

სწორი და მსხვილი ნაწლავის ანატომია, ფიზიოლოგია, კვლევის მეთოდები

1. სტაბილური და ამავდროულად ინდივიდუალური მიკრობული ცენოზი აღამიანს უყალიბდება დაბალებიდან

- ა) რამოლენიმე საათში;
- *ბ) დაახლოებით 1 თვეში;
- გ) დაახლოებით 3 თვეში;
- დ) დაახლოებით 6 თვეში;
- ე) 12 თვეში;

2. ნორმის ვარიანტში მსხვილ ნაწლავში მოსახლე ანაერობულ და აერობულ ბაქტერიათა შორის თანაფარდობა არის:

- ა) 100 : 1 არობების სასარგებლოდ;
- ბ) 10000 : 1 აერობების სასარგებლოდ;
- *გ) 10000 : 1 ანაერობების სასარგებლოდ;
- დ) 100 : 1 ანაერობების სასარგებლოდ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

3. დისბაქტერიოზის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 გასგრული ჰიპო- და აქლორპიდრია; 2 ნაწლავური ანასტომოზის “პირით-გვერდში” გაფორმების შემდეგ ჩამოყალიბებული ბრმა მარყუქის სინდრომი; 3 ქრ. პანკრეატიტი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

4. სწ. ნაწლავის მკვებავი სისხლძარღვებიდან ყველაზე მძლავრად არის განვითარებული:

- *ა) ა. ჰემოროიდალის (იგივე რექტალის) სუპერიორ;
- ბ) ა. ჰემოროიდალის (იგივე რექტალის) მედია;
- გ) ა. ჰემოროიდალის (იგივე რექტალის) ინფერიორ;
- დ) სწ. ნაწლავის მკვებავი სისხლძარღვებიდან ყველა სუსტად არის განვითარებული;
- ე) სწ. ნაწლავის ძირითადი მკვებავი სისხლძარღვები დაახლოებით თანაბრად არის განვითარებული;

5. პირველადი ჰემოროიდული კვანძები შემთხვევითა უმრავლესობაში გვხვდება:

- ა) გავის შუა არტერიის დისტალურ განშტოებათა რეგიონში;
- ბ) ქვემო ჰემოროიდული არტერიის განშტოებათა რეგიონში;
- გ) შუა ჰემოროიდული არტერიის განშტოებათა რეგიონში;
- *დ) ზემო ჰემოროიდული არტერიის დისტალურ განშტოებათა რეგიონში;
- ე) ჰემოროიდულ კვანძთა განლაგება არ თანხვდება რექტუმის რომელიმე ძირითადი სისხლძარღვის დაყოფის უბანს;

6. პერ რექტუმ თითოთ წინასწარი გასინჯვის გარეშე შეიძლება ჩატარდეს პროქტოლოგიური პაციენტის შემდეგი სახის გამოკვლევა: 1 ანოსკოპია; 2 რექტორომანოსკოპია; 3 კოლონოსკოპია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორი პასუხი არ არის

7. განასხვავებენ ე.წ. “კლინიკურ” და “ანატომიურ” ანალურ არხს. “კლინიკური” ანალური არხის სიგრძეა:

- ა) 9 სმ;
- ბ) 7-8 სმ;
- გ) 8 სმ;
- დ) 6-7 სმ;
- *ე) 4-5 სმ;

8. განასხვავებენ ე.წ. “კლინიკურ” და “ანატომიურ” ანალურ არხს. “ანატომიური” ანალური არხის სიგრძეა:

- ა) 1-2 სმ;
- *ბ) 2-3 სმ;
- გ) 3-4 სმ;
- დ) 4-5 სმ;
- ე) 6 სმ;

9. ანალური ჯირკვლების სადინრები იხსნება:

- ა) თეთრი ანუ ჰილტონის ხაზის არეში;
- ბ) მორგანის სვეტების არეში;
- *გ) მორგანის კრიპტების არეში;

- დ) ანალური ხვრელის არეში;
- ე) ჰაუსტონის ნაოჭების არეში;

10. სწორი ნაწლავის სიგრძე დაახლოებით:

- ა) 8-10 სმ-ია;
- ბ) 10-12 სმ-ია;
- *გ) 12-15 სმ-ია;
- დ) 15-25 სმ-ია;
- ე) 25 სმ-ია;

11. ჰაუსტონის ნაოჭები რექტუმის ლორწოვან გარსზე:

- ა) მიმართულია ვერტიკალურად;
- *ბ) მიმართულია განივად;
- გ) მიმართულია ირიბად;
- დ) განფენილია ნაწლავის მთელ პერიმეტრზე;
- ე) ამგვარი დასახელების რექტალური ნაოჭები აღწერილი არ არის;

12. სწ. ნაწლავის შიგნითა სფინქტერი წარმოადგენს:

- *ა) რექტუმის ირგვლივ კუნთოვანი შრის დისტალური ბოლოს გასქელებას;
- ბ) რექტუმის სიგრძივი კუნთოვანი შრის დისტალური ბოლოს გასქელებას;
- გ) რექტუმის როგორც სიგრძივი, ისე ირგვლივი კუნთოვანი შრის გასქელებას;
- დ) სწორი ნაწლავის სიგრძივი კუნთოვანი შრისგან გამომავალ კუნთოვან-ფიბროზულ ბოჭკოთა ერთობლიობას;
- ე) სწორი ნაწლავის კუნთოვანი შრისგან დამოუკიდებელ სტრუქტურას;

13. სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მას აქვს ნებიოთი ფუნქცია;
- ბ) სტრესულ სიტუაციაში მას გააჩნია ნაწლავის შიგთავსის შეკავების უნარი;
- *გ) ის არის გლუვიკუნთოვანი სტრუქტურა;
- დ) ჭინთვის დროს მას აქვს გამომღეენი ფუნქცია;
- ე) ის შედგება სამი ნაწილისგან;

14. მგრძნობელობითი ნერვული დაბოლოებები პრაქტიკულად არ არის:

- ა) ანალური ხვრელის არეში;
- ბ) თეთრი ანუ ჰილტონის ხაზის არეში;
- გ) დაკბილული ხაზის ღონებზე;
- *დ) დაკბილულ ხაზს ზემოთ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

15. განავალში სისხლის შემცველობას ეწოდება: 1 ჰემატოცელია; 2 ჰემატოკოლოსი; 3 ჰემატომიზია;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

16. დეფეკაციის გარეშე ნაწლავიდან სისხლდენას უფრო ხშირად იწვევს: 1 ანალური ნაპრალი; 2 სწ. ნაწლავის დაწყებული ავთვისებიანი სიმსივნე; 3 ჰემოროიდული დაავადება

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

17. არსებობს შემდეგ კოლოპროქტოლოგიურ დაავადებათა მემკვიდრეობით გადაცემის ალბათობა: 1 კრონის დაავადება; 2 დიფუზური პოლიპოზი; 3 ჰემოროიდული დაავადება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

18. სფინქტერომეტრიის მონაცემებით 3-9 სთ დიაგნოზზე შიგნითა სფინქტერის ტონური შეკუმშვის ძალა მამაკაცებში ნორმის ვარიანტში არის საშუალოდ:

- ა) 230 გ;

- ბ) 330 გ;
- *გ) 430 გ;
- დ) 530 გ;
- ე) 630 გ;

19. სფინქტერომეტრიის მონაცემებით 3-9 სთ დიაგონალზე შიგნითა სფინქტერის ტონური შეკუმშვის ძალა ქალებში ნორმის ვარიანტში არის საშუალოდ:

- ა) 90 გ;
- ბ) 190 გ;
- გ) 290 გ;
- *დ) 390 გ;
- ე) 490 გ;

20. სფინქტერის მაქსიმალური შეკუმშვის ძალა 6-12 სთ დიაგონალზე: 1 უფრო მეტია ვიდრე 3-9 სთ დიაგონალზე მამაკაცებში; 2 უფრო ნაკლებია ვიდრე 3-9 სთ დიაგონალზე ქალებში; 3 უფრო ნაკლებია ვიდრე 3-9 სთ დიაგონალზე მამაკაცებში

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 2 და 3

21. ბილიგიტალური გასინჯვა აქტუალურია: 1 რექტოვაგინური ძვილის კისტების დროს; 2 კოკციგოლინიის დროს; 3 შიგნითა ჰემოროიდული კვანძის თრომბოზის დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი;

22. ტკივილი რექტოსკოპიის დროს შეიძლება განპირობებული იყოს: 1 ნაწლავის ექსტრაინტესტინური დაქანულობით; 2 ნაწლავგარეთა წარმონაქმნის მხრიდან შეწოლით; 3 ანაგომიური თავისებურებებით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

23. მსხვილი ნაწლავის კვლევის უახლესი მეთოდი კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კოლონოგრაფია (ვირტუალური კოლონოსკოპია) საშუალებას იძლევა მივიღოთ: 1. ნაწლავის გარეგანი კონტურების 3 განზომილებიანი გამოსახულება 2-3 პროექციაში; 2. ნაწლავის სანათურის 3 განზომილებიანი გამოსახულება 2-3 პროექციაში; 3. ინფორმაცია ნაწლავის კედლის სისქისა და მისი მიმდებარე ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შესახებ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

24. კოლონოსკოპიისათვის მომზადების კლასიკური წესი ითვალისწინებს: 1 გამოკვლევამდე 3 დღით ადრე გამწმენდი ოყნის გაკეთებას 2-2-ჯერ დღეში; 2 გამოკვლევამდე 2 დღით ადრე გამწმენდი ოყნის გაკეთებას 2-2-ჯერ დღეში, აბუსალათინის მეთის მიღებასთან (შუადღით) ერთად; 3 გამოკვლევის წინა დღის საღამოს და გამოკვლევამდე ორი საათით ადრე გამწმენდი ოყნის 2-2-ჯერ გაკეთებას; 4 ნაწლავის გასუფთავებას საფალარათო საშუალებების (წინა დღეს) და ოყნების (გამოკვლევის წინა საღამოს და გამოკვლევამდე 2 სთ-ით ადრე 2-2 ოყნა) დახმარებით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

25. კოლონოსკოპიის შესაძლებლობებში არის: 1 მხოლოდ მსხვილი ნაწლავის დათვალიერება; 2 მსხვილი ნაწლავისა და წვრილი ნაწლავის გერმინალური ნაწილის დათვალიერება; 3 კონსერვატიული (ინიექციები, მორწყვა, სხვ.) და ოპერაციული (ბიოფსია, პოლიპექტომია, სხვ.) ღონისძიებების გატარება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

26. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან განავალთან ერთად 20 მგ-მე მეტი სისხლის გამოყოფისას მარტივი სინჯის - ფეკატესის დროს, სპეციალური თეთრი ქაღალდი განავალთან შეხებისას ფერს იცვლის და ხდება:

- ა) წითელი;
- ბ) შინდისფერი;
- გ) მწვანე;
- *დ) ლურჯი;
- ე) ყვითელი;

27. ნორმის ვარიანტში დღე-ღამის განმავლობაში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან განავალს შეიძლება გამოჰყვეს სისხლი შემდეგი რაოდენობით:

- ა) 0,1-0,2 მგ;
- ბ) 0,3-0,5 მგ;
- *გ) 0,5-2,0 მგ;
- დ) 2,5-3,0 მგ;
- ე) 4 მგ;

28. სწორ ნაწლავს:

- ა) საგიტალურ სიბრტყეში აქვს ერთი ნაკეცი;
- *ბ) საგიტალურ სიბრტყეში აქვს ორი ნაკეცი;
- გ) საგიტალურ სიბრტყეში აქვს სამი ნაკეცი;
- დ) საგიტალურ სიბრტყეში აქვს ოთხი ნაკეცი;
- ე) საგიტალურ სიბრტყეში არ აქვს ნაკეცი;

29. რექტოსიგმოიდური ნაწილი მდებარეობს:

- ა) წელის IV მალის ღონებზე;
- ბ) გავის II მალის ღონებზე;
- გ) გავის III მალის ღონებზე;
- დ) გავის IV მალის ღონებზე;
- *ე) პრომონტორიუმის ღონებზე;

30. პრომონტორიუმი ანუ გავის კონკხი მდებარეობს:

- ა) გავის II და III მალის შესახსრების ღონებზე;
- ბ) გავის III მალის ღონებზე;
- გ) გავის III და IV მალის შესახსრების ღონებზე;
- *დ) წელის V და გავის I მალის შესახსრების ღონებზე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

31. ჯონესკოს იოგი შეიცავს:

- ა) ა. საცრალის მედია-ს;
- ბ) ა. ჰემორრჰოიდალის სუპერიორ-ს;
- *გ) ა. ჰემორრჰოიდალის მედია-ს;
- დ) ა. ჰემორრჰოიდალის ინფერიორ-ს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

32. სწ. ნაწლავის ლორწოვან გარსზე არსებული სიგრძივი ნაოჭები პირველად აღწერა:

- *ა) ანატომმა ბ. მორგანმა;
- ბ) ანატომმა ფ. რუიშმა;
- გ) ქირურგმა ს. მორგანმა;
- დ) იტალიელმა ანატომმა და ქირურგმა ა. ვალსალემამ;
- ე) ანატომმა ა. ვეზალინიმ;

33. სწ. ნაწლავის ლორწოვან გარსზე არსებულ სიგრძივ ნაოჭთა რაოდენობა მერყეობს შემდეგ ციფრებს შორის:

- ა) 2-4;
- ბ) 5-6;
- *გ) 6-12;
- დ) 12-16;
- ე) 16-20;

34. მორგანის სვეტების ქვედა კიდეებით შექმნილი ხაზი ლიგერაგურაში ცნობილია: 1 დაკბილული ხაზის სახელით; 2 ჰილგონის ხაზის სახელით; 3 სავარცხლისებური ხაზის სახელით;

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი;

35. ჰილგონის ანუ თეთრი ხაზის მიდამოში გვხვდება: 1 ცხიმოვანი ჯირკვლები; 2 საოფლე ჯირკვლები; 3 თმები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

36. ანალურ ღვრილებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ისინი წარმოადგენენ ემბრიონული განვითარების ნარჩენებს;
- ბ) ისინი შედგებიან შემაერთებელი ქსოვილისგან;
- გ) ანალურ არხში მათი რაოდენობა შეიძლება იყოს რამოდენიმე;
- დ) ისინი ჰიპერტროფიას განიცდიან ზოგიერთი პროქტოლოგიური დაავადების დროს;
- *ე) მათი არსებობა ანალურ არხში არის პათოლოგია;

37. ნერვული დაბოლოებები ფაგერ-პაჩინის სხეულაკების დასახელებით, ლოკალიზებულია:

- ა) სწ. ნაწლავის კუნთოვან შრეში;
- ბ) სწ. ნაწლავის ლორწოვან შრეში;
- *გ) სწ. ნაწლავის ლორწოქვეშა შრეში;
- დ) შიგნითა სფინქტერის სისქეში;
- ე) გარეთა სფინქტერის სისქეში;

38. სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერი შედგება:

- ა) ორი შრისგან;
- *ბ) სამი შრისგან;
- გ) ოთხი შრისგან;
- დ) სხვადასხვა ინდივიდში სხვადასხვა რაოდენობის შრეები გვხვდება;
- ე) დასახელებული კუნთი არის ერთშიანი სტრუქტურა;

39. სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერის ნაწილებია: 1 პარს სუბცუტანეა; 2 პარს სუპერფიციალის-ი; 3 პარს პროფუნდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი;

40. ანუსის ამწევი კუნთებია: 1 მ. ილიოცოცყგეუს-ი; 2 მ. ილიაცუს-ი; 3 მ. პუბორეცტალის-ი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

41. ანუსის ამწევი კუნთებია: 1 მ. პუბორეცტალის-ი; 2 მ. პუბოცოცყგეუს -ი; 3 მ. ილიოპსოას -ი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

42. ბოქვენ-სწორნაწლავის კუნთთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის ერწყმის გარეთა სფინქტერის ღრმა პორციას;
- ბ) მას აქვს U-ს მაგვარი ფორმა;
- გ) ის არის ანორექტული კუთხის სიდიდის ძირითადი განმსაზღვრელი;
- *დ) მისი ბოლოები ემაგრება ბოქვენის ძვლის გარეთა ზედაპირს;
- ე) ის შედის ანალური კომპრესორის შემადგენლობაში;

43. ვალდებურად სახელით ცნობილი არის:

- *ა) პრესაკრული ფასცია;
- ბ) სწ. ნაწლავის საკუთარი ფასცია;

- გ) ღამხურავი ფასცია;
- დ) სუბპერიტონული ფასცია;
- ე) ინგერფასციკულური ფასცია;

44. ამიუსის სახელით ცნობილი არის:

- ა) პრესაკრული ფასცია;
- ბ) ღამხურავი ფასცია;
- *გ) სწ. ნაწლავის საკუთარი ფასცია;
- დ) სუბპერიტონული ფასცია;
- ე) ინგერფასციკულური ფასცია;

45. პერიანალურ სივრცესთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მას აქვს რომბისებური ფორმა;
- ბ) მისი შიგნითა საზღვარი არის კანქვეშა ფასცია;
- *გ) მისი ქვემო საზღვარი გავის მე-5 მალის საპროექციო არეა;
- დ) მისი ზედა საზღვარი სათესლე პარკის ძირი ან ღიდი სასირცხო ბაგეების ქვედა კიდეა;
- ე) მისი გარეთა საზღვარი საჯღომი ბორცვების საპროექციო არეა;

46. იშიორექტულ სივრცესთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის ქვემოდან შემოსაზღვრულია კანქვეშა ფასციით;
- ბ) მის ზემო საზღვარს წარმოადგენს ანუსის ამწევი კუნთი;
- გ) ის არის წყვილი;
- *დ) მას ფრონტალურ სიბრტყეში აქვს ოთხკუთხედის ფორმა;
- ე) ის გარედან შემოსაზღვრულია ღამხურავი კუნთით;

47. პელვიორექტულ სივრცესთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის არის წყვილი;
- ბ) მისი ქვედა საზღვარი ანუსის ამწევი კუნთია;
- *გ) ის უკნიდან შემოსაზღვრულია ვალდეიერის ფასციით;
- დ) მის შიგნითა საზღვარს ქმნის რექტუმის კედელი;
- ე) მის ზედა საზღვარს წარმოადგენს პარიესული პერიტონეუმი;

48. ა. საცრალის მედია გამოეყოფა:

- ა) ა. ჰემორრჰოიდალის სუპერიორ-ს;
- ბ) ა. ჰემორრჰოიდალის მედია-ს;
- გ) უშუალოდ ა. მესენტერიცა ინფერიორ-ს;
- *დ) უშუალოდ აორტას, ბიფურკაციიდან 1 სმ დაშორებით;
- ე) ა. ილიაცა ინგერნა-ს;

49. ა. ჰემორრჰოიდალის (იგივე რეცტალის) სუპერიორ-ი წარმოადგენს:

- ა) ა. ილიაცა ცომმუნის-ის გოტს;
- ბ) ა. ილიაცა ინგერნა-ს გოტს;
- *გ) ა. მესენტერიცა ინფერიორ-ის გაგრძელებას;
- დ) ა. ილიაცა ეხგერნა-ს გოტს;
- ე) უშუალოდ აორტის გოტს;

50. ა. ჰემორრჰოიდალის მედია არის წყვილი და გამოეყოფა:

- ა) ა. ილიაცა ცომმუნის-ს;
- ბ) ა. ილიაცა ეხგერნა-ს;
- *გ) ა. ილიაცა ინგერნა-ს;
- დ) ა. ჰემორრჰოიდალის სუპერიორ-ს;
- ე) ა. პუდენდა ინგერნა-ს;

51. ა. ჰემორრჰოიდალის ინფერიორ-ი არის წყვილი და გამოეყოფა:

- ა) ა. ილიაცა ცომმუნის-ს;
- ბ) ა. ილიაცა ეხგერნა-ს;
- გ) ა. ილიაცა ინგერნა-ს;
- დ) ა. ჰემორრჰოიდალის მედია-ს;
- *ე) ა. პუდენდა ინგერნა-ს;

52. სწ. ნაწლავის ვენებთან მიმართებაში სწორია შემდეგი დებულებები: 1 მათი საშუალებით რექტუმიდან სისხლი ჩაეღინება კარის ვენის სისტემაში; 2 მათი საშუალებით რექტუმიდან სისხლი ჩაეღინება ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში; 3 მათი კარგად აქვთ განვითარებული სარქველოვანი სისტემა

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

53. პარასიმპათიკური ნერვები: 1 შიგნითა სფინქტერს მაგებს ტონუსს; 2 სწ. ნაწლავის კელისკენ გზაგზის მამოძრავებელ იმპულსებს; 3 შიგნითა სფინქტერის ტონუსს აქვეითებს

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 2 და 3

54. სიმპათიკური ნერვები: 1 შიგნითა სფინქტერს მაგებს ტონუსს; 2 შიგნითა სფინქტერის ტონუსს აქვეითებს; 3 სწ. ნაწლავის კელისკენ გზაგზის შემაკავებელ იმპულსებს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

55. ა. ჰემორრჰოიდალის სუპერიორ-ი მარჯვენა და მარცხენა ტოტალად იყოფა:

- ა) გაეის III მალის ღონეზე;
- ბ) გაეის II მალის ღონეზე;
- *გ) პრომონტორიუმის ღონეზე;
- დ) ანალური არხის ღონეზე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

56. გაეის შუა არტერიასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის კვებავს სწ. ნაწლავის უკანა კედელს;
- ბ) ის კვებავს სწ. ნაწლავის გვერდით კედლებს;
- გ) ის გამოეყოფა აორტას, ბიფურკაციიდან 1 სმ პროქსიმალურად;
- დ) ის გამოეყოფა აორტის უკანა კედელს;
- *ე) ის არის წყვილი;

57. სულეკის მონად ცნობილია:

- ა) გაეის შუა არტერიის აორტიდან გამოსვლის ადგილი;
- ბ) ზემო ჰემოროიდული არტერიის მარჯვენა და მარცხენა ტოტალად დაყოფის ადგილი;
- *გ) უსისხლძარღვო არე სიგმის არტერიებსა და ზემო ჰემოროიდულ არტერიას შორის;
- დ) ზემო ჰემოროიდული არტერიის ჯორჯლის ქვემო არტერიიდან გამოსვლის ადგილი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

58. თეთრი ანუ ჰილგონ-ის ხაზი მდებარეობს დაკბილული ხაზის დისკალურად დაახლოებით:

- ა) 0,2 სმ;
- ბ) 0,5 სმ;
- *გ) 1,5 სმ;
- დ) 2 სმ;
- ე) 2,5 სმ;

59. მსხვილი ნაწლავის სიგრძე დაახლოებით:

- ა) 1 მ-ია;
- *ბ) 1,5-1,8 მ-ია;
- გ) 2,5 მ-ია;
- დ) 2,5-3 მ-ია;
- ე) 3 მ-ია;

60. თენიანე ცოლი-სთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მათი არსებობის საფუძველზე მსხვილი ნაწლავი გოფირებულია;
- ბ) ისინი გამოხატული აღარ არიან რექტოსიგმოიდურ უბანში;
- გ) მათი ჩამოყალიბების საფუძველს ქმნის ნაწლავის სიგრძივი კუნთოვანი შრის კონცენტრაცია;
- *დ) მათი რაოდენობა არის 4;
- ე) მათი და ნაწლავის ირგვლივი შრის კონცენტრული უბნების არსებობა განაპირობებს მსხვილი ნაწლავის ჰაუსტრაციას;

61. მსხვილი ნაწლავის ფიზიოლოგიურ ფუნქციებში შედის: 1 საკუთარი მიკროფლორით B12 და K ვიტამინების სინთეზი; 2

ელექტროლიტების შეწოვა; 3 ლორწოს სეკრეცია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი;

62. განივი კოლინჯის ჯორჯალთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მარჯვნივ მისი ძირის მდებარეობა შეესაბამება წელის II მალის ღონეს; 2 მარცხნივ მისი ძირის მდებარეობა შეესაბამება წელის I მალის ღონეს; 3 ის ქმნის ანატომიურ საზღვარს მუცლის ღრუს ზედა და ქვედა სართულებს შორის

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი;

63. მსხვილი ნაწლავის ყველაზე ვიწრო უბანია:

- ა) ცეკუმი;
- ბ) ასწვრივი კოლინჯი;
- გ) დასწვრივი კოლინჯი;
- დ) განივი კოლინჯი;
- *ე) სიგმური კოლინჯი;

64. მსხვილი ნაწლავის ყველაზე განიერი უბანია:

- *ა) ცეკუმი;
- ბ) ასწვრივი კოლინჯი;
- გ) დასწვრივი კოლინჯი;
- დ) განივი კოლინჯი;
- ე) სიგმური კოლინჯი;

65. მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარი იკვებება არტერიებით, რომლებიც ძირითადად გამოდიან: 1 ფაშვის ღეროდან; 2 ჯორჯლის ზემო არტერიიდან; 3 ჯორჯლის ქვემო არტერიიდან

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

66. მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევარი იკვებება არტერიებით, რომლებიც ძირითადად გამოდიან: 1 ფაშვის ღეროდან; 2 ჯორჯლის ზემო არტერიიდან; 3 ჯორჯლის ქვემო არტერიიდან

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

67. მსხვილი ნაწლავის ლიმფური ძარღვები: 1 განთავსებულია ლორწქვეშა შრეში; 2 განთავსებულია კუნთოვან შრეში; 3 განთავსებულია სწორი ნაწლავის არტერიების პარალელურად

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

68. ღებონვილეს ფასციასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის განთავსებულია სწორ ნაწლავსა და საშოს შორის (ქალებში);
- ბ) ის განთავსებულია შარდის ბუშგსა და სწორ ნაწლავს შორის (მამაკაცებში);
- *გ) ის არის სწ. ნაწლავის საკუთარი ანუ ამიუსის ფასციის გაგრძელება;
- დ) ის აფერხებს რექტუმიდან საშოსკენ ან შარდის ბუშგისკენ ანთებითი დაავადებების გავრცელებას;
- ე) ის აფერხებს რექტუმიდან საშოსკენ ან შარდის ბუშგისკენ სიმსივნური დაავადებების გავრცელებას.

69. პორტული ვენის სისტემაში სისხლი ჩაედინება სწ. ნაწლავის:

- ა) ზემო ნაწილიდან;
- *ბ) ზემო და შუა ნაწილებიდან;

- გ) შუა ნაწილიდან;
- დ) შუა და ქვემო ნაწილებიდან;
- ე) ქვემო ნაწილიდან;

70. ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში სისხლი ჩაედინება სწ. ნაწლავის:

- ა) ზემო ნაწილიდან;
- ბ) ზემო და შუა ნაწილებიდან;
- გ) შუა ნაწილიდან;
- დ) შუა და ქვემო ნაწილებიდან;
- *ე) ქვემო ნაწილიდან;

71. ქვემო მებუნტერულ კვანძებში ხორციელდება ლიმფის ღრენაჟი სწ. ნაწლავის: 1 ზემო ნაწილიდან; 2 შუა ნაწილიდან; 3 ქვემო ნაწილიდან

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

72. ქვემო მებუნტერული კვანძების გარდა, ლიმფა თედოს და პერიორტულ ლიმფურ კვანძებშიც ჩაედინება სწ. ნაწლავის: 1 ზემო ნაწილიდან; 2 შუა ნაწილიდან; 3 ქვემო ნაწილიდან

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

73. სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერთან მიმართებაში სწორია შემდეგი დებულებები: 1 ის შედგება გლუკკუნთოვანი ბოჭკოებისგან; 2 ის შედგება განივბოლიანი ბოჭკოებისგან; 3 მას გააჩნია ნებიითი ფუნქცია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

74. განასხვავებენ “კლინიკურ” და “ანატომიურ” ანალურ არხს. “ანატომიური” ანალური არხის ქვემო და ზემო საზღვარს წარმოადგენს:

- ა) ანალური ხვრელი და ჰილგონის ხაზი;
- ბ) ჰილგონის ხაზი და დაკბილული ხაზი;
- *გ) ანალური ხვრელი და დაკბილული ხაზი;
- დ) ანალური ხვრელი და ჰაუსტონის ნაოჭი;
- ე) ანალური ხვრელი და მორგანის სვეტების პროქსიმალური კიდე;

75. განასხვავებენ “კლინიკურ” და “ანატომიურ” ანალურ არხს. “კლინიკური” ანალური არხის ზემო და ქვემო საზღვარს წარმოადგენს:

- ა) ანალური ხვრელი და ჰილგონის ხაზი;
- ბ) ჰილგონის ხაზი და დაკბილული ხაზი;
- გ) ანალური ხვრელი და დაკბილული ხაზი;
- დ) ანალური ხვრელი და ჰაუსტონის ნაოჭი;
- *ე) ანალური ხვრელი და მორგანის სვეტების პროქსიმალური კიდე

76. Aპენდიცეს ეპიპლოიცაჟ-სთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ისინი განლაგებული არიან მსხვილი ნაწლავის გასწვრივ ერთ ან ორ რიგად;
- ბ) მათ სისქეში გაივლის ნაწლავის მკვებავი სისხლძარღვები;
- *გ) მსხვილი ნაწლავის დისტალური მიმართულებით მათი რაოდენობა კლებულობს;
- დ) მათი გამოყენება შეიძლება ნაწლავური ანასტომოზის ნაკერების ხაზის გამაგრებისათვის;
- ე) ცხიმოვან ღანამაგებთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი.

77. მსხვილი ნაწლავის ნაწილებიდან ყველაზე თხელი კეფელი აქვს:

- *ა) ბრმა ნაწლავს;
- ბ) ასწვრივ კოლინჯს;
- გ) დასწვრივ კოლინჯს;
- დ) განივ კოლინჯს;
- ე) სიგმურ კოლინჯს;

78. წერილი ნაწლავის დისკალური ბოლო ბრმა ნაწლავს უერთდება ამ უკანასკნელის

- ა) წინა-მედიალური კედლის მხრიდან;
- *ბ) უკანა-მედიალური კედლის მხრიდან;
- გ) მედიალური კედლის მხრიდან;
- დ) ლატერალური კედლის მხრიდან;
- ე) წინა კედლის მხრიდან;

79. ქვემოჩამოთვლილი კუნთებიდან სხეულის ზედაპირთან ყველაზე ახლოს მდებარეობს:

- *ა) გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილი;
- ბ) გარეთა სფინქტერის ზედაპირული ნაწილი;
- გ) გარეთა სფინქტერის ღრმა ნაწილი;
- დ) გარეთა დამხურავი კუნთი;
- ე) თეძო-კუდუსუნის კუნთი;

80. აპენდიცეს ეპიპლოიცაჲ ყველაზე მრავლად არის მსხვილი ნაწლავის შემდეგ მონაკვეთზე:

- *ა) სიგმური ნაწლავი;
- ბ) დასწვრივი კოლინჯი;
- გ) განივი კოლინჯი;
- დ) ასწვრივი კოლინჯი;
- ე) ცეკუმი;

81. სამი რიგის მარგინალური არტერიული არკადით ხორციელდება: 1 მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხის კვება; 2 მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხის კვება; 3 სიგმური კოლინჯის კვება

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

82. ერთი რიგის მარგინალური არტერიული არკადით ხორციელდება: 1 განივი კოლინჯის კვება; 2 ასწვრივი კოლინჯის კვება; 3 დასწვრივი კოლინჯის კვება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი;

83. რიოლანის რკალი ლოკალიზებულია:

- ა) ილეოცეკალურ არეში;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხეში;
- *გ) მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხეში;
- დ) სიგმური კოლინჯის ჯორჯლის მიდამოში;
- ე) კუჭ-კოლინჯის იოგის მიდამოში;

84. დასწვრივი ან სიგმური კოლინჯის ავთვისებიან სიმსივნეთა ქირურგიული მკურნალობის დროს ა. მესენტერიცა ინფერიორ-ის გადაკვანძვა საჭიროა:

- ა) ა. რეცტალის სუპერიორ-ში გადასვლის ადგილზე;
- ბ) მისგან ა. ცოლიცა სინისტრა-ს გამოყოფის ადგილზე;
- *გ) აორტიდან გამოსვლის ადგილზე;
- დ) აა. სიგმოიდეა-ს გამოყოფის ადგილზე;
- ე) ა.მესენტერიცა ინფერიორ-ის გადაკვანძვა დასახელებული ქირურგიული ჩარევების დროს არ ხდება;

85. სწორი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის დროს ა.მესენტერიცა ინფერიორ-ის გადაკვანძვა საჭიროა:

- *ა) ა. რეცტალის სუპერიორ-ში გადასვლის ადგილზე;
- ბ) მისგან ა. ცოლიცა სინისტრა-ს გამოყოფის ადგილზე;
- გ) აორტიდან გამოსვლის ადგილზე;
- დ) აა. სიგმოიდეა-ს გამოყოფის ადგილზე;
- ე) ა.მესენტერიცა ინფერიორ-ის გადაკვანძვა დასახელებული ქირურგიული ჩარევების დროს არ ხდება;

86. სწ. ნაწლავის მკვებაჲ სისხლძარღვებიდან ყველაზე სუსტად არის განვითარებული:

- ა) ა. ჰემორრჰოიდალის (იგივე რეცტალის) სუპერიორ;
- *ბ) ა. ჰემორრჰოიდალის (იგივე რეცტალის) მედი;
- გ) ა. ჰემორრჰოიდალის (იგივე რეცტალის) ინფერიორ;

- დ) სწ. ნაწლავის მკვებავი სისხლძარღვებიდან ყველა სუსტად არის განვითარებული;
- ე) სწ. ნაწლავის ძირითადი მკვებავი სისხლძარღვები დაახლოებით თანაბრად არის განვითარებული;

87. განავლის მშრალ ნაწილს აყალიბებს: 1 ბაქტერიები; 2 ნაწლავის ჩამოფცქვნილი ეპითელიუმი; 3 ლეიკოციტები და გადაუმუშავებელი საკვების (მაგ. ცელულოზა) ნაწილები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

88. გარეთა სფინქტერის შრეებისგან ყველაზე მძლავრია: 1 კანქვეშა შრე; 2 ზელაპირული შრე; 3 ღრმა შრე

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

89. მსხვილ ნაწლავში ჩამოყალიბებულ ნორმალურ განავალთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- *ა) მისი პეპტიკური ან ტუტეა;
- ბ) მას აქვს სქელი კონსისტენცია;
- გ) ის შეიცავს საჭმლის გადაუმუშავებელ ნაწილებს (მაგ. ცელულოზა) და ბაქტერიებს;
- დ) ის შეიცავს ლეიკოციტებს, ნაწლავის ეპითელს;
- ე) მის ფერს განაპირობებს სტერკობილინის შემცველობა;

90. განავალს დამახასიათებელ სუნს ანიჭებს: 1 ინდოლი; 2 სკატოლი; 3 გოგირდწყალბადი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

91. მსხვილ ნაწლავში ხდება: 1) A ვიგამინის სინთეზი; 2) B ჯგუფის ვიგამინების სინთეზი; 3) K ვიგამინის სინთეზი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

92. ჰემოროიდული კვანძების ხშირი თრომბოზი წარმოადგენს:

- ა) თვეში 1-ჯერ პროფილაქტიკური კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარების ჩვენებას;
- ბ) ნახევრადქირურგიული მეთოდების გამოყენების ჩვენებას;
- *გ) ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებას;
- დ) წელიწადში 3-ჯერ დეგრადესით მკურნალობის 2 კვირიანი კურსის ჩატარების ჩვენებას;
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

93. განავლის 1 გ ჩვეულებრივ შეიცავს:

- ა) 1 მილიონამდე ბაქტერიას;
- ბ) 10 მილიონამდე ბაქტერიას;
- *გ) 1 მილიარდამდე ბაქტერიას;
- დ) 2 მილიარდამდე ბაქტერიას;
- ე) 3 მილიარდამდე ბაქტერიას;

94. ღრმა კრიპტები უფრო ხშირად მდებარეობს:

- *ა) ანალური არხის უკანა კედელზე;
- ბ) ანალური არხის წინა კედელზე;
- გ) ანალური არხის გვერდით კედელზე;
- დ) ანალური არხის უკანა და გვერდით კედლებზე;
- ე) ანალური არხის წინა და გვერდით კედლებზე;

95. შიგნითა ჰემოროიდული კვანძები უფრო ხშირად მდებარეობს საათის ციფერბლაცის

- ა) 5, 7 და 12 რიცხვების შესაბამისად;
- *ბ) 3, 7 და 11 რიცხვების შესაბამისად;

- გ) 3, 6 და 12 რიცხვების შესაბამისად;
- დ) 1, 5 და 8 რიცხვების შესაბამისად;
- ე) 3, 7 და 12 რიცხვების შესაბამისად;

96. წინა ლევაგროსოფინქტროპლასტიკის წინ აუცილებელია საშოს I-II ხარისხის სისუფთავის მიღწევა, რაც გულისხმობს: 1 საშოდან აღებული მასალიდან B. ვაგინალის-ის სუფთა კულტურის სახით მიღებას; 2 საშოს ტუტე რეაქციას; 3 საშოდან აღებულ მასალაში ლეიკოციტების, კოკების, ეპით. უჯრედების მხედველობის არეში ერთეული რაოდენობით მოხვედრას

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

97. ანალური ქაფილისთვის დამახასიათებელია: 1 ანუსის ირგვლივი კანის მაცერაცია; 2 ანუსის ირგვლივი ნაოჭების გასაღებება; 3 ანუსის ირგვლივი კანის გარქოვანება

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

98. ქვემოწამოთვლილი ღებულებებიდან სწორია შემდეგი: 1 სიგმური კოლინჯიდან სწ. ნაწლაგში გადასვლისას ორგანოს მკვებები სისხლძარღვები იცვლის მიმართულებას; 2 სიგმური კოლინჯიდან სწ. ნაწლაგში გადასვლისას ორგანოს მკვებები სისხლძარღვები არ იცვლის მიმართულებას; 3 რექტუმის სისხლძარღვები განთავსებულია სიგრძივად

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

99. ანალური არხი გამოფენილია:

- ა) ბრტყელი გარქოვანებული ეპითელიუმით;
- ბ) ცილინდრული ეპითელიუმით;
- *გ) გარდამავალი ეპითელიუმით;
- დ) კუბური ეპითელიუმით;
- ე) სეკრეტორული ეპითელიუმით;

100. ანალური არხი ჰერმეტიკულად დახურულია ძირითადად: 1 გარეთა სფინქტერის მუსკულატურის მუღმივი აქტიურობის ხარჯზე; 2 შიგნითა სფინქტერის მუსკულატურის მუღმივი აქტიურობის ხარჯზე; 3 მ. პუბო-რეცტალის-ის მუღმივი ტონუსის ხარჯზე; 4 პასიურ მდგომარეობაში ანალური არხი არ არის ჰერმეტიკულად დახურული

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

101. ანალური არხის ღერძის მიმართულებას ძირითადად განსაზღვრავს: 1 ყითა-კულუსუნის იოგის სიგრძე; 2 ბოქვენ-კულუსუნის კუნთი; 3 ბოქვენ-სწორნაწლაგის კუნთი

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

102. სწ. ნაწლაგის შიგნითა სფინქტერის სისქე დაახლოებით:

- ა) 0,3 სმ-ია;
- ბ) 0,5 სმ-ია;
- *გ) 1 სმ-ია;
- დ) 2 სმ-ია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

103. სწ. ნაწლაგის შიგნითა სფინქტერის სიგრძე დაახლოებით:

- ა) 1-2 სმ-ია;
- ბ) 2-3 სმ-ია;

- *გ) 3-4 სმ-ია;
- დ) 5 სმ-ია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

104. ქვემოხამოთველილი კუნთებიდან სხეულის ბელაპირთან ყველაზე ახლოს მღებარეობს:

- ა) მ. ობტურატორიუს ეხტერნა;
- ბ) მ. ილიოცოცყგეუს-ი;
- გ) მ. პუბოცოცყგეუს-ი;
- დ) მ. პუბორეცტალის-ი;
- *ე) სწ. ნაწლაგის გარეთა სფინქტერი;

105. გარეთა სფინქტერის ღრმა პორციასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისი უკანა მხარე ემაგრება კულუსუნის ძვალს; 2 მისი უკანა მხარე არ ემაგრება კულუსუნის ძვალს; 3 მისი წინა მხარე ემაგრება ბოლქე-მღვიმოვან კუნთს (მამაკაცებში)

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

106. გარეთა სფინქტერის ღრმა პორციასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისი ინერვაცია ძირითადად ხორციელდება სასირცხო ნერვით; 2 მისი და შიგნითა სფინქტერის კუნთოვანი ბოჭკოები უშუალოდ ესაზღვრება ერთმანეთს; 3 მასსა და შიგნითა სფინქტერს შორის ყოველთვის არსებობს შემაერთებული ქსოვილის გარკვეული ფენა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

107. საკვებ უჯრედისთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მათი უგილიზაცია ხდება ნაწლაგური მიკროფლორით; 2 მათი ძირითადი ფუნქციაა წყლის აბსორბცია; 3 ისინი იკავშირებენ ნაღვლის მქავეებს, რითაც ხელს უწყობენ სისხლში ქოლესტერინის ღონის შემცირებას

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

108. საკვებ უჯრედის - ცელულოზას შიციავს: 1 პურის ქაგო; 2 ხილი; 3 შაქარი

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

109. საკვებ უჯრედის - ცელულოზას შიციავს: 1 პურის ქაგო; 2 ხორცი; 3 თეთრი პური

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

110. პურის ქაგოში საკვები უჯრედისის შემცველობა ღაახლოებით:

- ა) 30-35%-ია;
- ბ) 35-40%-ია;
- გ) 40-45%-ია;
- დ) 45-50%-ია;
- *ე) 50-55%-ია;

111. საკვებში ღიდი რაოღენობით ცხოველური ცილების, ცხიმების და შეღარებით მცირე რაოღენობით ნახშირწყლების გამოყენება იწვევს: 1 ნაწლაგური გრანზიგის პერიოდის გაზრღას; 2 ნაღვლოვანი მქავეების სრულყოფილ ღაშღას; 3 მსხვილი ნაწლაგის ბაქტერიული მეღაბოლიგების კონცენცრაციის ღაქვეითებას

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 1 და 2

112. საკვები ბოჭკოების დაღებითი თვისებების გამოსავლენად, ორგანიზმმა მასთან ერთად ღლის განმავლობაში უნდა მიიღოს სითხე, არაუმცირეს:

- ა) 0,5-1 -ისა;
- ბ) 1-1,5 ლ-ისა;
- *გ) 1,5-2 ლ-ისა;
- დ) 2-2,5 ლ-ისა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

113. რექტორომანოსკოპიის ჩატარების წინააღმდეგჩვენებას წარმოადგენს: 1 პარარექტულ ქსოვილთა მწკ. ანთებითი დაავადებები; 2 ფსიქოზები; 3 ლორწოვანი გარსის აწეული სისხლკონვალბობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

114. ირიგოსკოპიის შესაძლებლობებში შედის: 1 მსხვილი ნაწლავის კედლების ელასტიკურობის შესწავლა; 2 მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის რელიეფის შესწავლა; 3 მსხვილი ნაწლავის მღებარეობის შესწავლა

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

115. ბარიუმის ფაფისგან მსხვილი ნაწლავის დაცლისთანავე (ირიგოსკოპიის II ეტაპი) ჩატარებული რენტგენოგრაფია უფრო ინფორმაციულია: 1 ნაწლავური სტრიქტურების სურათის შესასწავლად; 2 მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადებების სურათის შესასწავლად; 3 მსხვილი ნაწლავის კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნეების სურათის შესასწავლად

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

116. მსხვილი ნაწლავის ბარიუმის ფაფით შევსების ეტაპზე (ირიგოსკოპიის I ეტაპი) ჩატარებული რენტგენოგრაფია უფრო ინფორმაციულია: 1 ნაწლავური სტრიქტურების სურათის შესასწავლად; 2 მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადებების სურათის შესასწავლად; 3 მსხვილი ნაწლავის კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნეების სურათის შესასწავლად

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

117. ბარიუმის ფაფისგან მსხვილი ნაწლავის დაცლისთანავე ნაწლავში ჰაერის ინსულაციის ფონზე (ირიგოსკოპიის III ეტაპი-ორმაგი კონტრასტირება) ჩატარებული რენტგენოგრაფია უფრო ინფორმაციულია: 1 ნაწლავური სტრიქტურების სურათის შესასწავლად; 2 მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადებების სურათის შესასწავლად; 3 მსხვილი ნაწლავის კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნეების სურათის შესასწავლად

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

118. სწ. ნაწლავის შიგნითა სფინქტერთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის არის გლუვიკუნთოვანი სტრუქტურა; 2 მას გააჩნია ვეგეტატიური ინერვაცია; 3 მას გააჩნია სომატური ინერვაცია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

119. სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის არის განვიგზობლიანი კუნთოვანი სტრუქტურა; 2 მას

გააჩნია ვეგეტატიური ინერვაცია; 3 მას გააჩნია სომატური ინერვაცია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

120. ლიმფური ძარღვები უფრო მრავლად არის მსხვილი ნაწლავის შემდეგ მონაკვეთში:

- *ა) ცეკუმი და ჭიაყელა ნაწლავი;
- ბ) ასწვრივი კოლინჯი;
- გ) განივი კოლინჯი;
- დ) დასწვრივი კოლინჯი;
- ე) მსხვილი ნაწლავის ყველა მონაკვეთში ლიმფური ძარღვები თანაბარი სიხშირით გვხვდება;

121. მსხვილი ნაწლავის სიმპატიკურ ინერვაციას ახორციელებს: 1) ნ. ვაგუს-ი; 2) ნ. მესენგერიცუს სუპერიორ-ი და ინფერიორ-ი; 3) ნნ. სპლანქტიცი პელვინი

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

122. მსხვილი ნაწლავის პარასიმპატიკურ ინერვაციას ახორციელებს: 1) ნ. ვაგუს-ი; 2) ნ. მესენგერიცუს სუპერიორ-ი და ინფერიორ-ი; 3) ნნ. სპლანქტიცი პელვინი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

123. მეზოპერიტონულად მდებარეობს: 1 ცეკუმი; 2 ასწვრივი კოლინჯი; 3 დასწვრივი კოლინჯი

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

124. მისნერის ნერვული წნული განთავსებულია მსხვილი ნაწლავის:

- ა) სეროზულ შრეში;
- ბ) ლორწოვან შრეში;
- *გ) ლორწქვეშა შრეში;
- დ) ინგრამუსკულურად;
- ე) ლორწქვეშა და კუნთოვან შრეებში;

125. აუერბახის ნერვული წნული განთავსებულია მსხვილი ნაწლავის:

- ა) სეროზულ შრეში;
- ბ) ლორწოვან შრეში;
- გ) ლორწქვეშა შრეში;
- *დ) ინგრამუსკულურად;
- ე) ლორწქვეშა და კუნთოვან შრეებში;

126. ანორექტულ ხაზს ქვემოთ ანალური არხის საფარველი ქვეშმდებარე ქსოვილებთან:

- ა) არ არის ფიქსირებული;
- *ბ) ფიქსირებულია პარქსის იოგით;
- გ) ფიქსირებულია ყითა-კულუსუნის იოგით;
- დ) ფიქსირებულია ჯონესკოს იოგით;
- ე) ფიქსირებულია გაგა-კულუსუნის ღორსალური იოგით;

127. სწ. ნაწლავის შიგნითა და გარეთა სფინქტერს შორის მდებარეობს:

- ა) პარქსის იოგი;
- ბ) ლორწქვეშა კუნთი;
- *გ) სწ. ნაწლავის სიგრძივი კუნთი;
- დ) ღენონვილეს ფასცია;
- ე) ლორწოვანი გარსის საკილი იოგი;

128. შიგნითა ჰემოროიდული სტრუქტურების ადგილზე დამაგრებაში მონაწილეობს ე.წ. ლორწოვანი გარსის საკიდი იოგი, რომელიც შედგება ყველა ჩამოთვლილი სტრუქტურისგან, გარდა შემდეგისა:

- ა) ანალური არხის ლორწოვან კუნთისგან გამომავალი ბოჭკოები;
- *ბ) გარეთა სფინქტერისგან გამომავალი ბოჭკოები;
- გ) შიგნითა სფინქტერისგან გამომავალი ბოჭკოები;
- დ) საერთო სიგრძივი კუნთიდან გამომავალი ბოჭკოები;
- ე) საკიდი იოგის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობს ყველა ჩამოთვლილი სტრუქტურა;

129. ჰემოროიდული დაავადების ჩამოყალიბების მექანიკური თეორიის საფუძველს ქმნის ყველა ჩამოთვლილი პუნქტი, გარდა შემდეგისა:

- ა) სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის საკიდი იოგის ლეგენერაცია;
- ბ) პარქსის იოგის მთლიანობის ღარღვევა;
- გ) ჰემოროიდული სტრუქტურების საყრდენი ქსოვილის ელასტიკურობის დაქვეითების გამო, სწორი ნაწლავის კავერნული ვენების გაფართოების შესაძლებლობა;
- *დ) სწორი ნაწლავის კავერნულ სტრუქტურებში არტერიულ-ვენური ანასტომოზების გაფართოება;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი პუნქტი აყალიბებს ჰემოროიდული დაავადების ჩამოყალიბების მექანიკურ თეორიას;

130. ჰემოროიდული ზონის შესწავლაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება: 1 ანოსკოპიას; 2 რექტოსკოპიას; 3 პროქტოგრაფიას

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

131. ჰემოროიდული დაავადების ქრ. სტადიის დიაგნოსტიკაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება: 1 დაავადების კლინიკურ სურათს; 2 შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების ზომებს; 3 გარეთა ჰემოროიდული კვანძების ზომებს; 4 შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული სტრუქტურების ურთიერთმდებარეობის განსაზღვრას

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

132. პერიანალური მიდამოს შეშუპება შეიძლება გამოიწვიოს: 1 გარეთა ჰემოროიდულმა თრომბოზმა; 2 აბსცესმა; 3 ხოწენის დაავადებამ

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

133. უკანა ღია სფინქტეროტომიასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის პრაქტიკაში პირველად დანერგა ს. ეიმენჰაიმერმა (1953); 2 ის გულისხმობს შიგნითა სფინქტერის გაკვეთას დაკბილული ხაზიდან ქვემოთ პერიანალურ კანამდე; 3 ის გულისხმობს შიგნითა სფინქტერის გაკვეთას დაკბილული ხაზიდან თეთრ ხაზამდე

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

134. ქვემო ჰემოროიდულ არტერიებთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) ისინი წარმოადგენენ შიგნითა სასირცხო არტერიის ტოტებს;
- ბ) ისინი გადაკვეთენ იშიო-რექტულ სივრცეს;
- გ) ისინი გაივლიან გარეთა სფინქტერის სისქეში;
- დ) ისინი კვებავენ ანალური არხის დისკალურ ნაწილს;
- *ე) ქვემო ჰემოროიდულ არტერიებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

135. შორისის დაწვევის სინდრომის მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 სკლეროთერაპია; 2 ბარონის რგოლით ლიგაცია; 3 კრიოთერაპია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

136. გემო ჰემოროიდულ არტერიასთან მიმართებაში არ არის სწორი:

- ა) ის წარმოადგენს ჯორჯლის ქვემო არტერიის უშუალო გაგრძელებას;
- ბ) ის იწყება იქ, სადაც ჯორჯლის ქვემო არტერია გადაჰკვეთს თედოს მარცხენა არტერიას;
- გ) ის იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ტოტებად პრომონტორიუმის ღონებზე;
- დ) ის გაივლის სიგმური კოლინჯის ჯორჯლის სისქეში;
- *ე) გემო ჰემოროიდულ არტერიასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

137. კლასიკური ანალური რეფლექსის აფერენტული და ეფერენტული გზები სასირცხო ნერვით გადის

- *ა) მ4-სეგმენტის ღონებზე;
- ბ) მ5-სეგმენტის ღონებზე;
- გ) L1-სეგმენტის ღონებზე;
- დ) L2-სეგმენტის ღონებზე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

138. კლასიკურ ანალურ რეფლექსთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) ის პირველად აღწერა ლოსოლიმო-მ 1891 წელს;
- ბ) მისი გამოწვევა შესაძლებელია პერიანალური კანის მახვილი საგნით გაღიზიანების გზით;
- გ) მის დროს აღინიშნება სწორი ნაწლავის გარეთა სფინქტერის შეკუმშვა;
- დ) მისი ანაგომიური ცენტრი მდებარეობს შურგის ტვინის გავის ნაწილში;
- *ე) კლასიკურ ანალურ რეფლექსთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

139. რეტორექტულ სივრცესთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მის გემო საზღვარს წარმოადგენს პარიესული პერიტონეუმი; 2 მის ლაგერალურ ნაწილში გაივლის შარდსაწვეთი; 3 მის ლაგერალურ ნაწილში გაივლის თედოს არტერიის ტოტები

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

140. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტის განთავსებას ჯაკ-კნიფე (ჯიბის დანის, ჯაყვის) პოზიციაში:

- ა) პაციენტი წევს მუცელსა და გულმკერდზე; მისი ქვემო კიდურები ბლაგვი კუთხით არის დაშვებული ქვემოთ გაშლილ და ოღნავ განზიდულ მდგომარეობაში;
- ბ) პაციენტი წევს მარცხენა (ან მარჯვენა) გვერდზე; მარცხენა ქვემო კიდური მუხლის სახსარში მცირედ მოხრილია, მასზე გემოდან არის გადაღებული მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილი მარჯვენა ქვემო კიდური;
- გ) პაციენტი წევს შურგზე, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი და განზიდული ქვემო კიდურებით;
- *დ) პაციენტი წევს მარჯვენა გვერდზე მენჯ-ბარძაყის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი ქვემო კიდურებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

141. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტის განთავსებას სიმსის პოზიციაში:

- ა) პაციენტი წევს მუცელსა და გულმკერდზე; მისი ქვემო კიდურები ბლაგვი კუთხით არის დაშვებული ქვემოთ გაშლილ და ოღნავ განზიდულ მდგომარეობაში;
- *ბ) პაციენტი წევს მარცხენა (ან მარჯვენა) გვერდზე; მარცხენა ქვემო კიდური მუხლის სახსარში მცირედ მოხრილია, მასზე გემოდან არის გადაღებული მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილი მარჯვენა ქვემო კიდური;
- გ) პაციენტი წევს შურგზე, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი და განზიდული ქვემო კიდურებით;
- დ) პაციენტი წევს მარჯვენა გვერდზე მენჯ-ბარძაყის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი ქვემო კიდურებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

142. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტის განთავსებას ლეჰაქეს პოზიციაში:

- *ა) პაციენტი წევს მუცელსა და გულმკერდზე; მისი ქვემო კიდურები ბლაგვი კუთხით არის დაშვებული ქვემოთ გაშლილ და ოღნავ განზიდულ მდგომარეობაში;
- ბ) პაციენტი წევს მარცხენა (ან მარჯვენა) გვერდზე; მარცხენა ქვემო კიდური მუხლის სახსარში მცირედ მოხრილია, მასზე გემოდან არის გადაღებული მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილი მარჯვენა ქვემო კიდური;
- გ) პაციენტი წევს შურგზე, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი და განზიდული ქვემო კიდურებით;
- დ) პაციენტი წევს მარჯვენა გვერდზე მენჯ-ბარძაყის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი ქვემო კიდურებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

143. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტის განთავსებას ლითოტომის პოზიციაში:

- ა) პაციენტი წევს მუცელსა და გულმკერდზე; მისი ქვემო კიდურები ბლაგვი კუთხით არის დაშვებული ქვემოთ გაშლილ და ოღნავ განზიდულ მდგომარეობაში;
- ბ) პაციენტი წევს მარცხენა (ან მარჯვენა) გვერდზე; მარცხენა ქვემო კიდური მუხლის სახსარში მცირედ მოხრილია; მასზე გემოდან არის გადაღებული მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილი მარჯვენა ქვემო კიდური;

- * გ) პაციენტი წევს ზურგზე, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი და განზიდული ქვემო კიდურებით;
- ღ) პაციენტი წევს მარჯვენა გვერდზე მენჯ-ბარძაყის სახსრებში სწორი კუთხით მოხრილი ქვემო კიდურებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

144. ევოლუციის შედეგად რა სახის მიკროორგანიზმები წარმოადგენენ ობლიგატურ ანუ ნორმალურ მიკროფლორას მსხვილ ნაწლავში: 1) ნაწლავის ჩხირი; 2) პროტეუსი; 3) ბიფილო-ლაქტო ბაქტერიები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 1;3
- ე) 1;2;3

145. რა როლდენობით არის წარმოდგენილი ობლიგატური ფლორის ძირითადი შტამები - ნაწლავის ჩხირი (B. ცოლი) კოლონიები მსხვილი ნაწლავის ბიოცენოზში: 1) 10 ხარისხად 5 ; 2) 10 ხარისხად 6; 3) 10 ხარისხად 7; 4) 10 ხარისხად 9; 5) 10 ხარისხად 10

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- ღ) 4
- ე) 5

146. რა სახის საკვები ქმნის მსხვილი ნაწლავის ფუნქციონირებისათვის ოპტიმალურ რიგს: 1) მდიდარი ცილებით; 2) მდიდარი ცხიმებით; 3) მდიდარი ნახშირწყლებით; 4) მდიდარი უჯრედისით; 5) მდიდარი სითხეებით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 4
- ე) 5

147. როგორ ხორციელდება მსხვილ ნაწლავში შიგთავსის გრანპორტი ორი გიპის მოძრაობის, კერძოდ, სეგმენტაციის და ჰაუსტრალური განზიდვის შემდეგ: 1) მსხვილი ნაწლავის რელაქსირებით; 2) ნაწლავშიდა წნევის მომატებით; 3) რეზორბციის გაძლიერებით; 4) პერისტალტიკით; 5) ფერმენტული აქტივობით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 4
- ე) 5

