ე) კანის სიმშრალე

933. თირეოიდული პრეპარატებით მკურნალობის ფონზე, ბავშვებისაგან განსხვავებით, მოზრდილებში შესაძლოა განვითარდეს შემდეგი გართულებები, გარდა:

- ა) სტენოკარდია
- ბ) გულისა და თავის იშემიური დაავადების გამწვავება
- გ) სისხლის წნევის მაგება ჰიპერტონული კრიზისის განვითარებამდე
- დ) გულის რითმის დარღვევა
- *ე) გაძვალის პროცესების დარღვევა

934. ჰიპოთირეოზის დროს, თირეოიდული ჰორმონების პრეპარატების გარდა, შესაძლოა საჭირო გახდეს შემდეგი საშუალებებით მკურნალობა, გარდა:

- ა) კორტიკოსტეროიდები - თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის აუტომუნური დამიანების შემთხვევაში (შმიდის სინდრომი)
- ბ) სასქესო ჰორმონები - იმ შემთხვევაში, როცა მოზრდილებს სასქესო ჯირკვლების ჰორმონული ფუნქციის გამოვარდნა აღენიშნებათ
- გ) რკინის პრეპარატები, B12 ვიტამინი, თანმზღები ანემიის მკურნალობის მიზნით
- *დ) ნემსთერაპია მეთორადი ჰიპოთირეოზისას, რომელიც განპირობებულია ჰიპოფიზის ალენომით

935. ჰიპოთირეოზის კომპენსაციის კრიტერიუმად მიჩნეულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ავადმყოფთა შრომის უნარის აღდგენა
- ბ) პულისის ნორმალიზაცია
- გ) თირეოტროპული ჰორმონის, თ4, თ3, ქოლესტერინის ბაზალური დონის ნორმალიზაცია
- დ) მყესოვანი რეფლექსების ხანგრძლივობის ნორმალიზაცია
- *ე) თირეოტროპული ჰორმონის მაღალი ბაზალური კონცენტრაციის შენარჩუნება

936. ჰიპოთირეოზის პროგნოზი ბავშვებში დამოკიდებულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) ღროული დიაგნოსტიკა
- ბ) ღროული მკურნალობა
- გ) ჩაგარებული მკურნალობის აღქვეტურობა
- დ) ჰიპოთირეოზის სიმძიმის ხარისხი და გართულებების არსებობა
- *ე) ბაზალური თირეოტროპული ჰორმონის დონე

937. ენდემური ჩიყვის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად მიჩნეულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) იოდის დეფიციტი ნიადაგში, წყალში, საკვებ პროდუქტებში
- ბ) მემკვიდრული ფაქტორები
- გ) აუტომუნური პროცესები ფარისებრ ჯირკვალში
- *დ) ინფექციები
- ე) სტრუმაგენული ნივთიერებები

938. იოდის დეფიციტის დროს თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზის თავისებურებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თ4-ის დაბალი დონე
- ბ) თ3-ის მომატებული დონე
- გ) თ4-ის ნორმალური დონე
- *დ) თ4-ის მაღალი დონე
- ე) თ3-ის ნორმალური დონე

939. ენდემური ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ყველა, გარდა:

- ა) ორგანიზმში იოდის აბსოლუტური უკმარისობა
- ბ) იოდის შეღარებითი უკმარისობა
- გ) თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზის დათრგუნვა
- დ) თირეოტროპული ჰორმონის და თიროლიბერინის დონის მომატება
- *ე) თირეოტროპული ჰორმონის დონის შემცირება

940. კვანძოვანი ენდემური ჩიყვისათვის პათომორფოლოგიურად დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰემორაგიის არსებობა
- ბ) ფიბროზი
- გ) კისტა
- დ) ჩაკირული კერები
- *ე) მალიგნიზაციის არ არსებობა

941. ენდემური ჩიყვის კერაში ფარისებრი ჯირკვლის გაღივების ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ხარისხი (ნიკოლაევის მიხედვით) ითვლება პათოლოგიად და საჭიროებს მკურნალობას, გარდა:

- ა) I ხარისხი
- ბ) II ხარისხი
- გ) III ხარისხი
- დ) IV ხარისხი
- *ე) 0 ხარისხი

942. ენდემური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ჩიყვის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმა, გარდა:

- *ა) ჰიპერთირეოიდული
- ბ) ეუთირეოიდული
- გ) ჰიპოთირეოიდული
- დ) მძიმე ჰიპოთირეოიდული (მიქსედემა)
- ე) კვანძოვანი

943. ენდემური ჩიყვის გართულებებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საყლაპავისა და გრაქეის კომპრესია
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის პარენქიმაში სისხლის ჩაქცევა
- გ) სტრუმიტი
- *დ) ორქიტი
- ე) კვანძის მალიგნიზაცია

944. ენდემური ჩიყვის დროს გრაქეისა და საყლაპავის კომპრესიის გამო ვითარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სინდრომი, გარდა:

- ა) სუნთქვის გაძნელება
- ბ) მშრალი ხველა
- გ) ხმის ჩახლეჩვა
- დ) დისფაგია

*ე) სისხლის წნევის მომატება

945. ბავშვთა ასაკში ფარისებრი ჯირკვლის I-II ხარისხის ჰიპერპლაზიისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ლაბილური პულსი
- ბ) სისხლის წნევის ლაბილობა
- გ) მიღრეკილება ინფექციებისადმი
- დ) ემოციური ლაბილობა
- *ე) სქესობრივი განვითარების დაჩქარება

946. ენდემური ჩიქყვის მიმდინარეობის თავისებურებებს, ხანშიშესულთა და მოხუცებულთა ასაკში, წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კვანძოვანი ფორმების გახშირება
- ბ) ჰიპოთირეოიდული ფორმების გახშირება
- გ) ჯირკვლის ავთვისებიანი გადაგვარება
- დ) "ჩიყვისმიერი გულის" განვითარება
- *ე) ფარისებრი ჯირკვლის მალიგნიზაციის რისკის შემცირება

947. მოცემულ რეგიონში მცხოვრებთა შორის იოდის მძიმე დეფიციტს შეესაბამება შარდით იოდის ექსკრეციის მედიანას შემდეგი მნიშვნელობა

- ა) 100 - 120.0 მკგ/ლ
- ბ) 50.0-99.0 მკგ/ლ
- გ) 20.0-49.0 მკგ/ლ
- *დ) 0 - 19.0 მკგ/ლ

948. ენდემური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) 131 კ-ის შთანთქმის აღმავალი მრუდი 48-ე საათზე, მე-6 და 24-ე საათთან შედარებით
- ბ) 'ბ' შარდში იოდის ექსკრეციის შემცირება
- გ) თირეოტროპული ჰორმონის დონის მომატება
- *დ) სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის დონის შემცირება

949. აუტოიმუნური თირეოიდიგისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში თირეოგლობულინის ან მიკროსომალური ფრაქციის მიმართ მოცირკულირე ანტითირეოიდული ანტისხეულების მომატება
- ბ) სისხლის საერთო ანალიზში ლიმფოციტოზისა და ელს-ის მომატების შესაძლებლობა
- გ) ასპირაციული ბიოფსიის მონაცემებით პლამზური უჯრედებითა და ლიმფოციტებით ინფილტრაციის არსებობა
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ზომებისა და ჯირკვლის სიმკვრივის შემცირება თირეოიდული პრეპარატებითა და კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის გავლენით
- *ე) რადიოაქტიური იოდით ფარისებრი ჯირკვლის სკენირებისას ცხელი კვანძის არსებობა

950. დიფუზური ტოქსიური ჩიყვისათვის ენდემური ჩიყვისაგან განსხვავებით დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მუღმივი ტაქიკარდია
- ბ) ზოგადი ოფლიანობა
- გ) სიგამხდრე
- დ) თ4-ის მომატება სისხლში
- *ე) ნორმალური რითმისა და ტაქიკარდიის ეპიზოდების მონაცვლეობა

951. ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნისათვის, ენდემური ჩიყვისაგან განსხვავებით დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მეტასტაზირება რეგიონალურ ლიმფურ ჯირკვლებში
- ბ) მეტასტაზირება ცალკეულ ორგანოებში (ფილგვები, ღვიძლი, ძვლები, გვინი)
- გ) სიმსივნური კვანძის სწრაფი ზრდა
- დ) თირეოტოქსიკოზის განვითარების შესაძლებლობა
- *ე) თირეოქსინით მკურნალობის ეფექტურობა

952. ენდემური ჩიყვის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კვანძოვანი ჩიყვი
- ბ) დიდი ზომის ჩიყვი
- გ) ეჭვი ჩიყვის ავთვისებიანი გადაგვარებასთან დაკავშირებით
- დ) კომპრესიის არსებობა ხორხზე, საყლაპავზე, სისხლძარღვებზე და ნერვებზე
- *ე) საშუალო სიდიდის ჩიყვი გამომხატული ჰიპოთირეოზით

953. ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკა ითვალისწინებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) იოდირებული პროდუქტების (პური, რძე, მარილი) გამოყენება
- ბ) კალიუმის იოდიდის პრეპარატების გამოყენება (დოზირება ასაკის მიხედვით)
- გ) იმ მიკროელემენტების დამატებითი მიღება, რომლებიც არასაკმარისია მოცემულ რეგიონში მცხოვრები ადამიანების საკვებ პროდუქტებში
- დ) იოდით მდიდარი მღვის პროდუქტებისა და მინერალური წყლების გამოყენება
- *ე) თირეოიდული პრეპარატები

954. რეგიონის ენდემურობის შეფასება ხორციელდება ყველა ქვემოთ მოყვანილი კრიტერიუმით, გარდა:

- ა) რეგიონში დაავადების მასიურობა
- ბ) ლენც-ბაუერის კოეფიციენტი
- გ) ჩიყვის კვანძოვანი ფორმების გავრცელება
- დ) შარდით იოდის დღეღამური ექსკრეცია
- *ე) ძირითადი ცელის განსაზღვრა

955. ენდემური ჩიყვის დროს ჰისტოლოგიურად დამახასიათებელია:

- ა) პარენქიმატოზული ჩიყვი (დიფუზური, კვანძოვანი, შერეული)
- ბ) კოლოიდური ჩიყვი კისტების ჩამოყალიბებისაღმე გენლენციტი
- გ) მიკროფოლიკულარული ჩიყვი
- დ) მაკროფოლიკულარული ჩიყვი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

956. ენდემური ჩიყვის მიზეზით ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობა არ შეიძლება იყოს:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- ბ) ეუთირეოზი
- *გ) ჰიპერთირეოზი
- დ) ყველა ჩამოთვლილი ფუნქცია
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილიდან

957. ენდემური ჩიყვის კლინიკისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია ქვემოთ მოყვანილი ჩივილები:

- ა) სისუსტე, სწრაფად დაღლა
- ბ) მეხსიერების დაქვეითება
- გ) კანის სიმშრალე, თმის ცვენა
- დ) წონის მატება, ყაბზობა
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

958. ვან-ვიკ-ჰენეს-როსის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გალაქტორეა
- ბ) მენსტრუალური ციკლის დარღვევები
- გ) ფარული ჰიპოთირეოზი
- დ) ანემია
- *ე) თირეოტოქსიკოზი

959. ენდემური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია:

- ა) დიფუზური გადიდება ფარისებრი ჯირკვლის
- ბ) ჩიყვის მრავალკვანძოვანი ფორმები
- გ) ერთეული კვანძი ფარისებრ ჯირკვალში
- დ) შერეული ჩიყვი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

960. ენდემური ჩიყვის გართულებებს წარმოადგენს:

- ა) საყლაპავის კომპრესია
- ბ) სასულეს კომპრესია
- გ) ნერველ-სისხლბარდოვანი კონის კომპრესია
- დ) უსიამოვნო შეგრძნება ყლაპვის დროს
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

961. კისრის ორგანოებზე კომპრესიის დროს შედარებით ხშირი კლინიკური სიმპტომებია:

- ა) გაძნელებული სუნთქვა
- ბ) გულისცემის გაზშირება
- გ) არასასიამოვნო შეგრძნებანი ყლაპვის დროს
- დ) ყელში მოჭერის შეგრძნება
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

962. ენდემური ჩიყვის თავისებურებებს ბავშვებსა და მოზარდებში წარმოადგენს:

- *ა) ფარისებრი ჯირკვლის დიფუზური გადილების მაღალი სიხშირე
- ბ) ჩიყვის კვანძოვანი ფორმების მაღალი სიხშირე
- გ) 'გ' ენდოკრინულ ოფთალმოპათიის მაღალი სიხშირე
- დ) ჰიპოთირეოზის აშკარა კლინიკური ფორმების მაღალი სიხშირე
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილისგაგან

963. ენდემური ჩიყვის ფონზე ფარისებრი ჯირკვლის მიერ 131 I-ის შთანთქმის ტესტის დროს რადიოფარმპრეპარატის მაქსიმალური შთანთქმა აღინიშნება პრეპარატის მიღებიდან:

- ა) 2 საათის შემდეგ
- ბ) 4 საათის შემდეგ
- *გ) 24 საათის შემდეგ
- დ) თანაბარი მომატება 2 - 4 - 24 საათის შემდეგ'

ე) თანაბრად შემცირებული 2 - 4 - 24 საათის შემდეგ

964. ენდემური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია თირეოტროპული ჰორმონის შემდეგი ღონე:

- ა) ნორმალური
- ბ) ნორმალური ან დაქვეითებული
- გ) დაქვეითებული
- *დ) ნორმალური ან მომატებული
- ე) ნებისმიერი ჩამოთვლილიდან

965. ენდემური ჩიყვისას აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საერთო თ3, თ4-ის ნორმალური ღონე
- ბ) თავისუფალი თ3, თ4-ის ნორმალური ღონე
- გ) თ3, თ4-ის ღონის შემცირება
- *დ) თირეოტროპული ჰორმონის ღონის შემცირება
- ე) თ3-ის ღონის მომატება და თ4-ის ღონის შემცირება

966. სუბკლინიკური პირველადი ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის ღონის მომატება სისხლში
- ბ) რიგ შემთხვევებში აღინიშნება ნორმალური ან მსუბუქად მომატებული თ3-ის ღონე სისხლში
- გ) თიროლიბერინის გესტის დროს მკვეთრად მაგულბობს თირეოტროპული ჰორმონის ღონე სისხლში
- დ) თავისუფალი თიროქსინის ნორმალური ღონე სისხლში
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

967. ენდემური ჩიყვის დიაგნოზი ისმება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილზე დაყრდნობით, გარდა:

- ა) იოდის შარდით გამოყოფის შემცირება
- ბ) 131ჟ-ის მომატებული შთანთქმა 24 საათის შემდეგ
- გ) ეუთირეოზის ან ფარული ჰიპოთირეოზის კლინიკური სურათი
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების არსებობა
- *ე) სისხლში თავისუფალი თიროქსინის ღონის მომატება და შეშუპებითი ოფთალმოპათიის არსებობა

968. კვანძოვანი ენდემური ჩიყვის დროს დიფერენციალური დიაგნოზი გარდება:

- ა) კვანძოვან სპორადულ ჩიყვთან
- ბ) აუტოიმუნურ თირეოდიტთან
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის კიბოსთან
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის გოქსიურ აღენომასთან
- *ე) ყველა ჩამოთვლილთან

969. დიფუზური ენდემური ჩიყვის დროს დიფერენციალური დიაგნოზი გარდება ყველა ჩამოთვლილთან, გარდა:

- ა) აუტოიმუნურ თირეოდიტი
- ბ) ნევრასთენიური სინდრომი
- გ) ვეგეტოლისტონია
- *დ) კვანძოვან ჩიყვი
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის კიბო

970. ენდემური ჩიყვისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) თირეოტროპული ჰორმონის შემცირება
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის მომატება
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის პარაკულარული ცილის მოამტება სისხლის პლაზმაში
- დ) 131ჟ-ის შთანთქმის მომატება 24 საათის შემდეგ
- ე) იოდის შარდით გამოყოფის შემცირება

971. ენდემური ჩიყვის მკურნალობა დაწყებული უნდა იქნას:

- ა) როცა ფარისებრი ჯირკვალი არ არის გადიდებული
- *ბ) ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევით დადგენილი ფარისებრი ჯირკვლის ნებისმიერი ხარისხით გადიდებისას ფუნქციური მდგომარეობის მიუხედავად
- გ) მხოლოდ მაშინ, როდესაც აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის III და უფრო მეტი ხარისხის გადიდება, ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებით
- დ) მხოლოდ მაშინ, როდესაც აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის IV ხარისხის და უფრო მეტი გადიდება, ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებით
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის V ხარისხის გადიდებისას (ეუთირეოზი)

972. ენდემური ჩიყვის მკურნალობაში უპირატესობა ენიჭება:

- ა) იოდის პრეპარატებს
- ბ) თირეოიდულ ჰორმონებს
- გ) გლუკოკორტიკოიდებს
- *დ) იოდის პრეპარატებისა და თირეოიდული ჰორმონების კომბინაცია
- ე) რადიაქტიური იოდი

973. ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკისთვის უპირატესობა ენიჭება შემდეგ პრეპარატებს:

- *ა) კალიუმის იოდიდი

- ბ) გლუკოკორტიკოიდები
- გ) ბეტა-ადრენოლოკატორები
- დ) ვიტამინებს
- ე) ანაბოლიკებს

974. ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკის სახეებია:

- ა) მასიური პროფილაქტიკა (იოდირებული მარილის გამოყენება)
- ბ) ჯგუფური პროფილაქტიკა
- გ) ინდივიდუალური პროფილაქტიკა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი სახე პროფილაქტიკისა

975. ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკის ღონისძიებების არასრულფასოვნად გატარების შედეგია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ზომების ზრდა
- ბ) ფარისებრი ჯირკვალში კვანძების ზრდა
- *გ) ჩიყვის კვანძოვანი ფორმებისას მალოგნიზაციის სისშირის შემცირება
- დ) ჰიპოთირეოზის განვითარება
- ე) ტრაქეის, საყლაპავისა და სისხლძარღვების კომპრესიის სისშირის მაგება

976. ენდემური ჩიყვით დაავადებულები შრომისუუნარონი არიან, თუკი ჩიყვს თან ახლავს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჩიყვის მხრივ სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან ორგანოებზე კომპრესია
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი გადაგვარება
- გ) მკერდუკანა ჩიყვის არსებობა, შუასაყარის ორგანოებზე კომპრესიით
- დ) მძიმე ფორმის ჰიპოთირეოზი
- *ე) სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზი

977. მწვავე ბაქტერიული თირეოდიტის შესაძლო ხელშემწყობ მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ანგინა, ტონზილიტი
- ბ) პნევმონია
- გ) სინუსიტი, ოტიტი
- დ) სეფსისი
- *ე) ნებისმიერი მწვავე ან ქრონიკული ინფექცია

978. ქვემწვავე თირეოდიტის განვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ისეთ გამომწვევებს, როგორცაა:

- ა) სტაფილოკოკები და სტრეპტოკოკები
- ბ) რიკეტსიები
- *გ) ვირუსები
- დ) სოკოები
- ე) უმარტივესები

979. ფარისებრი ჯირკვალში ინფექციის შეჭრის გზებია:

- ა) ჰემატოგენური
- ბ) ლიმფოგენური
- გ) კონტაქტური
- *დ) ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი
- ე) ჰაერ-წვეთოვანი

980. მწვავე თირეოდიტისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ინფექციის შეჭრა ფარისებრი ჯირკვალში
- ბ) ფარისებრი ჯირკვალში მწვავე ანთების განვითარება (შეშუპება, გემპერაგურისმომატება, მტკივნეულობა, ზოგჯერ ფლუქტუაცია)
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შენარჩუნება
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილიდან

981. მწვავე თირეოდიტის კლინიკური მიმდინარეობისათვის დამახასიათებელია:

- ა) დაავადების მწვავე დასაწყისი, მაღალი გემპერაგურით ცელსიუსის 39-40 გრადუსამდე
- ბ) ტკივილი ჯირკვლის საპროექციო არეზე, ირადიაციით ყბის, ყურსა და კეფის მიდამოში;
- გ) ტკივილი ძლიერდება ყლაპვის, კისრის მოძრაობისა და პალპაციის დროს
- დ) კანის შეშუპება და შეწითლება ფარისებრი ჯირკვლის დამიანებული უბნების შესაბამის არეებში, გაღილებული და მტკივნეული რეგიონალური ლიმფური კვანძები
- ე) ფლუქტუაცია
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

982. მწვავე თირეოდიტის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია, როგორც წესი:

- ა) გაძლიერებულია
- ბ) დაქვეითებულია
- *გ) არ არის დარღვეული
- დ) ყველა ჩამოთვლილი სწორია
- ე) დისთირეოზი

983. მწვავე თირეოიდიტის გართულებებია:

- ა) ჩირქოვანი მელიასტინიტი
- ბ) კისრის ვენების თრომბოზი
- გ) კისრის ფლეგმონა
- დ) ასპირაციული პნევმონია
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

984. მწვავე თირეოიდიტის დიაგნოზი ემყარება შემდეგ მონაცემებს:

- ა) ლაავალების მწვავე დაწყება მაღალი ტემპერატურით
- ბ) მტკივნეულობა და კანის სიწითლე ფარისებრი ჯირკვლის საპროექციო არეში, ზოგჯერ ფლუქტუაციის არსებობა, ჯირკვლის ფუნქციის ღარღვევის გარეშე
- გ) ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრით, ელსი მაღალი - 25-30 მმ/სმ-მდე
- დ) ტკივილი ფარისებრი ჯირკვლის მიდამოში ირადიაციით ქვედა ყბაში, ყურში, კეფაში
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

985. ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევის მეთოდებიდან მწვავე თირეოიდიტის დროს განსაკუთრებით ინფორმატიულია:

- ა) ინსპექცია
- ბ) პალპაცია
- *გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ასპირაციული ბიოფსია
- დ) კისრის მიდამოს რენტგენოგრაფია
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის აუსკულტაცია

