

ტოპოგრაფიული ანაგომია და ოპერაციული ქირურგია ტრავმატოლოგია-ორთოპედიაში

1. ქალასარქველის რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი პროცესები შეიძლება გავრცელდნენ

- *ა) ქალასარქველის ყველა ზემოაღნიშნულ შრეში
- ბ) ძვლისაზრდელას ქვეშ
- გ) აპონევროზული აბჯარის ქვეშ
- დ) კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში

2. თავის ტვინის მაგარი გარსის მკვეთრი ძირითადი არტერიაა

- ა) თავის ტვინის მაგარი გარსის წინა
- *ბ) თავის ტვინის მაგარი გარსის შუა
- გ) თავის ტვინის მაგარი გარსის უკანა
- დ) თავის ტვინის შუა
- ე) თავის ტვინის წინა

3. თავის ქალას ფუძის მოტეხილობების ხაზების მიმართულებები დამოკიდებული არ არის

- ა) ძვლების სიმკვრივის ხარისხზე
- ბ) სისხლძარღვთა და ნერვთა ხერხელებზე
- *გ) ძვალთაშუა ნაკერებზე

4. თავის ქალას ფუძის მოტეხილობისას ლიქვორის ცხვირის ღრუში ჩაღინება ხდება

- ა) ქალას უკანა ფოსოს მოტეხილობისას
- ბ) ქალას შუა ფოსოს მოტეხილობისას
- *გ) ქალას წინა ფოსოს მოტეხილობისას

5. შუა მენინგეალური არტერია გამოიყოფა შიგნითა

- *ა) ზედაყბის არტერიიდან
- ბ) გარეთა საძილე არტერიიდან
- გ) ხერხემლის არტერიიდან
- დ) შიგნითა საძილე არტერიიდან

6. თავის ქალას ფუძის მოტეხილობისას «სათვალის» სიმკვრივის წარმოქმნა აიხსნება

- *ა) უკანა დაცხრილულ ვენის დაზიანებით
- ბ) წინა დაცხრილული ვენის დაზიანებით
- გ) შიგნითა საძილე არტერიის დაზიანებით თავის ქალას ღრუში
- დ) ხერხემლის არტერიის გაგლეჯით
- ე) ქალას წინა ფოსოში დაცხრილული ფირფიტას დაზიანებით

7. სახის მიმიკური კუნთები ინერვირებულია

- ა) ცთომილი ნერვით
- ბ) დამატებითი ნერვით
- *გ) სახის ნერვით
- დ) სამწვერა ნერვით

8. სისხლძარღვების და სინუსების დაზიანებისას სისხლდენის შეჩერების ღრობით და საბოლოო ხერხებს მიეკუთვნება

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი
- ბ) სინუსების გალაკვანძვა
- გ) გამპონადა
- დ) გაკერვა
- ე) დამჭერის დაღება

9. კისრის ნერვული წნულის ბლოკადა ხორციელდება შემდეგი მიდგომით:

- ა) ენისქვეშა ძვლის ღონეზე
- ბ) კისრის მე-2 მალის ღონეზე
- გ) მკერდ-ლავიწ-ღვრილისებრი კუნთის შუა მიდამოს წინა კედლიდან
- *დ) მკერდ-ლავიწ-ღვრილისებრი კუნთის შუა მიდამოს უკანა კედლიდან

10. ისრის ძირითადი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონის შემადგენლობაში შედიან:

- *ა) საერთო საძილე არტერია, ცთომილი ნერვი, შიგნითა საუღლე ვენა, ენისქვეშა ნერვის დასწვრივი გოტი, კისრის ღრმა ლიმფური კოლექტორი.
- ბ) საერთო საძილე არტერია, ცთომილი ნერვი, შიგნითა საუღლე ვენა
- გ) შიგნითა საძილე არტერია, გარეთა საუღლე ვენა, ღიაფრაგმული ნერვი
- დ) შიგნითა საძილე არტერია, გარეთა საუღლე ვენა, ცთომილი ნერვი

11. ვაგო-სიმპატიკური ბლოკადას დროს ნემსის ჩხველგის ღონე შეესაბამება

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს
- ბ) ენისქვეშა ძვლის ღონეზე მკერდ-ლავიწ-ღვრი ლისებრი კუნთის უკანა კიდეს
- გ) გარეთა საუღლე ვენის და მკერდ-ლავიწ-ღვრი ლისებრი კუნთის უკანა კიდის გალაკვითის წერტილს

დ) მკერდ-ლავიწ-ღვრილისებრი კუნთის ზემო და შუა მესამელების საზღვარს

12. თავის ქალას სახის ნაწილის მძიმე გრამვის დროს სისხლდენის შეჩერება ხორციელდება შემდეგი სისხლ ძარღვის გადაკეანებით

- ა) საერთო საძილე არტერიის
- ბ) მხარ-თავის ღვრისი
- გ) შიგნითა საძილე არტერიის
- *დ) გარეთა საძილე არტერიის

13. მხრის წნულის ბლოკადას ახორციელებენ

- ა) 4სმ-ით ზევით ლავიწის შუა და გარე მესამელების საზღვრიდან
- ბ) 4სმ-ით ზევით ლავიწის მედიალური და შუა მესამელების საზღვრიდან
- გ) 4სმ-ით ქვევით ლავიწის შუა წერტილიდან
- *დ) 4სმ-ით ზევით ლავიწის შუა წერტილიდან

14. ხერხემლის არტერია გამოეყოფა

- ა) აორტის რკალს
- ბ) საერთო საძილე არტერიას
- *გ) ლავიწქვეშა არტერიას
- დ) მხარ-თავის ღვრის

15. ხერხემლის არტერია ფიბრომულ-ძვლოვან არხში შედის შემდეგ მალის განივი მორჩის ღონეზე

- *ა) კისრის 7 მალის
- ბ) კისრის 6 მალის
- გ) კისრის 5 მალის
- დ) კისრის 4 მალის

16. გადაუღებელ შემთხვევებში ზემო სასუნთქი გზების ობტურაციის დროს უხშირესად აწარმოებენ:

- ა) კონიკოტომიას
- *ბ) ტრაქეოტომიას
- გ) კრიკოტომიას

17. კონიკოტომიას აწარმოებენ

- *ა) ბეჭდისებრ და ფარისებრ ხრტილებს შორის
- ბ) ტრაქეის პირველ ნახევარრკალსა და ბეჭდისებრ ხრტილს შორის
- გ) ენისქვეშა ძვლის ქვემოთ

18. ზემო სასუნთქი გზების ობტურაცია უხშირესად ხდება

- ა) ფარისებრი ხრტილის ქვედა კიდის ღონეზე
- *ბ) ჭეშმარიტი მბგერავი ნაოჭების ზემოთ
- გ) ბეჭდისებრი ხრტილის ღონეზე
- დ) ჭეშმარიტი მბგერავი იოგების ქვემოთ
- ე) ტრაქეის ბიფურკაციის ღონეზე

19. ლავიწქვეშა ვენის პუნქციას ახორციელებენ

- *ა) ზემოაღნიშნული მიდგომებით
- ბ) ლავიწზედა მიდგომით
- გ) ლავიწქვეშა მიდგომით

20. ლავიწქვეშა არტერიის გადაკეანებას უხშირესად აწარმოებენ.

- ა) ნეკნ-კისრის ღვრის დისტალურად
- ბ) ნეკნ-კისრის ღვრის პროქსიმულად
- გ) ქვედა ფარისებრი არტერიის დისტალურად
- *დ) ფარკისრის ღვრის გამოყოფის ადგილის დისტალურად
- ე) ფარკისრის ღვრის გამოყოფის ადგილის პროქსიმულად

21. მხრის სახსრის კაფსულას ამაგრებს

- ა) დელტისებრი კუნთი
- ბ) ბეჭქვედა კუნთი
- გ) ქელქვედა კუნთი
- დ) ქელზედა კუნთი
- *ე) მხრის კუნთი

22. ილღის ფოსო ბეჭქვედა მიღამოს უკავშირდება

- *ა) ოთხ- და სამგვერდა ხვრელებით
- ბ) სამგვერდა ხვრელით
- გ) ოთხგვერდა ხვრელით

23. ოთხგვერდა ხვრელში გადის

- ა) ილღის ნერვი, მზრის წინა შემომხვევი არტერია და ვენა
- *ბ) ილღის ნერვი, მზრის უკანა შემომხვევი არტერია და ვენა
- გ) კან-კუნთის ნერვი
- დ) ილღის ნერვი

24. სამგვერღა ხვერელში გამოღის

- ა) ყვეღა ზემო ჩამოთვეღიღის
- ბ) ილღის ნერვი
- *გ) ბეჭის შემომხვევი არტერია
- დ) მზრის ღრმა არტერია
- ე) კან-კუნთის ნერვი

25. მზრის სახსრის კაფსულას ამავრებს;

- ა) ოთხი იოგი
- ბ) სამი იოგი
- გ) ორი იოგი
- *დ) ერთი იოგი

26. მზრის ორთავა კუნთს აინერვირებს;

- *ა) კან-კუნთის ნერვი
- ბ) ილღის ნერვი
- გ) სხივის ნერვი
- დ) იღაყვის ნერვი
- ე) შუათანა ნერვი

27. მზრის სამთავა კუნთს აინერვირებს;

- ა) კან-კუნთის ნერვი
- ბ) ილღის ნერვი
- *გ) სხივის ნერვი
- დ) იღაყვის ნერვი
- ე) შუათანა ნერვი

28. მხარ-ბეჭის პერიართრიგისა და მზრის სახსრის გრავმებისას ტკივიღის სინღრომის მოხსნა შეიღლება;

- ა) მზრის ღონემე სხივის ნერვის ბლოკაღით
- *ბ) ბეჭმეღა ნერვის ბლოკაღით ქეღმეღა ფოსოს მზრიღან
- გ) ბეჭმეღა ნერვის ბლოკაღით ქეღქვეღა ფოსოს მზრიღან
- დ) კუნთ-კანის ნერვის ბლოკაღით

29. მზრის ღრმა არტერია გამოყყოფა მზრის არტერიას

- *ა) ზურგის უფართესი კუნთის ქვეღა კიღის ღონემე
- ბ) იღაყვის ფოსოში
- გ) მზრის შუა მესამეღში
- დ) მზრის ზემო მესამეღში
- ე) ილღის ფოსოში

30. მზრის წნუღის მოკლე გოტებს წარმოაღგენენ ყვეღა ჩამოთვეღიღი ნერვები, გარღა;

- ა) ბეჭქვეღა, ილღის ნერვი
- ბ) ბეჭმეღა ნერვი, მკერღის წინა
- გ) ბეჭის ღორზალური ნერვი, გულმკერღის გრძელი ნერვი, ღავიწქვეღა ნერვი
- *დ) ღავიწმეღა წინა, შუა და უკანა ღიაფრაგმის

31. მზრის წნუღის გრძელ ნერვებს მიაკუთვნებენ;

- ა) ყვეღა ჩამოთვეღიღის
- *ბ) მზრის და წინამზრის კანის ნერვებს
- გ) იღაყვის, შუათანა ნერვებს
- დ) კან-კუნთის, სხივის ნერვებს

32. მზრის კუნთოვან არხში გაღის;

- ა) შუათანა ნერვი, სხივის კოღაგერალური არტერია და თანამოსახეღე ვენები.
- *ბ) სხივის ნერვი, მზრის ღრმა არტერია, თანამოსახეღე ვენები
- გ) ილღის ნერვი, არტერია და ვენა

33. შუათანა ნერვი ფორმირღება;

- ა) მზრის წნუღის უკანა და მეღიაღური კონიღან
- ბ) მზრის წნუღის გვერღითი და უკანა კონიღან
- *გ) მზრის წნუღის მეღიაღური და გვერღითი კონიღან
- დ) მზრის წნუღის მეღიაღური კონიღან

34. სხივის ნერვი გამოიყოფა მხრის წნულის შემდეგი კონიდან;

- ა) უკანა და გვერდითი
- ბ) მედიალური
- გ) გვერდითი
- *დ) უკანა

35. იდაყვის ნერვი გამოიყოფა მხრის წნულის შემდეგი კონიდან;

- ა) გვერდითი
- ბ) უკანა
- *გ) მედიალური

36. იდაყვის სახსარს აქვს;

- ა) ხუთი შესახსრება
- ბ) ოთხი შესახსრება
- *გ) სამი შესახსრება
- დ) ორი შესახსრება

37. იდაყვის სახსრის ?პუნქციას უხშირესად ახორციელებენ:

- ა) იდაყვის მორჩისა და მხრის მედიალური გელაროკის შორის.
- ბ) სამთავა კუნთის კიდეა და სხივის იდაყვისაკენ მომხრულ კუნთს შორის,
- *გ) იდაყვის მორჩსა და მხარსხივის კუნთს შორის,