148. რა საზღვრავს სწორი ნაწლავის მენჯისა და შორისის ნაწილებს: 1) ლევატორები; 2) ანალური სფინქტერი; 3) ანალური არხი; 4) ამპულა; 5) ვალდეიერის ფასცია

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- ღ) 4
- ე) 5

149. ”მცირე მენჯი” შემოიფარგლება ყველა ჩამოთვლილი სტრუქტურით, გარდა შემდეგისა:

- ა) გაფუ-კულუსუნის ძვლები
- ბ) ბოქვენის ძვლებით და სიმფიზი
- *გ) წელის V მალა
- ღ) საჯდომი ძვლები

150. რა დროს არის ნაჩვენები პაციენტის განთავსება ლითოგომიის პოზიციაში: 1) სინქრონული მუცელ-შორისის ჩარეგების დროს; 2) კაულალური პათოლოგიის კორექციის დროს; 3) შორისზე ან ანალურ არხზე ოპერაციების წარმოების დროს

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 1;3
- ე) 1;2

151. რა პრიორიტეტები გააჩნია გვერდით დახურულ (ლატერალურ სფინქტეროტომიას) უკანა ღია სფინქტეროტომიასთან შედარებით: 1) დომირებული იკვეთება გარეთა და შიგნითა სფინქტერი; 2) იკვეთება შიგნითა სფინქტერი; 3) არ ზინალება ლორწოვანი გარსი

- ა) 1
- ბ) 2

- გ) 3
- ღ) 1;3
- *ე) 2;3

152. ასრულებენ თუ არა რაიმე ფუნქციას ყითას არხში განლაგებული კავერნული (გაურთულებული) სტრუქტურები და თუ ასრულებენ რა სახით: 1) ხელს უწყობენ ლეფეკაციას; 2) მონაწილეობენ ანალური გასაღელის სრული ჰერმეტიზმის უზრუნველყოფაში; 3) მონაწილეობენ ანუსის ამწე ფუნქციაში; 4) აძლიერებენ სფინქტერის ტონუსს; 5) არანაირი ფუნქცია არ გააჩნიათ

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- ღ) 4
- ე) 5

153. გოპოგრაფიულ-ანატომიური მოსაზრებით რომელ ნაწილს უწოდებენ მენჯის ფსკერს: 1) ანალურ არხს; 2) პერიანალურ მიდამოს; 3) გაფა-კულუსუნის მიდამოს; 4) შორისის მიდამოს; 5) ანო-რექტულ კუთხეს

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 4
- ე) 5

154. შორისის მიდამოსთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1) იგი იმყოფება ანალურ ხვრელსა და სასქესო ორგანოებს შორის; 2) მის სივრცეში არსებობს ორი ლიფრაგმა - შარლსასქესო და მენჯის; 3) მის სისქეში გაღის ქალისა და მამაკაცის შარლ-სასქესო ორგანოები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- ღ) 1;2
- *ე) 1;2;3

155. როგორი ფორმა აქვს შორისს: 1) სამკუთხედის; 2) მართკუთხედის; 3) ტრაპეციის მაგვარი; 4) რომბისმაგვარი; 5) ელიფსური

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 4
- ე) 5

156. რას წარმოადგენს შორისის მყესოვანი ცენტრი: 1) აბონევრობული სტრუქტურების ჯგუფს; 2) შარლ-სასქესო ორგანოების ფასციურ ელემენტებს; 3) კუნთოვანი სტრუქტურების შენაერთებს; 4) პერიანალური კანის ელემენტებს; 5) შორისში მდებარე ორგანოების მიერთების ადგილს

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- ღ) 4
- ე) 5

157. მცირე მენჯის რომელ სივრცეს უწოდებენ ლეგლასის ფოსოს (ჯიბეს): 1) მამაკაცებში, რომელიც წარმოიშევა პარიესული ფურცლის ნაკეციტ სწორ ნაწლავსა და შარლის ბუშგას შორის; 2) ქალებში, რომელიც წარმოიშევა პარიესული ფურცლის ნაკეციტ სწორ ნაწლავსა და სამეილოსნოს შორის; 3) ქალებში, რომელიც წარმოიშევა პარიესული ფურცლის ნაკეციტ სამეილოსნოსა და შარლის ბუშგას შორის

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 1;2
- ე) 1;2;3

158. რომელ პოზიციაშია უმჯობესი რექტოსკოპიის ჩატარება: 1) ზურგზე წოლით; 2) მუცელზე წოლით; 3) გვერდზე წოლით; 4) მუხლ-იდაყვის პოზიციაში; 5) ლითოგომიის პოზიციაში

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 4

ე) 5

159. რა მექანიზმით ყალიბდება კოლინჯის ფიზიოლოგიური სფინქტერები: 1) ლორწოვანი გარსის შიპერტროფიით; 2) ჰაუსტრების გასქელებით; 3) კუნთოვანი შრის შიპერტროფიით; 4) სეროზული გარსის შიპერტროფიით; 5) ნაწლავური სეგმენტების გოფირებით

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

160. რა დროს არის რეკომენდებული მსხვილი ნაწლავის რენგენოკონტრასტული გამოკვლევა პერორალური /პერ ოს/ გზით: 1) ილეო-ცეკალური კუთხის გამოკვლევისათვის; 2) კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის შესასწავლად; 3) კოლინჯის მარცხენა ნახევრის გამოკვლევის დროს

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

161. როდის არის დაუშვებელი მსხვილი ნაწლავის რენგენოკონტრასტული გამოკვლევა: 1) მსხვილი ნაწლავის სპასტიკური მდგომარეობის დროს; 2) მსხვილი ნაწლავის გოქსიკური დილატაციის დროს; 3) მსხვილი ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევაში

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

162. რას ახასიათებს ანალური (როსოლიმოს) რეფლექსი: 1) ანალური არხის კედლების ელასტიკურობას; 2) ანალური სფინქტერის ნეირო-რეფლექსური კავშირების მდგომარეობას; 3) პერიანალური კანის ნეირო-რეფლექსურ კავშირებს; 4) სწორი ნაწლავის დისტალური ნაწილის სისხლძარღვოვან შეკუმშვას; 5) ანუსის ამწევი კუნთების რეფლექსურ ფუნქციას

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

163. რა მანიპულაციის შემდეგ არის რეკომენდებული რექტორომანოსკოპიის წარმოება: 1) სფინქტერომეციის; 2) ვიზუალური ლათვალიერების; 3) ვიზუალური ლათვალიერების და თითო რევიზიის; 4) რენგენოკონტრასტული გამოკვლევის შემდეგ

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

164. რა შესაძლო გართულებები ახლავს დიაგნოსტიკურ კოლონოსკოპიას: 1) ნაწლავთა გადახლართვა; 2) სისხლდენა; 3) პერფორაცია

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

165. კოლონოსკოპიას უპირატესობა ეძლევა ირიგოსკოპიასთან შედარებით ყველა ჩამოთვლილი დაავადებების დიაგნოსტიკაში, გარდა:

- ა) მსხვილი ნაწლავის პოლიპები
- ბ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი
- გ) კრონის დაავადება
- *დ) დიფერტიკულოზი
- ე) მსხვილი ნაწლავის კიბო

166. რომელი მეთოდი მიგანჩნიათ ოპტიმალურად ნაწლავებში აირებისა და სითხის დონის განსაზღვრისათვის: 1) მუცლის მიმოხილვითი რენგენოგრაფია ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში; 2) მუცლის მიმოხილვითი რენგენოგრაფია ვერტიკალურ მდგომარეობაში; 3) რენგენოკონტრასტული პერორალური გამოკვლევა; 4) ირიგოსკოპია ლაგუმბით; 5) ირიგოსკოპია ორმაგი

კონგრასტირებით:

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

167. მოსვენების, ანუ დეფეკაციის გარეშე პერიოდში შორისის რომელ სტრუქტურას აკისრია მთავარი ფუნქცია კონტინენციაში:

- 1) ანალური არხის კედლებს; 2) ლევატორებს; 3) შიგნითა სფინქტერს; 4) გარეთა სფინქტერს; 5) ბოქვენ-სწორნაწლავის კუნთს
- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

168. რომელი სტრუქტურები “უზრუნველყოფენ” ანალური გასავლის ჰერმეტიკობას: 1) ანალური არხის კავერნული სხეულები; 2) შიგნითა სფინქტერი; 3) გარეთა სფინქტერი; 4) შიგნითა სფინქტერი და კავერნული სხეულები; 5) გარეთა სფინქტერი და კავერნული სხეულები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) 5

169. სფინქტერომეტრული კვლევის ძირითადი პარამეტრებია: 1) ტონუსი მოსვენებულ მდგომარეობაში; 2) ნებითი შეკუმშვის მაჩვენებლები; 3) შეკუმშვის მაქსიმალური ძალა

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

170. სწორი ნაწლავი ასრულებს ყველა ჩამოთვლილ ფუნქციას, გარდა შემდეგისა:

- ა) აბსორბციული
- ბ) ექსკრეტორული
- გ) რეზერვუარული
- *დ) მიკროფლორის ფერმენტული აქტივობა
- ე) ევაკუატორული

ანალური ნაპრალი, ანალური სტრიქტურა, პექტენოზი

171. ანორექტული კუთხის სილინე ნორმის ფარგლებში არის:

- *ა) 80-130 გრადუსი;
- ბ) 60-80 გრადუსი;
- გ) 130-140 გრადუსი;
- დ) 150 გრადუსი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

172. ქვემოჩამოთვლილიდან ანალური ნაპრალის კლასიკურ სიმპტომებს მიეკუთვნება: 1 ქავილი; 2 ტკივილი; 3 უმნიშვნელო სისხლდენა;

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

173. ანალური ნაპრალის ჩამოყალიბების ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება იყოს: 1 დეფეკაციის რიგმის და ექსკრემენტების კონსისტენციის დარღვევა; 2 ნაწლავის ქრ. ანთებითი დაავადებები; 3 მწვ. ლეიკოზი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

174. ანალური სფინქტერის პექტენოზი ყალიბდება: 1 ანალური პოლიპის ფონზე; 2 ანალური ნაპრაღის ფონზე; 3 რექტოცელეს ფონზე;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

175. “საგუშაგო ბორცვი” გვხვდება:

- ა) მწვ. ანალური ნაპრაღის დისგალურ კიდეში;
- ბ) ქრ. ანალური ნაპრაღის პროქსიმალურ კიდეში;
- გ) მწვ. ანალური ნაპრაღის პროქსიმალურ კიდეში;
- *დ) ქრ. ანალური ნაპრაღის დისგალურ კიდეში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

176. ჰიპერტროფიული ღერილი გვხვდება:

- ა) მწვ. ანალური ნაპრაღის დისგალურ კიდეში;
- ბ) ქრ. ანალური ნაპრაღის პროქსიმალურ კიდეში;
- *გ) მწვ. ანალური ნაპრაღის პროქსიმალურ კიდეში;
- დ) ქრ. ანალური ნაპრაღის დისგალურ კიდეში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

177. ანალური ნაპრაღის სამკურნალოდ გამოიყენება: 1 ცინკის შემცველი სახითლები; 2 “ფორმულა ფერგუსონ 361”; 3 ნიტროგლიცერინის შემცველი აპლიკაციები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

178. ღია ღობირებული სფინქტეროტომიის ჩატარება დასაშვებია: 1 წინა კელეღზე მამაკაცებში; 2 წინა კელეღზე ქალებში; 3 უკანა კელეღზე ორივე სქესის წარმომადგენლებში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

179. ანალური უკმარისობის საშიშროება გაცილებით დაბალია: 1 უკანა ღია ღობირებული სფინქტეროტომიის შემდეგ; 2 წინა ღია ღობირებული სფინქტეროტომიის შემდეგ; 3 გვერდითი დახურული სფინქტეროტომიის შემდეგ

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

180. სწ. ნაწლავის სტრიქტურის ჩამოყალიბება შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) პრესაკრულმა გერატომამ;
- ბ) სწ. ნაწლავის ვილოზურმა პოლიპმა;
- გ) რექტოცელემ;
- *დ) ქირურგიულმა ჩარევამ;
- ე) სწორია ყველა პასუხი

181. III ხარისხის ანალური სტრიქტურისთვის დამახასიათებელია: 1 უცხო სხეულის შეგრძნება სწ. ნაწლავში; 2 წყლის კონსისტენციის ნაწლავის შიგთავსის უსისტემო გადმოსვლა; 3 კოლოსტამის ჩამოყალიბება

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

182. ანალური სტრიქტურის ლიკვიდაცია შესაძლებელია: 1 ნაწიბურის გაწვევით (მაგ. რექტული სარკით, ფარაბეფის კავებით და ა.შ.); 2 ნაწიბურის ამოკვეთით; 3 ნაწიბურის გაკვეთით ნაწლავის განივი ღერძის გასწვრივ

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1, 2 და 3

183. ანალური სტრიქტურას შეიძლება თან ახლდეს: 1 ანალური უკმარისობის მოვლენები; 2 პერიანალური კანის მაცერაცია და ქავილი; 3 ტენემზები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

184. პიკუსის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) ანალური ნაწიბურის ამოკვეთის შემდეგ მიღებული ჭრილობის სიგრძივი მიმართულებით გაკერვას;
- *ბ) ანალური ნაწიბურის ამოკვეთის შემდეგ, ლორწოვანი გარსის პერიანალურ კანთან მიკერვას;
- გ) ანალური ნაწიბურის ამოკვეთის შემდეგ, ჭრილობის ღიად დატოვებას შემდგომი გამჟონაციით;
- დ) ანალური ნაწიბურის ამოკვეთის შემდეგ, ლორწოვანი გარსის ჭრილობის ფსკერზე ჩაკერვას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

185. ქრ. ანალური ნაპრალის შესაძლო გართულებებს მიეკუთვნება:

- ა) ანემია;
- ბ) სწ. ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნა;
- გ) მალიგნიზაცია;
- *დ) პექტენოზი;
- ე) ანალური სფინქტერის უკმარისობა;

186. ქრ. ანალური ნაპრალის მკურნალობა მიმანშეწონილია: 1 სფინქტერის დილატაციის მეთოდით; 2 სპირტ-ნოვოკაინის ბლოკადით; 3 გვერდითი დახურული სფინქტეროტომიის გზით; 4 ნაპრალის ამოკვეთისა და სფინქტეროტომიის გზით

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

187. ნაპრალის ამოკვეთისა და სფინქტეროტომიის შემდგომი შესაძლო გართულებაა: 1 ანალური არხის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნა; 2 სფინქტერის უკმარისობა; 3 ნაწლავის პერფორაცია

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

188. ქრ. ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელია: 1 ფსკერი ფიბრინული ნაღებით; 2 ნაზი კიდეები; 3 პროქსიმალური მიმართულებით დაკბილულ ხაზამდე გაფრცელება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

189. მწვ. ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელია: 1 არასწორი კიდეები; 2 სუფთა ფსკერი; 3 დისტალურ კიდეში “საგუმზაგო ბორცვი”

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

190. სწორი ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექციის შემდეგ, რეკონსტრუქციულ-აღდგენითი სახის ქირურგიული ჩარევა დასაშვებია:

- ა) 2-6 თვეში;
- ბ) 7-8 თვეში;
- გ) 9-10 თვეში;

- *დ) 12-18 თვეში;
- ე) 2 წელიწადში;

191. მწვ. ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელია: 1 სუფთა ფსკერი; 2 სწორი კიდეები; 3 დისტალურად “საგუშაგო ბორცვი”

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

192. ანალური ნაპრალის ჩამოყალიბების პათოგენურ საფუძველს ქმნის ანოლერმის მთლიანობის დარღვევა: 1 უცხო სხეულის გემოქმედებით; 2 ოყნის ბუნიკის გემოქმედებით; 3 საკვების მოუნელებელი ნაწილაკების გემოქმედებით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1, 2 და 3
- *ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

193. პექტენომის განვითარება პირდაპირ კავშირშია: 1 ანალური ნაპრალის სიგრძეზე ზომასთან; 2 ანალური ნაპრალის განივ ზომასთან; 3 დაავადების ხანგრძლივობასთან

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

194. ქრ. ანალური ნაპრალისთვის დამახასიათებელია: 1 დისტალურად “საგუშაგო ბორცვი”; 2 პროქსიმალურად შიპერტროფიული ანალური დერილი; 3 სწორი კიდეები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 1 და 2

195. ანალური ნაპრალის ჩამოყალიბების ალბათობა მაღალია: 1 ლორწოქვეშა კუნთის დაზიანების ფონზე; 2 გარეთა სფინქტერის შიპერტროფიის ფონზე; 3 ანალური ქავილის ფონზე

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

196. ანალური ნაპრალის უპირატესად უკანა კედელზე ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს: 1 ანალური არხის უკანა კედლის კარგი ფიქსაცია ქვეშმდებარე ქსოვილებთან; 2 ანალური არხის უკანა კედლის ცუდი ფიქსაცია ქვეშმდებარე ქსოვილებთან; 3 ანორექტული კუთხის არსებობა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

197. ანალური სფინქტერის სპაზმს განაპირობებს: 1 ანალური ნაპრალის დაკბილულ ხაზამდე გავრცელება; 2 ნაპრალის ფსკერზე არსებულ ნერვულ დაბოლოებათა ანთება; 3 ლორწოქვეშა კუნთის დაზიანება

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3;
- ე) სწორია 1 და 2

198. ქრ. ანალური ნაპრალის მიკროსკოპიული სურათისთვის დამახასიათებელია: 1 სკლეროზული ცვლილებები ნაპრალის ფსკერიდან აღებულ მასალაში; 2 რეგენერაციის ნიშნები ნაპრალის კიდეებიდან აღებულ მასალაში; 3 სკლეროზული ცვლილებები, გავრცელებული შიგნითა სფინქტერის ბოჭკოებზე

- ა) 1
- ბ) 2

ე) 2;3

207. III ხარისხის ანალურ სტრიქურას ახასიათებს: 1) ანალური არხის შევიწროება 0,5 სმ-მდე; 2) ლეფეკაციის აქტის რეგულირების აუცილებლობა სხვადასხვა საფაღარათობით; 3) ანალური ფუნქციის დარღვევა

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

208. რომელი მეთოდი ითვლება ოპტიმალურად III ხარისხის სტრიქურების ქირურგიულ მკურნალობაში: 1) სტრიქურექტომია უკანა სფინქტეროტომიასთან ერთად; 2) სტრიქურექტომია დახურული ლატერალური სფინქტეროტომიით; 3) სტრიქურექტომია და ჭრილობის პლასტიკური დახურვა აუტოქსოვილებით

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

მწვავე პარაპროქტიტი, ანაერობული ინფექცია

209. კრიპტოგლანდულური გენების მწ. პარაპროქტიტის დროს ინფექცია უფრო ხშირად ვრცელდება:

- *ა) კანქვეშა სივრცეში
- ბ) იშიორექტულ სივრცეში
- გ) პელვიორექტულ სივრცეში
- დ) რეტორექტულ სივრცეში
- ე) სფინქტერთშორის სივრცეში

210. შიგნითა ხერხელის არარსებობის შემთხვევაში პარარექტული ქსოვილების ჩირქოვანი ანთების მიზეზი შეიძლება იყოს: 1) ფურუნკული, კარბუნკული; 2) აქტინომიკოზი; 3) ვენერიული ლიმფოგრანულომა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი
- ე) სწორია 1 და 2

211. მწვავე პარაპროქტიტის კლინიკური სურათისთვის დამახასიათებელია: 1) ტკივილი ჯდომის და სიარულის დროს; 2) ტკივილის გაძლიერება ხველების დროს; 3) ტკივილი ქვემო კიდურებში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი
- *ე) სწორია 1 და 2

212. იშიო- და პელვიორექტული პარაპროქტიტის დროს: 1) აღინიშნება პერიანალური კანის ჰიპერემია; 2) პალპაციით შეიგრძნობა ფლუქუაცია; 3) პერიანალურ კანზე თითის წვერებით განხორციელებული ბიძგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს დაავადების მხარეს

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

213. მწვავე პარაპროქტიტის გამომწვევი უფრო ხშირად არის:

- ა) ანაერობული ინფექცია;
- ბ) სტრეპტოკოკი;
- გ) ტუბერკულოზური მიკობაქტერია;
- *დ) ნაწლავის ჩხირი;
- ე) ლაბითი ინფექცია.

214. პარარექტულ ჩირქოვანობა მიკროფლორაში უფრო ხშირად ჭარბობს: 1) სტაფილოკოკი ნაწლავის ჩხირთან ერთად; 2) სტრეპტოკოკი ნაწლავის ჩხირთან ერთად; 3) სტაფილოკოკი; 4) სტრეპტოკოკი

- *ა) 1
- ბ) 2

- გ) 3
- დ) 4
- ე) სწორია 1 და 2

215. რა მოცულობის დახმარება უნდა ჩატარდეს მაღალი ლოკალიზაციის მწვავე პარაპროქტივის დროს არასპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებაში?

- ა) ჩირქგროვის პუნქცია მსხვილი ნემსით;
- ბ) ჩირქგროვის პუნქცია მსხვილი ნემსით, პლუს ანტიბიოტიკოთერაპია;
- გ) ჩირქგროვის გახსნა, დრენირება, პარაპროქტივის შიგნითა ხერელის ლიკვიდაცია;
- *დ) ჩირქგროვის ფართოდ გახსნა, დრენირება;
- ე) ჩირქგროვის გახსნა მცირე ზომის განაკვეთით.

216. სუპრალევვატორული აბსცესი შეიძლება ჩამოყალიბდეს: 1 სფინქტეროშორისი ან იშორექტული აბსცესის პროქსიმალური მიმართულებით გავრცელების ფონზე; 2 კრონის დაავადების ფონზე; 3 პერფორაციული დივერტიკულიტის ფონზე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

217. აიროვანი განგრენის დროს ვითარდება: 1 მრავალრიცხოვანი აბსცესები; 2 გრავემული შოკი; 3 კუნთოვანი და ძვლოვანი ქსოვილის ნეკროზი; 4 კუნთებისა და შემაერთებული ქსოვილის ნეკროზი;

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

218. აიროვანი განგრენის კლინიკური ფორმებია:

- ა) მწვავე, ქვემწვავე;
- *ბ) მწვავე, ელვისებური;
- გ) მწვავე, ქრონიკული;
- დ) ქრონიკული, მორეციდივე;
- ე) მორეციდივე, ღუნელ მიმდინარე;

219. პარარექტული ქსოვილების აიროვანი განგრენის დროს ალგილობრივად გამოხატულია:

- ა) ანთება, ჰიპერემია;
- ბ) შეშუპება, კუნთების ტრემორი;
- გ) შეშუპება, მკვეთრ კონტურებიანი მოწითალო ლაქები კანზე;
- *დ) ემფიზემა, შეშუპება;
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

220. პარარექტული ქსოვილების აიროვანი განგრენის დროს უმთავრესი მნიშვნელობის სამკურნალო ღონისძიებებია:

- ა) ანტიბიოტიკური თერაპია;
- ბ) ანტიგანგრენული შრატის სამკურნალო ღობის ორგანიზმში შეყვანა;
- *გ) ინფექციის კერის გახსნა, ნეკრექტომია;
- დ) ანტიბაქტერიული თერაპია;
- ე) პათოლოგიის უბნის ანტიბიოტიკებით ინფილტრაცია;

221. რა გართულება შეიძლება განვითარდეს გაგა-კულუსუნის (და საერთოდ ნებისმიერი) მიღამოს აქტინომიკოზური აბსცესის დრენირების შემდეგ? 1 ინფილტრატის ზომებში მატება; 2 ფისგულების ჩამოყალიბება; 3 სხვა ქსოვილებში მოთესვა და მეტასტაზირება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი;

222. აქტინომიცეტები თავიანთ პათოლოგიურ თვისებებს განსაკუთრებით კარგად ავლენენ, როცა ისინი ხვდებიან: 1 გლიკოგენით მდიდარ ქსოვილებში; 2 იშემიურ ქსოვილებში; 3 სისხლსავსე ქსოვილებში;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 1 და 2

223. კუჭ-ნაწლავის გრაქის აქტინომიკომის დროს, პათოლოგიური პროცესი უფრო ხშირად ლოკალიზებულია:

- ა) წვრილ ნაწლავში;
- *ბ) ბრმა ნაწლავში;
- გ) სიგმურ ნაწლავში;
- დ) სწორ ნაწლავში;
- ე) კუჭ-ნაწლავის გრაქი აქტინომიკომურ დამიანებას არ განიცდის;

224. პარარექტული ქსოვილების აიროვანი განგრენის დროს გამოხატულია ყველა სიმპტომი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მოუსვენრობა;
- *ბ) ბრალიკარდია;
- გ) არტერიული წნევის დაქვეითება;
- დ) ტკივილი;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი დამახასიათებელია აიროვანი განგრენისთვის;

225. კლოსტრიდიული ანაერობული ინფექციის გამომწვევია: 1 ჩლ. ოელემბაგიენს ეტ პერფრინგენს-ი; 2 ბაცტერიოდეს ფრაგილის-ი; 3 ბ. მელანინოგენიცუს-ი; 4 ლ. მონოცეტოგენეს-ი;

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

226. არაკლოსტრიდიული ანაერობული ინფექციის გამომწვევი შეიძლება იყოს: 1 ბაცტერიოდეს ფრაგილის-ი; 2 ბ. მელანინოგენიცუს-ი; 3 ჩამპელობაცტერ ფეტუს-ი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში

227. რომელი ჯგუფის ანტისეპტიკური საშუალებების გამოყენება არის აუცილებელი აიროვანი განგრენის დროს?

- ა) მძიმე მეტალის მარილების (ლიოცილი და სხვ.);
- *ბ) მეანგაგების (წყალბადის მეტანგი, კალიუმის პერმანგანატი და სხვ.);
- გ) მეაგების (ბორის მეაგა და სხვ.);
- დ) საღებავების (რივანოლი და სხვ.);
- ე) ჰალოიდების (ქლორჰექსიდინი და სხვ.);

228. პარარექტული ქსოვილების აიროვანი განგრენის დროს ქირურგიული ტექნიკა აუცილებლად უნდა გულისხმობდეს: 1 კანისა და კანქვეშა ქსოვილების ეკონომიურ გაკვეთა-ამოკვეთას (სწ. ნაწლავის მომჭერი აპარატის დამოგვის მიზნით); 2 კანისა და კანქვეშა ქსოვილების ფართოდ გახსნას უსიცოცხლო ქსოვილების ამოკვეთით; 3 ქსოვილებზე ლამპასური განაკვეთების გაგარებას;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

229. გავა-კულუსუნის მიდამოს დერმოიდული კისტები (და სავსებით დერმოიდული სიმსივნეები) ყალიბდება:

- ა) შემაერთებელი ქსოვილისგან;
- ბ) ეპითელიური ქსოვილისგან;
- *გ) ექტოდერმის ემბრიონული ჩანასახოვანი ფურცლებიდან;
- დ) მეზოთელიუმისგან;
- ე) ჯირკვლოვანი ეპითელისგან;

230. მწვ. პარაპროქტიგის დროს შიგნითა ხერედი უფრო ხშირად მდებარეობს:

- *ა) ანალური არხის უკანა კედელზე;
- ბ) ანალური არხის წინა კედელზე;
- გ) ანალური არხის მარჯვენა-გვერდით კედელზე;
- დ) ანალური არხის მარცხენა-გვერდით კედელზე;
- ე) ანალური არხის წინა-მარჯვენა კედელზე;

231. სად მდებარეობს კრიპტოგლანდულური გენემის მწვ. პარაპროქტიგის შიგნითა ხერედი?

- *ა) ანალურ არხში;
- ბ) პერიანალურ არეში;
- გ) სწ. ნაწლავის ამპულურ ნაწილში;
- დ) კულუსუნის არეში;
- ე) შიგნითა ხერეული შეიძლება საერთოდ არ არსებობდეს;

232. მწვ. პარაპროქტიგის შიგნითა ხერეული მდებარეობს:

- ა) სწ. ნაწლავის შუა მესამედში;
- ბ) მორგანის სეგმების მიდამოში;
- *გ) მორგანის კრიპების მიდამოში;
- დ) პერიანალურ არეში;
- ე) კულუსუნის არეში;

233. მწვ. პარაპროქტიგის შიგნითა ხერელის მდებარეობის განსასამდგრაგად რომელი მეთოდი ყველაზე ინფორმატიული?

- ა) რექტორომანოსკოპია;
- *ბ) სწ. ნაწლავის თითით გამოკვლევა;
- გ) ანოსკოპია;
- დ) პერიანალური მიდამოს ინსპექცია;
- ე) პერიანალური მიდამოს პალპაცია;

234. სწორი ნაწლავის რთული ფისტულების დროს უფრო ხშირად: 1 ფისტულის გარეთა ხერეული ანუსთან ახლოს მდებარეობს; 2 პალპაციით ფისტულის არხი ზონარის სახით არ შეიგრძნობა; 3 ჩირქოვანი გამონადენი ღიდი რაოდენობით არის;

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

235. ექსტრასფინქტურული ფისტულის დროს: 1 ჩირქოვანანთებით ღებოთა არსებობა იშვიათობას წარმოადგენს; 2 ჩირქოვანანთებით ღებოთა არსებობა ხშირია; 3 ფისტულის გარეთა ხერელში შეტანილი ზონდი მიემართება სწორი ნაწლავისკენ;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

236. მწვ. პარაპროქტიგი უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ქალებში;
- *ბ) მამაკაცებში;
- გ) ახალშობილებში;
- დ) ბავშვებში;
- ე) ქალებსა და მამაკაცებში გვხვდება ერთნაირი სიხშირით;

237. შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზს ხშირად თან ახლავს:

- ა) ანალური სფინქტერის უკმარისობა;
- *ბ) ანალური სფინქტერის სპაზმი;
- გ) ანალური სფინქტერის უკმარისობა, სისხლდენა;
- დ) ანალური სფინქტერის უკმარისობა, ტკივილი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

238. უფრო ხშირად კულუსუნის ეპით. გზა პირველად მწვავედება:

- ა) ბავშვობის ასაკში;
- ბ) ხანდაზმულობის ასაკში;
- გ) მოხუცებულობის ასაკში;
- *დ) ახალგაზრდა ასაკში;
- ე) რაიმე კანონზომიერება კეგ-ის პირველი დაჩირქების პერიოდსა და ასაკს შორის არ შეიმჩნევა;

239. კულუსუნის ეპით. გზის პირველი გამწვავეების დროს ჩირქოვროვა უფრო ხშირად ლოკალიზებულია:

- *ა) ღუნდულთაშორისი ნაოჭის არეში;
- ბ) ღუნდულოს არეში;
- გ) პერიანალურ არეში;
- დ) შორისის არეში;
- ე) ღუნდულო-ბარძაყის არეში;

240. ექსტრასინქტორული (ანუ პელვიორექტული) მწვ. პარაპროქტიგისთვის დამახასიათებელია: 1 დაავადების სწრაფი განვითარება, მფეთქავი ხასიათის ტკივილი, შორისის კანის ჰიპერემია, შესიება ანალურ ხვრელთან; 2 დაავადების თანდათანობითი განვითარება მუდმივი ყრუ ხასიათის ტკივილი სწ. ნაწლავისა და მენჯის არეში; დაავადების საწყის ეტაპზე კანი ცვლილებების გარეშეა; 3 სხეულის გემპერაგურის თანდათანობითი მატება 39-40 გრადუს ჩ-მდე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

241. მწვ. იშიორექტული პარაპროქტიგის დროს გარეგანი ნიშნები უფრო ხშირად:

- ა) ვლინდება დაავადების პირველი 2-3 დღის განმავლობაში;
- *ბ) ვლინდება დაავადების პირველი 5-6 დღის განმავლობაში;
- გ) ვლინდება დაავადების დაწყებიდან 14-20 დღეში;
- დ) ვლინდება დაავადების პირველივე დღიდან;
- ე) საერთოდ არ ვლინდება;

242. მწვ. პელვიორექტული პარაპროქტიგის დროს გარეგანი ნიშნები ვლინდება ჩირქოვანი პროცესის

- ა) იშიორექტულ სივრცეზე გავრცელების შემდეგ;
- ბ) კანქვეშა სივრცეზე გავრცელების შემდეგ;
- *გ) იშიორექტულ და კანქვეშა სივრცეებზე გავრცელების შემდეგ;
- დ) სწ. ნაწლავის ლორწოქვეშა შრეზე გავრცელების შემდეგ;
- ე) რეტრორექტულ სივრცეზე გავრცელების შემდეგ;

243. მწვ. პელვიორექტული პარაპროქტიგის დროს გარეგანი ნიშნები უფრო ხშირად:

- ა) ვლინდება დაავადების პირველი 2-3 დღის განმავლობაში;
- ბ) ვლინდება დაავადების პირველი 4-5 დღის განმავლობაში;
- *გ) ვლინდება დაავადების მე-14 დღიდან;
- დ) ვლინდება დაავადების პირველივე დღიდან;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

244. ჰემოროიდული დაავადების ჩამოყალიბების ხშირი მიზეზია: 1 პორტული ჰიპერტენზია; 2 გულის იშემიური დაავადება; 3 ქრ. პროსტატიტი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

245. პელვიორექტული აბსცესი შეიძლება ჩამოყალიბდეს: 1 იშიორექტული პარაპროქტიგის პროქსიმალური მიმართულებით გავრცელების შედეგად; 2 სფინქტერთშორისი პარაპროქტიგის პროქსიმალური მიმართულებით გავრცელების შედეგად; 3 კანქვეშა პარაპროქტიგის პროქსიმალური მიმართულებით გავრცელების შედეგად;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

246. გარეთა და შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზის შემთხვევაში რექტორომანოსკოპია:

- ა) კეთდება ოპერაციამდე;
- ბ) არ არის აუცილებელი გაკეთდეს;
- გ) კეთდება ოპერაციიდან 6 დღის შემდეგ;
- *დ) კეთდება ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ;
- ე) კეთდება ოპერაციიდან 1 წლის შემდეგ;

247. რეტრორექტულ პარაპროქტიგთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისთვის დამახასიათებელია გამონატული ტკივილის სინდრომი დაავადების დაწყებისთანავე; 2 მისთვის დამახასიათებელია ტკივილის აღდგრა მოგვიანებით; 3 მას არ ახასიათებს პერიანალური გარეგანი გამოვლინებები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

248. უკანა კანქვეშა-ლორწქვეშა მწვ. პარაპროქტიგის მკურნალობის გაქტიკაა:
ა) პარაპროქტიგის გახსნა ლიგატურის გაგარებით და ერთდროული გაკვანძვით;
*ბ) პარაპროქტიგის გაკვეთა ნაწლავის სანათურში;
გ) პარაპროქტიგის გაკვეთა ნაწლავის სანათურში, ჭრილობის ფსკერის გაკვერვა;
დ) პათოლოგიის კერის ანტიბიოტიკებით ინფილტრაცია;
ე) ჩირქგროვის გახსნა, ღრენიერება, უკანა ღობირებული სფინქტეროტომია;

249. უკანა კანქვეშა-ლორწქვეშა მწვ. პარაპროქტიგის ნაწლავის სანათურში გაკვეთის შემდგომ პერიოდში ქვემოჩამოთვლილიდან საფარაულოა:
ა) ანალური არხის სტრიქტურის ჩამოყალიბება;
ბ) ანალური არხის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნა;
გ) ანალური სფინქტერის უკმარისობის განვითარება;
დ) პელვიორექტული აბსცესის ჩამოყალიბება;
*ე) ჭრილობის დაჩირქება;

250. უკანა კანქვეშა-ლორწქვეშა მწვ. პარაპროქტიგის ნაწლავის სანათურში გაკვეთის შემდეგ დაავადების რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ჭრილობის დაჩირქება; 2 პელვიორექტულ სივრცეში ჩირქოვანი ღებოს არსებობის გამორჩენა; 3 პარაპროქტიგის შიგნითა ხვრელის არასწორი განსაზღვრა;
ა) 1
ბ) 2
*გ) 3
დ) სწორია 1 და 2
ე) სწორია ყველა პასუხი

251. სწ. ნაწლავის ინგრასფინქტურულ ფისტულასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ფისტულის ზონარი პალპაციით არ შეიგრძნობა; 2 ფისტულის გარეთა ხვრელი ანუსიდან 3 სმ მეტით არის დაშორებული; 3 ხერხლეა ფისტულის არხის სრულყოფილი ზონდაჟი;
ა) 1
ბ) 2
*გ) 3
დ) სწორია 1 და 2
ე) სწორია 1 და 3

252. თანდაყოლილი რექტო-ვესტიბულური ფისტულების შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა:
ა) საჭიროა დიაგნოზის დადგენის მომენტისთვის;
ბ) მიზანშეწონილია დაბადებიდან 6-12 თვეში;
*გ) მიზანშეწონილია 3-5 წლის ასაკში;
დ) მიზანშეწონილია 18-20 წლის ასაკში;
ე) წინააღმდეგნაჩვენებია.

253. მწვ. პელვიორექტული პარაპროქტიგის ლიფერენციაცია უნდა მოეახდინოთ: 1 მწვ. აპენდიციტთან; 2 რექტოცელესთან; 3 ლუგლასის ჯიბის აბსცესთან;
ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) სწორია 1, 2 და 3
*ე) სწორია 1 და 3

254. ნალისმაგვარი პელვიორექტული პარაპროქტიგის ღროს ერთი მხრიდან მეორისკენ პროცესი ვრცელდება:
ა) პოსტანალური სივრცის გავლით;
ბ) კანქვეშა სივრცის გავლით;
*გ) რეტორექტული სივრცის გავლით;
დ) იშიორექტული სივრცის გავლით;
ე) პარაპროქტიგის დასახელებული ფორმის ღროს ანთებითი პროცესი ერთი მხრიდან მეორისკენ არ ვრცელდება;

255. ნალისმაგვარი იშიორექტული პარაპროქტიგის ღროს ერთი მხრიდან მეორისკენ პროცესი ვრცელდება:
ა) კანქვეშა სივრცის გავლით;
*ბ) პოსტანალური სივრცის გავლით;
გ) რეტორექტული სივრცის გავლით;
დ) პელვიორექტული სივრცის გავლით;
ე) პარაპროქტიგის დასახელებული ფორმის ღროს ანთებითი პროცესი ერთი მხრიდან მეორისკენ არ ვრცელდება;

256. დაბალი ლოკალიზაციის მწვ. ბანალური პარაპროქტიგისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ლეიკოციტოზი;
- ბ) ლეიკოპენია;
- გ) ანემია;
- დ) სისხლის კოაგულაციური თვისებების დარღვევა;
- *ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

257. მწვ. პარაპროქტიტის სხვადასხვა ფორმის დროს: 1 ჩირქგროვა შეიძლება სპონტანურად გაიხსნას ნაწლავის სანათურში; 2 ჩირქგროვა შეიძლება სპონტანურად გაიხსნას კანზე; 3 ჩირქგროვა შეიძლება გაიხსნას მუცლის ღრუში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

258. მწვ. რეგრორექტული პარაპროქტიტის დროს რეგრორექტულ სივრცესთან მიდგომა დასაშვებია: 1 ენდორექტული მიდგომით; 2 აბდომინური მიდგომით; 3 უკანა პერიანალური მიდამოს მხრიდან მიდგომით;

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

259. მწვ. და ქრ. პარაპროქტიტითა ლიგატურის მეთოდით მკურნალობის დროს ძაფი უნდა შეიკრას: 1 პერიანალური მიდამოს ჰორიზონტალურ ხაზზე; 2 პერიანალური მიდამოს ვერტიკალურ ხაზზე; 3 პერიანალური მიდამოს ჰორიზონტალურ ან ვერტიკალურ ხაზზე; 4 პერიანალური მიდამოს ნებისმიერი ირიბი ღერძის გასწვრივ;

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

260. რეგრორექტულ სივრცესთან მიდგომა შესაძლებელია: 1 უკანა პერიანალური მიდამოს მხრიდან, ყითა-კულუსუნის იოგის გადაკვეთით; 2 უკანა პერიანალური მიდამოს მხრიდან, ყითა-კულუსუნის იოგის შენარჩუნებით; 3 ტრანსრექტულად;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

261. მწვ. პარაპროქტიტის დროს შეიძლება: 1 ერთ მხარეს აბსცესი ჩამოყალიბებული იყოს პელვიორექტულ სივრცეში, მეორე მხარეს - კანქვეშ; 2 ერთ მხარეს აბსცესი ჩამოყალიბებული იყოს პელვიორექტულ სივრცეში, მეორე მხარეს - იშიორექტულად; 3 ერთ მხარეს აბსცესი ჩამოყალიბებული იყოს იშიორექტულ სივრცეში, მეორე მხარეს - კანქვეშ; 4 მწვ. პარაპროქტიტის დროს აბსცესი ორივე მხარეს ყოველთვის სიმეტრიულ სივრცეებში ყალიბდება;

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

262. პოსტანალური პარაპროქტიტის დროს შიგნითა ხერხელი შეიძლება მდებარეობდეს: 1 უკანა კრიპტში; 2 მარცხენა გვერდით კრიპტში; 3 მარჯვენა გვერდით კრიპტში; 4 წინა კრიპტში;

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

263. ლიაგნოზის დადგენიდან დროის რომელ მონაკვეთშია მიზანშეწონილი ოპერაციის წარმოება მწვავე პარაპროქტიტის დროს:

- *ა) შემოსვლიდან პირველ 3 საათში
- ბ) 6 საათში
- გ) 12 საათში
- დ) 24 საათში
- ე) შემოსვლიდან მეორე დღეს

264. მწვავე პარაპროქტიგის რადიკალური ქირურგიული მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: 1) აბსცესების გახსნა და ღრენირება; 2) აბსცესის ღრენირება, შიგნითა ხერხელის ლიკვიდაცია; 3) აბსცესის ღრენირება, უკანა სფინქტეროტომია
ა) 1
*ბ) 2
გ) 3
დ) 1;3
ე) 1;2;3

265. გაუტკივარების პირობებში, რა ხერხებით არის შესაძლებელი პარაპროქტიგის შიგნითა ხერხელის ლოკალიზაციის დადგენა:
1) თითოთ რევიზიამ; 2) საღებავი ნივთიერების შეყვანამ; 3) რექტული სარკითს რევიზიამ;
ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) 2;3
*ე) ყველა ჩამოთვლილი

266. მწვავე პარაპროქტიგის ქირურგიული მკურნალობის დროს რა ჩვენების საფუძველზეა მიზანშეწონილი ლიგატურის გამოყენება: 1) პირველადი ჩირქოვანი გზის გრანსფინქტერული მღებარეობისას; 2) პირველადი ჩირქოვანი გზის ექსტრასფინქტერული მღებარეობისას; 3) როდესაც ანალურ არხში აღინიშნება ნაწიბურები, მაგრამ შიგნითა ხერხელის ილენტიფიკაცია ვერ ხერხდება
ა) 1
*ბ) 2
გ) 3
დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

267. მწვავე პარაპროქტიგის რეციდივის მიზეზებია: 1) შიგნითა ხერხელის არასრული ლიკვიდაცია; 2) პარაპროქტული ჩირქოვანის არასრული ღრენირება; 3) მწვავე კრიპტიგის მოვლენები ან მიკროაბსცესების ტიპის ალგილობრივი ცვლილებები
ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) 1;2
*ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

ქრონიკული პარაპროქტიგი, რექტო-ვაგინური ფისტულა, მსხვილი ნაწლავის ფისტულა

268. თუ სწორი ნაწლავის ფისტულის შიგნითა ხერხელი მღებარეობს დაკბილულ ხაზს ზემოთ, სავარაუდოა, რომ ის ჩამოყალიბებულია: 1 კრონის დაავადების ფონზე; 2 წყლულოვანი კოლიტის რექტალური ფორმის ფონზე; 3 სპეციფიკური ინფექციური პროცესების (ტუბერკულოზი, სიფილისი, სხვ.) ფონზე;
ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) სწორია 1 და 2
*ე) სწორია ყველა პასუხი

269. საღმონ გიუძელის წესი შეეხება:
ა) სწ. ნაწლავის ფისტულის გარეთა ხერხელის ანუ სილან დაშორების მანძილის მიხედვით, ფისტულის არხის სფინქტერთან დამოკიდებულების განსაზღვრას;
ბ) პალპაციის მონაცემებზე დაყრდნობით, სწ. ნაწლავის ფისტულის არხის სფინქტერთან დამოკიდებულების განსაზღვრას;
*გ) სწ. ნაწლავის ფისტულის გარეთა ხერხელის ლოკალიზაციის საფუძველზე, შიგნითა ხერხელის სავარაუდო ალგილმღებარეობის განსაზღვრას;
დ) სწ. ნაწლავის ფისტულის არხთან დაკავშირებული ჩირქოვანანთებითი ღრუების არსებობა-არარსებობის გამოვლენას;
ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

270. სწ. ნაწლავის კანქვეშა და კანქვეშა-ლორწქვეშა ფისტულების დროს მიზანშეწონილია გაკეთდეს ოპერაცია:
ა) ლიგატურის მეთოდით;
ბ) რიეისი I მეთოდით;
გ) რიეისი II მეთოდით;
*დ) გაბრიელის მეთოდით;
ე) ბლინიჩევის მეთოდით.

271. ფისტულოგრაფია მიზანშეწონილია ჩატარდეს: 1 სწ. ნაწლავის ინტრასფინქტერული ფისტულების დროს; 2 სწ. ნაწლავის ექსტრასფინქტერული ფისტულების დროს; 3 სწ. ნაწლავის გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილში გამავალი გრანსფინქტერული ფისტულების დროს;
ა) 1

- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

272. მწვ. პარაპროქტიტონ სალიფერენტიაციო დაავადებათა რიცხვში შედის: 1 მენჯის ძვლების ოსტეომიელიტი; 2 ლუნდულოს აბსცესი; 3 კულუსუნის ქრ. ეპითელიური გზა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

273. ქრ. პარაპროქტიტის ფონზე მწვ. ჩირქოვანი ანთების აღდგრისათვის ქსოვილის 1 გ-ზე მიკრობთა რაოდენობამ უნდა გადააჭარბოს:

- *ა) 10 მეხუთე ხარისხად;
- ბ) 10 მეოთხე ხარისხად;
- გ) 10 მესამე ხარისხად;
- დ) 10 მეორე ხარისხად;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

274. საშო-სწორნაწლავის ფისტულისთვის დამახასიათებელია: 1 აირების და განავლის გამოყოფა საშოდან; 2 უმნიშვნელო სისხლდენა დეფეკაციის დროს; 3 ვულვოვაგინიგის მოვლენები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

275. რექტოვაგინური ფისტულის ტოპოგრაფიული ანატომიის გათვალისწინებით, პათოლოგიურ უბანთან მიღგომა შეიძლება განხორციელდეს: 1 ტრანსრექტული გზით; 2 ტრანსვაგინური გზით; 3 ტრანსსაბლომინური გზით;

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

276. თუ რექტო-ვაგინურ ფისტულაში გაგარებულ ზონდს ზემოთ ქსოვილთა სისქე მეტია 3 სმ-ზე, საყარაულოა, რომ საქმე გვაქვს:

- ა) ინტრასფინქტურულ ფისტულასთან;
- *ბ) ექსტრასფინქტურულ ფისტულასთან;
- გ) გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან;
- დ) გარეთა სფინქტერის ზედაპირულ ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან;
- ე) ზონდს ზემოთ ქსოვილთა სისქით ფისტულის არხის ტრაექტორიაზე წარმოდგენა არ იქმნება.

277. თუ რექტო-ვაგინურ ფისტულაში გაგარებულ ზონდს ზემოთ ქსოვილთა სისქე 1-დან 3 სმ-მდეა, საყარაულოა, რომ საქმე გვაქვს: 1 ინტრასფინქტურულ ფისტულასთან; 2 ექსტრასფინქტურულ ფისტულასთან; 3 გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ან ზედაპირულ ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან; 4 გარეთა სფინქტერის ღრმა ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან;

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

278. თუ რექტო-ვაგინურ ფისტულაში გაგარებულ ზონდს ზემოთ ქსოვილთა სისქე 1 სმ-ზე ნაკლებია, საყარაულოა, რომ საქმე გვაქვს:

- *ა) ინტრასფინქტურულ ფისტულასთან;
- ბ) ექსტრასფინქტურულ ფისტულასთან;
- გ) გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან;
- დ) გარეთა სფინქტერის ზედაპირულ ნაწილში გამავალ ტრანსსფინქტურულ ფისტულასთან;
- ე) ზონდს ზემოთ ქსოვილთა სისქით ფისტულის არხის ტრაექტორიაზე წარმოდგენა არ იქმნება;

279. თუ სწ. ნაწლავის ფისტულის გარეთა ხერელი ანუსიდან 3 სმ-ზე მეტით არის დაშორებული, საყარაულოა, რომ საქმე გვაქვს: 1 ინტრასფინქტურულ ფისტულასთან; 2 ექსტრასფინქტურულ ფისტულასთან; 3 გარეთა სფინქტერის კანქვეშა ნაწილში გამავალ

ფისკულასთან; 4 გარეთა სფინქტერის მელაპირულ ნაწილში გამავალ ფისკულასთან;

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

280. ჭეშმარიტი დერმოიდული კისტები უფრო ხშირად მდებარეობს:

- ა) იშორეულ სივრცეში;
- ბ) პრესაკრულ სივრცეში;
- *გ) დუნდულოთამორისი ნაოჭის არეში;
- დ) პერიანალურ არეში;
- ე) პელვიორექტულ სივრცეში;

281. ფისკულის შიგნითა ხვრელი უფრო ხშირად მდებარეობს:

- *ა) ანალური არხის უკანა კედელზე;
- ბ) ანალური არხის წინა კედელზე;
- გ) ანალური არხის მარჯვენა-გვერდით კედელზე;
- დ) ანალური არხის მარცხენა-გვერდით კედელზე;
- ე) სწ. ნაწლავის ამპულურ ნაწილში;

282. სწ. ნაწლავის ფისკულები უფრო ხშირად არის:

- ა) ექსტრასფინქტერული;
- ბ) ინტრასფინქტერული;
- *გ) გრანსსფინქტერული;
- დ) ერთნაირი სიხშირით ექსტრა- და გრანსსფინქტერული;
- ე) ერთნაირი სიხშირით ინტრა- და გრანსსფინქტერული;

283. არასრული შიგნითა ფისკულები უფრო ხშირად არის:

- ა) გრანსსფინქტერული;
- *ბ) ინტრასფინქტერული;
- გ) ექსტრასფინქტერული;
- დ) ერთნაირი სიხშირით ინტრა- და ექსტრასფინქტერული;
- ე) ერთნაირი სიხშირით გრანს- და ინტრასფინქტერული;

284. ანალური ნაპრალი შეიძლება გართულდეს ფისკულით, რომელიც უფრო ხშირად არის:

- ა) ექსტრასფინქტერული;
- *ბ) ინტრასფინქტერული;
- გ) გრანსსფინქტერული;
- დ) ერთნაირი სიხშირით ექსტრა- და ინტრასფინქტერული;
- ე) ერთნაირი სიხშირით ინტრა- და გრანსსფინქტერული;

285. ბუასილი წარმოადგენს:

- ა) სწორი ნაწლავის ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებას;
- *ბ) სწ. ნაწლავის კავერნულ სხეულთა ჰიპერპლაზიას;
- გ) სწორი ნაწლავის ჰემანგიომას;
- დ) სწ. ნაწლავის ვენების ანთების შედეგს;
- ე) სწ. ნაწლავის ვენების თრომბოზის შედეგს;

286. ანალური ნაპრალი უფრო ხშირად თანხვედრილია:

- ა) სწ. ნაწლავის ფისკულასთან;
- *ბ) ბუასილთან;
- გ) ანალური არხის პოლიპთან;
- დ) გავა-კულუსუნის ეპითელურ გზასთან;
- ე) მწვ. პარაპროქტიტთან;

287. ანალურ ნაპრალს ხშირად თან ახლავს:

- *ა) ანალური სფინქტერის სპაზმი;
- ბ) ანალური სფინქტერის უკმარისობა;
- გ) ანალური სფინქტერის ნორმალური ფუნქცია;
- დ) ანალური ხვრელის სტრიქტურა;
- ე) ანალური არხის სტრიქტურა;

288. მწვ. პარაპროქტიტის თვითდრენირების ან არარაღიკალური ოპერაციის შემდეგ, შეიძლება ჩამოყალიბდეს

ინტრასფინქტურული ფისგულა, თუ საქმე გვექონდა:

- ა) იმპორექტულ პარაპროქტიტან;
- ბ) პელვიორექტულ პარაპროქტიტან;
- გ) რეგორექტულ პარაპროქტიტან;
- *დ) კანქვეშა-ლორწვეშა პარაპროქტიტან;
- ე) მაღალი ლოკალიზაციის ლორწვეშა პარაპროქტიტან;

289. მწვ. პარაპროქტიტის თვითღრენიების ან არარაღი კალური ოპერაციის შემდეგ, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ტრანსსფინქტურული ფისგულა, თუ საქმე გვექონდა:

- *ა) იმპორექტულ პარაპროქტიტან;
- ბ) პელვიორექტულ პარაპროქტიტან;
- გ) კანქვეშა-ლორწვეშა პარაპროქტიტან;
- დ) ლორწვეშა პარაპროქტიტან;
- ე) კანქვეშა პარაპროქტიტან;

290. მწვ. პარაპროქტიტის თვითღრენიების ან არარაღი კალური ოპერაციის შემდეგ, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ექსტრასფინქტურული ფისგულა, თუ საქმე გვექონდა: 1 იმპორექტულ პარაპროქტიტან; 2 პელვიორექტულ პარაპროქტიტან; 3 კანქვეშა-ლორწვეშა პარაპროქტიტან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

291. რა არის დამახასიათებელი გავა-კულუსუნის ეპითელური გზის ქრონიკული ფორმისთვის? 1 ფისგულათა ხვრელების არსებობა გავის არეში; 2 პირველადი ხვრელმილების არსებობა ღუნდულოთამორისი ნაოჭის არეში; 3 ჩირქტროვის არსებობა გავა-კულუსუნის არეში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

292. ჰემოროიდული დაავადების ქრონიკული ფორმებისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ტკივილი ანალურ არეში;
- *ბ) პერიოდული ალისფერი სისხლდენა, კვანძების გამოფარდნა, ანალური ქავილი;
- გ) სისხლდენა ლეფეკაციის გარეშე, მძაფრი სუნის ჩირქიანი გამონადენი ნაწლავიდან;
- დ) ფაღარათი;
- ე) ლორწოვანი და ჩირქოვანი გამონადენი ნაწლავიდან;

293. სწ. ნაწლავის რთული ფისგულების დროს უფრო ხშირად: 1 გარეთა ხვრელი ანუსთან ახლოს მდებარეობს; 2 ჩირქოვანი გამონადენი ჭარბადაა; 3 ისინჯება ფისგულის არხი მონარის სახით;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

294. რექტოვადინური ფისგულების დროს შიგნითა ხვრელი მდებარეობს:

- *ა) ანალური არხის წინა კედელზე;
- ბ) ანალური არხის უკანა კედელზე;
- გ) ანალური არხის გვერდით კედელზე;
- დ) ანალური არხის წინა-გვერდით კედელზე;
- ე) ანალური არხის უკანა-გვერდით კედელზე;

295. მწ. კანქვეშა პარაპროქტიტისთვის დამახასიათებელია: 1 დაავადების სწრაფი განვითარება, მფეთქავი ხასიათის ტკივილი, შორისის კანის ჰიპერემია, შესიება ანალურ ხვრელთან; 2 დაავადების თანდათანობითი განვითარება, მუღმივი ყრუ ხასიათის ტკივილი სწ. ნაწლავისა და მენჯის არეში; დაავადების საწყის ეტაპზე კანი ცვლილებების გარეშეა; 3 სხეულის გემპერაგურის თანდათანობითი მაგება 40 გრადუს ჩ-მდე;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

296. ტრანსსფინქტერული ფისგულის არხმა შეიძლება გაიაროს: 1 გარეთა სფინქტერის კანქვეშა შრეში; 2 გარეთა სფინქტერის ზედაპირულ შრეში; 3 გარეთა სფინქტერის ღრმა შრეში;

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

297. ექსტრასფინქტერული ფისგულის არხი:

- ა) გაივლის სფინქტერის ზედაპირულ შრეს;
- ბ) გაივლის სფინქტერის კანქვეშა შრეს;
- *გ) შემოუვლის სფინქტერს გარშემო;
- დ) გაივლის სფინქტერისგან მედიალურად;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

298. ინტრასფინქტერული ფისგულა გაივლის:

- ა) სფინქტერის კანქვეშა შრეს;
- ბ) სფინქტერის ზედაპირულ შრეს;
- გ) სფინქტერის ღრმა შრეს;
- *დ) სფინქტერისგან შიგნით;
- ე) სფინქტერის კანქვეშა და ზედაპირულ შრეებს;

299. გაბრიელის მეთოდით ფისგულის ამოკვეთასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ოპერაციისშემდგომ ჭრილობას უნდა ჰქონდეს პერიანალური კანისკენ წვერით მიმართული სამკუთხედის ფორმა; 2 ოპერაციისშემდგომ ჭრილობას უნდა ჰქონდეს ანალური არხისკენ წვერით მიმართული სამკუთხედის ფორმა; 3 დასახელებული მეთოდის გამოყენება მიზანშეწონილია სწ. ნაწლავის მარტივი ფისგულების დროს.