986. მწვავე თირეოიდიტის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ ლაავალებებთან:

- ა) ქვემწვავე თირეოიდიტი
- ბ) სისხლჩაქცევა ფარისებრი ჯირკვალში
- გ) მელიასტინიტი
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის სარკომა, კარცინომა
- *ე) ყველა ჩამოთვლილთან

987. მწვავე თირეოიდიტის მკურნალობა ტარდება შემდეგი პრეპარატებით:

- ა) ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები
- ბ) სულფანილამიდები
- გ) კომპრესები, ფიზიოპროცედურები
- დ) აბსცესის გახსნა, დრენაჟი, დაჩირქებული წილის მოცილება
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

988. მწვავე თირეოიდიტის მიმდინარეობა გრძელდება:

- ა) 4-6 თვე
- *ბ) 1-2 თვე
- გ) ათწლეულობით
- დ) 5-7 დღე
- ე) 1,2-2 წელი

989. მწვავე თირეოიდიტის პროგნოზი:

- *ა) კეთილსაიმელო
- ბ) არაკეთილსაიმელო

990. როგორც წესი, მწვავე თირეოიდიტის გამოსავალია:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- *ბ) გამოჯანმრთელება
- გ) ქრონიკულ ფორმაში გადასვლა
- დ) სიკვდილი
- ე) ყველა ჩამოთვლილი

991. მწვავე თირეოიდიტის დროს დისპანსერული მეთვალყურეობა:

- ა) საჭიროა
- *ბ) არ არის საჭირო
- გ) საჭიროა 6 თვის მანძილზე
- დ) საჭიროა 2 წლის მანძილზე
- ე) საჭიროა მთელი სიცოცხლის მანძილზე

992. ქვემწვავე თირეოიდიტის (დეკრვენის თირეოიდიტი) იწვევს:

- ა) სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი
- *ბ) ვირუსები
- გ) სოკოები
- დ) უმარტივესები
- ე) რიკეტსიები

993. ქვემწვავე თირეოიდიტის განვითარებისათვის მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგ HLA ანტიგენებს:

- ა) B8
- ბ) B15
- *გ) Bწ35 და Dღ5
- დ) A7
- ე) Dღ3/Dღ4

994. ქვემწვავე თირეოიდიტის პათოგენეზში მონაწილეობენ:

- ა) ინფექციის შეჭრა ფარისებურ ჯირკვალში
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის არაჩირქოვანი ანთების განვითარება, რომელსაც ახლავს ტკივილის სინდრომი და ფუნქციის დარღვევა
- გ) გენეტიკური და იმუნური დარღვევები, რომლებსაც მივყავართ გრანულომატოზურ თირეოიდიტამდე
- დ) ელსის მკვეთრი მომაგება, ზოგჯერ 60-80 მმ/სT-მდე
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

995. ქვემწვავე თირეოიდიტისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ჰისტოლოგიურ ცვლილებანი ფარისებურ ჯირკვალში:

- ა) ფიბროზი, რომელიც ვითარდება მოგვიანებით სტადიაში
- ბ) დაავადების საწყის ფაზაში- ინფილტრაცია ნეიტროფილებით, პოლიმორფობირთეული და გიგანტური უჯრედებით (ჰისტიოციტებით)
- გ) ფოლიკულების დესტრუქცია
- დ) ინტერსტიციალური შეშუპება
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

996. ქვემწვავე თირეოიდიტის კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ინტენსიური ტკივილი ფარისებრი ჯირკვლის მიდამოში
- ბ) ტკივილის ირადიაცია კეფის, ყურების, ქვედა ყბისა და კისრის უკანა ნაწილში
- გ) ყლაპვის გაძნელება
- დ) ცხელება
- *ე) ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი

997. ქვემწვავე თირეოიდიტის კლინიკისათვის დამახასიათებელია:

- ა) დაავადების მწვავე დასაწყისი, გატანილი ვირუსული დაავადებიდან 3-6 კვირაში
- ბ) ტემპერატურის მომაგება სუბფიბრილურიდან მაღალ ციფრებამდე, ტკივილი ირადიაციით კეფაში, ქვედა ყბაში, ყურებსა და კისრის უკანა ნაწილში
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება და გამკვრივება, მკვივნეულობა, პალპაციისას, თირეოტოქსიკოზის სიმპტომები
- დ) მაღალი ელსი - 60-80 მმ/სT-ში-მდე, სისხლის ფორმულა პრაქტიკულად უცვლელი, მომაგებული თ3, თ4
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

998. განარჩევენ ქვემწვავე თირეოიდიტის შემდეგ სტადიებს:

- ა) ადრეული (თირეოტოქსიური)
- ბ) გარდამავალი (ეუთირეოიდული)
- გ) შუალედური (დროებით ჰიპოთირეოზის სტადია)
- დ) ადვანსითი სტადია (ფუნქციის ნორმალიზაცია)
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

999. ქვემწვავე თირეოიდიტის ლაბორატორიული მახეუნებლებია:

- ა) ელს-ის მკვეთრი მომაგება, სისხლის ნორმალური ლეიკოციტური ფორმულის ფონზე
- ბ) ფარისებრი ჯირკვალში 131ჟ-ის შთანთქმის დათრგუნვა, თირეოტოქსიკოზის კლინიკური მოვლენების ფონზე
- გ) თ3, თ4-ის მომაგება, თირეოტროპული ჰორმონის დონის შემცირება დაავადების ადრეულ სტადიაზე
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

1000. ქვემწვავე თირეოიდიტის დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება:

- ა) მწვავე თირეოიდიტთან
- ბ) ფარისებრი ჯირკვალში სისხლჩაქცევასთან
- გ) აუტოიმუნურ თირეოიდიტთან
- დ) პერიქონდრიტთან
- *ე) ყველა ჩამოთვლილთან

1001. ქვემწვავე თირეოიდიტის მკურნალობა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილის, გარდა:

- ა) გლუკოკორტიკოიდები
- ბ) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები
- გ) ადრენობლოკატორები
- *დ) მერკაპოლიდი

1002. ქვემწვავე თირეოიდიტის პროგნოზი:

- *ა) კეთილსაიმედო
- ბ) არაკეთილსაიმედო

1003. ქვემწვავე თირეოიდიტის გამოსავალს წარმოადგენს:

- ა) ჰიპოთირეოზი
- *ბ) გამოჯანმრთელება
- გ) ქრონიკულ მიმდინარეობაში გადასვლა
- დ) უარისებრი ჯირკელის აგროფია
- ე) ყველა ჩამოთვლილი

1004. დისპანსერული მეთვალყურეობა ქვემწვავე თირეოიდიტისას გრძელდება:

- ა) 6 თვე
- ბ) არ არის საჭირო
- *გ) 2 წელი
- დ) მთელი ცხოვრების მანძილზე
- ე) 1 წელი

1005. "აუტოიმუნური თირეოიდიტის" სინონიმებს განეკუთვნება ყველა, გარდა:

- *ა) რიდელის ჩიყვი
- ბ) ჰაშიმოტოს ჩიყვი
- გ) აუტოიმუნური ჩიყვი
- დ) ლიმფოციტარული თირეოიდიტი
- ე) ლიმფომატოზური ჩიყვი

1006. აუტოიმუნური თირეოიდიტი ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ბავშვებში
- ბ) მოზარდებში
- გ) ხანშიშესულებში
- *დ) ქალებში
- ე) მამაკაცებში

1007. აუტოიმუნური თირეოიდიტის ძირითად ფორმებს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერტროფიული
- ბ) ნორმოტროფიული
- *გ) ჩირქოვანი
- დ) ატროფიული
- ე) ლიმფოციტარული

1008. აუტოიმუნური თირეოიდიტის ჰისტოლოგიური სურათისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ფოლიკულების მთლიანობის დარღვევა და ბაზალური მემბრანის დაზიანება
- ბ) ლიმფოციტებით, პლაზმური უჯრედებით ინფილტრაცია
- გ) დიდი ზომის ეპითელიური ოქსიფილური ე.წ. აშკენაზის უჯრედების არსებობა
- დ) ფიბროზის კერები, რომელთა ზომა მაკულოზს დაავადების პროგრესირებასთან ერთად
- *ე) ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი

1009. აუტოიმუნური თირეოიდიტის ატროფიული ფორმა ასოცირდება HLA ანტიგენებთან:

- ა) Dღ3
- ბ) A27
- გ) A3
- *დ) Dღ3; B8
- ე) Bღ35

1010. აუტოიმუნური თირეოიდიტის ჰიპერტროფიული ფორმა ასოცირდება HLA ანტიგენებთან:

- ა) Dღ3
- *ბ) Dღ5
- გ) A3
- დ) B5
- ე) Bღ35

1011. აუტოიმუნური თირეოიდიტი წარმოადგენს:

- ა) სისტემურ აუტოიმუნურ დაავადებას
- *ბ) ორგანოსპეციფიურ აუტოიმუნურ დაავადებას
- გ) შერეულ აუტოიმუნურ დაავადებას
- დ) იმუნოდეფიციტს
- ე) იმუნოპროლიფერაციულ დაავადებას

1012. აუტოიმუნური თირეოიდიტის განვითარებაში პათოგენური როლი ენიჭება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) თირეოგლობულინის მიმართ ანტიგენების მომაგება
- ბ) T-სუპრესორების დეფექტი
- გ) აუტოანტიგენების მომაგება თირეოპეროქსიდაზის მიმართ
- დ) T-ჰელპერების აქტივაცია
- *ე) სტრეპტოკოკებით ჰემატოგენური ინფიცირება

1013. აუტოიმუნური თირეოიდიტის კლინიკისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ნელი განვითარება რამოლენიმე წლის მანძილზე
- ბ) ლაავადების სწრაფი განვითარება
- გ) სხეულის გემპერაგურის მომაგება'
- დ) რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდება
- ე) მტკივნეული ფარისებრი ჯირკვალი პალპაციისას

1014. აუტოიმუნური თირეოიდიტისას გვხვდება ანტისხეულები::

- ა) თირეოგლობულინის მიმართ
- ბ) მეორე კოლოიდური ანტიგენის მიმართ
- გ) პეროქსიდაზის მიმართ
- დ) ზრდის (ფარისებრი ჯირკვლის) მასტიმულირებელი ანტ
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1015. აუტოიმუნური თირეოიდიტისთვის დამახასიათებელია შეუღლება შემდეგ ლაავადებებთან:

- ა) რეჰმატოიდული ართრიტი
- ბ) ჰემოლიზური აუტოიმუნური ანემია
- გ) მიასთენია
- დ) ოფთალმოპათია
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1016. ფარისებრი ჯირკვლის კიბო აუტოიმუნური თირეოიდიტის დროს:

- ა) ხშირად გვხვდება
- ბ) იშვიათად გვხვდება
- გ) არ გვხვდება
- *დ) აღინიშნება ლაახლოებით შემთხვევათა 20%-ში
- ე) აღინიშნება ლაახლოებით შემთხვევათა 5%-ში

1017. აუტოიმუნური თირეოიდიტისათვის პალპატორულად დამახასიათებელია:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ელასტიური კონსისტენცია, გლუვი, საღა შედაპირით
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის არათანაბარი სიმკვრივე
- გ) ფლუქტუაციის კერების არსებობა
- დ) რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდება
- ე) ქვასავით მკვრივი ფარისებრი ჯირკვალი

1018. აუტოიმუნური თირეოიდიტისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ეუთირეოზი
- ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) თირეოტოქსიკოზი
- *დ) მონაცელებობა სხვადასხვა ფუნქციონალური მდგომარეობებისა
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილიდან

1019. აუტოიმუნური თირეოიდიტისათვის რადიოიზოტოპურ სკანოგრაფიაზე დამახასიათებელია:

- ა) რადიოფარმპრეპარატის (რფპ) შთანთქმის არ არსებობა
- ბ) "ცხელი" კვანძი
- გ) "ცივი" კვანძი
- *დ) რფპ-ის არათანაბარი შთანთქმა
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილიდან

1020. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) პალპაციისას ფარისებრი ჯირკვლის არათანაბარი სიმკვრივე
- ბ) ლაავადების ნელი განვითარება
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის მიმართ ანტისხეულების არსებობა
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ლიმფოლურ-პლაზმური ინფილტრაცია ჰისტოლოგიური და ციტოლოგიური კვლევისას
- *ე) მაღალი გემპერაგურის არსებობა

1021. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დიაგნოზის დამტკიცებისათვის საჭიროა ჩატარდეს ყველა ჩამოთვლილი გამოკვლევა, გარდა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ულტრასონოგრაფია
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ასპირაციული ბიოფსია
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ანტიგენების მიმართ ანტისხეულების გამოკვლევა
- დ) იმუნოგლობულინების გამოკვლევა'
- *ე) გულ-მკერდის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

1022. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დიაგნოზს ამტკიცებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ფარისებრი ჯირკვლის მკვეთრი მტკივნეულობა
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ანტიგენების მიმართ ანტისხეულების გიგრის მომაგება
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის მიერ რადიოფარმპრეპარატის არათანაბარი შთანთქმა

- დ) ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ლიმფოიდური ინფილტრაციის არსებობა
- ე) პალპაციისას ფარისებრი ჯირკვლის არათანაბარი სიმკვრივე

1023. აუტოიმუნური თირეოიდიტის სასარგებლოდ მეტყველებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლში შედარებითი ლიმფოციტოზი
- ბ) სისხლში მოციერკულირე იმუნური კომპლექსების მომაგება (მიკ)
- გ) T-სუპრესორების შემცირება სისხლში
- *დ) ელს-ის მკვეთრი ანჭარება
- ე) იმუნოგლობულინების მომაგება, განსაკუთრებით IgG ან IgM

1024. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დროს რადიოაქტიური იოდის ჩართვის გესტი ფარისებრ ჯირკვალში:

- ა) მომაგებულია
- ბ) შემცირებულია
- გ) ნორმის ფარგლებშია
- *დ) ჩამოთვლილიდან ნებისმიერი ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციონალური მდგომარეობიდან გამომდინარე

1025. აუტოიმუნური თირეოიდიტისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ცვლილებები თირეოტროპული ჰორმონის, თ3-ის და თ4-ის:

- ა) თირეოტროპული ჰორმონის დონე მომაგებული, თ3 და თ4 დაქვეითებული
- ბ) თირეოტროპული ჰორმონის დონე დაქვეითებული, თ3 და თ4 მომაგებული
- გ) თირეოტროპული ჰორმონი და თ4 ნორმაში, თ3 შემცირებული
- დ) თირეოტროპული ჰორმონი დაქვეითებული, თ4 ნორმაში, თ3 მომაგებული
- *ე) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციონალური მდგომარეობიდან გამომდინარე ცვლილებები

1026. აუტოიმუნური თირეოიდიტის სამკურნალოდ გამოიყენება:

- ა) ანგიბიოტიკები
- ბ) სულფანილამიდები
- გ) საგულე გლიკოზიდები
- *დ) იმუნომოდულატორები
- ე) შარდმდენები

1027. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის კორექციისათვის იყენებენ:

- ა) მერკაპოლილს
- ბ) თირეოლინს
- გ) ლითიუმის კარბონატს
- დ) L-თიროქსინს
- *ე) ჯირკვლის ფუნქციონალური მდგომარეობისაგან გამომდინარე

1028. აუტოიმუნური თირეოიდიტის მკურნალობა ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციისას:

- ა) არამიზანშეწონილია
- *ბ) მიზანშეწონილია

1029. აუტოიმუნური თირეოიდიტის დროს იმუნური სტატუსის კორექცია:

- *ა) საჭიროა იმუნური სტატუსის კორექცია
- ბ) არ არის საჭირო

1030. იმუნური სტატუსის კორექცია აუტოიმუნური თირეოიდიტისას ხორციელდება:

- ა) ლეზაგრეგატებით, რომლებიც არღვევენ იმუნოკომპლექსებს
- *ბ) T-სუპრესორების სტიმულატორებით
- გ) იმუნოდეპრესანტებით
- დ) გლუკოკორტიკოიდებით
- ე) პრეპარატებით, რომლებსაც გამოჰყავთ იმუნური კომპლექსები ორგანიზმიდან

1031. აუტოიმუნური თირეოიდიტის კომპლექსური მკურნალობისას იყენებენ:

- ა) გლუკოკორტიკოიდებს
- ბ) იმუნომოდულატორებს (გ-სუპრესორების სტიმულატორები)
- გ) გლუკოკორტიკოიდები+იმუნომოდულატორები
- დ) თირეოიდიული პრეპარატები+გლუკოკორტიკოიდები
- *ე) გლუკოკორტიკოიდები+იმუნომოდულატორები+პრეპარატები, რომლებიც ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის კორექტირებას ახდენენ

1032. აუტოიმუნური თირეოიდიტის ქირურგიული მურნალობის ჩვენებას წარმოადგენს:

- ა) ჩიყვის დიდი მომები
- ბ) კისრის ორგანოებზე ზეწოლა
- გ) კვანძების არსებობა
- დ) თირეოიდიული ეპითელის მეტაპლაზია
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1033. ფიბროზული თირეოიდიტის სინონიმებს წარმოადგენს:

- ა) ხაშიმოტოს ჩიყვი

- ბ) ლექერვენის ჩიყვი
- *გ) რიღელის ჩიყვი
- დ) აუტომუნური თირეოიდიტი
- ე) სპეციფიური თირეოიდიტი

1034. ფიბროზული თირეოიდიტის ეტიოლოგია:

- ა) ცნობილია
- *ბ) არ არის ცნობილი

1035. ფიბროზული თირეოიდიტი გვხვდება:

- ა) ძალიან ხშირად
- ბ) ხშირად
- გ) იშვიათად
- *დ) ძალიან იშვიათად
- ე) საკმაოდ ხშირად

1036. ჰისტოლოგიურად ფიბროზული თირეოიდიტისთვის დამახასიათებელია:

- *ა) ფიბროზი კაფსულის, სისხლძარღვების, ნერვების, ირგვლივი ქსოვილი გალიდებით (კანის გარდა)
- ბ) გიგანტურ უჯრედული გრანულები
- გ) ინფილტრაცია პოლიმორფობირთვული ლეიკოციტებით
- დ) კაფსულის, ლიმფური და სისხლძარღვების გასქელება, კანთან შეხორცება
- ე) ლიმფოციტებით პლაზმური უჯრედებით, გურტლეს უჯრედებით ინფილტრაცია

1037. პალპაციით ფარისებრი ჯირკვალის ფიბროზული თირეოიდიტისას:

- ა) მტკივნეული
- *ბ) უმტკივნეულო
- გ) მტკივნეული განსაზღვრულ უბანზე
- დ) ფლუქტუირებს
- ე) ცხელი ხელით შეხებისას

1038. ფარისებრი ჯირკვლის კონსისტენცია პალპაციისას ფიბროზული თირეოიდიტისას:

- ა) რბილი
- ბ) არათანაბრად მკვრივი
- *გ) გლუვი, ხესავით მკვრივი
- დ) ელასტიური
- ე) პალპაციით - კვანძები

1039. ფიბროზული თირეოიდიტის კლინიკისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ნელი, თანდათანობით განვითარება დაავადებისა
- ბ) გეწოლის შეგრძნება ფარისებრი ჯირკვლის მიდამოში
- გ) ხმის ჩახლეჩვა აფონიამდე
- დ) სუნთქვის გაძნელება, მშრალი ხველა
- *ე) კანთან შეხორცება

1040. ფიბროზული თირეოიდიტის დიაგნოსტიკა ეფუძნება ყველა ჩამოთვლილ ნიშანს, გარდა:

- ა) ქვასავით მკვრივი ფარისებრი ჯირკვალი
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ცვლილებების არ არსებობა
- გ) პერიფერიული სისხლის ცვლილებების არ არსებობა
- *დ) მაღალი ტემპერატურა
- ე) კისრის ორგანოებზე გეწოლა

1041. ფიბროზული თირეოიდიტის დიფერენციალური დიაგნოზი გატარდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა:

- ა) აუტომუნური თირეოიდიტი
- *ბ) ფარისებრი ჯირკვლის აბსცესი
- გ) ენდემური ჩიყვი
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის კიბო
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის ლიმფოსარკომა

1042. ფიბროზული თირეოიდიტის შეღარებით ხშირ შედეგს წარმოადგენს:

- ა) თირეოტოქსიკოზი
- *ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) ეუთირეოზი
- დ) თ3-თირეოტოქსიკოზი
- ე) ხასი-ტოქსიკოზი

1043. ფიბროზული თირეოიდიტის მკურნალობა:

- ა) კონსერვატორული
- *ბ) ქირურგიული

- გ) ფიზიოთერაპიული
- დ) რენტგენოთერაპია
- ე) ლაზეროთერაპია

1044. ფიბროზული თირეოიდიტის ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებაა:

- ა) ტრაქეის შევიწროვება
- ბ) სუნთქვის დარღვევა
- გ) სისხლის მიმოქცევის მოშლა კისრის მიდამოში
- დ) გამკრივებული ფარისებრი ჯირკვლის სწრაფი ზრდა, რომელიც იწვევს ირგვლივ მდებარე ორგანოებზე ზეწოლას
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1045. 131-ის ნახევრადდაშლის პერიოდია:

- ა) 10 დღე-ღამე
- *ბ) 8 დღე-ღამე
- გ) 12 დღე-ღამე
- დ) 16 დღე-ღამე
- ე) 6 დღე-ღამე

1046. რადიაციული თირეოიდიტის რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან პირები, რომელთა ორგანიზმში მოხვდა:

- *ა) 131-ი
- ბ) სტრონციუმი
- გ) ცეზიუმი
- დ) ურანი
- ე) პოლონიუმი

1047. ორგანიზმში 131-ის მოხვედრიდან პირველი 10 დღის განმავლობაში არ აღინიშნება:

- ა) ჰიპერთერმია
- *ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) მომატებული თ3
- დ) მომატებული თ4
- ე) თირეოტროპული ჰორმონის შემცირება