38. იდაყვის სახსრის მიდამოში შუათანა ნერვი მედიალური გელაროკის არეში გადის უხშირესად

- ა) მხრის არტერიის ქვეშ.
- ბ) 1.5 სმ-ით მედიალურად არტერიიდან
- გ) მხრის არტერიის მედიალურ კიდეთან
- *დ) 0.5-1.0 სმ-ით მედიალურად მხრის არტერიიდან

39. სხივის ნერვის გაყოფა ზელაპირულ და ღრმა ტოტებად წარმოებს

- *ა) არ არის სწორი არც ერთი
- ბ) ორივე სწორია
- გ) სახსრის ხაზის ღონეზე,
- დ) მხრის ძელის ლაგერალური ქველაროკის ღონეზე,

40. წინამხრის ფასცია წარმოქმნის

- ა) ლაგერალურ, წინა და უკანა ბუდეებს.
- ბ) მედიალურ, გარე და უკანა ბუდეებს
- გ) წინა, შიდა და უკანა ბუდეებს
- *დ) წინა, გარე და უკანა ბუდეებს,

41. პიროგოვის ღრმა სივრცე

- ა) გაღალის მტევეანზე მეტაკრპალური ძვლების 1/3-ის ღონეზე
- ბ) გაღალის მტევეანზე მეტაკრპალური ძვლების ფუქეების ღონეზე
- *გ) არ გაღალის მტევეანზე
- დ) მტევეანზე გაღალის სხივ-მაჯის სახსრის ღონეზე

42. პიროგოვის სივრცის ღრენირება ხორციელდება შემდეგი მიდგომით

- ა) სხივის და იდაყვის ძვლების პროექციების მკაცრად შუაში
- *ბ) სხივის და იდაყვის
- გ) იდაყვის
- დ) სხივის

43. წინამხრის ხელგულის მედაპირზე გამოყოფენ

- ა) კუნთების 5 შრეს
- *ბ) კუნთების 4 შრეს
- გ) კუნთების 3 შრეს
- დ) კუნთების 2 შრეს

44. წინამხრის ხელგულის მხარეს მდებარეობს

- ა) ხუთი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონა
- *ბ) ოთხი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონა
- გ) სამი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონა
- დ) ორი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონა
- ე) ერთი სისხლძარღვოვან - ნერვული კონა

45. წინამხრის ქვემო მესამედში შუათანა ნერვი ძევს:

- ა) მტევენის იდაყვისაკენ მომხრელსა და თითების მედაპირულ მომხრელებს შორის
- ბ) მტევენის სხივისაკენ მომხრელსა და ხელგულის გრძელ კუნთს შორის

*გ) თითების ზედაპირულ და ღრმა მომხრელებს შორის,

46. წინამხრის ხელზურგის ზედაპირზე გამოყოფენ:

- ა) 8 არხს
- *ბ) 6 არხს
- გ) 5 არხს
- დ) 4 არხს
- ე) 2 არხს

47. წინამხრის ხელზურგის ზედაპირის არხებში ძევის

- ა) თერთმეტი სინოვიალური ბუდე
- *ბ) რვა სინოვიალური ბუდე
- გ) ექვსი სინოვიალური ბუდე
- დ) ოთხი სინოვიალური ბუდე

48. მტევნის ხელგულის მხარეს არსებობს ფასციალური ბუდეები

- ა) ლატერალური, შუამდებარე, მედიალური, ღრმა
- ბ) შუამდებარე, ზედაპირული, ღრმა
- გ) შუამდებარე, წინა, უკანა
- *დ) შუამდებარე, მედიალური, ლატერალური

49. შუათანა ნერვის სრული გაგლეჯისას

- *ა) ყველა სწორია
- ბ) სწორია ა) და ბ)
- გ) ღარღვეულია II თითის და I თითის საფრჩხილე ფალანგის მოხრა, მტევნის I თითის მოხრა, მტევნის კანის ანესთეზია
- დ) კანის მგრძობელობა გამოვთარღნილია II, III და IV თითების საფრჩხილე ფალანგის ხელზურგის ზედაპირზე, კანის ტროფიკული ცვლილებები. წინამხრის ხელგულის ზედაპირის კუთხების და ტენარის ატროფია, მტევნის კანის ანესთეზია.
- ე) არ არის მტევნის, I, II და ნაწილობრივ III თითების მოხრა, გამოვარღნილია მგრძობელობა I, II, III თითების და ივ თითის ნახევარზე ხელგულის მხრიდან

50. სხივის ნერვის დაზიანებისას აღინიშნება

- ა) I, II და III თითების მოხრითი კონტრაქტურა და IV და V თითების გაშლითი კონტრაქტურა
- ბ) მაიმუნის თათი
- გ) "ბრჭყალისებრი თათი"
- *დ) "ლაკილებული მტევანი"

52. მკერდეუკანა ბლოკადის (ვ.ი.კაზანსკით) შემდგომ გამორთულია

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი
- ბ) ფილტვების ნერვული წნული
- გ) გულის ნერვული წნული
- დ) ვენური ნერვული წნული
- ე) აორტის ნერვული წნული

53. პერიკარდის პუნქციის ყველაზე რაციონალური მეთოდია

- ა) მარჯინის
- *ბ) ლარეის
- გ) შაპოშნიკოვის
- დ) პიროგოვის
- ე) შარპის

54. გულმკერდის ღრუში არის ნეკნთაშუა სრული შუაღელი

- ა) ათი
- ბ) რვა
- *გ) ექვსი
- დ) ოთხი

55. ზურგის გვინი მთავრდება

- ა) წელის 4 მალის ღონებზე
- ბ) წელის 3 მალის ღონებზე
- *გ) წელის 2 მალის ღონებზე
- დ) წელის 1 მალის ღონებზე

56. მალეები ყველაზე მოძრავია

- ა) გულმკერდის და წელის მიდამოს საზღვარზე
- ბ) კისრის და გულმკერდის მიდამოს საზღვარზე
- გ) გულმკერდის მიდამოში
- დ) წელის მიდამოში
- *ე) კისრის მიდამოში

57. მალთაშუა ხერელიდან გამოსვლისთანავე მურგეინის ნერეული ღერო იყოფა

- ა) 5 გოგად
- *ბ) 4 გოგად
- გ) 3 გოგად
- დ) 2 გოგად

58. ღიაფრაგმის დამბლას იწვევს მურგის გეინის კომპრესია

- ა) E7-E8 მალების ღონეზე
- ბ) E1-E2 მალების ღონეზე
- გ) C6-C8 მალების ღონეზე
- *დ) C3-C4 მალების ღონეზე
- ე) C1-C2 მალების ღონეზე

59. საჯლომი ნერვის ბლოკადის მიზნით ნემსის სახხველევი წერტილი განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- ა) დიდი ციბრუგის მწვერვალისა და გავა- კულუსუნის შესახსრუბის საზღვრის შემაერთებული ხაზის და ღუნღულოს ნაკეცის გადაკვეთის წერტილი
- *ბ) შუა წერტილი საჯლომი ხორკლის შიდა კიდეა და დიდი ციბრუგის მწვერვალს შორის
- გ) ღუნღულოს ნაკეცი შუაზე იყოფა

60. ჩირქის გავრცელება დიდი ღუნღულო კუნთის ქვეშიდან მცირე მენჯის ღრუში შესაძლებელია

- ა) საჯლომი ნერვის გაყოლებით
- *ბ) მსხლისებური კუნთის ზედა და ქვედა ხერელებით
- გ) დიდი ღუნღულო კუნთის მყესის პროქსიმალური ნაწილის ქვეშ არსებული ნაპრალის გავლით
- დ) მცირე საჯლომი ხერელის გავლით

61. ზედა ღუნღულო არტერია გამოდის

- *ა) თეძოს საერთო არტერიიდან
- ბ) თეძოს შიგნითა არტერიიდან
- გ) დამხურველი არტერიიდან
- დ) თეძოს გარეთა არტერიიდან

62. წვივის მცირე არტერია გამოდის

- ა) მუხლქვეშა არტერიიდან
- ბ) მუხლის სახსრის შუა არტერიიდან
- *გ) წვივის დიდი უკანა არტერიიდან
- დ) წვივის დიდი წინა არტერიიდან

63. ტერფის I და V თითების სინოვიალური ბუდეები

- ა) მთავრებიან მეტატარზალური ძელების შუა მესამედის ღონეზე.
- *ბ) მთავრებიან მეტატარზალური ძელების თავების ღონეზე
- გ) მთავრებიან მეტატარზალური ძელების ღონეზე
- დ) ვრცელელებიან მთელი ტერფის გასწვრივ

64. წვივის უკანა ძელოვან - ფიბროზულ ბუდეში მღებარეობენ:

- ა) I თითის მომხრელი კუნთი
- ბ) ტერფის პრონატორი წვივის მცირე კუნთები, წვივის მცირე ზედაპირული ნერვი
- *გ) ტერფის და თითების მომხრელები, წვივის დიდი ნერვი

65. ტერფის აპონევროზის ქვეშ მღებარეობს

- ა) 5 ფაშარქსოვილოვანი სივრცე
- ბ) 4 ფაშარქსოვილოვანი სივრცე
- *გ) 3 ფაშარქსოვილოვანი სივრცე
- დ) 2 ფაშარქსოვილოვანი სივრცე

66. ბარძაყის სამკუთხედის ზედა ნახევარში ბარძაყის არტერიასთან მიმართებაში ბარძაყის ვენა მღებარეობს

- ა) უკან
- *ბ) შიგნით
- გ) გარეთ
- დ) წინ

67. თეძოს, ბოქვენის და საჯლომი ძელების მენჯის ერთიან ძეღად შეერთება წარმოებს პოსტემბრიონალურ ონტოგენეზში მისი უმეტესი დატვირთვის არეში. ეს ანატომიური ზონა გადის

- ა) ბოქვენის ძელის გოგებზე
- ბ) საჯლომ ხორკლებზე
- გ) თეძოს ფრთაზე
- *დ) ტაბუხის ფოსოზე

68. დიდ საჯღომ ხერეღში გაღის კუნთი, რომლეიც ახორციელებს ბარძაყის გარეთ ბრუნვას

- ა) წელის მცირე კუნთი
- ბ) ღუნღულოს ღიდი კუნთი
- *გ) მსხლისებრი კუნთი
- ღ) თეძო - წელის კუნთი

69. საჯღომი ხერეღი გაღის მეხჯის ღრუს

- ა) ღამხურველი ხერეღის გაღლით
- *ბ) მსხლისებრქვეღა ხერეღის გაღლით
- გ) მსხლისებრ ზეღა ხერეღის გაღლით

70. კოჭ-წვივის სახრს კაფსუღის გამამაგრებელი იოგები არ აქვს

- ა) მეღიღღურად ღა უკან
- *ბ) წინ ღა უკან
- გ) ღაგერაღღურად ღა უკან

71. საზარღუღის იოგის ქვეშ ბარძაყის არგერიის გაღაკვანძვისას ქვეშო კიღურის კოღაგერაღღური სისხლმომარაგება ხორციელღება შემღეღი ანასგომოზებით:

- ა) თეძოს ძელის შემომხვევე ზეღაპირულ ღა ღრმა არეგერიებს შორის.
- *ბ) ღამხურველ, ღუნღულო, თეძოს შიგნითა არგერიის გოგებსა ღა ბარძაყის ღრმა არგერიის ღაგერაღღურ, მეღიღღურ, ბარძაყის შემომხვევე გოგებს შორის
- გ) თეძოს შიგნითა არგერიასა ღა თეძოს გარეთა არგერიას გოგებს შორის

72. ბარძაყის არგერიასთან მიღგომა წარმოებს ხაზზე რომელიც აერთებს

- ა) პუპარგის იოგის გარე ღა შუა მესამეღების საზღღვარს ბარძაყის მეღიღღურ როკთან
- *ბ) პუპარგის იოგის შუაწერგიღს ღა ბარძაყის მეღიღღურ როკს
- გ) თეძოს ძელის წინა - ზეღა წვეგისა ღა ბარძაყის ღაგერაღღურ როკს

73. პერიფერიული ღიმფური ძარღვების კათეგერიზაცია ხორციელღება:

- ა) რენგგენოგრაფიული გამოკვეღვისათვის
- ბ) ღიმფოსორბაციის წარმოებისათვის
- *გ) სამკურნალო პრეპარატების შესაყყანად

74. მუხღის სახსრის პუნტიციას ახორციელებენ

- ა) წვივის ღიდი ძელის ბორცვის ღონეზე, მუხღის სახსრის შიღა ზეღაპირის მხრიღან
- ბ) კვირისგავის გვერღით ზეღაპირებიღან 3-4 სანტიმეტრით მეღიღღურად ან ღაგერაღღურად
- *გ) კვირისგავის ფუძის ან მწვეგალის ღონეზე ღა მათგან 1-2 სანტიმეტრით მოშორებით