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

300. ინტრასფინქტერული ფისგულის მკურნალობის ოპტიმალური ტექნიკაა:

- ა) ფისგულის ამოკვეთა ნაწლავის სახათურში, ჭრილობის ფსკერის გაკერვა;
- *ბ) ფისგულის ამოკვეთა გაბრიელის წესით;
- გ) ფისგულის ამოკვეთა, შიგნითა ხერხელის პლასტიკა ლორწოვანი გარსის ჩამოგანით;
- დ) ფისგულის ლიკვიდაცია ლიგატურის გატარებით და ერთდროული გაკეანძვით;
- ე) ფისგულის არხის ამოკვეთა რიეხი II წესით;

301. გაბრიელის წესით ინტრასფინქტერული ფისგულის ამოკვეთის შემდეგ რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ნაკერების გახსნა; 2 ღრმა ჩირქოვანი ლეიოების მხვედველობიდან გამორჩენა; 3 შიგნითა ხერხელის არასრული ლიკვიდაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

302. გაბრიელის წესით ინტრასფინქტერული ფისგულის ამოკვეთის შემდგომი პერიოდი შეიძლება გართულდეს:

- ა) ძლიერი სისხლდენით;
- ბ) ანალური სფინქტერის უკმარისობით;
- *გ) ჭრილობის კიდეების ნაადრევი შეხორცებით;
- დ) ანალური სფინქტერის სპაზმით;
- ე) მწვ. პელვიორექტული პარაპროქტიტის ჩამოყალიბებით;

303. რექტოვაგინური ტრანსსფინქტერული ფისგულის მკურნალობის ოპტიმალური ტექნიკაა:

- ა) ფისგულის ამოკვეთა გაბრიელის წესით;
- ბ) ფისგულის ლიკვიდაცია ლიგატურის მეთოდით;
- გ) ფისგულის არხის ამოკვეთა, ჭრილობის გაკერვა, სფინქტეროტომია ფისგულის სწორნაწლავისმხრივი ხერხელის მხრიდან;
- *დ) ფისგულის ამოკვეთა რექტოვაგინური ძვლის მხრიდან მიდგომით, ნაწლავსა და საშოში არსებულ ხერხელთა გაკერვა;
- ე) ფისგულის ამოკვეთა, სწორნაწლავისმხრივი ხერხელის დახურვა ლორწოვანი გარსის ჩამოგანით;

304. ტრანსსფინქტერული რექტო-ვაგინური ფისგულის შორის მხრიდან მიდგომით ამოკვეთის შემდგომი პერიოდი შეიძლება გართულდეს:

- ა) სწ. ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნით;
- ბ) ჰემოროიდული კვანძების გამოვარდნით;
- გ) სფინქტერის სპაზმით;
- დ) ნაწლავის პერფორაციით;
- *ე) ჭრილობის დაჩირქებით და ნაკერების უკმარისობით;

305. ტრანსსფინქტერული რექტო-ვაგინური ფისტულის შორის მხრიდან მიდგომით ამოკვეთის შემდგომ რეციდივის მიზეზი შეიძლება გახდეს:

- ა) ლიგატურის ვადაზე ადრე მოხსნა;
- ბ) ჩამოგანილი ლორწოვანი გარსის ნეკროზი;
- *გ) ფისტულის სწორნაწლავისმხრივ ხერელებზე გაფორმებული ნაკერების უკმარისობა;
- დ) ჩირქოვანი ლეპოს დატოვება პელვიორექტულ სივრცეში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

306. წინა შიგნითა ინგრასფინქტერული ფისტულისა და უკანა ექსტრასფინქტერული ფისტულის მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) ფისტულების ამოკვეთა ნაწლავის სანათურში;
- ბ) ფისტულების ამოკვეთა რიეხი I მეთოდით;
- *გ) უკანა ექსტრასფინქტერული ფისტულის ამოკვეთა ლიგატურის მეთოდით, წინა ინგრასფინქტერული ფისტულის ამოკვეთა ნაწლავის სანათურში;
- დ) ფისტულების ამოკვეთა ნაწლავის სანათურში, წარმოქმნილ ჭრილობათა ფსკერის გაკერვა;
- ე) უკანა ფისტულის ამოკვეთა ლორწოვანი გარსის ჩამოგანით, წინა სფინქტეროტომია;

307. წინა შიგნითა ინგრასფინქტერული ფისტულის ნაწლავის სანათურში ამოკვეთისა და უკანა ექსტრასფინქტერული ფისტულის ლიგატურის მეთოდით ლიკვიდაციის შემდგომი პერიოდი შეიძლება გართულდეს:

- ა) ანალური სფინქტერის სპაზმით;
- *ბ) სწორი ნაწლავის სფინქტერის უკმარისობით;
- გ) ნაწლავის პერფორაციით;
- დ) სწ. ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნით;
- ე) ანალური არხის სტრიქტურით;

308. წინა შიგნითა ინგრასფინქტერული ფისტულის ნაწლავის სანათურში ამოკვეთისა და უკანა ექსტრასფინქტერული ფისტულის ლიგატურის მეთოდით მკურნალობის შემდეგ, დაავადების რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ფისტულათა შიგნითა ხერელების არასრული ამოკვეთა; 2 ლიგატურის ვადაზე ადრე მოხსნა; 3 ჭრილობის დაჩირქება;

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

309. სწ. ნაწლავის უკანა ნალისმაგვარი ექსტრასფინქტერული ფისტულისა და კულუსუნის ქრ. ეპით. გზის რთული ფორმის მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- *ა) ფისტულის ამოკვეთა ლიგატურის მეთოდით, ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით;
- ბ) ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით, ფისტულის ამოკვეთა ნაწლავის სანათურში;
- გ) ფისტულის ამოკვეთა ლიგატურის მეთოდით, პირველადი ეპითელური ხერელების გაკვეთა;
- დ) ფისტულის ამოკვეთა ლიგატურის მეთოდით, ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის ყრულ გაკერვით;
- ე) ფისტულის ამოკვეთა ნაწლავის სანათურში, ჭრილობის ფსკერის გაკერვა, ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით.

310. სწ. ნაწლავის უკანა ნალისმაგვარი ექსტრასფინქტერული ფისტულის ლიგატურის მეთოდით ამოკვეთის, კულუსუნის ქრ. ეპით. გზის რთული ფორმის ამოკვეთისა და ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერების შემდგომ, რეციდივის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ფისტულის შიგნითა ხერელებისა და კულუსუნის ეპით. გზის პირველად და მეორად ხერელებთან არასრული ლიკვიდაცია; 2 ოპერაციის შემდგომი პერიოდის ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე წარმართვა; 3 ლიგატურის ვადაზე ადრე მოხსნა;

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

311. სწ. ნაწლავის უკანა ნალისმაგვარი ექსტრასფინქტერული ფისტულის ლიგატურის მეთოდით ამოკვეთის, კულუსუნის ქრ. ეპით. გზის რთული ფორმის ამოკვეთისა და ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერების შემდგომი პერიოდი შეიძლება გართულდეს:

- *ა) ჭრილობის დაჩირქებით;
- ბ) სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამოვარდნით;

318. სწ. ნაწლავის რთულმა ფისგულამ შეიძლება გამოიწვიოს: 1 იმპოგენცია; 2 ინტენსიური ჩირქლენა ფისგულის ხერელიდან; 3 ანალური უკმარისობა;

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

319. პროქტოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია: 1 სწ. ნაწლავის ლორწოვანი გარსის რელიეფის შესწავლა; 2 ანორექტული კუთხის სიდიდის განსაზღვრა; 3 ანალური არხის სიმაღლის განსაზღვრა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

320. სწ. ნაწლავის შიგნითა ფისგულის გრაექტორიის დადგენა შესაძლებელია: 1 მონდაჟით; 2 ინგრაოპერაციული რევიზიით; 3 პროქტოგრაფიით;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

321. რიყი I მეთოდი (I ვარიანტი) მოწოდებულია: 1 მწვ. პელვიორექტული პარაპროქტიგის ქირურგიული მკურნალობისთვის; 2 მწვ. კანქვეშა-ლორწქვეშა პარაპროქტიგის ქირურგიული მკურნალობისთვის; 3 მწვ. იმორექტული პარაპროქტიგის ქირურგიული მკურნალობისთვის;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

322. რიყი I მეთოდი (I ვარიანტი) მოწოდებულია: 1 სწ. ნაწლავის სფინქტერის კანქვეშა შრეში გამავალი ფისგულის მკურნალობისთვის; 2 სწ. ნაწლავის სფინქტერის ზედაპირულ შრეში გამავალი ფისგულის მკურნალობისთვის; 3 სწორი ნაწლავის სფინქტერის ღრმა პორციამში გამავალი ფისგულის მკურნალობისთვის;

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

323. რიყი I მეთოდი (I ვარიანტი) გულისხმობს ფისგულის არხის გამოყოფას ნაწლავის კელამდე, არაუმეტეს:

- ა) 0,5 სმ დაშორებით;
- *ბ) 1 სმ დაშორებით;
- გ) 2 სმ დაშორებით;
- დ) 3 სმ დაშორებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

324. რიყი I მეთოდი (I ვარიანტი) გულისხმობს სფინქტეროტომიის წარმოებას ფისგულის შიგნითა ხერელის მხრიდან, თუკი ეს უკანასკნელი მდებარეობს: 1 წინა კელელზე მამაკაცებში; 2 წინა კელელზე ქალებში; 3 უკანა კელელზე ქალებში;

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

325. 36 წ. ქალს დაუდგინდა წინა ექსტრასფინქტერული ფისგულის არსებობა. ქირურგიული ჩარევა გაუკეთდა რიყი II მეთოდით (II ვარიანტი). აღნიშნული შემთხვევისათვის ქვემოჩამოთვლილიდან მართებული არ არის შემდეგი:

- ა) ფისგულის არხი გამოიყო და გადაიკვეთა სწ. ნაწლავის კელლიდან 1 სმ დაშორებით;
- ბ) ფისგულის შიგნითა ხერელი ამოიკვეთა გრანსანალური მიდგომით, ჭრილობა გაიკერა ორ-სართულიანი ნაკერით;
- *გ) ფისგულის ტაკვი გაიკერა გრანსანალური მიდგომით;
- დ) გაკეთდა უკანა ღია ღობირებული სფინქტეროტომია;
- ე) რიყის II მეთოდთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

326. ქალებში მარცხენა ან მარჯვენა გვერდითი ექსტრასფინქტურული ფისტულის ქირურგიული მკურნალობა დასაშვებია: 1 ლიგატურის მეთოდით; 2 რიეხი I მეთოდით; 3 გაბრიელის მეთოდით;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

327. მამაკაცებში წინა ექსტრასფინქტურული ფისტულის მკურნალობა დასაშვებია: 1 რიეხი I მეთოდით; 2 რიეხი II მეთოდით; 3 გაბრიელის მეთოდით;

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

328. ექსტრასფინქტურული ფისტულების მკურნალობა დასაშვებია: 1 ლიგატურის მეთოდით; 2 რიეხი I ან II მეთოდებით; 3 კუდ-ლობლეს-ის მეთოდით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

329. სწ. ნაწლავის ფისტულის შიგნითა ხვრელის ლორწოვანი გარსით პლასტიკის მიზნით, მუკომური შრის სეპარაცია საჭიროა გაკეთდეს შიგნითა ხვრელიდან პროქსიმალური მიმართულებით, არაუმცირეს:

- ა) 0,5 სმ მანძილზე;
- ბ) 1 სმ მანძილზე;
- გ) 2 სმ მანძილზე;
- *დ) 4 სმ მანძილზე;
- ე) ლორწოვანი გარსის სეპარაცია არ არის საჭირო

330. მსხვილი ნაწლავის ფისტულების გართულებებს მიეკუთვნება შემდეგი: 1 განავლოვანი ფლეგმონის ჩამოყალიბება; 2 ლერმატიტი; 3 სეპტიკემიამ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

331. მსხვილი ნაწლავის ფისტულა შეიძლება იყოს: 1 მილაკოვანი; 2 ტუჩისებრი; 3 შერეული;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

332. სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი რექტო-ურინული ფისტულების დროს, ქირურგიული ჩარევა უნდა ჩატარდეს:

- ა) დაბადებიდან 1-2 თვეში;
- ბ) 1 წლის ასაკში;
- გ) 2-3 წლის ასაკში;
- *დ) ღიაგნომის დადგენის მომენტისთვის;
- ე) 15-18 წლის ასაკში;

333. რა მორფოლოგიური ნიშნების მიხედვით ხდება ქრონიკული პარაპროქტიტის ფორმების დიფერენცია: 1) შიგნითა ხვრელის მდებარეობით; 2) ფისტულის ძირითადი არხის დამოკიდებულებით სფინქტერთან; 3) პარარექტულ ქსოვილებში ჩირქოვან-ანთებითი ლეპოების არსებობით

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

334. ლიგურაგურის მონაცემებით, ქრონიკული პარაპროქტიგის რომელი ფორმაა ყველაზე ხშირი:

- ა) ინგრასფინქტურული
- *ბ) გრანსფინქტურული
- გ) ექსგრასფინქტურული
- დ) შიგნითა არასრული
- ე) ნალისებური

335. პარარექტული ფისგულების ოპერაციული გაქტიკა უნდა შეირჩეს ყველა ჩამოთვლილი პარამეტრების გათვალისწინებით, გარდა შემდეგისა:

- ა) ფისგულის შიგნითა ხერელის და ნაწიბუროვანი პროცესის ლოკალიზაცია
- ბ) ფისგულის არხის მდებარეობა სფინქტერთან მიმართებაში
- გ) სფინქტერის ფუნქციური მახვენებლები
- დ) ანალური არხის თანხვედრი დაავადებები
- *ე) მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური მდგომარეობა

336. ანალური უკმარისობის მოვლენები უფრო ხშირად თან ახლავს შემდეგი ტიპის ფისგულებს:

- ა) ინგრასფინქტურული
- ბ) გრანსფინქტურული
- გ) წინა გრანსფინქტურული ქალებში
- *დ) ექსგრასფინქტურული
- ე) შიგნითა არასრული

337. რეციდიული პარარექტული ფისგულების განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს: 1) რეინფექციას ფისგულის შიგნითა ხერელიდან; 2) ავადმყოფის ასაკს; 3) თანხლები პროქტოლოგიური დაავადებების კორექციის გარეშე ლაგოვებას

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

338. ნაწლავის სანათურში ფისგულექტომიის დროს, ფისგულის არხის ამოკვეთა ხდება:

- ა) ნაწლავის სანათურის მხრიდან
- ბ) შიგნითა ხერელის ლიკვიდაციის შემდეგ კიურეტაჟის (გამოფხეკის) გზით
- *გ) შორისის მხრიდან ერთ ბლოკად, გაგარებული მონდის მეშვეობით
- დ) ყველა ხერხი ცალ-ცალკე დასაშვებია
- ე) სწორი პასუხი არ არის

339. ქრონიკული პარაპროქტიგის ქირურგიული მკურნალობის შედეგად განვითარებული ფისგულა უფრო ხშირად არის:

- ა) შეღარებით მარტივი ტიპის
- ბ) ანალოგიური პირველად ფისგულასთან მიმართებაში
- *გ) უფრო რთული ტიპის, ვიდრე პირველადი ფისგულა
- დ) თანაბარი სიხშირითაა ანალოგიური და უფრო რთული
- ე) რეციდივებს ყოველთვის ახლავს ანალური უკმარისობა

340. წინა გრანსფინქტურული ფისგულის და III ხარისხის ჰემოროიდული დაავადებების თანხვედრის შემთხვევაში ქირურგიული გაქტიკა გულისხმობს:

- ა) I ეტაპზე ფისგულექტომიას, II ეტაპად - ჰემოროიდექტომიას
- ბ) I ეტაპზე ჰემოროიდექტომიას, II ეტაპად - ფისგულექტომიას
- გ) ფისგულექტომიას, ჰემოროის კონსერვატიულ მკურნალობას
- *დ) ფისგულექტომიას და ჰემოროიდექტომიას ერთდროულად
- ე) ფისგულექტომიას და ჰემოროიდული კვანძების ლიგაციას ლაგექსის რგოლით

341. სწორი ნაწლავის ფისგულების ლიგატურის მეთოდით მკურნალობისას არახელსაყრელი პირობებია: 1) ანალური სფინქტერის ფუნქციური მახვენებლების დაქვეითება; 2) შიგნითა ხერელის ირგვლივ ნაწიბურების არსებობა; 3) ხანდაზმული ასაკი

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

342. ქრონიკული პარაპროქტიგის ლიგატურული მეთოდით მკურნალობისას ოპტიმალურია:

- ა) შიგნითა ხერელში ლიგატურის სხვადასხვა ღონეზე გაგარება და გალაკვანძვა
- ბ) შიგნითა ხერელში გაგარებული რამდენიმე ლიგატურის მორიგეობით გალაკვანძვა ყოველა მე-4-5 დღეს

- *გ) შიგნითა ხერეღში გატარებული ლიგატურის მჭიდროდ გადაკვანძვა ოპერაციის მსვლელობისას
- ღ) შიგნითა ხერეღში გატარებული ლიგატურის მჭიდროდ გადაკვანძვა ოპერაციიდან მე-2 ღღეს
- ყ) შიგნითა ხერეღში გატარებული ლიგატურის ღჭიმვა გადაკვანძვა ოპერაციიდან მე-4-5 ღღეს

343. მეოთხე ხარისხის სირთულის ექსტრასფინქტურული ფისტულისა ღა ღაქვეითებული ანალური ფუნქციის ღროს ყველაზე მიზანშეწონილია:

- ა) ფისტულექტომია ნაწლავის სანათურში გადაკვეთილი სტრუქტურების აღღგენით
- ბ) ფისტულექტომია კელღამღე ტაკვის გაკერვით ღა შიგნითა ხერეღის ენღორექტული ღამუშავებით
- გ) ფისტულას არხის ღა ღამიანებული ქსოვიღების მოკვეთა, შიგნითა ხერეღში ლიგატურის გატარება
- ღ) ფისტულექტომია უკანა ღომირებული სფინქტეროტომიით
- *ყ) ფისტულექტომია შიგნითა ხერეღის პღასტიკით აუტოქსოვიღების ან ექსპღანტაგების გამოყენებით

344. რომელი მიღღომით ხღება შესაღღებელი მაღალი მიღღარეობის (ანუსიღან 7-9 სმ) რექტო-ვაგინალური ღეფექტების ლიკვიღაცია

- ა) ენღორექტული
- ბ) შორისისმიერი
- *გ) ტრანსვაგინური
- ღ) პარარექტული
- ყ) აბღომისური

345. სწორი ნაწლავის ფისტუღების ქირურგიული კორექციის შემღეგ რეციღივები უფრო ხშირღ ვითარღება

- ა) ოპერაციიღან 3 თვის განმავღობაში
- *ბ) ოპერაციიღან 1 წღის განმავღობაში
- გ) ოპერაციიღან მე-2 წღეს
- ღ) ოპერაციიღან მე-3 წღეს
- ყ) რაიმე კანონზომიერება არ შეინიშნება

346. ქრონიკული პარაპროქტიტის მკურნაღობის შემღგომი რეაბიღიტაციის მნიშვნეღოვანი პარამეტრები: 1) ანალური ფუნქციის ოპერაციამღელი მაჩვენებღების განსაზღვრა; 2) ანალური ფუნქციის ოპერაციის შემღგომი მაჩვენებღები; 3) ისეთი ქირურგიული მეთოღის შერჩევა, რომელიც პაციენტს აღუღგენს შრომისუნარიანობას

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- ღ) 1;3
- *ყ) 1;2;3

შემოროიღული ღაავაღება

347. შემოროიღულღა კვანძებღა ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია

- ა) შეიღღება განიცაღოს პროღაფსის ღა შესაბამისღ ხშირი მექანიკური გაღმიანების ფონზე;
- ბ) შეიღღება განიცაღოს ღაავაღების ხანგრძღივი (ათეული წღები) ანამნემის ფონზე;
- გ) შეიღღება განიცაღოს შეკრულღობის ფონზე მკვრივი განავღოვანი მასებით მექანიკური გაღმიანების გამო;
- *ღ) არ შეიღღება განიცაღოს;
- ყ) შეიღღება განიცაღოს გარეგანი მექანიკური გაღმიანების (მაგ. გამწმენდი ოყენების ხშირი კეთება) ფონზე;

348. ბუასიღის მაგერიღული სუბსტრატის აღმოჩენამღე ბევრღ აღრე შემოროიღული სტრუქტურების შენების განსაკუთრებულღობაზე ამრი გამოთქვა:

- ა) ჭ. მიღღეს-მა;
- *ბ) ი. კარპინსკიმ;
- გ) E.თ.ჩ. მიღღიგან-მა;
- ღ) ა. მინაევმა;
- ყ) A. პარკს-მა;

349. სწ. ნაწლავის კავერნული სხეუღები შემოროიღული ღაავაღების სუბსტრატღღ F. შტელზნერ-ის მიერ ღასახეღღა:

- ა) მეოცე საუკუნის 30-იან წღებში;
- ბ) მეოცე საუკუნის 40-იან წღებში;
- გ) მეოცე საუკუნის 50-იან წღებში;
- *ღ) მეოცე საუკუნის 60-იან წღებში;
- ყ) მეოცე საუკუნის 70-იან წღებში;

350. ანალური არხის ღონეზე ბემო შემოროიღული არტერია უმრავღეს შემთხვევაში განიცღის განშტოებას:

- ა) 2 ტოტაღ;
- *ბ) 3 ტოტაღ;
- გ) 4 ტოტაღ;

- დ) 5 გოტად;
- ე) 6 გოტად;

351. ანალურ არხში კავერნულ სხეულთა 3 ჯგუფის არსებობა:

- ა) პათოლოგია ახალშობილობის ასაკში;
- ბ) პათოლოგია ბავშვობის ასაკში;
- გ) პათოლოგია მრდასრულობის ასაკში;
- დ) პათოლოგია მოხუცებულობის ასაკში;
- *ე) ნორმალური ანაგომია;

352. კავერნულ ვენათა კელისშიგა არტერიებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ისინი აყალიბებენ არტერიულ-ვენურ ანასტომოზებს;
- ბ) ისინი ლიგერატურაში ცნობილი არიან სპირალურ არტერიათა სახელით;
- *გ) ისინი იყოფიან კაპილარებად და ისე იხსნებიან ვენის სანათურში;
- დ) მათ აქვთ დაკლაკნილი ფორმა;
- ე) კელისშიგა არტერიებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

353. სწ. ნაწლავის კავერნულ სხეულთა ფუნქცია ლიგერატურის მიხედვით: 1 არ არის სრულყოფილად შესწავლილი; 2 არის ფეკალური მასების ანალური არხიდან სრულად გამოღვევისთვის ხელშეწყობა; 3 არის ანალური გასაღვლის სრულ ჰერმეტიკიზმში მონაწილეობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში

354. ჰემოროიდული ზონის ინსპექციის დროს, სამზე მეტი შიგნითა ჰემოროიდული კვანძის არსებობის შთაბეჭდილება იქმნება: 1 დამატებითი პირველადი ჰემოროიდული კვანძების რეალურად არსებობის საფუძველზე; 2 პირველადი ჰემოროიდული კვანძების ფუძეთა განშტოების საფუძველზე; 3 პირველადი ჰემოროიდული კვანძების დისტალური ბოლოების განშტოების საფუძველზე; 4 დაავადების შორსწასულობის გამო, პირველად ჰემოროიდულ კვანძთა შორის არსებულ კავერნულ ვენათა ჰიპერპლაზიის საფუძველზე;

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

355. I-II ხარისხის ბუასილის დროს, გაურთულებელ შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ინსპექციით ისინი მოწითალო-მოლურჯო ფერის არიან;
- ბ) მათ აქვთ რბილი კონსისტენცია;
- *გ) ისინი არიან არაკომპაქტური;
- დ) პალპაციით ისინი არიან მოძრავი;
- ე) I-II ხარისხის გაურთულებელ ბუასილთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

356. ჰემოროიდექტომიის ორდინარულ მეთოდთა უმრავლესობა ემყარება:

- ა) გარეთა ჰემოროიდული კვანძების ლოკალიზაციის პრინციპს;
- *ბ) პირველადი შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების ლოკალიზაციის პრინციპს;
- გ) დაავადების სტადიურობის პრინციპს;
- დ) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდულ კვანძთა ურთიერთმდებარეობის პრინციპს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

357. ანაგომიური კლასიფიკაციის მიხედვით გამოჰყოფენ: 1 გარეთა ბუასილს; 2 შიგნითა ბუასილს; 3 კომბინირებულ ბუასილს;

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

358. ჰემოროიდულ კვანძთა არსებობისა და ჰემოროიდული დაავადების კლინიკის არარსებობის თანხვედრას, “ბუასილი ბუასილის გარეშე” უწოდა:

- ა) ა. რიკიხმა;
- ბ) ვ. რიკიხმა;
- *გ) ა. ამინემა;

- დ) ვ. ფილოროფმა;
- ე) ლ. კაპულერმა;

359. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის სტადიაში მკურნალობა მიზანშეწონილია:

- ა) ქირურგიული მეთოდით;
- *ბ) კონსერვატიული ღონისძიებების გატარების დაწყებით;
- გ) ნახევრადქირურგიული მეთოდებით;
- დ) მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე;
- ე) მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია ჰემოროიდული დაავადების ხარისხზე;

360. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის დროს არ არის დასაშვები:

- ა) თბილი ჯდომითი აბაზანების დანიშვნა;
- ბ) ანუზის სანთლების გამოყენება;
- გ) "ფორმულა ფერგუსონ 361" სანთლების ან მალამოს გამოყენება;
- *დ) დათრომბილ კვანძში მასკლეროგენული ხსნარის (მაგ. თრომბოფარი) შეყვანა;
- ე) დეგრალექსის პერორალური მიღება;

361. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის მოვლენების უკუგანვითარების თანამედროვე მელიკამენტი დეგრალექსი (ფირმა "შერვიერ") არის: 1 ანთების საწინააღმდეგო ანალგეზიური საშუალება; 2 განავლის გასათხელებელი საშუალება; 3 ვენოტონური საშუალება; 4 სპაზმოლიტიკური და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება;

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

362. დეგრალექსის სინონიმებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა შემდეგისა:

- ა) დაფლონი;
- ბ) დიოსმინი;
- გ) ჰესპერიდინი;
- დ) დაფლონი - 500;
- *ე) ვენორუტინი;

363. დეგრალექსის ფარმაკოლოგიური მოქმედებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ვენების ტონუსის მომატება;
- ბ) ვენური შეგუბების შემცირება;
- *გ) გლუვი კუნთების ტონუსის დაქვეითება;
- დ) კაპილართა გამაფლობის შემცირება;
- ე) ლიმფური დრენაჟის გაუმჯობესება;

364. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის დროს დეგრალექსის დღიური დოზა გაზრდილია:

- ა) 3 ტაბლეტამდე;
- ბ) 4 ტაბლეტამდე;
- *გ) 6 ტაბლეტამდე;
- დ) 8 ტაბლეტამდე;
- ე) დოზა რჩება იგივე, რაც ქრ. ჰემოროიდული დაავადების შემთხვევაში (2 ტაბ. დღეში);

365. კავერნული ვენიდან აღებულ სისხლში კანგბადის შემცველობა არის:

- ა) 70 +/- 0.02%;
- ბ) 75 +/- 0.02%;
- გ) 80 +/- 0.02%;
- *დ) 95 +/- 0.02%;
- ე) 98 +/- 0.02%;

366. ჰემოროიდული დაავადების პროგრესთან ერთად კავერნულ ვენათა კედლისშიგა არტერიების რაოდენობა: 1. მაგულობს; 2 კლებულობს; 3 რჩება იგივე; 4 დასახელებული სისხლძარღვები აკეთებს უფრო მეტ ხვეულს;

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

367. ჰემოროიდული სისხლდენა ძირითადად ვლინდება:

- *ა) გარეთა და შიგნითა სფინქტერის მოღუნების პირობებში;

- ბ) შიგნითა სფინქტერის ტონუსის მომაგების პირობებში;
- გ) გარეთა სფინქტერის ტონუსის მომაგების პირობებში;
- დ) შიგნითა და გარეთა სფინქტერის ტონუსის ცვლილებასთან ჰემოროიდული სისხლდენა კავშირში არ არის;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

368. უფრო ხშირად გვხვდება:

- *ა) გარეთა ჰემოროიდული თრომბოზი;
- ბ) შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზი;
- გ) გოტალური ჰემოროიდული თრომბოზი;
- დ) გოტალური ჰემოროიდული თრომბოზი ნეკროზული ცვლილებებით;
- ე) გარეთა და შიგნითა ჰემოროიდული თრომბოზი გვხვდება თანაბარი სიხშირით;

369. ლაგექსის რგოლით ლიგაციასთან მიმართებაში მართებულია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მას არ ესაჭიროება გაუტკივარება;
- ბ) ის გარდება ამბულაგორიულ პირობებში;
- გ) მას აქვს ეკონომიკური ეფექტი ჰემოროიდული დაავადების ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით;
- *დ) ის უკავშირდება 3-4 დღიან შრომისუუნარობას;
- ე) ლაგექსის რგოლით ლიგაციასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

370. ჰემოროიდულ კვანძთა ლიგატორი კონსტრუირებულია E. Bარრონ-ის მიერ:

- ა) მეოცე საუკუნის 40-იან წლებში;
- ბ) მეოცე საუკუნის 50-იან წლებში;
- *გ) მეოცე საუკუნის 60-იან წლებში;
- დ) მეოცე საუკუნის 70-იან წლებში;
- ე) მეოცე საუკუნის 80-იან წლებში;

371. ლაგექსის ან რემინის რგოლით ლიგირებული ჰემოროიდული კვანძის ნაწლავის კელლიდან სრული “ჩამოფცქნა” ხდება მანიპულაციიდან დაახლოებით:

- ა) 1-2 დღეში;
- ბ) 2-3 დღეში;
- *გ) 4-5 დღეში;
- დ) 7-8 დღეში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

372. ბიოფიდბეკის (ანალური სფინქტერის ადაპტირებული ბიოსტიმულაციის მეთოდი) გექნიკასთან მიმართებაში სწორია: 1 ანალურ არხში შეაქვთ ელასტიკური ბალონი, რომელზედაც პაციენტი ახორციელებს ზეწოლას; კუნთოვანი ზეწოლის ძალა აღირიცხება მონიტორზე; 2 დასახელებული მეთოდი ემყარება ორგანიზმში უკვე არსებული ბიოლოგიური კავშირების აღდგენას ან გაძლიერებას; 3 დასახელებული მეთოდი ემყარება ახალი რეფლექსის გამოუმუშავების საფუძველზე ორგანიზმში არსებული ბიოლოგიური კავშირების გაძლიერებას;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

373. სკლეროთერაპიისთვის პაციენტის მომზადება გულისხმობს გამწმენდი ოყნების გაკეთებას:

- ა) მანიპულაციამდე სამი დღის განმავლობაში ყოველ საღამოს;
- ბ) მანიპულაციამდე ორი დღის განმავლობაში ყოველ საღამოს;
- გ) მანიპულაციის წინა საღამოს, საფარლართო საშუალებების (აბუსალათინის ზეთი 30 მლ) მიღებასთან ერთად;
- *დ) მანიპულაციის დღეს დღით და მის წინა საღამოს;
- ე) ოყნების გაკეთება საერთოდ არ არის საჭირო;

374. სკლეროთერაპიის დროს ჰემოროიდულ კვანძში მასკლეროზებული ხსნარი შეჰყავთ საშ.:

- ა) 0,5-1 მლ რაოდენობით;
- ბ) 1 მლ რაოდენობით;
- *გ) 1,5-2 მლ რაოდენობით;
- დ) 5 მლ რაოდენობით;
- ე) 10 მლ რაოდენობით;

375. სკლეროთერაპიის დროს მასკლეროზებული ხსნარი შეჰყავთ:

- ა) ლორწოვან შრეში;
- ბ) ლორწოვან და ლორწოვან შრეებში;
- *გ) ლორწოვან და კუნთოვან შრეებს შორის სივრცეში;
- დ) კუნთოვან შრეში;

ე) ჰემოროიდული კვანძის მკვებავ სისხლძარღვში;

376. ანალური არხის ლორწოვან კუნთი პირველად აღწერა:

- ა) მორგანმა;
- *ბ) გრეცმა;
- გ) მაილსმა;
- დ) რეკამიემ;
- ე) პარქსმა;

377. ჰემოროიდული სისხლდენა

- ა) შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ჰემოროიდულ კვანძთა პროლაფსის ფონზე;
- ბ) შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ჰემოროიდული თრომბოზის ფონზე;
- გ) შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ჰემოროიდული თრომბოზის შემდეგ;
- *დ) შეიძლება წარმოადგენდეს ჰემოროიდული დაავადების ერთადერთ დამოუკიდებელ სიმპტომს;
- ე) შეიძლება გამოვლინდეს მხოლოდ ფაღარათის ფონზე;

378. სკლეროთერაპიის ჩატარება დასაშვებია:

- ა) გარეთა ბუასილის დროს;
- *ბ) არაპროლაბირებადი სისხლმდენი ბუასილის დროს;
- გ) ანალურ ნაპრალთან თანხვედრილი არაპროლაბირებადი სისხლმდენი ბუასილის დროს;
- დ) კრიპტიტთან თანხვედრილი არაპროლაბირებადი სისხლმდენი ბუასილის დროს;
- ე) ლიარეასთან თანხვედრილი არაპროლაბირებადი სისხლმდენი ბუასილის დროს;

379. ჰემოროიდულ კვანძთა ლაგექსის რგოლით ლიგაცია დასაშვებია:

- ა) მხოლოდ ჰემოროიდული კვანძების პროლაფსის შემთხვევაში;
- ბ) მხოლოდ არაპროლაბირებადი ჰემოროიდული კვანძების არსებობის შემთხვევაში;
- *გ) როგორც პროლაბირებადი, ისე არაპროლაბირებადი ჰემოროიდული კვანძების შემთხვევაში;
- დ) ჰემოროიდული თრომბოზის შემთხვევაში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

380. ფოტოკოაგულაციასთან მიმართებაში მართებულია შემდეგი დებულება: 1 მისი გამოყენება ეფექტურია ჰემოროიდული დაავადების შორსწასული ფორმების დროს; 2 მისი გამოყენება ეფექტურია ჰემოროიდული დაავადების ადრეულ სტადიაში; 3 მისი გამოყენება ეფექტურია ჰემოროიდული დაავადების როგორც ადრეულ, ისე შორსწასულ სტადიაში; 4 მისი გამოყენება ეფექტურია გარეთა ჰემოროიდული თრომბოზის დროს;

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

381. ჰემოროიდული დაავადების მკურნალობა ლორდის მეთოდით გულისხმობს:

- ა) გვერდითი დახურული სფინქტეროტომიის წარმოებას;
- ბ) ჰემოროიდული კვანძების ლიგაციას;
- გ) ჰემოროიდულ კვანძთა სათითაოდ მოკვეთას;
- *დ) ანალური გასაფლის გაჭიმვას;
- ე) ჰემოროიდულ კვანძთა თერმოკაუტერით მოწვას;

382. ჰემოროიდულ კვანძთა ტიპური ლოკალიზაციის შესახებ 1919 წელს დასკვნა პირველმა გააკეთა:

- *ა) ჭ. მილეს-მა;
- ბ) E. თ. ჩ. მილიგან-მა;
- გ) H. ლოკჰარტ-მუმერ-მ;
- დ) ი. კარპინსკიმ;
- ე) გ. ილინმა;

383. მილიგან-მორგანის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) სამი პირველადი ჰემოროიდული კვანძის ამოკვეთას ჭრილობის ნაწილობრივი გაკერვით;
- ბ) სამი პირველადი ჰემოროიდული კვანძის ამოკვეთას ჭრილობის ყრულ გაკერვით;
- *გ) სამი პირველადი ჰემოროიდული კვანძის ამოკვეთას ჭრილობის ღიალ დატოვებით;
- დ) სამი პირველადი ჰემოროიდული კვანძის ლიგაციის მოკვეთის გარეშე;
- ე) სამი პირველადი ჰემოროიდული კვანძის ლიგაციას შემდგომი მოკვეთით;

384. პირველადი ჰემოროიდული კვანძების მოკვეთას, ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით გულისხმობს:

- ა) მილიგან-მორგანის ოპერაცია;
- *ბ) მილიგან-მორგანის ოპერაციის რქსც (რუსეთის კოლოპროქტოლოგიის სახელმწიფო სამეცნიერო ცენტრის) I მოდიფიკაცია;

- გ) მილიგან-მორგანის ოპერაციის რკსს II მოდიფიკაცია;
- დ) ფერგუსონის ოპერაცია;
- ე) პარკის ოპერაცია;

385. პარქის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) პირველადი ჰემოროიდული კვანძების მოკვეთას ჭრილობის ღიად დატოვებით;
- ბ) პირველადი ჰემოროიდული კვანძების მოკვეთას ჭრილობის გაკერვით;
- გ) პირველადი ჰემოროიდული კვანძების ლიგაციას, მოკვეთით;
- *დ) პირველადი ჰემოროიდული კვანძების სუბმუკოზურ ამოკვეთას;
- ე) პირველადი ჰემოროიდული კვანძების ლიგაციას, დახურულ გვერდით სფინქტეროტომიას;

386. გეგმიური ჰემოროიდექტომიის შემდეგ (მაგ. ფერგუსონის მეთოდით) გაკერილი ჭრილობის პერიანალური ნაწილის პირველად შეხორცებას ხელს უწყობს: 1 ანტიბიოტიკოთერაპია; 2 კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარის ჯდომითი აბაზანების დანიშვნა ოპერაციიდან 6-7 სთ-ში და შემდეგ; 3 პერიანალური ქსოვილების ადგილობრივი იმუნიტეტი “საკუთარი ინფექციის” მიმართ; 4 შეხვევები (დღეში 3-4-ჯერ) ჰიდროფილურ საფუძველზე დამზადებული მალამოს გამოყენებით;

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

387. მსოფლიოს სპეციალიზებულ კოლოპროქტოლოგიურ კლინიკათა უმრავლესობაში ბუასილის ქირურგიული მკურნალობის დროს უპირატესობას ანიჭებენ:

- ა) ცირკულური ჰემოროიდექტომიის მეთოდებს;
- *ბ) სამკვადრანტული ჰემოროიდექტომიის მეთოდებს;
- გ) ჰემოროიდულ კვანძთა ლიგაციის მეთოდებს;
- დ) ჰემოროიდულ კვანძთა თერმოკაუტერიზაციის მეთოდებს;
- ე) ჰემოროიდექტომიის სხვადასხვა მეთოდთა გამოყენების სისშირეში რაიმე კანონზომიერება არ შეინიშნება;

388. აშშ კოლოპროქტოლოგიურ კლინიკებში ბუასილის ქირურგიული მკურნალობის დროს უპირატესობას ანიჭებენ:

- ა) უაითჰელის მეთოდს;
- ბ) მილიგან-მორგანის მეთოდს;
- *გ) ფერგუსონის მეთოდს;
- დ) პარკის მეთოდს;
- ე) ბუის მეთოდს;

389. ჰემოროიდექტომიის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების შემდეგ, შემთხვევათა უმრავლესობაში ოპერაციის შემდგომი ჭრილობა ხორცდება:

- ა) 8-9 დღის განმავლობაში;
- ბ) 1-2 კვირის განმავლობაში;
- გ) 2-3 კვირის განმავლობაში;
- *დ) 3-4 კვირის განმავლობაში;
- ე) 5-6 კვირის განმავლობაში;

390. ჰემოროიდული დაზავების ქირურგიული მკურნალობა Lონგო-ს მეთოდით (1998) ითვალისწინებს:

- ა) ჰემოროიდულ სტრუქტურათა მოკვეთას ნაწლავის მთელ პერიმეტრზე;
- ბ) ჰემოროიდულ კვანძთა სათითაოდ მოცილებას ნაწლავის სწორი საკერავი აპარატის გამოყენებით;
- *გ) ჰემოროიდული კვანძების პროქსიმალურად მდებარე ლორწოვანი გარსის მოკვეთას ნაწლავის ცირკულური საკერავი აპარატის გამოყენებით;
- დ) ჰემოროიდულ სტრუქტურათა მოცილებას ნაწლავის მთელ პერიმეტრზე, ცირკულური საკერავი აპარატის გამოყენებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

391. ანალური სფინქტერის დიფუზია დასაშვებია ანალური გასავლის: 1 ჰორიზონტალური ღერძის გასწვრივ; 2 ვერტიკალური ღერძის გასწვრივ; 3 ირიბი ღერძების გასწვრივ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

392. ჰემოროიდექტომიის ქვემოჩამოთვლილ მეთოდთა შორის, ლიგურაგურაში “სკანდალურ” ოპერაციად არის ცნობილი:

- ა) ბურჩელის მეთოდი;
- *ბ) უაითჰელის მეთოდი;
- გ) მილიგან-მორგანის მეთოდი;

- დ) პარკის მეთოდი;
- ე) ფერგუსონის მეთოდი;

393. უაითჰელის მეთოდი ითვალისწინებს:

- ა) ჰემოროიდულ კვანძთა სუბმუკოზურ ამოკვეთას ნაწლავის მთელი პერიმეტრის გასწვრივ, ლორწოვანი გარსის უკან დაბრუნებით;
- ბ) ჰემოროიდულ კვანძთა ქისისებურ-კომპრესიულ ლიგაციას ნაწლავის მთელი პერიმეტრის გასწვრივ;
- *გ) ჰემოროიდულ კვანძთა მუკოზური გარსითურთ სეპარაცია-მოკვეთას ნაწლავის მთელი პერიმეტრის გასწვრივ, ლორწოვანი გარსის კანზე მიკერებით;
- დ) წინასწარი სეპარაციის გარეშე ჰემოროიდულ კვანძთა მოკვეთას ნაწლავის მთელი პერიმეტრის გასწვრივ, ლორწოვანი გარსის კანზე მიკერებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

394. ჰემოროიდექტომიის მეთოდთა კლასიფიკაცია ეყრდნობა: 1 ჰემოროიდულ კვანძთა მოკვეთის შემდეგ ჭრილობის გაკერვა-არ გაკერვის პრინციპს; 2 ჰემოროიდულ კვანძთა სამკვადრანტული ან ცირკულური მოკვეთის პრინციპს; 3 ჰემოროიდული კვანძების ნაწლავის სანათურის მხრიდან ან ლორწოქვეშა შრიდან მიდგომით მოკვეთის პრინციპს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

395. ჰემოროიდექტომიის შემდეგ ლეფეკაცია სასურველია გამოვიწვიოთ ოპერაციიდან:

- ა) მეორე დღეს;
- *ბ) მესამე-მეოთხე დღეს;
- გ) მეხუთე-მეექვსე დღეს;
- დ) ოპიატების გამოყენებით ლეფეკაცია სასურველია შევაკაოთ 7-8 დღის განმავლობაში;
- ე) ოპიატების გამოყენებით ლეფეკაცია სასურველია შევაკაოთ 9-10 დღის განმავლობაში;

396. ჰემოროიდექტომიის შემდეგ პირველ გამწმენდ ოყნას (საჭიროა შემთხვევათა უმრავლესობაში) აკეთებს:

- ა) სანიტარი;
- ბ) ექთანი;
- გ) სანიტარი ექთნის თანდასწრებით;
- *დ) ექიმი;
- ე) ექთანი ექიმის თანდასწრებით;

397. ცირკულური ჰემოროიდექტომიის შემდგომ შესაძლო გართულებებს მიეკუთვნება: 1 ანალური სტრიქტურა; 2 მენჯის ღრუს შეხორცებითი დაზავლების განვითარება; 3 ანალური ინკონტინენცია;

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

398. სამკვადრანტული ჰემოროიდექტომიის მეთოდებით ბუასილის მკურნალობის შემდეგ რეციდივის მაჩვენებელი მერყეობს:

- ა) 1-3%-ის ფარგლებში;
- *ბ) 3-12%-ის ფარგლებში;
- გ) 3-15%-ის ფარგლებში;
- დ) 5-18%-ის ფარგლებში;
- ე) სამკვადრანტული ჰემოროიდექტომიის შემდეგ რეციდივი პრაქტიკულად არ ვითარდება;

399. ცირკულური ჰემოროიდექტომიის შემდეგ რეციდივის მაჩვენებელი მერყეობს:

- ა) 2-5%-ის ფარგლებში;
- ბ) 6-7%-ის ფარგლებში;
- გ) 8-9%-ის ფარგლებში;
- დ) 10-11%-ის ფარგლებში;
- *ე) ცირკულური ჰემოროიდექტომიის შემდეგ რეციდივი პრაქტიკულად არ ვითარდება;

400. სპეციალიზებულ პროქტოლოგიურ სამსახურს საქართველოში საფუძველი ჩაეყარა მეოცე საუკუნის

- ა) 30-იან წლებში;
- ბ) 40-იან წლებში;
- გ) 50-იან წლებში;
- დ) 60-იან წლებში;
- *ე) 70-იან წლებში;

401. სპეციალიზებულ პროქტოლოგიურ სამსახურს რუსეთში პირველმა ჩაუყარა საფუძველი:

- ა) ა.მ. ამინევი;
- ბ) ს.პ. ფილოლოვი;
- *გ) ა.ნ. რიეხმა;
- დ) მ.ა. ილინმა;
- ე) ა.ვ. ვიშნევსკიმ;

402. რექტორომანოსკოპის ტუბუსი ვიზუალური კონტროლის განხორციელების დაწყებამდე ნაწლავში შეგვაქვს:

- ა) 2-3 სმ;
- ბ) 4-5 სმ;
- *გ) 6-7 სმ;
- დ) 8 სმ;
- ე) 9-10 სმ;

403. ანოსკოპით სწ. ნაწლავის სრულფასოვანი დათვალიერება ხერხდება:

- *ა) 10 სმ-ზე;
- ბ) 20 სმ-ზე;
- გ) 25 სმ-ზე;
- დ) 30 სმ-ზე;
- ე) 15 სმ-ზე;

404. მწვავე პარაპროქტიგის სრულფასოვანი გახსნისა და ღრენირების შემდგომ პერიოდში

- ა) ყოველთვის ყალიბდება სწორი ნაწლავის ფისგულა;
- ბ) ყოველთვის ყალიბდება ინფილტრაციული პარაპროქტიგი;
- *გ) შეიძლება არ ჩამოყალიბდეს სწორი ნაწლავის ფისგულა;
- დ) ხშირად, უმოკლეს ვადაში ყალიბდება მწვავე რეციდიული პარაპროქტიგი;
- ე) ყოველთვის ყალიბდება ინფილტრაციული პარაპროქტიგი და მის ფონზე სხვადასხვა ვალებში - მწვავე რეციდიული პარაპროქტიგი.

405. მწვ. ბუასილის დროს ჰემოროიდული დაავადების მკურნალობის ქვემოჩამოთვლილ მეთოდთაგან შეიძლება ავირჩიოთ:

- ა) კვანძების ლიგაცია;
- ბ) კრიოთერაპია;
- *გ) მილიგან-მორგანის ოპერაცია;
- დ) სკლეროთერაპია;
- ე) ფოტოკოაგულაცია;

406. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის შემდგომ პერიოდში ჰემოროიდული ფონის ჩამოყალიბების საწინააღმდეგო ღონისძიებაა: 1 ადეკვატური კონსერვატიული მკურნალობა; 2 თრომბექტომია; 3 ლაზეროთერაპია; 4 ჰემოროიდული ფონი ყალიბდება ყველა შემთხვევაში.

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

407. შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების სკლეროთერაპიის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს: 1 ლორწოქვეშა ჰემატომა; 2 ლორწოქვეშა აბსცესი; 3 ლორწოქვეშა ოლეომა;

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

408. შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების სკლეროთერაპიის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს: 1 ჰემატურია; 2 შარდის შეუკავებლობა; 3 ძლიერი ტკივილი;

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

409. შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების სკლეროთერაპიის ფონზე შეიძლება განვითარდეს: 1 სისხლდენა; 2 გართოა ჰემოროიდული თრომბოზი; 3 პროსტატატიტი;

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

410. უაითჰედის პრინციპზე აგებულ ოპერაციათა დროს დაშვებულ გიპურ შეცდომებს მიეკუთვნება: 1 ლორწოვანი გარსის გამოყოფილი ცილინდრის ზომამზე ქვემოთ გადაკვეთა; 2 ლორწოვანი გარსის გამოყოფილი ცილინდრის ზომამზე ზემოთ გადაკვეთა; 3 სწორი ნაწლავის სფინქტერის დაზიანება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

411. რას ნიშნავს გერმინი ჰემორი: 1) სისხლის მოჭარბებულ ნაკადს; 2) სისხლმომარაგებას; 3) სისხლის მიწოდებას; 4) სისხლს და მის გამოდევნას; 5) სისხლნაკლებობას

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) 5

412. რას წარმოადგენს ჰემორიული კომპლექსი ანუ ჰემორიდი: 1) სწორი ნაწლავის კეღელში მდებარე არტერიებს; 2) სწორი ნაწლავის კეღელში მდებარე ვენურ სტრუქტურებს; 3) სწორი ნაწლავის კეღელში მდებარე მღვიმოვანი ვენების ჯგუფს; 4) სწორი ნაწლავის კეღელში მდებარე არტერო-ვენური შუნტების შემცველი მღვიმოვანი ვენების ჯგუფებს; 5) ვარიკოზული ვენების დილატაციას

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) 5

413. ჰემორიული დაავადების რისკ-ფაქტორებია: 1) ვირუსული ინფექცია; 2) მსხვილი ნაწლავის ტრანზიტორული მოშლილობები; 3) ორსულობა

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

414. ე.წ. "მეორადი ბუასილის" გამომწვევი მიზეზებია:

- ა) ღვიძლის ციროზი
- ბ) მენჯისა და რეგროპერიტონული სივრცის სიმსივნეები
- გ) ლეკომპენსირებული გულსისხლძარღვთა დაავადებები
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

415. ჰემორიული დაავადების გიპური გართულებებია: 1) ალისფერი სისხლდენა; 2) კვანძების პერმანენტული გამოვარდნა; 3) სწორი ნაწლავის გამოვარდნა

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

416. რას გულისხმობს დიეულსია:

- *ა) ანალური არხის გაფართოებას და გაჭიმვას
- ბ) ამპულური ნაწილის დილატაციას
- გ) ლორწოვანი გარსის ტრაქციას
- დ) ქვედა ამპულური ნაწილის პალპაციას
- ე) სწორია ყველა პასუხი

417. მწვავე ჰემორიის დროს სფინქტეროსპაზმი:

- ა) არ არის გამოხატული

- ბ) იშვიათად არის გამოხატული
- *გ) პრაქტიკულად ყოველთვის არის
- დ) კანონზომიერება არ არის
- ე) შეუძლებელია დადგენა

418. მწვავე ჰემოროიდული თრომბოზის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია: 1) პერიანალური მიდამოს ლათვალიერება; 2) თითით პალპაცია და რევიზია; 3) ანოსკოპია

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

419. მწვავე ჰემოროიდული დაავადების ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების გათვალისწინებით შეიძლება წარმოებული იყოს: 1) სასწრაფო ჰემოროიდექტომია (პირველ 24 საათში); 2) გადავადებული აღრეული ჰემოროიდექტომია (24 საათიდან პირველი 7 დღის ჩათვლით); 3) გადავადებული მოგვიანებითი ჰემოროიდექტომია

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

420. ე.წ. ”ორსულთა ბუასილის” განვითარების აუცილებელი ფაქტორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა შემდეგისა: 1) შეკრულობა; 2) მრავალმომენტიანი დეფეკაციის აქტი; 3) მსხვილი ნაწლავის მოგორული აქტივობის დაქვეითება; 4) ნაყოფის გეწოლით გამოწვეული ვენური სტაზი; 5) ორსულობამდე ჰემოროიდული დაავადების თუნდაც საწყისი ფორმის არსებობა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 5

421. ჰემოროიდული დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ჩამოთვლილ მეთოდებს შორის, რეციდივის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება:

- *ა) ჰემოროიდული კვანძების ლიგაციის დროს
- ბ) ჰემოროიდული კვანძების ამოკვეთის დროს
- გ) პლასტიკური ოპერაციების დროს
- დ) არსებითი სხვაობა მეთოდებს შორის რეციდივის თვალსაზრისით არ არის

422. ჰემოროიდექტომიის დროს ანესთეზიის ოპტიმალური სახეა: 1) ზოგადი გაუკვივარება; 2) რეგიონალური (საკრალური, ეპიდურული) ანესთეზია; 3) ადგილობრივი ანესთეზია

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

423. როგორი წესით უნდა მომზადდეს პაციენტი ჰემოროიდექტომიისთვის:

- ა) მსხვილი ნაწლავის მექანიკური გაწმენდა და ანტიბიოტიკოთერაპია
- ბ) საფლანგოთვების მიღება და მექანიკური გაწმენდა
- გ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ლავაჟი
- *დ) მსხვილი ნაწლავის გრადიციული მექანიკური გაწმენდა
- ე) მსხვილი ნაწლავის მექანიკური გაწმენდასთან ერთად ინფუზიურ-გრანსფუზიური თერაპიის ჩატარება

424. რომელი საკერავი მასალის გამოყენებაა მიზანშეწონილი ჰემოროიდექტომიის დროს; 1) აბრეშუმი; 2) კაპრონი; 3) მონოფილამენტური ძაფები 4) კეტგუტი; 5) ქრომირებული კეტგუტი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 5

ინკონტინენცია, რექტოცელე, სწ. ნაწლავის გამოვარდნა და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები

425. რექტოცელეს ჩამოყალიბების მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მრავალჯერადი მშობიარობა;
- ბ) მენჯის ძირის ინერვაციის ღარღვევა სპინა ბიფიდა-ს ფონზე;
- გ) ასთენიური კონსტიტუცია;
- *დ) პორტული ჰიპერტენზია;
- ე) ქსოვილთა ასაკობრივი აგროფია.

426. რექტოცელესტვის დამახასიათებელი არ არის:

- ა) რექტოვადიკური ძგიდის კუნთების ჩანაცვლება ნაწიბუროვანი ქსოვილით;
- ბ) სწ. ნაწლავის ლორწოვანი გარსის აგროფია;
- *გ) რექტოვადიკური ძგიდის გამბლლება;
- დ) სწ. ნაწლავის წინა კედლის განღვევა;
- ე) საშოში გროფიკული ცვლილებების განვითარება.

427. I ხარისხის რექტოცელესტვის დამახასიათებელია:

- ა) გენემები;
- *ბ) უმნიშვნელო დისკომფორტი დეფეკაციის დროს;
- გ) დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა დეფეკაციის შემდეგ;
- დ) სწორ ნაწლავში უცხო სხეულის შეგრძნება;
- ე) ფეკალური მასების ნაწლავიდან გამოსაძევებლად საშოს მხრიდან ხელით დახმარების საჭიროება.

428. II ხარისხის რექტოცელეს დროს თითო რექტალური გასინჯვისას სწ. ნაწლავის კეღელი საშოს მხარეს

- ა) არ იზნიქება;
- ბ) იზნიქება 1 სმ;
- *გ) იზნიქება 2-3 სმ;
- დ) იზნიქება 3 სმ მეგად და სცდება საშოს კარიბჭეს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

429. რექტოცელეს დროს კეღეის ინფორმაციული მეთოდებია ყველა, გარდა შემდეგისა:

- ა) სფინქტერომეტრია;
- ბ) ბალნოგრაფია;
- გ) დეფეკოგრაფია;
- *დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ე) ელექტრომიოგრაფია.

430. რექტოცელეს დიფერენციაცია საჭიროა მოვახდინოთ: 1 ცისტოცელესთან; 2 რექტოვადიკური ძგიდის თიაქართან; 3 საშვილოსნოს გამოვარდასთან;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

431. რექტოცელეს დროს პათოგენეზურად დასაბუთებულ მოქმედებებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა შემდეგისა:

- *ა) უკანა ლევატოროპლასტიკა;
- ბ) უკანა კოლპორაფია;
- გ) სწ. ნაწლავის წინა კედლის გოფირება;
- დ) წინა ლევატოროპლასტიკა;
- ე) რექტოცელეს დროს პათოგენეზური დასაბუთება გააჩნია ყველა ჩამოთვლილ მოქმედებას.

432. რექტოცელეს დროს წინა ლევატოროსფინქტეროპლასტიკა უფრო ხშირად ხორციელდება:

- ა) გრანსრექტული მიღგომით;
- ბ) გრანსვადიკური მიღგომით;
- *გ) რექტო-ვადიკური ძგიდის მხრიდან მიღგომით;
- დ) კომბინირებული მიღგომით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

433. წინა ლევატოროსფინქტეროპლასტიკის შემდგომი პერიოდის გართულების გარეშე მიმდინარეობის შემთხვევაში, წოლითი რეჟიმის დაცვა საჭიროა:

- ა) 2-3 დღის განმავლობაში;
- ბ) 4-5 დღის განმავლობაში;
- *გ) 6-7 დღის განმავლობაში;
- დ) 9-10 დღის განმავლობაში;
- ე) წოლითი რეჟიმის დაცვა საჭირო არ არის.

434. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის თიაქრისეული თეორიის საფუძველს ქმნის: 1 სიგმური კოლინჯის გადაჭარბებული სიგრძე; 2 ლუგლასის ჯიბის გადაჭარბებული სიღრმე; 3 მენჯის ღრუში შეხორცებების არსებობა;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

435. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის ინეაგინაციური თეორიის საფუძველს ქმნის: 1 ლუგლასის ჯიბის გადაჭარბებული სიღრმე; 2 სწ. ნაწლავის არა ს-ისებური, არამედ სწორი ფორმა; 3 სიგმური კოლინჯის გადაჭარბებული სიგრძე;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

436. სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ფონზე უფრო ხშირად ყალიბდება:

- ა) ჰემოროიდული დაავადება;
- *ბ) ანალური უკმარისობა;
- გ) ანალური ნაპრალი;
- დ) მწვავე პარაპროქტიტი;
- ე) რექტოცელე.