1048. ფარისებრი ჯირკვლის რადიაციული დაზიანების პროფილაქტიკისათვის საჭიროა დაინიშნოს:

- ა) მერკაპოლილი
- ბ) თიამაზოლი
- გ) პროპიცილი
- *დ) იოლიბებული მარილი
- ე) კალიუმის პერქლორატი

1049. რადიაციული თირეოიდიტის შემდეგ განვითარებული ჰიპოთირეოზის მკურნალობისათვის გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები შენაცვლებითი თერაპიის მიზნით:

- *ა) თირეოიდული ჰორმონის პრეპარატები
- ბ) ადრენობლოკატორები
- გ) საგულე გლუკოზიდები
- დ) კალიუმის პრეპარატები
- ე) დიურეტიკები

1050. აუტომუნური თირეოიდიტის დროს იმუნომოდულაციის მიზნით მკურნალობა გარდება ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატით, გარდა:

- ა) T-აქტივინი
- ბ) პრენიზოლონი
- გ) ლეკარისი
- დ) უნიგოლი
- *ე) ცერუკალი

1051. ფარისებრი ჯირკვლის მედულარული კიბო ვითარდება

- ა) ფოლიკულარული უჯრედებიდან
- ბ) ამჟენაზის უჯრედებიდან
- *გ) პარაფოლიკულარული უჯრედებიდან
- დ) გურტლის უჯრედებიდან
- ე) ბრტყელი ეპითელიური უჯრედებიდან

1052. იუვენილური სტრუმა შედარებით ხშირად გვხვდება:

- *ა) მობარდ გოგონებში
- ბ) 30 წლის ვაჟებში
- გ) 30 წლის ქალებში
- დ) 50 წლის მამაკაცებში
- ე) ხანშიშესულ ქალებში

1053. პუბერტატულ პერიოდში მოთხოვნილება თირეოიდულ ჰორმონებზე:

- ა) დაქვეითებულია
- *ბ) მომატებულია
- გ) თ3-ზე შემცირებულია
- დ) თ4-ზე შემცირებულია
- ე) რევერსიულ თ3-ზე შემცირებულია

1054. მოზარდთა ასაკში აუტოიმუნური თირეოიდიტიზის დამახასიათებელია:

- ა) ეუთირეოზი
- ბ) თირეოგოქსიკოზი
- *გ) სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზი
- დ) მომატებული ტრეპერაგურა
- ე) ლიმფაღენოპათია

1055. მიუთითეთ ჰორმონი, რომელიც მხოლოდ ფარისებრ ჯირკვალში წარმოიქმნება: 1 თიროქსინი; 2 ტრიოლოთირონინი; 3 რევერსიული ტრიოლოთირონინი შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- *ბ) მხოლოდ 1;
- გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1056. რომელი ჰორმონი ასახავს უფრო მუსკლად ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციურ მდგომარეობას? 1 საერთო თიროქსინი 2. საერთო ტრიოლოთირონინი 3. თავისუფალი თიროქსინი შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- ბ) მხოლოდ 1;
- გ) მხოლოდ 2;
- *დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1057. მიუთითეთ ჰორმონი, რომელიც უშუალოდ მოქმედებს თირეოიდული ჰორმონების ბიოსინთეზზე 1 თიროლიბერინი; 2 თირეოტროპული ჰორმონი; 3 კალციტონინი შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- ბ) მხოლოდ 1;
- *გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1058. რომელი ჰორმონის გარდაქმნით წარმოიქმნება რევერსიული ტრიოლოთირონინი? 1 თავისუფალი თიროქსინი; 2 საერთო ტრიოლოთირონინი; 3 თავისუფალი ტრიოლოთირონინი;

- ა) 1 და 2;
- *ბ) მხოლოდ 1;
- გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1059. სად ხდება რევერსიული ტრიოლოთირონინის წარმოქმნა? 1 ქსოვილებში; 2 ფარისებრ ჯირკვალში 3 სისხლის პლაზმაში. შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- *ბ) მხოლოდ 1;
- გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1060. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელია მიჩნეული ფარისებრ ჯირკვალში მიმდინარე ბიოსინთეზის პროცესში პროჰორმონად? 1 ტრიოლოთირონინი; 2 თიროქსინი; 3 რევერსიული ტრიოლოთირონინი შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- ბ) მხოლოდ 1;
- *გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1061. სად სინთეზირდება თირეოტროპული ჰორმონი? 1 ჰიპოფიზში; 2 ჰიპოთალამუსში; 3 ფარისებრ ჯირკვალში შეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- *ბ) მხოლოდ 1;
- გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1062. სად სინთეზირდება თიროლიბერინი? 1 ჰიპოფიზში; 2 ჰიპოთალამუსში; 3 თავის გვინის ქერქშიშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1 და 2;
- ბ) მხოლოდ 1;
- *გ) მხოლოდ 2;
- დ) მხოლოდ 3.
- ე) 1 და 3.

1063. რომელი კლინიკური ნიშნები ახასიათებს დიფუზურ გოქსიურ ჩიყვს? 1 ლიმფოსტაზი; 2 მიოპათია; 3 ჰიპოქოლესტერინემია; 4 ლიასტოლური ჰიპერტენზია; 5 კანის სიმშრალე; 6 პრეგნობილური მიქსელემაშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) 1; 2 და 3;
- ბ) 1; 3 და 5;
- გ) 2; 4 და 6;
- დ) მხოლოდ 3.
- *ე) 2; 3 და 6.

1064. თირეოგოქსიკოზი შეიძლება გამოწვეული იყოს ისეთი მიზეზით (მიზეზებით), როგორცაა: 1 პირველადი თირეოტროპინოზი; 2 პირველადი პარაგანგლიოზი; 3 თირეოგოქსიკური აღენოზი; 4 ქვემწვავე თირეოიდიტი; 5 ხასიგოქსიკოზიშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) მხოლოდ 1; 3 და 5;
- ბ) ყველა, გარდა 4;
- *გ) ყველა, გარდა 2;
- დ) მხოლოდ 2; 4 და 5;
- ე) მხოლოდ 3 და 4

1065. მიუთითეთ, ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან როდის შეიძლება მოველოდეთ საერთო თიროქსინის ღონის მომატებას, თირეოტროპული ჰორმონის ნორმალური ღონის ფონზე? 1 დიფუზური გოქსიური ჩიყვის შორსწასული სტადია; 2 ორსულობა; 3 კონტრაცეფციების მიღება; 4 ქვემწვავე თირეოიდიტი; 5 აუტოიმუნური თირეოიდიტი; 6 ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების მიღებაშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) მხოლოდ 1; 3 ;
- ბ) ყველა, გარდა 6;
- გ) ყველა, გარდა 2;
- დ) მხოლოდ 2; 4 და 5;
- *ე) მხოლოდ 2 და 3;

1066. როდის უფრო არის მოსალოდნელი ღებრეგულური თირეოტროპული ჰორმონის ფონზე ნორმალური საერთო თიროქსინისა და მომატებული ტრიიოდთირონინის არსებობა? 1 დიფუზური გოქსიური ჩივი; 2 ქვემწვავე თირეოიდიტი; 3 ფარისებრი ჯირკვლის კისტა; 4 თირეოტროპიკური აღენოზი; 5 დიფუზური ენდემური ჩიყვი; 6 აუტოიმუნური თირეოიდიტიშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

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

1067. რა არ არის დამახასიათებელი თირეოტროპიკური აღენომისათვის? 1 სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა; 2 მოციმციმე არიგმია; 3 ენდოკრინული ოფთალმოპათია; 4 პრეგნობილური მიქსელემა; 5 ცხელი კვანძის არსებობა; 6 თერმოფობიაშეარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) მხოლოდ 1; 3 და 5;
- ბ) ყველა, გარდა 4;
- გ) ყველა, გარდა 2;
- დ) მხოლოდ 2; 4 და 5;
- *ე) მხოლოდ 3 და 4;

1068. როგორ იცვლება იოდის ექსკრეცია შარდთან ერთად იოდის ლეფიციტის ბეგავლენით?

- ა) მაგულობს, რაც განაპირობებს იოდის ლეფიციტს
- *ბ) კლებულობს
- გ) ნორმის ფარგლებში რჩება, თუ კი არ არის ჩამოყალიბებული ჰიპოთირეოზი

ფარისებრჯირკვლის დაავადებები

1069. . ჰიპოპარათირეოზს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი გარდა:

- ა) კალციუმის დაქვეითება სისხლში
- ბ) შარდით კალციუმის ექსკრეციის დაქვეითება
- *გ) თირკმლით ფოსფორის გამოყოფის მომატება
- დ) ფოსფორის მომატება სისხლის შრატში
- ე) თირკმლით ფოსფორის გამოყოფის შემცირება

1070. . ფარისებრჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება ყველაზე ხშირად გვხვდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობების ღროს, გარდა

- ა) 50% და მეტი ღამიანება ფარისებრჯირკვლის ფუნქციურად აქტიური ქსოვილისა (ფარისებრჯირკვლის ღამიანება ქირურგიული ოპერაციის შედეგად)

- ბ) ფარისებრახლო ჯირკვლის აუტოიმუნური დაზიანება
- გ) ფარისებრახლო ჯირკვლის სხივური დაზიანება
- დ) ფარისებრახლო ჯირკვლის ადენომის გამო ქირურგიული ჩარევის შედეგად
- *ე) ვირუსული ინფექცია

1071. . ჰიპოპარათირეომის მკურნალობისათვის გამოიყენება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატი, გარდა:

- ა) როკალგროლი
- ბ) ლქსიდევიტი
- გ) ტაქსინი (დეჰიდროტაქსტეროლი)
- დ) ერგოკალციფეროლი
- *ე) თირეოკალციტონინი (კალციტრინი)

1072. . ფსევდოჰიპოპარათირეომი ხასიათდება:

- ა) პარათჰორმონის ღონის დაქვეითებით
- *ბ) პარათჰორმონის ღონის მაგებით
- გ) პარათჰორმონის ნორმალური ღონით
- დ) კალციუმის მაგებით სისხლში
- ე) შარდში კალციუმის ექსკრეციის მაგებით

1073. . პარათჰორმონის დეფიციტს ახასიათებს

- *ა) ტონური კრუნჩხვები, ოპისტოკონუსი
- ბ) სხეულის ტემპერატურის მომაგება
- გ) ღიარება, დეჰიდრატაცია
- დ) წყურვილის გაძლიერება, ლიურემის მომაგება
- ე) თავის გვინის კრუნჩხვითი აქტივობის მომაგება (ე.ე.გ- მონაცემები)

1074. . სისხლის შრატში კალციუმის კონცენტრაციის მომაგების დროს ეკგ-ზე აღინიშნება

- ა) თ კბილის ვოლტაჟის დაქვეითება
- ბ) თ კბილის ვოლტაჟის მომაგება
- გ) პათოლოგიური Q კბილი
- დ) პათოლოგიური S კბილი
- *ე) Q-თ ინტერვალის შემოკლება

1075. . პირველად ჰიპერპარათირეომს ახასიათებს

- ა) სისხლის შრატში კალციუმის კონცენტრაციის დაქვეითება
- *ბ) სისხლის შრატში კალციუმის კონცენტრაციის მომაგება
- გ) სისხლის შრატში ფოსფორის კონცენტრაციის მომაგება
- დ) თირკმლებით ფოსფორის გამოყოფის დაქვეითება
- ე) სისხლის შრატში ტუტე ფოსფატამის აქტივობის დაქვეითება

1076. . პირველადი ჰიპერპარათირეომი ვითარდება

- *ა) ფარისებრახლო ჯირკვლის ადენომის დროს
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის აპლაზიის დროს
- გ) ფარისებრახლო ჯირკვალში სიმსივნური მეტასტაზების დროს
- დ) ფარისებრახლო ჯირკვლის ამილოიდოზის დროს
- ე) ფარისებრახლო ჯირკვალში სისხლჩაქცევის დროს

1077. . ჰიპერპარათირეომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ტუტე ფოსფატაზა აქტივობის მომაგება
- ბ) სისხლში კალციუმის კონცენტრაციის მომაგება
- გ) სისხლში ფოსფორის კონცენტრაციის დაქვეითება
- დ) ხანგრძლივად მიმდინარე მძიმე ფორმის დაავადების დროს თირკმლებით კალციუმის ექსკრეციის მაგება
- *ე) თირკმლებით ფოსფორის ექსკრეციის დაქვეითება

1078. მეორადი ჰიპერპარათირეომი აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობის დროს გარდა:

- ა) ნაწლავებში შეწოვის დარღვევის (მალაბსორბციის) სინდრომი
- ბ) თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა
- გ) რაქიტი
- დ) ფანკონის სინდრომი
- *ე) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება

1079. ფარისებრახლო ჯირკვლის ადენომის დიაგნოსტიკისათვის შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევა, გარდა:

- ა) ფარისებრახლო ჯირკვლების გამოკვლევა ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის მეთოდით
- ბ) პნევმოპარათირეოიდგრაფია
- გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- დ) რადიოიზოტოპური სკანირება სელენ-მეთიონინის გამოყენებით
- *ე) თერმოგრაფია

1080. ფარისებრახლო ჯირკვლის სკანირებისათვის გამოიყენება შემდეგი რადიოფარმპრეპარატი:

- *ა) სელენ-მეთიონინი
- ბ) ტექნიციუმი
- გ) ¹³¹I
- დ) ¹³¹I-19ქოლესტროლი
- ე) რადიაქტიური იგრიუმი-90

1081. პირველადი ჰიპერპარათირეოზი შეიძლება შეუღლებული იყოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებასთან, გარდა:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის მედულარული კიბო
- ბ) ინსულინოზა
- გ) გასტრინოზა
- დ) ჰიპოფიზის აღენოზა
- *ე) შაქრიანი დიაბეტი

1082. პირველადი ჰიპერპარათირეოზის დროს ყველაზე ხშირად ზიანდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ორგანო, გარდა:

- ა) ძვლოვანი სისტემა
- ბ) თირკმელები
- გ) კუჭქვეშა ჯირკვალი
- დ) კუჭი
- *ე) ღვიძლი

1083. ჰიპერპარათირეოზის დროს შარდის ანალიზში ყველაზე ხშირად აღინიშნება

- ა) იმო-ჰიპოსტენურია
- ბ) პროტეინურია
- გ) ცილინდრურია
- დ) შარდის გუგე რეაქცია
- *ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1084. ჰიპერპარათირეოზის დროს ძვლებში აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი ცვლილება გარდა:

- ა) კისტები
- ბ) ოსტეოპოროზი
- გ) ძვლის ქერქოვანი შრის გათხელება
- *დ) ძვლის გვინის არხის შევიწროება
- ე) პათოლოგიური მოგვიწობები

სიმსუქნე

1085. სიმსუქნის გავრცელება განვითარებად ქვეყნებში დამოკიდებულია ეკონომიკურ მდგომარეობაზე და აიხსნება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) იაფადღირებული პროდუქტების მიღება - ჭარბი ნახშირწყლებით
- ბ) საკვებ რაციონში ცხოველური ცხიმების სიჭარბე
- გ) "----" ცილების სიჭარბე
- დ) "----" ბოჭკოვანის სიმცირე (ხილი)
- *ე) "---" ცილების სიღარიბე

1086. სიმსუქნის ეტიოპათოგენზურ კლასიფიკაციაში შედის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ეგზოგენო-კონსტიტუციალური სიმსუქნე
- ბ) ცერებრალური ფორმები
- *გ) სიმსუქნე ჰიპოკორტიციზმის დროს
- დ) ენდოკრინულ-ჰიპოთირეოიდული ფორმა
- ე) ენდოკრინულ-ჰიპოგენიტალური ფორმა

1087. ალსტრემის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) ბალურის პიგმენტური ღებენრაციით
- გ) ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება
- *დ) უშაქრო დიაბეტი
- ე) შაქრიანი დიაბეტი

1088. ლორენს-მუნ-ბილის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოგონადიზმი
- გ) გონებრივი ჩამორჩენილობა
- დ) ბალურის პიგმენტური ღებენრაცია
- *ე) შინაგანი ორგანოების განუვითარებლობის არ არსებობა

1089. შთამომავლობითი სიმსუქნის განვითარების რისკის ხარისხი თუ ორივე მშობელს აქვს სიმსუქნე შეადგენს:

- ა) 30-40%
- ბ) 50-60%
- გ) 70-80%
- *დ) 80-90%
- ე) 100%

1090. სიმსუქნის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ყველა ჩამოთვლილ ალიმენტარულ ფაქტორებს, გარდა:

- ა) გაღამეგებული საკვების მიღება
- ბ) საკვების მიღება ძირითადად ღლის II ნახევარში
- გ) გაღამეგებული ადვილად შესათვისებელი ნახშირწყლების მიღება
- *დ) გაღამეგებული ბოჭკოვანი საკვების მიღება
- ე) გაღამეგებული ცხიმოვანი ცხიმების მიღება

1091. სიმსუქნე შესაძლოა განვითარდეს ცენტ. ნერვ. სისტემისა და ჰიპოთალამუსის ყველა ჩამოთვლილი დაზიანებისას, გარდა:

- ა) სიმსივნით გამოწვეული დაზიანება ჰიპოთალამუსის ვენტრო-მედიალური ბირთვისა
- *ბ) სიმსივნით გამოწვეული დაზიანება ჰიპოთალამუსის ვენტროლატერალური ბირთვისა
- გ) ნეიროინფექცია
- დ) ქალა-გვინის გრაფმა
- ე) ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზებით ჰიპოთალამუსში

1092. სიმსუქნე ვითარდება ყველა ჩამოთვლილი ენდოკრინული დაავადების დროს, გარდა:

- ა) ალიპოგენიტალური დისტროფია
- ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) იცენკო-კუშინგის დაავადება
- *დ) ჰიპოკორტიციზმი
- ე) ჰიპოგონადიზმი

1093. სიმსუქნე არის შედეგი ყველა ჩამოთვლილის, გარდა:

- ა) გაღაჭარბებული საკვების მიღება (ჭარბი ენერჯის მიღება ორგანიზმში)
- ბ) ენერგეტიკული ხარჯვის შემცირება (მამოძრავებელი აქტიობის შემცირება)
- გ) ნივთიერებათა ცვლის შეცვლა
- დ) ლიპოლიზის შემცირება
- *ე) ხშირი დაბალკალორიული საკვებით კვება

1094. სიმსუქნის განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილი ფაქტორი, გარდა:

- ა) ადვილადშესათვისებელი ნახშირწყლების მიღება
- ბ) მაღალკალორიული საკვების მიღება
- გ) ცხოველური ცხიმების მიღება
- დ) იშვიათად საკვების მიღება-ძირითადად ღლის II ნახევარში
- *ე) მრავალჯერადი(5-6-ჯერ) ნაკლებკალორიული საკვების მიღება

1095. სიმსუქნისათვის დამახასიათებელი ყველა ჩამოთვლილი ჰორმონალური ცვლილებები, გარდა:

- ა) ჰიპერინსულინიზმი
- *ბ) ჰიპოინსულინიზმი
- გ) ჰიპოპროლაქტინემია
- დ) სომატო-ტროპული ჰორმონის შემცირება
- ე) ჰიპერკორტიციზმი

1096. სიმსუქნისათვის დამახასიათებელია ყველა მეტაბოლიკური ცვლილება, გარდა:

- ა) ქოლესტერინის და ტრიგლიცერიდების დონის მომატება
- *ბ) მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების მომატება
- გ) უჯრედშია დეჰიდრაგაცია
- დ) მეორადი ალდოსტერონიზმი
- ე) ნახშირწყლების მიმართ ტოლერანტობის შეცვლა

1097. ალიმენტარულ-კონსტიტუციონალური სიმსუქნის დროს დამახასიათებელია ყველა მორფოლოგიური ცვლილება, გარდა ჩამოთვლილისა:

- *ა) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაღანაწილება დისპლასტიური ტიპით ქალებში
- ბ) ცხიმის დაგროვება კანში, კანქვეშა ქსოვილში, ბაქქონში ჯორჯალში
- გ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- დ) ცხიმის დაგროვება ეპიკარდსა და მიოკარდში
- ე) ცხიმის დაგროვება კუჭუკანა ჯირკვალში

1098. სიმსუქნით დაავადებულები წარმოადგენენ ჩივილებს (მწვავე ინფექციის გარეშე), გარდა:

- ა) სხეულის წონის მატება
- ბ) ქოშინი
- გ) ტკივილი გულის არეში
- დ) მადის მომატება

*ე) ტემპერატურის მომატება

1099. სიმსუქნით დაავადებულებში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ აღინიშნება ყველაჩამოთვლილი გარდა:

- ა) მიდრეკილება ბრადიკარდიისადმი
- ბ) გულის საზღვრების გაღივება
- გ) ზოგადი ათეროსკლეროზი
- დ) გულის იშემიური დაავადებების განვითარება
- *ე) კანის ჰიპერპიგმენტაცია

1100. სიმსუქნით დაავადებულებში კუჭ-ნაწლავის მხრივ უმეტეს ავადმყოფებს აღინიშნებათ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გასტროპროზი
- ბ) გასტრიტი
- *გ) დიარეა
- დ) მწვავე და ქრონიკული პანკრეატიტი
- ე) ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანის დაავადება

1101. სიმსუქნის III ხარისხით დაავადებულთა შორის ჰეპატო-ბილიარული სისტემის მხრივ აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- ბ) შეგუბებითი მოვლენები ღვიძლში
- გ) ქოლესისტიტი
- დ) ქოლანგიტი
- *ე) ღვიძლის ნორმალური ზომები

1102. სიმსუქნისათვის დამახასიათებელია ცენტრალური ნერვული სისტემის ცვლილებები, გარდა:

- ა) ძილიანობა
- ბ) თავის ტკივილი
- გ) მეხსიერების დაქვეითება
- დ) თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შემთხვევების გახშირება
- *ე) მომატებული აგზნებალობა