75. მეხჯის ძეღების მოგეხიღობების ღროს იხმარება მეხჯშიღა ანესთეზია შკოღნიკოვ-სელიგანოვის მეთოღით

- ა) თეძოს ძელის წინა წვეგის 3 სმ-ით ქვევეით ღა 3 სმ-ით მეღიღღურად
- *ბ) თეძოს ძელის წინა წვეგიღან 1 სმ-ით შიგნით
- გ) თეძოს ძელის წინა წვეგიღან 5 სმ-ით ზევეით

76. წვივის უკანა ფასციაღღური ბუღის ღრმა ფლეგმონა იხსნება:

- ა) გასწერივი განაკვეთით წვივის ზემო მესამეღში 2-3 სმ-ით უკან წვივის მცირე ძელის ღაგერაღღური კიღიღან
- ბ) გასწერივი განაკვეთით წვივის ზემო მესამეღის უკანა ზეღაპირზე
- *გ) გასწერივი განაკვეთით წვივის ზემო მესამეღში 2-3 სანტიმეტრით უკან წვივის ღიდი ძელის შიგნითა კიღიღან

77. ბარძაყის ღრმა არგერია ბარძაყის არგერიას გამოყოფა

- ა) პუპარგის იოგიღან 3-5 სმ-ით ღისგაღღურად
- *ბ) პუპარგის იოგის ქვეშ
- გ) პუპარგის იოგიღან 10-12 სმ-ით ღსიგაღღურად

78. წვივის ღიდი წინა არგერიასთან მიღგომა წვივის ზემო მესამეღში ხორციელღება პროექციული ხაზზე

- *ა) წვივის მცირე ძელის თაგსა ღა წვივის ღიდი ძელის ბორცვს შორის მანძიღის შუაწერგიღიღან გოჯებს შორის მანძიღის შუაწერგიღამღე
- ბ) წვივის მცირე ძელის თაგსა ღა შიგნითა გოჯებს შორის
- გ) წვივის მღცირე ძელის თაგსა ღა გარეთა გოჯს შორის

79. ღუნღულოს მიღამოში არსებობს

- ა) კუნთების 5 შრე
- ბ) კუნთების 4 შრე
- *გ) კუნთების 3 შრე
- ღ) კუნთების 2 შრე

80. ბარძაყის სამკუთხეღში მღებარეობს ყვეღა ჩამოთეღიღი წარმონაქმნები, გარღა

- *ა) ბარძაყის ღრმა არგერიისა ღა ვენისა
- ბ) ღრმა ღიმფური ძირკვეღებისა

- გ) ბარძაყის ნერვის ტოტებისა
- დ) ბარძაყის არტერიისა და ვენის

81. მენჯბარძაყის სახსრის კაუსულას ამაგრებს

- ა) 5 იოგი
- ბ) 4 იოგი
- *გ) 3 იოგი
- დ) 2 იოგი

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის გრაფმატოლოგია

82. კავიგაციის თეორიის თანახმად, თავის გვინის დაზიანება განსაკუთრებით გამოხატულია შემდეგ მიდამოებში ღარტყმის დროს:

- ა) ქველა ყბის.
- ბ) თხემის;
- *გ) კეფის;
- დ) შუბლის;
- ე) საფეთქლის;

83. თავის გვინის დაზიანების ძირითადი კლინიკური ფორმებია: 1. თავის გვინის შერყევა; 2. თავის გვინის კომპრესია; 3. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა; 4. ქალასშიდა ჰემატომა; 5. თავის გვინის დაქეილობა; 6. თავის გვინის შეშუპება; 7. თავის გვინის პროლაფსია; 8. თავის გვინის დისლოკაცია.

- ა) სწორია 1, 2, 3, 6.
- ბ) სწორია 1, 4, 5, 6;
- *გ) სწორია 1, 2, 5;
- დ) სწორია 1, 3, 6, 7;
- ე) სწორია 1, 3, 8;

84. თავის გვინის კომპრესია ხდება ყველა ღარტყვის შედეგად, გამონაკლისით:

- ა) სუბდურული პილრომა.
- ბ) ქალას ძვლების კომპრესიული მოტეხილობა;
- *გ) სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა;
- დ) ქალასშიდა ჰემატომა;
- ე) პილროფსია;

85. თავის გვინის საშუალო სიმძიმის შერყევის დროს ჰიპერტენზიის სინდრომი შეიძლება დავიფიქსიროთ ბურგ-გვინის სიოხის წნევის მაჩვენებლების მიხედვით, რომელიც ტოლია:

- ა) 260-320 მმ წყლის სვეტისა.
- *ბ) 220-240 მმ წყლის სვეტისა;
- გ) 180-210 მმ წყლის სვეტისა;
- დ) 130-140 მმ წყლის სვეტისა;
- ე) 100-120 მმ წყლის სვეტისა;

86. თავის გვინის მსუბუქი შერყევის ჰიპოტენზიის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) ბურგ-გვინის წნევა 40 დან 100 მმ წყლის სვეტისა.
- ბ) არტერიული წნევის დაქვეითება საზღვრებში 100/70-90/60 მმ ვერწყლის წყლის სვეტისა;
- გ) თავის ტკივილის შემცირება თავის დაშვებისას;
- *დ) თავის ძლიერი ტკივილი;
- ე) კანის საფარველის სიმკრთაღე, ლორწოვანი გარსების მცირე მოლურჯო ელფერით;

87. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის სინდრომი ვლინდება ყველგ ჩამოთვლილი სიმპტომით, გამონაკლისით:

- *ა) ჰემიპარეზი
- ბ) შესაძლოა დელირიოზული მდგომარეობის გამოვლენა.
- გ) ბრუძინსკის დაღებითი სიმპტომი;
- დ) თავის ტკივილი, რომელიც შესაძენევა დღიერდება თვალის კაკლის მოძრაობისას;
- ე) თავის ტკივილი, თითქოს "მარწუნებს უჭერენ" თავს;

88. თავის ქალას სარქველის არასრული მოტეხილობის დროს ადგილი აქვს:

- *ა) სწორია ა და ბ.
- ბ) ქალას ფუძის მოტეხილობა; გვინის მაგარი გარსის გაგლეჯის გარეშე;
- გ) საგიტალური ან კორონარული ნაკერების გახსნა;
- დ) მხოლოდ შიგნითა ფორმის მოტეხილობა;
- ე) მხოლოდ გარეთა ფირფიგის მოტეხილობა;

89. თავის ქალას სარქველის ხაზობრივ მოტეხილობებს შორის გამოყოფენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მოტეხილობა ქალას ფუძეზე გადასვლის გარეშე.
- ბ) მოტეხილობა ქალას ფუძეზე გადასვლით;
- *გ) კომპრესიული მოტეხილობა;
- დ) არასრული მოტეხილობა;

ე) სრული მოგეხილობა;

90. თავის ქალას სარქველის კომპრესიული მოგეხილობები შეიცავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) ხიშისმაგვარი მოგეხილობა.
- ბ) კომპრესიული მოგეხილობა;
- გ) ქალას მოგეხილობა;
- დ) ლეპრესიული მოგეხილობა;
- ე) იმპრესიული მოგეხილობა;

91. თავის ქალას სარქველის ნემსასვრევი მოგეხილობისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ძვლის ერთი ფრაგმენტის მეორეზე დაღება.
- ბ) მოგეხილობის ცენტრიდან ნაპრალების რადიალური განაწილება;
- *გ) ძვლის ფრაგმენტების განაწილება ურთიერთ გადაშკვითი ნაპრალებით;
- დ) ბეწოლა თავის ქალას ღრუში გვინის მაგარი გარსის დაზიანებით;

92. სახის ძვლების მოგეხილობის დროს, რბილი ქსოვილების დიდი შეშუპების ფონზე საკმაოდ ხშირად რჩება გამოუცნობი:

- ა) თავის კაკლის დაზიანება.
- ბ) ზედა ყბის მოგეხილობა;
- *გ) ყვრიმალის ძვლის მოგეხილობა;
- დ) ლიქვორეა;
- ე) სისხლდენა ცხაურა ძვლისაგან;

93. თავის ქალას ცეცხლნასროლი მოგეხილობების რენტგენოლოგიური კლასიფიკაცია მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) პარაბაზალური მოგეხილობა.
- ბ) კომპრესიული მოგეხილობა;
- გ) ხაზოვანი მოგეხილობა;
- დ) არასრული მოგეხილობა;

94. ტოპოგრაფიის და კლინიკური სურათის მიხედვით არჩევენ საფეთქლის ძვლის პირამიდის მოგეხილობებს, გამონაკლისით:

- ა) მწვერვალი მოგნეჯა.
- *ბ) ფუძის მოგეხილობა;
- გ) ირიბი;
- დ) გასწვრივი;
- ე) დიაგონალური;

95. თავის ქალას და თავის გვინის დაზიანებების კლასიფიკაციის საფუძვლად უღევს თავის გვინის, ქალასარქველის ძვლების, და ქალას ფუძის დაზიანებების ყველა სახე და ფორმა, გამონაკლისით:

- ა) გვინის მაგარი გარსის დაზიანება.
- *ბ) თავის გვინის პარკუჭების დაზიანება;
- გ) თავის გვინის და თავის ქალას ღია და დახურული დაზიანებები;
- დ) ქალასარქველის და ქალას ფუძის მოგეხილობა;
- ე) თავის გვინის შერყევა, თავის გვინის დაჟეჟილობა, თავის გვინის კომპრესია;

96. ქალა-სახის გრავმა გამოყოფილია ქალა-გვინის გრავმისაგან როგორც განსაკუთრებული ფორმა, მისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებისა და პათოლოგიური მდგომარეობის კომპლექსთან დაკავშირებით, გამონაკლისით:

- *ა) სუბარაქნოიდული სისხლისდენის ფონზე გამოხატული გვინისმიერი ჰიპერტენზია;
- ბ) ზედა ყბის მოგეხილობა;
- გ) ლიქვორეა;
- დ) გრავმული შოკი;

97. თავის ქალას და თავის გვინის ცეცხლნასროლი დაზიანებებისას, ჭრილობის არხის სახეობის მიხედვით გამოყოფენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) დიაგონარულ ჭრილობა.
- *ბ) დიდი ჰემოსფეროების შემავალ ჭრილობები;
- გ) განგენციალური ჭრილობა;
- დ) გამჭოლი ჭრილობა;
- ე) ბრმა ჭრილობა;

98. ეპილურილი ჰემატომა ძირითადად წარმოიქმნება, სისხლდენის შედეგად:

- ა) გვინის წინა არტერიის გოგებიდან.
- *ბ) შუა მენინგეალური არტერიის გოგებიდან;
- გ) გალენის ვენიდან;
- დ) ქალასარქველის დაზიანებული ძვლებიდან;
- ე) თავის გვინის ქერქის დაზიანებული სისხლძარღვებიდან;

99. ერთ ნახევარ სფეროში ქალასშიდა ჰემატომის მრავლობითი ფორმის დროს უხშირესად შერწყმულია:

- ა) ეპილურილი ჰემატომა პარკეჭმიდასთან.
- ბ) სუბლურილი ჰემატომა პარკეჭმიდასთან;

- *გ) სუბლერული ჰემატომა გვინშიდასთან;
- დ) ეპიდურული ჰემატომა გვინშიდასთან;
- ე) ეპიდურული ჰემატომა სუბდურალურთან;

100. თავის ქალას და თავის გვინის დაზიანებათა დიაგნოსტიკის ძირითადი სიმკვლენი გამოწვეულია ყველა ჩამოთვლილი მიზეზით, გარდა:
ა) თავის გვინის დაზიანების შერწყმა შინაგანი ორგანოების და საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანებებთან.
ბ) თავის გვინის მძიმე დაზიანების უმრავლესობისათვის პათოგნომური სიმპტომების არარსებობა;
გ) ალკოჰოლური სიმთვრალის მდგომარეობა;
*დ) ლუმბალური პუნქციის მონაცემების არარსებობა;
ე) დაზარალებულის მძიმე კომატოზური მდგომარეობა;

101. თავის ქალას მოგვიხლოების ძირითად ნიშნებს რენტგენოგრაფიაზე წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
ა) განათების სივიწროვე.
*ბ) ჩრდილის გამუქება;
გ) სწორხაზოვნება;
დ) გაორების სიმპტომი;
ე) გამჭვირვალობა;

102. ავადმყოფს მძიმე ქალა-გვინის გრავით გაუკეთდა კაროტიდული ანგიოგრაფია. "სიფონის" გაღანაცვლების და ლეფორმაციის, გვინის შუა და პერეკლამურ არტერიებს შორის მანძილის მნიშვნელოვანი გადიდების გამოვლენით. ეს საშუალებას გვაძლევს დავსვათ დიაგნოზი:
ა) სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა.
ბ) საფეთქლის წილის გვინშიდა ჰემატომა;
*გ) შუბლის წილის გვინშიდა ჰემატომა;
დ) თხემ-საფეთქლის მიდამოს ეპიდურული ჰემატომა;