437. სწ. ნაწლავის I ხარისხის გამოვარდნისთვის დამახასიათებელია: 1 რექტუმის გამოვარდნა ლუფეკაციის ღროს, ხელის დახმარებით უკან შესწორების შესაძლებლობით; 2 რექტუმის გამოვარდნა ლუფეკაციის ღროს, უკან სპონტანური შესწორებით; 3 რექტუმის გამოვარდნა უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვის დროსაც კი; 4 მყარი განავლის შეუკავებლობა;

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

438. სწ. ნაწლავის III ხარისხის გამოვარდნას ქალებში ხშირად თან ახლავს: 1 ანალური უკმარისობა; 2 საშოს დაწვევა; 3 საშვილოსნოს გამოვარდნა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

439. სწ. ნაწლავის გამოვარდნასთან პათოგენეზურად დაკავშირებული მდგომარეობაა: 1 დაწეული შორისის სინდრომი; 2 სწ. ნაწლავის სოლიტარული წყლული; 3 პროქტოსიგმოიდიტი;

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

440. პროლაბირებულ სწორ ნაწლავთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ლორწოვან გარსზე აღინიშნება სხვადასხვა სახის და ხარისხის გროფიკული მოშლილობები;
- *ბ) გამოვარდნილი ნაწლავი შეიცავს ლორწოვანი გარსის სიგრძივ ნაოჭებს;
- გ) გამოვარდნილი ნაწლავი კონუსის ფორმისაა;
- დ) გამოვარდნილი ნაწლავის სიგრძე 3-დან 15 სმ-მდეა;
- ე) პროლაბირებულ რექტუმთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი.

441. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის დიაგნოსტიკურ მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 კინორადიოგრაფია; 2 დეფეკოგრაფია; 3 სფინქტერომეტრია;

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

442. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის საწყის სტადიაში დასაშვებია შემდეგი ღონისძიებების გატარება: 1 მენჯის ძირის კუნთების

ელექტროსტიმულაცია; 2 ფიზიოთერაპიული პროცედურები; 3 პარარექტულ ქსოვილთა მასკლეროზებელი სითხეებით ინფილტრაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

443. ზერენინ-კიუმელის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) სწ. ნაწლავის წინა კედლის დაფიქსირებას გავის ძვალზე;
- *ბ) სწ. ნაწლავის უკანა კედლის დაფიქსირებას გავის ძვალზე;
- გ) სწ. ნაწლავის მარჯვენა-გვერდითი კედლის დაფიქსირებას გავის ძვალზე;
- დ) სწ. ნაწლავის მარცხენა-გვერდითი კედლის დაფიქსირებას გავის ძვალზე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

444. ზერენინ-კიუმელის ოპერაციის რკსც (რუსეთის კოლოპროქტოლოგიის სახ. სამეც. ცენტრი) მოლიფიკაცია ითვალისწინებს რექტუმის გავის ძვალზე დაფიქსირებას ნაწლავის

- ა) 90 გრადუსით როტაციის შემდეგ;
- ბ) 45 გრადუსით როტაციის შემდეგ;
- *გ) 180 გრადუსით როტაციის შემდეგ;
- დ) როტაციის გარეშე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

445. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის საკორექციოდ მიმართული ქირურგიული ჩარევის სახეებს მიეკუთვნება: 1 პრესაკრული რექტოპექსია; 2 სიგმური კოლინჯის სეგმენტური რემექცია; 3 ჯონესკოს იოგების გამაგრება ალოპლასტიკური მასალით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

446. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის დიფერენციატია საჭიროა: 1 I ხარისხის ჰემოროიდულ დაავადებასთან; 2 რექტუმის პროლაბირებად პოლიპებთან; 3 ლუგლასის ჯიბის თიაქართან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი

447. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის ქირურგიული კორექციის ეფექტის შენარჩუნებისათვის პაციენტი მძიმე ფიზიკურ დატვირთვას უნდა მოერიდოს ოპერაციიდან:

- ა) 1 თვის განმავლობაში;
- ბ) 2 თვის განმავლობაში;
- გ) 3-5 თვის განმავლობაში;
- *დ) 6-12 თვის განმავლობაში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

448. რექტონალურ ინჰიბიტორულ რეფლექსს თან ახლავს:

- ა) შიგნითა სფინქტერის ტონუსის მომატება;
- *ბ) შიგნითა სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება;
- გ) შიგნითა სფინქტერის ტონური შეკუმშვები;
- დ) შიგნითა სფინქტერის ტონუსის ცვლილება დასახელებული რეფლექსისთვის არ არის დამახასიათებელი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

449. ბოქვენ-სწორნაწლავის კუნთის შეკუმშვა: 1 ანო-რექტული კუთხის სიდიდეს ამცირებს; 2 ანო-რექტული კუთხის სიდიდეს ზრდის; 3 არ აისახება ანო-რექტული კუთხის სიდიდეზე; 4 იწვევს შ-ისებური ფორმის რექტუმის გასწორებას;

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

450. პექტენოზი შეიძლება ჩამოყალიბდეს:

- *ა) სწორი ნაწლავის ფისტულის ფონზე;

- ბ) ანალურ არხში პერიანალური კონდილომების გაგრძელების ფონზე;
- გ) ანალური პოლიპის არსებობის ფონზე;
- დ) ანალური ღვრილის არსებობის ფონზე;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

451. ნერვ-კუნთოვანი გადაცემის დარღვევის ფონზე აღძრული ანალური უკმარისობის მკურნალობა მიზანშეწონილია: 1 ქირურგიული მეთოდით; 2 ინტრაანალური ელექტროსტიმულაციის მეთოდით; 3 ბიოფილბეკის (ელასტიკური ბალონით აღაპტირებული ბიოსტიმულაცია) მეთოდით;

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

452. ანალური უკმარისობის ეტიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნება: 1 ტრავმა; 2 მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადებები; 3 ნეიროინფექციები;

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

453. ანალური უკმარისობის გამომწვევი მიზეზი უფრო ხშირად არის:

- ა) ანო-რექტული განვითარების მანკები;
- *ბ) ტრავმები;
- გ) ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ჰიპერკინეზი;
- ე) შაქრიანი დიაბეტი.

454. ნორმის ვარიანტში ანალური რეფლექსის დროს:

- ა) სწ. ნაწლავის სფინქტერთან ერთად იკუმშება შორისის კუნთებიც;
- ბ) სწ. ნაწლავის სფინქტერთან ერთად იკუმშება შორისის და ღუნღულოს კუნთებიც;
- გ) იკუმშება შორისის და ბარძაყის კუნთები;
- დ) იკუმშება სწ. ნაწლავის სფინქტერი, შორისის და ბარძაყის კუნთები;
- *ე) იკუმშება სწ. ნაწლავის სფინქტერი.

455. სწ. ნაწლავის სფინქტერის 1/4 ნაწილის დაზიანების შემთხვევაში მიზანშეწონილია გაკეთდეს: 1 სფინქტერის ბოლოების მიკერება “პირით-პირში”; 2 სფინქტეროგლუტეოპლასტიკა; 3 სფინქტერის ბოლოების მიკერება “გვერდი-გვერდში”;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი

456. სწ. ნაწლავის სფინქტერის მარჯვენა ან მარცხენა გარშემოწერილობის, ე.ი. მისი პერიმეტრის 1/2-ის დაზიანების შემთხვევაში, მიზანშეწონილია გაკეთდეს: 1 სფინქტერის ბოლოების მიკერება “პირით-პირში”; 2 სფინქტერის ბოლოების მიკერება “გვერდი-გვერდში”; 3 სფინქტეროგლუტეოპლასტიკა;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი

457. სწ. ნაწლავის სფინქტერის წინა ან უკანა გარშემოწერილობაზე 1/4-იდან 1/2-მდე ლეფექტის არსებობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია გაკეთდეს: 1 სფინქტერის ბოლოების მიკერება “პირით-პირში”; 2 სფინქტეროგლუტეოპლასტიკა; 3 ლევატოროსფინქტეროპლასტიკა;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

458. გირშის (1889) ოპერაციასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის მიეკუთვნება სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს;

ბ) მას იყენებდნენ ანალური ინკონგინენციის სამკურნალოდ;

*გ) ქორუგული ჩარევის პირველ ეტაპზე პერიანალურად, ანუსის მთელ გარშემოწერილობაზე კეთდება ცირკულური გახაკვეთი;

დ) ანალური არხის გარშემო პერიანალური ჭრილობის მხრიდან წარმოებს ვერცხლის მავთულის ჩანერგვა მისი ბოლოების შემოგრებით; აღნიშნულის შემდეგ ჭრილობა იკურება;

ე) ოპერაციის ეფექტის შესანარჩუნებლად საჭიროა მავთულის ადგილზე დატოვება არაუმცირეს 3 თვის განმავლობაში;

459. III ხარისხის რექტოცელეს დროს თითო რექტული გასინჯვისას სწ. ნაწლავის წინა კეფელი საშოს მხარეს

ა) არ იზნიჭება;

ბ) იზნიჭება 1 სმ;

გ) იზნიჭება 2-3 სმ;

*დ) იზნიჭება 3 სმ მეტად და სცდება საშოს კარიბჭეს;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

460. I ხარისხის რექტოცელეს დროს თითო რექტული გასინჯვისას სწ. ნაწლავის წინა კეფელი საშოს მხარეს:

ა) არ იზნიჭება;

*ბ) იზნიჭება 1 სმ;

გ) იზნიჭება 2-3 სმ;

დ) იზნიჭება 3 სმ მეტად და სცდება საშოს კარიბჭეს;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

461. შორისის დაწვევის სინდრომისთვის დამახასიათებელია: 1 ტენემბები; 2 სფინქტერის სპაზმი; 3 ტკივილი, განპირობებული სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ანალურ არხში პროლაფსით;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3;

*ე) სწორია 1 და 3

462. შორისის დაწვევის სინდრომთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

ა) ის უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში;

ბ) მისთვის დამახასიათებელია ჭინთვის დროს შორისის სიბრტყის განთავსება საჯლომ ბორცვებს ქვემოთ;

გ) მისთვის დამახასიათებელია ლორწოვანი გამონადენი სწორი ნაწლავიდან;

*დ) მისთვის დამახასიათებელია მენჯის ძელოვანი ნაწილთან მიმართებაში კუნთოვანი ნაწილის მალა ღგომა;

ე) შორისის დაწვევის სინდრომთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

463. მექანიკური გაუვალობა შეიძლება განვითარდეს: 1 სწ. ნაწლავის კიბოს ფონზე; 2 დიფერტიკული ფონზე; 3 კოპროსტაზის ფონზე;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია ყველა პასუხი

464. ანალური სფინქტერის სრული დეფექტის დროს სფინქტეროპლასტიკისთვის იყენებენ ბარძაყის ნაბ კუნთს, რომელთან მიმართებაში სწორია: 1 ბარძაყის მედიალური ზედაპირის კუნთებს შორის ის ყველაზე ზედაპირულად მდებარეობს; 2 მისი დისტალური ბოლო ემაგრება დიდი წვივის ძვალს; 3 მისი ყველაზე ფართო ნაწილი შუა მესამედა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1, 2 და 3

465. ნაწლავის მოტორული ფუნქცია შეიძლება დაირღვეს: 1 ორსულობის ფონზე; 2 ჰიპოკალემიის ფონზე; 3. ჰიპერკალემიის ფონზე;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია ყველა პასუხი

466. შორისის დაწვევის სინდრომის მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ანალური დილატაცია; 2 სკლეროთერაპია; 3 გვერდითი დახურული სფინქტეროტომია;

ა) 1

- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

467. შორისის დაწვევის სინდრომთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის პირველად აღწერა ა. პარქსმა და მისმა თანაგვორებმა 1966 წელს; 2 მისთვის დამახასიათებელია სწორი ნაწლავის უკანა კედლის პროლაფსი ანალურ არხში; 3 მისთვის დამახასიათებელია სწორი ნაწლავის წინა კედლის პროლაფსი ანალურ არხში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

468. კრონის დაავადებისთვის დამახასიათებელ სარკოიდულ გრანულომებთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ისინი არიან მცირე ზომის; 2 ისინი შეიცავენ პიროგოვ-ლანგჰანის უჯრედებს ბირთვების არცთუ დიდი რაოდენობით; 3 მათ ცენტრში განვითარებულია დაშლის პროცესები;

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

469. გრანულომების ჩამოყალიბება ახასიათებს: 1 კრონის დაავადებას; 2 ტუბერკულოზს; 3 სარკოიდოზს;

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

470. სწორი ნაწლავის სფინქტერის პლასტიკისთვის იყენებენ ბარძაყის მომზიდველ კუნთს, რომელთან მიმართებაში სწორია: 1 ის შედგება სიგრიძი და განივი კუნთოვანი ბოჭკოებისგან; 2 მისი დისტალური მესამედის წინა ზედაპირზე გაივლის მუხლის ზემო არტერია და წვივის დიდი კანქვეშა ნერვი; 3 მისი დისტალური მესამედის უკანა ზედაპირზე გაივლის მუხლის ზემო არტერია და წვივის დიდი კანქვეშა ნერვი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

471. ქვემოხამოთვილიდან სწორია შემდეგი დებულებები: 1 მსხვილი ნაწლავის კიბო მეტასტაზირებს ძირითადად ლიმფოგენური გზით; 2 მსხვილი ნაწლავის პირველი რიგის ლიმფოკვანძები განთავსებულია ჯორჯლის სისხლძარღვების დაყოფის რეგიონში; 3 მსხვილი ნაწლავის პირველი რიგის ლიმფოკვანძები განთავსებულია ნაწლავის კედელთან ჯორჯლის მიმაგრების რეგიონში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

472. სწორი ნაწლავის სოლიტარულ წყლულთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისთვის დამახასიათებელია დეფეკაციის აქტის სხვადასხვა სახის მოშლილობები; 2 მან შეიძლება განიცალოს მალიგნიზაცია; 3 ის არასდროს განიცდის მალიგნიზაციას;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

473. სწორი ნაწლავის სოლიტარულ წყლულთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის არის ზედაპირული; 2 მას აქვს მომკვრივო ზედაპირი; 3 მის გარშემო არის ჰიპერემიის რამოლენიმე მილიმეტრიანი ზონა, რასაც მოჰყვება ჯანსაღი ლორწოვანი გარსი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 1, 2 და 3

474. რა ძირითადი მიზეზით ვითარდება ოპერაციის შემდგომი ანალური უკმარისობა (ინკონტინენცია): 1) ოპერაციამდელი პერიოდის არასწორი წარმართვით; 2) არააღეკვავი ოპერაციების შედეგად; 3) ოპერაციის შემდგომი გართულებების შედეგად

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

475. ყველაზე ხშირად რომელი ქირურგიული ჩარევის შედეგად ვითარდება ანალური უკმარისობა: 1) ჰემოროიდექტომის; 2) ანალური ნაპრალის ამოკვეთის; 3) მწვავე და ქრონიკული პარაპროქტიტების მკურნალობის; 4) პერიანალური კონდილომების ამოკვეთის; 5) პარარექტული გერატომების ლიკვიდაციისდროს

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4
- ე) 5

476. ანალური უკმარისობის ქირურგიული კორექციის მეთოდის შერჩევა დამოკიდებულია: 1) გრაფის ლოკალიზაციაზე; 2) დეფექტის გაგრძელების ფართობზე; 3) ანალურ სტრუქტურებში ნაწიბურთვანი დეფორმაციის არსებობაზე

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

477. ანორექტული ინკონტინენციის მკურნალობის ერთ-ერთ მეთოდს - პარქსის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) შიგნითა სფინქტერის პლასტიკას
- ბ) საშოს უკანა კედლის გოფირებას
- გ) სწორი ნაწლავის წინა კედლის გოფირებას
- *დ) ანორექტული კუთხის ადღენას ბოქვენ-სწორნაწლავის კუთხის გაკერვით და გოფირებით
- ე) ლევატოროსფინქტეროპლასტიკას

478. ქალებს მამაკაცებთან შედარებით უფრო ხშირად უვითარდებათ სწორი ნაწლავის გამოვარდნა ანალური უკმარისობით:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ანაგომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო
- ბ) შორისის მიდამოს ფუნქციური თავისებურებების გამო
- *გ) მცირე მენჯის ტოპოგრაფიული თავისებურებების გამო
- დ) ანალური არხის თავისებურებების გამო
- ე) სწორი ნაწლავის ტოპოგრაფიული თავისებურებების გამო

479. სწორი ნაწლავის გამოვარდნის ხარისხის დადგენა უმჯობესია შემდეგ პოზიციაში:

- ა) ზურგზე წოლით
- ბ) გვერდზე წოლით
- გ) ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- *დ) ჩამჯდარი ტერფებზე
- ე) მუხლ-იდაყვის პოზიციაში

480. როგორ იკერება კანი შორისის რეკონსტრუქციის დროს: 1) ჰორიზონტალურად; 2) ვერტიკალურად; 3) ირიბად 4) V-ს მაგვარად; 5) ნამგლისმაგვარად

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 5
- დ) 4
- ე) 5

ეპით გზა, ანალური ქავილი, კოკციგოლინია, პერიანალური კონდილომები, ანალური ჰერპესი

481. კუდუსუნის პირველადი ეპითელური გზა: 1 არის კანის თანდაყოლილი ანომალია; 2 წარმოადგენს ფიბროზულ ზონარს; 3 კავშირშია კუდუსუნის ძვალთან;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- დ) სწორია 1 და 3;
- ე) სწორია 2 და 3

482. კულუსუნის ეპითელური გზის გამო ქირურგიული ჩარევის შედეგად მიღებული ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერება მიზანშეწონილია, თუ გავა-კულუსუნის შუა ხაზთან დუნდულოს მედიალური ზედაპირი ქმნის: 1). 30 გრადუსი-ზე მეტი სიდიდის კუთხეს (დუნდულოთა დაბალი მდებარეობა); 2). 30 გრადუსი სიდიდის კუთხეს (დუნდულოთა საშუალო მდებარეობა); 3). 30 გრადუსი-ზე ნაკლები სიდიდის კუთხეს (დუნდულოთა მაღალი მდებარეობა);

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

483. კულუსუნის ეპითელური გზის ჩამოყალიბების მიზეზია:

- ა) ემბრიოგენეზის პერიოდში ბლასტულასაგან უჯრედული მასალის (ბლასტომერის) მოწყვეტა და მისი ჩანერგვა კულუსუნის არეში;
- ბ) ემბრიონის კუდის კუნთების არასრული რელექცია;
- გ) კულუსუნის და გავის მალეების რკალთა არასრული შესახსრება;
- დ) სწორია ყველა პასუხი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

484. კულუსუნის ეპითელური გზის სხვადასხვა სტადიაში შეიძლება აღინიშნებოდეს: 1 წებოსმაგვარი გამონადენი კულუსუნის მიდამოში არსებული ხვრელებიდან; 2 ჩირქლენა გავის არეში არსებული მეორადი ხვრელებიდან; 3 ჩირქლენა ბარძაყის არეში არსებული მეორადი ხვრელებიდან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი.

485. კოკციგოლინიის დროს კულუსუნის ძეგალში შეიძლება აღინიშნებოდეს: 1 ოსტეოქონდროზის და ართროზის მოვლენები; 2 არაფითარი ცვლილებები; 3 სკლეროზული ცვლილებები;

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

486. კოკციგოლინიისათვის დამახასიათებელია: 1 ტკივილი წოლის დროს; 2 ტკივილი სიარულის დროს; 3 ტკივილი ჯდომის დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი.

487. კოკციგოლინიის ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება იყოს: 1 ჯდომით დაცემა ტკივილის აღძვრამდე რამოდენიმე წლით ადრე; 2 ხანგრძლივი ჯდომა; 3 იდიოპათიური;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი.

488. პირველადი ანალური ქავილის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ჭიებით ინვაზია;
- ბ) ანალური ინკონტინენცია;
- გ) პროქტოსიგმოიდიტი;
- *დ) იდიოპათიური;
- ე) სწორია ყველა პასუხი.

489. კოკციგოლინიის დროს ბიდიგიტალური გასინჯვით: 1 შეიგრძნობა კულუსუნის ძეგლის გადაჭარბებული ყანყალი; 2 აღინიშნება კულუსუნის ძეგლის ვენტრალური ზედაპირის ტკივილი; 3 აღინიშნება კულუსუნის ძეგლის დორსალური ზედაპირის ტკივილი;

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

490. ანალური ქაფილის მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ჭიებით ინვაზია; 2 ინგრავიპილერმული კარცინომა (ბოჭენის დაავადება); 3 შაქრიანი დიაბეტი;

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

491. ბაღალის ოპერაცია არის:

- ა) პროქტალგიის მკურნალობის მეთოდი;
- ბ) კოკციგოლინიის მკურნალობის მეთოდი;
- *გ) ანალური ქაფილის მკურნალობის მეთოდი;
- დ) ანალური სტრიქტურის მკურნალობის მეთოდი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

492. ბოლლის ოპერაცია გულისხმობს:

- *ა) პერიანალურ კანზე ორი ოვალური განაკვეთის გაგარებას;
- ბ) პერიანალური კანის რადიალური განაკვეთებით დასერვას;
- გ) პერიანალური კანის ვერტიკალური განაკვეთებით დასერვას;
- დ) პერიანალურ კანზე ცირკულური განაკვეთის გაგარებას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

493. ანალური ქაფილის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ბაღალის ოპერაცია; 2 შპიესმენის ოპერაცია; 3 ჩანგორის ოპერაცია;

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

494. პერიანალური კონდილომების გამოვლენისას აუცილებელია: 1 ვასერმანის რეაქციის ჩატარება; 2 გლიკემიის განსაზღვრა; 3 ალამიანის იმუნოლუფიციტის ვირუსზე გამოკვლევა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

495. პერიანალური არასპეციფიკური კონდილომების გენეზის ასახსნელად მოწოდებულია:

- ა) ფსიქოსომატური თეორია;
- ბ) ალიმენტური თეორია;
- *გ) ვირუსული თეორია;
- დ) ენდოკრინული თეორია;
- ე) მექანიკური თეორია.

496. პერიანალური მახვილწვეტიანი კონდილომები შეიძლება გავრცელდეს: 1 ანალურ არხში; 2 საშოსა და მის მიმდებარე ქსოვილებზე; 3 სასქესო ასოზე;

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

497. პერიანალური არასპეციფიკური კონდილომებისათვის დამახასიათებელია ყველა ნიშანი, გარდა შემდეგისა:

- ა) პროგრესული ზრდა;
- ბ) მოვარდისფრო ფერი;
- *გ) ბრტყელი ბედაპირი;
- დ) უმნიშვნელო სისხლდენა;

ე) ქავილი.

498. გიგანტური პერიანალური კონდილომების (ბუშკე-ლევენშეინის დაავადება) დროს არსებობს: 1 წარმონაქმნთა მალიგნიზაციის საშიშროება; 2 გაუვალბობის საშიშროება; 3 სისხლდენის საშიშროება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;
- *ე) სწორია 1, 2 და 3

499. პერიანალური არასპეციფიკური კონდილომების დროს კოლარგოლის ხსნარით ნაწლავის სანაჯის ჩაგარება:

- ა) მიზანშეწონილია ქირურგიულ ჩარევამდე;
- ბ) მიზანშეწონილია ქირურგიული ჩარევის შემდეგ;
- *გ) მიზანშეწონილია როგორც ქირურგიულ ჩარევამდე, ისე მის შემდეგ;
- დ) არ არის მიზანშეწონილი;
- ე) მიზანშეწონილია მხოლოდ გიგანტური კონდილომების არსებობის შემთხვევაში.

500. შპიესმენ-ის ოპერაცია (ანალური ქავილის საწინააღმდეგო მეთოდი) გულისხმობს:

- ა) პერიანალურ კანზე ორი ოვალური განაკვეთის გაგარებას;
- *ბ) პერიანალური კანის რადიალური განაკვეთებით დასერვას;
- გ) პერიანალური კანის ვერტიკალური განაკვეთებით დასერვას;
- დ) პერიანალურ კანზე ცირკულური განაკვეთების გაგარებას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

501. ჩანგორ-ის ოპერაცია (ანალური ქავილის საწინააღმდეგო მეთოდი) გულისხმობს:

- ა) პერიანალურ კანზე ორი ოვალური განაკვეთის გაგარებას;
- ბ) პერიანალური კანის რადიალური განაკვეთებით დასერვას;
- *გ) პერიანალური კანის ვერტიკალური განაკვეთებით დასერვას;
- დ) პერიანალურ კანზე ცირკულური განაკვეთების გაგარებას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

502. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა Pარკს-ის ჰემოროიდექტომიის მეთოდს:

- ა) ელიფსური განაკვეთით შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამ-კვადრანტული ამოკვეთა, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- *ბ) ჩოგბურთის ჩოგნისმაგვარი განაკვეთით გარეთა კვანძის მოკვეთა და შიგნითა კვანძის ლორწოქვეშა სივრცის მხრიდან ამოკვეთა ანალური გარშემოწერილობის სამ-კვადრანტში;
- გ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- დ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ე) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დაგოვებით;

503. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა Fერგუსონ-ის მეთოდს:

- *ა) ელიფსური განაკვეთით შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამ-კვადრანტული ამოკვეთა, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- ბ) ჩოგბურთის ჩოგნისმაგვარი განაკვეთით გარეთა კვანძის მოკვეთა და შიგნითა კვანძის ლორწოქვეშა სივრცის მხრიდან ამოკვეთა ანალური გარშემოწერილობის სამ-კვადრანტში;
- გ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- დ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ე) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დაგოვებით;

504. ანალურ ჰერპესთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის ძირითადად მუკო-კუჭანურ არეში ვითარდება;
- ბ) ის ძირითადად იმუნოკომპრომენტირებულ პაციენტებში გვხვდება;
- გ) მას თან ახლავს ტკივილი, რომელიც ირადიაციას განიცდის ქვემო კიდურებსა და მენჯში;
- დ) მას შეიძლება თან ახლდეს სამარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება;
- *ე) ანალურ ჰერპესთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

505. ანალური ჰერპესის მკურნალობა გულისხმობს: 1 ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩაგარებას; 2 სულფანილამიდების ჯგუფის პრეპარატების დანიშვნას; 3 ანტივირუსული პრეპარატების (აციკლოვირი, ზოვირაქსი) დანიშვნას;

- ა) 1
- ბ) 2

- *გ) 3
- დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

506. შეუპოვარი, მშრალი ანალური ქავილის მკურნალობის დროს მიზანშეწონილია: 1 სელაგიური საშუალებების გამოყენება; 2 ანტიბიოტიკოთერაპია; 3 ქირურგიული ჩარევა;

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

507. შეუპოვარი სველი ანალური ქავილის დროს მიზანშეწონილია: 1 მიკო- და ბაქტერიოსტატიკური ფხვნილების გამოყენება; 2 სელაგიური საშუალებების დანიშვნა; 3 ქირურგიული ჩარევა;

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

508. კულუსუნის მიდამოს მწვავე ჩირქგროვების ოპერაციული მკურნალობის დროს გაუტკივარების ოპტიმალური სახეობა: 1) ზოგადი გაუტკივარება; 2) ეპილურული ანესთეზია; 3) ალგილობრივი ანესთეზია

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

509. კულუსუნის დაჩირქებული ეპითელიური გზის დროს ოპტიმალური ტექნიკაა: 1) ჩირქგროვის გაკვეთა ღრუს სანაცით, ჭრილობის ყრუდ დახურვით; 2) ჩირქგროვის გაკვეთა ღრუს სანაცით, ჭრილობის კიდეების ფსკერზე მიკერებით; 3) ჩირქგროვის ღრენილება ღრუს სანაცით და გამპონაციით

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

არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი, კრონის დაავადება

510. არასპეციფიკურ წყლულოვან კოლიტთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მის ფონზე სწორი ნაწლავი ყოველთვის არის პათოლოგიურ პროცესში ჩართული;
- ბ) მისი პროგრესის ფონზე შეიძლება განვითარდეს გოქსიკური მეგაკოლონი;
- გ) მისთვის დამახასიათებელია ფსევდოპოლიპების არსებობა;
- *დ) დაავადების შორსწასული ფორმების დროს პათოლოგიურ პროცესში (არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის ეგიოპათოგენური მექანიზმებით) ერთეულად წვრილი ნაწლავის გერმინალური ნაწილიც;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი პუნქტი მართებულია წყლულოვან კოლიტთან მიმართებაში.

511. უკანასკნელ წლებში აღინიშნება წყლულოვანი კოლიტისა და კრონის დაავადების შემთხვევათა:

- *ა) გახშირება ინლუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში;
- ბ) გახშირება დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში;
- გ) რაოდენობრივი შემცირება ინლუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში;
- დ) განვითარებულ ქვეყნებში დასახელებულ დაავადებათა გავრცელების სიხშირეში ცვლილება არ მომხდარა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

512. კრონის დაავადებისა და წყლულოვანი კოლიტის დამახასიათებელი საერთო ნიშნებია: 1 განფენილი ტკივილი მუცელში; 2 ფაღარათი; 3 დისბაქტერიოზი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

513. “ქეაფენილის” ენდოსკოპიური სურათი დამახასიათებელია:

- ა) წყლულოვანი კოლიტისთვის;

- ბ) ამებური ღიზნტერისთვის;
- *გ) კრონის ღაღაღლებისთვის;
- ღ) ციგომეგალოვირუსული კოლიგებისთვის;
- ე) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომისთვის;

514. ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპული კვლევით სარკოიდული ტიპის გრანულომები ვლინდება: 1 წყლულოვანი კოლიგის დროს; 2 კრონის ღაღაღლების დროს; 3 მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს; 4 პარაზიტული კოლიგების დროს;

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

515. ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპული კვლევით კრიპტ-აბსცესები უფრო ხშირად ვლინდება: 1 წყლულოვანი კოლიგის დროს; 2 კრონის ღაღაღლების დროს; 3 მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს; 4 ჰირშპრუნგის ღაღაღლების დროს;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- ღ) 5
- ე) სწორია 1 და 3

516. მაკროსკოპულად სიგრძივი წყლულები და ნაპრალები უფრო ხშირად ვლინდება: 1 წყლულოვანი კოლიგის დროს; 2 მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზის დროს; 3 კრონის ღაღაღლების დროს; 4 პარაზიტული კოლიგების დროს;

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

517. მაკროსკოპულად ფართო, განფენილი წყლულოვანი ღეფექტები უფრო ხშირად ვლინდება:

- ა) კრონის ღაღაღლების დროს;
- ბ) ციგომეგალოვირუსული კოლიგების დროს;
- *გ) წყლულოვანი კოლიგების დროს;
- ღ) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზის დროს;
- ე) პარაზიტული კოლიგების დროს;

518. სწ. ნაწლავი ყოველთვის არის ჩართული პათოლოგიურ პროცესში: 1 კრონის ღაღაღლების დროს; 2 წყლულოვანი კოლიგების დროს; 3 იშემიური კოლიგების დროს; 4

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- ღ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 1 და 2

519. კრონის ღაღაღლებსა და წყლულოვან კოლიგს შორის ღიფერენციული ღიგნოზის გაგარებას ართულებს: 1 არაადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩაგარებული კურსი; 2 სტეროიდული ჰორმონებით მკურნალობის ფონი; 3 კლინიკურ სურათთა მსგავსება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- ღ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

520. კოლონოსკოპიის ჩაგარება არ არის მიზანშეწონილი (ხშირად წინააღმდეგანაზვენებიც არის): 1 კრონის ღაღაღლების მძიმე ფორმების დროს; 2 წყლულოვანი კოლიგის მძიმე ფორმების დროს; 3 მუცლის დრუს გამოხატული შეხორცებითი ღაღაღლების დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) ჩამოთვლილი მღგომარეობების დროს პირიქით, საჭიროა კოლონოსკოპიის ჩაგარება

521. არასპეციფიკური კოლიგებისგან ინფექციური კოლიგების ღიფერენციაციაში გვეხმარება: 1 ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი; 2 ფეკალიების ღათესვის მონაცემები; 3 მიკრობიოლოგიური კვლევა, მიმართული ღიზნტერის ყველაზე გაგრცელებული

გამომწვევების (სალმონელა, სპიგელა, ცამპილობაცტერი) გამოვლენისკენ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

522. პროფუზული დიარეა უფრო მეტად დამახასიათებელია:

- ა) კრონის დაავადებისთვის;
- *ბ) წყლულოვანი კოლიგისთვის;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზისთვის;
- დ) მსხვილი ნაწლავის გალიზიანების სინდრომისთვის;
- ე) პარაზიტული კოლიგებისთვის;

523. გამოჰყოფენ წყლულოვანი კოლიგის შემდეგ კლინიკურ ფორმებს: 1 საშუალო სიმძიმის; 2 მძიმე; 3 ელვისებური;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

524. კრონის დაავადებისთვის დამახასიათებელი არ არის:

- ა) ტკივილი მუცელში;
- ბ) სხეულის გემპერაგურის მომაგება;
- *გ) მძიმე პროფუზული დიარეა;
- დ) პერიანალური ფისტულების ჩამოყალიბება;
- ე) წონის დაკლება;

525. კრონის დაავადებისთვის დამახასიათებელია: 1 პერიანალური აბსცესების და ფისტულების ჩამოყალიბება; 2 ნაწლავთშორისი აბსცესების და ფისტულების ჩამოყალიბება; 3 ინტრააბდომინური ინფილტრატების ჩამოყალიბება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

526. წყლულოვანი კოლიგის ელვისებური ფორმისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მძიმე პროფუზული დიარეა;
- ბ) მასიური სისხლდენები;
- გ) ნაწლავის გოქსიკური დილაგაცია;
- *დ) პერიანალური აბსცესის ჩამოყალიბება;
- ე) ნაწლავიდან წყლის კონსისტენციის არაგანავლოვანი მასების გადმოსვლა;

527. მსხვილ ნაწლავში მრავლობითი მალიგნიზებული უბნების ჩამოყალიბების ალბათობა უფრო მაღალია:

- ა) კრონის დაავადების ხანგრძლივი ანამნეზის ფონზე;
- *ბ) წყლულოვანი კოლიგის ხანგრძლივი ანამნეზის ფონზე;
- გ) მსხვილი ნაწლავის სხიური დამიანების ფონზე;
- დ) მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზის ფონზე;
- ე) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზის ფონზე;

528. მსხვილი ნაწლავის გოქსიკური დილაგაციის მწვავე მოვლენების დაცხრომის შემდეგ, ირიგოსკოპიით უფრო ხშირად ვლინდება ყველა ნიშანი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ნაწლავის დამიანებულ უბანში ლორწოვანი გარსის გასქელება;
- *ბ) ღრმა და გახშირებული ჰაუსტრაცია;
- გ) ავსების ლეფექტი ფსევდოპოლიპების არეში;
- დ) ავსების ლეფექტი წყლულების არეში;
- ე) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის შეშუპება;

529. არასპეციფიკური კოლიგებისთვის დამახასიათებელი ურგენტული მდგომარეობებია: 1 მასიური სისხლდენები; 2 მსხვილი ნაწლავის გოქსიკური დილაგაცია; 3 ნაწლავის კედლის პერფორაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 2 და 3

530. მსხვილი ნაწლავის ტოქსიკურ დილაგაციებზე ეჭვის შეტანისას დაუყოვნებლივ გასატარებელ ღონისძიებებია შორისა: 1 შიმშილი; 2 ცივი ადგილობრივად; 3 გაზგამყვანი მილის ჩადგმა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია ყველა პასუხი

531. წყლულოვანი კოლიკის დროს: 1 კარცინომის წარმოქმნის რისკი უკავშირდება ლორწოვანი გარსის უჯრედთა სწრაფად ცვლას; 2 არსებობს კარცინომის წარმოქმნის რისკი წლების მანძილზე დაავადების პრაქტიკულად უსიმკვამოდ მიმდინარეობის შემთხვევაშიც; 3 არსებობს კარცინომის წარმოქმნის რისკი დაავადების გაშლილი კლინიკური სურათით მიმდინარეობის შემთხვევაში;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 1 და 3

532. არასპეციფიკური კოლიტების მკურნალობისას კვების რაციონიდან აუცილებლად უნდა იყოს ამოღებული: 1 რძე და მისი პროდუქტები; 2 ხილი და ბოსტნეული; 3 უცხიმო ხორცი, თევზი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა პასუხი

533. არასპეციფიკური კოლიტების მკურნალობის დროს სტეროიდული ჰორმონების გამოყენების წინააღმდეგევენებაა: 1 აბსცესების და ჩირქოვანი ღრუების არსებობა; 2 ნაწლავის სტენოზი და სტრიქტურა; 3 პროფუზული დიარეა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

534. არასპეციფიკური კოლიტების მკურნალობის დროს სტეროიდული ჰორმონების გამოყენების წინააღმდეგევენებაა: 1 თანმხლები ჰიპერტონიული დაავადება; 2 რექტული სისხლდენები; 3 პროფუზული ფაღარათი;

*ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა პასუხი.

535. არასპეციფიკური კოლიტების მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 იმუნოდეპრესიული საშუალებების გამოყენება; 2 არაპათოგენური ნაწლავის ჩხირისგან დამზადებული პრეპარატების გამოყენება; 3 კორტიკოსტეროიდების გამოყენება;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 2 და 3

*ე) სწორია ყველა პასუხი

536. არასპეციფიკური კოლიტების მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება:

ა) სულფანილამიდების რიგის პრეპარატების გამოყენება;

ბ) სელაგინური საშუალებების გამოყენება;

გ) ენბიმოთერაპია;

დ) ვიგამინოთერაპია;

*ე) სწორია ყველა პასუხი;

537. არასპეციფიკური კოლიტების დროს ჰორმონული მკურნალობა პირველ რიგში: 1 აუმჯობესებს ჰისტოლოგიურ სურათს; 2 აუმჯობესებს ენდოსკოპიურ სურათს; 3 ამცირებს კლინიკურ სიმპტომთა გამოხატვის ინტენსივობას;

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

538. არასპეციფიკური კოლიგების მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ჰემოტრანსფუზია; 2 ნაწლავის დაზიანებული უბნების დასხივება ჰელი-ნეონის ლაზერით; 3 ნიკოტინის შემცველობის პრეპარატების გამოყენება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა პასუხი

539. კრონის დაავადების რეციდივი დამოკიდებულია:

- ა) პაციენტის ასაკზე;
- ბ) პაციენტის სქესზე;
- გ) დაავადების ხანგრძლივობაზე;
- დ) დაავადების გაფრცელების ფართობზე;
- *ე) არცერთ ჩამოთვლილზე;

540. კრონის დაავადების რეციდივის რისკს ზრდის: 1 სიგარეტის მოწევა; 2 ავადმყოფის ასაკი; 3 პერორალური კონტრაცეპტივების მიღება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

541. მსხვილი ნაწლავის ტოქსიკური დილაგაციის ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტურ ჩვენებად ითვლება მდგომარეობა, როცა მწვავე მოვლენების კუპირება ვერ ხერხდება:

- ა) 1 საათში;
- ბ) 1-2 საათში;
- გ) 3-5 საათში;
- დ) 5-6 საათში;
- *ე) 6-12 საათში;

542. არასპეციფიკური კოლიგების ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტურ ჩვენებად ითვლება დაავადების მძიმე ფორმები, თუ მდგომარეობის სტაბილიზაცია ვერ ხერხდება:

- ა) 2 დღის განმავლობაში;
- ბ) 3-5 დღის განმავლობაში;
- გ) 5-6 დღის განმავლობაში;
- *დ) 7-10 დღის განმავლობაში;
- ე) 11-13 დღის განმავლობაში;

543. არასპეციფიკური კოლიგების ქირურგიული მკურნალობის აბსოლუტურ, მაგრამ არა ურგუნულ ჩვენებად ითვლება: 1 ავთვისებიანი სიმსივნე, ჩამოყალიბებული დაავადების ქრ. მიმდინარეობის ფონზე; 2 მძიმე პერიანალური გამოვლინებები; 3 დაავადების ფონზე აღძრული პროფუზული დიარეა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1, 2 და 3

544. არასპეციფიკური კოლიგების ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებად ითვლება დაავადების მორეციდივე ფორმები, თუ კომპლექსური მკურნალობის ფონზე უფექტი არ არის:

- ა) 1 კვირის მანძილზე;
- *ბ) 2 კვირის მანძილზე;
- გ) 3-4 კვირის მანძილზე;
- დ) 5 კვირის მანძილზე;
- ე) 6-7 კვირის მანძილზე;

545. არასპეციფიკური კოლიგების დროს ოპტიმალურია პრევენტული სტომის შემდეგი სახის არჩევა: 1 ილეოსტომა ბრუკის მიხედვით (ერთლულა ევერსიული ტიპის სტომა); 2 ერთლულა ბრტყელი ილეოსტომა; 3 ილეოსტომა ტორნბოლის მიხედვით (ორლულა მარყუკივანი სტომა წინ წამოწეული ერთი ბოლოთი);

- ა) 1
- ბ) 2

- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

546. არასპეციფიკური კოლიგების დროს რაიმე დამატებითი სპეციალური მკურნალობა საჭირო აღარ არის: 1 პრევენტული ილუოსტომის გაფორმების შემთხვევაში; 2 ნაწლავის დამიანებული ნაწილის რემექციისა და ერთლულა კოლოსტომის გაფორმების შემთხვევაში; 3 ნაწლავის დამიანებული ნაწილის რემექციის, ანასტომოზის გაფორმების და პრევენტული ორლულა კოლოსტომის შემთხვევაში; 4 კოლპროქტექტომიის შემთხვევაში ;

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

547. კრონის დაავადება უფრო ხშირად რთულდება:

- ა) პროფუზული სისხლდენით;
- *ბ) ნაწლავური სტრიქტურით;
- გ) ართრიტებით;
- დ) უეეიტით;
- ე) ანკილოზური სპონდილიტით;

548. სწ. ნაწლავის სხვადასხვა ლოკალიზაციის პოლიპების მკურნალობის სახეებია: 1 ენდორექტული ამოკვეთა; 2 ენდოსკოპიური პოლიპექტომია; 3 პოლიპექტომია რექტოტომიის გზით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

549. ფისგულების ჩამოყალიბება უფრო ხშირად ხდება:

- ა) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის ფონზე;
- *ბ) კრონის დაავადების ფონზე;
- გ) ლივერტიკულოზის ფონზე;
- დ) მსხვილი ნაწლავის სიმსივნეების დროს;
- ე) ლიზენტერიის დროს;

550. რომელი დაავადების დროს გვხვდება უფრო ხშირად მსხვილი ნაწლავის სტრიქტურები?

- ა) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;
- ბ) კატარული კოლიტი;
- *გ) კრონის დაავადება;
- დ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი;
- ე) სპასტიკური შეკრულობა;

551. რომელი დაავადებისთვის არის დამახასიათებელი ლეფეკაციის შემდეგ სისხლის მუქი კოაგულების გამოყოფა?

- ა) ბუასილი;
- ბ) გრანულომატოზური კოლიტი;
- გ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი;
- *დ) მსხვილი ნაწლავის სიმსივნეები;
- ე) ანალური ნაპრალი;

552. მწვავე თრომბოზის დროს:

- ა) ჰემოროიდული კვანძები მდებარეობს 3, 7 და 11 სთ-ის შესაბამისად;
- ბ) ჰემოროიდული კვანძები მდებარეობს 3, 7 და 12 სთ-ის შესაბამისად;
- გ) ჰემოროიდული კვანძები მდებარეობს 5, 8 და 11 სთ-ის შესაბამისად;
- დ) ჰემოროიდული კვანძები მდებარეობს 3, 9 და 12 სთ-ის შესაბამისად;
- *ე) ჰემოროიდულ კვანძებს არ გააჩნიათ განსაზღვრული ლოკალიზაცია;

553. რომელი დაავადებისთვის არის დამახასიათებელი ფსევდოპოლიპების არსებობა?

- ა) სპასტიკური შეკრულობა;
- ბ) ატონიური შეკრულობა;
- *გ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი;
- დ) ფუნქციური დიარეა;
- ე) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;

554. კრონის დაავადება უფრო ხშირად ვითარდება:

- ა) საყლაპავში;
- ბ) კუჭში;
- გ) მღვივ ნაწლავში;
- დ) მსხვილ ნაწლავში;
- *ე) წვრილ და მსხვილ ნაწლავში;

555. პათოლოგიურ უბანთა ავთვისებიანი გრანსფორმაცია უფრო ხშირია:

- ა) კრონის დაავადების ფონზე;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის ფონზე;
- *გ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის ფონზე;
- დ) ფუნქციური დიარეის ფონზე;
- ე) ლივერტიკულოზის ფონზე;

556. ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელს ახასიათებს სისტემური გართულებები უფრო ხშირად?

- ა) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზი;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის პოლიპები;
- გ) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;
- *დ) კრონის დაავადებას;
- ე) მსხვილი ნაწლავის აქტინომიკოზი;

557. რა სახის გართულებაა დამახასიათებელი არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტისთვის? 1 სპასტიკური გაუვალობა; 2 მსხვილი ნაწლავის გოქსიკური დილაგაცია; 3 ფისტულების ჩამოყალიბება;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორია ყველა პასუხი

558. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის რექტული ფორმის ენდოსკოპიური სურათისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) კონტაქტური სისხლდენა;
- ბ) ლორწოვანი გარსის მარცვლოვანება;
- *გ) რექტული ვენების გაგანიერება;
- დ) ფსევდოპოლიპების არსებობა;
- ე) ეროზიები ლორწოვან გარსზე;

559. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დიფერენციაციას უფრო ხშირად ვახდენთ შემდეგ დაავადებასთან:

- ა) მსხვილი ნაწლავის იერსინოზი;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზი;
- *გ) გრანულომატოზური კოლიტი;
- დ) იშემიური კოლიტი;
- ე) ლიმენტერია;

560. რომელი დაავადების დროს ირღვევა ნაწლავის მოტორიკა ყველაზე მეტად?

- ა) მსხვილი ნაწლავის ტუბერკულოზი;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;
- გ) იშემიური კოლიტი;
- დ) ქრ. იდიოპათიური შეკრულობა;
- *ე) ჰირსპრუნგის დაავადება;

561. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დროს მიზანშეწონილია დაინიშნოს შემდეგი მედიკამენტები: 1 სულგინი; 2 სოლკოსერილი; 3 სულფასალაზინი;

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

562. მსხვილი ნაწლავის გოქსიკური დილაგაციის დროს აღინიშნება: 1 ხშირი დეფეკაციის ფონზე დეფეკაციის სურვილის გაქრობა; 2 აუსკულტაციით ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკა; 3 ტკივილი მუცელში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 2 და 3

563. ლიფუბური პოლიპომისთვის დამახასიათებელია: 1 ანემია; 2 საათის მინისებური ფრჩხილები; 3 ღლის ჩხირისებური თითები;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია 1, 2 და 3

564. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი, პათოლოგიური პროცესის გავრცელების მიხედვით შეიძლება იყოს შემდეგი ფორმის: 1) რექტული; 2) მარცხენამხრივი; 3) მარჯვენამხრივი; 4) გოტალური

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) სწორია ყველა ჩამთვლილი

565. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დროს პათოლოგიური პროცესი თავდაპირველად ვითარდება მსხვილი ნაწლავის:

1) ლორწოვან შრეში; 2) ლორწქვეშა შრეში; 3) კუნთოვან შრეში; 4) სეროზულ გარსში

*ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 1;2

566. კრონის დაავადების დროს პათოლოგიური პროცესი იწყება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის: 1) ლორწოვან შრეში; 2) ლორწქვეშა შრეში; 3) კუნთოვან შრეში; 4) სეროზულ შრეში

ა) 1

*ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 3;4

567. კრონის დაავადებას ახასიათებს: 1) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნებისმიერი მონაკვეთის დაზიანება; 2) მხოლოდ წვრილი ნაწლავის დაზიანება; 3) მხოლოდ მსხვილი ნაწლავის დაზიანება; 4) მხოლოდ სწორი ნაწლავის დაზიანება

*ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

568. კრონის დაავადების სინონიმებია: 1) ტერმინალური ილეიტი; 2) გრანულომატოზური კოლიტი; 3) იშემიური კოლიტი; 4) სარკოიდოზი

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) 1;2

569. კრონის დაავადება, როგორც დამოუკიდებელი ნომოლოგიური ერთეული, პირველად აღწერა ჩროჰნ- მა XIX საუკუნის

ა) 20-ან წლებში

*ბ) 30-ან წლებში

გ) 40-ან წლებში

დ) 50-ან წლებში

ე) 60-ან წლებში

570. კრონის დაავადების დიფერენციატა აუცილებელია: 1) არასპეციფიკურ წყლულოვან კოლიტთან; 2) წვრილი ნაწლავის ტუბერკულოზთან; 3) სარკოიდოზთან (ბენიე-ბეკ-შაუმანის დაავადება)

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 1;3

*ე) 1;2;3

571. კრონის დაავადების ვარიანტებია: 1) წყლულოვანი; 2) სკლეროზული; 3) ფისგულოვანი

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

572. კრონის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი ღებულება, გარდა შემდეგისა:

- ა) დაავადების ეგიო-პათოგენეზი სრულად გარკვეული არ არის
- ბ) პათოლოგიური პროცესი შეიძლება განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ნებისმიერ მონაკვეთზე
- გ) შემთხვევითა 1 / 4 -ში დაზიანება არ ვრცელდება სწორ ნაწლავზე
- *დ) პათოლოგიური პროცესი ყოველთვის იწყება ლორწოვანი გარსიდან

573. კრონის დაავადების დროს ანთებად გრანულომებს ახასიათებს: 1) მცირე ზომები და არამკაფიო საზღვრები; 2) შეღარებითი ღილი ზომები, მომრგვალო ფორმა; 3) კაზეოზური რღვევის უბანი გრანულომის ცენტრში

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

574. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის ქრონიკულად მიმდინარე ფორმებისთვის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათია: 1) ჰაუსტრაციის გაქრობა; 2) სანათურის მნიშვნელოვნად გაფართოება ან დაეწროება; 3) ლორწოვანი გარსის ე. წ. "მარცვლოვანება"

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

575. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის მწვავე მიმდინარეობის დროს ანემიის გამომწვევი მიზეზებია: 1) სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგი; 2) ძვლის გვინის ფუნქციის დათრგუნვა ტოქსემიის გამო; 3) კუჭ-ნაწლავის გრაქტში რკინის ათვისების დარღვევა; 4) ვიტამინ B და ფოლის მკავას დეფიციტი

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

576. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის კონსერვატიული მკურნალობისას შეიძლება მივიღწიოთ ყველა ჩამოთვლილ, გარდა შემდეგისა: 1) დაავადების კლინიკური გამოვლინებების შესუსტება; 2) პათოლოგიური პროცესის პროგრესის შეწყობა; 3) რემისიის დაჩქარება; 4) რემისიის შენარჩუნება; 5) დაავადების განკურნება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 5

სწორი და მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური მოშლილობები, ინფექციური და სხვა კოლიტები

577. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის სინთინებია: 1 სპასტიკური კოლიტი; 2 იშემიური კოლიტი; 3 ნაწლავური კოლიკა;

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

578. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს გვივილი შეიძლება აღინიშნოს: 1 მუცლის არეში; 2 მუცლისა და გულმკერდის არეში; 3 მუცლისა და წელის არეში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია ყველა პასუხი

579. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს ექსტრააბდომინური ტკივილი: 1 საერთოდ არ აღიძვრის; 2 აღიძვრის და შეიძლება ჰქონდეს დამოუკიდებელი ხასიათი; 3 აღიძვრის და ყოველთვის თანხველა აბდომინურ ტკივილს; 4 აღიძვრის და ხშირად თანხველა აბდომინურ ტკივილს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

*ე) სწორია 2 და 4

580. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დიფერენციალური საჭიროა: 1 კრონის დაავადებასთან; 2 არასპეციფიკურ წყლულოვან კოლიტთან; 3 პოლიპოზთან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

581. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს განავლის პირველი პორცია უფრო ხშირად არის:

- ა) ფაფის კონსისტენციის;
- *ბ) გაფორმებული ;
- გ) წყლის კონსისტენციის;
- დ) ქაფისებური;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

582. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა სიმპტომი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ტკივილი მუცლის არეში;
- ბ) მუცლის შებერვა;
- გ) განავლის ფორმის შეცვლა;
- *დ) სისხლდენა ნაწლავიდან;

ე) ლორწოვანი გამონადენი ნაწლავიდან;

583. კლინიკურ სურათზე დაყრდნობით, მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დიფერენციალური მსგავსების გამო საკმაოდ გართულებულია:

- ა) ჭიებით ინვაზიასთან;
- ბ) ბაცილარულ დიზენტერიასთან;
- გ) ფუნქციურ დიარეასთან;
- დ) შეკრულობასთან;

*ე) სწორია ყველა პასუხი;

584. დიარეის პათოგენური მექანიზმი შეიძლება იყოს: 1 მოტორული; 2 სეკრეციული და ექსულაციური; 3 ჰიპერგოლემიური;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა პასუხი

585. ფუნქციური დიარეის დიფერენციალური საჭიროა: 1 გოქსოპლამბოსთან; 2 სალმონელოზთან; 3 გულარემიასთან;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

586. ნაწლავში აირების მოხვედრის წყაროებს მიეკუთვნება: 1 აირების წარმოქმნა ნაწლავის სანათურში ბაქტერიების მიერ; 2 სისხლიდან ნაწლავში აირების დიფუზია; 3 აირების ჩაყლაპვა კვების და საუბრის დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 1 და 3

587. ნაწლავში ნორმის ვარიანტში არის: 1 გოგირდწყალბადი; 2 მეთანი; 3 წყალბადი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

588. მეგეორიმისთვის დამახასიათებელი არ არის:

- ა) მოვლითი ხასიათის ტკივილი მუცელში;
- ბ) მუცლის კედლის დაჭიმულობა;
- გ) მუცლის პერკუსიით - გაძლიერებული გიმპანური ხმიანობა;
- *დ) გასტრო-კოლინჯის რეფლექსის გაძლიერება;
- ე) აბდომინური ტკივილის დაცხრომა აირებზე გასვლის შემდეგ;

589. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს კვების რაციონში უნდა ჭარბობდეს: 1 ნახშირწყლოვანი პროდუქტები; 2 ცილოვანი პროდუქტები; 3 ცხიმოვანი პროდუქტები;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

590. ფუნქციური დიარეის დროს პერ ოს მიღებული ბარიუმის ფაფა მსხვილ ნაწლავს მთლიანად გაივლის:

- ა) დაახლოებით 1-3 სთ-ში;
- ბ) დაახლოებით 4-5 სთ-ში;
- *გ) დაახლოებით 6-9 სთ-ში;
- დ) დაახლოებით 12-24 სთ-ში;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

591. ფუნქციური დიარეისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) განავლის დღიური მასის მომატება;
- ბ) დისბაქტერიოზი;
- *გ) განავლის pH-ის გადახრა ტუგეიანობის მხარეს;
- დ) განავალში საკვების მოუნელებელი ნაწილაკების დიდი რაოდენობით არსებობა;
- ე) შიგნითა სფინქტერის სპაზმი;

592. ენდოკრინულმა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს დიარეა, რომელსაც უფრო ხშირად აქვს:

- ა) ექსულაციური ხასიათი;
- ბ) სეკრეციული ხასიათი;
- *გ) მოგორული ხასიათი;
- დ) ოსმოსური ხასიათი;
- ე) ენდოკრინული დაავადებები დიარეას არ იწვევს.

593. ანგიბიოტიკოთერაპია დისბაქტერიოზის დროს: 1 აღრმავებს დისბიოზს; 2 შესაძლებელია დაინიშნოს ამოთესილ ფლორაზე მგრძნობელობის კონტროლით; 3 საერთოდ არ გამოიყენება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

594. დისბაქტერიოზის დროს: 1 ენდოსკოპიურად ნაწლავში არ აღინიშნება გამოხატული ცვლილებები; 2 ნაწლავური ბიოფსიით ვლინდება ლორწოვანი გარსის ჭეშმარიტი ანთების ნიშნები; 3 ნაწლავური ბიოფსიით არ ვლინდება ლორწოვანი გარსის ჭეშმარიტი ანთების ნიშნები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

595. ფუნქციური ნაწლავური დისპეფსიის პათოგენეზურ მექანიზმს აყალიბებს: 1 ნაწლავის მოგორიკის დარღვევა; 2 დისბაქტერიოზი; 3 ნაწლავური ქიმიზმის დარღვევა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

596. ნორმის ვარიანტში მსხვილი ნაწლავი იკუმშება წუთში:

- *ა) 1-ჯერ;
- ბ) 2-ჯერ;
- გ) 3-ჯერ;
- დ) 4-ჯერ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში

597. ფუნქციური ნაწლავური დისპეფსიის კავშირი აშკარაა:

- ა) ასთენიურ სინდრომთან;
- ბ) ლეპრესიულ სინდრომთან;
- გ) ანორექსიასთან;
- დ) კანცეროფობიასთან;
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი.

598. მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ანთება უფრო ხშირად იწყება:

- *ა) მისი დისგალური უბნებიდან;
- ბ) მისი პროქსიმალური უბნებიდან;
- გ) მისი შუამდებარე უბნებიდან;
- დ) ილეოცეკალური სარქველის მხრიდან;
- ე) აღნიშნულ საკითხში არ შეინიშნება რაიმე კანონზომიერება;

599. მწვ. პროქტოსიგმოიდისათვის დამახასიათებელია: 1 გენემები; 2 ანალურ გასავალში უცხო სხეულის შეგრძნება; 3 ანალური ქავილი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

600. მწვ. პროქტოსიგმოიდის ენდოსკოპიური სურათისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) ლიფუზური ჰიპერემია;
- ბ) ლორწო ნაწლავის სანათურში;
- *გ) ნაწლავის ვენების გაგანიერება;
- დ) კონტაქტური გზით ლორწოვანი გარსის იოლად დამიანებალობა;
- ე) ანთებადი ლორწოვანი გარსის პროლაფსი რექტოსკოპის გუბუსში.