1103. ენდოკრინული სისტემის ცვლილებები სიმსუქნის დროს ხშირად ვლინდება ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი სახით, გარდა:

- ა) ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევა და შაქრიანი დიაბეტი გიპი 2-ის განვითარება
- ბ) მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
- გ) უნაყოფობა
- *დ) უპირატესად ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის განვითარება

1104. იმუნური სისტემის მხრივ სიმსუქნის დროს ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) T-ლიმფოციტების შემცირება
- ბ) T-ლიმფოციტების ფუნქციონალური აქტივობის შემცირება
- გ) ფაგოციტოზის დათრგუნვა
- *დ) T-ლიმფოციტების ფუნქციონალური აქტივობის მომატება
- ე) ინფექციისადმი რეზისტენტობის დაქვეითება

1105. კონსტიტუციური ეგზოგენური სიმსუქნის ფონზე პუბერტატში შესაძლოა განვითარდეს ჰიპოთალამური სინდრომი, რომელიც ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) სგრიები
- გ) არტ. წნევა
- დ) ცხიმის გადაზანაწილების არ არსებობა
- *ე) ერT-ერთი თირკმელზედა ჯირკვლის გაღივება ზომაში

1106. აღიპომო-გენიტალური სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება ბიჭებში ქალური ტიპით
- ბ) გინეკომასტია
- გ) მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების შემცირება
- დ) სხეულის მასის მკვეთრი მატება
- *ე) სხეულის მასის თანთანობით შემცირება

1107. პრადერ-ვილის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოგონადიზმი
- გ) კუნთების ჰიპოტონია
- *დ) მადის დაქვეითება
- ე) გონებრივი ჩამორჩენილობა

1108. მორგან-სტუარტ-მორელის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოგონადიზმი

- *გ) კუნთოვანი ჰიპოტონია
- დ) მადის დაქვეითება
- ე) გონებრივი ჩამორჩენილობა

1109. ლორენს-მუნ-ბილეს სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოგონადიზმი
- გ) გონებრივი ჩამორჩენილობა
- დ) პოლიდიპსია
- *ე) ნორმალური მხედველობა

1110. ალსტრემის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1
- ბ) სიმსუქნე
- გ) შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2
- დ) ნეფროპათია
- ე) ბალურის პიგმენტური დეგენერაცია

1111. სიმსუქნე არის ყველა ჩამოთვლილი დაავადების რისკის ფაქტორი, გარდა:

- ა) შაქრიანი დიაბეტი
- ბ) გულის იშემიური დაავადება
- გ) ჰიპერტონული დაავადება
- *დ) ფილგების ტუბერკულოზი
- ე) ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება

1112. ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევებით III ხ. სიმსუქნით დაავადებულებში ვლინდება შემდეგი ცვლილებები, გარდა:

- ა) თ კბილის შემცირება
- ბ) Q-თ ინტერვალის გაგრძელება
- გ) შ-თ სეგმენტის შემცირება
- დ) ლ კბილის მომაგება V5 და V6 განხრებში
- *ე) თ კბილის მომაგება

1113. სიმსუქნის ცერებრალური ფორმის დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით შესაძლოა დადგინდეს იქნას ჩამოთვლილი ცვლილებები, გარდა:

- ა) თავის ქალას სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება
- ბ) "თითისებრი ჩანაჭლევი" ადასტურებს თავის ქალას წნევის მომაგებას
- გ) თურქული კეხის შესასვლელი ხვრელის გაგანიერება
- *დ) თავის ქალას რენტგენოგრაფიული ცვლილებების არ არსებობა
- ე) მაგარი გარსის ლოკალური ცვლილებები

1114. ლიპიდოგრამაზე III ხ. სიმსუქნით დაავადებულებში დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერქოლესტერინემია
- ბ) ჰიპერტრიგლიცერიდემია
- *გ) ჰიპოქოლესტერინემია

1115. სტანდარტული გლუკოზოტოლერანტული ტესტი სიმსუქნით დაავადებულ ახალგაზრდებში გამოავლენს ტოლერანტობის დარღვევას გლუკოზის მიმართ:

- *ა) 10% - შემთხვევაში
- ბ) 20% "-----"
- გ) 30% "-----"
- დ) 30-40% "-----"
- ე) 40%-ზე ზემოთ

1116. ალიმენტარული სიმსუქნის დროს ვლინდება ჰორმონალური სტატუსის ყველა სახის დარღვევა გარდა:

- ა) ჰიპერინსულინიზმი
- ბ) სომატოტროპული ჰორმონთა სეკრეციის შემცირება
- გ) გლუკოკორტიკოიდების პროდუქციის მომაგება
- *დ) სასქესო ჰორმონების პროდუქციის მომაგება
- ე) ალდოსტერონის პროდუქციის მომაგება

1117. ალსტრემის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) სიმსუქნე
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი
- გ) მხედველობის დაქვეითება
- *დ) ნაადურევი სქესობრივი მომწიფება
- ე) სმენის დაქვეითება

1118. იცენკო-კუშინგის დაავადება ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) ცხიმოვანი ქსოვილის არჩევითი გადაზიდვებით - სახეზე, კისერზე, მუცელზე, შეღარებით წერილ კიდეებთან ერთად
- ბ) მოლუჯო-მოწითალო სტრიები
- გ) ოსტეოპოროზი
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზია
- *ე) ცხიმოვანი ქსოვილის თანბარი განლაგება სხეულზე

1119. ჰიპოთირეოიდული გენემის სიმსუქნისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ცხიმის თანბარი განლაგება
- ბ) ძილიანობა
- გ) კანის სიმშრალე და პასტოზობა
- დ) ბრადიკარდია
- *ე) ჭარბთმეიანობა

1120. ჰიპერპროლაქტინემიური ჰიპოგონადიზმის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ცხიმის თანბარი განლაგება
- ბ) გალაქტორეა
- გ) ამენორეა
- დ) პროლაქტინის დონის მომატება
- *ე) გონადოტროპინების დონის მომატება

1121. ჰიპოთალამური ფორმის სიმსუქნე, ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) წონის სწრაფი მატება მოკლე დროში
- ბ) ცხიმის განლაგება ქალური ტიპით
- გ) ნეკროლოგიური სიმპტომატიკა
- *დ) შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1
- ე) ბულიმია, პოლიდიპსია

1122. პიკვიკის სინდრომი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) საკმაოდ გამოხატული სიმსუქნე
- ბ) ძილიანობა
- გ) ბულიმია
- დ) ჰიპოენცილაემია
- *ე) ეპი-შეგვეები (კრუნჩხვითი აქტივობის მომატება)

1123. სიმსუქნის დიეტოთერაპია ითვალისწინებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) აღვივალ შესათვისებელი ნახშირწყლების შეზღუდვა
- ბ) მცენარეული ცხიმების მიღება ცხოველურის ნაცვლად
- გ) მრავალჯერადი 5-6-ჯერადად კვება
- *დ) დღე-ღამეში 1-2-ჯერ საკვების მიღება
- ე) ნაკლებკალორიული, მაგრამ მოცულობით დიდი რაოდენობით კვება

1124. სიმსუქნით დაავადებულთა სამკურნალო დიეტა ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ნახშირწყლების რაოდენობის შემცირება საკვების კალორიულობის შემცირების მიზნით
- ბ) ცილის საკმაოდ რაოდენობით შემცველობა, რათა თავიდან იქნას აცილებული ცილოვანი შიმშილი
- *გ) ცილების რაოდენობის შემცირება
- დ) უპირატესად მცენარეული წარმოშობის ცხიმების მიღება
- ე) ვიტამინები და მიკროელემენტები ფიზიოლოგიური ნორმის ფარგლებში

1125. სიმსუქნით დაავადებულებისათვის რეკომენდებულია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დღიური რაციონის კალორიულობის შეზღუდვა 1200 კ/კალ-მდე.
- ბ) კვირაში 1-2-ჯერ განგვირთვის დღეები (600-700 კ/კალ/ დღე-ღამეში 5-6-ჯერადი კვებით)
- გ) ღობირებული ფიზიკური დატვირთვა
- დ) მიღებულ და გამოყოფილ სიგხეთა რაოდენობებს შორის თანაფარდობის კონტროლი
- *ე) ალკოჰოლის მიღება

1126. ანორექსიული პრეპარატები (ფეპრანონი, მეფოლინი, ლემოპიმინი) მოქმედებენ ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა:

- ა) ჰიპოთალამური არის მადის ცენტრის დათრგუნვა
- ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნება
- გ) არტერიული წნევის მომატება
- დ) პირის სიმშრალე
- *ე) არტერიული წნევის დაკლება

1127. სიმსუქნის მკურნალობის ეფექტურობა ბიგუანიდებით განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) უჯრედის მემბრანაში გლუკოზის განვლადობის მომატება
- ბ) ანაერობული გლიკოლიზის გაძლიერება
- გ) ანტილიპიდური და ფიბრინოლიტური მოქმედება
- დ) ანორექსიგენული მოქმედება
- *ე) ლიპოგენების გაძლიერება

1128. სიმსუქნის (I-II ხ.) დაავადებულთათვის ღობირებული ფიზიკური დატვირთვა ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) გლუკოზის უტილიზაციის პროცესის გაძლიერება, სხეულის მასის შემცირება
- ბ) ენდოგენური ინსულინის მიმართ რემისგენგობის შემცირება
- გ) ჰიპერლიპიდემიის შემცირება
- დ) არტერიული წნევის შემცირება
- *ე) გულ-სისხლძარღვთა გართულებების რისკის მომატება

1129. სიმსუქნის მკურნალობისას მიზნით წერილი ნაწლავის ამოკვეთა ან მისი გამოთიშვა განაპირობებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების შეწოვის შემცირება
- ბ) ნაწლავებში მინერალური მარილების და ვიტამინების შეწოვის შემცირება
- გ) კუჭ-ნაწლავის ჰორმონების სეკრეციის შეცვლა
- დ) ავადმყოფთა ინვალიდობა
- *ე) თერაპიის ფიზიოლოგიური ხასიათი

1130. სიმსუქნის სანატორულ-კურორტული მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მკაცრი რაციონალური დიეტა
- ბ) ღობირებული ფიზიკური აქტივობა
- *გ) ფსიქოტროპული პრეპარატებით მკურნალობა
- დ) ფიზიოთერაპიული სამკურნალო პროცედურა
- ე) საექიმო კონტროლი

1131. პროფილაქტიკური ღონისძიებანი სიმსუქნის თავიდან აცილების მიზნით ტარდება ყველა ჩამოთვლილ "რისკ-ჯგუფებში" გარდა:

- ა) პირებში, რომელსაც აქვს შთამომავლობითი მიდრეკილება სიმსუქნისადმი
- ბ) 40 წელზე მეტი ასაკის პირებში
- გ) პირებში, რომლებსაც აქვთ მჯდომარე ცხოვრება
- დ) პირებში, რომლებსაც დაავადების გამო მოძრაობა შეზღუდული აქვთ
- *ე) ავადმყოფები დაუზუსტებელი ონკოლოგიური პათოლოგიით

1132. ლეგალობის ძირითადი მიზეზი III ხ. სიმსუქნით დაავადებულთათვის არის ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მიოკარდის მწვავე ინფარქტი
- ბ) ინსულტი
- გ) პნევმონია
- *დ) თირეოტიკოზი

1133. სიმსუქნე ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილ დაავადებათა განვითარებას, გარდა:

- ა) ჰიპერტონული დაავადება
- ბ) გულის იშემიური დაავადება
- გ) ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება
- დ) თავის ტვინის იშემიური დაავადება
- *ე) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ქრონიკული უკმარისობა

სასქესო ჯირკვლების დაავადებათა ენდოკრინული ასპექტები

1134. სასქესო ჯირკვლების განვითარების მანკები შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ა) სასქესო ქრომოსომების პათოლოგიით
- ბ) აუტოსომური პათოლოგიით
- გ) აუტოსომებში ლოკალიზებული გენების პათოლოგიით
- დ) სასქესო ქრომოსომებში ლოკალიზებული გენების პათოლოგიით
- *ე) ყველა ჩამოთვლილით

1135. სასქესო ჯირკვლების ფორმირების პროცესის დარღვევის მიზეზი შესაძლოა იყოს:

- ა) სასქესო ქრომოსომების რაოდენობის ცვლილება (პოლისომია, მონოსომია)
- ბ) სასქესო ქრომოსომების სტრუქტურული შეცვლა (დელეცია, ტრანსლოკაცია და ა.შ.)
- გ) ემბრიოგენების აღრეულ ეტაპზე არაკეთილსაიმედო ფაქტორების მოქმედება
- დ) გენური ცვლილებები აუტოსომებსა და სასქესო ქრომოსომებში
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1136. გონალების დისგენეზის სინდრომის ყველაზე ტიპური ვარიანტია

- *ა) შერეშეესკი-გერნერის სინდრომი
- ბ) კალმანის სინდრომი
- გ) აუტოსომური პოლიენდოკრინული სინდრომი
- დ) ცენტრალური გენების ჰიპოგონადიზმი
- ე) ჰიპოგონადიზმის ყველა ფორმა

1137. გონალების დისგენეზის სინდრომი არის:

- *ა) თანდაყოლილი ქრომოსომული დაავადება
- ბ) თანდაყოლილი გენური დაავადება

- გ) შეძენილი დაავადება
- დ) ჰიპოთალამუსის თანდაყოლილი ან შეძენილი პათოლოგია
- ე) თანდაყოლილი აუტოსომური დაავადება

1138. შერეშევსკი-გერნერის სინდრომის დროს ავადმყოფთა მღერობითი ფენოტიპი გაპირობებულია:

- ა) კარიოტიპში ერთად ერთი X-ქრომოსომის მეგავლენით
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონების ზემოქმედებით
- გ) ჰიპოფიზის ჰორმონების ზემოქმედებით
- *დ) ნაყოფის განვითარების ავტონომიური გენდენციით ფემინიზაციისკენ
- ე) ანდროგენების მოქმედების შესუსტებით

1139. გონალების დისგენეზის სინდრომის დროს აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) ოსტეოპოროზი
- ბ) გარეთა სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია
- გ) საშარდე სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები
- *დ) ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევისას გონალების ნორმალური ზომა
- ე) გულისა და მსხვილი სისხლძარღვების თანდაყოლილი მანკები

1140. გონალების დისგენეზის სინდრომის დროს ადგილი აქვს:

- *ა) პირველადი ჰიპოგონადიზმის მოვლენებს
- ბ) მეორადი ჰიპოგონადიზმის მოვლენებს
- გ) მესამეული ჰიპოგონადიზმის მოვლენებს
- დ) პირველადი და მეორადი ჰიპოგონადიზმის მოვლენების შერწყმას
- ე) ძალიან სუსტად გამოხატული ჰიპოგონადიზმი

1141. შერეშევსკი-გერნერის სინდრომისათვის დამახასიათებელია:

- ა) დიდი სასქესო ბაგეების ჰიპოპლაზია
- ბ) პატარა სასქესო ბაგეების ჰიპოპლაზია
- გ) ვიწრო საშო
- დ) კლიტორის ნორმალური ზომები
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1142. შერეშევსკი-გერნერის სინდრომის დროს ყველაზე იშვიათად გვხვდება:

- ა) აორტის კოარკტაცია
- ბ) ბოტალის სადინარის შეუხორცებლობა
- გ) შარდსაწვეთის აგრეზია და საშარდე სისტემის განვითარების სხვა მანკები
- დ) პიგმენტური ნევუსი
- *ე) ლემენცია

1143. გონალების დისგენეზის სინდრომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გარდება:

- ა) რეემატიზმთან
- ბ) გოქსოპლაზმომთან
- *გ) ნუნანის სინდრომთან
- დ) ჰიპერთირეოზთან
- ე) პროლაქტინომასთან

1144. შერეშევსკი-გერნერის სადიაგნოსტიკოდ ყველაზე ოპტიმალური მეთოდია:

- *ა) კარიოტიპის განსამდგრა
- ბ) სასქესო ქრომატინის განსამდგრა
- გ) ძვლოვანი ასაკის დადგენა
- დ) პლამმაში ტესტოსტერონისა და ესტროგენების დონის განსამდგრა
- ე) გონალების ულტრასონოგრაფია

1145. სასქესო ჰორმონებით შენაცვლებითი ციკლიური თერაპია შერეშევსკი-გერნერის სინდრომის დროს:

- *ა) იწყება ძვლებში ზრდის ზონების დახურვის პერიოდიდან
- ბ) იწყება პოსტპუბერტატული პერიოდიდან
- გ) იწყება პუბერტატული პერიოდიდან
- დ) უმჯობესია არ ჩატარდეს
- ე) გარდება 12 წლის ასაკიდან პერიოდულად წელიწადში 3ჯერ 1-2 თვიანი კურსის სახით

1146. შენაცვლებითი თერაპია სასქესო ჰორმონებით გარდება შერეშევსკი-გერნერის სინდრომის დროს:

- ა) მთელი ცხოვრების მანძილზე
- *ბ) 40-50 წლამდე
- გ) პერიოდულად პოსტპუბერტატულ ასაკში
- დ) საერთოდ არ არის საჭირო ჩატარება
- ე) მიზანშეწონილია დაინიშნოს მხოლოდ პუბერტატულ პერიოდში

1147. ფერტილობა გონალების დისგენეზის სუფთა სინდრომის დროს:

- *ა) არ აღინიშნება
- ბ) შესაძლოა მოზაიკური ფორმის დროს
- გ) შესაძლოა მკურნალობის მერე
- დ) ავადმყოფი ითვლებიან პირობითად ფერტილურად
- ე) ნორმალურია

1148. გონალების დისგენეზის მქონე ავადმყოფთა დისპანსერიზაცია უნდა გარღებოდეს:

- ა) პუბერტატულ ასაკში
- ბ) აუცილებელი არ არის
- *გ) მთელი ცხოვრება
- დ) პერიოდულად
- ე) ავადმყოფის სურვილით

1149. ანორქიზმის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) გენეტიკური ფაქტორები
- ბ) ორსულობის დროს არაკეთილსაქურველი ფაქტორების ზეგავლენა
- გ) გონალების აუტოიმუნური გენეზის დაზიანება
- დ) სათესლე ჯირკვლების ინფექციური დაზიანება
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1150. პუბერტატულ ასაკში ანორქიზმის დროს ვითარდება:

- ა) მძიმე ჰიპოგონადიზმი
- ბ) მეორადი სასქესო ნიშნების არ არსებობა
- გ) ასთენიური აღნაგობა
- დ) არასრულფასოვანი სპონტანური ერექციები და პოლუციები ან მათი არ არსებობა
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1151. ჰიპოგონადიზმის ძირითადი მიზეზი შეიძლება იყოს

- ა) გონალების აუტოიმუნური დაზიანება
- ბ) გონალების გენეტიკური არასრულფასოვნება'
- გ) გ) ჰიპოფიზის და/ან ჰიპოთალამუსის დესტრუქციული ცვლილებები
- დ) ჰიპოფიზის და/ან ჰიპოთალამუსის ანთებითი ცვლილებები
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1152. პოსტპუბერტატულ ასაკში განვითარებული ტესტიკულების დაზიანება ხელს უწყობს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილის განვითარებას, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) იმპოტენცია
- ბ) უნაყოფობა
- *გ) სხეულის ენდოქრინული პროპორციები
- დ) სახეზე თმისა და ნიშნების შემცირება
- ე) კუნთოვანი სისუსტე

1153. პირველად ჰიპოგონადიზმს ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გონალებიდან სასქესო ჰორმონების დაქვეითებული სეკრეცია
- ბ) გონადოტროპული ჰორმონების მომატებული სეკრეცია
- გ) სხეულის ენდოქრინული პროპორციები
- *დ) მრავალრიცხოვანი "ეულგარული აქნე "
- ე) გინეკომასტია მამაკაცებში

1154. პირველადი ჰიპოგონადიზმის ძირითადი მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) გონალების აუტოიმუნური დაზიანება
- ბ) გონალების ტრაუმა
- გ) გონალების ვირუსული დაზიანება
- დ) გონალების ანთებითი დაზიანება
- *ე) ბარძაყის ნერვის მონონევრიტი

1155. კლანფელტერის სინდრომით ავადმყოფებში სპერმატოგენეზის ახასიათებს

- *ა) ამოოსპერმია
- ბ) ნორმალური სპერმატოგენეზი
- გ) ოლიგოსპერმია
- დ) ნეკროსპერმია
- ე) ოლიგო-ასთენოსპერმია

1156. . სასქესო ჰორმონებით შენაცვლებითი თერაპიის ეფექტურობის კლინიკური კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორცაა:

- ა) მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ხარისხი
- ბ) კუნთოვანი ძალა
- გ) კუნთთა მასის მატება

- *დ) ტესტიკულების ზომების მაგება
- ე) სათესლე პარკის ზომების მაგება

1157. გონალოგროპინებით მასტიმულირებული თერაპიის ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) შარღში 17 - კეტოსტეროიდების ექსკრეციის გაზრდა
- ბ) ტესტოსტერონის სეკრეციის მომაგება
- გ) ტესტიკულების ზომების მომაგება
- *დ) ლულიბერინის სეკრეციის მომაგება
- ე) ე) მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ხარისხი

1158. საზარდულის ორმხრივ კრიპტორქიზმის ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) სათესლე პარკში ორივე ტესტიკულების არარსებობა
- *ბ) ზრდის ჰორმონების ღონის მაგება
- გ) ჰიპოგინადიზმის ნიშნების განვითარება
- დ) ფერტილურობის დაქვეითება
- ე) ანდროგენების პროლუქციის შემცირება

1159. სათესლეების მდებარეობის ანომალიები მოიცავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ცალმხრივი კრიპტორქიზმი
- ბ) ორმხრივი კრიპტორქიზმი
- გ) კრიპტორქიზმის საზარდულის ფორმა
- დ) კრიპტორქიზმის აბლომინალური ფორმა
- *ე) ანორქიზმი