103. საგიტალური სინუსის მიდამოში ღია დაზიანებით დაზარალებულთა გრანსპორტირება ხორციელდება:
ა) წოლით ზურგზე წამოწეული თავით.
ბ) მუცელზე წილით;
*გ) ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობაში;
დ) წოლით გვერდზე წამოწეული თავით;
ე) ზურგზე წოლით მდგომარეობაში;

104. იმასთან დაკავშირებით, რომ ქალა-გვინის გრავის კონსერვატიული მკურნალობის კომპლექსში ღიდი მნიშვნელობა ენიჭება ლეჰიდრატიციას და საკმაო რაოდენობით ხსნარის შეყვანას, ყველაზე უფრო ამ მოთხოვნებს აკმაყოფილებს:
ა) 10%-გლუკოზის ხსნარი.
*ბ) ა. ლაბრის ხსნარი;
გ) ფუროსემიდი;
დ) შარლოვანა;
ე) მანიტოლი;

105. ქალა-გვინის გრავით ავადმყოფთა ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
ა) ფალსოტომია.
ბ) პარკუჭების დრენირება;
გ) გენგორიოტომია;
*დ) პნევმოგრაფია;
ე) ქალას გრეპანაცია;

106. ძვალ-პლასტიკური გრეპანაციის წინააღმდეგ-ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
ა) სუბლერული პილრომა, რომლის მოგვიხლოების შემდეგ აუცილებელი ხდება სუბლერული სივრცის დრენირება.
ბ) თავის გვინის დაუქვილობა-დაჩქვით;
გ) თავის გვინის გამოხატული ჰემატომით;
*დ) სუბლერული ჰემატომა 60 მმ მოცულობით;
ე) ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა;

107. მძიმე ქალა-გვინის გრავით ავადმყოფებში შიგნითა ლეკომპრესიას მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
ა) გვერდითი პარკუჭების დრენირება.
*ბ) ლეკომპრესიული გრეპანაცია თხემ-საფეთქლის მიდამოში თავის ქალას ძვლებში 7-7 სმ არანაკლებში ლეფექტის წარმოქმნით;
გ) ფალსოტომია საგიტალური სინუსის გალაკვანძვით;
დ) გენგორიოტომია ორივე მხარეზე;
ე) გენგორიოტომია ერთ მხარეზე;

108. ავადმყოფს ქალას სარქველის ღია მოგვიხლოებით და საგიტალური სინუსის დაზიანებით, როცა არ არის გვინზე ზეწოლის ნიშნები მცირე ვენური სისხლენით, სასწრაფო სამკურნალო ღონისძიებებია:
ა) სამკურნალო პრეპარატების შეყვანა, რომელიც აწვევს გულის დარტყვით და წუთ მოწულობას.
*ბ) თავის ჭრილობაზე ზომიერად დამწოლი ნახვევის დადება;
გ) ქალას ღრუში ჩაჭედული ნაგებების ამოღება;
დ) არტერიული წნევის აწვევის მიზნით სისხლის შემცველებების ინჟექცია;
ე) სისხლის დანაკარგის აღდგენა;

109. დაზარალებულთათვის შერწყმული ქალა-გვინის გრავით (თავის გვინის დაქეილობა) ყველაზე არასასურველია შერწყმა:
ა) კოჭ-წვივის სახსრის გარეთა და შიგნითა გოჯების მოგეხილობა სინდესმომის გახსნით და გერფის გარეთევენ ქვეამოვარდნილობით.
ბ) მენჯის ძელების მოგეხილობა წინა ნახევარგოლის დარღვევით;
გ) ორივე წვივის ძელების მოგეხილობა ზედა მესამელში ნაგეხების შეცილებით;
დ) დახურული გარდიგარდმო მოგეხილობა მხრის ძელის შუა მესამელში ნაგეხების შეცილებით;
*ე) .II-III ნეკნების მოგეხილობა ჰემონეემოთორაქსით;

110. საშუალო სიმძიმის თავის გვინის დაქეილობით და ბარძაყის დიაფიზის დახურული გარდიგარდმო მოგეხილობით გემო მესამელში ფრაგმენტების შეცილებით, ავადმყოფის მკურნალობა ითვალისწინებს:
*ა) ბარძაყის ძელის ოსტეოსინთეზი შტიფტით.
ბ) ილიზაროვის აპარატის მოდულის დაღება;
გ) კილურის ფიქსაცია თაბაშირის კოკსიტური ნახვევით;
დ) ბარძაყის ძელის ოსტეოსინთეზი ფირფიტით;
ე) ილიზაროვის აპარატის დაღება;

111. ბარძაყის ძელის ოსტეოსინთეზი, ავადმყოფს საშუალო სიმძიმის გვინის დაქეილობით, სასურველია გაუკეთდეს გრავიდან:
ა) 7-10 დღე-ღამე.
ბ) 4-6 დღე-ღამე;
*გ) 48 გ-72 სთ;
დ) 12-24 სთ;
ე) 3-6 სთ;

112. ქალას გრავის დროს ყველაზე ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები წარმოიქმნება, გამოვლენისას:
ა) ქვემწვავე ეპიდურული ჰემატომა.
ბ) გვინშიგა ჰემატომა;
*გ) ქვემწვავე სუბდურული ჰემატომა;
დ) მწვავე ეპიდურული ჰემატომა;
ე) მწვავე სუბდურული ჰემატომა;

113. ავადმყოფმა გადაიტანა საშუალო სიმძიმის გვინის დაქეილობა, ზომიერი სუნარაქნილულ სისხლჩაქცევით, 3 კვირის განმავლობაში იმყოფებოდა მკურნალობაზე. 6 თვის შემდეგ ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი. ავადმყოფი გამოკვლეულ იქნა ნეიროქირურგიის განყოფილებაში და პნეემოგრაფიის შემდეგ თავი იგრძნო სრულიად ჯანმრთელად. ავადმყოფსა, ამგვარად, გამოუვლინდა ქალა-გვინის გრავის შორეული შედეგი:
ა) თავის გვინის კისტები.
ბ) ჰიპერტენზიული სინდრომი;
*გ) არაქნოლიტი;
დ) ჰიდროცეფალია;
ე) მენინგიტის;

114. ქალ-გვინის მძიმე გრავის შორეულ შედეგებს შორის გამოყოფენ ყველა ჩამოთვლილი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომს, გარდა:
ა) დემენციის მოვლენები; ენცეფალოპათიური სინდრომი.
*ბ) პარაკუტების სინდრომი და კრუნჩხვითი შეტევები;
გ) ასთენიური სინდრომი;

115. ავადმყოფები, რომელთაც გადაიტანეს მძიმე ქალა-გვინის გრავმა და იტანჯებიან, ხშირი ეპილეფსიური გულყრებით და პიროვნების გამოხატული ცვლილებებით, იღებენ:
ა) შრომითი მოწყობა (საექიმო-შრომითი საექსპერტი კომისია 1 წლის შემდეგ) ხოლო მოგვიანებით განმეორებით შემოწმება.
ბ) ინვალიდობის III ჯგუფს;
*გ) ინვალიდობის II ჯგუფს;
დ) ინვალიდობის I ჯგუფს;

116. ზურგის გვინის გრავიული ცვლილებების სახისა და ხასიათის მიხედვით, გამოყოფენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:
ა) ზურგის გვინის გაწყვეტა და ზურგის გვინში სისხლჩაქცევა (ჰემატომიელია).
ბ) ზურგის გვინის კომპრესია;
*გ) ზურგის გვინის როტაციული შემოგრება;
დ) ზურგის გვინის დაქეილობა;
ე) ზურგის გვინის შერყევა;

117. ზურგის გვინის დაზიანების დიაგნოსტიკაში წამყვან როლს თამაშობს გამოკვლევის ჩამოთვლილი მეთოდები, გარდა:
ა) ქსელისებრი გარსის სივრცეში გამგარებლობის გამოკვლევა (სპინალური პუნქცია).
ბ) კილურთა მგრძნობელობის დარღვევის გამოკვლევა;
*გ) სხეულის ცალკეული ნაწილების გემპერაგურეს გამოძვება;
დ) კილურების მოძრაობითი ფუნქციის გამოკვლევა;
ე) ანამნეზის შეკრება;

118. ზურგის გვინის დაზიანების დიაგნოსის დასმისას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჩამოთვლილი კლინიკურ მონაცემებს, გამოირცხვით:
ა) კუნთოვანი, მყესოვანი და კანის რეფლექსების დარღვევა.

- ბ) მეჩხის ორგანოების მოქმედების დარღვევა;
- გ) კიდურებსა და სხეულზე კანის მგრძობიანობის დარღვევა;
- *დ) ზურგ-გვინის სითხის მაღალი წნევა;
- ე) კიდურებში მოძრაობების დარღვევა;

119. კისრის ღონებზე ზურგის გვინის დაზიანებისას, რაც წარმოიქმნება ერთ-ერთი მალის ამოვარდნილობით, ჩვეულებრივ არ გამოიყენება:

- ა) ამოვარდნილი მალის თანდათანობითი ჩასწორება თავის ქალაღან ჩონჩხოვანი დაჭიმვით.
- *ბ) ზურგის გვინის ლეფორმაციის პნევმოტიული გასწორება ქსელისებრი გარსის ქვეშე კანგბალის შეყვანით;
- გ) მალის ამოვარდნილობის ერთმომენტიანი ჩასწორება;
- დ) კორპოროგომია, მალის სხეულის გრანსპლანტაგით პლასტიკური ჩანაცვლებით;
- ე) ლამინექტომია;

120. ავადმყოფზე, ზურგის გვინის მძიმე დაზიანებით კისრის 1-2-3 მალის ღონებზე, საჭიროა სასწრაფოდ განხორციელდეს რეანიმაციული ხასიათის ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიება, გარდა:

- ა) ხერხემლის კისრის ნაწილის ფიქსაცია.
- *ბ) ლამინექტომია ზურგის გვინის რევიზიით;
- გ) გრაქის ინტუბაცია და დაზარალებულის გადაყვანა ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციაზე;
- დ) ჰემოდინამიკის აღდგენა;
- ე) გრაქეოსტომია;

121. დაზარალებული, ზურგის გვინის მძიმე დაზიანებით ხერხემლის გულმკერდის და წელის ნაწილში, მხოლოდ რბილი საკაცის არსებობისას, საჭიროა გრანსპორტირება განხორციელდეს:

- *ა) მუცელზე.
- ბ) ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობაში წელის არეში ბალიშით;
- გ) მარჯვენა გვერდზე;
- დ) მარცხენა გვერდზე;
- ე) ზურგზე;

122. ზურგის გვინის და ღვიძლის (ჭრილობა) შერწყმული დაზიანების დროს ქირურგიული ტექნიკა გულისხმობს:

- ა) ოპერაცია არ გაკეთდება მკურნალობა უნდა იყოს მხოლოდ კონსერვატიული მძიმე შოკის განვითარების საშიშროების გამო.
- ბ) დაცვა და დაზარალებულის მდგომარეობის გაუმჯობესებისას ოპერაციული ჩარევა იმ ორგანოზე, რომლის კლინიკაც აჭარბებს;
- გ) ზურგის გვინის და გვინის ერთდროული მკურნალობა;
- *დ) პირველ რიგში დაზიანებული ღვიძლის მკურნალობა;
- ე) დაზიანებული ზურგის გვინის პირველ რიგში მკურნალობა;

123. ზურგის გვინის დაზიანებისას, ოპერაციული ჩარევის ჩვენებების დადგენის დროს შეცდომების თავიდან ასაცილებლად, უნდა გავითვალისწინოთ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) კიდურთა პარეზის და დამბლის ხარისხი.
- ბ) ლიქვორული სივრცის მდგომარეობა (შემოწმება გამჭარებლობაზე);
- გ) დაზარალებულის ზოგადი მდგომარეობა (შოკი, სუნთქვის დარღვევა, სეფსისი, სხვა ორგანოების დაზიანება);
- დ) ზურგის გვინის მდგომარეობა (შერყევა, კომპრესია, დაჩეჩქვა);
- ე) მალეების, ხერხემლის არხის, და ხერხემლის იოგოვანი აპარატის მდგომარეობა;

124. ზურგის გვინის დაჟეილობით დაზარალებულის სწორი მკურნალობისას პროფესიული აღდგენა:

- ა) მოითხოვს სპეციალობის შეცვლას.
- ბ) შესაძლებელია, მაგრამ მრავალი წლის შემდეგ;
- გ) შესაძლებელია, მხოლოდ ნაწილობრივ;
- დ) შეუძლებელია;
- *ე) შესაძლებელია;

125. პერიფერიული ნერვების დაზიანება ყველა სახის ტრავმის მიმართ შეადგენს:

- ა) 10%-მდე.
- ბ) 8%-მდე;
- გ) 6%-მდე;
- *დ) 4%-მდე;
- ე) 2%-მდე;