601. სხივური თერაპიის შემდგომი პროქტივებისთვის დამახასიათებელია: 1 გენემები სისხლიან-ლორწოვანი ნაწლავის შიგთავსის გადმოსვლით; 2 ფაღარათისა და შეკრულობის მონაცვლეობა; 3 მძიმე ჰიპოქრომული ანემია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

602. რადიაციული პროქტივებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები უფრო ხშირად ვლინდება: 1 სხივური თერაპიის კურსის დაწყებისთანავე; 2 სხივური თერაპიის კურსის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში; 3 სხივური თერაპიის კურსის დამთავრების შემდეგ;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სხივური თერაპიის შემდგომ პროქტივები არ ვითარდება

603. მსხვილი ნაწლავის მეღანოში შეიძლება ჩამოყალიბდეს: 1 სულფამიდების ჭარბი გამოყენების ფონზე; 2 აბსორბენტების (მაგ. აქტივირებული ნახშირი, ესკუმოზანი) ჭარბი მიღების ფონზე; 3 სტეროიდული პრეპარატების ჭარბი გამოყენების ფონზე; 4 ანტიბიოტიკული საფაღარათო საშუალებების (მაგ. სენა) ჭარბი გამოყენების ფონზე;

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

604. უიპლის დაავადებასთან მიმართებაში არ არის სწორი:

- ა) ის უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში;
- ბ) ამ დაავადების დროს ნაწლავურ ბიოფაგებში ნახულობენ გრამ-დადებით კოკებს;
- *გ) მისთვის დამახასიათებელია ნაწლავის კედლის გათხელება;
- დ) მისთვის დამახასიათებელია გართულებები სახსრების მხრივ (ართრალგია, არტრიტი) და ა.შ.;
- ე) უიპლის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

605. ქვემოჩამოთვლილიდან იშემიური კოლიგის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) ზოგიერთი მედიკამენტის (მაგ. შარღმლენი, სათითურას ჯგუფის პრეპარატები) გვერდითი მოქმედება;
- ბ) ტრავმები;
- *გ) სხვადასხვა გენების არგერიული ოკლუზიები;
- დ) ჰიპოთალემია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

606. ნაწლავის იშემიური ტიპის დაზიანება ყველაზე იშვიათად გვხვდება:

- ა) განივ კოლინჯში;
- ბ) დასწვრივ კოლინჯში;
- გ) სიგმურ კოლინჯში;
- *დ) სწორ ნაწლავში;
- ე) ნაწლავის ამა თუ იმ ანატომიურ მონაკვეთზე იშემიური დაზიანება გვხვდება თანაბარი სიხშირით;

607. ნაწლავის სტრიქტურის და ნაწლავური გაუვალობის განვითარება შეიძლება მოჰყვეს იშემიური კოლიგის: 1 განგრენულ ფორმას; 2 ქრონიკულ პერსისტენტულ ფორმას; 3 გრანზიგორულ ფორმას;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) იშემიური კოლიგის ფონზე ნაწლავის სტრიქტურა არ ვითარდება

608. უფრო ხშირად ნაწლავის იშემიური ხასიათის დაზიანება გვხვდება:

- ა) რექტუმში;
- *ბ) დასწვრივ კოლინჯში;
- გ) განივ კოლინჯში;
- დ) ასწვრივ კოლინჯში;
- ე) მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხეში;

609. ირიგოსკოპიული კვლევით “ცერის ანაბეჭდის” (“ტჰუმბ პრინგინგ”) პათოგნომური ნიშანი დამახასიათებელია:

- ა) წყლულოვანი კოლიგისთვის;
- ბ) კრონის დაავადებისთვის;
- *გ) იშემიური კოლიგისთვის;
- დ) მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულისთვის;
- ე) ამგვარი რენტგენოლოგიური ნიშანი არ არსებობს;

610. იშემიური კოლიგისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) დაზიანების სეგმენტური ხასიათი;
- ბ) ცვლილებების სწრაფი დინამიკა;
- გ) სისხლჩაქცევები ლორწოქვეშა შრეში;
- დ) ინტაქტური სწორი ნაწლავი;
- *ე) იშემიური კოლიგისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი;

611. ანგიოგრაფიის ჩატარება მიზანშეწონილია: 1 კრონის დაავადების დროს; 2 არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიგის დროს; 3 იშემიური კოლიგის დროს; 4 მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს;

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

612. ფსევდომემბრანული კოლიგის გამომწვევია:

- ა) პროტეუს ვულგარის-ი;
- ბ) ჰელიცობაცტერ პილორი-ი;
- *გ) ჩლ. დიფთერიული;
- დ) შტრეპტოკოცუს ვირიდანს-ი;

ე) არცერთი ჩამოთვლილი;

613. ფსევდომემბრანული კოლიგისთვის დამახასიათებელია: 1 ლეიკოპენია; 2 ღიაერეა; 3 ტკივილი მუცლის ქვ. ნახევარში;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორია 2 და 3

614. ფსევდომემბრანული კოლიგი უფრო ხშირად ვითარდება:

ა) სულფანილამიდებით მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის შემდეგ;

ბ) სტეროიდული ჰორმონებით მკურნალობის ფონზე;

გ) ნაწლავური დისპეფიების ფონზე;

*დ) ინტენსიური ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე;

ე) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის ფონზე;

615. ფსევდომემბრანული კოლიგის განვითარება უფრო ხშირად თან ახლავს:

ა) გენგაშიციტის გამოყენებას;

*ბ) კლინდამიცინის გამოყენებას;

გ) მაქსიპიმის გამოყენებას;

დ) ვანკომიცინის გამოყენებას;

ე) იმიპენემის გამოყენებას;

616. სხვადასხვა სახის კოლიგების ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს: 1 სხივური თერაპია; 2 ციტომეგალოვირუსი; 3 მოკლე წერილი ნაწლავის (რემიქციის შემდეგ) სინდრომი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია ყველა პასუხი

617. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომისთვის დამახასიათებელია:

*ა) დისპროტეინემია;

ბ) ლეიკოციტოზი;

გ) მაღალი ელს;

დ) ჰიპერკოაგულაცია;

ე) არცერთი ჩამოთვლილი;

618. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის ფონზე უფრო მეტად სავარაუდოა:

ა) ნაწლავის მწვ. ტოქსიკური დილაგაციის განვითარება;

*ბ) ანალური ქავილისა და დისკომფორტის განვითარება;

გ) პროფუზული სისხლდენის განვითარება;

დ) პერფორაცია;

ე) ნაწლავის სტრიქტურის ჩამოყალიბება;

619. მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის დროს მიზანშეწონილია:

ა) ანაბოლური საშუალებების დანიშვნა;

ბ) ანტიბიოტიკების დანიშვნა;

*გ) გრანკელიზატორების დანიშვნა;

დ) ვიტამინოთერაპიის დანიშვნა;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

620. 34 წლის პაციენტ ქალში, მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომის ჩამოყალიბების ყველაზე სავარაუდო მიზეზია:

ა) ნაწლავური ინფექცია;

*ბ) ფსიქიკური ტრავმა;

გ) პნევმონია;

დ) მსხვილი ნაწლავის პოლიპები;

ე) მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომატოზი;

621. შეარჩიეთ იშემიური კოლიგის შესაძლო გართულება:

ა) ინფლტრატების, აბსცესების, ნაწლავთა ფისტულების ჩამოყალიბება;

ბ) მასიური სისხლდენა, მწვ. ტოქსიკური დილაგაცია, მალიგნიზაცია;

*გ) განგრენა, პერიტონიტი;

დ) ანალური ქავილი, სფინქტერის ძლიერი სპაზმი;

ე) კოლო- და კოპროსტაზი;

622. შეარჩიეთ კატარული კოლიტის შესაძლო გართულება:

ა) ინფილტრატების, აბსცესების, ნაწლავთა ფისტულების ჩამოყალიბება;

ბ) მასიური სისხლდენა, მწვ. ტოქსიკური დილაგაცია, მალიგნიზაცია;

გ) განგრუნა, პერიტონიტი;

*დ) ანალური ქაილი, სფინქტერის ტონუსის დარღვევა;

ე) კოლო- და კოპროსტაზი;

623. შეარჩიეთ ატონიური შეკრულობის შესაძლო გართულება:

ა) ინფილტრატების, აბსცესების, ნაწლავთა ფისტულების ჩამოყალიბება;

ბ) მასიური სისხლდენა, მწვ. ტოქსიკური დილაგაცია, მალიგნიზაცია;

გ) განგრუნა, პერიტონიტი;

დ) ანალური ქაილი, სფინქტერის ტონუსის დარღვევა;

*ე) კოლო- და კოპროსტაზი;

624. შეარჩიეთ ატონიური შეკრულობის შესაბამისი აღწერილობა:

*ა) ავ-ფს არ აქვს დეფეკაციის სურვილი, გააჩნია მხოლოდ ფსიქოლოგიური მოთხოვნილება; იღებს დიდი რაოდენობით საფაღარათო საშუალებებს;

ბ) განავლის შეკავებას თან ახლავს ტკივილი მუცელში, სფინქტერის ტონუსი მომატებულია;

გ) ავ-ფს აქვს ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;

დ) ავ-ფი აღნიშნავს თხიერი განავლის ხშირ გამოყოფას;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

625. შეარჩიეთ სპასტიკური კოლიტის შესაბამისი აღწერილობა:

ა) ავ-ფს არ აქვს დეფეკაციის სურვილი, გააჩნია მხოლოდ ფსიქოლოგიური მოთხოვნილება; იღებს დიდი რაოდენობით საფაღარათო საშუალებებს;

*ბ) განავლის შეკავებას თან ახლავს ტკივილი მუცელში, სფინქტერის ტონუსი მომატებულია;

გ) ავ-ფი ღებულობს საფაღარათო საშუალებებს; გამოხატულია ასთენონევროზული სინდრომი;

დ) ავ-ფს აქვს ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;

ე) ავ-ფი აღნიშნავს თხიერი განავლის ხშირ გამოყოფას;

626. შეარჩიეთ კოპროსტაზის შესაბამისი აღწერილობა:

ა) ავ-ფს არა აქვს დეფეკაციის სურვილი, გააჩნია მხოლოდ ფსიქოლოგიური მოთხოვნილება; იღებს დიდი რაოდენობით საფაღარათო საშუალებებს;

ბ) განავლის შეკავებას თან ახლავს ტკივილი მუცელში, სფინქტერის ტონუსი მომატებულია;

გ) ავ-ფი ღებულობს საფაღარათო საშუალებებს; გამოხატულია ასთენონევროზული სინდრომი;

დ) ავ-ფს აქვს ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;

*ე) ავ-ფი აღნიშნავს სწორი ნაწლავიდან თხიერი განავლის უსისგემო გაღმოსვლას;

627. შეკრულობას უწოდებენ მდგომარეობას, როცა ნაწლავის მოქმედება არ არის:

ა) 24 სთ განმავლობაში;

ბ) 24-32 სთ განმავლობაში;

*გ) 32 და მეტი სთ განმავლობაში;

დ) 42 და მეტი სთ განმავლობაში;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

628. ექსულაციური გენეზის ღიარეის საფუძველს ქმნის:

ა) ცუდად აბსორბირებადი საკვების მიღება;

ბ) ჰიპერსეკრეცია აბსორბციული პროცესების პარალელური გაძლიერების გარეშე;

გ) ნაწლავის მოგორული ფუნქციის მოშლა;

*დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დამიანების ნიადაგზე ცილების, ლეიკოციტების და ა.შ. სანათურში გაღმოსვლა;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

629. ოსმოსური ღიარეის საფუძველს ქმნის:

*ა) ცუდად აბსორბირებადი საკვების მიღება;

ბ) ჰიპერსეკრეცია აბსორბციული პროცესების პარალელური გაძლიერების გარეშე;

გ) ნაწლავის მოგორული ფუნქციის მოშლა;

დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დამიანების ნიადაგზე ცილების, ლეიკოციტების და ა.შ. სანათურში გაღმოსვლა;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

630. ჰიპერგლიკემიის ფონზე შეკრულობის განვითარების ძირითადი მიზეზია:

ა) კუჭ-კოლინჯის რეფლექსის დაქვეითება;

*ბ) რექტო-ანალური რეფლექსის შესუსტება;

- გ) მსხვილი ნაწლავის ფსევდოობსტრუქცია (ოგილის სინდრომი);
- დ) პათოლოგიური ვისცერო-ვისცერული რეფლექსების ჩამოყალიბება;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

631. შეკრულობით დაავადებულთა კვლევის კვალიფიციურ მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ლეფეკაციური პროქტოგრაფია; 2 ლეფეკოკინემატოგრაფია; 3 ლორწოვანი გარსის ბიოფსია; 4

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

632. სეკრეტორული დიარეის საფუძველს ქმნის:

- ა) ცულად აბსორბირებადი საკვების მიღება;
- *ბ) ნაწლავური წველების ჭარბი პროდუქცია, აბსორბციული პროცესების პარალელური გაძლიერების გარეშე;
- გ) ნაწლავის მოტორული ფუნქციის მოშლა;
- დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ღამბიანების ნიადაგზე ცილების, ლეიკოციტების და ა.შ. სანათურში გადმოსვლა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

633. შეკრულობის მიზეზი შეიძლება გახდეს: 1 ჰიპოთირეოზი; 2 პრემენსტრუალური სინდრომი; 3 შაქრიანი დიაბეტი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

634. შეკრულობა შეიძლება გამოიწვიოს: 1 ნარკოტიკებმა; 2 ანტიდებრესანტებმა; 3 რკინის შემცველობის პრეპარატების მიღებამ;

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

635. კუჭის წყლულის ფონზე შეიძლება განვითარდეს შეკრულობა, რომლის მექანიზმში წამყვანია: 1 კუჭ-კოლინჯის რეფლექსის დაქვეითება; 2 რექტო-ანალური რეფლექსის შესუსტება; 3 პათოლოგიური ვისცერო-ვისცერული რეფლექსების ჩამოყალიბება;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

636. ანალური ნაპრალის ფონზე შეიძლება განვითარდეს შეკრულობა, რომლის მექანიზმში წამყვანია: 1 ლეფეკაციის ჩვეული რიტმის დარღვევა ე.წ. “ლეფეკაციის შიშის” ნიადაგზე; 2 პათოლოგიური ვისცერო-ვისცერული რეფლექსების ჩამოყალიბება; 3 სფინქტერის სპაზმი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

637. შეკრულობის საწინააღმდეგოდ წლების მანძილზე შეიძლება: 1 მინერალური მეთების გამოყენება; 2 ოსმოსური საშუალებების (მაგ. ლაქტულოზა, სორბიტოლი) გამოყენება; 3 ფეკალური მასების მოცულობის მრდის მასტიმულირებელი (მაგ. ცელულოზა, Pსყლიუმ-ი, სხვ.) საშუალებების გამოყენება;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

638. ოსმოსური საშუალებები (ლაქტულოზა, სორბიტოლი): 1 აძლიერებენ ნაწლავის პერისტალტიკას; 2 ხელს უწყობენ ნაწლავის გასუფთავებას, მაგრამ გარკვეულწილად არღვევენ ელექტროლიტურ ბალანსს; 3 მათი გამოყენება მიზანშეწონილია მაქსიმუმ 2 კვირის განმავლობაში ან ნაწლავის ერთჯერადი გაწმენდის მიზნით;

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1, 2 და 3
- *ე) სწორია 1 და 3

639. კოპროსტამისთვის დამახასიათებელია: 1 ტკივილი მუცელში; 2 პირღებინება; 3 ნაწლავიდან თხიერი განავლოვანი მასების გადმოსვლა;

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

640. საფადართო საშუალებების (მაგ. მინერალური ზეთები) ხანგრძლივი გამოყენება ხელს უწყობს:

- ა) ნაწლავური გრანზიგის ნორმალიზებას;
- ბ) ინერგული (ჰიპოგანგლიური) ნაწლავის ჩამოყალიბებას;
- *გ) “ზარმაცი” ნაწლავის ჩამოყალიბებას;
- დ) მეტეორიზმის მკვეთრ შემცირებას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

641. სწ. ნაწლავის ტუბერკულოზი შეიძლება განვითარდეს: 1 ტუბერკულოზის ღია ფორმის დროს ნახველის ჩაყლაპვის შემდეგ, ნაწლავის კედელში ინფექციის ჩანერგვის შედეგად; 2 დიფუზური ტუბერკულოზური კოლიგის ფონზე; 3 საშვილოსნოს ან წინამდებარე ჯირკელის ტუბერკულოზის დროს პროცესის სწორ ნაწლავზე გავრცელების შედეგად;

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

642. სწ. ნაწლავის ტუბერკულოზის დროს წყლულები უფრო ხშირად ლოკალიზებულია:

- ა) რექტოსიგმოიდურ ნაწილში;
- *ბ) ანალურ არხში;
- გ) ბემო ამპულურ ნაწილში;
- დ) ტიპური ლოკალიზაციაა ქვემო ამპულური ნაწილის უკანა კედელი;
- ე) შუა ამპულურ ნაწილში;

643. სწ. ნაწლავის სტრიქტურა შეიძლება გამოიწვიოს: 1 ტუბერკულოზმა; 2 ნიკოლ-ფაგერის დაავადებამ; 3 სიფილისმა;

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

644. ტუბერკულოზური ანალური წყლულებისთვის დამახასიათებელია: 1 შემადლებული ოვალური კიდეები; 2 ფერმკრთალი ფსკერი; 3 კონტაქტური სისხლდენა;

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

645. ტუბერკულოზური წყლულის დიფერენციალური საჭიროა მოვახდინოთ: 1 ავთვისებიან სიმსივნესთან; 2 ჰემანგიომასთან; 3 ვენერიულ ლიმფოგრანულომასთან;

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

646. ტუბერკულოზურ ანალურ წყლულთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) წყლულის ფსკერი არის ფერმკრთალი;
- ბ) წყლულიდან აღინიშნება თხიერი ჩირქოვანი გამონადენი;
- *გ) წყლული არის მტკივნეული;
- დ) წყლულის კიდეები არის შემადლებული;

ე) ტუბერკულოზურ ანალურ წყლულთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

647. სწ. ნაწლავის ფისტულებთან (ქრ. პარაპროქტიტთან) მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 გამოჰყოფენ სპეციფიკურ და არასპეციფიკურ ქრ. პარაპროქტიტს; 2 სწ. ნაწლავის ფისტულიდან აღებულ მასალაში კოხის ჩხირის აღმოჩენა ყოველთვის ნიშნავს, რომ საქმე გვაქვს ტუბერკულოზურ ქრ. პარაპროქტიტთან; 3 ტუბერკულოზური პარაპროქტიტი გვხვდება იშვიათად;

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

648. ნაწლავურ ამებიამთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ამებური გენების ნაწლავურ წყლულებს აქვთ სწორი, სადა კიდეები; 2 ამებური გენების ნაწლავურ წყლულებს აქვთ უსწორო, შემაღლებული კიდეები; 3 ნაწლავური ამებიამის ქრ. მიმდინარეობის ფონზე ნაწლავის კედელში შეიძლება ჩამოყალიბდეს ამებომები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

649. ანალური არხის სიფილისური გენების ნაპრალისთვის დამახასიათებელია: 1 ძლიერი ტკივილი; 2 სფინქტერის სპაზმი; 3 რბილი, სუფთა ფსკერი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

650. მსხვილი ნაწლავის მეორადი ამილოიდოზის განვითარებას ხელი შეიძლება შეუწყოს: 1 კრონის დაავადებამ; 2 ტუბერკულოზმა; 3 ჰემოროიდულმა დაავადებამ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

651. მსხვილი ნაწლავის ამილოიდოზი: 1 ყოველთვის გოგალური ხასიათისაა; 2 შეიძლება იყოს გოგალური ან სეგმენტური ხასიათის; 3 ხასიათდება ტკივილით მუცელში, მეგეოროზმით, სისხლდენებით, ფაღარათობით ან შეკრულობით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

652. მსხვილი ნაწლავის მელანოზის დროს: 1 ჩვეულებრივ, პაციენტს ჩივილები არ აქვს; 2 ფერს იცვლის ნაწლავის გამომჟენი ეპითელიური უჯრედები; 3 პიგმენტი ლაგდება ლორწოვანი გარსის სტრომაში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი
- *ე) სწორია 1 და 3

653. მსხვილ ნაწლავში პიგმენტური უბნების ჩამოყალიბება შეიძლება დაუკავშირდეს პროფსიებს, რომლებიც იწვევს ორგანიზმში: 1 ვისმუგის მოხვედრას; 2 ვერცხლისწყლის მოხვედრას; 3 ბერილიუმის მოხვედრას;

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

654. კოლორექტულ ენდომეტრიოზს უფრო ხშირად ახასიათებს:

- ა) გოგალური გავრცელება მთელ ნაწლავში;
- ბ) განივ კოლინჯში ლოკალიზაცია;
- *გ) სიგმურ ნაწლავსა და რექტუმში ლოკალიზაცია;

- დ) ასწვრივ და დასწვრივ კოლინჯში ლოკალიზაცია;
- ე) ცეკუმში ლოკალიზაცია;

655. კოლორექტული ენდომეტრიოზის დროს, ენდომეტრიოზის მრდის პარალელურად წინა პლანზე გამოდის:

- ა) ანალური სფინქტერის სპაზმი;
- *ბ) ნაწლავის კედელში ფიბროზული ცვლილებების განვითარება;
- გ) ნაწლავის კედლის აგროფია;
- დ) ნაწლავის კედლის კუნთოვანი გარსის ჰიპერტროფია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

656. მსხვილი ნაწლავის ენდომეტრიოზის დროს, პათოლოგიური პროცესის ლორწოვან გარსზე გავრცელებამდე რენტგენოლოგიურად აღინიშნება:

- *ა) ჰაუსტრაციის გაძლიერება;
- ბ) ნაწლავის სანათურის გაფართოება;
- გ) ავსების ლეფექტი სწორი კონტურებით;
- დ) ნაწლავის კედლის რიგილობა;
- ე) ჩამონათვალში სწორი პასუხი არ არის;

657. უიპლის დაავადებასთან (ჭიპპლე'ს დისეასე) მიმართებაში სწორი არ არის შემდეგი:

- ა) მის დროს გამოხატულია ნაწლავური ლიპოდისტროფია;
- *ბ) მას ახასიათებს დიარეა, რომელსაც აქვს ოსმოსური ხასიათი;
- გ) მისთვის დამახასიათებელია ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი;
- დ) მისთვის დამახასიათებელია მეზენტერული და პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდება;
- ე) უიპლის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

658. ჰირშპრუნგის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მისი ჩამოყალიბების საფუძველს ქმნის ემბრიონული ნერვული ქორდიდან უჯრედთა არასრული მიგრაცია;
- ბ) მას ახასიათებს შეუპოვარი შეკრულობა;
- გ) მისი მკურნალობა არის ქირურგიული;
- *დ) ის უფრო ხშირად გვხვდება გოგონებში;
- ე) მის ფონზე ახალშობილებში შეიძლება აღინიშნოს მეკონიური გაუვალობა;

659. ციტომეგალოვირუსული კოლიტი უფრო ხშირად ვითარდება პაციენტებში, რომელთაც აქვთ: 1 თირკმლის უკმარისობა; 2 შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმები; 3 შიდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

660. ანგიოდისპლაზიური უბნები უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) მსხვილი ნაწლავის რექტოსიგმოიდურ ნაწილში;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ელენთისა და ღვიძლის კუთხეში;
- *გ) ცეკუმსა და ასწვრივ კოლინჯში;
- დ) დაბმავალ კოლინჯში;
- ე) სიგმურ კოლინჯში;

661. შეუჩიეთ დიაგნოზი შემდეგ ენდოსკოპიურ აღწერილობას - მსხვილი ნაწლავი შეშუპებული, ერთემაგომულ ლორწოვან გარსზე მრავლობითი მოყვითალო-თეთრი ფერის ფოლაქები:

- ა) ციტომეგალოვირუსული კოლიტი;
- *ბ) ფსევდომემბრანული კოლიტი;
- გ) ანგიოდისპლაზია;
- დ) კოლაგენური კოლიტი;
- ე) გრანულომატოზური კოლიტი;

662. ფსევდომემბრანული კოლიტის გამომწვევი ჩლ. დიფფიცილე შემთხვევათა უმრავლესობაში მგრძობიარეა: 1 ვანკომიცინის მიმართ; 2 კლინდამიცინის მიმართ; 3 მეტრონიდაზოლის მიმართ;

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

663. ფსევდომემბრანული კოლიტის გამომწვევი ჩლ. დიფფიცილე შემთხვევათა უმრავლესობაში მგრძობიარეა: 1 ვანკომიცინის

მიმართ; 2 ცეფალოსპორინების მიმართ; 3 ამპიცილინის მიმართ;

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

664. იშემიური კოლიგის დროს ნაწლავის კედლის ცვლილებები იწყება:

- *ა) ლორწოვანი შრიდან;
- ბ) ლორწქვეშა შრიდან;
- გ) კუნთოვანი შრიდან;
- დ) სეროზული შრიდან;
- ე) ნაწლავის კედლის ყველა გარსი ერთდროულად ერთვება პათოლოგიურ პროცესში;

665. იშემიური კოლიგის კონსერვატიული მკურნალობისთვის ძირითადად გამოიყენება: 1 სპაზმოლიზური საშუალებები; 2 ანტიბიოტიკები; 3 ჰიპოკოაგულაციური საშუალებები;

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

666. ინფექციური ღიარის გამომწვევ მიკროორგანიზმთა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 *E. coli*; 2 *Shigella*; 3 *Staphylococcus*;

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

667. ინფექციური ღიარის გამომწვევ მიკროორგანიზმთა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 *Escherichia coli*; 2 *Acinetobacter*; 3 *Yersinia enterocolitica*;

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

668. ფსევდომემბრანულ კოლიტებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მაღალ პროცენტში ის დაკავშირებულია ფაგალურ გამოსავალთან;
- ბ) მისი მკურნალობისთვის გამოიყენება კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები;
- გ) მისი ელვისებური ფორმების დროს ნაჩვენებია კოლექტომია;
- დ) მისი გამომწვევი წლოსტრიდიუმ დიფიცილე გამოჰყოფს ეგზოტოქსინს;
- *ე) ფსევდომემბრანულ კოლიტებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

669. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მწვ. აპენდიციტისთვის დამახასიათებელ სიგნოსის სიმპტომს:

- ა) დაღმავალი კოლინჯის საპროექციო არეზე ხელით განხორციელებული ბიძგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ მიდამოში;
- ბ) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის მარჯვენა ბარძაყის მოხრა და მედიალური მიმართულებით მოძრაობა იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;
- გ) ილეოცეკალური არის პერკუსია იწვევს ტკივილს;
- დ) ილეოცეკალური მიდამოს პალპაციისას ტკივილი ძლიერდება გაშლილი მარჯვენა ქვემო კიბურის ზემოთ აწევის პირობებში;
- *ე) ზურგზე მწოლიარე პაციენტის მარცხენა გვერდზე გადაბრუნება აძლიერებს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

670. შეკრულობის სადიაგნოსტიკოდ ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) ანორექტიული მანომეტრია;
- *ბ) კუჭ-ნაწლავის გრაფში ბარიუმის პასაჟზე დაკვირვება;
- გ) ირიგოსკოპია;
- დ) ანამნეზი;
- ე) ფიზიკალური გასინჯვა;

671. გაღიზიანებული კოლინჯის სინდრომის მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია:

- ა) ფსიქომოტორული სფეროს დარღვევების კორექცია
- ბ) ნაწლავის მოტორულ-ევაკუაციური დარღვევების კორექცია

გ) დისბიოზური ძვრების კორექცია

*დ) სწორია ყველა პასუხი

672. შეკრულობა შეიძლება გამოიწვიოს:

ა) სიმსივნურმა პროცესმა

ბ) პოლიპმა

გ) მსხვილი ნაწლავის სტრიქტურამ

დ) ჰირშპრუნგის დაავადებამ

*ე) ყველა პასუხი სწორია

673. იშემიური კოლიტის ენდოსკოპიური სურათისათვის არ არის დამახასიათებელი: 1) სანათურის შევიწროვება (სტრიქტურა); 2) ლორწოვანი გარსის მკვეთრი ანთებითი ცვლილებები; 3) ეროზიულ-წყლულოვანი პროცესი ლოკალიზებული ძირითადად კოლინჯის მარცხენა ნახევარში

ა) 1

*ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია ყველა პასუხი

ე) 2;3

674. დისპეფსიის დროს არ აღინიშნება

ა) ფუნქციური ხასიათის მოგორული მოშლილობა - დისკინეზია

ბ) მსხვილი ნაწლავის ბაქტერიული "ჰეიზაჟის" შეცვლა

*გ) წყლულოვანი და ეროზიული ხასიათის მორფოლოგიური ცვლილებები მსხვილ ნაწლავში

დ) საკვების მიღების შემდეგ სიმძიმის შეგრძნება, მუცლის შებერილობა, გულისრევა

ე) სწორია ყველა პასუხი

675. სხვადასხვა პათოგენური მექანიზმით გამოწვეული დიარეის ტიპები: 1) სეკრეციული; 2) ჰიპერექსუდაციული; 3) ჰიპეროსმოლარული; 4) ჰიპერ- და ჰიპოკინეტიკური

ა) 1

ბ) 1;2

გ) 1;2;3

დ) 4

*ე) სწორია ყველა პასუხი

676. ჰირშპრუნგის დაავადების დიაგნოსტიკის ყველაზე ინფორმაციული მეთოდია: 1) რექტორომანოსკოპია; 2) კოლონოსკოპია; 3) რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევა; 4) ანგიოგრაფია

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

დ) 1;2

ე) 4

სწორი ნაწლავის დამიანება, კოლოსტომია

677. სწ. ნაწლავის მეორადი ხასიათის დამიანება შეიძლება გამოიწვიოს: 1 ცეცხლსასროლმა ჭრილობამ; 2 რექტუმის ბუკირებამ; 3 ენდოსკოპიურმა ბიოფსიამ;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

678. სწ. ნაწლავის ფართო მასშტაბის დამიანების ეტაპზე ქირურგიული ჩარევის გაქტიკა არ გულისხმობს:

ა) პრევენტული კოლოსტომის გაფორმებას;

ბ) პარარექტული ქსოვილების დრენირებას;

*გ) სწ. ნაწლავის მომჭერი აპარატის აღდგენას;

დ) სწ. ნაწლავის პერფორაციული უბნის გაკერვას;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

679. სწ. ნაწლავის გრავმული დამიანების შემთხვევაში პრევენტული კოლოსტომია უფრო ხშირად ფორმდება:

ა) განივ კოლინჯზე ორლულა გრანსვერმოსტომის სახით;

*ბ) სიგმურ კოლინჯზე ორლულა სიგმოსტომის სახით;

გ) სიგმურ კოლინჯზე ერთლულა სიგმოსტომის სახით;

დ) სტომის გაფორმება საერთოდ არ ხდება;

ე) გრანსვერზო- და სიგმოსტომის გაფორმება დაახლოებით თანაბარი სიხშირით ხდება;

680. კოცკ-ის ილეოსტომა იგივეა, რაც:

- ა) ორლულა ბრტყელი ილეოსტომა;
- ბ) ერთლულა ბრტყელი ილეოსტომა;
- *გ) რემერვეარული ერთლულა ილეოსტომა;
- დ) ერთლულა ევერსიული ილეოსტომა;
- ე) ორლულა ილეოსტომა წინ წამოწეული ერთი ბოლოთი;

681. თურნბულ-ის ილეოსტომა იგივეა, რაც:

- ა) ერთლულა ევერსიული ილეოსტომა;
- ბ) ორლულა ბრტყელი ილეოსტომა;
- გ) ერთლულა ბრტყელი ილეოსტომა;
- დ) რემერვეარული ერთლულა ილეოსტომა;
- *ე) ორლულა ილეოსტომა წინ წამოწეული ერთი ბოლოთი

682. ევერსიულ ერთლულა სტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის ამცირებს პერისტოლური აბსცესების ჩამოყალიბების რისკს;
- ბ) მასზე იოლად მაგრდება სხვადასხვა ტიპის განავლის მიმღებები;
- *გ) მისი გაფორმება უფრო იოლია წერილი ნაწლავის მოკლე ჯორჯლის პირობებში;
- დ) მის ფონზე მინიმალურია გამოტანილი ნაწლავის რეგრაქციის რისკი;
- ე) ევერსიულ სტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი;

683. კოცკ-ის ილეოსტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მას აქვს სარქველოვანი მექანიზმი;
- ბ) ის შემუშავებულია N.G. კოცკ-ის მიერ 1969 წელს;
- გ) ის არის რემერვეარული კონსტრუქცია;
- *დ) მისი დისტალური ბოლო სცდება კანის ზედაპირს (ევერსიული ტიპისა);
- ე) კოცკ-ის ილეოსტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი;

684. არასპეციფიკური წყულლოვანი კოლიგის მძიმე ფორმების დროს ოპტიმალურია: 1 ერთლულა კოლოსტომის გაფორმება; 2 ორლულა კოლოსტომის გაფორმება; 3 ილეოსტომა;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სტომის გაფორმება წყულლოვანი კოლიგის მძიმე ფორმების დროს საერთოდ არ არის მიზანშეწონილი;

685. წერილნაწლავური რემერვეარების უმრავლესობათა შესაქმნელად გამოიყენება შემდეგი სიგრძის ნაწლავი:

- ა) 5-6 სმ;
- ბ) 6-10 სმ;
- გ) 10-12 სმ;
- *დ) 14-15 სმ;
- ე) 18-20 სმ;

686. წერილნაწლავურ რემერვეართან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი პასუხი:

- ა) რემერვეარის ლორწოვანი გარსის ბუსუსებმა შეიძლება განიცადოს აგროფია;
- ბ) რემერვეარის გამომფენი ეპითელის დისპლაზიის შემთხვევაში, შესაძლოა განვითარდეს მისი ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია;
- გ) რემერვეარის ფორმირებისთვის გადაჭარბებული სიგრძის ნაწლავის გამოყენების შემთხვევაში, მასში შეიძლება მოხდეს შიგთავის ხანგრძლივი შეგუება;
- დ) მოწოდებულია L, შ, ჭ, ყ კონსტრუქციის რემერვეარები;
- *ე) წერილნაწლავურ რემერვეართან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

687. კრიპტიგთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) მისთვის დამახასიათებელია მუღმივი, ყრუ ხასიათის ტკივილი ანალურ არეში, რომელიც ძლიერდება დეფეკაციის დროს;
- ბ) მისთვის დამახასიათებელია ქავილი ანალური გასაჯლის არეში;
- გ) მის ფონზე შეიძლება განვითარდეს მწვავე პროქტიგი;
- დ) მის ფონზე შეიძლება განვითარდეს ქრ. პროქტიგი;
- *ე) კრიპტიგთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

688. რექტოცელესტვის დამახასიათებელია: 1 რექტუმში უცხო სხეულის შეგრძნება; 2 განავლოვანი მასების ევაკუაციისთვის საშოს მხრიდან ბეწოლის განხორციელების საჭიროება; 3 მრავალმომენტიანი დეფეკაცია

- ა) 1
- ბ) 2

- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

689. პერიოდული დაავადების აბლომინური ფორმისთვის დამახასიათებელია: 1 შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში; 2 ტემპერატურის მომატება; 3 სიმპტომა 1-2 დღიანი ხანგრძლივობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

690. IV ხარისხის ჰემოროიდული დაავადებისთვის დამახასიათებელია: 1 ლეფეკაციის დროს კვანძების პროლაფსი უკან სპონტანური შესწორებით; 2 “ვალსალვის ილეთის” შემდეგ შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული სტრუქტურების ერთიან კომპლექსად წარმოჩენა; 3 ჩირქოვანი გამონადენი ნაწლავიდან;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

691. კოლოსტომის სახეებს მიეკუთვნება: 1 კელის ამჟღავნებელი კოლოსტომა; 2 მარყუქოვანი კოლოსტომა; 3 ერთლულა კოლოსტომა;

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

692. მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკური აქტივობის აღდგენა, აბლომინურ ქირურგიულ ჩარევითა ფონზე განვითარებული პარალიზური გაუვალობის შემდგომ, ხდება დაახლოებით:

- ა) 24 საათში;
- ბ) 48 საათში;
- *გ) 3-5 დღეში;
- დ) მე-6 დღეს
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

693. კელის ამჟღავნებელი კოლოსტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მას აფორმებენ ნაწლავის ლეკომპრესიის მიზნით;
- ბ) ის გულისხმობს ნაწლავის კელის დაკავშირებას გარემოსთან;
- გ) მისგან ნაწლავის შიგთავსი გადმოდის გარეთ;
- დ) მისგან ფეკალური მასების ნაწილი გადადის ნაწლავის დისტალურ მონაკვეთში;
- *ე) კელის ამჟღავნებელი კოლოსტომასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

694. კელის ამჟღავნებელი კოლოსტომის ტიპურ სახეს მიეკუთვნება:

- *ა) ცეკოსტომა;
- ბ) ტრანსვერზოსტომა;
- გ) სიგმოსტომა;
- დ) ილეოსტომა;
- ე) იეუნოსტომა;

695. კელის ამჟღავნებელი ცეკოსტომის გაფორმების ტექნიკასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მის გასაფორმებლად განაკვეთი კეთდება მარჯვნივ მეზო- და შიპოგასტრიუმის საზღვარზე;
- ბ) ლაპაროტომიულ ჭრილობაში გამოაქვთ ცეკუმის გუმბათი;
- გ) ნაწლავის კელს სერომულ-კუნთოვანი ნაკერებით აფიქსირებენ პარიეტალური პერიტონეუმის ფურცელთან და კანთან;
- დ) ნაწლავის სანათურში ლეკომპრესიის მიზნით შეაქვთ რეზინის მილი, ცეკუმის კელელზე ქისისებური ნაკერის წინასწარ გაფორმების შემდეგ;
- *ე) ცეკოსტომის გაფორმებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

696. მარყუქოვანი სიგმოსტომის გაფორმების ტექნიკასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) განაკვეთი კეთდება მარცხენა თეძოს არეში;
- *ბ) განივი კუნთის აპონევროზის გაკვეთის შემდეგ, კეთდება გარეთა და შიგნითა ირიბი კუნთების გათიშვა ბლაგვი წესით;

- გ) ლაპაროტომიულ ჭრილობაში გამოაქვთ სიგმური კოლინჯის მარყუქი ისე, რომ მისი მომგანი ნაწილი განთავსდეს ჭრილობის ზედა კუთხეში, წამლები - ქვედა კუთხეში;
- დ) ნაწლავის კედელს სეროზულ-კუნთოვანი ნაკერებით აფიქსირებენ პერიტონეუმის ფურცელთან და კანთან;
- ე) მარყუქოვანი სიგმოსტომის გაფორმების ტექნიკასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

697. კოლოსტომის დროს, ლაპაროტომიულ ჭრილობასა და გამოსატან ნაწლავს შორის (მის დაფიქსირებამდე) თავისუფლად უნდა ტარდებოდეს:

- *ა) ერთი თითი;
- ბ) ორი თითი;
- გ) ჭრილობის და გამოსატანი ნაწლავის დიამეტრი ზუსტად უნდა ემთხვეოდეს ერთმანეთს;
- დ) გამოსატანი ნაწლავის დიამეტრი მცირედ უნდა აღემატებოდეს ჭრილობის დიამეტრს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

698. მარყუქოვანი კოლოსტომის გახსნა მიზანშეწონილია:

- ა) სიგრძივი განაკვეთით;
- *ბ) განივი განაკვეთით;
- გ) ჯვარედინი განაკვეთით;
- დ) მომგან და წამლებ მუხლებზე ცალ-ცალკე გატარებული განივი განაკვეთებით;
- ე) მომგან და წამლებ მუხლებზე ცალ-ცალკე გატარებული სიგრძივი განაკვეთებით;

699. 32 წ. მამაკაცი ჰოსპიტალიზებულია მწვავე პერიტონიტის დიაგნოზით. აღენიშნება ცეცხლსასროლი ჭრილობა მუცლის მარცხენა ქვემო კვადრანტის რბილი ქსოვილებისა და სიგმური კოლინჯის შუა მესამედის დაზიანებით; ნაწლავური ჭრილობის სიგრძივი ზომაა 5-7 სმ; ნაწლავის დაზიანებული კედლის მიმდებარე ჯორჯალი მრავლობითი სისხლჩაქცევებით. ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმალური ტექნიკაა:

- ა) მუცლის დრუს სანაცია, დრენირება, ნაწლავის დაზიანებული უბნის განივი მიმართულებით გაკერვა; ორლულა ტრანსვერზოსტომია;
- ბ) მუცლის დრუს სანაცია, დრენირება, ობსტრუქციული რემექცია;
- *გ) მუცლის დრუს სანაცია, დრენირება, დაზიანებული ნაწლავის რემექცია, ორლულა განცალკევებული სიგმოსტომის გაფორმება;
- დ) დაზიანებული ნაწლავის გამოგანა სტომის სახით; მუცლის დრუს სანაცია, დრენირება;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

700. კოლოსტომის ადრეულ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 პარაკოლოსტომური ევენტერაცია; 2 პერიკოლოსტომური თიაქარი; 3 ნაწლავის გამოვარდნა;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

701. კოლოსტომის ადრეულ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 მწვავე ნაწლავური გაუვალობა; 2 პარაკოლოსტომური აბსცესი; 3 ნაწლავის რეტრაქცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

702. კოლოსტომის ადრეულ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 პარაკოლოსტომური ლიგატურული აბსცესი; 2 სტრიქტურა; 3 პერიკოლოსტომური თიაქარი;

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

703. კოლოსტომის შორეულ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 ნაწლავის რეტრაქცია; 2 პერიკოლოსტომური ევენტერაცია; 3 პერიკოლოსტომური თიაქარი;

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

704. კოლოსტომის შორეულ გართულებებს მიეკუთვნება: 1 ნაწლავის გამოვარდნა; 2 პერიკოლოსტომური თიაქარი; 3 სტრიქტურა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

705. ორლულა სიგმოსტომის გაფორმების დროს ლაგერალურ ღარსა და გამოგანილი ნაწლავის მუხლს შორის ნაპრაღის ლაგოვების შემდეგ დღია ალბათობა, განვითარდეს:

- ა) გამოგანილი ნაწლავის ნეკროზი;
- ბ) კოლოსტომის რეტრაქცია;

*გ) გაუვალობა;

დ) კოლოსტომის სტრიქტურა;

ე) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);

706. კოლოსტომის დროს ნაწლავის კედელზე გამჭოლი ნაკერის გაფორმებას, პარიესულ პერიტონეუმთან და კანთან მისი დაფიქსირების ეტაპზე, შეიძლება მოჰყვეს:

ა) კოლოსტომის რეტრაქცია;

*ბ) პარაკოლოსტომური ფისტულის ჩამოყალიბება;

გ) გამოგანილი ნაწლავის ნეკროზი;

დ) პერიკოლოსტომური თიაქრის ჩამოყალიბება;

ე) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);

707. გამოსატანი ნაწლავის არასაკმარისი მობილიზაციის ფონზე წარმოებული კოლოსტომის შემდგომი პერიოდი შეიძლება გართულდეს:

ა) პერიკოლოსტომური წერილნაწლავური ევენტერაციით;

ბ) გაუვალობით;

გ) პარაკოლოსტომური აბსცესით;

*დ) ნაწლავის ნეკროზით;

ე) ნაწლავის გამოვარდნით (ევაგინაციით);

708. კოლოსტომის ირგვლივ აბდომინური ჭრილობის ბელმეტალ მჭიდროდ გაკერვის შემდგომ პერიოდში დღია ალბათობა, განვითარდეს:

ა) კოლოსტომის რეტრაქცია;

ბ) პერიკოლოსტომური თიაქარი;

*გ) გამოგანილი ნაწლავის ნეკროზი;

დ) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);

ე) გაუვალობა;

709. კოლოსტომის ირგვლივ მუცლის კედლის (ჭრილობის) არასრულფასოვანი გაკერვის შემდგომ პერიოდში დღია ალბათობა, განვითარდეს:

*ა) პერიკოლოსტომური წერილნაწლავური ევენტერაცია;

ბ) გამოგანილი ნაწლავის ნეკროზი;

გ) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);

დ) გაუვალობა;

ე) პარაკოლოსტომური აბსცესი;

710. კოლოსტომის გაფორმების დროს, მსხვილი ნაწლავის ჯორჯლის პარიესულ პერიტონეუმთან მიკერების ეტაპზე მარგინალური სისხლძარღვის გადაკეანძვას შეიძლება მოჰყვეს:

ა) კოლოსტომის რეტრაქცია;

ბ) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);

გ) პარაკოლოსტომური აბსცესის ჩამოყალიბება;

*დ) გამოგანილი ნაწლავის ნეკროზი;

ე) პერიკოლოსტომური თიაქრის ჩამოყალიბება;

711. სტრიქტურა შეიძლება განვითარდეს: 1 კოლოსტომის სახით გამოგანილ ნაწლავში კანის დონეზე; 2 კოლოსტომის სახით გამოგანილ ნაწლავში კანს ბემოთ; 3 კოლოსტომის სახით გამოგანილ ნაწლავში აპონევროზის დონეზე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია 1, 2 და 3

712. კოლოსტომის შემდგომ პერიოდში ნაწლავის პერისტალტიკური აქტივობის გაძლიერების ფონზე შეიძლება განვითარდეს:

- ა) პარაკოლოსტომური ფისგულა;
- ბ) გაუვებლობა;
- *გ) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);
- დ) გამოტანილი ნაწლავის ნეკროზი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

713. მარყუკოვანი კოლოსტომის დახურვა შემთხვევათა უმრავლესობაში დასაშვებია რადიკალური ოპერაციიდან:

- ა) 1-2 თვეში;
- *ბ) 2-6 თვეში;
- გ) 6-12 თვეში;
- დ) 12 თვეში;
- ე) 1,5 წელიწადში;

714. კოლოსტომის ფონზე ინტრააბდომინური წნევის მომაგებას შეიძლება მოჰყვეს:

- ა) პარაკოლოსტომური ფისგულის ჩამოყალიბება;
- *ბ) ნაწლავის გამოვარდნა (ევაგინაცია);
- გ) პარაკოლოსტომური აბსცესის ჩამოყალიბება;
- დ) კოლოსტომის სტრიქტურა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

715. პარგმანის ოპერაციის შემდეგ შემთხვევათა უმრავლესობაში რეკონსტრუქციულ-აღდგენითი სახის ქირურგიული ჩარევა დასაშვებია:

- ა) 1-2 თვეში;
- ბ) 2-6 თვეში;
- *გ) 6-12 თვეში;
- დ) 12 თვეში;
- ე) 1,5 წელიწადში;

სწორი და მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, პარარექტული გერატომები

716. გერატომების ტიპური ლოკალიზაციის ადგილებს მიეკუთვნება: 1 შუასაყარი და რეგროპერიტონული სივრცე; 2 გაუვა-კუდუსუნის მიდამო; 3 საკვერცხე და სათესლე ჯირკვალი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

717. გერატომის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობს: 1 ექტოდერმა; 2 ენტოდერმა; 3 მეზოდერმა;

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

718. პარარექტული გერატომების შესაძლო გართულებებს მიეკუთვნება: 1 წარმონაქმნის დაზიანება; 2 წარმონაქმნის მალიგნიზაცია; 3 გაუვებლობის მოვლენები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

719. პრესაკრული გერატომების დიფერენციაცია უნდა მოვახდინოთ შემდეგ დაავადებებთან: 1 ბუასილი; 2 ცისტოცელე; 3 მენინგოცელე;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

720. პარარექტული გერატომების ელემენტების არასრული ამოკვეთის შემთხვევაში მიზანშეწონილია: 1 ჭრილობის ყრუდ გაკერვა; 2 ჭრილობის ღიად დაგოვება; 3 ჭრილობის ნახევრად ღიად დაგოვება; 4 ჭრილობის გაკერვა - არ გაკერვას

პრინციპული მნიშვნელობა არ აქვს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

*ე) სწორია 2 და 3

721. თანდაყოლილ პარარექტულ გერაგომებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მისი შიგნითა ზედაპირი გამოფენილია კანის ტიპის ეპითელიუმით;
- ბ) მას აქვს საკუთარი კაფსულა;
- *გ) მას ახასიათებს ინვაზიური ზრდა;
- დ) ის შეიცავს კისტოზურ ელემენტებს;
- ე) ის შეიცავს სოლიდურ ელემენტებს.

722. პარარექტული გერაგომების ქირურგიული მკურნალობა დასაშვებია: 1 უსიმპტომოდ მიმდინარეობის შემთხვევაში; 2 ჩირქოვანი ხერეღმილების ჩამოყალიბების შემთხვევაში; 3 ნაწილობრივი გაუვალლობის კლინიკით მიმდინარეობის შემთხვევაში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 2 და 3

723. პარარექტულ გერაგომასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა- თითო რექტული გასინჯვით შეიგრძნობა:

- ა) მცირედ მოძრავი ექსტრაინტესტინური წარმონაქმნი;
- ბ) წარმონაქმნი, რომლის კონსისტენცია რბილია ან საშ. სიმკვრივის;
- *გ) წარმონაქმნი, რომლის მფარავი ლორწოვანი გარსი რიგიდულია;
- დ) წარმონაქმნი, რომელიც არის მომრგვალო ფორმის;
- ე) პარარექტულ გერაგომებთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი.

724. პარარექტული გერაგომების კელევის ინფორმაციულ მეთოდთა სიაშია: 1 პუნქციური ცისტოგრაფია; 2 სფინქტერომეტრია; 3 პროქტოგრაფია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

725. პრესაკრული გაურთულებელი, 5 სმ-მდე ზომის გერაგომის ქირურგიული მკურნალობის დროს, წარმონაქმნის ამოკვეთა მოსახერხებელია: 1 შორისის მხრიდან მიდგომით; 2 ენდორექტული მიდგომით; 3 პარასაკრული მიდგომით; 4 ტრანსაბდომინური მიდგომით;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 4

ე) კომბინირებული მიდგომით (2 და 3)

726. ლევატორებს ქვემოთ, სწ. ნაწლავის კელის სიახლოვეს მდებარე გაურთულებელი გერაგომის ამოკვეთა მიზანშეწონილია: 1 პარასაკრული მიდგომით; 2 აბდომინური მიდგომით; 3 ენდორექტული მიდგომით; 4 შორისის მხრიდან მიდგომით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

ე) კომბინირებული მიდგომით (3 და 4)

727. რექტოვაგინური მიდამოს დაბალი ლოკალიზაციის გაურთულებელი გერაგომის ამოკვეთა მიზანშეწონილია: 1 აბდომინური მიდგომით; 2 ენდორექტული მიდგომით; 3 შორისის მხრიდან მიდგომით; 4 ტრანსვაგინური მიდგომით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

ე) კომბინირებული მიდგომით (2 და 3).