1160. ჭეშმარიტი ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების მიზეზი არ შეიძლება იყოს

- ა) გვინის სიმსივნე
- ბ) ეპიფიზის სიმსივნე
- გ) გაღატანული ენცეფალიტი
- დ) ჰიპოფიზის სიმსივნე
- *ე) ფილტვის მძიმე სომატური დაავადება

1161. შტეინ-ლევენტალის სინდრომს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) საკვერცხის პოლიკისტოზი
- ბ) ჰირსუტიზმი
- *გ) აუტომუნური თირეოიდიტი
- დ) უნაყოფობა
- ე) ოპსომენორეა

1162. შტეინ-ლევენტალის სინდრომის დროს მცირე მენჯის და თირკმელზედა ჯირკვლების ულტრაბგერითი გამოკვლევისას გამოვლინდება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) საკვერცხეების გადიდება
- ბ) პოლიკისტოზური საკვერცხეები
- გ) საშვილოსნოს ნორმალური ზომები
- დ) თირკმელზედა ჯირკვლების ნორმალური ზომები
- *ე) თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნე

1163. კლიმაქტერული ნევროზის კლინიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა ისეთისა, როგორიცაა:

- ა) ალუბი
- ბ) ალვილად აგზნებალობა
- გ) მგირალობა
- *დ) სხეულის ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მომაგება
- ე) მომაგებული ოფლიანობა

ეპიფიზის პათოლოგიით განპირობებული ენდოკრინული სინდრომები

1164. ეპიფიზი ენდოკრინული ჯირკვალაია

- *ა) კი
- ბ) არა

1165. ეპიფიზი გამოიმუშავებს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) ადრენალინს
- ბ) არგინინ-ვაზოტოცინს
- გ) მელატონინს
- დ) სეროტონინს

1166. მელატონინი ამუხრუჭებს ყველა ჩამოთვლილი ჰორმონების სეკრეციას, გარდა:

- ა) თირეოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონის, თმჰ, თ3, თ4

- ბ) გონალოგროპული ჰორმონების
- გ) კალციტონინის
- *დ) ინსულინის
- ე) კორტიზოლის

1167. ეპიფიზის დაზიანებას უკავშირებენ

- ა) იცენკო-კუშინგის დაავადებას
- ბ) ალისონის დაავადებას
- *გ) ნაალრევე სქესობრივ მომწიფებას (მაკროგენიტოსომია პრეკოქს)
- დ) უშაქრო დიაბეტი
- ე) ჰიპოთირეოზი

1168. ეპიფიზის სხვადასხვა დაზიანებათა შორის შედარებით უფრო ხშირია

- *ა) სიმსივნე
- ბ) ჩირქოვანი ანთება
- გ) სისხლჩაქცევა
- დ) ლიმფოიდური ინფილტრაცია
- ე) ჰიპერტროფია

1169. მაკროგენიტოსომია პრეკოქსის პათოგენეზის საფუძველია:

- ა) აკტჰ პროლექციის მომატება
- ბ) მელაგონინის სეკრეციის მომატება
- *გ) გონალოგროპინების სეკრეციის დამუხრუჭების მოშლა
- დ) თშ სეკრეციის მომატება
- ე) ზრდის ჰორმონის სეკრეციის დაქვეითება

1170. მაკროგენიტოსომია ჩვეულებრივად ვითარდება

- *ა) აღრეულ ბავშვთა ასაკში
- ბ) პუბერტატულ პერიოდში
- გ) მოზრდილებში
- დ) მოხუცებულობის ასაკში
- ე) ყველა ასაკობრივ ჯგუფში

1171. მაკროგენიტოსომიის დროს გვინის სიმსივნის მაჩვენებელი სიმპტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ქალასშილა წნევის მომატება
- ბ) თავის ტკივილები
- გ) მხედველობის ნერვის ღვრილების "შეშუპება"
- დ) ფტოზი, ნისგაგმი,
- *ე) ეეგ-ზე ელექტრონული აქტივობის პათოლოგიური კერების არარსებობა

1172. ნაალრევი სქესობრივი მომწიფების სიმპტომებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სიმარლემი ზრდის შეჩერება
- ბ) მეორადი სასქესო ნიშნები არსებობა ბიჭებში 10-12 წლამდე, გოგონებში 9 წლამდე
- გ) მუსკულატურის კარგი განვითარება
- დ) ბიჭებში სპერმატოგენეზი და გოგონებში მენსტრუაცია
- *ე) კუშინგოიდური შეხედულება

1173. მაკროგენიტოსომია პრეკოქსის დიფერენციალური დიაგნოზი გარდება ყველა დაავადებასთან რომელიც იწვევს ნაალრევე სქესობრივ მომწიფებას, გარდა:

- ა) გენეტიკურად განპირობებული კონსტიტუციური ნაალრევი სქესობრივი მომწიფება
- ბ) ნაალრევი სქესობრივი მომწიფება დაკავშირებული თირკმელზედა ჯირკვლის პათოლოგიასთან
- გ) ნაალრევი სქესობრივი მომწიფება სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის დროს
- დ) ნაალრევი სქესობრივი მომწიფება საკვერცხის სიმსივნის დროს
- *ე) ტერნერის სინდრომი

1174. მაკროგენიტოსომიის მკურნალობა (ეპიფიზის სიმსივნისას)

- ა) კონსერვატული
- ბ) ოპერატიული
- გ) სიმპტომური
- დ) სხივური
- *ე) ნებისმიერი მკურნალობის არასაკმარისი ეფექტურობა

ძელოვანი ქსოვილის პათოლოგიის ენდოკრინული ასპექტები

1175. "ოსტეოპენიის" ქვეშ იგულისხმება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ოსტეოპოროზისა
- ბ) ოსტეომალაციისა
- გ) ოსტეოაგროფიისა

- დ) ოსტეოლიზისა
- *ე) რეგმატოიდული პოლიართრიტისა

1176. ოსტეოპოროზის კლასიფიკაცია ემყარება:

- *ა) ეტიოლოგიას
- ბ) პათოგენეზს
- გ) სიმპტომატიკას
- დ) პროცესის გავრცელებას
- ე) დაავადების განვითარების სტადიებს

1177. ოსტეოპოროზის პირველად ფორმებს ეკუთვნის:

- ა) პოსტმენოპაუზური ოსტეოპოროზი
- ბ) სენილური ოსტეოპოროზი
- გ) იდიოპათიური იუვენილური ოსტეოპოროზი
- *დ) იატროგენული ოსტეოპოროზი

1178. პირველადი ოსტეოპოროზის პათოგენეზის განვითარებაში გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება:

- ა) მენოპაუზის ოვულაციური ფუნქციის შეწყვეტას
- ბ) 60 წლის შემთხვევაში ფიზიკური აქტივობის დაქვეითებას
- გ) ოვულაციური ფუნქციის დაქვეითებას ცხოვრების მანძილზე
- დ) კალციუმის ჰომეოსტაზის ფუნქციის დარღვევას
- *ე) ძვლის საწყისი სიმკვრივეს და გენეტიკურ განწყობას

1179. პოსტმენოპაუზისას ოსტეოპოროზის კლინიკური გამოვლენისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სიმალის შემცირება 10-12 სმ-ით
- ბ) ტკივილის სინდრომის არსებობისა ხერხემლის სვეტის უპირატესი დაზიანებით
- *გ) ტაქიკარდიისა
- დ) ხერხემლის სვეტის გამრუდებისა
- ე) გულ-მკერდის ლეფორმაციისა

1180. მომრდილებში იდიოპათიური ოსტეოპოროზისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტკივილის სინდრომის არსებობისა
- ბ) ხერხემლის კომპრესიული მოტეხილობებისა
- გ) გონაღური ფუნქციის დაქვეითებისა
- *დ) სიმალის შემცირება 10-12 სმ-ით
- ე) ხერხემლის სვეტის გამრუდებისა

1181. ოსტეომალაციის კლინიკისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) გულ-მკერდის ლეფორმაცია
- ბ) კიდურების გამრუდება
- გ) გამოხატული ტკივილის სინდრომი
- *დ) პათოლოგიური მოტეხილობების განვითარება
- ე) არაფერი აღნიშნულისაგან

1182. ოსტეოპოროზით დაავადებულთა ლაბორატორიული კვლევისას შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი დამახასიათებელი ცვლილება:

- *ა) კალციუმის ღონის დაქვეითება სისხლში და მისი ექსკრეციის გაზრდა შარდში
- ბ) სისხლის შრატში გუგე-ფოსფატების რაოდენობის მკვეთრი მომატება
- გ) კრეტინინისა და საერთო ცილის ღონის მატება სისხლის შრატში
- დ) ჰიპერქრომიული ანემიის ნიშნები
- ე) კალციუმის ღონის მკვეთრი მატება სისხლში

1183. ოსტეომალაციის მქონე ავადმყოფთა ლაბორატორიული კვლევისას შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი დამახასიათებელი ცვლილებები

- *ა) ოქსიპროლინის ექსკრეციის მომატებული ღონე შარდში
- ბ) სისხლში კალციუმისა და ფოსფორის მომატებული მაჩვენებელი
- გ) სისხლში საერთო ცილის მატება და დისპროტეინემია
- დ) ლეიკოციტოზი
- ე) ყველა ჩამოთვლილი

1184. ინვოლუციური ოსტეოპოროზით დაავადებულებში ჰორმონალური სტატუსის კვლევისათვის განსაკუთრებით მიზანშეწონილია განისაზღვროს:

- ა) კალციტონინი
- *ბ) პარათჰორმონი (პარათირინი) და ვიტამინი D3
- გ) გასტრინი და მრდის ჰორმონი
- დ) პროლაქტინი
- ე) ესტრადიოლი და გონადოტროპინები

1185. ოსტეომალაციით დაავადებულებში ჰორმონული სტატუსის გამოსაკვლევად განსაკუთრებით მიზანშეწონილია გამოვიკვლიოთ:

- ა) კალციტონინი
- ბ) პარათჰორმონი
- გ) გასტრინი და ზრდის ჰორმონი
- *დ) ვიტამინი D3
- ე) ესტრადიოლი და გონადოტროპინები

1186. ოსტეოპოროზით დაავადებულთა რენტგენოლოგიური კვლევისას ვლინდება:

- ა) ძვლოვანი ქსოვილის გამკვრივების დაქვეითება
- ბ) სუბპერიოსტალური რეზორბციის ნიშნები
- *გ) ხერხემლის მალეების სიმაღლის დაქვეითება
- დ) მარილების ჩალაგების მომატება
- ე) თავის ქალის ჰიპეროსტოზი

1187. ძვლოვანი სიმკვრივე ოსტეოპოროზისას:

- ა) მომატებულია
- *ბ) დაქვეითებულია
- გ) არ არის შეცვლილი

1188. ოსტეოპენიური მდგომარეობის დროს ლიფერენციალური ლიაგნოსტიკა უნდა გაგარდეს შემდეგ მდგომარეობებთან, გარდა:

- ა) ოსტეოპოროზისა
- ბ) ოსტეომალაციისა
- გ) ჰიპერპარათირეოზისა
- დ) ქრონიკული ენდერიტებისა
- *ე) ქრონიკული ლეიკოზებისა

1189. ინვოლუციური ოსტეოპოროზის პროფილაქტიკისათვის ყველაზე რაციონალურია:

- ა) მენოპაუზის მომენტიდან კალციუმის პროფილაქტიკური მიღება
- ბ) D-ვიტამინის პროფილაქტიკური მიღება
- *გ) ინვოლუციურ ასაკში ფიზიკური აქტივობის მომატება კალციუმის შემცველი საკვები პროდუქტების გამოყენებასთან ერთად
- დ) კლიმაქსის გამოხატული გამოვლინებისას ესტროგენშემცველი პრეპარატების ლანიშენა
- ე) ყველა ჩამოთვლილი

ენლოკრინული სიგემის დაავადებები ბავშვთა ასაკში

1190. 10 წლის გოგონას, ოჯახიდან, რომლის წევრები ჭარბი წონისა არიან, აქვს II ხარისხის სიმსუქნე ჰიპერკორტიციზმის ნიშნების გარეშე. ნევროპათოლოგების მიერ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები არ იქნა დადგენილი. თქვენი წინასწარი ლიაგნოზი

- *ა) კონსტიტუციური ეგზოგენური სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოთალამური სინდრომი ცხიმოვანი ცვლის მოშლით
- გ) ცერებრალური სიმსუქნე
- დ) ლოურენს-მუნ-ბარდე-ბილლის სინდრომი

1191. თანდაყოლილი პირველადი ჰიპოთირეოზისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) ფსიქომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენა
- ბ) ახალშობილთა გახანგრძლივებული სიყვითლე
- გ) ბრადიკარდია
- დ) კანის სიმშრალე
- *ე) ნაწლაფთა პერისტალტიკის აჩქარება

1192. ბავშვთა ასაკში შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელია ყველა ნიშანი, გარდა:

- ა) წყურვილი
- ბ) გახშირებული შარდვა
- გ) საერთო სისუსტე
- დ) წონაში დაკლება
- *ე) შემუპებითი ოფთალმოპათია

1193. აღრენოგენიტალური სინდრომის მარილ-დამკარგავი ფორმისათვის დამახასიათებელია:

- ა) პირღებინება
- ბ) კრუნჩხვები
- გ) ჰიპოგონია
- დ) ფალარათი
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი

1194. ავადმყოფი ბიჭი, 5 წლის, აქვს ზრდაში ჩამორჩენა, სიმსუქნე, გონებრივი განუვითარებლობა, კრიპტორქიზმი, მიკროპენისი, გლუკოზისაღმი გოლერანტობის დაქვეითება თქვენი წინასწარი ლიაგნოზია:

- ა) კონსტიტუციური ეგზოგენური სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოთალამური სინდრომი ცხიმოვანი ცვლის მოშლით
- გ) ცერებრული სიმსუქნე

- *დ) პრადერ-ვილის სინდრომი
- ე) ლოურენს-მუნ-ბარდე-ბილლის სინდრომი

1195. ბიჭი 14 წლის, ოჯახიდან, სადაც ღელას და მამას პუბერტატული პერიოდი დაგვიანებით დაეწყო. ამჟამად მშობლების სიმაღლე საშუალოა. დაბადებისას ბავშვის სხეულის მასა 3000 გრამია. განვითარება განსაკუთრებული ნიშნების გარეშე. სწავლობს კარგად. სიმაღლე 144 სმ. ბრდის ტემპი 5-6 სმ წელიწადში. სხეულის აგებულება პროპორციული. დისემბრიოგენების სტიგმები არ აღინიშნება. სქესობრივი მომწიფების ნიშნები არ არის გამოხატული. ტესტიკულები შეეფარდება ფიზიკურ განვითარებას. ძვლოვანი ასაკი 13 წლის. სომატოტროპული ჰორმონი და თირეოტროპული ჰორმონი ნორმის ფარგლებში. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) ცერებრალურ-ჰიპოფიზური ნანიზმი
- ბ) პრემორტალიური ნანიზმი
- გ) შერეული-გერნერის სინდრომი
- *დ) ფიზიკურ და სქესობრივ განვითარებაში კონსტიტუციური ხასიათის ჩამორჩენა

1196. ბავშვთა ასაკში ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს კეტოაცილოზური პრეკომის მიმართ პროგნოზი შეიძლება ჩამოვყალიბოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ვარიანტის სახით, გარდა:

- *ა) დაავადების ეს გართულება არ განვითარდება
- ბ) დაავადება მძიმეა, მაგრამ შეიძლება მისი მკურნალობა
- გ) დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციისას ბავშვი შეიძლება დაიღუპოს

1197. თანდაყოლილი პირველადი ჰიპოთირეოზისთვის დამახასიათებელია ყველა სიმპტომი, გარდა:

- ა) ბრადიკარდია
- ბ) მოღუნება
- გ) ჭიპის თიაქარი
- *დ) ანორქიზმი
- ე) ყაბზობა

1198. ბავშვთა ასაკში, დეკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელია ყველა აღნიშნული, გარდა:

- *ა) მიკროცეფალია
- ბ) კეტოაცილოზისადმი მიდრეკილება
- გ) სხეულის მასის შემცირება
- დ) კანის ქავილი
- ე) ფურუნკულოზი

1199. აღრენოგენიტალური სინდრომის მარილ-დამკარგავი ფორმისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპონატრიემია
- ბ) ჰიპოქლორემია
- გ) ჰიპერკალიემია
- *დ) ჰიპერგლიკემია
- ე) ჰიპოგლიკემია

1200. გოგონა 12 წლის, ცხოვრობს სოციალურად არაღამა კმაყოფილებელ პირობებში. იმყოფება ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ 4 წელიწადია შაქრიანი დიაბეტის გამო. საუზმის წინ ღებულობს NPH 24 ერთ. და აცტრაპიდ 12 ერთ. საღილის წინ 5 ერთ აცტრაპიდ და ვახშმის წინ NPH 12 ერთ და აცტრაპიდ 6 ერთ. რეკომენდებულ დოზას 2000 კკალ-ზე არ იცავს. სკოლაში ბოლო გაკვეთილზე ფიზიკურით იყო დაკავებული, გაოფლიანდა. გაკვეთილების შემდეგ შეეფარდა სკოლაში. დროზე არ ისადილა. სკოლიდან დაბრუნების 1 საათის შემდეგ დაკარგა გონება, დაეწყო კრუნჩხვები. გასინჯვისას - უგონო მდგომარეობაში, კანი დიფუზურად ნაშიანი, პულსი 140 წთ., ბაფისებრი, სხვა ორგანოები ცვლილებების გარეშე. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- *ა) შაქრიანი დიაბეტი, ტიპი 1, ჰიპოგლიკემიური კომა
- ბ) ეპისინდრომი
- გ) შაქრიანი დიაბეტი, ტიპი 1, დიაბეტური კეტოაცილოზური კომა
- დ) მწვავე ენცეფალიტი

1201. 13 წლის ბიჭს აქვს IV ხარისხის სიმსუქნე, გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხება, ბალურის პიგმენტური დეგენერაცია, მხედველობის ნერვების ატროფია, ჰიპოგონადიზმი. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) კონსტიტუციურ-ეგზოგენური სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოთალამური სინდრომი ცხიმოვანი ცვლის მოშლით
- გ) ცერებრალური სიმსუქნე
- *დ) ლოურენს-მუნ-ბარდე-ბილლის სინდრომი

1202. პირველადი თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დროს აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- *ა) პოლიურია
- ბ) სითხის შეკავება
- გ) სისხლში ჰემოგლობინის დონის დაქვეითება
- დ) ახალშობილთა გახანგრძლივებული სიყვითლე
- ე) კანის სიმშრალე

1203. დეკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ჭარბთმიანობა
- ბ) გრემორი

- *გ) კანის სიმშრალე
- დ) ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება

1204. გადაუდებელ ღონისძიებებს, რომელთა ჩატარება აუცილებელია აღრენოგენიტალური სინდრომის მარილ-დამკარგავი ფორმის დროს ჯერ კიდევ ჰოსპიტალიზაციამდე გადაუდებელი მკურნალობის ეტაპზე, წარმოადგენს:

- *ა) პრენიზოლონის ერთ-მომენგად შეყვანა ინტრავენურად, დოზით 20 მგ/მ2 და იმავდროულად ფიზიოლოგიური ხსნარისა და გლუკოზის 5% ხსნარის ინტრავენური ინფუზიის დაწყება
- ბ) კუნთში ჰიდროკორტიზონის შეყვანა 6-8 საათში ერთხელ და კანქვეშ ლოკსა-ს ტაბლეტის ჩანერგვა
- გ) ვენაში ფიზიოლოგიური ხსნარისა და 5% გლუკოზის შეყვანა
- დ) ლემბოქსიკორტიზონ აცეტატის შეყვანა ვენაში დღე-ღამეში 1-2ჯერ

1205. გიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს ჰიპოგლიკემიური კომის მკურნალობისათვის საჭიროა:

- ა) 40% გლუკოზის შეყვანა ვენაში
- ბ) გლუკაგონის ინექცია
- გ) კომიდან გამოსვლის შემდეგ ავადმყოფს უნდა მიეცეს საკვები
- *დ) დაენიშნოს ყველა ჩამოთვლილი

1206. 8 წლის ბიჭს აღენიშნებოდა გონების დაკარგვა 1 საათის წინ. გასინჯვისას უგონო მდგომარეობა, კუსმაულის გიპის სუნთქვა, ლოყების (სახის) ჰიპერემია, კანის სიმშრალე, ენა მუქი წითელი, მშრალი, თვალის კაკლები რბილი, ფილტვებში გაფანტული მშრალი ხიხინი, ღვიძლი გამოდის ნეკნით რკალიდან 3 სმ-ით, სხვა ორგანოები პათოლოგიის გარეშე, მკვეთრი აცეტონის სუნი. ანამნეზში:

- გადატანილი გრიპი, 2-3 კვირის მანძილზე აღენიშნება ჩივილები წყურვილზე, ხშირ შარდვებზე, ნორმალური მაღის ფონზე წონაში კლება, მოღუწება, შენელებული აზროვნება, მაღის დაკარგვა ბოლო 2 დღე, გულისრევისა და ლებინების არსებობა. თქვენი წინასწარი დიაგნოზია:
- ა) შაქრიანი დიაბეტი
- ბ) უშაქრო დიაბეტი
- *გ) დიაბეტური კეტოაციდოზური კომა
- დ) ნახშირწყლებისადმი ტოლერანტობის დარღვევა

1207. 14 წლის გოგონა, მაღალი განის, აღენიშნება მაღისა და წყურვილის გაძლიერება, III ხარისხის სიმსუქნე, ვარდისფერი სკრიები სარძევე ჯირკვლებზე, ბარძაყის და მხრის შიდა ზედაპირზე, თA-140/80 მმ.ვ.წ.სვ. უჩივის თავის ტკივილს, მენსტრუალური ციკლის დარღვევას, ადვილად დაღლას. ავადმყოფს აღენიშნება მტირალობა, ემოციური აგზნებალობის მომატება, პერიოდულად ფსიქო-ემოციური დეპრესია, ნაკლებად კონტაქტურია, ამჯობინებს ხშირად განმარტოებით ყოფნას. თქვენი წინასწარი დიაგნოზია:

- ა) კონსტიტუციური ეგზოგენური სიმსუქნე
- *ბ) პუბერტატული პერიოდის ჰიპოთალამური სინდრომი
- გ) ცერებრალური სინდრომი
- დ) პრადერის სინდრომი
- ე) ლოურენს-მუნ-ბარლე-ბილლის სინდრომი

1208. თანდაყოლილი პირველადი ჰიპოთირეოზის დროს აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ჰიპერქოლესტერინემია
- ბ) ჩონჩხის ძელების დიფერენცირების ჩამორჩენა
- გ) ოსტეოპოროზი
- *დ) ე.კ.გ. მაღალი თ კბილის არსებობა
- ე) ე.კ.გ. კბილების დაბალი ვოლტაჟი

1209. ბავშვებში შაქრიანი დიაბეტის დასადასტურებლად მნიშვნელოვანია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ჰიპერბილირუბინემია
- ბ) ჰიპერგლიკემია
- გ) გლუკოზურია
- დ) კეტონურია

1210. "დიაბეტური კეტოაციდოზური კომის" დიაგნოზის დამადასტურებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) უგონო მდგომარეობისა
- ბ) კუსმაულის გიპის ხმაურიანი სუნთქვა
- გ) მშრალი კანი
- *დ) ხველება

1211. 14 წლის ბიჭს აქვს III ხარისხის სიმსუქნე, ექვსთითიანობა, ოლიგოფრენია, ჰიპოგონადიზმი, ბაღურის პიგმენტური დეგენერაცია. თქვენი წინასწარი დიაგნოზია:

- ა) კონსტიტუციურ-ეგზოგენური სიმსუქნე
- ბ) ჰიპოთალამური სინდრომი ცხიმოვანი ცვლის მოშლით
- გ) ცერებრალური სიმსუქნე
- დ) პრადერ-ვილის სინდრომი
- *ე) ლოურენს-მუნ-ბარლე-ბილლის სინდრომი

1212. უბნის პედიატრმა ხუთი წლის ბიჭუნას გასინჯვისას ეჭვი მიიტანა ჰიპოთირეოზის არსებობაზე. როგორი უნდა იყოს ამ დროს პედიატრის მოქმედება?