126. პერიფერიული ნერვების დაზიანება შესაძლებელია ყველა ჩამოთვლილი მექანიზმით, გარდა:

- ა) ცეცხლნასროლი დაზიანება.
- ბ) ტრაქცია;
- გ) გაჭყლეტვა;
- *დ) შემოგრეხა;
- ე) პირდაპირი დარღვევა;

127. პირდაპირი დარღვევის დროს შესაძლოა პერიფერიული ნერვების ჩამოთვლილი დაზიანება, გარდა:

- ა) ნერვის გაგლეჯა.
- *ბ) ნერვის მოგლეჯა ზურგის გვინის ფესვის ღონებზე;
- გ) ნერვის კომპრესია;

- დ) ნერვის შერყევა;
- ე) ნერვის დაჟეილობა;

128. აღრეულ ვადებში პერიფერიული ნერვების დაზიანების დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ყველა ჩამოთვლილი მონაცემებს, გარდა:

- ა) მოძრაობითი დარღვევა.
- *ბ) მყესისა და ძვლის საზრდელას რეფლექსები;
- გ) მგრძნობელობის დარღვევა;
- დ) ჭრილობის მდებარეობას;
- ე) ანამნეზი;

129. პერიფერიული ნერვების დაზიანების დროს მოძრაობითი დარღვევები ვლინდება:

- ა) ხანგამოშვებით ჰიპერ- და ჰიპოტონუსით ჭრილობის დონის ქვემოლ.
- ბ) მყესისა და პერიფერიული რეფლექსების გაძლიერებით ჭრილობის დონის ქვემოლ;
- გ) კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვით ჭრილობის დონის ქვემოლ;
- *დ) ღუნე დამშლით ჭრილობის დონის ქვემოლ;
- ე) კუნთების ჰიპერტონუსით ჭრილობის დონის ზემოლ;

130. პერიფერიული ნერვის დაზიანების დროს შესაძლოა მგრძნობელობის ყველა ჩამოთვლილი დარღვევა, გარდა:

- ა) პარესთეზია.
- ბ) ჰიპერპათია;
- *გ) აპრაქსია;
- დ) ჰიპერსთეზია;
- ე) ანესთეზია;

131. მხრის წნულის დაზიანების დროს გამოყოფენ ყველა ჩამოთვლილ ფორმას ან გიპს, გარდა:

- ა) კლიუმკე-დეკერინის გიპის დამბლა.
- ბ) დიუმენ-ერბის გიპის დამბლა;
- *გ) ქველა;
- დ) შუა;
- ე) ზელა;

132. დიუმენ-ერბას გიპის მხრის წნულის დამბლის დროს კლინიკური სურათი ყალიბდება ყველა სიმპტომით, გარდა:

- ა) მხრის და წინამხრის გარეთა ზელაპირზე, მგრძნობელობის ფარღვევა.
- *ბ) იდაყვის ნერვის გამტარებლობის დარღვევა;
- გ) აქტიური ზემოთ აწევის და განზიდვის შეუძლებლობა;
- დ) კან-კუნთია ნერვის ფუნქციის გამოვარღნა;
- ე) ფრთისქევეშა ნერვის ფუნქციის გამოვარღნა;

133. კლიუმკე-დეკერინის გიპის მხრის წნულის დამბლისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) მხრის და წინამხრის შიგნითა ზელაპირზე მგრძნობელობის მოშლა.
- *ბ) წინამხრის გამშლელების დამბლა;
- გ) იდაყვის ნერვის დაზიანება;
- დ) ჰორნერის სიმპტომი;
- ე) საშუალო ნერვის დაზიანება;

134. ფრთისქევეშა ნერვის დაზიანების დროს აღგილი აქვს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მცირე მრგვალი კუნთის დამბლა.
- ბ) მხრის გარეთა ზელაპირის მგრძნობელობის დარღვევა;
- გ) მხრის ფრონტალური სიბრტყეში 90 გრადუსამდე აწევის შეუძლებლობა;
- *დ) ქელბელა კუნთის აგროფიისა;
- ე) დელტისებური იოგის აგროფია;

135. სხივის ნერვის დაზიანების დროს მხრის ზელა მესამედის დონეზე, გამოვარღება ფუნქცია და წარმოიქმნება მგრძნობელობის დარღვევა, გამოწონაკლისით:

- *ა) სხივ-მაჯის სახსრის ხელგულის ზელაპირზე, მგრძნობელობის დარღვევა
- ბ) წინამხრის დორზალური ზელაპირის მგრძნობელობის დარღვევა;
- გ) მტეენის ყველა გამშლელის ფუნქცია;
- დ) მხრის ყველა გამშლელის ფუნქცია;

136. წინამხრის შუა მესამედში საშუალო ნერვის დაზიანების დროს ნაწილობრივ ან მთლიანად გამოვარღება მოძრაობითი ფუნქცია ყველა ჩამოთვლილის კუნთის გარდა:

- ა) ჭიაყელა კუნთების.
- ბ) დიდი შემალლების კუნთები;
- გ) თითების ღრმა მომხრელის;
- დ) პირვალი თითის გრძელი მყესის;
- *ე) მრგვალი პრონატორისა;

137. ილაყვის ნერვის მამოძრავებელი ფუნქცია მდგომარეობს ყველა ჩამოთვლილი მოქმედების შესრულებაში, გამორიცხვით:

- *ა) II და III თითების შუა ფალანგების მოხრა.
- ბ) თითების მოზიდვა და განზიდვა;
- გ) ღიდი თითის მოზიდვა;
- დ) IV-V თითების მოხრა;
- ე) მტევნის ხელისგულისკენ მოხრა;

138. ილაყვის ნერვის ღამიანების ღროს მტევანი იღებს ასევე სახეს:

- ა) "მეანის" მტევანი.
- ბ) "ჩამოკიდებული" მტევანი;
- *გ) "ბრჭყალისებრი" მტევანი;
- დ) "მაიმუნის" მტევანი;

139. მხრის წნულის ყველა ღეროს ღამიანება ხდება:

- ა) ცეცხლნასროლი ჭრილობის ღროს.
- ბ) კიღურის დაწნების ღროს;
- გ) ნახვველეტი ჭრილობის მიყენებით;
- *დ) გრაქციის ღროს (გრაქციული მექანიზმი);
- ე) ნაკვეთი ჭრილობის მიყენების ღროს;

140. მხრის წნულის მთლიანი ღამიანების კლინიკური სურათი მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ სიმპტომს, გარდა:

- ა) ჰორნერის სიმპტომი.
- ბ) სახსარ-კუნთოვანი ტონუსის გამოვარდნა სხივ-მაჯის სახსრის ჩართვით;
- *გ) მხრის კუნთების ცვალებადი ტონუსი;
- დ) მყესის რეფლექსების არარსებობა;
- ე) ხელის ღუნე ღამბლა;

141. ბარძაყის ნერვის ღამიანების ღროს პუპარგის იოგის ქვემოთ კლინიკური სურათი ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა:

- ა) წვივის მოხრის შეუძლებლობა.
- ბ) წვივის წინა-შიგნითა ზედაპირის მგრძნობელობის ღარღვევა;
- *გ) ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე მგრძნობელობის ღაკარგვა;
- დ) მუხლის რეფლექსის გაქრობა;
- ე) ბარძაყის ოთხთავა კუნთის აგროფია;

142. ღახურული ნერვის ღამიანება თან ახლავს მოძრაობითი და მგრძნობელობითი ხასიათის ყველა ღარღვევა, გარდა:

- ა) ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე მგრძნობელობის ღარღვევა.
- *ბ) მწოლიარე მდგომარეობაში ბარძაყის მოხრის და სხეულის წამოწვივის შეუძლებლობა;
- გ) ფეხის გარეთკენ მობრუნების გაძნელება;
- დ) ერთი ფეხის მეორეზე ღაღების შეუძლებლობა;
- ე) ფეხის მოზიდვის მნიშვნელოვანი გაძნელება;

143. ღუნღულოს ნაოჭის ზემოთ საჯლომი ნერვის ღამიანებისას, აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

- ა) აქიღესის მყესის რეფლექსის გაქრობა.
- *ბ) ვასერმანის ღაღებითი სიმპტომი;
- გ) გერფის ზურგისკენა და გერფ-ღირის ზედაპირების მგრძნობელობის ღარღვევა;
- დ) წვივის გარეთა-უკანა ზედაპირზე მგრძნობელობის ღარღვევა;
- ე) წვივის მოხრის შეუძლებლობა;

144. ღიდი წვივის ნერვის ღამიანებისა კლინიკური სურათს განსაზღვრავს ყველა ჩამოთვლილი მამოძრავებელი და მგრძნობელობითი ღარღვევა, გამორიცხვით:

- ა) წვივის უკანა ჯგუფის კუნთების აგროფია.
- ბ) გერფის თითების მოხრის შეუძლებლობა;
- გ) გერფის შიგნითკენ მობრუნების შეუძლებლობა;
- დ) წვივის გარეთა უკანა-შიგნითა ზედაპირის მგრძნობელობის ღარღვევა;
- *ე) წვივის გარეთა ზედაპირის მგრძნობელობის ღარღვევა;

145. მცირე წვივის ნერვის ღამიანებისას აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გერფის ზურგზე, პირველ და მეორე თითებს შორის მგრძნობელობის ღარღვევა.
- *ბ) გერფის თითებში სახსარ-კუნთოვანი შეგრძნების ღარღვევა;
- გ) ქუსლებზე ღგომის და სიარულის შეუძლებლობა;
- დ) გერფის გარეთკენ მობრუნების შეუძლებლობა;
- ე) გერფის თითების გაშლის ღარღვევა;

146. ავაღმყოფი 20 წლის, მიიღო გყვიით მიყენებული გამჭოლი ჭრილობა მარცხენა წვივის და ბარძაყის რბილი ქსოვიღების. შემავალი ხერეღი წვივის ზეღა მესაღედის უკანა ზედაპირზე; გამოზავალი ხერეღი ბარძაყის ზეღა მესაღედში წინა ზედაპირზე პუპორგის იოგიღან 3 სმ-ით ქვემოღ. გამოოღენიღია: წვივის აქტიური გაშლის და გერფის მოხრის შეუძლებლობა, აქიღესის მყესის რეფლექსის გაქრობა, წვივის წინა-შიგნითა და უკანა-შიგნითა ზედაპირების ანესთეზია, ასევე მგრძნობელობის არარსებობა გერფის ღირის შიგნითა ზედაპირზე

მესამე თითიდან მითითებული კლინიკური სურათი დაკავშირებულია დაზიანებასთან:

- ა) ბარძაყის და მცირე წვივის ნერვები.
- ბ) დიდი წვივის და მცირე წვივის ნერვების;
- *გ) ბარძაყის და წვივის დიდი ნერვის;
- დ) ღამხურავი და ბარძაყის ნერვის;

147. მჭრელი საგნით დაჭრისას უხშირესად, შერწყმული დაზიანება ხდება ნერვის და სისხლის ძარღვის, მიდამოში:

- ა) წვივ-კოჭის სასხსარო.
- ბ) წვივი;
- გ) ბარძაყი;
- *დ) წინამხარი;
- ე) მყარი;

148. ჰიპერპაციურ შეგრძნებას და ტკივილებს, რაც პერიფერიული ნერვების დაზიანების ერთიერთი გართულებაა, აქვს კლინიკური სურათი, რომელიც მოიცავს ყველა ჩამოთვლილი სემპტომს, გარდა:

- ა) ტკივილი ჰიპერპათიის დროს მკაცრად მიყვება ნერვის ტოპოგრაფიის ზონას (ნოვოკაინით ბლოკადა სიმპათიკური ღეროს მოსაზღვრე კვანძებისა, ხსნის ტკივილს).
- ბ) დაზიანებული ნერვის ღეროს ანესთეზია და ჰიპოქსთეზია;
- გ) ტკივილის სინდრომი იხსნება ან შესამჩნევად კლებულობს სითბოს ადგილობრივი მოქმედებით;
- *დ) დაზიანებული ნერვის მეზობელ მიდამოში მოჭერითი ხასიათის ძლიერი ტკივილი, რომელიც ხშირად მეორდება;
- ე) პარესთეზია და უმნიშვნელო ტკივილი ნერვების ბოლო განტოტებში;

149. კაუმალგია ვითარდება უპირატესად:

- ა) სხივის ნერვის სრული გადაჭრით.
- ბ) საჯდომი ძვლის სრული გადაკვეთით;
- გ) მცირე წვივის ნერვის ნაწილობრივი დაზიანებით;
- *დ) შუათანა ნერვის ნაწილობრივი დაზიანებისას;
- ე) ბარძაყის ნერვის ჭრილობით;

150. ამპუტაციის შემდეგ განვითარებული ფანტომური ტკივილები მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ სემპტომს, გარდა:

- ა) ფანტომური ტკივილების დროს ფიზიოთერაპიული მკურნალობის არაეფექტურობა.
- ბ) ფანტომურ კილურში დაგრძელების და მოცილების შეგრძნება;
- გ) კილურის ამპუტირებულ ნაწილებში არაბუნებრივი, უცნაური შეგრძნებები;
- *დ) ტკივილი განვითარებული კილურის ამპუტაციის ან მოგლეჯის თანავე ან რამდენიმე დღის შემდეგ;
- ე) მტანჯველი ტკივილი კილურის მოცილებულ ნაწილებში;

151. კაუმალგიის დიაგნოზი, დასმული კლინიკური დაკვირვების საფუძველზე, საბოლოოდ შეიძლება დადატურდეს ტკივილის სიმპტომის მოცილებით მოსაზღვრე სიმპათიკური ღეროს კვანძის ნოვოკაინით ბლოკადისას. ზემო კილურის დაზიანების დროს ეს არის:

- ა) გულკერლის IV კვანძი.
- ბ) გულკერლის III კვანძი;
- *გ) გულკერლის II კვანძი;
- დ) გულკერლის I კვანძი;

153. კაუმალგიის კომპლექსური მკურნალობა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ლახტის დაღების გარეშე ძვალშიდა პროლონგირებული ნოვოკაინის ბლოკადა.
- *ბ) ა. ვ. ვიშნევსკის მიხედვით ფუგლიარული ნოვოკაინის ბლოკადა;
- გ) მოგად გამამაგრებელი ბალნეოლოგიური მკურნალობა;
- დ) მოსაზღვრე სიმპათიკური ღეროს კვანძების ნოვოკაინით ბლოკადა;
- ე) პრეგანგლიური სიმპაგექტომია;

154. მხრის წნულის დაზიანებების ოპერაციული მკურნალობისას საჭიროა წნულის გაშიშვლება:

- ა) ლავიწმელა მიღვით.
- ბ) სომონ-იაროშევიჩის მიხედვით;
- გ) ლავიწის ოსტეოტომით და რემბექციით;
- დ) ფრთისქეშა მიდამოში;
- *ე) გვერდით სამკუთხედში;

155. კილურთა დახურული მოტეხილობების დროს დაზიანებულ ნერვზე, თუ არ არის მისი ანატომიური გაწვევის ნიშნები, ოპერაციული ჩარევის ჩვენებები ყალიბდება ეგრეთწოდებული გამართლებული ლოღინის პერიოდის შემდეგ:

- ა) 6-8 თვე.
- *ბ) 3-4 თვე;
- გ) 2-2,5 კვირა;
- დ) 4-6 კვირა;
- ე) 2-3 კვირა;

156. "ნევროლიზის" ტერმინში იგულისხმება:

- ა) არცერთი ჩამოთვლილი არ არის სწორი
- ბ) ყველა პასუხი სწორია

- გ) ნერვის გამოყოფა ირგვლივმდებარე ქსოვილებისა და ნაწიბურებისაგან დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთით, ნერვის გაკერვის გარეშე;
- *დ) ნერვის გამოყოფა ირგვლივმდებარე ქსოვილებისა და ნაწიბურებისაგან;
- ე) ნერვის გამოყოფა ეპინევრალური გარსიდან;

157. პერიფერიულ ნერვზე ოპერაციის ტიპებია:

- *ა) ყველა პასუხი სწორია.
- ბ) პირველადი და გადავადებული აღრეული
- გ) გადავადებული დაგვიანებული;
- დ) გადავადებული აღრეული;
- ე) პირველადი;

158. გელა კილურზე ღეროსშიდა ნევროლიზის ჩვენებებია:

- *ა) მგევნის ნეიროგენული ლეფორმაცია.
- ბ) გვერდითი ნევრომა;
- გ) ნაწიბურები ნერვული ღეროს შიგნით;
- დ) ეპინევრის ნაწიბუროვანი გადაგვარება;
- ე) დიდი ნაწიბურები, რომლებიც აწეებიან ნერვულ ღეროს;

159. ელექტროლიაგნოსტიკის მეთოდით შეიძლება ზუსტად დავადგინოთ დაზიანებული ნერვის და კუნთების ლეგენერაციის ხარისხი, თუ დაზიანების შემდეგ გასულია:

- ა) 12-14 კვირა.
- ბ) 8-10 კვირა;
- გ) 5-6 კვირა;
- *დ) 3-4 კვირა;
- ე) 1-2 კვირა;

160. ნერვზე გადავადებული ოპერაციების დროს, ადგილი აქვს:

- ა) არცერთი პასუხი არ არის სწორი
- ბ) ყველა პასუხი სწორია
- გ) ძნელია ნერვის გაკერვა ბოლო-ბოლოში;
- *დ) ღეროსშიდა ცვლილებების საზღვრები და აუცილებელი რემექციის ზომები განისაზღვრება გაცილებით ძნელად, ვიდრე პირველადი დამუშავებისას;
- ე) ინფექციური გართულებების გამო ნაკერების გახსნის დიდი საშიშროება;

161. ნერვის ნაკერი მოიცავს ყველა ჩამოთვლილი მანიპულაციის სავალდებულო შესრულებას, გარდა:

- ა) ეპინევრული ნაკერების დაღება.
- ბ) ნაწიბურისაგან გამოყოფის მიზნით კუნთებისა ან ვენისაგან მუფტის შექმნა ნერვის ნაკერის მთელ პერიმეტრზე;
- *გ) ნერვის დაზიანებული უბნების რემექცია;
- დ) ნერვის ბოლოების მობილიზაცია;
- ე) ნერვის გამოყოფა, ლათვალიერება ჩარევის მეთოდის საბოლოო არჩევამდე;

162. დიდი დიასტამის დროს გაწვევადი ნერვის ბოლოების დაახლოებისათვის რეკომენდებულია:

- *ა) სწორი პასუხი არ არის.
- ბ) სხვადასხვა ნერვის ჯვარედინი შეერთება;
- გ) კილურის დამოკლების მიზნით ძვლის რემექცია;
- დ) ნერვის ცენტრალური და პერიფერიული მონაკვეთების მობილიზაცია მნიშვნელოვან მანძილზე;
- ე) ნერვის დაჭიმულობის შემცირების მიზნით სახსრებში მაქსიმალური მოხრა;

163. პერიფერიული ნერვული ღეროს ლეფექტების პლასტიკა შეიძლება განხორციელდეს შემდეგი მეთოდებით:

- ა) არცერთი პასუხი არ არის სწორი
- ბ) ყველა პასუხი სწორია.
- *გ) აუტოპლასტიკა;
- დ) ჰეტეროპლასტიკა;
- ე) ჰომოპლასტიკა (ალოპლასტიკა);

164. თავისუფალი აუტოპლასტიკა ნაჩვენებია ნერვული ღეროს ლეფექტების დროს სიგრძით:

- ა) 15 სმ.
- ბ) 10 სმ;
- გ) 8 სმ;
- დ) 6 სმ;
- *ე) 4 სმ;

165. ნერვის აუტოპლასტიკის დროს, გრანსპლანტაციის სიგრძე უნდა იყოს ლეფექტზე მეტი, არანაკლები ვიდრე:

- ა) 8/10.
- ბ) 6/10;
- გ) 4/10;
- დ) 2/10;
- *ე) 1/10;

166. პერიფერიული ნერვის გაკერვის შედეგ, პოსტოპერაციულ პერიოდში ავადმყოფზე უნდა გამოვიყენოთ ყველა ჩამოთვლილი სამკურნალო ღონისძიება, გარდა:

- ა) ოპერაციის პინრეელივა, ღლებიდან ვიგამინოთერაპია.
- ბ) ოპერაციის მე-2 თვიდან მეორადი ნეიროგენული ღფორმაციის პროფილაქტიკა;
- გ) ოპერაციიდან 3 კვირის შემდეგ მასაჟი და სითბური პროცედურები;
- *დ) ოპერაციიდან 3 კვირის შემდეგ მოსახსნელი თაბაშირის ნახვევის დაღება და მექანოთერაპია;
- ე) თაბაშირის იმობილიზაცია კილურზე სამი კვირის განმავლობაში;

167. კულურთა სისხლისძარღვების დაზიანების მექანიზმი წარმოდგენილია ყველა ჩამოთვლილი, გპარდა:

- *ა) ბაროტრაუმები.
- ბ) მოტეხილობის დროს დაზიანება ძვლის ნაგეხებით;
- გ) ცეცხლნასროლი ჭრილობა;
- დ) ბლაგვი ტრაუმა;
- ე) ჭრილობა;

168. კილურების მაგისტრალური არტერიების ღია იმობილებული დაზიანება მიმდინარე სისხლმიმოქცევის დეკომპენსაციით აღრეულ პერიოდში (6 საათამდე) კლინიკურად გამოვლინდება:

- *ა) კუნთური კონტრაქტურა.
- ბ) მგრძნობელობის დარღვევა;
- გ) ჭრილობის დისტალურად კილურის კანის საფარველის. სიფერმკრთალე და გაცივება;
- დ) ჭრილობა სისხლძარღვთა კონის პროექციაზე სისხლღენით (ინტენსიური უმნიშვნელო) ან ამის გარეშე;
- ე) დაზიანება არაადეკვატური ტკივილები;

169. არტერიული ნავადის გამოკვლევის ყველაზე ინფორმატიული მეთოღია:

- ა) აუსკულტაცია.
- ბ) სისხლის ძარღვის პულსაციის განსაზღვრა;
- *გ) არტერიოგრაფია;
- დ) ოსცილოგრაფია;
- ე) ვენოგრაფია;

170. შემთხვევის აღღილზე სისხლღენის შესაჩერებლად შეიზლება გამოვიყენოთ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სისხლღდინარე ძარღვზე მომჭერის დაღება;
- გ) კილურის ამადლებული მღებარეობა;
- დ) დამწოლი ნახვევის დაღება;
- ე) ლახტის დააღება;

171. წვივის შიგნითა ზედაპირიდან ხორციელღება მიღღომა:

- ა) წვივის მცირე ძვლის არტერიასთან;
- *ბ) წვივის ღდი ძვლის უკანა არტერიასთან;
- გ) წვივის ღდი ძვლის წინა არტერიასთან;

172. ცირკულარული სისხლძარღვოვანი ნაკერი იღება:

- ა) არცერთი ჩამოთვლილი მეთოღის დროს;
- *ბ) ყველა ჩამოთვლილი მეთოღის დროს;
- გ) ვენის გაკერვის დროს ბოლო-ბოლოში;
- დ) არტერიის გაკერვის დროს ბოლო-გვერღში;
- ე) არტერიის გაკერვის დროს ბოლობოლოში;

173. არტერიის გაკერვის დროს ბოლო-ბოლოში არ აღინიშნება:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- *ბ) სპაზმი ანასღომოზის მონაში;
- გ) ნაკერის სისუსტე;
- დ) ანასღომოზის თრომბოზი;

174. მაგისტრალური არტერიის გაჭყლეტის დროს ღფეექტი შეიძლება დაიხუროს:

- *ა) აუტოვენური ტრანსპლანტაციით და პროქსიმალური ფრაგმენტის გვერღითი გოტის შენარჩუნებით;
- ბ) ალოტრანსპლანტაციით;
- გ) სიღი კონის მიღით;
- დ) პროქსიმალური ფრაგმენტის გვერღითი გოტის შენარჩუნებით;
- ე) აუტოვენური ტრანსპლანტაციით;

175. არტერიის ღფეექტის დროს მისი პლასტიკა წარმოებს:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) ვენოზური ალოტრანსპლანტაციით;
- გ) აუტოარტერიით;
- *დ) აუტოვენით;

176. სისხლძარღვზე ნაკერის ზონაში თრომბოზის პროფილაქტიკისათვის ინიშნება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) არაპირდაპირი მოქმედების ანგიკოაგულანტები;
- გ) სპაზმოლოგიკები;
- დ) რეოპოლუგლუკინი;
- ე) პირდაპირი მოქმედების ანგიკოაგულანტები;

177. სისხლძარღვის ანასტომოზის გამტარებლობაზე კონტროლი ხორციელდება:

- ა) ვენოზური სურათის გამოხატულებით;
- ბ) ანგიოგრაფული მონაცემებით;
- *გ) სისხლძარღვის ნაკერის დისტალურად პულსაციის მიხედვით;

178. სხვიის არტერიის იმპლანტებული დამიანების დროს შრომისუნარიანობა აღდგება:

- ა) შრომისუნარიანობა არ ირღვევა.
- ბ) 6 კვირის შემდეგ;
- *გ) ჭრილობის შეხორცების შემდეგ;
- დ) 3 კვირის შემდეგ;

179. დამიანების მექანიზმის მიხედვით არჩევენ გულმკერდის ბლავგი ტრავმის შემდეგ სახეებს, გამორიცხვით:

- *ა) გულმკერდის გაჭყლეტვა ირიბი-განივი მიმართულებით.
- ბ) გულმკერდის გაჭყლეტვა გარდებარდგომო მიმართულებით;
- გ) გულმკერდის გაჭყლეტვა წინა-უკანა მიმართულებით;
- დ) გულმკერდის დაჟეჟილობა;

180. გულმკერდის დამიანების დროს უკუნაჩვენებია:

- ა) გულმკერდის პერკუსია.
- *ბ) ბირნერის სიმპტომის გამოვლენა;
- გ) ცენტრალური ვენური წნევის გაზომვა;
- დ) გულმკერდის ჭრილობის ზობდირება;
- ე) გულმკერდის რენტგენოგრაფია;

181. გულმკერდის დამიანებებით ავადმყოფთა მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: 1. სუნთქვის მწვავე უკმარისობის მკურნალობა; 2. ტრავმის ინტუბაცია; 3. სასუნთქი გზების გამტარებლობის აღდგენა; 4. აეროზული თერაპია; 5. ტკივილის სიმპტომის მოხსნა; 6. ვაგოსიმპატიური ბლოკადა; 7. მწვავე სისხლდინამიკის მკურნალობა; 8. მოციროკულირე სისხლის მოცულობის აღდგენა; 9. თორაკოტომიის ჩვენებების განსაზღვრა.