728. რექტო-ვაგინური მიდამოს მაღალი ლოკალიზაციის, გაურთულებელი გერაგომის ამოკვეთა მიზანშეწონილია:

- ა) ენდორექტული მიდგომით;
- ბ) შორისის მხრიდან მიდგომით;
- გ) ტრანსვაგინური მიდგომით;
- დ) პარასაკრული მიდგომით;
- *ე) აბდომინური მიდგომით;

729. პრესაკრული ტერატომების ამოკვეთის დროს განვითარებულ შესაძლო გართულებებს მიეკუთვნება: 1 სწ. ნაწლავის კედლის პერფორაცია; 2 გავის ვენური წნულის დაზიანება; 3 ზემო ჰემოროიდული არტერიის დაზიანება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

730. ენდომეტრიოზი უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) დაღმავალ კოლინჯში;
- ბ) ცეკუმში;
- გ) სიგმურ ნაწლავში;
- დ) სწორ ნაწლავში;
- *ე) სწორ ნაწლავსა და სიგმურ კოლინჯში გვხვდება თანაბარი სისშირით;

731. მსხვილი ნაწლავის სიმსივნეთა სკრინინგულ მეთოდებში შედის: 1 განავალში ფარული სისხლის გამოსავლენი ტესტები; 2 ნაწლავური ენდოსკოპია; 3 ნაწლავური დისბიოზის გამოსავლენი ტესტები;

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

732. მსხვილი ნაწლავის ფიზიოლოგიური აპოპტოზი არის:

- ა) ასაკის ფონზე მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის საფარველის “დაბერება”;
- ბ) ასაკის ფონზე მსხვილი ნაწლავის კუნთოვანი შრის ცხიმოვანი ქსოვილით ჩანაცვლების პროცესი;
- *გ) მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ეპითელური უჯრედების ინტენსიური, რეგულარული განახლება;
- დ) საკვების მიღების შემდეგ განივი კოლინჯის შუა ნაწილის მომიერი დაწევა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

733. აღენომები არის იგივე, რაც: 1 ჯირკვლოვანი პოლიპები; 2 ჯირკვლოვან-ბუსუსოვანი პოლიპები; 3 ბუსუსოვანი პოლიპები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

734. აღენომები არის იგივე, რაც: 1 ტუბულური სიმსივნეები; 2 ტუბულურ-ვილოზური სიმსივნეები; 3 არგენტაფინური სიმსივნეები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

735. ჯირკვლოვან პოლიპს უფრო ხშირად: 1 აქვს გრძელი ფეხი; 2 არ აქვს ფეხი; 3 აქვს გლუვი ზედაპირი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

736. ტუბულურ-ვილოზურ პოლიპს უფრო ხშირად აქვს: 1 საშუალო ან დაბალი ფეხი; 2 გლუვი ზედაპირი; 3 არაგლუვი ზედაპირი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

737. ვილოზური (ბუსუსოვანი) სიმსივნეები მიეკუთვნება:

- ა) პაპილომების ჯგუფს;
- *ბ) ადენომების ჯგუფს;
- გ) არგენტაფინური სიმსივნეების ჯგუფს;
- დ) ჰამარტომების ჯგუფს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

738. ვილოზურ პოლიპთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- *ა) მასში ჯირკვლოვანი კომპონენტის შემცველობა უფრო მეტია, ვიდრე მსხვილი ნაწლავის სხვა სახის ჯირკვლოვან პოლიპებში;
- ბ) ის არის მსხვილი ნაწლავის ჭეშმარიტ ჯირკვლოვან პოლიპებს შორის, დისპლაზიის ყველაზე მაღალი ხარისხის მატარებელი;
- გ) პალპაციით ის არის რბილი;
- დ) მისი ზომები უფრო ხშირად არის 1 სმ-ზე მეტი;
- ე) მისი სინონიმია “ბუსუსოვანი სიმსივნე”;

739. მსხვილნაწლავური ეპითელის დისპლაზიის დროს სახეზეა: 1 უჯრედის ბირთვითა პოლარობის დარღვევა; 2 ინვაზია ბაზალურ მემბრანაში; 3 ინვაზია ბაზალურ მემბრანაში არ აღინიშნება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

740. მსხვილნაწლავური ეპითელის დისპლაზიის უკიდურესი სტადია ეს არის მდგომარეობა, რომელსაც ეწოდება: 1 “ადგილობრივი” კიბო; 2 “ფოკალური კარცინომა”; 3 ცარცინომა ინ სიტუ;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

741. იუვენილური პოლიპები იგივეა, რაც: 1 “ბავშვთა ასაკის ადენომები”; 2 ჰიპერპლასტიკური პოლიპები; 3 ჰამარტომები;

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

742. ჰამარტომები ეს არის სიმსივნეები, განვითარებული: 1 ლიპობლასტებისგან; 2 ნეიროენდოკრინული (APUD) უჯრედებისგან; 3 ქსოვილთა ემბრიონული ნარჩენებისგან;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

743. მსხვილი და სწორი ნაწლავის იუვენილურ პოლიპებთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- *ა) მათში სუსტად არის განვითარებული სტრომა;
- ბ) ისინი უფრო ხშირად არიან სოლიტარული;
- გ) მათ უფრო ხშირად აქვთ გრძელი ფეხი;
- დ) ისინი ყალიბდებიან ემბრიონული განვითარების ნარჩენებისგან;
- ე) მათ აქვთ უნარი ლანეკროზდნენ (ფეხის შემოგრების ნიადაგზე) და განიცალონ თვითმოვარდნა

744. სწ. ნაწლავის ბუსუსოვანი სიმსივნისთვის დამახასიათებელია: 1 კონტაქტური სისხლქონვალობა; 2 ეგზოფიტიური ზრდა; 3 როგორც ეგზოფიტიური, ისე ენდოფიტიური ზრდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

745. ენდოსკოპიურად ანთებადი პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნები შეიძლება გამოვლინდეს: 1 არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დროს; 2 ლიბენტერიის დროს; 3 ამეზიამის დროს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

746. მსხვილი ნაწლავის ნეიროფიბროზმა გვხვდება:

- *ა) იშვიათად;
- ბ) იგივე სიხშირით, რაც ტუბულურ-ვილოზური აღენომები;
- გ) იგივე სიხშირით, რაც ტუბულური აღენომები;
- დ) იგივე სიხშირით, რაც ბუსუსოვანი სიმსივნეები;
- ე) საერთოდ არ გვხვდება;

747. ნაწლავის კისტოზურ პნეემაგომთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მას ახასიათებს აირით სავსე კისტების განთავსება ნაწლავის ლორწოვან შრეში; 2 მას ახასიათებს აირით სავსე კისტების განთავსება სუბსეროზულ შრეში; 3 მას არ ესაჭიროება ქირურგიული მკურნალობა;

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

748. ენდომეტრიოზის (ენდომეტრიული კვანძი) უფრო ხშირად ახასიათებს: 1 ნაწლავის ლორწოვან შრეში მდებარეობა; 2 მოლურჯო ელფერი; 3 მფარავი ლორწოვანი გარსის დაწყლულება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

749. კარცინოიდული სიმსივნეების პათოგნომური ნიშანია ლაბორატორიული კვლევით:

- ა) შარდში ჰიდროოქსიპროლინის რაოდენობის მომატება;
- ბ) სისხლში M იმუნოგლობულინების საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამოვლენა;
- *გ) შარდში 5 ჰიდროოქსი-ინდოლ-აცეტომმარმეკავას გამოვლენა;
- დ) შარდში ღერმაგანსულფატის გამოვლენა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

750. სწ. ნაწლავის აღენომატოზური პოლიპის ენდორექტული მიდგომით ამოკვეთა გექნიკურად შესაძლებელია, თუ მისი დაშორება ანუსიდან არაუმეტეს

- ა) 5 სმ-ია;
- ბ) 8 სმ-ია;
- გ) 9 სმ-ია;
- *დ) 10 სმ-ია;
- ე) 12 სმ-ია;

751. “კლინიკურად სრულყოფილად მოკვეთილი” (ქირურგიული ან ენდოსკოპიური წესით) მსხვილი ნაწლავის პოლიპი “პათომორფოლოგიურადაც სრულყოფილად ამოკვეთილად” ითვლება, თუ მის ფუძეზე არის არაუმცირეს:

- ა) 0,5 მმ სისქის ჯანსაღი ქსოვილი;
- ბ) 1 მმ სისქის ჯანსაღი ქსოვილი;
- *გ) 2 მმ სისქის ჯანსაღი ქსოვილი;
- დ) 3 მმ სისქის ჯანსაღი ქსოვილი;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

752. 2 სმ და მეტი ზომის ჯირკვლოვანი პოლიპის ენდოსკოპიური მოცილების შემდეგ აუცილებელია ნაწლავის საკონტროლო ენდოსკოპიური გამოკვლევის ჩატარება არაუმეტეს:

- *ა) 1 წლის ვადაში;
- ბ) 2 წლის ვადაში;
- გ) 3 წლის ვადაში;
- დ) 3-5 წლის ვადაში;
- ე) ჯირკვლოვანი პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ დინამიკური კოლონოსკოპიის ჩატარება არ არის აუცილებელი;

753. დინამიკური კოლონოსკოპიის ჩატარება აუცილებელია:

- ა) 1 სმ და მეტი ზომის ვილოზური პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ;
- ბ) 2 სმ და მეტი ზომის ვილოზური პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ;

- გ) 3 სმ და მეტი ზომის ვილოზური პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ;
- დ) 5 სმ და მეტი ზომის ვილოზური პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ;
- *ე) ნებისმიერი ზომის ვილოზური პოლიპის ენდოსკოპიური ექსციზიის შემდეგ;

754. კოლორექტული პოლიპების ავთვისებიანი გადაგვარების პოტენციალი კავშირშია არაერთ ფაქტორთან, რომელთა შორის არის: 1 პოლიპის ზომა; 2 პოლიპების რაოდენობა (მრავლობითი პოლიპები); 3 პოლიპების რაოდენობას მალიგნიზაციის პოტენციალთან კავშირი არ აქვს;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

755. მსხვილი ნაწლავის ადენომატოზური პოლიპების არსებობის ყოველი 10 წლის მანძილზე, მათი გაავთვისებიანების რისკი მაგულობს დაახლოებით:

- ა) 2-ჯერ;
- *ბ) 2-3-ჯერ;
- გ) 4-ჯერ;
- დ) 4-5ჯერ;
- ე) 6-ჯერ;

756. მიუხედავად იმისა, რომ ჰემორაგიული ანგიომატოზი თანდაყოლილი დაავადებაა, ორგანიზმში ჰემანგიოექტაზიური ფორმაციების ჩამოყალიბება იწყება:

- ა) 2 წლის ასაკიდან;
- ბ) 5 წლის ასაკიდან;
- *გ) 10 წლის ასაკიდან;
- დ) სქესობრივი მომწიფების ასაკიდან;
- ე) ზრდასრულ ასაკში;

757. ანგიომების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციის ადგილია:

- *ა) ცხვირის ლორწოვანი გარსი;
- ბ) ბრონქები;
- გ) ხორხი;
- დ) მსხვილი ნაწლავი;
- ე) სწორი ნაწლავი;

758. მსხვილი ნაწლავის ანგიომატოზი შეიძლება თანხვედრილი იყოს გასტროინტესტინური გრაქტის ნებისმიერი უბნის სისხლძარღვოვან მალფორმაციებთან, რომლებსაც უწოდებენ:

- ა) ბოწენ-ის დაავადებას;
- *ბ) ლენდუ-ჭებერ-ოსლერ-ის დაავადებას;
- გ) შპშიელენ-ჭესკმუეს-ის დაავადებას;
- დ) Vონ ლეცკლინგჰაუსენ-ის დაავადებას;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

759. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომატოზის დროს, სისხლდენის გარეშე პერიოდში: 1 აღინიშნება სისხლის კოაგულაციური თვისებების მნიშვნელოვანი დარღვევა; 2 აღინიშნება სისხლის კოაგულაციური თვისებების უმნიშვნელო დარღვევა; 3 სისხლის კოაგულაციური მახვენებლები ნორმის ფარგლებშია; 4 სისხლის კოაგულაციური თვისებები ირღვევა მალფორმაციების ჩამოყალიბების პერიოდში;

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

760. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომატოზის ქირურგიული მკურნალობა მიზანშეწონილია:

- ა) ლიანგომის დადგენის მომენტისთვის;
- ბ) პირველი, თუნდაც უმნიშვნელო სისხლდენის შემთხვევაში;
- გ) ხშირი, უმნიშვნელო სისხლდენის შემთხვევაში;
- *დ) ხშირი, მასიური სისხლდენის შემთხვევაში;
- ე) ზემოდასახელებულ დაავადებას ქირურგიული წესით არ მკურნალობენ;

761. სწ. ნაწლავის რთული ფისტულების ლიგატურის მეთოდით მკურნალობის დროს, კუნთოვანი მასივის ძაფით “ჩაჭრის” პროცესი სრულდება დაახლოებით:

- ა) მე-2-3 დღეს;

- ბ) მე-4-5 დღეს;
- გ) მე-6-10 დღეს;
- *დ) მე-11-13 დღეს;
- ე) მე-14-15 დღეს;

762. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომას შეიძლება მოჰყვეს შემდეგი სახის გართულება: 1 მასიური სისხლდენა; 2 ნაწლავის ნაწილობრივი ან სრული გაუვალობა; 3 ნაწლავის პერფორაცია;

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

763. მსხვილი და სწორი ნაწლავის ანგიომების დიფერენციაცია პირველ რიგში უნდა მოხდეს შემდეგ დაავადებებთან: 1 ბუასილი; 2 წყლულოვანი კოლიტი; 3 იშემიური კოლიტი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

764. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომების დიფერენციაცია საჭიროა შემდეგ დაავადებებთან: 1 გრანულომატოზური კოლიტი; 2 წყლულოვანი კოლიტი; 3 ნაწლავის ტუბერკულოზი;

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

765. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომების ენდოსკოპიური სურათისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ლორწოვანი გარსის მოლურჯო ფერი;
- ბ) მოპუღსირე სისხლძარღვები (ზოგჯერ);
- გ) უსწორო ფორმის სისხლძარღვოვანი ქსელი;
- დ) გაფართოებული, დაკლაკნილი, ნაწლავის სანათურში შემოჭრილი სისხლძარღვოვანი წნული (წნულები).
- *ე) ლორწოვანი გარსის მკვეთრად გამოხატული ნაოჭები;

766. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომების რენტგენოლოგიურ ნიშნებს მიეკუთვნება შემდეგი: 1 მრავლობითი ანგიოლითების არსებობა; 2 ღამიანების არეში ჰაუსტრაციის გაძლიერება; 3 ავსების ლეფქტები;

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

767. მსხვილი ნაწლავის სუბსეროზული ჰემანგიომის გამოვლენის მეთოდია: 1 კოლონოსკოპია; 2 ირიგოსკოპია; 3 ანგიოგრაფია;

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

768. მსხვილი და სწორი ნაწლავის ჰემანგიომების მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ქირურგიული მეთოდები; 2 სკლეროთერაპიული მეთოდები; 3 ენდოსკოპიური ელექტროექსციზია;

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

769. მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომების სელექციური ანგიოგრაფიის გზით კვლევისას ვლუბულობით შემდეგ სურათს: 1 მსხვილი ნაწლავის სწორი არტერიები გაფართოებულია; 2 მსხვილი ნაწლავის სწორი არტერიები უსისტემოდ არის განლაგებული; 3 მოჩანს სისხლძარღვოვანი გორგლები და ამპუტირებული სისხლძარღვები;

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 2 და 3
- ე) სწორია 1, 2 და 3

770. ტაქტიკური და ტექნიკური სირთულეები უფრო ხშირად აღიძვრის შემდეგი ლოკალიზაციის ჰემანგიომების ქირურგიული მკურნალობის დროს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის დეიდლის კუთხე;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხე;
- გ) ცეკუმი;
- *დ) ანალური არხი;
- ე) რექტოსიგმოიდური ნაწილი;

771. კოლორექტული ანგიომები უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ცეკუმში;
- *ბ) რექტუმში;
- გ) სიგმურ კოლინჯში;
- დ) განივ კოლინჯში;
- ე) რაიმე კანონზომიერება მსხვილ და სწორ ნაწლავში ანგიომათა გავრცელების სიხშირეში არ შეინიშნება;

772. სწ. ნაწლავის ჰემანგიომატომის ქირურგიული მკურნალობის დროს შეიძლება მიმართონ შემდეგ მეთოდს: 1 სწ. ნაწლავის აბდომინო-პერინეალური ექსტირპაცია; 2 შოაფეს-ს ოპერაცია; 3 შწენსონ-ის ოპერაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

773. სწ. ნაწლავის დიფუზურ ჰემანგიომატომთან მიმართებაში სწორ დებულებებს მიეკუთვნება შემდეგი: 1) დასაშვებია გაკეთდეს სწ. ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია მსხვილი ნაწლავის ჯანსაღი ნაწილის ანალურ არხში ჩამოგანით; 2) პირველ (1) პუნქტში მოყვანილი მასშტაბური ქირურგიული ჩარევის შემდეგ დასახელებული დაავადების რეციდივის განვითარება ირიცხება; 3) ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ შეიძლება ჩამოყალიბდეს პრესაკრული აბსცესი;

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

774. სწ. ნაწლავის სტრიქტურა შეიძლება გამოიწვიოს: 1 სხივურმა თერაპიამ; 2 ენდომეტრიოზმა; 3 კრონის დაავადებამ;

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

775. ”გერატომა” პირდაპირი გაგებით

- ა) ცისგაბა?
- ბ) ხერულ-მილია?
- გ) სიმსივნეა?
- დ) ანომალიაა?
- *ე) სიმახინჯეა?

776. დიდი ზომის მაღალი მდებარეობის გერატომის ქირურგიულ კორექციას შესაძლოა წინ უძღოდეს: 1) კისტის ფსკერის რეზექცია და ღრუს სანაცია; 2) კისტის კელის რეზექცია შიგთავსის ევაკუაციით; 3) კისტის პუნქცია შიგთავსის ევაკუაციით

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

777. რომელი სიმსივნეები ვითარდებიან ლორწოვანი შრის სიღრმეიდან ე.წ. კულჩინსკის უჯრედებიდან

- ა) პოლიპი
- *ბ) კარცინოიდი
- გ) ლეიომიომა

- დ) ნეიროფიბრომა
- ე) ჰემანგიომა

მსხვილი და სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეები

778. ავ-ფს აქვს სწ. ნაწლავის სიმსივნე ანუსიდან 7 სმ-ზე. რა სახის გამოკვლევა დაგეგმვარება ღიაგნომის დადგენაში?

- ა) თითოთ გასინჯვა;
- ბ) რექტორომანოსკოპია;
- გ) კოლონოსკოპია;
- დ) ირიგოსკოპია;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი გამოკვლევა;

779. ავ-ფს აქვს მსხვილი ნაწლავის დიფუზური პოლიპოზი, სწ. ნაწლავის კიბო ანუსიდან 5 სმ-ზე. მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) კოლექტომია სწ. ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია, რემერგუარული ილევო-ანალური ანასტომოზი;
- *ბ) კოლპროქტექტომია, ერთლულა რემერგუარული ილევოსტომია;
- გ) მსხვილი ნაწლავის სუბტოტალური რეზექცია, ილევორექტული ანასტომოზი, სხივური თერაპია;
- დ) კოლპროქტექტომია, ერთლულა ილევოსტომის გაფორმებით;
- ე) მსხვილი ნაწლავის სუბტოტალური რეზექცია, ილევორექტული ანასტომოზი, სხივური- და ქიმიოთერაპია;

780. ავ-ფს აქვს სწ. ნაწლავის კიბო ანუსიდან 12 სმ-ზე; რადიკალური მკურნალობის ტაქტიკაა:

- ა) სწ. ნაწლავის აბდომინო-პერინეალური ექსტირპაცია ერთლულა კოლოსტომის გაფორმებით;
- ბ) სწ. ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია ანალურ არხში სიგმური კოლინჯის ჩამოტანით;
- *გ) სწ. ნაწლავის წინა რეზექცია სიგმო-რექტული ანასტომოზით;
- დ) პირველ ეტაპზე პროქსიმალური კოლოსტომია, სხივური თერაპია;
- ე) სწორი ნაწლავის გრანსანალური რეზექცია;

781. მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის ოპერაბელურობის დადგენაში გვეხმარება: 1 ლაპაროსკოპია; 2 ღვიძლის სკანირება; 3 კოლონოსკოპია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 2 და 3
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

782. მეტაბოლური მოშლილობები უფრო მეტად გამოხატულია:

- *ა) ბრმა ნაწლავის კიბოს დროს;
- ბ) განივი კოლინჯის კიბოს დროს;
- გ) დასწვრივი კოლინჯის კიბოს დროს;
- დ) სიგმური კოლინჯის კიბოს დროს;
- ე) სწ. ნაწლავის კიბოს დროს;

783. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს აგანგლიოზი შემთხვევითა უმრავლესობაში გვხვდება:

- ა) ცეკუმში;
- *ბ) რექტოსიგმოიდურ ნაწილში;
- გ) სიგმურ ნაწლავში;
- დ) დასწვრივ კოლინჯში;
- ე) განივ კოლინჯში;

784. კიბოს რომელი ჰისტოლოგიური ფორმა გვხვდება უფრო ხშირად მსხვილ ნაწლავში?

- ა) ბრყველუჯრულოვანი კიბო;
- ბ) ლორწოვანი კიბო;
- გ) სკირი;
- *დ) ადენოკარცინომა;
- ე) არცერთი ჩამოთვლილი;

785. რეტრორექტულ სივრცესთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) ის წინიდან შემოსაზღვრულია სწ. ნაწლავის კედლით და მისი საკუთარი ფასციით;
- ბ) მის ზემო საზღვარს წარმოადგენს პერიტონეუმი;
- *გ) ის მარჯვნივ და მარცხნივ ესაზღვრება იმორექტულ სივრცეებს;
- დ) მის ქვემო საზღვარს წარმოადგენს ყითა-კულუსუნის იოგი;
- ე) რეტრორექტულ სივრცესთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი;

786. ბრმა ნაწლავის კიბოსთვის დამახასიათებელია: 1 ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა; 2 ლაუკმაყოფილებლობის

გრძნობა ღეფეკაციის შემდეგ; 3 უცხო სხეულის შეგრძნება სწორ ნაწლავში;

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

787. სწ. ნაწლავის კიბოს დროს რა სახის პათოლოგიური გამონადენი შეიძლება აღინიშნოს რექტემიდან? 1 სისხლი; 2 ლორწო; 3 ჩირქი;

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

788. მსხვილი ნაწლავის რომელ ნაწილში გვხვდება უფრო ხშირად კიბო?

- *ა) სიგმურ კოლინჯში;
- ბ) დაღმავალ კოლინჯში;
- გ) განივ კოლინჯში;
- დ) აღმავალ კოლინჯში;
- ე) ბრმა ნაწლავში;

789. ბრტყელუჯარელოვანი კიბო უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ცეკუმში;
- ბ) რექტოსიგმოიდურ ნაწილში;
- გ) სწორ ნაწლავში;
- *დ) ანალურ არხში;
- ე) სიგმურ ნაწლავში;

790. სწ. ნაწლავის აბდომინო-პერინეალური ექსტირპაციის ჩვენებაა ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაცია:

- ა) ანუსიდან 12 სმ;
- ბ) ანუსიდან 9 სმ;
- გ) ანუსიდან 7 სმ;
- *დ) ანუსიდან 5 სმ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

791. სწორი ნაწლავის წინა რეზექციის ჩვენებაა ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაცია:

- *ა) ანუსიდან 13 სმ;
- ბ) ანუსიდან 9 სმ;
- გ) ანუსიდან 7 სმ;
- დ) ანუსიდან 5 სმ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

792. სწ. ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექციის ჩვენებაა ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაცია:

- ა) ანუსიდან 2-3 სმ;
- ბ) ანუსიდან 4 სმ;
- *გ) ანუსიდან 7 სმ;
- დ) ანუსიდან 13 სმ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული.

793. სწ. ნაწლავის აბდომინო-პერინეალური ექსტირპაციის შესაძლო გართულებებს მიეკუთვნება: 1 შორისის ჭრილობის დაჩირქება; 2 ანასტომოზის უკმარისობა; 3 სწ. ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

794. დიფუზური პოლიპოზისთვის დამახასიათებელი გართულებაა:

- ა) მსხვილი ნაწლავის მწვ. გოქსიკური დილაგაცია;
- ბ) პროფუზული სისხლდენა;
- გ) მუცლის დრუს აბსცესებისა და ნაწლავური ფისგულების ჩამოყალიბება;
- დ) ნაწლავთა გაუვალობა;
- *ე) ავთვისებიანი გრანსფორმაცია;

795. ჩირქროვის სონგანური გახსნის შემთხვევაში განკურნების მაღალი ალბათობა არსებობს:

- ა) კანქვეშა პარაპროქტიგის დროს;
- ბ) პოსტანალური პარაპროქტიგის დროს;
- *გ) ლორწოქვეშა პარაპროქტიგის დროს;
- დ) რეტრორექტული პარაპროქტიგის დროს;
- ე) პარაპროქტიგის არც ერთი ფორმის თვითღრეწვების შემთხვევაში არ არსებობს თვითგანკურნების ალბათობა;

796. შეურჩიეთ შესაძლო გართულება ჰარტმანის ოპერაციას: 1 შორისის ჭრილობის დაზიანება; 2 ანასტომოზის უკმარისობა; 3 ნაწლავის გაკვის უკმარისობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

797. ტკივილის ინტენსივობა ყველაზე ნაკლებია მწ. პარაპროქტიგის შემდეგი ფორმის დროს:

- ა) კანქვეშა პარაპროქტიგი;
- ბ) პოსტანალური პარაპროქტიგი;
- გ) რეტრორექტული პარაპროქტიგი;
- *დ) ლორწოქვეშა პარაპროქტიგი;
- ე) პარაპროქტიგის არცერთი ფორმისთვის არ არის დამახასიათებელი დაბალი ინტენსივობის ტკივილი;

798. შეურჩიეთ ქირურგიული ჩარევის სახე შემდეგ მდგომარეობას - ბრმა ნაწლავის კიბო, ჩაზრდილი მუცლის დრუს უკანა კედელში, მეტასტაზები დეიდლში:

- ა) მიკულინის ოპერაცია;
- ბ) ცეკოსტომია;
- გ) მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია;
- დ) ილევოსტომია;
- *ე) შემოვლითი ილევოტრანსვერზონასტომოზი;

799. შეურჩიეთ ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური სახე შემდეგ მდგომარეობას - სიგმური კოლინჯის შუა მესამედის კიბო, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა:

- ა) ჰარტმანის ოპერაცია;
- *ბ) მიკულინის ოპერაცია;
- გ) მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია;
- დ) სიგმის რემექცია ანასტომოზის გაფორმებით;
- ე) პრევენტული ტრანსვერზოსტომია;

800. კარცინოიდი უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ანალურ არხში;
- ბ) სიგმურ კოლინჯში;
- გ) განივ კოლინჯში;
- *დ) აპენდიქსში;
- ე) ბრმა ნაწლავში;

801. კარცინოიდი ეს არის სიმსივნე, განვითარებული:

- ა) ლიპობლასტებისგან;
- *ბ) ნეიროენდოკრინული (APUD) უჯრედებისგან;
- გ) ქსოვილთა ემბრიონული ნარჩენებისგან;
- დ) ჯირკვლოვანი ეპითელიუმისგან;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

802. მსხვილი ნაწლავის კარცინოიდებთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მათ აქვთ მკვრივი კონსისტენცია; 2 მათ აქვთ გლუვი ბედაპირი; 3 ისინი ბემოლან დაფარული არიან ნაწლავის შეუცვლელი ლორწოვანი გარსით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

803. მსხვილი ნაწლავის კარცინოიდებთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის იზრდება ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დრმა შრეებიდან; 2 მას ჩვეულებრივ აქვს დიდი ბომები; 3 მას აქვს უსწორო ბედაპირი;

- *ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1, 2 და 3

804. კარცინოიდს უფრო გაშლილი კლინიკური სურათი ახასიათებს, თუ ის ლოკალიზებულია:

- ა) რექტოსიგმოიდურ ნაწილში;
- ბ) სიგმურ კოლინჯში;
- გ) ასწვრივ კოლინჯში;
- დ) დასწვრივ კოლინჯში;
- *ე) აპენდიქსში;

805. ე.წ. “კარცინოიდულ” სინდრომს მიეკუთვნება შემდეგი სიმპტომები: 1 პირღებინება; 2 ტაქიკარდია; 3 სხეულის ზედა ნახევარში კანის პერიოდული წამოწითელება;

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

806. სწორი და მსხვილი ნაწლავის ჰემანგიომასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის უპირატესად ანალურ არხში ან პერიანალურ მიდამოში გვხვდება; 2 ის უპირატესად ბრმა ნაწლავში ან ასწვრივ კოლინჯში გვხვდება; 3 მას აქვს კაპილარული ან კავერნული შენება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

807. კოლორექტულ ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის, გავრცელების სიხშირის მიხედვით, პირველ ადგილს იკავებს:

- *ა) სწ. ნაწლავის კიბო;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხის კიბო;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხის კიბო;
- დ) სიგმური კოლინჯის კიბო;
- ე) ცეკუმის კიბო;

808. კოლორექტულ ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის, გავრცელების მიხედვით, მეორე ადგილს იკავებს:

- ა) სწ. ნაწლავის კიბო;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის კუთხის კიბო;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხის კიბო;
- *დ) სიგმური კოლინჯის კიბო;
- ე) ცეკუმის კიბო;

809. კოლორექტული კიბოს რეციდივის გამოსავლენი გესტია: 1 განავლის ციტოლოგიური გამოკვლევა; 2 განავლის ფარულ სისხლზე გამოკვლევა; 3 სისხლში კარცინომბრიონული ანტიგენის შემცველობის განსაზღვრა;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

810. რომელი ნიშანია კრონის დაავადებისთვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი?

- ა) მკვეთრად ინიცირებული სისხლძარღვოვანი ქსელი;
- *ბ) წყლულები და ნაპრალები ნორმალური ლორწოვანი გარსის ფონზე;
- გ) ფსევდოპოლიპები;
- დ) კრიპტ-აბსცესები;
- ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში;

811. კოლორექტული ავთვისებიანი სიმსივნეებისთვის დამახასიათებელია: 1 სისხლი განავალში; 2 მეტეორიზმი; 3 ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 2 და 3

812. მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების მცირე ნიშნების სინდრომს მიეკუთვნება: 1 ტკივილი მუცელში; 2 პირღებინება; 3 ლეფეკაციის რიგმის მოშლა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორია 1 და 3

813. მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიან სიმსივნეთა ჰისტოლოგიური ფორმებიდან ყველაზე იშვიათად გვხვდება:

ა) სოლიდური კიბო;

ბ) ალენოკარცინომა;

გ) ლორწოვანი (მუცინური) კიბო;

დ) ალენოკარცინომა და სოლიდური კიბო დაახლოებით თანაბარი სიხშირით და იშვიათად გვხვდება;

*ე) ბრტყელუჯარელოვანი კიბო;

814. კოლორექტულ ენდოფიგურ ავთვისებიან სიმსივნეთა სახეებს მიეკუთვნება: 1 წყლულოვანი ფორმა; 2 პოლიპოიდური ფორმა; 3 დიფუზურ-კეროვანი ფორმა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

815. მსხვილი ნაწლავის ლორწოვან კიბოსთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მას ახასიათებს ლორწოს უჯრედშიდა წარმოქმნა; 2 მას ახასიათებს ლორწოს უჯრედგარეთა წარმოქმნა; 3 ის არის არალიფერენცირებული სიმსივნე;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1, 2 და 3

816. ურგენტულ კოლოპროქტოლოგიურ ოპერაციებს არ მიეკუთვნება:

*ა) სეენსონის ოპერაცია;

ბ) მიკულიზ-გრეკოვის ოპერაცია I;

გ) ობსტრუქციული რემექცია;

დ) მიკულიზ-გრეკოვის ოპერაცია II;

ე) პრევენტული კოლოსტომია;

817. მალიგნიზაციის ინდექსი ყველაზე მაღალია დიფუზური პოლიპომის:

ა) ჰიპერპლასტიკური ფორმის დროს;

ბ) ალენომაგოზური ფორმის დროს;

*გ) ალენოპაპილომაგოზური ფორმის დროს;

დ) თანაბარია ა და ბ ფორმების შემთხვევაში;

ე) თანაბარია ბ და გ ფორმების შემთხვევაში;

818. მეჩხის ღრუს ორგანოების ნორმალურ ფუნქციონირებაზე “პასუხისმგებელი” ძირითადი ნერვი - ნ. ჰუპოგასტრიცუს-ი მღებარეობს:

ა) შარლსაწვეთიდან მედიალურად დაახლოებით 1 სმ;

ბ) შარლსაწვეთიდან ლატერალურად დაახლოებით 1 სმ;

*გ) შარლსაწვეთიდან მედიალურად დაახლოებით 2 სმ;

დ) შარლსაწვეთიდან ლატერალურად დაახლოებით 2 სმ;

ე) შარლსაწვეთიდან მედიალურად 4 სმ;

819. კოლორექტული კიბოს ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, პროგნოზის განსაზღვრის ყველაზე მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი:

ა) აფ-ფის ასაკი;

ბ) აფ-ფის სქესი;

გ) სიმსივნის თ-სტადია;

*დ) ლიმფურ კვანძებში პროცესის გავრცელების ხარისხი;

ე) ქირურგიული ჩარევის ეტაპზე გართულებების (გაუვალობა, პერფორაცია და ა.შ.) არსებობა;

820. თანამედროვე კვლევების საფუძველზე, ლაპაროსკოპიული წესით ონკოპროქტოლოგიური ოპერაციების შემდეგ

დაავადების რეციდივის რისკად მიჩნეულია: 1 ოპერაციული პრეპარატის გამოგანის დროს ლაპაროსკოპიული ჭრილობის კიდებთან მისი მჭიდრო კონტაქტი; 2 კიბოს უჯრედების დისემინაციის საშიშროება მუცლის ღრუში ჰაერის ინსულფაციის ფონზე; 3 სიმსივნესთან ხელით შეხების შეუძლებლობის პირობებში აბლასტიკის პირობების დაცვის სირთულე;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

821. მსოფლიოს მასშტაბით ლაპაროსკოპიული ქირურგია ონკოპროქტოლოგიაში ზოგად ქირურგიასთან შედარებით ინერგება:

- ა) უფრო სწრაფი ტემპით;
- *ბ) უფრო ნელი ტემპით;
- გ) ორივე დარგში დაახლოებით ერთნაირი ტემპით;
- დ) ონკოპროქტოლოგიაში მისი დანერგვა შეჩერებულია ცუდი შედეგების გამო;
- ე) ონკოპროქტოლოგიაში ლაპაროსკოპიული ქირურგია ჯერ-ჯერობით დანერგილი არ არის;

822. 65 წლის ქალი მოციმციმე არითმიით, კლინიკაში მოთასდა ჩივილებით - ტკივილი მუცელში, ერთჯერადი პირღებინება, აირებზე გასვლის შეზღუდვა; ჰოსპიტალიზაციამდე ჰქონდა დეფეკაცია თხიერი, სისხლნარევი განავლით; მუცელი შებერილი, დიფუზურად მტკივნეული; პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ არის. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობა;
- ბ) ნაწლავის გოქსიკური დილატაცია;
- გ) კრონის დაავადება;
- *დ) მეზენტერული გაუვალობა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

823. ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომლის დროს უფრო მაღალია ავთვისებიანი ტრანსფორმაციის რისკი?

- ა) კრონის დაავადება;
- ბ) ქრონიკული დივერტიკულიტი;
- გ) იუვენილური დიფუზური პოლიპოზი;
- *დ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი;
- ე) სწ. ნაწლავის რთული ფისტულა;

824. სწ. ნაწლავის რომელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები არის უფრო მეტად გავრცელებული?

- ა) ანალური არხის;
- ბ) ქვემო ამპულური ნაწილის;
- *გ) შუა ამპულური ნაწილის;
- დ) ზემო ამპულური ნაწილის;
- ე) რექტუმის ჩამოთვლილ ნაწილებში ავთვისებიანი სიმსივნე დაახლოებით თანაბარი სიხშირით გვხვდება;

825. მსხვილ ნაწლავში ნაღვლის მკავების პათოლოგიური მეტაბოლიზმი ხელს უწყობს: 1 ნაწლავის პერისტალტიკის შესუსტებას; 2 ნაწლავის პერისტალტიკის გაძლიერებას; 3 ნაღვლის მკავების პათოლოგიურ მეტაბოლიზმს გააჩნიათ გარკვეული კანცეროგენული აქტივობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

826. 50 წლის პაციენტს ანუსიდან 6 სმ დაუდგინდა 3 სმ ზომის ბუსუსოვანი სიმსივნის არსებობა; ბიოფსიური მასალის კვლევით გამოვლინდა ვილოზური პაპილომა. მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) დისტანციური გამათერაპიის ჩატარება;
- ბ) პოლიპის ენდოსკოპიური ამოკვეთა;
- გ) სწორი ნაწლავის ტრანსანალური რეზექცია;
- *დ) პოლიპის ამოკვეთა ტრანსანალური მდგომარეობით;
- ე) სწ. ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია სიგმური კოლინჯის ანალურ არხში ჩამოგანით;

827. სწ. ნაწლავის კიბო ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებში:

- ა) 20 წლამდე;
- ბ) 20-40 წლის ასაკში;
- გ) 40-50 წლის ასაკში;
- *დ) 50-70 წლის ასაკში;
- ე) 70 წლის ასაკის შემდეგ;

828. კოლორექტული კიბოს რეციდივის გამოსავლენად კარცინომბრიონული ანტიგენის ტიტრის განსაზღვრა საჭიროა

ოპერაციიდან პირველი 2 წლის განმავლობაში:

- ა) ყოველ თვეში;
- ბ) ყოველ 2 თვეში;
- *გ) ყოველ 3 თვეში;
- დ) ყოველ 4 თვეში;
- ე) ყოველ 6 თვეში;

829. ანალური არხისა და გარდამავალი ზონის ნეოპლასტიკურ წარმონაქმნთა არსებობის ამსახველი მდგომარეობები: 1 პეჯეგის ექსტრამამარული დაავადება; 2 ბოუენის დაავადება; 3 კუპერის დაავადება;

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

830. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა პეჯეგის ექსტრამამარულ დაავადებას:

- *ა) ერთიგული დაზიანება ანალურ მიდამოში, აქერცვლადი ფოლაქსმაგვარი წარმონაქმნი, მუღმივი ქავილი;
- ბ) ნეოპლასტიკური წარმონაქმნი ანალურ არეში, ცენტრში დაწყლულებით;
- გ) ერთიგული დაზიანება ანალურ მიდამოში, ღერმატივი, მკვრივი ფოლაქსმაგვარი წარმონაქმნი, წვის, ქავილის შეგრძნება, ხშირი სისხლდენა;
- დ) ნეოპლასტიკური წარმონაქმნი ანალურ არეში, ცენტრში დაწყლულებით; დისკომფორტი, სისხლდენა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

831. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა ბოუენის დაავადებას:

- ა) ერთიგული დაზიანება ანალურ მიდამოში, აქერცვლადი ფოლაქსმაგვარი წარმონაქმნი, მუღმივი ქავილი;
- ბ) ნეოპლასტიკური წარმონაქმნი ანალურ არეში, ცენტრში დაწყლულებით;
- *გ) ერთიგული დაზიანება ანალურ მიდამოში, ღერმატივი, მკვრივი ფოლაქსმაგვარი წარმონაქმნი, წვის, ქავილის შეგრძნება, ხშირი სისხლდენა;
- დ) ნეოპლასტიკური წარმონაქმნი ანალურ არეში, ცენტრში დაწყლულებით; დისკომფორტი, სისხლდენა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

832. მსხვილ ნაწლავში კანცეროგენების ინაქტივაციას ხელს უწყობს: 1) A ვიტამინი; 2) ჩ ვიტამინი; 3) D ვიტამინი;

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

833. მსხვილ ნაწლავში კანცეროგენების ინაქტივაციას ხელს უწყობს: 1) B6 ვიტამინი; 2) E ვიტამინი; 3) A ვიტამინი;

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

834. კარცინოიდულ სიმსივნეებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ისინი აღმოცენდებიან არგენტაფინური (ე.წ. კულჩინსკის) უჯრედებისგან;
- ბ) ისინი მიეკუთვნებიან ნეიროეპითელურ სიმსივნეებს;
- *გ) ისინი ბევრად სწრაფად პროგრესირებენ, ვიდრე კიბო;
- დ) მათი ბრლის პროცესი იწყება ლორწოქვეშა შრიდან;
- ე) კარცინოიდულ სიმსივნეებთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

835. პოლიპები ყველაზე ხშირად ყალიბდება;

- ა) საყლაპავში;
- *ბ) კუჭში;
- გ) წვრილ ნაწლავში;
- დ) მსხვილ ნაწლავში;
- ე) რექტუმში;

836. აღნოკარცინომის განვითარების რისკი უფრო მაღალია შემდეგი მდგომარეობის დროს:

- ა) 2 სმ ზომის ვილოზური პოლიპი ფეხზე;
- ბ) 2 სმ ზომის ტუბულურ-ვილოზური პოლიპი ფეხზე;
- *გ) 2 სმ ზომის მჯღომარე ვილოზური პოლიპი;
- დ) 2 სმ ზომის მჯღომარე ტუბულურ-ვილოზური პოლიპი;

ე) 3 სმ ზომის გუბულური პოლიპი ფეხზე;

837. წვრილი ნაწლავის პერისტალტიკური აქტივობის აღდგენა, აბდომინურ ქირურგიულ ჩარევითა ფონზე განვითარებული პარალიზური გაუვალობის შემდგომ, ხდება დაახლოებით:

- *ა) 24 საათში;
- ბ) 48 საათში;
- გ) 3-5 დღეში;
- დ) მე-6 დღეს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

838. სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეთა პროგნოზი:

- *ა) უარესია, რაც უფრო დაბლა მდებარეობს წარმონაქმნი;
- ბ) უარესია, რაც უფრო მაღლა მდებარეობს წარმონაქმნი;
- გ) უარესია რექტუმის შუა მონაკვეთში წარმონაქმნის მდებარეობისას;
- დ) არ არის დამოკიდებული წარმონაქმნის მდებარეობაზე;
- ე) დაახლოებით ერთნაირია რექტუმის შუამდებარე და პროქსიმალურ ნაწილებში წარმონაქმნის მდებარეობის დროს;

839. სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეთა პროგნოზი უარესია: 1 ეგზოფიტური ფორმების შემთხვევაში; 2 ენდოფიტური ფორმების შემთხვევაში; 3 გარდამავალი ფორმების შემთხვევაში;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სიმსივნეთა ზრდის ფორმასთან დაკავშირების პროგნოზი პირდაპირ კავშირში არ არის

840. სწ. ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეთა მეტასტაზირება ძირითადად ხდება: 1 ჰემატოგენური გზით; 2 ლიმფოგენური გზით; 3 პერინევრულ სივრცეთა გზით; 4 იმპლანტაციის გზით

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

841. სწ. ნაწლავის კიბოს მეტასტაზები უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) თავის გვინში;
- ბ) ფილტვებში;
- *გ) ღვიძლში;
- დ) ძვლებში;
- ე) ფილტვებსა და ღვიძლში გვხვდება დაახლოებით თანაბარი სიხშირით;

842. სწ. ნაწლავის კიბოს ფონზე განვითარებული პერიტონეუმის კარცინომატომი უკავშირდება სიმსივნის მეტასტაზირების:

- ა) ჰემატოგენურ გზას;
- ბ) ლიმფოგენურ გზას;
- გ) პერინევრულ სივრცეთა გზით გავრცელებას;
- *დ) იმპლანტაციის გზას;
- ე) სწ. ნაწლავის კიბოს ფონზე პერიტონეუმის კარცინომატომი არ ვითარდება;

843. შეუზღვევ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის კიბოს IIა სტადიას:

- ა) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს; რეგიონული ლიმფომეტასტაზები არ არის;
- ბ) სიმსივნე არ სცდება ლორწოვანი გარსის ფარგლებს;
- *გ) სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან გარსში; რეგიონული ლიმფომეტასტაზები არ არის;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს; აღინიშნება რეგიონული ლიმფომეტასტაზები;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

844. შეუზღვევ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის კიბოს IIბ სტადიას:

- *ა) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს; რეგიონული ლიმფომეტასტაზები არ არის;
- ბ) სიმსივნე არ სცდება ლორწოვანი გარსის ფარგლებს;
- გ) სიმსივნე ჩაზრდილია კუნთოვან გარსში; რეგიონული ლიმფომეტასტაზები არ არის;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს; აღინიშნება რეგიონული ლიმფო-მეტასტაზები;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

845. შეუზღვევ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის კიბოს I სტადიას:

- ა) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის კედლის ყველა შრეს; რეგიონული ლიმფომეტასტაზები არ არის;
- *ბ) სიმსივნე არ სცდება ლორწოვანი გარსის ფარგლებს;

- ბ) სწ. ნაწლავის ქვემო ამკულური ნაწილი;
- გ) სწ. ნაწლავის შუა ამკულური ნაწილი;
- დ) სწ. ნაწლავის ზემო ამკულური ნაწილი;
- ე) რექტოსიგმოიდური ნაწილი;

854. ტკივილი ანალური არხის კიბოს დროს:

- ა) აღწევს პიკს ლეფეკაციის დროს;
- ბ) აღწევს პიკს ლეფეკაციის აქტის წინ;
- გ) აღწევს პიკს ლეფეკაციის შემდეგ პირველ საათებში;
- დ) აღიძვრის ლეფეკაციის დროს და გრძელდება 5-6 სთ განმავლობაში;
- *ე) ატარებს მუდმივ ხასიათს;

855. სწ. ნაწლავის და ანალური არხის ავთვისებიანი სიმსივნეთა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 პეჯეტის დაავადების ექსტრამამარული ფორმა; 2 ბრტყელუჯრედოვანი კიბო ინ სიგუ (ბოწენ-ის დაავადება); 3 პლასტიკური ლინიგი;

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

856. ანალური გასავლის მელანომასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის ყალიბდება ანალური არხის ეპითელიუმისაგან; 2 მას ახასიათებს ენდოფიტური ზრდა; 3 მას ახასიათებს ეგზოფიტური ზრდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

857. ანალური გასავლის მელანომასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის გვიან მეტასტაზირებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში; 2 ის სწრაფად მეტასტაზირებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში; 3 მას ახასიათებს დაწყულეება ცენტრის არეში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

858. სწ. ნაწლავის მცირე ზომის ავთვისებიანი სიმსივნეების ადგილობრივად ამოკვეთის (ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპიით) პირობებს მიეკუთვნება: 1 ანუსიდან არაუმეტეს 7-8 სმ ლოკალიზაცია; 2 . სიმსივნის გავრცელება მხოლოდ ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებზე; 3 სიმსივნის დაბალდიფერენციული ფორმები;

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

859. სწ. ნაწლავის ქვემო ამკულური ნაწილის ადგილობრივად გავრცელებული (მაგ. შარდის ბუშტში ჩაბრლით) ავთვისებიანი სიმსივნის დროს (შორეული მეტასტაზების გარეშე) ოპტიმალური ქირურგიული ჩარევის სახეს მიეკუთვნება:

- ა) ორლულა სიგმოსტომია; ურეთეროკუტანუოსტომია; ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპია;
- *ბ) მენჯის ღრუს ორგანოთა ეგზენტერაცია, შარდის ბუშტის წვრილნაწლავური რემეგრეუარის ჩამოყალიბება, ერთლულა სიგმოსტომია;
- გ) სწ. ნაწლავის ექსტირპაცია ერთლულა სიგმოსტომის გაფორმებით; ოპერაციის შემდგომი სხივური და ქიმიოთერაპია;
- დ) ოპერაციის წინა და ოპერაციის შემდგომი სხივური თერაპია; სწ. ნაწლავის ექსტირპაცია სიგმოსტომის გაფორმებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

860. თუ სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე ეგზოფიტურია და მისი ქვემო კიდე განისაზღვრება თვალთ და პალპაციით, რექტუმის გალაკვეთა დასაშვებია პათოლოგიიდან დისტალურად:

- ა) 0,5 სმ;
- ბ) 1 სმ;
- გ) 1,5 სმ;
- *დ) 2 სმ;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

861. თუ სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე ენდოფიტურია და მისი ქვემო კიდე განისაზღვრება თვალთ და პალპაციით, რექტუმის გალაკვეთა დასაშვებია პათოლოგიიდან დისტალურად:

- ა) 2 სმ;
- *ბ) 3 სმ;
- გ) 4 სმ;
- დ) 5 სმ;
- ე) 6 სმ;

862. სხივური თერაპიის ეფექტი შედარებით მაღალია: 1 აღენოკარცინომის დროს; 2 სწორი ნაწლავის მუკოეპიდერმული კარცინომის დროს; 3 სპასტიკური ლინიგის დროს;

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

863. დღეისათვის ნაკლებად დისკუტაბელურია კოლორექტულ ავთვისებიან სიმსივნეთა: 1 ქირურგიული მკურნალობის საკითხები; 2 ქიმიოთერაპიული მკურნალობის საკითხები; 3 სხივური თერაპიის საკითხები;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 2 და 3

864. მწვავე გაუვალობის დროს განსაკუთრებით სწრაფად ხდება მიკროფლორის შემდეგი შტამების ვეგეტაცია: 1 შტრეპტოკოკუს-ი; 2 ჩლ. პერფრინგენს-ი; 3 E. ცოლი და Bacტერიოიდები;

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

865. სწორი ნაწლავის მელანომასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის ამიანებს მხოლოდ ანალურ არხს; 2 მან შეიძლება დაიკავოს, როგორც ანალური არხი, ისე მთელი სწორი ნაწლავი; 3 მას ახასიათებს ენდოფიტური მრღა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

866. მსხვილი ნაწლავის ფსევდობსტრუქცია ცნობილია:

- ა) ლიგლის სინდრომის სახელით;
- *ბ) ოგილვის სინდრომის სახელით;
- გ) ჰორნერის სინდრომის სახელით;
- დ) კონნის სინდრომის სახელით;
- ე) მარფანის სინდრომის სახელით;

867. მსხვილი ნაწლავის ფსევდობსტრუქციასთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) ის შეიძლება განვითარდეს მეჩხის, ხერხემლის ან ბარძაყის მოტეხილობის ფონზე;
- ბ) ის შეიძლება განვითარდეს რეტროპერიტონული ჰემატომის ფონზე;
- *გ) ის უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდებში;
- დ) აუსკულტაციური მონაცემებით ის ემსგავსება ნაწლავის მექანიკურ გაუვალობას;
- ე) მსხვილი ნაწლავის ფსევდობსტრუქციასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

868. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის კიბოს თ1 გრადაციას:

- ა) კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება, მაგრამ აღინიშნება მისი მეტასტაზები;
- ბ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე მეტს, ჩამრდილია მის კუნთოვან შრეში; შეიძლება გამოხატული იყოს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები;
- გ) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე. ვრცელდება ირგვლივმდებარე შემაერთებელ ქსოვილზე და იწვევს მისი სანათურის ცირკულურ შევიწროებას; აღინიშნება ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები;
- *დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე ნაკლებს და ვრცელდება ლორწოვან და ლორწოქვეშა შრეებზე; ნაწლავური პასაჟის დარღვევა არ აღინიშნება;
- ე) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე. ვრცელდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებზე და იწვევს სანათურის სრულ ან თითქმის სრულ სტენოზს;

869. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის კიბოს თ2 გრადაციას:

- ა) კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება, მაგრამ აღინიშნება მისი მეტასტაზები;
- *ბ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე მეტს, ჩაზრდილია მის კუნთოვან შრეში; შეიძლება გამოხატული იყოს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები;
- გ) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე შემაერთებელ ქსოვილზე და იწვევს მისი სანათურის ცირკულურ შევიწროებას; აღინიშნება ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე ნაკლებს და ვრცელდება ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებზე; ნაწლავური პასაჟის დარღვევა არ აღინიშნება;
- ე) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებზეც და იწვევს სანათურის სრულ ან თითქმის სრულ სტენოზს;

870. შეუძრავი შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის კიბოს თბ გრადაციას:

- *ა) კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება, მაგრამ აღინიშნება მისი მეტასტაზები;
- ბ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე მეტს, ჩაზრდილია მის კუნთოვან შრეში; შეიძლება გამოხატული იყოს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები;
- გ) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე შემაერთებელ ქსოვილზე და იწვევს მისი სანათურის ცირკულურ შევიწროებას; აღინიშნება ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე ნაკლებს და ვრცელდება ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებზე; ნაწლავური პასაჟის დარღვევა არ აღინიშნება;
- ე) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებზეც და იწვევს სანათურის სრულ ან თითქმის სრულ სტენოზს;

871. შეუძრავი შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის კიბოს თბ გრადაციას:

- ა) კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება, მაგრამ აღინიშნება მისი მეტასტაზები;
- ბ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე მეტს, ჩაზრდილია მის კუნთოვან შრეში; შეიძლება გამოხატული იყოს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები;
- *გ) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე შემაერთებელ ქსოვილზე და იწვევს მისი სანათურის ცირკულურ შევიწროებას; აღინიშნება ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე ნაკლებს და ვრცელდება ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებზე; ნაწლავური პასაჟის დარღვევა არ აღინიშნება;
- ე) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებზეც და იწვევს სანათურის სრულ ან თითქმის სრულ სტენოზს;

872. შეუძრავი შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის კიბოს თ4 გრადაციას:

- ა) კლინიკურად სიმსივნე არ ვლინდება, მაგრამ აღინიშნება მისი მეტასტაზები;
- ბ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე მეტს, ჩაზრდილია მის კუნთოვან შრეში; შეიძლება გამოხატული იყოს ნაწილობრივი გაუვალობის მოვლენები;
- გ) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე შემაერთებელ ქსოვილზე და იწვევს მისი სანათურის ცირკულურ შევიწროებას; აღინიშნება ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები;
- დ) სიმსივნე იკავებს ნაწლავის გარშემოწერილობის 1/2-ზე ნაკლებს და ვრცელდება ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებზე; ნაწლავური პასაჟის დარღვევა არ აღინიშნება;
- *ე) სიმსივნეს უკავია ნაწლავის ყველა შრე, ვრცელდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებზეც და იწვევს სანათურის სრულ ან თითქმის სრულ სტენოზს;

873. სწორი ნაწლავის მეღანომის დროს პროგნოზს ძირითადად განსაზღვრავს:

- ა) ინვაზიის სიღრმე;
- *ბ) ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობა;
- გ) სიმსივნის ჰისტოლოგიური ფორმა;
- დ) სიმსივნის ანატომიური ლოკალიზაცია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

გაუვალობა, განვითარების მანკები, მწ. აპენდიციტი

874. ნაწლავთა გაუვალობისთვის დამახასიათებელია: 1 ნაწლავის დისტენზია (გაჭიმვა); 2 ორგანიზმში მარილოვანი ცვლის დარღვევა; 3 ორგანიზმში წყლის ცვლის დარღვევა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი

875. მწვავე გაუვალობის დროს ჰიპონატრემიას იწვევს: 1 ნატრიუმის გადანაცვლება უჯრედში (გრანსმინერალიზაცია); 2 ნატრიუმის დაკარგვა საჭმლის მომხელელებელ წვენებთან ერთად; 3 ნატრიუმის გამოყოფა შარდთან ერთად;

- ა) 1
- ბ) 2

- გ) 3
- ღ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

876. დივერტიკულები უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) საყლაპავზე;
- ბ) კუჭზე;
- გ) 12-გოჯა ნაწლავზე;
- ღ) თემოს ნაწლავზე;
- *ე) მსხვილ ნაწლავზე;

877. მსხვილი ნაწლავის გაუვალბობის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) თიაქრები;
- ბ) შეხორცებები;
- გ) დივერტიკულოზი;
- *ღ) სიმსივნეები;
- ე) ნაწლავის შემოგრება;

878. რა სახის რადიკალური ოპერაცია კეთდება მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის მწვავე სიმსივნური გაუვალბობის დროს?

- ა) მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ანასტომოზის გაფორმებით;
- ბ) შემოვლითი ანასტომოზის გაფორმება;
- *გ) მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილეო- და ტრანსვერზოსტომების გაფორმებით;
- ღ) ილეოსტომია;
- ე) ცეკოსტომია;

879. რა სახის რადიკალური ოპერაცია კეთდება განივი კოლინჯის მწვ. სიმსივნური გაუვალბობის დროს?

- ა) რემექცია ანასტომოზით;
- ბ) ცეკოსტომია;
- გ) რემექცია ანასტომოზით და პროქსიმალური კოლოსტომით;
- *ღ) რემექცია მიკულიხის წესით;
- ე) ობსტრუქციული რემექცია;

880. რა სახის რადიკალური ოპერაცია კეთდება მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის მწვ. სიმსივნური გაუვალბობის დროს?

- ა) მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრანსვერზო-სიგმო ანასტომოზის გაფორმებით;
- ბ) სუბტოტალური კოლექტომია;
- გ) მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ანასტომოზითა და პრევენტული ცეკოსტომიით;
- *ღ) მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ნაწლავის ორივე ბოლოს მუცლის წინა კედელზე გამოგანით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

881. მკურნალობის გაქტიკა რექტოსიგმოიდური ნაწილის მწვ. სიმსივნური გაუვალბობის დროს:

- ა) ნაწლავის რემექცია პირველადი ანასტომოზით;
- ბ) რემექცია ანასტომოზით და პროქსიმალური კოლოსტომით;
- *გ) პირველ ეტაპზე პრევენტული ორლულა სიგმოსტომია;
- ღ) ჰარგმანის ოპერაცია;
- ე) ცეკოსტომია.

882. მკურნალობის გაქტიკა სწ. ნაწლავის მწვ. სიმსივნური (ანუსიდან 12 სმ) გაუვალბობის დროს:

- *ა) პირველ ეტაპზე პრევენტული კოლოსტომის გაფორმება;
- ბ) რემექცია ანასტომოზით (წინა რემექცია);
- გ) რემექცია ანასტომოზით და პროქსიმალური კოლოსტომით;
- ღ) სხივური თერაპია;
- ე) ჰარგმანის ოპერაცია;

883. ნაწლავთა მწვ. გაუვალბობის დიფერენციაცია უნდა მოვახდინოთ: 1 საშვილოსნოსგარე ორსულობასთან; 2 თირკმლის ჭკვალთან; 3 მწვ. აპენდიციტთან;

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

884. მწვ. მეზენტერული გაუვალბობის დროს კვლევის ინფორმაციულ მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ანგიოგრაფია; 2 ლაპაროსკოპია; 3 ქრომოლაპაროსკოპია (ლაპაროსკოპია ინდიგოკარმინის o/ვ შეყვანის ფონზე);

- ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1, 2 და 3
- ე) სწორია 1 და 2

885. ანორექტიკული განვითარების მანკებს შორის გავრცელების თვალსაზრისით პირველი ადგილი უკავია:

- ა) უკანა გასაფლას და სწ. ნაწლავის შევიწროებას;
- *ბ) უკანა გასაფლას და სწ. ნაწლავის აგრემიას;
- გ) უკანა გასაფლას ექტოპიას;
- დ) თანდაყოლილ ფისტულებს;
- ე) გაორებულ სწ. ნაწლავს;

886. ანალური არხის აგრემიის) 1) კორექცია შესაძლებელია ქირურგიული გზით; 2) კორექცია საჭიროა დაბადებიდან მაქსიმუმ 12 სთ განმავლობაში; 3) კორექცია საჭიროა დაბადების პირველ საათებში სასიცოცხლო ჩვენებით

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

887. რექტოვაგინური ფისტულით კომპენსირებულ ანალური გასაფლას აგრემიასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის შეიძლება მიეჩინოთ უკანა გასაფლას ექტოპიად;
- ბ) ანალური გასაფლას ჩვეულებრივი ლოკალიზაციის ადგილზე აღინიშნება ძაბრისებრი ჩალრმავება;
- *გ) ანალური რეფლექსი არ იწვევს;
- დ) ანალური გასაფლას ხერეული მდებარეობს საშოს კარიბჭესთან;
- ე) ავ-ფებს უკალიბლებათ მეორადი მეგარექტუმი;

888. შეარჩიეთ რექტო-ვაგინური ფისტულით კომპენსირებული ანალური გასაფლას აგრემიის მკურნალობის მეთოდი:

- ა) სწ. ნაწლავის დისტალური მონაკვეთის სეპარაცია კეთდება მის ირგვლივ მდებარე კუნთოვან სტრუქტურებთან, ე.ი. სფინქტერთან ერთად; ანალური გასაფლას ნორმალური მდებარეობის ადგილზე გვირაბის ჩამოყალიბების შემდეგ, მასში გამოაქვთ ნაწლავის მობილიზებული ნაწილი და აფიქსირებენ კანთან;
- ბ) კეთდება სწ. ნაწლავის იმ კედლის მობილიზაცია, რომელზეც ფისტულის შიგნითა ხერეული მდებარეობს. მობილიზებული ლორწოვანი გარსის ჭარბი ნაწილის ფისტულის ხერელითურთ მოკვეთის შემდეგ ჯანსაღ ტუნიცა მუცოსა-ს აკერებენ კანის კიდეც; ფისტულის დარჩენილი ნაწილების მოკვეთა წარმოებს საშოს მხრიდან;
- *გ) ფისტულის არხის გრანსვაგინური მიდგომით სეპარაციის შემდეგ გრძელდება სწ. ნაწლავის მობილიზაცია ბასრი წესით; გარეთა სფინქტერის მდებარეობის ადგილზე კეთდება გვირაბი, რომელშიც გამოაქვთ მობილიზებული ნაწლავი და აფიქსირებენ ადგილზე;
- დ) შორისის მხრიდან ნაწლავის სტენოზირებული ნაწილის მობილიზაციის შემდეგ კეთდება პათოლოგიური ქსოვილების გადაკვეთა; რექტუმის ჯანსაღი უბნის დისტალური მიმართულებით გადმოადგილების შემდეგ ტუნიცა მუცოსა ეკერება ჭრილობის დისტალურ კიდეც;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

889. შეარჩიეთ ანალური გასაფლას ან სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი შევიწროების კორექციის მეთოდი:

- ა) სწ. ნაწლავის დისტალური მონაკვეთის სეპარაცია კეთდება მის ირგვლივ მდებარე კუნთოვან სტრუქტურებთან, ე.ი. სფინქტერთან ერთად; ანალური გასაფლას ნორმალური მდებარეობის ადგილზე გვირაბის ჩამოყალიბების შემდეგ, მასში გამოაქვთ ნაწლავის მობილიზებული ნაწილი და აფიქსირებენ კანთან;
- ბ) კეთდება სწ. ნაწლავის იმ კედლის მობილიზაცია, რომელზეც ფისტულის შიგნითა ხერეული მდებარეობს. მობილიზებული ლორწოვანი გარსის ჭარბი ნაწილის ფისტულის ხერელითურთ მოკვეთის შემდეგ ჯანსაღ ტუნიცა მუცოსა-ს აკერებენ კანის კიდეც; ფისტულის დარჩენილი ნაწილების მოკვეთა წარმოებს საშოს მხრიდან;
- გ) ფისტულის არხის გრანსვაგინური მიდგომით სეპარაციის შემდეგ გრძელდება სწ. ნაწლავის მობილიზაცია ბასრი წესით; გარეთა სფინქტერის მდებარეობის ადგილზე კეთდება გვირაბი, რომელშიც გამოაქვთ მობილიზებული ნაწლავი და აფიქსირებენ ადგილზე;
- *დ) შორისის მხრიდან ნაწლავის სტენოზირებული ნაწილის მობილიზაციის შემდეგ კეთდება პათოლოგიური ქსოვილების გადაკვეთა; რექტუმის ჯანსაღი უბნის დისტალური მიმართულებით გადმოადგილების შემდეგ ტუნიცა მუცოსა ეკერება ჭრილობის დისტალურ კიდეც;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

890. შეარჩიეთ ანალური გასაფლას ექტოპიის კორექციის მეთოდი:

- *ა) სწ. ნაწლავის დისტალური მონაკვეთის სეპარაცია კეთდება მის ირგვლივ მდებარე კუნთოვან სტრუქტურებთან, ე.ი. სფინქტერთან ერთად; ანალური გასაფლას ნორმალური მდებარეობის ადგილზე გვირაბის ჩამოყალიბების შემდეგ, მასში გამოაქვთ ნაწლავის მობილიზებული ნაწილი და აფიქსირებენ კანთან;
- ბ) კეთდება სწ. ნაწლავის იმ კედლის მობილიზაცია, რომელზეც ფისტულის შიგნითა ხერეული მდებარეობს. მობილიზებული ლორწოვანი გარსის ჭარბი ნაწილის ფისტულის ხერელითურთ მოკვეთის შემდეგ ჯანსაღ ტუნიცა მუცოსა-ს აკერებენ კანის

კიდეს; ფისგულის დარჩენილი ნაწილების მოკვეთა წარმოებს საშოს მხრიდან;

გ) ფისგულის არხის გრანსვაგინური მიდგომით სეპარაციის შემდეგ გრძელდება სწ. ნაწლავის მობილიზაცია ბასრი წესით; გარეთა სფინქტერის მღებარეობის ადგილზე კეთდება გვირაბი, რომელშიც გამოაქვთ მობილიზებული ნაწლავი და აფიქსირებენ ადგილზე;

დ) შორისის მხრიდან ნაწლავის სტენოზირებული ნაწილის მობილიზაციის შემდეგ კეთდება პათოლოგიური ქსოვილების გადაკვეთა; რექტუმის ჯანსაღი უბნის დისტალური მიმართულებით გადმოადგილების შემდეგ ტუნიცა მუცოსა ეკერება ჭრილობის დისტალურ კიდეს;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

891. შეარჩიეთ თანდაყოლილი რექტო-ვაგინური ფისგულების კორექციის მეთოდი:

ა) სწ. ნაწლავის დისტალური მონაკვეთის სეპარაცია კეთდება მის ირგვლივ მღებარე კუნთოვან სტრუქტურებთან, ე.ი. სფინქტერთან ერთად; ანალური გასავლის ნორმალური მღებარეობის ადგილზე გვირაბის ჩამოყალიბების შემდეგ, მასში გამოაქვთ ნაწლავის მობილიზებული ნაწილი და აფიქსირებენ კანთან;

*ბ) კეთდება სწ. ნაწლავის იმ კედლის მობილიზაცია, რომელზეც ფისგულის შიგნითა ხვრელი მღებარეობს. მობილიზებული ლორწოვანი გარსის ჭარბი ნაწილის ფისგულის ხვრელითურთ მოკვეთის შემდეგ ჯანსაღ ტუნიცა მუცოსა-ს აკერებენ კანის კიდეს; ფისგულის დარჩენილი ნაწილების მოკვეთა წარმოებს საშოს მხრიდან;

გ) ფისგულის არხის გრანსვაგინური მიდგომით სეპარაციის შემდეგ გრძელდება სწ. ნაწლავის მობილიზაცია ბასრი წესით; გარეთა სფინქტერის მღებარეობის ადგილზე კეთდება გვირაბი, რომელშიც გამოაქვთ მობილიზებული ნაწლავი და აფიქსირებენ ადგილზე.