- ა) დაენიშნოს დამოუკიდებლად მკურნალობა
- *ბ) გაუძვას ენდოკრინოლოგთან კონსულტაციაზე ჰოსპიტალიზაციისა და მკურნალობის საკითხების გადასაწყვეტად

გ) ღაენიშნოს დიეგო-თერაპია

1213. შაქრიანი დიაბეტის დამადასტურებელია:

ა) ელს-ის მომაგება

ბ) ჰიპერკალიემია

გ) შარდის დაბალი ხვედრითი წონა

*დ) ჰიპერგლიკემია, გლუკოზურია და შარდში აცეტონის არსებობა

1214. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი ქრონიკული უკმარისობისათვის (ადისონის დაავადება) დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

ა) კანის ჰიპერპიგმენტაცია

*ბ) კანის სიყვითლე

გ) სიგამხდრე

დ) საერთო სისუსტე

1215. დიაბეტური კეტოაციდოზური კომისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

ა) ტკივილები მუცლის არეში

ბ) გონების დაკარგვა

გ) აცეტონის სუნი ამონასუნთქ ჰაერში

დ) კუსმაულის სუნთქვა

*ე) კანის სიყვითლე

1216. პირველადი ჰიპერალდოსტერონიზმისთვის (კონის სინდრომი) დამახასიათებელია ყველა ნიშანი, გარდა:

*ა) სისხლში ნატრიუმის დონის დაქვეითება

ბ) სისხლში კალიუმის დონის დაქვეითება

გ) არტერიული ჰიპერტენზია

დ) კუნთური სისუსტე

ე) პოლიურია, ნიქტურია

1217. 14 წლის გოგონა ფარისებრი ჯირკვლის III ხ. დიფუზური ჰიპერპლაზიით. 3 თვეში სხეულის მასა დაიკლო 4 კგ, ლეფეკაცია ბოლო ხანებში გაუხშირდა, დაეწყო სხეულის კანკალი. აქვს თბილი, ნაშიანი კანი, ეკმოფთალმი. თვალები უბრწყინავს. გრეფეს და მებიუსის სიმპტომები დადებითია. გაქიკარდია სტაბილური ხასიათისაარტერიული წნევა 140/40 მმ.ვ.წ.სვ. სისტოლური შუილი მწვერვალზე და V წერტილში, დასმულია წინასწარი დიაგნოზი: "დიფუზური გოქსიური ჩიყვი III ხ. "

*ა) დიაგნოზი სწორია

ბ) დიაგნოზი არ არის სწორი

1218. ბიჭი 5 წლის, დისპანსერული კვლევისას აღმოჩენილია შარდში გლუკოზა 1,5%. უბმოდ სისხლში გლუკოზა - 5,1მმოლ/ლ. სალილობიდან 1 საათში 6,1 მმოლ/ლ.; ვახშმიდან 2 საათში 6,2 მმოლ/ლ. 24 საათზე - 4,6 მმოლ/ლ.; დილის 4 საათზე 4,4 მმოლ/ლ. შაქრის მრული გლუკოზით დაგვირთვისას - 4,1 მმოლ/ლ. 30 წუთში დაგვირთვის შემდეგ 4,8 მმოლ/ლ.; 60 წუთში - 6,6 მმოლ/ლ 120 წუთში 4,2 მმოლ/ლ. თქვენი წინასწარი დიაგნოზია:

*ა) თირკმლოვანი გლუკოზურია

ბ) ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი, დიაბეტური ნეფროპათია

გ) უშაქრო დიაბეტი

დ) ნახშირწყლებისადმი გოლერანგობის დაქვეითება

1219. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი ქრონიკული უკმარისობისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მადის დაქვეითება

*ბ) დაავადების მკურნალობის გარეშე არტერიული წნევის მომაგება

გ) დაქვეითებული არტერიული წნევა

დ) დაავადების თანაარსებობა ტუბერკულოზთან ერთად

ე) სხეულის მასის დაკლება

1220. მწვავე აპენდიციტისა და შაქრიანი დიაბეტის კეტოაციდოზური პრეკომის დროს აბლომინალურ სინდრომს შორის დიფერენციალური დიაგნოზისათვის ავადმყოფებში, გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ნიშანი, გარდა:

ა) შარდის მაღალი ხვედრითი წონა, გლუკოზურია, კეტონურია

*ბ) ელს-ის მომაგება

გ) წყურვილის გაძლიერება

დ) პოლიურია

ე) სიგამხდრე

1221. იცენკო-კუშინგის დაავადებისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

*ა) არტერიული ჰიპოტენზია

ბ) ცხიმის არათანაბარი განაწილება

გ) სტრიები

დ) შაქრის მომაგება სისხლში

ე) არტერიული ჰიპერტენზია

1222. 14 წლის გოგონა უჩივის ადვილად აგზნებადობას, მგირალობას, თავის ტკივილებს, უძილობას, სითბოს აუტანლობას, ლეფეკაციის

გახშირებას, ხელების კანკალს. გასინჯვისას: ფარისებრი ჯირკვლის ლიფუბური ჰიპერპლაზია III ხ, , კანი ხელის მტკეწებზე თბილი, ნაშიანი, არტერიული წნევა 120/55 მმ.ვ.წ.სვ. გაქიკარდია, თვალის სიმპტომები არ არსებობს. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- *ა) ლიფუბური გოქსიური ჩიყვი III ხარისხი, თირეოგოქსიკოზი - მსუბუქი ფორმა
- ბ) ლიფუბური ეუთირეოიდული ჩიყვი III ხარისხი
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის კარცინომა
- დ) ქვემწვავე თირეოიდიტი
- ე) ენდემური ჩიყვი, ფუნქციის გაძლიერებით

1223. სამი წლის გოგონას აღენიშნება პოლიურია, წონის დეფიციტი 10%, გასინჯვისას: კანი და ენა მშრალი, სახის ჰიპერემია, იგრძნობა აცეტონის სუნი ამონასუნთქ ჰაერში, ლეიძლი გამოდის ნ/რკალიდან 3 სმ-ით, რბილი, უმტკივნეულო. გლიკემია უზმოლ - 12,8 მმოლ/ლ. 12 საათზე - 18,2 მმოლ/ლ 16 საათზე - 16,4 მმოლ/ლ., 20 საათზე 20,2 მმოლ/ლ. შარდში შაქარი 6%. ლიურები- 2 ლ. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) თირკმლისმიერი გლუკოზურია
- *ბ) შაქრიანი დიაბეტი
- გ) უშაქრო დიაბეტი
- დ) ნახშირწყლებისადმი გოლერანგობის დაქვეითება

1224. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი ქრონიკული უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ხელების გრემორი
- ბ) კრუნჩხვები
- გ) მომაგებული მაღა
- *დ) კანის ჰიპერპიგმენტაცია
- ე) კანის სიყვითლე

1225. მერკაბოლილით, პროპრანოლოლითა და პრედნიზოლონით კომბინირებული მკურნალობა რეკომენდირებულია ისეთი დაავადების დროს, როგორცაა:

- *ა) ლიფუბური გოქსიკური ჩიყვი III ხ., მძიმე ფორმა
- ბ) ქვემწვავე თირეოიდიტი
- გ) ლიფუბური ეუთირეოიდული ჩიყვი III ხ
- დ) ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონია
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კარცინომა

1226. 14 წლის გოგონას აქვს სიმსუქნე III ხ. ფურუნკულოზი, გლიკემია უზმოლ-5,8 მმოლ/ლ., გლუკოზით დაგვირთვიდან 2 სT-ში - 8,9 მმოლ/ლ., დღე-ღამის ლიურები - 1000 მლ, შარდის ხვ.წ. 1015-1020. ბეზიას (დედის დედას) სხეულის ჭარბი წონის ფონზე აქვს შაქრიანი დიაბეტი 58 წლის ასაკიდან. ლებულობს 5 მგ მანიინლს დღე-ღამეში ნახშირწყლებით შემღულული დიეტის ფონზე. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) თირკმლოვანი გლიკოზურია
- ბ) ინსულიდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი
- გ) უშაქრო დიაბეტი
- *დ) ნახშირწყლების მიმართ გოლერანგობის დაქვეითება

1227. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის პირველადი ქრონიკული უკმარისობისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა:

- *ა) სისხლში ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის დონის დაქვეითება
- ბ) სისხლში კორტიზოლის დონის შემცირება
- გ) სისხლში ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის დონის მომაგება
- დ) სიგამხდრე
- ე) არტერიული წნევის დაქვეითება

1228. პრადერ-ვილდის სინდრომის დროს შეიძლება გამოვიყენოთ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) დიეტოთერაპია
- ბ) სამკურნალო ფიზკულტურა
- გ) ანორექსიული პრეპარატები
- *დ) ალბიტი

1229. 7 წლის ბიჭს აღენიშნება წყურვილი, პოლიურია, სხეულის წონის კლება, საერთო სისუსტე, მაღის დაქვეითება. გამოკვლევისას: გლიკემია უზმოლ - 3,5 მმოლ/ლ. გლუკოზით დაგვირთვიდან 2 სT-ში - 4,5 მმოლ/ლ. შარდში აცეტონი არ არის. ლიურები - 3000 მლ. შარდის ხვ. წ. მიმნაცის ცდის მიხედვით - 1000-1002. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) თირკმლოვანი გლუკოზურია
- ბ) ინსულიდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი
- *გ) უშაქრო დიაბეტი
- დ) ნახშირწყლების მიმართ გოლერანგობის დაქვეითება

1230. 12 წლის გოგონას დაბადებიდანვე აღენიშნება შემუპება კისრის არეში, ხელის მტკეწებზე, გერფებზე. 7 წლიდან სიმალეში შეჩერება. დათვალეირებისას გამოვლინდა დისემბრიოგენეზის მრავლობითი სტიგმები; მოკლე კისერი ფრთისებური ნაოჭებით, ვიწრო მაგარი სასა, ხელის გულის გარდიგარდმო ნაოჭები, მეორადი სასქესო ნიშნების უქონლობა. გამოკვლევისას: სასქესო ქრომატინი უარყოფითია. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- ა) ცერებრალო ჰიპოფიზური ნანიზმი

- ბ) პრიმორდიარული ნანიზმი
- *გ) შერეშეესკი-გერნერის სინდრომი
- დ) სქესობრივი და ფიზიკური განვითარების კონსტიტუციური შეფერხება

1231. ავადმყოფს, რომელსაც აქვს კეტაცილოზური პრეკომა შაქრიანი დიაბეტის დროს, საჭიროა დაენიშნოს:

- ა) ღამაგებითი გამოკვლევები
- *ბ) სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია
- გ) ინსულინოთერაპია ამბულატორიულ პირობებში
- დ) მკურნალობა ბინაზე ცხიმების მხრივ შემზღვეული დიეტით

1232. პრეპარატ "ეუთიროქსით" მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი დაავადების დროს, გარდა:

- ა) დიფუზური ეუთიროიდიული ენდემიური ჩიყვი III ხ.
- ბ) პირველადი ჰიპოთირეოზი
- გ) დიფუზური ეუთიროიდიული ჩიყვი III ხარისხის
- *დ) დიფუზური ტოქსიური ჩიყვი III ხარისხის. თირეოტოქსიკოზი II ხარისხის

1233. 1 წლის და 4 თვის ბავშვს 3 დღის წინ გამოუვლინდა შემდეგი მოვლენები: უხალისობა, წყურვილი, კუნთოვანი ჰიპოტონია. გასინჯვისას სხეულის გემპერაგურა - 37,2 გრადუსი ცელსიუსით, ხახის ჰიპერემია, კანი დაფარულია ცივი ოფლით, თხიერი განავალი. სისხლის არტერიული წნევა 45/20 მმ.ვწ.სვ. გენიტალების ჰერმაფროდიტული აღნაგობა. გამოკვლევებით: ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ელ-ი მომაგებული, ჰიპონატრიემია, ჰიპერკალიემია, ეკგ-ზე მაღალი მახვილი P კბილი, ანამნეზში 3 თვემდე აღინიშნებოდა პირღებინების ხშირი ეპიზოდები, მკურნალობდა სტაციონარში, იმყოფებოდა ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ. ლეზიობდა 5 მგ პრედნიზოლონს - ყოველდღიურად. ოჯახში, სადაც ბავშვი დაიბადა, მოკვდა 2 ბავშვი 1 წლის ასაკში მის განენამდე. (წინასწარი დიაგნოზი "ნაწლავური ინფექცია"). თქვენი წინასწარი დიაგნოზი

- *ა) ადრენოგენიტალური სინდრომის მარილდამკარგავი ფორმა
- ბ) ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დისტონია
- გ) ცერებრალ-ჰიპოფიზალური ნანიზმი
- დ) ნაწლავური ინფექცია

1234. 13 წლის გოგონას აღენიშნება სიმალეში შეჩერება 3 წლიდან (ბრდის ტემპები არ აღემატება 2-3 სმ-ს წელიწადში) სხეულის აგებულება პროპორციულია. სიმალე 120 სმ. ძვლების ასაკი შეესაბამება 7 წელს. სასქესო ქრომატინი დადებითია. ბრდის ჰორმონისა და თირეოტროპული ჰორმონის დონე სისხლში, გონადოტროპული, სასქესო და თირეოიდული ჰორმონები შემცირებულია. თქვენი წინასწარი დიაგნოზი:

- *ა) ცერებრალურ-ჰიპოფიზარული ნანიზმი
- ბ) პრიმორდიალური ნანიზმი
- გ) შერეშეესკი-გერნერის სინდრომი
- დ) სასქესო და ფიზიკური განვითარების კონსტიტუციური შეფერხება

1235. კრიპტორქიზმი ეს არის.....

- ა) სათესლე ჯირკვლების არ არსებობა ორგანიზმში
- *ბ) ერT-ერთი ან ორივე სათესლე ჯირკვლების არ არსებობა სათესლე პარკში
- გ) სათესლე ჯირკვლების ანთებითი ხასიათის აგროფია
- დ) ერT-ერთი ან ორივე სათესლე ჯირკვლების სიმსივნური ხასიათის აგროფია

1236. კრიპტორქიზმის სახით შეიძლება გამოვლინდეს

- ა) სათესლე ჯირკვლების დისტოპია
- ბ) სათესლე ჯირკვლების ექტოპია
- გ) სათესლე ჯირკვლების რეგენცია
- დ) სათესლე ჯირკვლების აპლაზია
- *ე) ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი

1237. კალმანის სინდრომს არ ახასიათებს:

- ა) ანოსმია
- ბ) ჰიპოგონადიზმი
- გ) განვითარების სხვა და სხვა დეფექტები
- *დ) სიმსუქნე

1238. ქორიოგონინით ცდის პირობებში სტიმულაციისას ტესტოსტერონის დონე არ იმატებს:

- ა) სქესობრივი მოწიფების კონსტიტუციური შეფერხების დროს
- ბ) გონადოტროპინების იმულირებული დეფიციტის დროს
- გ) მეორადი ჰიპოგონადიზმის დროს
- *დ) პირველადი ჰიპოგონადიზმის დროს

1239. სათესლე ჯირკვლის ექტოპიის დროს მკურნალობის გაქტიკა:

- ა) ქორიონული გონადოტროპინით მკურნალობა
- *ბ) ქირურგიული მკურნალობა
- გ) მოცდის გაქტიკა

1240. გინეკომასტიას ვაჟებში არ იწვევს:

- ა) ჰიპოგონადიზმი
- ბ) ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეები
- გ) ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები
- დ) ლიფუზური გოქსიკური ჩივი
- ე) ტუბერკულოზი
- ვ) პუბერტატის პერიოდი
- *ზ) ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეები

1241. ცრუ ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების მიზეზები გოგონებში არის:

- *ა) საკვერცხის ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნე
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნე
- გ) ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნე

1242. ცრუ ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების მიზეზები ვაჟებში არის:

- ა) სათესლის ტრავმა
- *ბ) ადრენოგენიტალური სინდრომი
- გ) ინსულომა.

1243. 17 წლის ვაჟს აქვს პოლიურია, პოლიდიფსია, ღიურები 7 ლიტრამდე, შარდის ხვედრითი წონა დღე-ღამის განმავლობაში არ აღემატება 1002-ს, ცლა ვამპოპრესინით დადებითია. როგორია დიაგნოზი?

- *ა) ცენტრალური წარმოშობის უშაქრო დიაბეტი
- ბ) ნეფროგენული უშაქრო დიაბეტი
- გ) შაქრიანი დიაბეტი
- დ) პირველადი პოლიდიფსია

1244. 15 წლის გოგონა - 136 სმ, არ აქვს მენსტრუაცია, განუვითარებელია სარძევე ჯირკვლები და საშვილოსნო. ანალიზებით: ესტრადიოლი დაქვეითებულია, გონადოტროპინების დონე მომაგებულია. წინასწარი დიაგნოზი:

- *ა) შერეულესკი-ტერნერის სინდრომი
- ბ) ჰიპოთირეოზი
- გ) ტესტიკულარული ფემინიზაციის სინდრომი
- დ) მეორადი ჰიპოგონადიზმი

1245. გოგონებში ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) ილიოპათიური ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება
- ბ) საკვერცხის სიმსივნე
- გ) ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნე
- დ) მელიკამენტოზური სინდრომი

1246. ვაჟებში ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნე
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის პათოლოგია
- გ) ილიოპათიური ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება
- დ) სათესლების დაავადებები

1247. მაკ-კიუნ-ლუბრაიგის სინდრომს არ ახასიათებს:

- ა) კანის ლაქოვანი ყავისფერი პიგმენტაცია
- ბ) ფიბროზული ოსტეოდისპლაზია
- გ) ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება
- *დ) ჰიპოკალემია, ჰიპოგლიკემია

1248. ვოლფრამის (DIDMOAD) სინდრომს არ ახასიათებს:

- ა) უშაქრო დიაბეტი
- ბ) შაქრიანი დიაბეტი
- გ) მხედველობის ნერვის აგროფია
- დ) სიყრუე
- *ე) გემოვნების გაუკუღმართება

1249. ვაჟებში პირველადი ჰიპოგონადიზმის მიზეზი არ შეიძლება იყოს:

- ა) ანორქია
- ბ) კასტრაცია
- გ) ორქიტი
- *დ) ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება

1250. მეორად ჰიპოგონადიზმს ვაჟებში არ იწვევს:

- *ა) ორქიტი
- ბ) აღენოჰიპოფიზის სიმსივნური დესტრუქცია
- გ) კრანოფარინგიომა
- დ) აღენოჰიპოფიზის ტუბერკულოზური დამიანება

1251. ჭეშმარიტი ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების მიზეზები გოგონებში არ არის:

- ა) ცნს-ის სიმსივნე
- ბ) ქალასშიდა ჰიპერტენზია
- გ) ტონზილოგენური ინფექცია
- *დ) შაქრიანი დიაბეტი

1252. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის გამოვლინების სიხშირეა:

- *ა) 1:4000
- ბ) 1:40 000
- გ) 1:400 000

1253. თანდაყოლილი პირველადი ჰიპოთირეოზის დროს..