- ა) სწორია 3, 5, 6, 8.
- ბ) სწორია 2, 4, 5, 8;
- *გ) სწორია 1, 5, 7, 9;
- დ) სწორია 3, 5, 8, 9;
- ე) სწორია 2, 3, 4, 6;

182. გულმკერდის შერყევა, რომელიც წარმოადგენს დახურულ ტრავმას, ვლინდება: 1. ნეკნების მოტეხილობის კლინიკით; 2. მკერდის ძეღის მოტეხილობის კლინიკით; 3. კანქვეშა ემპიემით; 4. პნევმოთორაქსით; 5. ჰემოტორაქსით; 6. ჰემო-პნევმოთორაქსით; 7. ტაქიკარდიით; 8. ხშირი სუსტი პულსით; 9. კანის საფარველის სიმთვრალით, ლორწოვანი გარსების ციანობით; 10. არტერიული წნევის დაცემით.

- ა) სწორია 2, 4, 6, 7.
- *ბ) სწორია 7, 8, 9, 10;
- გ) სწორია 1, 4, 9, 10;
- დ) სწორია 2, 3, 5, 7;
- ე) სწორია 3, 4, 6, 10;

183. გულმკერდის დაჟეჟილობის კლინიკა ხასიათდება შემდეგი სიმპტომებით: 1. გულ-მკერდის რბილ ქსოვილებში სისხლჩაქცევებით; 2. სუნთქვის რიგმის და ამპლიტუდის ღარღვევით; 3. პერგესის სიმპტომით; 4. კანქვეშა ემპიემით; 5. ნეკნების მოტეხილობის (ცლომის გარეშე) სიმპტომებით; 6. დაჭიმული პნევმოტორაქსის კლინიკით;

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

184. გულმკერდის მოტერისას დამახასიათებელია: 1. ნეკნების მრავლობითი მოტეხილობა; 2. სისხლიანი ნახველი; 3. ხმის ჩახრინწვა; 4. სისხლჩაქცევა თვალის სკლერაში; 5. ჰემოტორაქსი; 6. პნევმოტორაქსი; 7. გულმკერდის უკანა მიდამოში ნეკნების სარქველოვანი მოტეხილობა; 8. კანქვეშა ემფიემა; 9. შუასაყრის ემფიემა;

- ა) სწორია 7, 8, 9.
- ბ) სწორია 2, 3, 8;
- გ) სწორია 2, 5, 7;
- *დ) სწორია 2, 3, 4;

ე) სწორია 1, 2, 4, 6;

185. მკერდის ძვლის მოგვიხილვის დროს აღინიშნება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა:

ა) კიბისებური ლეფორმაცია მკერდის ძვლის არეში.

ბ) გულის იშემია;

გ) კანის საფარის სიმკრთაღე და ლორწოვანის ციანობი;

დ) ქოშინი, შეხუთვა;

*ე) ძლიერი ტკივილი მოგვიხილვის არეში ირადიაციით მარცხენა ბეჭში და მხარში;

186. ხველაზე ხშირია შემდეგი ნეკნების მოგვიხილვა:

ა) მეთერთმეტე-მეთორმეტე ნეკნების.

ბ) მეცხრე-მეათე ნეკნების;

*გ) მეექვსე-მეცხრე ნეკნების;

დ) მეოთხე-მეხუთე ნეკნების;

ე) პირველი-მესამე ნეკნების;

187. ნეკნების მარტივი მოგვიხილვის სიმპტომებია: 1. ხველება; 2. სისხლიანი ხველება; 3. სხეულის იძულებითი მდგომარეობა; 4. ლოკალური ტკივილი მოგვიხილვის მიდამოში; 5. კანქვეშა ემფიზემა მცირე ფართზე - ერთი-ორი ნეკნის არეში; 6. ხრინწიანი ხმა; 7. პალპაციით ნეკნის მოძრაობა; 8. ხმის კანკალის უარსებლობა მოგვიხილვის მხარეს.

ა) სწორია 1, 3, 5, 6.

*ბ) სწორია 1, 3, 4, 7;

გ) სწორია 2, 4, 5;

დ) სწორია 1, 2, 4, 8;

188. ნეკნების რთული მოგვიხილვის სიმპტომებია: 1. ტკივილი; 2. სისხლიანი ხველება; 3. კანქვეშა ემფიზემა; 4. პეგეკიები; 5. გულმკერდის ყაფაზის პარადოქსალური მოძრაობა; 6. შუასაყრის ბლოკირება; 7. პნევმოპემოტორაქსი;

ა) სწორია 1, 2, 4, 6

ბ) სწორია 1, 3, 5, 6.

*გ) სწორია 1, 2, 3, 7;

დ) სწორია 1, 2, 3, 5;

ე) სწორია 1, 2, 3, 4;

189. ნეკნების მოგვიხილვის დროს ფილგვის დაზიანების სიმპტომებია: 1. სისხლიანი ხველება; 2. პნევმოტორაქსი; 3. ჰემოტორაქსი; 4. კანქვეშა ემფიზემა; 5. გულმკერდის ყაფაზის კელის პარადოქსალური მოძრაობა დაზიანებული ფილგვის მხარეზე; 6. ხმის კანკალის გაძლიერება დაზიანებული ფილგვის მხარეზე; 7. ხმის კანკალის შესუსტება დაზიანებული ფილგვის მხარეზე.

ა) სწორია 1, 3, 4, 7.

ბ) სწორია 2, 4, 5, 6.

გ) სწორია 1, 2, 4, 5;

*დ) სწორია 1, 2, 3, 4;

ე) სწორია 1, 3, 4, 5;

190. დახურული პნევმოტორაქსი გამოიწვევა ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

ა) ბრონქის გაგლეჯა.

ბ) ფილგვის გაგლეჯა პლევრალური შეხორცებების გაგლეჯის შედეგად;

*გ) კონსტრიქციული ატელექტაზი;

დ) ბრონქის გაგლეჯა;

ე) მოგვიხილი ნეკნით ფილგვის დაზიანება;

191. დახურული მარტივი პნევმოტორაქსის სიმპტომებია: 1. სისხლიანი ხველება; 2. კანქვეშა ემფიზემა; 3. ნეკნთაშუა შუალედის წაშლა დაზიანების მხარეს; 4. დაზიანების მხარეს ხმის კანკალის უარსებლობა; 5. ბრონქიულ სუნთქვის უარსებლობა დაზიანების მხარეს; 6. პნევმოტორაქსის მოშორება პლევრალური პუნქციით; 7. ბირმენის დაღებითი სიმპტომი; 8. პეტროვის დაღებითი სინჯი; 9. ვეზიკულური სუნთქვის მკვეთრი დაქვეითება დაზიანების მხარეზე.

ა) სწორია 2, 5, 7, 8.

ბ) სწორია 2, 3, 5, 7;

*გ) სწორია 3, 4, 6, 9;

დ) სწორია 1, 3, 4, 6;

ე) სწორია 1, 2, 3, 8;

192. შუასაყრის ემფიზემა პირობადებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

ა) ფილგვის გაგლეჯა პლევრალური შეხორცებების დროს.

*ბ) პარიეტალური პლევრის გაგლეჯა გულმკერდის გაჭყლეტისას.

გ) მედიასტინური პლევრის გაგლეჯა;

დ) ტრაქეის გაგლეჯა;

ე) ძირითადი ბრონქის გაგლეჯა;

193. შუასაყრის ემფიზემის კლინიკური სურათი მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ სიმპტომს, გარდა:

ა) გონების დრო და დრო დაკარგვა.

*ბ) მზარდი პემოტორაქსი;

- გ) გულ-სისხძარღვთა და სასუნთქი ნულოვანების მომაგება;
- დ) ხმის პროგრესირებადი ჩახრინწვა;
- ე) საუღილე ვენის გამობერვა, სახის ციანოზი;

194. ჰემოთორაქსის მომაგების ადრეული ნიშნებია: 1. არტერიული წნევის მუდმივი დაწვევა; 2. კანის საფარის მკვეთრად გამოხატული სიმკრთალე; 3. ცენტრალური ვენოზური წნევის ნაცომი კუბრად აწვევა; 4. გამოხატული ართრია და გულის მკვეთრი ტონი; 5. სახის შეშუპება და ციანოზი; 6. ავადყოფი ცლილობს მიიღოს მჭლომარე მდგომარეობა; 7. ავადყოფი ცლილობს იწვეს დაზიანების მხარეზე; 8. ხმის კანკალი გულმკერდის დაზიანების მხარეს დაწვეულია ან არ არის; 9. რიველუ-გრეშუარის სინჯი დაღებითია; 10. ბირმენის სიმპტომი დაღებითია; 11. პეგროვის სინჯი დაღებითია.

- ა) სწორია 1, 2, 4, 7, 9, 10.
- ბ) სწორია 2, 4, 6, 9, 10, 11;
- *გ) სწორია 1, 2, 6, 8, 9, 10;
- დ) სწორია 3, 4, 5, 7, 8, 11;
- ე) სწორია 1, 2, 3, 4, 6, 10;

195. შედეგბული ჰემოთორაქსის ნიშნებია: 1. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება გულმკერდის დაზიანებული მხარის მასიურად ჩაბნელება, პლევრალური ღრუს რამოლენიზე წერტილიდან პუნქციის უარყოფითი შედეგი; 2. პლევრალური ღრუდან დრენაჟური მიღებით დლე-დამეში გამოიყოფა 150-200 მლ მოყვითალო სითხე; 3. თორაქტომის 3-4 დლე-დამის შემდეგ ავადყოფის საერთო მდგომარეობა უარესდება; 4. "სისხლიანი ჭიების" სიმპტომი დაღებითია; 5. სისხლიანი ხეელება არტერიული და ცენტრალური ვენოზური წნევის აწვევითი გულსისხძარღვთა და სუნთქვითი ნაკლოვანების ფონზე; 6. პეგროვის დაღებითი სინჯი.

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

196. შუასაყრის ცლომა მარცხნივ, მარჯვენა პლევრის ღრუში ჰაერის და სისხლის დაგროვების დროს, უფრო საშიშია, ვიდრე შუასაყრის მარჯვნივ ცლომა მარცხენა პლევრის ღრუში ჰაერის დაგროვების დროს, რაც დაკავშირებულია ყველა ჩამოთვლილთან, გარდა:

- ა) გულის შებრუნება ჰორიზონტალურ მდგომარეობისაკენ.
- *ბ) მეწოლა გულის ვენურ განყოფილებაზე;
- გ) მეწოლა გულის აურიკალურ განყოფილებაზე;
- დ) მეწოლა ღრუ ვენებზე;
- ე) ძლიერი დაწოლა მარჯვენა წინაგულზე;

197. გულმკერდის გრავმის დროს შუასაყარზე დაწოლას ახდენს:

- ა) პნევმოთორაქსი.
- ბ) შუასაყრის ემფიზემა (შუასაყრის ჰაერით);
- გ) ჰემოთორაქსი;
- *დ) მოგეხილი მკერდის ძვალი;
- ე) მოგეხილი ნეკნი;

198. პერიკარდიუმის ღრუში სწრაფი სისხლჩაქცევის დროს მოხდება გულის გაჩერება, თუ ჩაქცეული სისხლის მოცულობა აღწევს:

- ა) 300 მლ.
- ბ) 250 მლ;
- *გ) 200 მლ;
- დ) 150 მლ;
- ე) 100 მლ;

199. გულის მწვავე გამონადა ვლინდება: 1. არტერიული წნევის მკვეთრი დაწვევით; 2. ცენტრალური ვენოზური წნევის მნიშვნელოვანი აწვევით; 3. გულის ტონების მკვეთრი გაძლიერებით; 4. რენტგენოგრაფიაზე გულის ჩხილის გაფართოვებით გრაჟეციის ან სფეროს მსგავსად; 5. ცენტრალური ვენოზური წნევის მკვეთრი დაწვევით; 6. წყურვილის გრძობის მომაგებას;

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

200. ფილგვზე მეწოლა დიდი პნევმოთორაქსის დროს პირველ რიგში იწვევს:

- ა) სისხლიან ნახველს.
- ბ) ფილგვის ინფარქტს;
- გ) "სველ ფილგვს";
- *დ) ატელექტაზს;
- ე) პნევმონიას;

201. ფილგვის დაქეილობა კლინიკურად ვლინდება: 1. გრავმის პირველ წუთებრივ; 2. გრავმის პირველ საათებში; 3. გრავმის 2 კვირის შემდეგ; 4. ტკივილებით გულმკერდში 5. ძირითადი ბრონქების დაქეილობის კერებით; 6. დაქეილობის კერების ლოკალიზაციით ქვემო წილების უკანა ზელაპირზე; 7. დაქეილობის კერების ლოკალიზაციით შუა ნაწილის სიდრმეში; 8. სხეულის მაღალი გემპერაგურა - 39-40 გრალუსი ცელსიუსი; 9. გერკეს სიმპტომით.