დ) შორისის მხრიდან ნაწლავის სტენოზირებული ნაწილის მობილიზაციის შემდეგ კეთდება პათოლოგიური ქსოვილების გადაკვეთა; რექტუმის ჯანსაღი უბნის დისტალური მიმართულებით გადმოადგილების შემდეგ ტუნიცა მუცოსა ეკერება ჭრილობის დისტალურ კიდეს;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

892. ანალური გასავლის ჭეშმარიტი ექტოპია პირველ რიგში უნდა განვასხვავოთ:

ა) ანალური გასავლის თანდაყოლილი შევიწროებისგან;

*ბ) ანალური გასავლის აგრემიის ხვრელმილოვანი ფორმისგან;

გ) სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი ფისგულებისგან;

დ) ნაწლავის დაუსრულებელი როტაციისგან;

ე) სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი შევიწროებისგან;

893. ანალური გასავლის ექტოპიასთან მიმართებაში სწორია ყველა პასუხი, გარდა შემდეგისა:

ა) ის შეიძლება იყოს ვესტიბულური;

ბ) ის შეიძლება იყოს პერინეული;

გ) ანალური გასავლის ექტოპიის დროს პაციენტს ფუნქციური მოშლილობები არ აღენიშნება;

*დ) ანალური რეფლექსის კვლევისას გარეთა სფინქტერი არ იკუმშება;

ე) სფინქტერომეგრიით სფინქტერის ტონუსი ნორმის ფარგლებშია;

894. სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი გაორების დროს გაორებული უბანი შემთხვევათა უმრავლესობაში განთავსებულია:

ა) მარცხნივ, პარარექტულად;

ბ) მარჯვნივ, პარარექტულად;

გ) მარცხნივ და მარჯვნივ პარარექტულად ერთნაირი სიხშირით გვხვდება;

დ) რექტუმის წინა კედლის მიმღებარედ;

*ე) პრესაკრულად;

895. სწ. ნაწლავის გაორების დიფერენციაცია უნდა მოვახდინოთ: 1 გერატომებთან; 2 მენინგოცელესთან; 3 სწ. ნაწლავის აგრემიასთან;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1, 2 და 3

896. სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი გაორებისთვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა შემდეგისა:

ა) მოფუნქციე სწ. ნაწლავის მხრიდან თითოთი გასინჯვით შეიგრძნობა პარარექტული ელასტიკური უმტკივნეულო წარმონაქმნი;

*ბ) რენტგენოგრაფიით ვლინდება კუდუსუნის ძვლის დეგენერაციული ცვლილებები;

გ) ირიგოსკოპიით ვლინდება მოფუნქციე სწ. ნაწლავის წინისკენ ცლომა;

დ) სფინქტერომეგრიით აღინიშნება სწ. ნაწლავის მომჭერი აპარატის ნორმალური ტონუსი;

ე) პნეუმოპროქტოგრაფიით ვლინდება რეტრორექტული სივრცის გაფართოება;

897. მსხვილი ნაწლავის თანდაყოლილ არასრულ როტაციასთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

ა) ონტოგენების პერიოდში ნაწლავი ყალიბდება პირველადი ნაწლავური მარყუკის არასრული ან არასწორი შემობრუნების შედეგად;

ბ) წვირილ და მსხვილ ნაწლავს აქვს საერთო დორსალური ჯორჯალი;

- * გ) 12-გოჯა ნაწლავი განივი კოლინჯის უკან მდებარეობს;
- ღ) მსხვილ ნაწლავს აქვს მარცხენამხრივი პოზიცია;
- ე) წერილ ნაწლავს აქვს მარჯვენამხრივი პოზიცია;

898. ნაწლავის არასრული როტაციის ფონზე: 1 კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება არ იყოს; 2 შეიძლება გამოხატული იყოს ყურყური მუცელში, ტკივილი, შეკრულობა; 3 შეიძლება განვითარდეს მწვავე ან ქრონიკული ინვაგინაცია;

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

899. ნაწლავის დაუსრულებელი როტაციის რენტგენოლოგიური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა შემდეგისა:

- ა) მსხვილი ნაწლავი მდებარეობს მუცლის მარცხენა ნახევარში;
- ბ) წერილი ნაწლავი მდებარეობს მუცლის მარჯვენა ნახევარში;
- * გ) ცეკუმი მდებარეობს მუცლის ქვემო მარცხენა კვადრანტში;
- ღ) 12-გოჯა ნაწლავის მემო ჰორიმონტალური და ვერტიკალური ნაწილი გაფართოებულია;
- ე) 12-გოჯა ნაწლავის დისტალური ნაწილი ვერტიკალურად მდებარეობს;

900. სწ. ნაწლავის თანდაყოლილი გაორებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი: 1 შეკრულობა; 2 ჩირქმენი ხერეღის (ხერეღების) ჩამოყალიბება; 3 სისხლიან-ლორწოვანი გამონადენი ნაწლავიდან;

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

901. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა მილიგან-მორგან-ის ოპერაციას:

- ა) ელიფსური განაკვეთით შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამ-კვადრანტული ამოკვეთა, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- ბ) ჩოგბურთის ჩოგნისმაგვარი განაკვეთით გარეთა კვანძის მოკვეთა და შიგნითა კვანძის ლორწოქვეშა სივრცის მხრიდან ამოკვეთა ანალური გარშემოწერილობის სამ-კვადრანტში;
- გ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ღ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- * ე) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დატოვებით;

902. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა რკსსც I მოდიფიკაციას:

- ა) ელიფსური განაკვეთით შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამ-კვადრანტული ამოკვეთა, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- ბ) ჩოგბურთის ჩოგნისმაგვარი განაკვეთით გარეთა კვანძის მოკვეთა და შიგნითა კვანძის ლორწოქვეშა სივრცის მხრიდან ამოკვეთა ანალური გარშემოწერილობის სამ-კვადრანტში;
- გ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- * დ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ე) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დატოვებით;

903. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა რკსსც II მოდიფიკაციას:

- ა) ელიფსური განაკვეთით შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამ-კვადრანტული ამოკვეთა, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- ბ) ჩოგბურთის ჩოგნისმაგვარი განაკვეთით გარეთა კვანძის მოკვეთა და შიგნითა კვანძის ლორწოქვეშა სივრცის მხრიდან ამოკვეთა ანალური გარშემოწერილობის სამ-კვადრანტში;
- * გ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ღ) შიგნითა ჰემოროიდულ კვანძთა გრანსანალური სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის ნაწილობრივი აღდგენით; გარეთა ჰემოროიდული კვანძების “ფოთოლაკის” წესით მოკვეთა;
- ე) შიგნითა და გარეთა ჰემოროიდული კვანძების სამკვადრანტული ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დატოვებით.;

904. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მწვ. აპენდიციტისთვის დამახასიათებელ ობრახცოვის სიმპტომს:

- ა) დაღმავალი კოლინჯის საპროექციო არეზე ხელით განხორციელებული ბიძგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ მიდამოში;
- ბ) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის მარჯვენა ბარძაყის მოხრა და მედიალური მიმართულებით მოძრაობა იწვევს ტკივილს

ილეოცეკალურ არეში;

გ) ილეოცეკალური მიდამოს პერკუსია იწვევს ტკივილს;

*დ) ილეოცეკალური მიდამოს პალპაციისას ტკივილი ძლიერდება გაშლილი მარჯვენა ქვემო კიდურის ზემოთ აწვევის პირობებში;

ე) ზურგზე მწოლიარე პაციენტის მარცხენა გვერდზე გადაბრუნება აძლიერებს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

905. შეუჩინებელი შესაბამისი აღწერილობა მწვ. აპენდიციტისთვის დამახასიათებელ როვინგის სიმპტომს:

*ა) დაღმავალი კოლინჯის საპროექციო არეზე ხელით განხორციელებული ბიდგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს

ილეოცეკალურ მიდამოში;

ბ) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის მარჯვენა ბარძაყის მოხრა და მედიალური მიმართულებით მოძრაობა იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

გ) ილეოცეკალური მიდამოს პერკუსია იწვევს ტკივილს;

დ) ილეოცეკალური მიდამოს პალპაციისას ტკივილი ძლიერდება გაშლილი მარჯვენა ქვემო კიდურის ზემოთ აწვევის პირობებში;

ე) ზურგზე მწოლიარე პაციენტის მარცხენა გვერდზე გადაბრუნება აძლიერებს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

906. შეუჩინებელი შესაბამისი აღწერილობა მწვ. აპენდიციტისთვის დამახასიათებელ დამხურავი ხერხის სიმპტომს:

ა) დაღმავალი კოლინჯის საპროექციო არეზე ხელით განხორციელებული ბიდგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს

ილეოცეკალურ მიდამოში;

*ბ) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის მარჯვენა ბარძაყის მოხრა და მედიალური მიმართულებით მოძრაობა იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

გ) ილეოცეკალური მიდამოს პერკუსია იწვევს ტკივილს;

დ) ილეოცეკალური მიდამოს პალპაციისას ტკივილი ძლიერდება გაშლილი მარჯვენა ქვემო კიდურის ზემოთ აწვევის პირობებში;

ე) ზურგზე მწოლიარე პაციენტის მარცხენა გვერდზე გადაბრუნება აძლიერებს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

907. შეუჩინებელი შესაბამისი აღწერილობა მწვ. აპენდიციტისთვის დამახასიათებელ რამბლოლსკის სიმპტომს:

ა) დაღმავალი კოლინჯის საპროექციო არეზე ხელით განხორციელებული ბიდგისებური მოძრაობები იწვევს ტკივილს

ილეოცეკალურ მიდამოში;

ბ) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის მარჯვენა ბარძაყის მოხრა და მედიალური მიმართულებით მოძრაობა იწვევს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

*გ) ილეოცეკალური მიდამოს პერკუსია იწვევს ტკივილს;

დ) ილეოცეკალური მიდამოს პალპაციისას ტკივილი ძლიერდება გაშლილი მარჯვენა ქვემო კიდურის ზემოთ აწვევის პირობებში;

ე) ზურგზე მწოლიარე პაციენტის მარცხენა გვერდზე გადაბრუნება აძლიერებს ტკივილს ილეოცეკალურ არეში;

908. ნაწლავის შემოგრება უფრო ხშირად ხდება მსხვილი ნაწლავის შემდეგ უბანში: 1 განივი კოლინჯი; 2 ცეკუმი; 3 სიგმური კოლინჯი;

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

909. მომრდილებში სწორი ნაწლავის გამოვარდნის მკურნალობა არის:

ა) ნახევრადქირურგიული;

*ბ) ქირურგიული;

გ) კონსერვატიული;

დ) ქირურგიული, კონსერვატიული თერაპიის კურსის ჩატარების და მისი არაეფექტურობის შემთხვევაში;

ე) ქირურგიული, სამკურნალო ფიზკულტურის სპეციალური ვარჯიშების კურსის არაეფექტურობის შემთხვევაში;

910. სიგმური კოლინჯის შემოგრების დროს სწორ დიაგნოზზე მიგვითითებს ოყნის დახმარებით 500 მლ წყლის შეყვანის პროცესში სითხის უკან გადმოღვრა; დასახელებული ცდა ცნობილია:

ა) ვალსალვის სახელით;

ბ) აივის სახელით;

*გ) ცეგე-მონტიფელის სახელით;

დ) ალენის სახელით;

ე) კუმბსის სახელით;

911. სიგმური კოლინჯის შემოგრების კლინიკურ სურათთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

ა) აუსკულტაციით ისმის მხეფის ხმა;

ბ) თითო რექტალური გასინჯვით სწ. ნაწლავის ამპულური ნაწილი მკვეთრად გაფართოებულია;

გ) რენტგენოგრაფიით ვლინდება კლოიდების ფიალები;

*დ) აღრეულ სტადიაშივე მუცლის აუსკულტაციით ისმის გულსცემა და სუნთქვითი ხმიანობა (ლოგისენის დაღებითი სიმპტომი);

ე) სიგმური კოლინჯის შემოგრების კლინიკურ სურათთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

912. კუჭის პერისტალტიკური აქტივობის აღდგენა, აბლომინურ ქირურგიულ ჩარევითა ფონზე განვითარებული პარალიზური გაუვალობის შემდგომ, ხდება დაახლოებით:

- ა) 24 საათში;
- *ბ) 48 საათში;
- გ) 3-5 დღეში;
- დ) მე-6 დღეს
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

913. ახალშობილებში შორისისმხრივი პროქტოპლასტიკა შესაძლებელია: 1) უკანა ტანის აგრემიის მარტივი ფორმის დროს; 2) სწორი ნაწლავის დაბალი აგრემიის დროს; 3) გარეთა ფისგულის არსებობის დროს:

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

914. რა პერიოდშია შესაძლებელი სწორი ნაწლავის თანდაყოლილი შევიწროების დადგენა:

- ა) დაბადებისთანავე
- ბ) დაბადების პირველ საათებში
- გ) დაბადების პირველ დღეებში
- დ) ძუძუთი კვების პერიოდში
- *ე) ძუძუთი კვების შემდგომ პერიოდში

ლივერტიკულოზი, ჰირშპრუნგის დაავადება, ლიფუზური პოლიპოზი

915. ამოარჩიეთ მკურნალობის ყველაზე შესაფერისი მეთოდი მსხვილი ნაწლავის მწვავე, გაურთულებელი ლივერტიკულიტის პირველი შეტევის დროს:

- ა) ოყნების დახმარებით ნაწლავში ანტიბიოტიკების შეყვანა;
- ბ) პრევენტული კოლოსტომის გაფორმება;
- *გ) ანტიბიოტიკების პარენტალური შეყვანა;
- დ) ნაწლავის რეზექცია (მიკულიჩის ტიპით);
- ე) ნაწლავის რეზექცია ანასტომოზის გაფორმებით;

916. ლივერტიკულოზის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) სისხლდენა;
- ბ) პერფორაცია;
- *გ) ლივერტიკულიტი;
- დ) ნაწლავთა გაუვალობა;
- ე) ლივერტიკულოზის დროს ჩამოთვლილი გართულებები დაახლოებით თანაბარი სიხშირით გვხვდება;

917. მსხვილი ნაწლავის ლიფუზური პოლიპოზის შემთხვევაში ავთვისებიანი გადაგვარება უფრო ხშირია:

- ა) ალენომატომური ფორმის დროს;
- *ბ) ალენოპაპილომატომური ფორმის დროს;
- გ) ჰიპერპლასტიკურ სტადიაში;
- დ) გამობატული ანთებითი პროცესის დროს;
- ე) ავთვისებიანი გადაგვარება არ ხდება არცერთი ჩამოთვლილი ფორმის დროს;

918. მსხვილი ნაწლავის ლივერტიკულოზის დროს განვითარებულ გაუვალობას აქვს:

- *ა) ობტურაციული ხასიათი;
- ბ) სტრანგულაციური ხასიათი;
- გ) შერეული (ობტურაციულ-სტრანგულაციური) ხასიათი;
- დ) პარალიზური ხასიათი;
- ე) ლივერტიკულოზის ფონზე გაუვალობა საერთოდ არ ვითარდება

919. მსხვილი ნაწლავის ლივერტიკულოზის დიაგნოსტიკა ძირითადად ემყარება:

- ა) კლინიკურ გამოვლინებებს;
- *ბ) გამოკვლევის ინსტრუმენტულ მეთოდებს;
- გ) ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემებს;
- დ) კვების ხასიათის გამორკვევას;
- ე) ლაბორატორიულ გამოკვლევათა მონაცემებს;

920. ელ-ის მომაგება ახასიათებს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ლივერტიკულოზს;
- ბ) ატონიურ შეკრულობას;
- გ) მსხვილი ნაწლავის პოლიპს;
- *დ) მსხვილი ნაწლავის ლივერტიკულიტს;

ე) ასკარიდოზს;

921. ახალშობილებში განავლის მწვ. შეკავებისას უნდა ვიფიქროთ: 1 ჰირშპრუნგის დაავადებაზე; 2 სწ. ნაწლავის აგრეზიაზე; 3 ნაწლავის დაუსრულებელ როტაციამზე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 1 და 2

922. ჰირშპრუნგის დაავადებისთვის დამახასიათებელია: 1 პერისტალტიკის უნარს მოკლებული, შევიწროებული რექტოსიგმოიდური ნაწილის არსებობა; 2 მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალური უბნების კუნთების აგროფია; 3 მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალური უბნების კუნთების ჰიპერტროფია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

923. გამოჰყოფენ ჰირშპრუნგის დაავადების: 1 რექტოსიგმოიდურ ფორმას; 2 სუბტოტალურ ფორმას; 3 ტოტალურ ფორმას;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1, 2 და 3

ე) სწორია 1 და 2

924. ჰირშპრუნგის დაავადებისთვის დამახასიათებელია: 1 “ბაყაყისებური” მუცელი; 2 რექტული სისხლდენა; 3 მეგეორიზმი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორია 1 და 3

925. სვენსონის მიხედვით ბიოფსია გულისხმობს მასალის აღებას:

- ა) ნაწლავის ლორწოვანი შრიდან;
- ბ) ნაწლავის ლორწოვანი და ლორწქვეშა შრეებიდან;
- გ) ნაწლავის კუნთოვანი შრიდან;

*დ) ნაწლავის ყველა შრიდან ერთდროულად;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

926. ილიოპათიურ ანუ ფუნქციურ მეგაკოლონთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისთვის დამახასიათებელია ნორმალური რექტო-ანალური რეფლექსის არსებობა; 2 მის დროს აღინიშნება ქსოვილოვანი აცეტილქოლინესტერაზის აქტივობის მომატება; 3 ის ძირითადად მომრდილ ასაკში გვხვდება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია ყველა პასუხი

927. ჰირშპრუნგის დაავადებისთვის დამახასიათებელია: 1 ნორმალური რექტოანალური რეფლექსის არსებობა; 2 რექტოანალური რეფლექსის არარსებობა; 3 ნაწლავის კელიდან სვენსონის წესით აღებულ ბიოფსიურ მასალაში აგანგლიოზის გამოვლენა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია 2 და 3

928. დოლისომეგაკოლონის დროს მიზანშეწონილია: 1 თავიდანვე ქირურგიული მკურნალობის დაგეგმვა; 2 მალაბოტკოვანი დიეტის დანიშვნა; 3 ბაქტერიული თერაპიის (კოლიბაქტერინი, ლაქტობაქტერინი, სხვ.) დანიშვნა; 4 ოსმოსური საშუალებების (მაგ. ლაქტულოზა) დანიშვნა დეფეკაციის აქტის სრულ დარეგულირებამდე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3

დ) 4
*ე) სწორია 2 და 3

929. მეგაკოლონი შეიძლება განვითარდეს: 1 ფსიქიკურად გაუწონასწორებელი მდგომარეობის ფონზე; 2 მყარი ანალური სტრუქტურების და სტენოზის ფონზე; 3 ენდოკრინული მოშლილობების (მაგ. ჰიპოპარათირეოზი) დროს;

ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) სწორია 2 და 3
*ე) სწორია ყველა პასუხი

930. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს პათოლოგიის ძირითადი კერა მდებარეობს:

ა) ნაწლავის შევიწროებული უბნის პროქსიმალურად;
*ბ) ნაწლავის შევიწროებულ უბანში;
გ) ნაწლავის შევიწროებული უბნის დისტალურად;
დ) ექსტრაინტესტინურად;
ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

931. შემთხვევათა უმრავლესობაში ჰირშპრუნგის დაავადების დროს აგანგლიური სეგმენტის ქვემო სამღვარი ემთხვევა:

ა) სწ. ნაწლავის სუპრაამპულური ნაწილის პროქსიმალურ კიდეზე;
ბ) სწ. ნაწლავის სუპრაამპულური ნაწილის დისტალურ კიდეზე;
გ) სწ. ნაწლავის ბემო და შუა ამპულური ნაწილების სამღვარს;
*დ) ანალური არხის ზედა კიდეზე;
ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

932. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს აგანგლიური სეგმენტის ბემო სამღვარი:

ა) იფარგლება რექტოსიგმოიდური ნაწილით;
ბ) იფარგლება სიგმური კოლინჯის შუა მესამედიტ;
გ) იფარგლება სიგმური კოლინჯის ზედა მესამედიტ;
დ) იფარგლება ლასწერივი კოლინჯის შუა ნახევრით;
*ე) ვარიანტილიურია;

933. ახალშობილებში ჰირშპრუნგის დაავადების კლინიკური სურათი დამოკიდებულია: 1 აგანგლიური სეგმენტის სიგრძეზე; 2 კვების ტიპზე (ბუნებრივი ან ხელოვნური კვება); 3 ნაწლავის კომპენსატორულ შესაძლებლობებზე;

ა) 1
ბ) 2
გ) 3
დ) სწორია 1 და 3
*ე) სწორია 1, 2 და 3

934. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს ლეზინების მიზეზი შეიძლება იყოს:

ა) გაუვალბობის მოვლენები;
ბ) ინტოქსიკაციის მოვლენები;
*გ) როგორც გაუვალბობის, ისე ინტოქსიკაციის მოვლენები;
დ) კუჭში მოხვედრილ საკვებზე განავლით გადავსებული მსხვილი ნაწლავის მხრიდან მექანიკური ბეწოლა;
ე) ჰირშპრუნგის დაავადებას ლეზინება არ ახასიათებს;

935. ჰირშპრუნგის დაავადებისთვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) “ბაყაყისებური” მუცელი;
ბ) მუცლის ასიმეტრია;
*გ) უკან ჩაბრუნებული ჭიპი;
დ) მუცლის პალპაციით ცოცხის კონსისტენციის (იშვიათად მკვრივი) სიმსივნური წარმონაქმნის შეგრძნება;
ე) ჰირშპრუნგის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

936. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს შეიძლება განვითარდეს “პარადოქსული ფაღარათი”, რომლის მიზეზი ხდება: 1 დისტაქტერიოზი; 2 ლორწოვანი გარსის ანთება და დაწყლულება; 3 მეტეორიზმი;

ა) 1
ბ) 2
გ) 3
*დ) სწორია 1 და 2
ე) სწორი პასუხი არ არის ჩამონათვალში

937. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს პერ რექტუმ თითოთ გასინჯვისას: 1 სწ. ნაწლავის ამპულური ნაწილი თავისუფალია (იშვიათად მასში მცირე მომის განავლოვანი ქვებია); 2 შიგნითა სფინქტერის ტონუსი მომატებულია; 3 შიგნითა სფინქტერის

გონუსი დაქვეითებულია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

938. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს რენგენოკონტრასტული კვლევით ვლინდება: 1 მსხვილი ნაწლავის დისგალურ ნაწილში შევიწროებული უბნის არსებობა; 2 შევიწროებულ და სუპრასტენოზურ გაფართოებულ ნაწილებს შორის ძაბრის ფორმის გარდამავალი უბნის არსებობა; 3 სუპრასტენოზურ უბნებში ლორწოვანი გარსის გასტრული ტიპის ნაოჭების (ე.წ. "გასტრალიზაცია") არსებობა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია ყველა პასუხი

939. ჰირშპრუნგის დაავადების აღრეულ სიმპტომებს მიეკუთვნება: 1 შეკრულობა; 2 ჰიპოტროფია; 3 მუცლის გარშემოწერილობის გადიდება;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1; 2 და 3

*ე) სწორია 1 და 3

940. ჰირშპრუნგის დაავადების მოგვიანებით სიმპტომებს მიეკუთვნება: 1 ჰიპოტროფია; 2 ანემია; 3 გულმკერდის ლეფორმაცია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1, 2 და 3

941. ჰირშპრუნგის დაავადების ფონზე შესაძლოა განვითარდეს ე.წ. პარადოქსული ფაღარათი, რომელთან მიმართებაში სწორია: 1 ის უფრო ხშირად უნვითარლებათ პაციენტებს, რომლებიც ჰირშპრუნგის დაავადების ფონზე არ ღებულობენ ელემენტარულ დახმარებასაც (მაგ. გამწმენდი ოყენები) კი; 2 მისი განვითარება მკვეთრად აუარესებს დაავადების პროგნოზს; 3 მისი განვითარება ხელს უწყობს ნაწლავის დაცლას განავლოვანი მასებისგან, რაც სუსტად დაღებიდად აისახება საერთო მდგომარეობაზე;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

942. ჰირშპრუნგის დაავადების დიაგნოსტიკის მაღალინფორმაციულ მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 თითით რექტული გასინჯვა; 2 რენგენოლიდიაგნოსტიკა; 3 ბიოფსია სვენსონით;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 2 და 3

*ე) სწორია ყველა პასუხი

943. ჰირშპრუნგის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 შწენსონ-ის ოპერაცია; 2 D-უჰამელ-ის ოპერაცია; 3 ხარგმან-ის ოპერაცია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1, 2 და 3

944. ჰირშპრუნგის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 ლებჰინ-ის ოპერაცია; 2 D-უჰამელ-ის ოპერაცია; 3 შოავე-ის ოპერაცია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

ენგეროკოლიგი; 3 ღვიძლის პარენქიმის დისკროფია;

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

951. ჰირშპრუნგის დაავადების რადიკალურ მკურნალობაში რამოლენიმი წლით ადრე განმგვირთავი კოლოსტომის გაფორმება: 1 აიოლეს მომავალში სარეზექციო ნაწლავის საზღვრების დადგენას; 2 ბაემეს უკარგავს ლეფეკაციის ჩვევის ჩამოყალიბების უნარს; 3 ქმნის ყოფითი ხასიათის პრობლემებს;

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

952. შწენსონ-ის ოპერაციისთვის დამახასიათებელ შესაძლო არასასურველ გამოსავალთა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 შარდის ბუშტის ატონია; 2 ნაწლავის ბრმა ტაკეში ფეკალური მასების სტაბი; 3 ინკონტინენციის მოვლენები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

953. ღებჰეინ-ის ოპერაციისთვის დამახასიათებელ შესაძლო არასასურველ გამოსავალთა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 ინკონტინენციის მოვლენები; 2 ნაწლავის ბრმა ტაკეში ფეკალური მასების სტაბი; 3 ნაწლავური ანასტომოზის გასაფორმებელ ბოლოთა დიამეტრის სხვადასხვაობის გამო ნაკერების უკმარისობის განვითარება; 4 შარდის ბუშტის ფუნქციის მოშლა;

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

954. Dუჰამელ-ის ოპერაციისთვის დამახასიათებელ შესაძლო გართულებათა რიცხვს მიეკუთვნება: 1 შარდის ბუშტის ფუნქციის მოშლა; 2 ნაწლავის ბრმა ტაკეში ფეკალური მასების სტაბი; 3 ლიმფური აპარატის ფუნქციური დარღვევები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- *ე) სწორია 2 და 3

955. ჰირშპრუნგის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ქვემოჩამოთვლილ მეთოდთაგან ყველაზე ფიზიოლოგიურად მიიჩნევენ:

- ა) შწენსონ-ის მეთოდს;
- *ბ) შოაფ-ს მეთოდს;
- გ) Dუჰამელ-ის მეთოდს;
- დ) ღებჰეინ-ის მეთოდს;
- ე) ჩამოთვლილთაგან არცერთს;

956. მეკელის დივერტიკულთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის უმრავლეს შემთხვევაში მდებარეობს ილეოცეკალური სარქველიდან პროქსიმალურად 70-100 სმ;
- ბ) ის უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში;
- *გ) მისი კედელი შედგება ლორწოვანი, ლორწოქვეშა და სეროზული გარსებისგან;
- დ) ის შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჭიპთან ფიბროზული მონარით;
- ე) ის შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჭიპთან სრული ფისტულის არხით;

957. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნაწლავის კედლის წინააღმდეგობის დაქვეითება: 1 მუცლისშიგა წნევის გაზრდის მიმართ; 2 მსხვილი ნაწლავის სანათურშიგა წნევის გაზრდის მიმართ; 3 დივერტიკულური დაავადების ჩამოყალიბებაში არაერთარ როლს არ ასრულებს ნაწლავის სანათურშიგა, ან მუცლისშიგა წნევის ცვალებადობა;

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) სწორია 1 და 2
- დ) 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

958. ინტრაინტესტინური წნევის გაზრდის მიმართ მსხვილი ნაწლავის კედლის სისუსტის და დივერტიკულის ჩამოყალიბების მიზეზი შეიძლება იყოს: 1 ნაწლავის კუნთოვანი სტრუქტურების ასაკობრივი ცვლილებები; 2 ნაწლავის შემაერთებელქსოვილოვანი სტრუქტურების სისუსტე; 3 ნაწლავის სიგრძივი და ირგვლივი შრეების სინერგიული ფუნქციონირების დარღვევა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია ყველა პასუხი

959. მეკელის დივერტიკულის ლოკალიზაციის ადგილია:

ა) საყლაპავი;

ბ) მღივი ნაწლავი;

*გ) თედოს ნაწლავი;

დ) სიგმური ნაწლავი;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

960. ცენკერის დივერტიკულის ლოკალიზაციის ადგილია:

*ა) საყლაპავი;

ბ) მღივი ნაწლავი;

გ) თედოს ნაწლავი;

დ) სიგმური ნაწლავი;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

961. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების ჩამოყალიბების მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია: 1 ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევა; 2 ჰიპერქოლესტერინემია; 3 ნაღვლის მეჩაების პათოლოგიური მეტაბოლიზმი;

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1, 2 და 3

962. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების ჩამოყალიბების მიზეზი შეიძლება გახდეს: 1 ნაწლავის სიგრძივი კუნთოვანი შრის ელასტიკურობის დაქვეითება; 2 ნაწლავის სიგრძივი კუნთოვანი შრის ჰიპერელასტობი; 3 შეკრულობა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია 2 და 3

963. მსხვილ ნაწლავში ნაღვლის მეჩაების პათოლოგიური მეტაბოლიზმი ხელს უწყობს: 1 ნაწლავური მუსკულატურის ტონუსის მომაგებას; 2 ნაწლავური მუსკულატურის მოლუნებას; 3 დივერტიკულური დაავადების ჩამოყალიბებას;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 2 და 3

964. წყლულოვანი კოლიკის ფონზე განვითარებულ ავთვისებიან სიმსივნეებთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 შემთხვევათა უმრავლესობაში ისინი მაღალდიფერენცირებული ფორმის არიან; 2 შემთხვევათა უმრავლესობაში ისინი დაბალდიფერენცირებული ფორმის არიან; 3 შემთხვევათა უმრავლესობაში მათ ფიბროზული, უსწორო კონტურებიანი ნაწლავური სტრიქტურის შესახელობა აქვთ;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 2 და 3

965. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადება შეიძლება გართულდეს: 1 პარაინტესტინური ფლეგმონის ჩამოყალიბებით; 2 აბსცედირებით; 3 მეჩაის ღრუს ორგანოთა ფუნქციის დათრგუნვით;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია ყველა პასუხი

966. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების ქრ. მიმდინარეობისთვის დამახასიათებელია: 1 მუცლის პერიოდული შებერვა; 2 ფალარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა ფალარათობის ეპიზოდების სიჭარბით; 3 ფალარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა შეკრულობის ეპიზოდების სიჭარბით;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

967. მწვ. დივერტიკულიტისთვის დამახასიათებელია: 1 ძლიერი ხასიათის ტკივილი მუცელში; 2 უმნიშვნელო ხასიათის ტკივილი მუცელში; 3 ელს-ის მომაგება;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 2 და 3

968. რიქის I მეთოდით (ვარიანტით) ქირურგიული ჩარევა ნაჩვენებია, როცა საქმე გვაქვს სწორი ნაწლავის რთული ლოკალიზაციის ფისგულებთან, რომელთა შიგნითა ხერეული მღებარეობს: 1 წინა კელელზე მამაკაცებში; 2 გვერდით კელელზე მამაკაცებში; 3 უკანა კელელზე ორივე სქესის წარმომადგენლებში;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 1, 2 და 3

969. მსხვილნაწლავ-შარდის ბუშგის ქრ. ფისგულის ფონზე შეიძლება განვითარდეს: 1 პიურია; 2 ჰემატოშიზია; 3 პნემატურია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

970. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების დროს საჭმლის მიღებისას შეიძლება აღინიშნოს ტკივილი მუცელში, რის საფუძველსაც ქმნის: 1 პათოლოგიური ვისცერო-ვისცერული რეფლექსი; 2 კუჭ-კოლინჯის რეფლექსი; 3 რექტო-ანალური ინჰიბიტორული რეფლექსი;

ა) 1

*ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

971. დივერტიკულური დაავადების ფონზე გაუვალბობის ჩამოყალიბების ხელშემწყობ ფაქტორებს მიეკუთვნება: 1 დივერტიკულის პერფორაცია ჯორჯალში; 2 დივერტიკულის პერფორაცია აპენდის ეპიპლოიცაე-ში; 3 დივერტიკულური დაავადების დროს გაუვალბობა არ ვითარდება;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

972. დივერტიკულური დაავადების დიაგნოზის დადგენა შესაძლებელია: 1 ფიზიკალური გასინჯვით; 2 ულტრასონოგრაფიით; 3 რენტგენოკონტრასტული კვლევით;

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

973. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულური დაავადების დროს ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია: 1 დაავადების

გამოვლენისთანავე; 2 დივერტიკულიტის განვითარებისთანავე; 3 მორეციდივე მწვ. დივერტიკულიტის შემთხვევაში;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

974. მასიური სისხლდენით გართულებული დივერტიკულიტის დაავადების კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში დასაშვებია გაკეთდეს: 1 სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო (სისხლძარღვში ვაზოპრესინის შეყვანით) ანგიოგრაფია; 2 სისხლმღენი უბნის პროქსიმალურად კოლოსტომის გაფორმება; 3 სისხლმღენი უბნის რეზექცია ანასტომოზის გაფორმებით;

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

975. სიგმური კოლინჯის შუა მესამედის დივერტიკულის პერფორაციის დროს, ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) ობსტრუქციული რეზექცია ჰარტმანით;
- ბ) პრევენტიული ორლულა გრანსვერზოსტომია;
- გ) პერფორირებული უბნის გაკერვა, ორლულა გრანსვერზოსტომია;
- *დ) პერფორირებული უბნის მაგარებელი ნაწლავის სტომის სახით გამოგანა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

976. მასიური სისხლდენით გართულებული დივერტიკულიტის დაავადების დროს, ჰემოსტაზური თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა იგეგმება შემდეგ ვადებში:

- ა) 1-2 სთ;
- ბ) 2-5 სთ;
- *გ) 6-10 სთ;
- დ) 12-16 სთ;
- ე) 16-24 სთ.

977. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზის დროს ჩვენების მიხედვით კეთდება სხვადასხვა სახის ოპერაციები. მათ შორის არის: 1 ჰარტმანის ოპერაცია; 2 სუბტოტალური კოლექტომია; 3 კოლპროქტექტომია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია ყველა პასუხი

978. მსხვილი ნაწლავის გაურთულებელი დივერტიკულოზის დროს პაციენტს შეიძლება აღედრას ტკივილი: 1 მუცლის პალპაციის ფონზე; 2 მუცლის პერკუსიის ფონზე; 3 საკვების მიღების ფონზე;

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

979. მსხვილი ნაწლავის გაურთულებელი დივერტიკულოზის დროს პაციენტს შეიძლება აღედრას ტკივილი: 1 ნაწლავური სპაზმის გამო; 2 ინტრააბდომინური წნევის მომატების გამო; 3 ინტრაინტესტინური წნევის მომატების გამო;

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

980. მსხვილი ნაწლავის დიფუზურ პოლიპოზთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის მიეკუთვნება მემკვიდრეობით დაავადებათა რიცხვს; 2 მისი გადაცემა ლომინანტული გენით ხდება; 3 მისი გადაცემა რეცესიული გენით ხდება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 2
- ე) სწორია 1 და 3

981. დიფუზური პოლიპოზისთვის დამახასიათებელია კლინიკური მანიფესტაცია:

- ა) ძირითადად ხანდაზმულ ასაკში;
- ბ) ძირითადად ადრეული ბავშვობის ასაკში;
- გ) ძირითადად შუახნის ასაკში;
- დ) ძირითადად ადრეული ბავშვობისა და მოხუცებულობის ასაკში;
- *ე) ძირითადად ადრეული ბავშვობისა და შუახნის ასაკში;

982. ინგრაბლომინური ფსევდოსიმსინეების ჩამოყალიბება ახასიათებს: 1 კრონის დაავადებას; 2 მსხვილი ნაწლავის ლივერტიკულოზს; 3 იშემიურ კოლიტს;

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

983. ლიფუბური პოლიპომის აღენომაგომური ფორმა სრულდება პოლიპოთა ავთვისებიანი გადაგვარებით:

- ა) შემთხვევათა 80%-ში;
- ბ) შემთხვევათა 90%-ში;
- *გ) შემთხვევათა 100%-ში;
- დ) შემთხვევათა 50%-ში;
- ე) აღენომაგომის დროს პოლიპოთა ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია იშვიათია.

984. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა გარდნერის სინდრომს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თავის გვინის სიმსინეცთან;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თირკმელზედა ან ფარისებრი ჯირკვლის სიმსინეცებთან;
- *გ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი რბილი ქსოვილების სიმსინეცებთან და თავის ქალის ოსტეომებთან;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი გუჩების, ლოყების, სახის კანის, ხელისა და ფეხის მტევენების მელანინურ პიგმენტაციასთან;
- ე) ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი ფრჩხილების აგროფიასთან, ალოპეციასა და ჰიპოპროტეინემიასთან.

985. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა გიურკოს სინდრომს:

- *ა) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თავის გვინის სიმსინეცთან;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თირკმელზედა ან ფარისებრი ჯირკვლის სიმსინეცებთან;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი რბილი ქსოვილების სიმსინეცებთან და თავის ქალის ოსტეომებთან;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი გუჩების, ლოყების, სახის კანის, ხელისა და ფეხის მტევენების მელანინურ პიგმენტაციასთან;
- ე) ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი ფრჩხილების აგროფიასთან, ალოპეციასა და ჰიპოპროტეინემიასთან;

987. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა ოლფილდის სინდრომს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თავის გვინის სიმსინეცთან;
- *ბ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თირკმელზედა ან ფარისებრი ჯირკვლის სიმსინეცებთან;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი რბილი ქსოვილების სიმსინეცებთან და თავის ქალის ოსტეომებთან;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი გუჩების, ლოყების, სახის კანის, ხელისა და ფეხის მტევენების მელანინურ პიგმენტაციასთან;
- ე) ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი ფრჩხილების აგროფიასთან, ალოპეციასა და ჰიპოპროტეინემიასთან.

988. მოუძებნეთ შესაბამისი აღწერილობა კრონ კაიგ-კანადის სინდრომს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თავის გვინის სიმსინეცთან;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი თირკმელზედა ან ფარისებრი ჯირკვლის სიმსინეცებთან;
- გ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი რბილი ქსოვილების სიმსინეცებთან და თავის ქალის ოსტეომებთან;
- დ) მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი გუჩების, ლოყების, სახის კანის, ხელისა და ფეხის მტევენების მელანინურ პიგმენტაციასთან;
- *ე) ლიფუბური პოლიპოზი, თანხვედრილი ფრჩხილების აგროფიასთან, ალოპეციასა და ჰიპოპროტეინემიასთან;

989. მსხვილი ნაწლავის ლიფუბური პოლიპომის დროს მიზანშეწონილია:

- ა) შედარებით დიდი ზომის პოლიპების ენდოსკოპიური ექსციზია, შემდგომში დინამიკურ სამკურნალო კოლონოსკოპიათა ჩატარებით;
- ბ) პრევენტული სტომის გაფორმება, ქრისტესისხლათი მკურნალობა დინამიკურ კოლონოსკოპიათა პირობებში;
- გ) რადიკალური ოპერაციის ჩატარება პუბერტატულ პერიოდში; მანამდე პაციენტზე დინამიკური მეთვალყურეობა (კოლონოსკოპიის ჩათვლით);
- *დ) რადიკალური ოპერაციის ჩატარება დიაგნოზის დადგენის მომენტისთვის;
- ე) შედარებით დიდი ზომის პოლიპოთა ლოკალიზაციის უბანთა სეგმენტური რეზექცია, მკურნალობა ქრისტესისხლათი დინამიკური კოლონოსკოპიის პირობებში;

990. იუვენილური ლიფუბური პოლიპომის დროს, ნაწლავი “დაფარულია” პოლიპებით, რომელთაც გააჩნიათ: 1 დიდი ზომები; 2

მცირე ზომები; 3 გრძელი ფეხი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

991. მსხვილი ნაწლავის დიფუზური პოლიპოზისთვის დამახასიათებელია: 1 ჰიპოალბუმინემია; 2 ჰიპერკალემია; 3 ჰიპოკალემია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

992. დიფუზური პოლიპოზისთვის დამახასიათებელია:

- ა) შეკრულობის და ფაღარათობის მონაცვლეობა შეკრულობის ეპიზოდების სიჭარბით;
- ბ) შეკრულობა;
- *გ) ფაღარათი;
- დ) შეკრულობის და ფაღარათობის მონაცვლეობა ფაღარათობის ეპიზოდების სიჭარბით;
- ე) დიფუზური პოლიპოზის დროს ნაწლავის მოტორიკა ნაკლებად ირღვევა;

993. მსხვილი ნაწლავის დიფუზური პოლიპოზის რადიკალური მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება: 1 კოლპროქტექტომია ერთლულა ილეოსტომით; 2 კოლექტომია ილეორექტული ანასტომოზის გაფორმებით; 3 მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია;

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

994. ზრდასრულეულ პაციენტებში მეგაკოლონის ერთ-ერთ სახეს უწოდებენ:

- ა) გრეივისის დაავადებას;
- ბ) ბოუენის დაავადებას;
- *გ) შაგასის დაავადებას;
- დ) ხოჯკინის დაავადებას;
- ე) რეკლიუს დაავადებას;

995. ზრდასრულ პაციენტებში მსხვილი ნაწლავის გაფართოებას უწოდებენ: 1 ცრუ ჰირშპრუნგის დაავადებას; 2 მსხვილი ნაწლავის აგანგლიოზს; 3 სიგმური კოლინჯის აქალაზიას;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

996. “ვისცერულ ანგინასთან” მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) ის იგივეა, რაც ვისცერული სისხლის მიმოქცევის ქრ. დარღვევა;
- ბ) მას შეიძლება საფუძვლად ედოს ექსტრაგანალური მიზეზები;
- გ) მას შეიძლება საფუძვლად ედოს ინტრაგანალური მიზეზები;
- დ) მისთვის დამახასიათებელია ნაწლავის ფუნქციური მოშლილობები;
- *ე) “ვისცერულ ანგინასთან” მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

997. შაგასის დაავადებასთან (ჩჰაგასის Dისეასე) მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი, გარდა შემდეგისა:

- ა) ის არის მონონოკლური დაავადება;
- ბ) მისი გამომწვევის გრყპანოსომა ცრუსი-ს ენდოტოქსინი ნაწლავის სუბმუკოზურ და ინტრამუსკულურ ნერვულ დაბოლოებებზე გოქსიკურ შემოქმედებას ახდენს;
- გ) ის იწვევს მეგაკოლონის ჩამოყალიბებას;
- *დ) მის ფონზე მსხვილი ნაწლავის გაფართოება ყოველთვის გოტალურია;
- ე) ის იწვევს მეგაურეთრის ჩამოყალიბებას;

998. დივერტიკულები არ ყალიბდება:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავში;
- ბ) ცეკუმში;
- *გ) რექტუმში;
- დ) ასწვრივ კოლინჯში;

ე) დასწვრივ კოლინჯში;

999. მსხვილი ნაწლავის შექმნილი დივერტიკულები ყალიბდება ნაწლავის შემდეგი შრეების გამომწევილობის საფუძველზე: 1 ლორწოქვეშა და ლორწოვანი გარსები; 2 კუნთოვანი გარსი; 3 სეროზული გარსი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორია 1 და 3

1000. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის არსებობის დროს ტკივილი აღინიშნება: 1 დივერტიკულიტის განვითარების შემთხვევაში; 2 პერფორაციის დროს; 3 სისხლდენის შემთხვევაში;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1, 2 და 3

*ე) სწორია 1 და 2

1001. მასიურ სისხლდენად მიიჩნევენ სისხლის დანაკარგს დღე-ღამეში:

ა) 100-200 მლ რაოდენობით;

*ბ) 300-500 მლ რაოდენობით;

გ) 600-700 მლ რაოდენობით;

დ) 800-900მლ რაოდენობით;

ე) 1000 მლ რაოდენობით;

1002. წყლულოვანი კოლიტის ფონზე განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნური პროცესი არის: 1 აგრესიული; 2 კეროვანი; 3 მრავალკეროვანი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

1003. იშემიური კოლიტის ფორმებია: 1 განგრენული; 2 გრანზიგორული; 3 მასტენომირებული;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1, 2 და 3

1004. კრონის დაავადებასთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

ა) ჰისტოლოგიური კვლევით გამოხატულია ნაწლავის გრანსმურული ანთება;

ბ) რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში გამოხატულია ლიმფადენოპათიის მოვლენები;

გ) ის მიეკუთვნება კიბოსწინარე დაავადებათა რიცხვს;

დ) მის ფონზე ფიბროზულ ცელილებებს განიცდის ნაწლავის ჯორჯალიც;

*ე) კრონის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

1005. იუვენილური პოლიპომის არატოტალური ფორმით დაავადებულთა ჯგუფში პოლიპებისგან უფრო ხშირად თავისუფალია:

ა) ბრმა ნაწლავი;

ბ) ასწვრივი კოლინჯი;

*გ) განივი კოლინჯი;

დ) დასწვრივი კოლინჯი;

ე) სიგმური კოლინჯი;

1006. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ტოტალური პოლიპომის დროს უფრო მაღალია იმ პოლიპოთა მალიგნიზაციის ალბათობა, რომლებიც განთავსებული არიან:

*ა) მსხვილ ნაწლავში;

ბ) წვრილ ნაწლავში;

გ) თორმეტგოჯა ნაწლავში;

დ) კუჭში;

ე) საყლაპავში;

1007. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულიდან სისხლდენის დროს მიზანშეწონილია: 1 ჰემოსტაზური მკურნალობა; 2 ცივი ადგილობრივად; 3 ბარიუმის ფაფით ოცნის გაკეთება ბარიუმით დივერტიკულის ერთგვარი გამჟონადის მიზნით;

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

1008. სიგმური კოლინჯის დიფერტიკულობის გამო სეროზომიოტომიის გაკეთების დროს (დეილჟის მიხედვით) პირველი განაკვეთი კეთდება:

- ა) ნაწლავის ჯორჯლის მიდამოში;
- ბ) ნაწლავის ჯორჯლიდან 0,5 სმ დაშორებით;
- გ) ნაწლავის ჯორჯლიდან 1 სმ დაშორებით;
- *დ) ნაწლავის ჯორჯლის მოპირდაპირე მხარეს;
- ე) განაკვეთის გატარების ადგილი წინასწარ არ არის ხოლმე განსაზღვრული;

1009. სიგმური კოლინჯის დიფერტიკულობის გამო სეროზომიოტომიის გაკეთების დროს (დეილჟის მიხედვით) სიგრძივი განაკვეთით ხდება:

- ა) ნაწლავის სიგრძივი შრის გაკვეთა;
- ბ) ნაწლავის ირგვლივი შრის გაკვეთა;
- *გ) ნაწლავის როგორც სიგრძივი, ისე ირგვლივი შრის გაკვეთა;
- დ) ნაწლავის მხოლოდ სეროზული შრის გაკვეთა;
- ე) ნაწლავის სეროზული, კუნთოვანი და ლორწოვანი შრეების გაკვეთა;

1010. ერთნაირი ჰისტოლოგიური შენების პოლიპები (პოლიპომის ე.წ. “სუფთა ფორმა”) გვხვდება:

- *ა) მილიარული პოლიპომის დროს;
- ბ) აღენომატომური პოლიპომის დროს;
- გ) აღენოპაპილომატომური პოლიპომის დროს;
- დ) ამგვარი, ე.ი. პოლიპომის “სუფთა ფორმა” არ არსებობს;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1011. მსხვილი ნაწლავის დიფერტიკულთან დაკავშირებული პერიფოკალური აბსცესის მუცლის დრეში გახსნისას მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) მძლავრი ანტიბიოტიკოთერაპია, ინტრაკორპორული დეზინტოქსიკაციური ღონისძიებები;
- ბ) აბსცესის დრენირება, მისი მიმდებარე ნაწლავის ობსტრუქციული რემექცია;
- გ) აბსცესის აღკვეთური დრენირება, მძლავრი ანტიბიოტიკოთერაპია;
- *დ) აბსცესის აღკვეთური დრენირება, ორლულა პრევენტული კოლოსტომია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1012. ჰემოროიდული დაავადება მემკვიდრული ფაქტორის მოქმედებით ყალიბდება შემთხვევითა:

- ა) 22%-ში;
- ბ) 32%-ში;
- *გ) 42%-ში;
- დ) 52%-ში;
- ე) ჰემოროიდული დაავადების ჩამოყალიბებაში მემკვიდრული ფაქტორის როლი შესწავლილი არ არის;

1013. მსხვილი ნაწლავის დიფერტიკულობის ფონზე განვითარებული კოლო-ვემბიკულური, კოლო-ვაგინური და კოლო-ინტესტინური ფისტულების ჩამოყალიბებისას კვლევის შეუცვლელი მეთოდია:

- ა) კოლონოსკოპია;
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- გ) მაგნიტურ ბირთვულ რეზონანსული გამოსახვა;
- *დ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- ე) ენდოსკოპიული ულტრასონოგრაფია.

1014. დიფერტიკულობის ენდოსკოპიურ ნიშნებს მიეკუთვნება: 1 დიფერტიკულის ყელთან სისხლძარღვის არსებობა (ხშირად); 2 დიფერტიკულობის ზონაში ნაწლავის კედლის რიგიდულობა; 3 დიფერტიკულის ზონაში ფიზიოლოგიური სფინქტერების მოლუნება;

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

1015. სვენსონის მიხედვით ბიოფსიასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის კეთდება გაუტკივარების პირობებში; 2 მასალის აღება ხდება დაკბილული ხაზიდან 3-4 სმ პროქსიმალურად; 3 მასალის აღება ხდება დაკბილული ხაზის ღონებზე;

- ა) 1
- ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

1016. სვენსონის მიხედვით ბიოფსიასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1) სწორი ნაწლავის კედლიდან აღებული მასალის სიგრძივი ზომა უნდა იყოს დაახლოებით 5 მმ; 2) სწორი ნაწლავის კედლიდან აღებული მასალის სიგრძივი ზომა უნდა იყოს 10 მმ; 3) მასალის აღების შემდეგ წარმოქმნილი ჭრილობა უნდა გაიკეროს;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

*ე) სწორია 2 და 3

1017. სარკოიდოზის დროს ჩამოყალიბებულ გრანულომებს, კრონის დაავადების ფონზე განვითარებული გრანულომებისგან განსხვავებით, აქვთ: 1 უფრო დიდი ზომა; 2 უფრო მცირე ზომა; 3 ოვალური კონტური;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 3

ე) სწორია 2 და 3

1018. კრონის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 ის, როგორც ნომოლოგიური ერთეული, პირველად აღწერა ჩროქნ-მა 1932 წელს; 2 მისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის დაწყება ლორწოქვეშა შრიდან; 3 მისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის დაწყება ლორწოვანი შრიდან;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

1019. წყულლოვან კოლიტთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება იმუნოლოგიურ დარღვევებს; 2 მისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის დაწყება ლორწოქვეშა შრიდან; 3 მისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის დაწყება ლორწოვანი შრიდან;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

*ე) სწორია 1 და 3

1020. იუვენილურ პოლიპოზთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

*ა) მას აყალიბებს პოლიპები, რომლებშიც ჯირკვლოვანი კომპონენტი მნიშვნელოვნად ჭარბობს სტრომას;

ბ) იუვენილური პოლიპის ეპითელიურ უჯრედებს აქვთ ჩვეულებრივი შენება და ისინი ხასიათდებიან ლორწოს ჭარბი პროლუქციით;

გ) იუვენილურ პოლიპებში აგიაპის მოვლენები პრაქტიკულად არ ვლინდება;

დ) იუვენილური პოლიპები მალიგნიზაციას იშვიათად განიცდიან;

ე) იუვენილურ პოლიპოზთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

1021. იუვენილური პოლიპოზის დროს ვითარდება მეტაბოლური მოშლილობები, რომელთა შორის არის: 1 ჰიპოალბუმინემია; 2 ჰიპოქოლესტერინემია; 3 ჰიპერქოლესტერინემია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) სწორია 1 და 2

ე) სწორია 1 და 3

1022. მეტაბოლური მოშლილობები ყველაზე ნაკლებად არის გამოხატული დიფუზური პოლიპოზის:

*ა) ჰიპერპლასტიკური ფორმის დროს;

ბ) აღენომაგოზური ფორმის დროს;

გ) აღენოპაპილომაგოზური ფორმის დროს;

დ) თანაბრად არის გამოხატული ა და ბ ფორმების დროს;

ე) თანაბრად არის გამოხატული ბ და გ ფორმების დროს;

1023. მეტაბოლური მოშლილობები ყველაზე მეტად არის გამოხატული დიფუზური პოლიპოზის:

ა) ჰიპერპლასტიკური ფორმის დროს;

- ბ) აღენომაგოზური ფორმის დროს;
- *გ) აღენოპაპილომაგოზური ფორმის დროს;
- დ) თანაბრად არის გამოხატული ა და ბ ფორმების დროს;
- ე) თანაბრად არის გამოხატული ბ და გ ფორმების დროს;

1024. სიგმური კოლინჯის შემოგრეხასთან მიმართებაში არ არის სწორი შემდეგი:

- ა) აირებსა და განავალზე გასვლის შემდეგ აღინიშნება დაავადების დაწყებისთანავე;
- ბ) გულისრევა და პირღებინება აღინიშნება მოგვიანებით, აირებსა და განავალზე გასვლის შემდეგ;
- გ) სტრანგულაციის კლინიკა ვლინდება საკუთარი ღერძის მიმართ ნაწლავის 180 გრადუსზე მეტი კუთხით შემოგრეხის შემთხვევაში;
- *დ) მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე ვლინდება მსხვილი ნაწლავის სეგმენტი გახშირებული ჰაუსტრაციით;
- ე) სიგმური კოლინჯის შემოგრეხასთან მიმართებაში სწორია ყველა ჩამოთვლილი პასუხი;

1025. ჰირშპრუნგის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 მისი სიმპტომატიკა პირველად აღწერა ჰირშპრუნგმა 1888 წელს; 2 მისთვის დამახასიათებელია აგანგლიური უბნის კედლის მექანიკური გაღიზიანების საპასუხოდ, შიგნითა სფინქტერის მოღუნება; 3 მისთვის დამახასიათებელია აგანგლიური უბნის კედლის მექანიკური გაღიზიანების საპასუხოდ, შიგნითა სფინქტერის ტონუსის მომატება;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

1026. მსხვილი ნაწლავის რომელი მორფოლოგიური ცვლილებების ნიადაგზე ყალიბდება მეგაკოლონი:

- ა) ნაწლავის კედლის სისხლით მომარაგების მოშლის
- ბ) ნაწლავის კუნთოვანი შრის დისტროფიის
- გ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გასქელების და პროლიფერაციის
- *დ) ნაწლავის ინტრამურული ნერვული სისტემის დისტროფიის
- ე) ნაწლავის სეროზული გარსის ჰიპერტროფიის

1027. რომელი დაავადების დროს გამოიყენება ტერმინი "მარცხენამხრივი აპენდიციტი" - ლეინეკას სიმპტომი

- ა) მწვავე პროქტოსიგმოიდიტის დროს
- ბ) მარცხენამხრივი გამწვავე ბული კრონის დაავადების დროს
- *გ) მწვავე მარცხენამხრივი დივერტიკულიტის დროს
- დ) ლიფუზური პოლიპომის დროს
- ე) რექტოსიგმოიდური ნაწილის კიბოს დროს

1028. ილიოპათიური მეგაკოლონის ქირურგიული კორექციის ჩვენებას წარმოადგენს: 1) მსხვილი ნაწლავის დეკომპენსირებული მდგომარეობა; 2) არსებული პათოლოგიის სიმსივნედ გადაგვარების საშიშროება; 3) გაუვალობის საშიშროება, ინტოქსიკაცია, ორგანიზმის დაცვითი ძალების განღევა

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

1029. ჰირშპრუნგის დაავადების დროს რებენის ოპერაციის ეფექტურობა მდგომარეობს: 1) რექტო-ანალური რეფლექსის შენარჩუნებაში; 2) შეკავების ფუნქციის შენარჩუნებაში; 3) გასტროკოლინჯის რეფლექსის შენარჩუნებაში

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

1030. რა მეთოდებითაა შესაძლებელი დივერტიკულური წარმოშობის ინფილტრატების ლიკვიდაცია, ანთებითი პროცესის კუპირება: 1) ქირურგიული წესით; 2) ანტიბიოტიკებითა და სპაზმოლიზური საშუალებებით; 3) ლაზეროთერაპიით

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

1031. დივერტიკულური დაავადების რომელი გართულების დროს კეთდება გეგმიური ოპერაციები: 1) მუცლის ღრუს ინფილტრატების და აბსცესების დროს; 2) ქრონიკულად მიმდინარე მორეციდივე დივერტიკულიტის დროს; 3) პროფუზული

სისხლდენის დროს

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

1032. ჩამოთვლილი ოპერაციული მეთოდებიდან რომელია უფრო დაზოგველი დივერტიკულოზის მკურნალობისას:

- ა) დაზიანებული უბნების ეკონომიური რეზექციები
- ბ) სუბტოტალური კოლექტომია
- *გ) სეროზომიოტომია რეილი-ჰოლოგსონის წესით
- დ) ჰარტმანის ტიპის ოპერაციები
- ე) მიკულიხის ოპერაცია

1033. რას გულისხმობს გერმინი "ილიოპათიური მეგაკოლონი": 1) ნაწლავის გიგანტიზმს, რომელიც განვითარდა ინგრამურული ნერვული სისტემის დესტრუქციის ნიადაგზე; 2) ნაწლავის გიგანტიზმს, განვითარებულს ინფექციური პროცესებით; 3) ნაწლავის გიგანტიზმს, განვითარებულს გაურკვეველი მიზეზებით

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1; 2

სიგუაციური ამოცანები

1034. ენდოსკოპიური კვლევით მსხვილ ნაწლავში გამოვლინდა ანთებითი პროცესის არსებობა; სწ. ნაწლავი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშეა; ზემდებარე უბნებში აღინიშნება დაზიანებული და დაუზიანებელი უბნების მონაცვლეობა. სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;
- ბ) წყლულოვანი კოლიტი;
- *გ) კრონის დაავადება;
- დ) ამებური დიმენტირია;
- ე) ჰირშპრუნგის დაავადება;

1035. 35 წ. ქალს აღინიშნება სხეულის მასის დაქვეითება, შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, ფაღარათი (სისხლიანი მინარევი განავალში), სუბფუბრილიტიტი, ტენემები. კოლონოსკოპიით გამოვლინდა რექტუმის და მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის ჰიპერემია, მარცვლოვანება, კონტაქტური სისხლკონფალოზა. სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) კრონის დაავადება;
- ბ) მსხვილი ნაწლავის იშემიური დაზიანება;
- *გ) წყლულოვანი კოლიტი;
- დ) ჰირშპრუნგის დაავადება;
- ე) კოლოპათია;

1036. 42 წლის მამაკაცი, რომელსაც აქვს კრონის დაავადება, კლინიკაში შემოვიდა მწვავე ობტურაციული გაუვალობით. ლაპაროტომიის დროს დადგინდა ობსტრუქციის მიზეზი - ნაწიბუროვანი პროცესი ილეუმის გერმინალურ ნაწილსა და ასწვრივ კოლინჯში. მღივი და თემოს ნაწლავის საზღვარზე, ე.ი. წვრილი ნაწლავის შუა ნაწილში გამოვლინდა ძირითადი დაავადებით დაზიანებული, მაგრამ გამავლობაშენარჩუნებული ნაწლავი. რა მასშტაბის ქირურგიული ჩარევა უნდა განხორციელდეს მოცემულ სიგუაციაში?