- *ა) მომაგებულია სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის დონე
- ბ) დაქვეითებულია სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის დონე
- გ) არ არის შეცვლილი სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის დონე
- დ) არც ერთი ზემოთ აღნიშნული

1254. ლოურენს-მუნ-ბარდე-ბილის სინდრომს არ ახასიათებს:

- ა) ჰიპოგონადიზმი
- ბ) სიმსუქნე
- გ) სინდაქტილია
- დ) პოლიდაქტილია
- ე) პიგმენტური რეგინიტი
- *ვ) ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება

1255. ჭეშმარიტი ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ფორმებია:

- ა) ცერებრალური ფორმა
- ბ) ილიოპათიური ფორმა
- გ) კონსტიტუციური ფორმა
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი
- ე) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1256. ცრუ ქალურ ჰერმაფროდიტიზმს არ ეკუთვნის:

- ა) ადრენოგენიტალური სინდრომი
- ბ) ანდროსტერომა
- გ) ორსულობის პერიოდში დედის მიერ ანდროგენების მიღება
- *დ) საკვერცხეების დისგინეზია

1257. 9 წლის ბიჭს აღისონის დაავადების ფონზე განუვითარდა ზედა და ქვედა კიდურების კრუნჩხვა. ლაბორატორიული მონაცემებით სისხლში კალციუმის დონე დაქვეითებულია, ფოსფორი - მომაგებულია, პარათირეოიდული ჰორმონი დაკლებულია. როგორია დიაგნოზი:

- *ა) პოლიენდოკრინული სინდრომი (1 ტიპი)
- ბ) თავის ტვინის სიმსივნე
- გ) ეპილეფსია

1258. 16 წლის ვაჟს აქვს გინეკომასტია, მცირე ზომის მკერდივი კონსისტენციის სათესლეები, სისხლში ტესტოსტერონი დაქვეითებულია, მალუთეინიმირებული და ფოლიკულის მასგიმულირებული ჰორმონების დონე მომაგებულია. პირველ რიგში რა გამოკვლევებს დანიშნავდით დიაგნოზის დასასმელად?

- *ა) კარიოტიპის განსაზღვრა
- ბ) ცლა ქორიოგონინით
- გ) თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია

1259. 17 წლის ვაჟი სტაციონარში შემოვიდა სტუპორის მდგომარეობაში. სისხლში შაქარი 1,7 მმოლ/ლ-ზე; ინსულინის, ჩ - პეპტიდისა და პროინსულინის დონე სისხლში მნიშვნელოვნად აღემატება ნორმას. როგორია თქვენი წინასწარი დიაგნოზი?

- ა) შაქრიანი დიაბეტი - ინსულინის დოზის გაღაჭარბება
- *ბ) ინსულომა
- გ) თავის ტვინის სიმსივნე
- დ) ჰიპოკორციემი

1260. ბავშვებში აღისონური კრიზი ვლინდება:

- ა) კლინიკური სიმპტომების გამძაფრებით
- ბ) არტერიული წნევის დაქვეითებით
- გ) გულსრეფითა და პირღებინებით
- დ) მწვავე ტკივილებით მუცელში
- *ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1261. მკურნალობის ტაქტიკა ცრუ კრიპტორქიზმის დროს:

- ა) ქირურგიული მკურნალობა

- ბ) ქორიოგონინით მკურნალობა
- *გ) ჩარევას არ საჭიროებს
- დ) ანდროგენებით მკურნალობა

1262. გოგონებში განდაბლობის დროს პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს

- ა) ჰიპოთირეოზი
- *ბ) შერეშევსკი - გერნერის სინდრომი
- გ) ჰიპოპარათირეოზი
- დ) გესტიკულარული ფემინიზაციის სინდრომი

1263. სქესობრივი მომწიფების პირობებში ფიზიოლოგიურად გოგონებში რომელი სასქესო ნიშანი ვლინდება პირველად:

- ა) მენარხე
- *ბ) სარძევე ჯირკვლების გადიდება
- გ) გათმიახება ბოქვენზე
- დ) გათმიახება ილღის ფოსოს მიდამოში

1264. ბავშვთა ასაკში უშაქრო დიაბეტის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) კრანოფარინგიოზი
- ბ) ჰისტიოციტოზი
- გ) მენინგიტი
- დ) ქალას-სარქელის გრამვა
- ე) სისხლძარღვოვანი ანომალიები

1265. ჰენდ-შულერ-ქრისჩენის დაავადებას არ ახასიათებს:

- ა) ეგზოფთალმი
- ბ) უშაქრო დიაბეტი
- *გ) შაქრიანი დიაბეტი
- დ) თავის ქალის დეფექტები

1266. სომატოტროპული ჰორმონის დეფიციტით განპირობებული ნანიზმის შემთხვევათა:

- *ა) 3-10%
- ბ) 40-50%
- გ) 60-75%
- დ) 90-98%

1267. შაქრიან დიაბეტს ბავშვთა ასაკში არ ახასიათებს:

- ა) კეტოაცილოზის განვითარება
- ბ) დაავადების სწრაფი პროგრესირება
- გ) ასოციაცია სხვა აუტოიმუნურ დაავადებებთან
- დ) დეიდლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია
- *ე) სიმსუქნე

1268. ახლად განვითარებული შაქრიანი დიაბეტის დროს ბავშვებში ექსტრემალური სიტუაციებიდან არ გვხვდება:

- ა) კეტოაცილოზური ჰიპერგლიკემიური კომა
- ბ) ჰიპოგლიკემიური კომა
- *გ) ურემიული კომა დიაბეტური გლომერულოსკლეროზის გამო

1269. შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენიდან პირველი წლის განმავლობაში ბავშვებში ინსულინის მიმართ სადღე-ღამისო მოთხოვნილება ჩვეულებრივ არ აღემატება:

- *ა) 0,5-0,7 ერთეული სხეულის მასის ერთ კილოგრამზე
- ბ) 1 ერთეული სხეულის მასის ერთ კილოგრამზე
- გ) 1,5 ერთეული სხეულის მასის ერთ კილოგრამზე

1270. რომელი დაავადების დროს გვხვდება ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება და კანზე მოყავისფრო ლაქები?

- ა) ადისონის დაავადება
- *ბ) მაკ-კიუნ-ოლბრაიგის სინდრომი
- გ) შანბერგის სინდრომი
- დ) ჰემოქრომატოზი

1271. ჰიპოთირეოზს ბავშვთა ასაკში არ ახასიათებს:

- ა) ყაბზობა
- *ბ) მომაკვებული აგზნებალობა
- გ) მივარდნილობა, პასიურობა
- დ) ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა
- ე) გონებრივ განვითარებაში ჩამორჩენა

1272. იცენკო-კუშინგის დაავადებას ბავშვთა ასაკში არ ახასიათებს:

- *ა) უმადობა

- ბ) კანზე "ვარლისფერი სკრიები"
- გ) შიპერტონია
- დ) ფიშიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა
- ე) წონის ჭარბი მატება

1273. ბავშვთა ასაკში შაქრიან დიაბეტის არ ახასიათებს:

- ა) პოლიურია
- ბ) პოლიდიფსია
- გ) ზოგადი სისუსტე
- *დ) კორონარული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი
- ე) ენურეზი

1274. თანდაყოლილ ჰიპოთირეოზს არ ახასიათებს:

- ა) ახალშობილთა სიყვითლის გახანგრძლივება
- ბ) მშრალი კანი
- გ) ფსიქომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენა
- *დ) ღიარება

1275. ჩამოთვლილი ღონისძიებებიდან რომელი არ გამოიყენება ჰიპოგლიკემიური კომის მკურნალობის დროს:

- ა) გლუკოზა 40% ინტრავენურად
- ბ) გლუკაგონი
- *გ) 4 % სოლიანი ხსნარი პერ რეცტუმ
- დ) ლექსტრომის 50%-იანი ხსნარის ინტრავენური ინფუზია

1276. ბავშვებში ჰიპოკალცემია არ გვხვდება:

- ა) თირკმლის უკმარისობისას
- ბ) ნეფროზული სინდრომისას
- *გ) ღვიძლის უკმარისობისას
- დ) ჰიპოპარათირეოზისას
- ე) ფსევდოჰიპოპარათირეოზისას

1277. თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკულ უკმარისობას (ადისონის დაავადებას) არ ახასიათებს:

- ა) ზოგადი სისუსტე
- ბ) წონაში დაკლება
- *გ) კანის სიყვითლე
- დ) კანის ჰიპერპიგმენტაცია

1278. იცენკო-კუშინგის დაავადებას ბავშვთა ასაკში არ ახასიათებს:

- ა) სკრიები
- ბ) ოსტეოპოროზი
- გ) მრდაში ჩამორჩენა
- *დ) არტერიული ჰიპოტენზია

1279. ჰიპერგლიკემიურ კეტოაციდოზურ კომას არ ახასიათებს:

- ა) ტაქიკარდია
- ბ) კუსმაულის სუნთქვა
- გ) ღებინება
- დ) ლეიქოცია
- ე) აცეტონის სუნი ამონახუნთქ ჰაერში
- *ვ) გონების დაკარგვა დიაბეტის სიმპტომების წინამორბედი დამძიმების გარეშე

1280. კეტოაციდოზური კომის დროს, 24 საათის განმავლობაში, 1 წლის ბავშვისათვის გადასასხმელი სითხის საეარაულო რაოდენობაა:

- *ა) 1 000მლ
- ბ) 1.500მლ
- გ) 2000მლ
- დ) 2500მლ

1281. თირკმელზედა ჯირკვლების მწვავე უკმარისობას ბავშვებში არ ახასიათებს:

- ა) წნევის დაქვეითება
- ბ) ჰიპოგლიკემია
- გ) ტაქიკარდია
- *დ) წნევის მომატება

1282. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის აღრეულ გამოვლინებად არ არის მიჩნეული:

- ა) ღაბაღებისას დიდი მასა
- ბ) საგიტალური ნაკერების შეუხორცებლობა
- გ) გახანგრძლივებული სიყვითლე
- *დ) კრუნჩხვები

1283. ბავშვებში შაქრიანი ღიაბუტის არ ახასიათებს:

- * ა) ჰიპერბილირუბინემია
- ბ) ჰიპერგლიკემია
- გ) გლუკოზურია
- დ) აცეტონი შარღში

1284. ჰიპოთირეოზის გართულებად არ შეიძლება ჩაითვალოს:

- ა) სიმალღეში ზრდის ჩამორჩენა
- ბ) გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა
- * გ) მოციმციმე ტაქტიარითმია
- დ) ჰიპოთირეოიდული კომა

1285. ჰიპოგლიკემიური კომის შემთხვევაში არ შეიძლება:

- ა) 40%-იანი გლუკოზის შეყვანა
- ბ) კანქვეშ 0,5-1,0 მლ აღრენალინის შეყვანა
- გ) საკვების მიცემა კომიდან გამოსვლის შემდეგ
- * დ) ინსულინის შეყვანა კანქვეშ ან ინტრავენურად ცნობიერების აღღგენის მომენგამღ

1286. კეტოაციღოზურ კომას არ ახასიათებს:

- ა) უგონო მღგომარეობა
- ბ) კუსმაულის ტიპის სუნთქვა
- გ) კანის სიმშრალე
- * დ) ორთოპნოე

1287. ბავშვებში შაქრიანი ღიაბუტის საღიაგნოსტიკოდ მნიშვნეღოვანი სიმკომია:

- ა) ეღს-ის მომაგება
- ბ) ჰიპერკალემია
- გ) შარღის ღაბღალი ხვეღრითი წონა
- * დ) ჰიპერგლიკემია

1288. აღღოსგერონის ძირითადი ბიღოღოგიური ეფექტია:

- ა) თირკღლებს მიღაკოვან აპარატში კალიუმიღ რეაბსორბციის გაძღიერება
- ბ) თირკღლებს მიღაკოვან აპარატში კალიუმიღ რეაბსორბციის მიმართ ზემოქმეღების არქონა
- * გ) თირკღლებს მიღაკოვან აპარატში ნაგრიუმიღ რეაბსორბციის გაძღიერება
- ღ) თირკღლებს მიღაკოვან აპარატში ნაგრიუმიღ რეაბსორბციის ღათრგუნვა
- ე) ინსულინის სეკრეციის სტიმულირება

1289. აღღოსგერონის ზემოქმეღება ეღექტროღიგურ ცვღაბზე ხორციეღღება ისეთ ორგანოებში, როგორიცაა:

- ა) მხოლოდ თირკღლები
- ბ) მხოლოდ საოფლე ჯირკღლები
- გ) მხოლოდ საჭმლის მომნეღბელი სისტემის ორგანოები (სანერწყვე ჯირკღლები, კუჭი, მსხვიღი ნაწღავი)
- * დ) ყვეღა ზემოდ ჩამოთვღიღბე
- ე) არც ერთ ზემოდ ჩამოთვღიღბე

1290. რომელი მსჯეღობაა სწორი ქვემოდ ჩამოთვღიღბათგან:

- * ა) აღღოსგერონი იწვევს ჰიპერნაგრიემიას, ამით სტიმულირღბებიან ჰიპოთაღამუსის ოსმორეცეფოტორები, რაც აძღიერებს ვაზოპრესინის გამოყოფას
- ბ) აღღოსგერონი იწვევს ჰიპონაგრიემიას ღა ამით სტიმულირღბებიან ჰიპოთაღამუსის ოსმორეცეფოტორები, რაც აძღიერებს ვაზოპრესინის გამოყოფას
- გ) აღღოსგერონი იწვევს ჰიპერნაგრიემიას ღა ამით ითრგუნებიან ჰიპოთაღამუსის ოსმორეცეფოტორები, რაც აძღიერებს ვაზოპრესინის გამოყოფას
- ღ) აღღოსგერონი იწვევს ჰიპერნაგრიემიას ღა ამით სტიმულირღბებიან ჰიპოთაღამუსის ოსმორეცეფოტორები, რაც თრგუნავს ვაზოპრესინის გამოყოფას
- ე) აღღოსგერონი იწვევს ჰიპერნაგრიემიას ღა ამით სტიმულირღბებიან აორგის რკაღის ბარორეცეფოტორები, რაც თრგუნავს ვაზოპრესინის გამოყოფას

1291. პირვეღადი ჰიპერაღღოსგერონიზმისთვის ღამაახასიათებელია შემღეგი:

- ა) სისხღის არგერიული წწევის მომაგება, ოღიგურია ან ანურია, თავის ტკივიღი, საერთო სისუსტე
- ბ) პოღიურია, პოღიღიფსია ღა ამის გამო - არგერიული ჰიპოგონია, ჰიპოგლიკემია;
- * გ) სისხღის არგერიული წწევის მომაგება, თავის ტკივიღი, პოღიურია, პოღიღიფსია, საერთო სისუსტე
- ღ) სისხღის არგერიული წწევის ღაქვეითება, კუნთური სისუსტე, ზოგჯერ ტეტანია;
- ე) სისხღის არგერიული წწევის ღაქვეითება, კუნთური სისუსტე, ზოგჯერ ტეტანია, ჰიპერგლიკემია;

1292. აღღოსგერონის არსებობისას მკურნაღობის ძირითადი მეთოღია

- ა) ჰიპოფიშექტომია;
- ბ) ჰიპოთაღამუს-ჰიპოფიზის მიღამოს ღასხივება პროგონების ვიწრო კონით;
- * გ) ღაზიანებული ჯირკღლის ამოკვეთა (აღრენაღექტომია);

დ) ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება სპეციფიური ანთივის ლიკვიდაციისა და დაზიანებული თირკმელზედა ჯირკვლის შესანარჩუნებლად

ე) იმუნოსუპრესიული თერაპია.

1293. გლუკოკორტიკოიდების ხასიათდება შემდეგი ცვლილებების არსებობით

ა) სისხლში მომაგებულია კორტიზოლის და აკტჰ-ის (აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) დონე;

ბ) სისხლში დაქვეითებულია კორტიზოლის და აკტჰ-ის (აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) დონე;

*გ) სისხლში მომაგებულია კორტიზოლის დონე და დაქვეითებულია აკტჰ-ის (აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) დონე;

დ) სისხლში დაქვეითებულია კორტიზოლის დონე და მომაგებულია აკტჰ-ის (აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) დონე;

ე) სისხლის კორტიზოლისა და აკტჰ-ის (აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) დონე არ არის შეცვლილი.

1294. ჰიპერკორტიციზმისთვის დამახასიათებელია

ა) კანზე /სკრიების/ განვითარება, განივბოლიანი კუნთოვანი მასის გაღანაწილება და გორსის მიდამოს კუნთების ჰიპერტროფია;

*ბ) კანზე /სკრიების/ განვითარება, განივბოლიანი კუნთოვანი მასის განლევა კიდეების მიდამოში, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სპეციფიური (ცენტროპეგალური) გაღანაწილება;

გ) სახის კანის მიდამოში /სკრიების/ არსებობა და ამის გამო /თოჯინისებური/ გარეგნობის ჩამოყალიბება, კიდეების კუნთოვანი მასის ფსევდოჰიპერტროფია, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სპეციფიური (ცენტროპეგალური) გაღანაწილება;

დ) მუცლის, ღუნღულოების, ბარძაყებისა და ილიების მიდამოს კანზე /სკრიების/ განვითარება, ძვლებში კალციუმის ჭარბად ჩალაგება და ამის გამო ოსტეოპოროზი, განივბოლიანი კუნთოვანი მასის განლევა კიდეების მიდამოში, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სპეციფიური (ცენტროპეგალური) გაღანაწილება;

ე) ლიპოატროფიული კერების და ჰიგმენტური ლაქების განვითარება მუცლის, ბარძაყებისა და ღუნღულოების მიდამოში.

1295. ანდროსტერომა ეს არის:

*ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე, რომელიც გამოიმუშავებს ანდროგენებს;

ბ) სათესლე ჯირკვლის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე, რომელიც გამოიმუშავებს ანდროგენებს;

გ) საკვერცხის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე, რომელიც გამოიმუშავებს ანდროგენებს;

დ) მკერდუკანა ჯირკვლის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე, რომელიც გამოიმუშავებს ანდროგენებს;

ე) თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქცია;

1296. ბავშვთა ასაკში ანდროსტერომის არსებობის შემთხვევაში ანდროგენების არაკონტროლირებადი ჰიპერპროლუქცია იწვევს:

ა) ჰეტეროსექსუალური გიპის ნაადრევე სქესობრივ მომწიფებას ბიჭებში;

ბ) იმოსექსუალური გიპის ნაადრევე სქესობრივ მომწიფებას გოგონებში;

გ) სქესობრივი განვითარების შეფერხებას ბიჭებში;

*დ) ისოსექსუალური გიპის ნაადრევე სქესობრივ მომწიფებას ბიჭებში;

ე) ცრუ მამრობით ჰერმაფროდიტიზმს.

1297. რას აღნიშნავენ გერმინით : თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა ?

ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა არის სიმსივნე, რომელიც გამოჰყოფს ჰორმონს : ინსილინს;

ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა არის ინსულომის ჰორმონულად აქტიური მეტასტაში თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქში;

*გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა არ არის კონკრეტული ღიაგნობი. ამ გერმინით აღინიშნება ზოგადად ისეთი პათოლოგიური წარმონაქმნი, რომლის ვიზუალიზაცია მოხდა თირკმელზედა ჯირკვლის არეში და მოცემულ ეტაპზე ჯერ არ მომხდარა მისი საბოლოო იდენტიფიკაცია;

დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა კრებითი სახელწოდებაა სხვა და სხვა წარმოშობის იმ სიმსივნეებისა, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდნენ მხოლოდ თირკმელზედა ჯირკვლის თვინოვან ნაწილში;

ე) თირკმელზედა ჯირკვლის ინსილენგალომა არის თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაში თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქში.

1298. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

*ა) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, ჰიპონატრიემია, ჰიპოქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

ბ) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, ჰიპერნატრიემია, ჰიპოქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

გ) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, ჰიპონატრიემია, ჰიპერქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

დ) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, ჰიპონატრიემია, ჰიპოქლორემია, შეშუპება;

ე) მინერალოკორტიკოიდების ლეფიცია გლუკოკორტიკოიდების შეღარებითი სიჭარბის ფონზე.

1299. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე პირველადი უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

*ა) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სიჭარბე, ჰიპონატრიემია, ჰიპოქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

ბ) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ლეფიცია, ჰიპერნატრიემია, ჰიპოქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

გ) გლუკოკორტიკოიდების სიჭარბე, აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ლეფიცია, ჰიპონატრიემია, ჰიპერქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

დ) გლუკოკორტიკოიდების ლეფიცია, აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სიჭარბე, ჰიპერნატრიემია, ჰიპერქლორემია, ლეჰიდგატაცია;

ე) რენინის აქტიობის დაქვეითების გამო მინერალოკორტიკოიდების სიჭარბე, რასაც მოსდევს აღრენალინის კომპენსატორული ჰიპერსეკრეცია.

1300. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

ა) სისხლში გლუკომის დონის დაქვეითება, ინსულინორემისგენგობა, კუნთებსა და ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის შემცირება, ღვიძლიდან გლუკომის პროლუქციის შემცირება;

*ბ) სისხლში გლუკომის დონის დაქვეითება, ინსულინისადმი მგრძობილობის მომაგება, კუნთებსა და ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის შემცირება, ღვიძლიდან გლუკომის პროლუქციის შემცირება;

გ) სისხლში გლუკომის დონის მომაგება, ინსულინისადმი მგრძობილობის დაქვეითება, კუნთებსა და ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის

შემცირება, ღვიძლიდან გლუკოზის პროლუქციის შემცირება;

დ) სისხლში გლუკოზის ღონის დაქვეითება, ინსულინისადმი მგრძობილობის მომატება, კუნთებსა და ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის გადიდება, ღვიძლიდან გლუკოზის პროლუქციის გაძლიერება;

ე) მეორადი ჰიპერპარათირეოზის განვითარება კალციუმის იონიზირებული ფრაქციის მომატების ფონზე;

1301. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

ა) თირკმლების ფუნქციის დაქვეითება, რაც გამოიხატება სისხლში არაცილოვანი ამოგის რაოლენობის დაქვეითებით, გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარის დაქვეითებით, თირკმლების მილაკებში წყლისა და ელექტროლიტების რეაბსორბციის უნარის გაუარესებით;

*ბ) თირკმლების ფუნქციის დაქვეითება, რაც გამოიხატება სისხლში არაცილოვანი ამოგის რაოლენობის მომატებით, გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარის დაქვეითებით, თირკმლების მილაკებში წყლისა და ელექტროლიტების რეაბსორბციის უნარის გაუარესებით;

გ) თირკმლების ფუნქციის ინტენსიფიკაცია, რაც გამოიხატება სისხლში არაცილოვანი ამოგის რაოლენობის მომატებით გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარის შენელების ფონზე, თირკმლების მილაკებში წყლისა და ელექტროლიტების რეაბსორბციის სიჩქარის მომატებით;

დ) თირკმლების ფუნქციის ინტენსიფიკაცია, რაც გამოიხატება სისხლში არაცილოვანი ამოგის რაოლენობის მომატებით, გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარის დაქვეითებით, თირკმლების მილაკებში წყლისა და ელექტროლიტების რეაბსორბციის უნარის გაძლიერებით;

ე) თირკმლების ფუნქციის დაქვეითება, რაც დაკავშირებულია მელანოციტების ასტიმულირებული ჰორმონის პროლუქციის დაქვეითებასთან

1302. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე უკმარისობისთვის დამახასიათებელია:

ა) არტერიული წნევის ნორმალური მანევრებლების ფონზე სუსტი ავსების პულსი, გულის ტონების გაძლიერება და II ტონის აქცენტი აორტის სარქველების მოსასმენ წერტილში, რუბეოზი, სხეულის ტემპერატურის მომატება დილის საათებში და მისი დაქვეითება საღამოს საათებში;

ბ) არტერიული წნევის დაქვეითება, სუსტი ავსების პულსი, ტრანსულატის დაგროვება პერიკარდიუმის ღრუში, ქვემო კიდურების შეშუპება, სიციფილე, სხეულის ტემპერატურის დაქვეითება;

გ) სისტოლური არტერიული წნევის მომატება, ბრადისისტოლიური ფორმის მოციმციმე არითმია, გულის ტონების მოყრუება, მზარდი ციანოზი, სხეულის ტემპერატურის დაქვეითება;

*დ) არტერიული წნევის დაქვეითება, სუსტი ავსების პულსი, გულის ტონების მოყრუება, მზარდი ციანოზი, სხეულის ტემპერატურის დაქვეითება

ე) არტერიული წნევის დაქვეითება, დისლიპიდემია, გულის ტონების მოყრუება, მზარდი ციანოზი, ცხელებითი რეაქცია, ჰემიპარეზი.

1303. თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის მწვავე უკმარისობისთვის ჩამოყალიბების პროცესში დამახასიათებელია:

ა) ბულიმია, მეტეოროიზმი, ყაბზობა, სითხის შეკავება ორგანიზმში, ასციტი;

*ბ) ჭამის მადის პროგრესირებადი ხასიათის დაქვეითება, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ლეჰიდრატაცია, ტკივილი მუცლის არეში;

გ) აუთოზური სტომატიტი, გინგივიტი, ჩირქოვანი ტონზილიტი, სეფსისი.

დ) კალციუმის შემცველი მინერალური ნაერთების (მაგ. ცარცის) ჭამის გაძლიერებული მოთხოვნილება, ჰიპოკალციემია,

გასტრო-უოლენალური სისხლდენის განვითარება, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ლეჰიდრატაცია, ტკივილი მუცლის არეში;

ე) ცხელებითი რეაქცია, ჭამის მადის გაძლიერება, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ლეჰიდრატაცია, ტკივილი მუცლის არეში;

1304. შეარჩიეთ სწორი პასუხი (პასუხები): 1. ორსულობის დროს იცვლება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური მდგომარეობა; 2. ორსულობა წარმოადგენს ფარისებრი ჯირკვლის სტიმულირების მძლავრ ფაქტორს, რომელმაც გარკვეულ პირობებში შესაძლოა მიიღოს პათოლოგიური ხასიათი; 3. ორსულობის ყველა შემთხვევაში ვითარდება ჩიყვი რადგან ორსულობისას ალგილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის გაძლიერებულ სტიმულაციას; 4. ორსულობისას ხდება ფოლიკულური ეპითელიუმის მგრძობილობის მომატება პროჯექტორონის მიმართ, რაც იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის პათოლოგიურ გაძლიერებას

ა) 1 და 2;

ბ) 2 და 4;

გ) 1 და 4;

*დ) 1 და 2;

ე) 1 და 3

1305. შეარჩიეთ სწორი პასუხი (პასუხები): 1. იოდით უზრუნველყოფის შემთხვევაში ემბრიოგენეზის ნებისმიერ ეტაპზე ჩანასახის ფარისებრი ჯირკვალი ასინთეზირებს თიროქსინის საკმარის რაოლენობას; 2. თუ ემბრიონალური განვითარების ადრეულ ეტაპზე ჩანასახის ფარისებრი ჯირკვალი არ იმყოფება იოდის ლეფიციტის პირობებში, მაშინ მისი განვითარება პრაქტიკულად ნორმალურად მიმდინარეობს ორსული ქალის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის უკმარისობის იმშემთხვევაშიც კი; 3. ნაყოფის ნორმალური განვითარებისათვის, განსაკუთრებულად ემბრიოგენეზის საწყის ეტაპზე, აუცილებელია თიროქსინის საკმარისი რაოლენობა; 4. ფარისებრი ჯირკვლის თანდაყოლილი აპლაზიის ფონზე ემბრიოგენეზის მნიშვნელოვანი დარღვევები არ აღინიშნება იმ შემთხვევაში, თუ ორსულ ქალს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები ნორმის ფარგლებში აქვს.

ა) 2 და 4;

*ბ) 3 და 4;

გ) 1 და 4;

დ) 1 და 2;

ე) 1 და 3

1306. შეარჩიეთ სწორი პასუხი (პასუხები): 1. ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პრინციპები ორსულობის დროს არსებითად განსხვავდება სტანდარტული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მიდგომებისაგან; 2. ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პრინციპები ორსულობის დროს არსებითად არ განსხვავდება სტანდარტული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მიდგომებისაგან; 3. ჰიპოთირეოზი და/ან თირეოტოქსიკოზი აუარესებენ ქალების ფერტილობას და წარმოადგენენ ნაყოფის განვითარების პათოლოგიის რისკის ფაქტორებს; 4. ჰიპოთირეოზი და/ან თირეოტოქსიკოზი არ მოქმედებენ ქალების ფერტილობაზე და არ წარმოადგენენ ნაყოფის განვითარების პათოლოგიის რისკის ფაქტორებს

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

1307. შეარჩიეთ სწორი პასუხი (პასუხები): 1. ლეკომპენსირებული ჰიპოთირეოზის ფონზე ორსულობა არ ვითარდება; 2. ლეკომპენსირებული თირეოტოქსიკოზის დროს ორსულობა არ ვითარდება; 3. ლეკომპენსირებული ჰიპოთირეოზის ფონზე ორსულობა შესაძლებელია განვითარდეს; 4. ლეკომპენსირებული თირეოტოქსიკოზის დროს ორსულობა შესაძლებელია განვითარდეს; 5. ლეკომპენსირებული ჰიპოთირეოზი ან თირეოტოქსიკოზი მეტად არახელსაყრელ ფონს ქმნის ნაყოფის ჩასახვისა და განვითარებისათვის

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

1308. შეარჩიეთ სწორი პასუხი (პასუხები): 1. ორსულობის დროს ფარისებური ჯირკვლის ავადმყოფობათა ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებანი, თანამედროვე შეხედულებათა მიხედვით, მნიშვნელოვნადაა შეზღუდული; 2. სათანადო ჩვენებების შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობათა ქირურგიული მკურნალობისათვის ოპტიმალურ პერიოდად მიჩნეულია ორსულობის პირველი ტრიმესტრი; 3. სათანადო ჩვენებების შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობათა ქირურგიული მკურნალობისათვის ოპტიმალურ პერიოდად მიჩნეულია ორსულობის მეორე ტრიმესტრი; 4. სათანადო ჩვენებების შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობათა ქირურგიული მკურნალობისათვის ოპტიმალურ პერიოდად მიჩნეულია ორსულობის მესამე ტრიმესტრი

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

1309. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი?

- *ა) ორსულობის პირველ ნახევარში მაგულობს ქორიონული გონადოტროპინის პროლუქცია რომლის ზეგავლენით მქლავნდება სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის მომაგების გენდენცია. ამის გამო ითრგუნება თირეოტოქსიკული ჰორმონის პროლუქცია;
- ბ) ორსულობის პირველ ნახევარში კლებულობს ქორიონული გონადოტროპინის პროლუქცია რომლის ზეგავლენით მქლავნდება სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის მომაგების გენდენცია. ამის გამო ითრგუნება თირეოტოქსიკული ჰორმონის პროლუქცია;
- გ) ორსულობის პირველ ნახევარში მაგულობს ქორიონული გონადოტროპინის პროლუქცია რომლის ზეგავლენით მქლავნდება სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის დაქვეითების გენდენცია. ამის გამო მაგულობს თირეოტოქსიკული ჰორმონის პროლუქცია;
- დ) ორსულობის პირველ ნახევარში მაგულობს ქორიონული გონადოტროპინის პროლუქცია რომლის ზეგავლენით მქლავნდება სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის მომაგების გენდენცია. ამის გამო მაგულობს თირეოტოქსიკული ჰორმონის პროლუქცია;
- ე) ორსულობის პირველ ნახევარში კლებულობს ქორიონული გონადოტროპინის პროლუქცია რომლის ზეგავლენით მქლავნდება სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის დაქვეითება გენდენცია. ამის გამო ითრგუნება თირეოტოქსიკული ჰორმონის პროლუქცია.

1310. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში?

- ა) ორსულობის დროს სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების საერთო რაოდენობა არ იცვლება, თუმცა მაგულობს სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონე და კლებულობს ცილასთან შეკავშირებული თიროქსინის რაოდენობა;
- ბ) ორსულობის დროს სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების საერთო რაოდენობა არ იცვლება, თუმცა კლებულობს სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონე და მაგულობს ცილასთან შეკავშირებული თიროქსინის რაოდენობა;
- *გ) ორსულობის დროს სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების საერთო რაოდენობა მაგულობს ცილასთან შეკავშირებული თიროქსინის რაოდენობის ხარჯზე თუმცა სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონე არსებითად არ იცვლება
- დ) ორსულობის დროს სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების საერთო რაოდენობა მაგულობს, სისხლის თავისუფალი თიროქსინის ხარჯზე, ისე რომ ცილასთან შეკავშირებული თიროქსინის რაოდენობა არ იცვლება;
- ე) ორსულობის დროს სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების საერთო რაოდენობა მაგულობს, როგორც სისხლის თავისუფალი თიროქსინის ისე ცილასთან შეკავშირებული თიროქსინის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე.

1311. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში?

- ა) ორსულობის პირველ ნახევარში რვიდლში ითრგუნება თიროქსინის შემბოჭველი გლობულინის პროლუქცია;
- ბ) ორსულობის პირველ ნახევარში პლაცენტაში ითრგუნება თიროქსინის შემბოჭველი გლობულინის პროლუქცია;
- *გ) ორსულობის პირველ ნახევარში ი დვიდლში იზრდება თიროქსინის შემბოჭველი გლობულინის პროლუქცია;
- დ) ორსულობის პირველ ნახევარში პლაცენტაში იზრდება თიროქსინის შემბოჭველი გლობულინის პროლუქცია;
- ე) ორსულობის პირველ ნახევარში ითრგუნება თიროქსინის შემბოჭველი გლობულინის პროლუქცია არ იცვლება;

1312. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში?

- ა) ორსულ ქალს იოდის მიმართ სადელეამისო მოთხოვნილება არსებითად არ ეცვლება
- ბ) ორსულ ქალს იოდის მიმართ სადელეამისო მოთხოვნილება უქვეითდება, რადგან ნაყოფის ფარისებრი ჯირკვალი ადრე იწყებს ჰორმონების პროლუქციას;
- *გ) ორსულ ქალს იოდის მიმართ სადელეამისო მოთხოვნილება მნიშვნელოვნად ეზრდება
- დ) ორსულ ქალს იოდის მიმართ მოთხოვნილება ეზრდება ძირითადად დილის საათებში;
- ე) ორსულ ქალს იოდის მიმართ მოთხოვნილება ღამით უფრო მეტი აქვს, დღის საათებთან შედარებით;

1313. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში? 1) ორსულობის დროს ხდება

ორგანიზმშიდან თირკმლების გზით იოდის ექსკრეციის დათრგუნვა; 2) ორსულობის დროს ხდება ორგანიზმშიდან თირკმლების გზით იოდის ექსკრეციის გაძლიერება; 3) ორსულობის დროს ხდება თირეოიდული ჰორმონების ლეიოდირება პლაცენტაში; 4) ორსულობის დროს ხდება თირეოიდული ჰორმონების სინთეზი პლაცენტაში

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

1314. ქვემოთ მოყვანილთაგან, რომელი მოსაზრებაა სწორი ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში?

- ა) ორსული ქალის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესაფასებლად აუცილებელია სისხლის ე.წ. /მთლიანი თიროქსინის/ დონის დადგენა. სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის გამოკვლევას მნიშვნელობა არა აქვს;
- *ბ) ორსული ქალის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესაფასებლად აუცილებელია სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის დადგენა. სისხლის ე.წ. /მთლიანი თიროქსინის/ დონის გამოკვლევას არსებითი მნიშვნელობა არა აქვს;
- გ) ორსული ქალის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესაფასებლად აუცილებელია სისხლის თირეოტროპული ჰორმონის დონის დადგენა. სისხლის თავისუფალი თიროქსინის დონის გამოკვლევას მნიშვნელობა არა აქვს;
- დ) ორსული ქალის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესაფასებლად აუცილებელია სისხლის ე.წ. /მთლიანი თიროქსინის/ დონის დადგენა. სისხლის თავისუფალი თიროქსინის და თირეოტროპული ჰორმონის დონის გამოკვლევას მნიშვნელობა არა აქვს

1315. როგორ იცვლება ქვემოთ ჩამოთვლილ ჰორმონთა დონე სისხლში გრანზიგორული გესტაციური თირეოტოქსიკოზის დროს?

- ა) მაგულობს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის დონე და კლებულობს თავისუფალი თიროქსინისა და თირეოტროპული ჰორმონების დონეები;
- ბ) კლებულობს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის დონე და მაგულობს თავისუფალი თიროქსინისა და თირეოტროპული ჰორმონების დონეები;
- გ) მაგულობს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის და თირეოტროპული ჰორმონის დონე და კლებულობს თავისუფალი თიროქსინის დონეები;
- *დ) მაგულობს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის და თავისუფალი თიროქსინის დონე და კლებულობს თირეოტროპული ჰორმონების დონე;
- ე) კლებულობს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის, თავისუფალი თიროქსინის და თირეოტროპული ჰორმონების დონეები.

1316. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი მოსაზრება შეესაბამება სიმართლეს? 1) მშობიარობის შემდგომთირეოიდიგი წარმოადგენს აუტომუნური თირეოიდიგის ნაირსახეობას; 2) მშობიარობის შემდგომთირეოიდიგი წარმოადგენს ვირუსული ინფექციის გართულებას; 3) მშობიარობის შემდგომთირეოიდიგისთვის დამახასიათებელია თირეოტოქსიკოზის არსებობა; 4) მშობიარობის შემდგომთირეოიდიგი წარმოადგენს გრეივის ავადმყოფობის რეციდივს მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

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

დამატებითი საკითხები. მეტაბოლური სინდრომი

1317. რომელია პოსტპრანდიული გლიკემიის საშიზნე ტიპი 2 შაქრიანუ დიაბეტის დროს? 1. <120მგ%, 2, 130-159 მგ%, 3. < 200 მგ%, 4. <180 მგ%

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

1318. რომელ მკურნალობას აირჩევთ ავადმყოფისთვის, რომელსაც აქვს მომატებული გლუკოპემოგლობინი და აქვს ბაზალური და სტიმულირებული ჰიპერგლიკემია? 1. დღეში ერთხელ ბაზალური ინსულინის ანალოგი +სოლფანილმარლოვანა, 2. დღეში ერთხელ პრემიქს ინსულინის ანალოგი+ისულინის სენსიტივაიზერი, 3. დღეში ორჯერ პრემიქს ინსულინის ანალოგი+ ისულინის სენსიტივაიზერი, 4. ორჯერ დღეში ექსანაგლი (GLP-I - გლუკაგონის მაგავსი პეპტიდი I აგონისტი)?

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1319. თუ კი გლუკოპემოგლობინის დონე <7% ვერ იქნა მიღწეული ADA/EASD ის მიერ 2007 წელს მოწოდებული საფე-ხურებრივი თერაპიის, რომელ ვარიანტს აირჩევდით? 1. 3 თვე, 2. 6 თვე, 3. 9 თვე, 4. 1 წელი.

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1320. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომლის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი მონოთერაპიისთვის? 1. სულფანილმარლოვანა, 2. ინსულინი, 3. თიამოლიდინილინი, 4. ალფა-გლუკოზიდაზის ინჰიბიტორი.

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

1321. მეტაბოლური სინდრომის რომელი L2 კომპონენტი წარმოადგენს ყველაზე მთავარ კარდიოვასკულარ რისკ-ფაქტორს? 1. ჰიპერტენზია და ღიაბეგი, 2. ინსულინრეზისტენტობა და სიმსუქნე, 3. სიმსუქნე და ჰიპერტენზია, 4. დისლიპიდემია და ჰიპერგლიკემია

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1322. ჰიპერგლიკემიის მკურნალობის გარდა, რის მკურნალობაა აუცილებელი, როგორც ათეროსკლეროზის მძლავრი პრელოქტორის? 1. დაბალი ღონე მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების, 2. ჰიპერტენზიის, 3. სიმსუქნის, 4. ცე-რეაქტიული პროტეინის.

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1323. ჩამონათვალიდან, რომელი კომპონენტი არ შედის მეტაბოლური სინდრომის არც ერთ დეფინიციაში? 1. ტრი-გლიცერიდები, 2. წელის გარ-შემოწერილობა, 3. სხეულის მასის ინდექსი, 4. C-რეაქტიული პროტეინი..

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

1325. DREAM ღიაბეგის გაერთიანების შემცირების კვლევებში პლაცებოსთან შედარებით რომელი გამომწვევით რამდენი პროცენტით შემცირდა გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის ჩამოყალიბება? 1. 58%, 2. 31%, 3. 62%, 4. 79%.

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4

1326. ADA/EASD ის რეკომენდაციით გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის სა-მკურნალოდ, რომელია პირველი არჩევის პრეპარატი? 1. მეტფორმინი, 2. რომიგლიტაზონი, 3. სულფონილმარლოვანა, 4. პიოგლიტაზონი.

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1327. ცხოვრების წესის შეცვლის, რომელი კომპონენტი წარმოადგენს გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის შემცირების საუკეთესო პრედიქტორს? 1. გაძლიერებული ფიზიკური აქტივობა, 2. წონის კლება, 3. დიეტა, 4. ყველა ერთად.

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1328. DREAM ის მიხედვით, რომელია რომიგლიტაზონის ყველაზე სერიოზული გვერ-დითი ეფექტი? 1. ღებინება, 2. გულის იკმარისობა, 3. ღვიძლის გოქსიურობა, 4. სისხლის წნევის მაგება.

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1329. DREAM ის მიხედვით, რომელი სენგენცია არ არის სწორი? 1. რამიპრილი ამცირებს გიპი 2 შაქრიანი ღიაბეგის პროგრესს, 2. რამიპრილით მკურნალობა სარწმუნოდ ზრდის დარღვეული გლუკოგოლერ-ანგობისა და უზმოს ჰიპერ-გლიკემიის ნორმაზე შემცირების ალბათობას, 3. რამიპრილი ამცირებს სისხლის წნევას, 4. რამიპრი-ლის ჯგუფში გამოკვლევის ბოლოს 2-საათიანი პოსტ-პრანდიული ჰიპერგლიკემია სარწმუნოდ მცირდება.

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

1330. ჩამოთვლილიდან, რომელი სენ-გენცია მეტფორმინის შესახებ არ არის სწორი? 1. ის იწვევს ღიაბეგის გაძლიერებას, 2. ის იწვევს ჰიპერგლიკემიის შემცირებას, 3. ის ხელს უწყობს სხეულის მასის ინდექსის შემცირებას, 4. UKPDS ის მონაცემებით იგი ამცირებს მიოკარ-დიუმის ინფარქტის განვითარებას 55% -ით.

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) 4

1331. ჩამოთვლილიდან, რომელი შეუძლებელია იყოს თიაზოლიდინ-დიონის შესაძლო გვერდითი მოქმედების შედეგი? 1. სხეულის წონის დაკლება, 2. ინსულინ-რემისტინგობის შემცირება, 3. ლიპაციდემიის შემცირება, 4. ჰიპოგლიკემია?

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

1332. ჩამოთვლილიდან, რომელი აღწერს უველაზე სრულყოფილად TSD -ის მოქმედებას ინსულინრემისტინგობაზე? 1. ამცირებს ვისცერული ცხიმის მასას, 2. აძლიერებს ბეგა-უჯრედებში ინსულინის სეკრეციას, 3. აძლიერებს ინსულინის მოქმედებას ცხიმოვან, კუნთოვან ქსოვილებში და ღვიძლში, 4. აძლიერებს გლუკოზის შეღწევას უჯრედებში.

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4

1333. ჩამოთვლილიდან, რომელი არ არის სწორი? 1. ინსულინოთერაპია იწვევს წონაში მატებას, 2. სულ-ფონილმარლოვანას პრეპარატებს შეუძლიათ ჰიპოგლიკემიის გამოწვევა, 3. ვისცერული ცხიმი პირდაპირ კორელირებს ინსულინის სენსიტი-ვობასთან, 4. მეტფორმინი იწვევს წონაში კლებას.

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4