- *ა) წვრილი ნაწლავის შუა ნაწილის რეზექცია, მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია;
- ბ) სუბტოტალური კოლექტომია;
- გ) შემოვლითი ანასტომოზი შევიწროებული სეგმენტის გარშემო;
- დ) სუბტოტალური კოლექტომია, წვრილი ნაწლავის დაზიანებული სეგმენტის რეზექცია;
- ე) მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია;

1037. კრონის დაავადების გამო ჩატარებული ინტრააბდომინური მასშტაბური ოპერაციის შემდეგ ავ-ფს 4 დღის განმავლობაში ჩადგმული ჰქონდა შარდის ბუშტის კათეტერი. მე-10 დღემდე მისი მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი. მე-10 დღეს დაეწყო ცხელება (39-40 გარადუსი C), ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ნაწლავური გაუვალობის მოვლენები. ოპ/შ ჭრილობა გაურთულებელი. ქვემოჩამოთვლილი გართულებებიდან უფრო მეტად სავარაუდოა, რომ განვითარდა:

- ა) მარჯვენამხრივი პნევმონია;
- ბ) პიელონეფრიტი;
- გ) კრონის დაავადების რეციდივი;
- *დ) ინტრააბდომინური აბსცესი;
- ე) ფსევდომემბრანული კოლიტი;

1038. ავ-ფი ქალი, 28 წლის, უჩივის შეკრულობას, ტკივილს ანუსის არეში დეფეკაციის შემდეგ, რაც გრძელდება 4-5 სთ-ის

განმავლობაში. აღნიშნავს მცირე რაოდენობით ალისფერ სისხლდენას, ასევე ლეფეკაციის შემდეგ. ანამნეზი 6 თვის. ობ.: საათის ციფერბლაგის 6 და 12 საათზე ანალური ფოჩები; ღუნულუთა გაღაწევისას ანალურ არხში 6 სთ-ზე ლორწოვანი გარსის სოლისებური ლეფექტი შემალბებული კიდეებით; პერ რეცტუმ თითით გასინჯვა შეწყვეტელ იქნა ტკივილის გამო. ღიაგნობი:

- ა) მწვავე კრიპტიტი;
- ბ) უკანა მწვ. ანალური ნაპრალი;
- *გ) უკანა ქრ. ანალური ნაპრალი;
- დ) წინა და უკანა ქრ. ანალური ნაპრალი;
- ე) სწ. ნაწლავის უკანა შიგნითა ფისგულა;

1039. აგ-ფი მამაკაცი, 39 წლის, აღნიშნავს მცირე რაოდენობით ჩირქლენას ანალური მიდამოდან. ანამნეზი 1 წლის. დაავადება დაიწყო მწვავედ; ანუსის არეში ჩამოუყალიბდა ჩირქტროვა, რომელიც 5 დღის შემდეგ გაიხსნა სპონტანურად. ობ.: ანუსიდან 1,5 სმ-ზე 7 სთ-ის შესაბამისად ფისგულის გარეთა ხერელი მცირე რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენით. ფისგულის არხი შეიგრძნობა პალპაციით. თითით გასინჯვით-6 სთ-ზე ფისგულის შიგნითა ხერელი. ზონდი თავისუფლად გარღება ნაწლავის სანათურში. ქსოვილთა სისქე ზონდს ზემოთ 0,5 სმ. ღიაგნობი - სწორი ნაწლავის

- ა) უკანა მარჯვენა ექსტრასფინქტერული ფისგულა;
- ბ) უკანა მარცხენა გრანსსფინქტერული ფისგულა;
- *გ) უკანა მარჯვენა ინტრასფინქტერული ფისგულა;
- დ) უკანა მარცხენა ინტრასფინქტერული ფისგულა;
- ე) წინა კანქვეშა-ლორწვეშა ფისგულა;

1040. აგ-ფი ქალი, 28 წლის, უჩივის ჩირქისა და ნაწლავური აირების გამოყოფას საშოდან. ანამნეზი 9 თვის. დაავადება დაიწყო შესიებით და ტკივილით შორისის არეში; ერთი კვირის შემდეგ ტკივილის ინტენსიობამ მთიკლო, საშოდან აღინიშნა ჩირქოვანი გამონადენი. ობ.: პერიანალური მიდამო პალპაციით უცვლელი; საშოს შესავალიდან 2 სმ ხერელი ფიბროზული კიდეებით; პერ რეცტუმ თითით გასინჯვით ანალურ არხში 12 სთ-ზე შეიგრძნობა კრაგერისებური ჩაღრმავება, რომელშიც გამოდის საშოში არსებული ხერელიდან გაგარებული ზონდი. ქსოვილთა სისქე ზონდზე 2 სმ-მდეა. ღიაგნობი:

- ა) სწ. ნაწლავის წინა გრანსსფინქტერული ფისგულა;
- ბ) რექტო-ვაგინური ექსტრასფინქტერული ფისგულა;
- გ) სწ. ნაწლავის წინა გრანსსფინქტერული ფისგულა;
- *დ) რექტო-ვაგინური გრანსსფინქტერული ფისგულა;
- ე) რექტო-ვაგინური ინტრასფინქტერული ფისგულა;

1041. აგ-ფი მამაკაცი, 36 წლის; 11 თვის წინ მარცხენა პერიანალურ არეში ჩამოუყალიბდა ჩირქტროვა, რომელიც გაიხსნა სპონტანურად. კლანიკაში მთავსებამდე 6 თვით აღრე მას დაეწყო ტკივილი ყოველი ლეფეკაციის შემდეგ, რასაც 2 თვეში მოჰყვა ანალური არხის წინა გარემოწერილობაზე ჩირქტროვის ჩამოყალიბება, სამ დღეში ამ უკანასკნელის სპონტანური თვითღრენიებით. ობ.: პერიანალურად 5 სთ-ზე ანუსიდან 5 სმ დაშორებით ფისგულის ხერელი; ფისგულის არხი პალპაციით არ შეიგრძნობა. სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვით 6 სთ კრაგერისებური ჩაღრმავება; 12 საათზე - ანალური არხის ლორწოვანი გარსის ლეფექტი უსკერზე ძაბვისებური ჩაღრმავებით. ფისგულის გარეთა ხერელიდან გაგარებული ზონდი მიემართება სწ. ნაწლავის პარალელურად და იძირება 8 სმ სიღრმეზე. ანალური სარკის კონტროლით 12სთ-ზე შეყვანილი მოხრილი ზონდი იძირება 0,5 სმ. ღიაგნობი:

- ა) სწ. ნაწლავის უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულა;
- *ბ) წინა შიგნითა ინტრასფინქტერული ფისგულა, უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულა;
- გ) უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულა, წინა ქრ. ანალური ნაპრალი;
- დ) უკანა ინტრასფინქტერული ფისგულა, წინა ანალური ნაპრალი;
- ე) წინა ექსტრასფინქტერული ფისგულა, უკანა შიგნითა ინტრასფინქტერული ფისგულა;

1042. 36 წლის მამაკაცს 5 წლის წინ გავა-კულუსუნის არეში ჩამოუყალიბდა ჩირქტროვა, რომელიც გაიხსნა სპონტანურად; მომდევნო წელს პერიანალურ მიდამოში ჩამოყალიბდა აბსცესი, რომლის ღრენიება გაკეთდა მარჯვენა და მარცხენა პარარექტული განაკვეთებით. ობ.: პერიანალურად ანუსიდან 4 და 5 სმ დაშორებით 5 და 8 საათზე ორი ხერელი; მესამე ხერელი ანუსიდან 6 სმ 7 სთ შესაბამისად. გავა-კულუსუნის არეში სამი წერტილოვანი ხერელმილი. ფისგულის არხები, დაწყებული 5 და 8 სთ-ზე არსებული ხერელებიდან, პალპაციით არ შეიგრძნობა; სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვით 6 სთ-ზე - კრაგერისებური ჩაღრმავება. 5 და 8 სთ-ზე არსებულ ხერელებში გაგარებული ზონდი მიემართება სწ. ნაწლავის პარალელურად და იძირება 8 სმ სიღრმეზე; 7 სთ-ზე მდებარე ხერელიდან ზონდი გარღება გავის მიმართულებით. ღიაგნობი:

- ა) კულუსუნის ქრ. ეპითელური გზის რთული ფორმა;
- ბ) სწ. ნაწლავის უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულა, კულუსუნის ეპითელური გზის რთული ფორმა;
- *გ) სწ. ნაწლავის უკანა ექსტრასფინქტერული ნალისმაგვარი ფისგულა, კულუსუნის ქრ. ეპით. გზის რთული ფორმა;
- დ) სწ. ნაწლავის უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულა;
- ე) კულუსუნის ქრ. ეპით. გზა, სწ. ნაწლავის უკანა ნალისმაგვარი გრანსსფინქტერული ფისგულა;

1043. აგ-ფი ქალი, 21 წლის, უჩივის მკვეთრ ტკივილს ლეფეკაციის შემდეგ, რაც გრძელდება 7-8 სთ. აღინიშნება მცირე რაოდენობით ალისფერი სისხლდენაც. ანამნეზი 1,5 თვის. დაავადებას უკავშირებს შეკრულობას. 12 სთ ლორწოვანი გარსის სამკუთხა ლეფექტი სწორი კიდეებით, სუფთა უსკერით. გამოხატულია სფინქტერის სპაზმი. ღიაგნობი:

- ა) ლორწოვანი გარსის მექანიკური დაზიანება;
- ბ) ქრ. წინა ანალური ნაპრალი სფინქტერის ძლიერი სპაზმით;
- გ) კრიპტიტი;

- *დ) მწვ. წინა ანალური ნაპრალი სფინქტერის ძლიერი სპაზმით;
- ე) სწორი დიაგნოზი არ არის ჩამონათვალში;

1044. 26 წლის მღელრობითი სქესის პაციენტის მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკა წინა მწვ. ანალური ნაპრალის დროს (კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში) არის:

- ა) ნაპრალის ამოკვეთა, წინა ლობირებული სფინქტეროტომია, ჭრილობის მთლიანობის აღდგენა;
- ბ) ანალური სფინქტერის გაჭიმვა;
- გ) ნაპრალის ამოკვეთა, უკანა ღია ლობირებული სფინქტეროტომია;
- *დ) ნაპრალის ამოკვეთა ჭრილობის მთლიანობის აღდგენით, გვერდითი დახურული სფინქტეროტომია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1045. აგ-ფი მამაკაცი, 23 წლის, უჩივის შესიებასა და ტკივილს გაბა-კულუსუნის და პერიანალურ არეში. ანამნეზი 4 დღის სხეულის ტემპერატურა 38 გრადუსი ჩ. ობ.: ანუსის ირგვლივ უსისგემოდ განლაგებული რბილი კონსისტენციის გარეთა ჰემოროიდული კვანძები. ღუნულუთაშორისი მიდამო ჰიპერემიული, შესიებული. კულუსუნის შუა ხაზზე ანუსიდან 4 სმ ძაბრისებური ხერეფი. სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვით 3, 7 და 11 სთ შეიგრძნობა რბილი კონსისტენციის შიგნითა ჰემოროიდული კვანძები. დიაგნოზი:

- ა) გარეთა და შიგნითა ბუასილი პერიანალური შეშუპებით;
- ბ) კულუსუნის დაზიანებული ეპით. გზა, შიგნითა ბუასილი;
- *გ) კულუსუნის დაზიანებული ეპით. გზა, გარეთა და შიგნითა ბუასილი;
- დ) მწვ. პარაპროქტიტი, გარეთა და შიგნითა ბუასილი;
- ე) დაზიანებული ღერძოილული კისტა, შიგნითა ბუასილი;

1046. 23 წლის მამაკაცის მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკა კულუსუნის ეპით. გზის დაზიანების პირველი ეპიზოდის დროს:

- ა) ჩირქტროვის გახსნა, ღრეინირება;
- ბ) პათოლოგიის უბნის ინფილტრაცია ანტიბიოტიკებით;
- გ) ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით;
- *დ) ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის ღიალ დატოვებით;
- ე) ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის გაკერვით;

1047. დაავადების რეციდივის მიზეზი, კულუსუნის ეპით. გზის (კეგ) პირველი დაზიანების ფონზე კეგ-ის ამოკვეთის (ჭრილობის ღიალ დატოვების) შემდეგ შეიძლება იყოს: 1 პირველადი ხერეფების არასწორი განსაზღვრა და ამოკვეთა; 2 ჭრილობის დაზიანება; 3 ჩირქოვანი დეპოზიტების მხედველობიდან გამორჩენა;

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 3
- ე) სწორია 2 და 3

1048. პაციენტი უჩივის მუღმივი ხასიათის ტკივილს პერიანალურ არეში. ანამნეზი 5 დღის. დაავადება დაეწყო მწვავედ. ობ.: პერიანალური მიდამოს მარცხენა ქვემო კვადრანტში ჰიპერემია, აქვე პალპაციით - ფლუქტუაცია; პერ რექტუმ თითით გასინჯვით - 6 სთ კრატერისებური ჩაღრმავება, ანუსიდან 1,5-2 სმ სიმაღლეზე რექტუმის მარცხენა კვადელი გამოზნეილი ნაწლავის სანათურში. დიაგნოზი:

- ა) უკანა ლორწვეშა მწვ. პარაპროქტიტი;
- ბ) უკანა მარცხენა იშიორექტული მწვ. პარაპროქტიტი;
- *გ) უკანა მარცხენა კანქვეშა-ლორწვეშა მწვ. პარაპროქტიტი;
- დ) პოსტანალური მწვ. პარაპროქტიტი;
- ე) რეტრორექტული მწვავე პარაპროქტიტი;

1049. აგ-ფი მამაკაცი, 38 წლის, უჩივის ძლიერ ტკივილს ღეფეკაციის შემდეგ. პერიანალურად გამოვლინება არ არის. თითით გასინჯვა შეუძლებელია სფინქტერის ძლიერი სპაზმის გამო. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) მწვ. პარაპროქტიტი;
- *ბ) მწვ. ანალური ნაპრალი;
- გ) შიგნითა ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზი;
- დ) სწ. ნაწლავის პოლიპი;
- ე) პროქტოსიგმოიდიტი;

1050. აგ-ფი მამაკაცი, 20 წლის, ავად არის 3 დღეა. ობ.: პერიანალური მიდამოს მარცხენა ქვ. კვადრანტში აღინიშნება ჰიპერემია; პალპაციით შეიგრძნობა ზონარი, რომელიც მთავრდება კულუსუნის არეში, შუა ხაზიდან მარცხნივ 1 სმ დაშორებით მღებარე ხერეფით; სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვით რაიმე პათოლოგია არ ვლინდება. დიაგნოზი:

- ა) მწვ. პარაპროქტიტი;
- ბ) კულუსუნის ქრ. ეპით. გზა;
- გ) კულუსუნის აბსცედირებული ეპით. გზა;
- *დ) კულუსუნის მიდამოს აბსცედირებული ღერძოილული კისტა;
- ე) გარეთა ჰემოროიდული თრომბოზი პერიანალური შეშუპებით;

1051. ავ-ფი მამაკაცი, 45 წლის; ლეფეკაციის შემდეგ აქვს ალისფერი სისხლდენა. ანამნეზი 6 თვის. სწ. ნაწლავის თითოთი გასინჯვით ანუსიდან 5 სმ ისინჯება 1,5-2 სმ ზომის მომრგვალო, რბილი კონსისტენციის წარმონაქმნი ფართო ფუძით. დიაგნოზი:

- ა) შიგნითა ჰემოროიდული კვანძის თრომბოზი;
- ბ) ინფილტრაციული პარაპროქტიტი;
- გ) ჰიპერტროფიული ანალური ღერილი;
- *დ) სწ. ნაწლავის პოლიპი;
- ე) სწორი დიაგნოზი არ არის მოცემული;

1052. ავ-ფი მამაკაცი, 48 წლის, უჩივის ყრუ ხასიათის გვივილს სწორ ნაწლავში, ლორწოვან-ჩირქოვან გამონადენს ნაწლავიდან; აქვს სუბფებრილიტეტი. ანამნეზი 25 დღის; დაავადება დაეწყო მწვაველ, ჩირქოვან ჩამოყალიბებით და შემდგომში ნაწლავის სანათურში მისი სონტაქური გახსნით. სწ. ნაწლავის თითოთი გასინჯვით უკანა კრიპტში შეიგრძნობა კრატერისებური ჩაღრმავება; მაღლა, ანუსიდან 6-7 სმ შესიება, რომელიც თითის დაჭერით ზომიერად მტკივნეულია. დიაგნოზი:

- ა) არასრულად ღრუნირებული კანქვეშა მწ. პარაპროქტიტი;
- ბ) სწ. ნაწლავის ენდოფიტური, დაწყებული სიმსივნე;
- *გ) ინფილტრაციული პარაპროქტიტი;
- დ) სწ. ნაწლავის ჰემანგიომა;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1053. ავ-ფი ქალი, 28 წლის, ავად არის 5 დღე; აღნიშნავს ძლიერ გვივილს ანალურ არეში, გემპერატურის მომატებას 38 გრადუს ჩ-მდე. ობ.: პერიანალური მიდამოს მარცხენა მემო და ქვემო კვადრანტი შესიებული, ჰიპერემიული; პერ რეცტუმ თითოთი გასინჯვისას წინა კრიპტა მტკივნეული; რექტუმის მარცხენა კვადრანტი გამომწვევი ნაწლავის სანათურში ანუსიდან 4 სმ სიმაღლემდე. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) წინა მარცხენა კანქვეშა-ლორწვეშა მწ. პარაპროქტიტი;
- *ბ) წინა მარცხენა იშიორექტული მწ. პარაპროქტიტი;
- გ) წინა სფინქტერითორისი მწ. პარაპროქტიტი;
- დ) წინა ლორწვეშა მწვავე პარაპროქტიტი;
- ე) წინა მარჯვენა იშიორექტული პარაპროქტიტი;

1054. ავ-ფი ქალი, 54 წლის, უჩივის გვივილს მუცლის არეში, მეგეორიზმს, ყურყურს, ხშირ ლეფეკაციას (3-4-ჯერ დღეში) ფაფისებური განავლით. ავ-ფი ღებრესიულია, ღებრესიული, ლეფეკაციის აქტი მრავალმომენტანია. მსხვილი ნაწლავის საროქცილო არე პალპაციით ზომიერად მტკივნეული. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) ღებრესიული;
- ბ) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი;
- გ) ღებრესიული პოლიპოზი;
- დ) ციგომეგალოფირუსული კოლიტი;
- *ე) მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომი;

1055. შეარჩიეთ სწ. ნაწლავის უკანა ექსტრასფინქტერული ფისგულის შესაბამისი აღწერილობა:

- ა) ფისგულის გარეთა ხერელი მდებარეობს ანუსიდან 3 სმ-ზე 5 სთ-ის შესაბამისად; ფისგულის არხი პალპაციით შეიგრძნობა; შიგნითა ხერელი უკანა კრიპტშია. მონდი მიემართება ნაწლავის პარალელურად 1,5 სმ სიღრმემდე და შემდეგ გამოდის ნაწლავის სანათურში; ქსოვილთა სისქე მონდს ბემოთ 1,5 სმ-ია;
- ბ) ფისგულის გარეთა ხერელი მდებარეობს ანუსიდან 5 სმ-ზე 11 სთ შესაბამისად; ფისგულის არხი პალპაციით არ შეიგრძნობა; შიგნითა ხერელი წინა კრიპტშია. მონდი გარდება ნაწლავის პარალელურად და იძირება 6 სმ სიღრმემდე;
- *გ) გარეთა ხერელი მდებარეობს ანუსიდან 5 სმ-ზე 5 სთ შესაბამისად; ფისგულის არხი პალპაციით არ შეიგრძნობა; შიგნითა ხერელი უკანა კრიპტშია; მონდი გარდება ნაწლავის პარალელურად და იძირება 8 სმ სიღრმემდე.
- დ) ფისგულის გარეთა ხერელი მდებარეობს ანუსიდან 2 სმ-ზე 7 სთ შესაბამისად; ფისგულის არხი პალპაციით შეიგრძნობა; შიგნითა ხერელი უკანა კრიპტშია; მონდი გამოდის ნაწლავის სანათურში; ქსოვილთა სისქე მონდს ბემოთ 2 სმ-ია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

1056. შეარჩიეთ რეციდიული გართულებული კულუსუნის ქრ. ეპით. გმის შესაბამისი აღწერილობა:

- ა) კულუსუნის შუა ხაზზე სამი წერტილოვანი ხერელი; შუა ხაზიდან მარჯვნივ და მარცხნივ 3-3 ხერელი, გარშემო 4-5 სმ ზომის ინფილტრაციებით; ფისგულათა ხერელებიდან მონდი გარდება გარკვეულ სიღრმემდე და უახლოვდება ღებრესიულითორის ნაოჭზე განლაგებულ წერტილოვან ხერელებს;
- ბ) კულუსუნის არეში შუა ხაზზე ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური; მისგან 2 სმ ქვემოთ წერტილოვანი ხერელი, 2 სმ-ით მარცხნივ ერთი ჩირქმდენი ხერელი; ამ უკანასკნელში შეგანილი მონდი მიემართება წერტილოვანი ხერელისკენ;
- გ) კულუსუნის არეში შუა ხაზზე ერთი წერტილოვანი ხერელი; მისგან მარცხნივ 2 და 4 სმ დაშორებით ორი ხერელი; მათში შეგანილი მონდი უახლოვდება წერტილოვან ხერელს;
- *დ) კულუსუნის არეში შუა ხაზზე ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური; ნაწიბურის მიდამოში ძაბრისებრი ჩაღრმავება; შუა ხაზიდან მარჯვნივ 4 და 5 სმ ორი, მარცხნივ - 2, 3 და 4 სმ სამი ხერელი გარშემო ინფილტრაციებით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1057. შეარჩიეთ რეგროქტული პარაპროქტიტის შესაბამისი აღწერილობა:

- ა) გვივილი ანალურ არეში, სხეულის გემპერატურა 37,5 ჩ, პერიანალურად 5-დან 7 სთ-მდე შესიება, ჰიპერემია; სწ. ნაწლავის

თითით გასინჯვით უკანა კედელი დაჭიმული, მტკივნეული, 6 სთ-ზე ღრმა კრიპტა;

ბ) საერთო სისუსტე, გემპერაგურა 39 გრადუსი ჩ, სიმძიმის გრძნობა, ტკივილი სწ. ნაწლავის დისგალურ ნაწილში. გარეგანი ღრუბლიერებით ცვლილებები არ არის. სწ. ნაწლავის თითით გასინჯვით 6 სთ კრიპტა, უკანა კედელზე ინფილტრაცი, რომლის ზედა პოლუსს სწვლება თითის წვერი;

გ) ყრუ ხასიათის ტკივილი სწ. ნაწლავის არეში; გარეგანი გამოვლინებები არ არის; პერ რეცტუმ თითით გასინჯვით ნაწლავის უკანა კედელი გამოზნექილი ანუსიდან 5 სმ სიმაღლემდე, მტკივნეული;

*დ) ყრუ ტკივილი გავის არეში, გემპერაგურა 39 გრადუსი ჩ; პერ რეცტუმ თითით გასინჯვით აღინიშნება სწ. ნაწლავის უკანა კედლის გამოზნექა, რომლის ზედა პოლუსს თითი ვერ სწვდება; უკანა კრიპტი კრაგერისებურად ჩაღრმავებული;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1058. შეარჩიეთ მსხვილი ნაწლავის კიბოს III ა სტადიის შესაბამისი აღწერილობა:

ა) სიმსივნეს უკავია სანათურის ნახევარზე ნაკლები, ჩამრდილია ლორწოქვეშა შრეში; რეგიონული მეტასტაზები არ არის;

ბ) სიმსივნეს უკავია სანათურის ნახევარზე ნაკლები, იკავებს ლორწოვან გარსს; რეგიონული მეტასტაზები არ არის;

გ) ნებისმიერი ზომის სიმსივნე ჩამრდილი მემობელ ორგანოებში, მეტასტაზებით რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, შორეული მეტასტაზებით;

*დ) ნებისმიერი ზომის სიმსივნე ჩამრდილი ნაწლავის კედლის ყველა შრეში; რეგიონული მეტასტაზები არ არის;

ე) სწორი პასუხის აღწერილობა არ არის მოცემული;

1059. მსხვილი ნაწლავის კიბოს გოქსიკურ-ანემიურ ფორმას შეურჩიეთ სიმპტომთა შესაბამისი ჯგუფი:

ა) ტკივილი მუცელში, შეუპოვარი შეკრულობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; აირებსა და განავალზე გასვლის შეზღუდვა, პირღებინება;

ბ) უმადობა, გულისრევა, გულძმარვა, პერიოდული პირღებინება, სიმძიმისა და შებერვის გრძნობა ეპიგასტრიუმში, ტკივილი მუცელში, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება;

*გ) საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომისუნარიანობის მკვეთრი დაქვეითება, სიფერმკრთალე, ელს-ის მომაგება;

დ) შეკრულობისა და ფაღარათობის მონაცვლეობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; ტკივილი მუცელში, დეფეკაციის აქტის მოშლა, სისხლიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან;

ე) ტკივილი მუცელში, მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა, გემპერაგურის მომაგება, პროგრესული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მომაგება;

1060. მსხვილი ნაწლავის კიბოს ენგეროკოლიკურ ფორმას შეურჩიეთ სიმპტომთა შესაბამისი ჯგუფი:

ა) ტკივილი მუცელში, შეუპოვარი შეკრულობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; აირებსა და განავალზე გასვლის შეზღუდვა, პირღებინება;

ბ) უმადობა, გულისრევა, გულძმარვა, პერიოდული პირღებინება, სიმძიმისა და შებერვის გრძნობა ეპიგასტრიუმში, ტკივილი მუცელში, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება;

გ) საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომისუნარიანობის დაკარგვა, სიფერმკრთალე, ელს-ის მომაგება;

*დ) შეკრულობისა და ფაღარათობის მონაცვლეობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; ტკივილი მუცელში, დეფეკაციის აქტის მოშლა, სისხლიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან;

ე) ტკივილი მუცელში, მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა, გემპერაგურის მომაგება, პროგრესული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მომაგება;

1061. მსხვილი ნაწლავის კიბოს დისპეფსიურ ფორმას შეურჩიეთ სიმპტომთა შესაბამისი ჯგუფი:

ა) ტკივილი მუცელში, შეუპოვარი შეკრულობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; აირებსა და განავალზე გასვლის შეზღუდვა, პირღებინება;

*ბ) უმადობა, გულისრევა, გულძმარვა, პერიოდული პირღებინება, სიმძიმისა და შებერვის გრძნობა ეპიგასტრიუმში, ტკივილი მუცელში, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება;

გ) საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომისუნარიანობის დაკარგვა, სიფერმკრთალე, ელს-ის მომაგება;

დ) შეკრულობისა და ფაღარათობის მონაცვლეობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; ტკივილი მუცელში, დეფეკაციის აქტის მოშლა, სისხლიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან;

ე) ტკივილი მუცელში, მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა, გემპერაგურის მომაგება, პროგრესული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მომაგება;

1062. მსხვილი ნაწლავის კიბოს თბგურაციულ ფორმას შეურჩიეთ სიმპტომთა შესაბამისი ჯგუფი:

*ა) ტკივილი მუცელში, შეუპოვარი შეკრულობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; აირებსა და განავალზე გასვლის შეზღუდვა, პირღებინება;

ბ) უმადობა, გულისრევა, გულძმარვა, პერიოდული პირღებინება, სიმძიმისა და შებერვის გრძნობა ეპიგასტრიუმში, ტკივილი მუცელში, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება;

გ) საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომისუნარიანობის დაკარგვა, სიფერმკრთალე, ელს-ის მომაგება;

დ) შეკრულობისა და ფაღარათობის მონაცვლეობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; ტკივილი მუცელში, დეფეკაციის აქტის მოშლა, სისხლიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან;

ე) ტკივილი მუცელში, მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა, გემპერაგურის მომაგება, პროგრესული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მომაგება;

1063. მსხვილი ნაწლავის კიბოს ფსევდოანთებით ფორმას შეურჩიეთ სიმპტომთა შესაბამისი ჯგუფი:

ა) ტკივილი მუცელში, შეუპოვარი შეკრულობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; აირებსა და განავალზე გასვლის შეზღუდვა,

პირღებინება;

ბ) უმადობა, გულისრევა, გულმმარვა, პერიოდული პირღებინება, სიმძიმისა და შებერვის გრძნობა ეპიგასტრიუმში, ტკივილი მუცელში, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება;

გ) საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, შრომისუნარიანობის დაკარგვა, სიფერმკრთალე, ელს-ის მომაგება;

დ) შეკრულობისა და ფადართობის მონაცვლეობა, მუცლის შებერვა, ყურყური; ტკივილი მუცელში, ლეფეკაციის აქტის მოშლა, სისხლიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან;

*ე) ტკივილი მუცელში, მუცლის კელის კუნთების დაჭიმულობა, გემპერატურის მომაგება, პროგრესული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მომაგება;

1064. სწ. ნაწლავის გამოვარდნის I სგადიას და ანალური სფინქტერის I ხარისხის უკმარისობას შეურჩიეთ შესაბამის სიმკვითა ჯგუფი:

ა) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის დროს; აგ-ფს აქვს აირების შეუკავებლობა;

ბ) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფს აქვს აირებისა და თხიერი განავლის შეუკავებლობა;

გ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება ხელის დახმარებით ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

*დ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება სპონტანურად ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს აირებს;

ე) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს.

1065. სწ. ნაწლავის III სგადიის გამოვარდნას და ანალური სფინქტერის II ხარისხის უკმარისობას შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

ა) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის დროს; აგ-ფს აქვს აირების შეუკავებლობა;

*ბ) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის და ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფს აქვს აირებისა და თხიერი განავლის შეუკავებლობა;

გ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება ხელის დახმარებით ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

დ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება სპონტანურად ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

ე) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს.

1066. სწ. ნაწლავის II სგადიის გამოვარდნას და ანალური უკმარისობის III ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

ა) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის დროს; აგ-ფს აქვს აირების შეუკავებლობა;

ბ) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფს აქვს აირებისა და თხიერი განავლის შეუკავებლობა;

*გ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ფიმიკური დაგვირთვის და ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება ხელის დახმარებით ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

დ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება სპონტანურად ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

ე) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს.

1067. სწ. ნაწლავის III სგადიის გამოვარდნას და ანალური უკმარისობის I ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

*ა) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის დროს; აგ-ფს აქვს აირების შეუკავებლობა;

ბ) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფს აქვს აირებისა და თხიერი განავლის შეუკავებლობა;

გ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება ხელის დახმარებით ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

დ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება სპონტანურად ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

ე) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს.

1068. სწ. ნაწლავის III სგადიის გამოვარდნას და ანალური უკმარისობის III ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

ა) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის დროს; აგ-ფს აქვს აირების შეუკავებლობა;

ბ) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფს აქვს აირებისა და თხიერი განავლის შეუკავებლობა;

გ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება ხელის დახმარებით ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

დ) სწ. ნაწლავი პროლაფსს განიცდის ლეფეკაციის დროს; უკან შესწორება სპონტანურად ხდება; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

*ე) სწ. ნაწლავის გამოვარდნა ხდება სიარულის და ფიმიკური დაგვირთვისას; აგ-ფი ვერ იკავებს გაფორმებულ განავალს;

1069. შეარჩიეთ კატარული კოლიტის შესაბამისი ენდოსკოპიური სურათი:

*ა) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, იოლად ზიანდება, სისხლმარღოვანი სურათი წაშლილი, ნაწლავის სანათურში დიდი რაოდენობით ლორწო;

ბ) ლორწოვანი გარსი ნორმალური ფერის, სისხლმარღვები ინიცირებული; გამოკვლევა მკვეთრად მტკივნეული;

გ) ლორწოვანი გარსი შეშუპებული, ჰიპერემიული, კონტაქტურად სისხლმდენი; მრავლობითი წყლულები და ეროზიები ერწყმის ერთმანეთს და ქმნის ფართო უბნებს;

დ) ლორწოვანი გარსი შეშუპებული, ჰიპერემიული, მრავლობითი განივი და სიგრძივი მიმართულების წყლულები კვეთს ერთმანეთს;

იმეშიური დაავადება, მოხუცებულობითი ასაკი;

ბ) მწვ. დასაწყისი, ხშირი თხიერი განავალი სისხლიანი და ლორწოვანი მინარევით, ტემპერატურის მომაგება, რექტოსკოპიით - მრავლობითი წყლულები და ეროზიები;

გ) ხშირი თხიერი განავალი სისხლიანი და ლორწოვანი მინარევით; შეტევითი ტკივილი მუცელში, ცხელება, წონაში დაკლება, ართრიტი, რექტოსკოპიით - მრავლობითი წყლულები და ეროზიები;

დ) დაავადების თანდათანობითი დასაწყისი; დუფუკაციის აქტზე მოთხოვნილება შესუსტებული;

*ე) დაავადების დაწყებიდან 3-4 დღის შემდეგ "ცხერის განავალი" პათოლოგიური მინარევის გარეშე;

1077. შეარჩიეთ წყლულოვანი კოლიგის შესაბამისი აღწერილობა:

ა) მწვ. დასაწყისი, ხშირი თხიერი განავალი სისხლიანი და ლორწოვანი მინარევით, ტკივილი მუცელში, ჰიპერტონია, გულის იმეშიური დაავადება, მოხუცებულობითი ასაკი;

ბ) მწვ. დასაწყისი, ხშირი თხიერი განავალი სისხლიანი და ლორწოვანი მინარევით, ტემპერატურის მომაგება, რექტოსკოპიით - მრავლობითი წყლულები და ეროზიები;

*გ) ხშირი თხიერი განავალი სისხლიანი და ლორწოვანი მინარევით; შეტევითი ტკივილი მუცელში, ცხელება, წონაში დაკლება, ართრიტი, რექტოსკოპიით - მრავლობითი წყლულები და ეროზიები;

დ) დაავადების თანდათანობითი დასაწყისი; დუფუკაციის აქტზე მოთხოვნილება შესუსტებული;

ე) დაავადების დაწყებიდან 3-4 დღის შემდეგ "ცხერის განავალი" პათოლოგიური მინარევის გარეშე.

1078. არა რსპეციფიკური წყლულოვანი კოლიგის მინიმალური აქტივობის ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

ა) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, მარცვლოვანი, შეშუპებული, მრავლობითი ეროზიებით, კონტაქტურად სისხლმდენი;

ბ) ნაწლავის სანათური ღია, მილის ტიპის; ლორწოვანი გარსი მოფენილი მრავლობითი ეროზიებითა და წყლულებით, რომლებიც ერწყმის ერთმანეთს; სახეზეა ანთებადი ფსევდოპოლიპების არსებობაც;

*გ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი; გამოხატულია უმნიშვნელო კონტაქტური სისხლდენა;

დ) ლორწოვან შრეში სისხლჩაქცევები; ლორწოვანი გარსზე წყლულები ნეკროზული კიდეებით;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული

1079. არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიგის ზომიერი აქტივობის ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

*ა) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, მარცვლოვანი, შეშუპებული, მრავლობითი ეროზიებით, კონტაქტურად სისხლმდენი;

ბ) ნაწლავის სანათური ღია, მილის ტიპის; ლორწოვანი გარსი მოფენილი მრავლობითი ეროზიებითა და წყლულებით, რომლებიც ერწყმის ერთმანეთს; სახეზეა ანთებადი ფსევდოპოლიპების არსებობაც;

გ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი; გამოხატულია უმნიშვნელო კონტაქტური სისხლდენა;

დ) ლორწოვან შრეში სისხლჩაქცევები; ლორწოვანი გარსზე წყლულები ნეკროზული კიდეებით;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1080. არასპეციფიკური კოლიგის გამოხატული აქტივობის ხარისხს შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

ა) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, მარცვლოვანი, შეშუპებული, მრავლობითი ეროზიებით, კონტაქტურად სისხლმდენი;

*ბ) ნაწლავის სანათური ღია, მილის ტიპის; ლორწოვანი გარსი მოფენილი მრავლობითი ეროზიებითა და წყლულებით, რომლებიც ერწყმის ერთმანეთს; სახეზეა ანთებადი ფსევდოპოლიპების არსებობაც;

გ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი; გამოხატულია უმნიშვნელო კონტაქტური სისხლდენა;

დ) ლორწოვან შრეში სისხლჩაქცევები; ლორწოვანი გარსზე წყლულები ნეკროზული კიდეებით;

ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1081. შეარჩიეთ მკურნალობის გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - 36 კვირის ორსული პაციენტი; დიაგნოზი - კულუსუნის ეპით. გზა მწვავე სტადიაში;

ა) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით;

ბ) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის შუა ნაწილის ღია დატოვებით, ბოლოების გაკერვით;

*გ) ჩირქგროვის გახსნა, დრენირება;

დ) ჩირქგროვის გახსნა, დრენირება; 5-7 დღის შემდეგ - რადიკალური ოპერაცია;

ე) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის ღია დატოვებით;

1082. შეარჩიეთ მკურნალობის ოპტიმალური გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - კულუსუნის ეპით. გზა მწვ. სტადიაში;

ჩირქგროვა 6x8 სმ, გარშემო პერიფოკალური ანთებით;

ა) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით;

ბ) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის შუა ნაწილის ღია დატოვებით;

გ) ჩირქგროვის გახსნა, დრენირება;

*დ) ჩირქგროვის გახსნა, დრენირება; 5-7 დღის შემდეგ - რადიკალური ოპერაცია;

ე) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის ღია დატოვებით;

1083. შეარჩიეთ მკურნალობის გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - კულუსუნის ეპით. გზა პირველი გამწვაების სტადიაში;

ჩირქგროვა პირველადი ხერელის გარშემო, ზომით 1,5x1 სმ;

ა) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის კიდეების ფსკერზე ჩაკერებით;

- ბ) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის შუა ნაწილის ღიად დატოვებით;
- გ) ჩირქგროვის გახსნა, ღრენირება;
- დ) ჩირქგროვის გახსნა, ღრენირება; 5-7 დღის შემდეგ - რადიკალური ოპერაცია;
- *ე) კულუსუნის ეპით. გზის ამოკვეთა ჭრილობის ღიად დატოვებით;

1084. შეარჩიეთ მკურნალობის ოპტიმალური გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - გოგალური ჰემოროიდული თრომბოზი; ანამნეზში დაავადების ხშირი გამწვავება:

- *ა) ოპერაციისწინა მომზადება რამოდენიმე დღის განმავლობაში, შემდეგ - რადიკალური ჰემოროიდექტომია;
- ბ) თრომბექტომია;
- გ) კონსერვატიული მკურნალობა;
- დ) ჰემოროიდექტომია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1085. შეარჩიეთ მკურნალობის ოპტიმალური გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - ჰემოროიდულ კვანძთა გამოვარდნა, თრომბოზი, ლორწოვანი გარსის ნეკროზი:

- ა) ოპერაციისწინა მომზადება რამოდენიმე დღის განმავლობაში, შემდეგ - ჰემოროიდექტომია;
- ბ) თრომბექტომია;
- გ) კონსერვატიული მკურნალობა;
- *დ) ჰემოროიდექტომია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1086. შეარჩიეთ მკურნალობის ოპტიმალური გზა შემდეგი მდგომარეობის დროს - გარეთა ჰემოროიდული კვანძის თრომბოზი (ძლიერი ტკივილით); დაავადების გამწვავების პირველი შემთხვევა:

- ა) ოპერაციისწინა მომზადება 5-6 დღის განმავლობაში, შემდეგ ჰემოროიდექტომია;
- *ბ) თრომბექტომია;
- გ) კონსერვატიული მკურნალობა;
- დ) ჰემოროიდექტომია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1087. პაციენტი კლინიკაში მოთავსდა სწორი ნაწლავის გრაფის მიღებიდან 8 სთ-ის შემდეგ; დაზიანებულია სწორი ნაწლავის მარცხენა გვერდითი კედელი ანუსიდან 4 სმ; ღუფექტის ზომები 2/2 სმ; გამოხატულია მარცხენა პარარექტულ ქსოვილთა ინფლტრაცია. შეარჩიეთ მკურნალობის ოპტიმალური ტაქტიკა:

- ა) ჭრილობის გაკერვა, ორლულა სიგმოსტომია;
- ბ) ჭრილობის გაკერვა, ანგიბიოტიკოთერაპია;
- გ) სწ. ნაწლავის გრანსანალური რეზექცია;
- *დ) სწ. ნაწლავის ჭრილობის გაკერვა ენდორექტული მიდგომით, მიმდებარე პარარექტული სივრცის ღრენირება, ანგიბიოტიკოთერაპია;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1088. ჰირშპრუნგის დაავადებას შეუარჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

- *ა) უნებლიე დეფეკაცია თხიერი განავლოვანი მასებით, მეტეორიზმი, განავლოვანი ქვები, განფენილი მუცელი;
- ბ) ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ყურყური, ღილი რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან; ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;
- გ) დისკომფორტი, ნაწლავის არასრული დაცლის გრძნობა, გენემები, ნევროლოგიური ჩივილები;
- დ) ხშირი თხიერი განავალი პათოლოგიური მინარევის გარეშე; სფინქტერის მოღუნება;
- ე) მწვ. დასაწყისი, პირღებინება, ლეჰიდრაგაცია, მსხვილი ნაწლავის დილაგაცია;

1089. კაგარულ კოლიგს შეუარჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა:

- ა) უნებლიე დეფეკაცია, მეტეორიზმი, განავლოვანი ქვები, განფენილი მუცელი;
- *ბ) ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ყურყური, ღილი რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან; ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;
- გ) დისკომფორტი, ნაწლავის არასრული დაცლის გრძნობა, გენემები, ნევროლოგიური ჩივილები;
- დ) ხშირი თხიერი განავალი პათოლოგიური მინარევის გარეშე; სფინქტერის მოღუნება;
- ე) მწვ. დასაწყისი, პირღებინება, ლეჰიდრაგაცია, მსხვილი ნაწლავის დილაგაცია;

1090. შეუარჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის გაღიზიანების სინდრომს:

- *ა) დისკომფორტი, ნაწლავის არასრული დაცლის გრძნობა, გენემები, ნევროლოგიური ჩივილები;
- ბ) ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ყურყური, ღილი რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან; ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;
- გ) უნებლიე დეფეკაცია, მეტეორიზმი, განავლოვანი ქვები, განფენილი მუცელი;
- დ) ხშირი თხიერი განავალი პათოლოგიური მინარევის გარეშე; სფინქტერის მოღუნება;
- ე) მწვ. დასაწყისი, პირღებინება, ლეჰიდრაგაცია, მსხვილი ნაწლავის დილაგაცია;

1091. შეუარჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა აგონიურ შეკრულობას:

- ა) უნებლიე ლეფეკაცია, მეტეორიზმი, განავლოვანი ქვები, განფენილი მუცელი;
- ბ) ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ყურყური, დიდი რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან; ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;
- გ) დისკომფორტი, ნაწლავის არასრული დაცლის გრძნობა, გენემები, ნევროლოგიური ჩივილები;
- დ) ხშირი თხიერი განავალი პათოლოგიური მინარევის გარეშე; სფინქტერის მოღუნება;
- *ე) ლეფეკაციის სურვილი შესუსტებულია ან საერთოდ არ არსებობს; აე-ფი ხშირად ღებულობს საფაღარათოებს;

1092. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა სპასტიკურ შეკრულობას:

- ა) უნებლიე ლეფეკაცია, მეტეორიზმი, განავლოვანი ქვები, განფენილი მუცელი;
- ბ) ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ყურყური, დიდი რაოდენობით ლორწოვანი გამონადენი სწ. ნაწლავიდან; ფაღარათობისა და შეკრულობის მონაცვლეობა;
- *გ) შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცელში, ლეფეკაცია დაავადების დაწყებიდან მე-3 მე-4 დღეს; თითოთი გამოკვლევა გაძნელებული სფინქტერის სპაზმის გამო;
- დ) ხშირი თხიერი განავალი პათოლოგიური მინარევის გარეშე; სფინქტერის მოღუნება;
- ე) მწვ. დასაწყისი, პირღებინება, ლეჰიდრაგაცია, მსხვილი ნაწლავის დილაგაცია;

1093. ჰირშპრუნგის დაავადებასთან მიმართებაში სწორია შემდეგი: 1 პათოლოგიის ბუნაში არ არის პარასიმპატიკური ნერვული დაბოლოებები - გამოხატულია აგანგლიოზი; 2 აგანგლიურ ბუნაში არის ადრენერგული (სიმპატიკური) ნერვული დაბოლოებები; 3 აგანგლიურ ბუნაში არ არის ადრენერგული (სიმპატიკური) ნერვული დაბოლოებები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) სწორია 1 და 2
- *ე) სწორია 1 და 3

1094. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზს, კლინიკური გამოვლინებების სკალიაში:

- ა) შეკრულობა, მეტეორიზმი, მუცლის შებერვა;
- ბ) სიმსუქნე, ჰიპოტონია, ლეფეკაცია 4-5 დღეში 1-ჯერ;
- გ) შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცელში, ლეფეკაცია დაავადების დაწყებიდან მე-3 მე-4 დღეს; თითოთი გამოკვლევა გაძნელებულია სფინქტერის სპაზმის გამო;
- დ) მწვ. დასაწყისი, პირღებინება, ლეჰიდრაგაცია, მსხვილი ნაწლავის დილაგაცია;
- *ე) მუღმივი, ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში, გაუფორმებელი განავალი; რექტოსკოპიით ნაწლავის კედელზე ერთეული ან მრავლობითი ღრმულები, გამოფენილი ლორწოვანი გარსით;

1095. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის ტუბერკულოზს:

- ა) სისხლდენა სწ. ნაწლავიდან, რაც არ არის დაკავშირებული ლეფეკაციასთან; ანემია, გენემები, არასრული დაცლის გრძნობა ლეფეკაციის შემდეგ; რექტოსკოპიით - ლორწოვანი გარსი მოლურჯო ფერის, ნოჭები გადასწორებული, სისხლძარღვები დაკლანკილი, ქმნიან უსწორმასწორო ქსელს;
- ბ) რექტოსკოპიით - ნორმალური ლორწოვანი გარსის სურათი;
- გ) ნაწლავის სანათურში ლორწოს ნაფლეთები; ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული; ალაგ-ალაგ სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი;
- დ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, ნაწლავის სანათურში დიდი რაოდენობით ლორწო და ჩირქი;
- *ე) ანალურ მიდამოსა და სწ. ნაწლავის ლორწოვან გარსზე წყლულები შემადლებული კიდეებით და ბრტყელი, ფერმკრთალი ძირით; წყლულებიდან აღინიშნება ჩირქდენა;

1096. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის ჰემანგიომატოზს:

- *ა) სისხლდენა სწ. ნაწლავიდან, რაც არ არის დაკავშირებული ლეფეკაციასთან; ანემია, გენემები, არასრული დაცლის გრძნობა ლეფეკაციის შემდეგ; რექტოსკოპიით - ლორწოვანი გარსი მოლურჯო, ნოჭები გადასწორებული, სისხლძარღვები დაკლანკილი, ქმნიან უსწორმასწორო ქსელს;
- ბ) რექტოსკოპიით - ნორმალური ლორწოვანი გარსის სურათი;
- გ) ნაწლავის სანათურში ლორწოს ნაფლეთები; ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული; ალაგ-ალაგ სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი;
- დ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, ნაწლავის სანათურში დიდი რაოდენობით ლორწო და ჩირქი;
- ე) ანალურ მიდამოსა და სწ. ნაწლავის ლორწოვან გარსზე წყლულები შემადლებული კიდეებით და ბრტყელი ფერმკრთალი ძირით; წყლულებიდან აღინიშნება ჩირქდენა;

1097. შეურჩიეთ შესაბამისი აღწერილობა სწ. ნაწლავის გონორეას:

- ა) სისხლდენა სწ. ნაწლავიდან, რაც არ არის დაკავშირებული ლეფეკაციასთან; ანემია, გენემები, არასრული დაცლის გრძნობა ლეფეკაციის შემდეგ; რექტოსკოპიით - ლორწოვანი გარსი მოლურჯო, ნოჭები გადასწორებული, სისხლძარღვები დაკლანკილი, ქმნიან უსწორმასწორო ქსელს;
- ბ) რექტოსკოპიით - ნორმალური ლორწოვანი გარსის სურათი;
- გ) ნაწლავის სანათურში ლორწოს ნაფლეთები; ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული; ალაგ-ალაგ სისხლძარღვოვანი სურათი წაშლილი;
- *დ) ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, ნაწლავის სანათურში დიდი რაოდენობით ლორწო და ჩირქი;

ე) ანალურ მიდამოსა და სწ. ნაწლავის ლორწოვან გარსზე ლოკალიზებულია წყლულები შემაღლებული კიდეებით და ბრტყელი ფერმკრთალი ძირით. წყლულებიდან აღინიშნება დიდი რაოდენობით ჩირქლენა;

1098. 68 წლის ქალი ჰოსპიტალიზებულია ცხელებით და მუცელში განუფენილი ხასიათის ინტენსიური ტკივილით; პალპაციით მუცელი დიფუზურად მტკივნეული; წინა კედელი დაჭიმული; პერისტალტიკური ხმიანობა არ მოისმინება. ანამნეზში მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზი. გემოაღნიშნული მდგომარეობა გამოწვეული უნდა იყოს:

- ა) მუცლის ღრუში სისხლდენით;
- ბ) ნაწლავის იშემიით;
- *გ) პერფორაციით;
- დ) ნაწლავთა გაუვალობით;
- ე) სწორი პასუხი არ არის მოცემული;

1099. 45 წლის ქალი ჰოსპიტალიზებულია ჩივილებით - სხეულის მასის დაკლება, ანემია, ძლიერი სისუსტე. პალპაციით მუცლის ღრუში ისინჯება წარმონაქმნი. გამოკვლევებით დადგინდა ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა. მიუთითეთ მის სავარაუდო ლოკალიზაციაზე:

- ა) სიგმური კოლინჯი;
- ბ) დასწვრივი კოლინჯი;
- *გ) ცეკუმი;
- დ) რექტუმი;
- ე) მსხვილი ნაწლავის ელენთის კუთხე;

1100. ინტრაოპერაციული რევიზიით დადგინდა სიგმური კოლინჯის სიმსივნის არსებობა, სანათურის ობსტრუქციის გარეშე; ნაწლავის გაუვალობის მოვლენები არ არის; ლეიძლში გამოვლინდა მეტასტაზები. ოპერაციის ოპტიმალური ტაქტიკაა:

- ა) პრევენტული ტრანსვერზოსტომია;
- *ბ) სიგმური კოლინჯის სიმსივნითურთ რეზექცია, ლეიძლში არსებული კვანძების ბიოფსია;
- გ) სიგმური კოლინჯის სიმსივნითურთ რეზექცია;
- დ) ლეიძლში არსებული კვანძების ბიოფსია, მუცლის ღრუს დახურვა;
- ე) მუცლის ღრუს დახურვა;

1101. 75 წლის ქალს აღნიშნება მასიური სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქვედა სართულებიდან; ტკივილს არ აღნიშნავს; სისხლდენის ყველაზე სავარაუდო მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის შემოგრება;
- ბ) იშემიური კოლიტი;
- გ) მეკელის დივერტიკული;
- დ) სწორი ნაწლავის სოლიტარული წყლული;
- *ე) დივერტიკულოზი;

1102. ავადმყოფი ქალი, 26 წლის; 34 კივრის ორსული. დაუდგინდა დიაგნოზი: მწვავე ჰემოროი, კვანძების ჩაჭყვება, თრომბოზით. მკურნალობის ტაქტიკა გულისხმობს: 1) ადგილობრივ თერაპიას მალამოებით და საფენებით; 2) ნოვოკაინის ბლოკადებს; 3) თრომბოექტომიას; 4) დეტრალექსით მკურნალობას

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

1103. ავადმყოფი ქალი, 81 წლის. უჩივის სწორი ნაწლავის და საშვილოსნოს გამოვარდნას დეფეკაციისა და ფიზიკური დატვირთვის დროს. ობიექტურად: გაჭინთვისას საშოლან ვარდება სფერული ფორმის წარმონაქმნი, ანალური ხვრელიდან 6-8 სმ-ის სიგრძის ნაწლავი. დიაგნოზი:

- ა) საშვილოსნოს კეთილთვისებიანი სიმსივნე, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა
- ბ) რექტოცელე; სწორი ნაწლავის გამოვარდნა
- *გ) საშვილოსნოს და სწორი ნაწლავის II ხარისხის კომბინირებული გამოვარდნა
- დ) საშვილოსნოს და სწორი ნაწლავის III ხარისხის კომბინირებული გამოვარდნა
- ე) საშვილოსნოს გამოვარდნა; სწორი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნე

1104. ავადმყოფი ქალი, 55 წლის. აღნიშნავს ქრონიკულ ყაბზობას და ეპიზოდურ ალისფერ სისხლდენას დეფეკაციის დროს. დიაგნოზის დასაბუთებლად ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს შემდეგი გამოკვლევები: 1) თითოთი რევიზია; 2) კოლონოსკოპია; 3) ანოსკოპია; 4) ირიგოგრაფია; 5) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია. როგორი უნდა იყოს გამოკვლევის ალგორითმი:

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