- ა) სწორია 3, 4, 6, 9.
- ბ) სწორია 1, 4, 5, 9;
- გ) სწორია 3, 4, 7, 8;
- დ) სწორია 2, 4, 6, 9;
- *ე) სწორია 1, 2, 4, 5;

202. გულმკერდის ტრავმის დროს გამოყოფენ ატელექტაზის შემდეგ ფორმებს: 1. კომპრესიული; 2. ობტურაციული; 3. ობტურაციულ-რემორბციული; 4. კონსტრუქციული; 5. ინფარქტული.

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

203. ღიაფრაგმის გაგლეჯის ნიშნებია: 1. პლევრის ღრუში გიპიური "ნაწლავების ყურყური"; 2. ღიაფრაგმული ნერვის დაღებითი სიმპტომი; 3. ხანგრძლივი ბოყინი სუნთქვის ფორსირების დროს; 4. რენტგენოლოგიურად გულმკერდის ღრუში ნაწლავების კვანძებია და კუჭი; 5. ღამიანების მხარეს ვეზიკალური სუნთქვის მნიშვნელოვანი შესუსტება; 6. ღამიანების მხარეზე ხმის კანკალი არ აღინიშნება.

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

204. მკერდის დახურული ტრავმის დროს გვხვდება შემდეგი ორგანოების დაზიანება აღმავალი სისხლით: 1. ფილგის; 2. ტრაქეის; 3. გულის; 4. საყლაპავის; 5. ღიაფრაგმის.

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

205. ნეკნების მარტივი მოგეხილობის დროს გაუტკივარებას ვაღწევთ: 1. ნოვოკაინის პარავერტებრალური ბლოკადით ვიშნევსკის წესით; 2. ნეკნების მოგეხილობის მიდამოს ნოვოკაინის ბლოკადით; 3. ნოვოკაინის ვაგოსიმპათიკური ბლოკადით ვიშნევსკით; 4. პრომედოლის შეყვანით; 5. მორფიუმის შეყვანით.

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

206. ნეკნების რთული მოგეხილობის დროს გულმკერდის ყაფაზის დაზიანების შემთხვევაში უნდა მივმართოთ გაუტკივარების შემდეგ სახეებს: 1. ნეკნების მოგეხილობის ნოვოკაინის ბლოკადას; 2. ვაგოსიმპათიკური ნოვოკაინის ბლოკადა ა.ვ. ვიშნევსკით; 3. პერიდურალურ ანესთეზიას; 4. პარავერტებრალურ ნოვოკაინის ბლოკადას; 5. მკერლეკანა ნოვოკაინის ბლოკადა.

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

207. პლევრალური პუნქციების შესრულებისას ჩხვლეტას აწარმოებენ ყველა ჩამოთვლილი წერტილებში, გარდა:

- ა) პუნქციით ნეკნის ზემო კიდეზე.
- *ბ) მერვე ნეკნთაშუა არეში, ბუჭის ხაზზე;
- გ) მეექვსე ნეკნთაშუა არეში, ილღის უკანა ხაზზე;
- დ) მეოთხე ნეკნთაშუა არეში, ილღის შუა ხაზზე;
- ე) მეორე ნეკნთაშუა არეში, ლავიწის შუა ხაზზე;

208. პნევმოთორაქსის დროს პლევრალური ღრუს ღრენირებისათვის უნდა ავარჩიო ჩხვლეტის შემდეგი ადგილი და ღრენაჟური მილის შემდეგი ღიაბეგრით: 1. მეორე ნეკნთაშუა არე, ლავიწის შუა ხაზზე; 2. მეოთხე ნეკნთაშუა არე, ილღის უკანა ხაზზე; 3. მეექვსე ნეკნთაშუა არე, ილღის უკანა ხაზზე; 4. ღრენაჟორის მილი ღიაბეგრით 3 მმ; 5. ღრენაჟორის მილი ღიაბეგრით 15 მმ; 6. ღრენაჟის მილი ღიაბეგრით 1 მმ; 7. მერვე ნეკნთაშუა არე, ბუჭის ხაზზე;

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

209. პნევმოთორაქსის დროს პლევრალური ღრუს ღრენირება უნდა მოხდეს:

- ა) მე 8 ნეკნთაშუა არეში, ბუჭის ხაზზე.
- ბ) მე 7 ნეკნთაშუა არეში, ილღის წინა ხაზზე;

- *გ) მე 6 ნეკნთაშუა არეში, ილღის შუა ხაზზე;
- ღ) მე 5 ნეკნთაშუა არეში, ილღის წინა ხაზზე;
- ე) მე 3 ნეკნთაშუა არეში, ლავიწის შუა ხაზზე;

210. ჰემოპნეემოტორაქსის პლეურის ღრუს ღრენირება უნდა მოხდეს: 1. მეორე ნეკნთაშუა არეში, ლავიწის შუა ხაზზე; 2. მეოთხე ნეკნთაშუა არეში, ილღის შუა ხაზზე; 3. მერვე ნეკნთაშუა არეში, ბეჭის ხაზზე; 4. ღრენაჲის მილით ღიაშეგრით 12 მმ; 5. 5 მმ ღიაშეგრის მილით;

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

211. გულმკერდის ყაფაზის სტაბილიზაციისათვის გულმკერდის კელის ფლოტაციის და პარადოქსალური სუნთქვის გასასწორებლად, ყაფაზის და ნეკნების "ფანერისებური" მოგეხილობების ღროს, შეიძლება ვიხმართ ყველა ჩამოთვლილი მეთოდი, გარდა:

- ა) ნეკნოვანი კლაპანის ფიქსაცია ბეჩიკით.
- *ბ) ნეკნოვანი სარქელის ფიქსაცია ვიგიუგოვის არგამნით;
- გ) ნეკნების მოგეხილობის ოსტეოსინთეზი;
- ღ) სკელეტური ღაჭიმვა მკერდის ძვალებზე;
- ე) სკელეტური ღაჭიმვა ნეკნის სადგმულით;

212. გულმკერდის მძიმე გრავემების ღროს თორაკოტომიის ჩვენებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ღამაგებითი ჩვენებების.
- *ბ) ჰიპოქსემიური ჩვენებების;
- გ) აეროსტაგიაური ჩვენებების;
- ღ) ჰემოსტაგიაური ჩვენებების;

213. გულმკერდის ღახურული გრავემის ღროს თორაკოტომიის ჩვენებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ჰიდროტორაქსი III ნეკნის ღონებზე.
- ბ) შედეღებული ჰემოტორაქსი.
- გ) ჰაერის მუღმივად მოხვეღრა პლეურის ღრუში ღრენირების მიუხეღავად;
- ღ) ფილგვის ობტურაციული ატელექტაზი, რომლის თავიღან აცილება შეუძლებელია;
- ე) პლეურის ღრუში სისხლღენის გაგრძელება;

214. გულმკერდის მჭრელი ან მხვეგავი ნივთებით მიყენებული ღამიანებებისათვის ღამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ჭრილობიღან უხშირესად არგერიული სისხლღენაა.
- ბ) ჭრილობის არხი წარმოღგენიღია სამკუთხელით, რომლის მწვერვალი კანის ჭრილობაა;
- გ) ჭრილობა უხშირესად მარცხენა მხარეზეა;
- ღ) ჭრილობის სწორი კიღეები;
- ე) ჭრილობის მცირე ზომა;

215. მკერდის შეღწევალი ჭრილობების ღროს სისშირის ღაკლების მიხეღვით აღინიშნება შემღეგი ორგანოების ღაჩანება: 1. ფილგვის; 2. გულის; 3. გრაქეის; 4. საყლაპავის; 5. ღიაფრაგმის.

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

216. ღია პნეემოტორაქსის ღახურულად გაღაქევა გულმკერდის შეღწევალი ჭრილობების ღროს შეიძლება მოხდეს ყველა ჩამოთვლილი მიღებით, გარდა:

- ა) ჭრილობის არხის ღახშობა ნეკნით.
- *ბ) ჭრილობის არეში რბილი ქსოვიღების შეშუპება;
- გ) ჭრილობის არხის სისხლის კოლგით ღახშობა;
- ღ) ჭრილობის არხის კუნთების გაღანაცვლება;

217. გულმკერდის შეღწევალი ჭრილობებისას პღებრალურ ღრუში საშუალო ჰემოტორაქსის ღროს ჩაღერილი სისხლი შეაღგენს:

- ა) 14000-1600 მღ.
- ბ) 1100-13000 მღ;
- *გ) 500-1000 მღ;
- ღ) 350-400 მღ;
- ე) 150-300 მღ;

218. გულმკერდის ჭრილობების ღროს ყვეღაზე მძიმეღ მიმღინარე ღა ღიაგნოსტირებისათვის რთულია შემღეგი ფღეგმონები:

- ა) მკერდის სხეუღის ღა მახვიღისებრი მორჩის ფღეგმონა.
- *ბ) სუბპექტორალური ფღეგმონა;
- გ) ბეჭის მიღამოს ფღეგმონა;
- ღ) ღავიწზეღა ფღეგმონა;

219. გულმკერდის ღია დაზიანებების გართულება - ნეკნების და მკერდის ძვლის ოსტეომიელიტის კლინიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილ ნიშანს, გარდა:

- ა) ფისგულების გაჩენა, არაიშვიათად მკერდის ან ნეკნის დაზიანების გარეთ.
- *ბ) პერიკარდიტის განვითარებისა;
- გ) მელიასტენიტიზის განვითარებისა;
- დ) პარიეტალური პლევრის ჩათრევა ანთებით პროცესში;
- ე) პერიოსტალური რეაქცია;

220. გულმკერდის შემავალი ჭრილობის დროს პლევრის ემპიემის განვითარების ხელშემწყობი პირობებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) 4-5 ჯერადი პლევრალური პუნქციები.
- ბ) სადრენაჟო მილის პლევრალურ ღრუში 6-8 დღით დატოვება;
- გ) შედეგებული პნევმოთორაქსის პლევრალური პუნქციებით აცლების ცდები;
- დ) გულმკერდის წრილობის არასრულყოფილი ქირურგიული დამუშავება;
- ე) გამობხატული პოსტტრაუმული ანემია სისხლის დანაკარგის დროულად შეუკვებლობის შემთხვევაში;

221. "გამის სინდრომი", რომელსაც აქვს ადგილი გულმკერდის ღია დაზიანებების ღიაგნოსტირებაში, მოიცავს: 1. კანქვეშა ემფიემას; 2. შუასაყრის ემფიემას; 3. სარქველოვან პნევმოთორაქსს; 4. "პენდელლუფი" გადატეხილი გამი; 5. ობტურაციული ატელექტაზი.

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

222. გარეთა ღია პნევმოთორაქსის დროს ნახვევებია შემდეგი სამკურნალო მოქმედება: 1. მორფინის შეყვანა; 2. ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა ა. ვ. ვიშნევსკით; 3. გულმკერდის ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება; 4. პირველად ქირურგიულ დამუშავებამდე ჭრილობაზე ოკლუზიური ნახვევის დადება; 5. პლევრალური ღრუს დრენირება ჭრილობის არეში.

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

223. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობების კლასიფიკაცია მოიცავს დაზიანების შემდეგ სახეებს:

- *ა) გამჭოლი, ბრმა, შემხები
- ბ) შემხები;
- გ) ბრმა;
- დ) რიკოშეტად მოქმედი;
- ე) გამჭოლი;

224. არჩევენ გულმკერდის გამჭოლი ჭრილობების შემდეგ სახეებს: 1. ფილგვის დაჟეილობა; 2. ჭრილობა გულმკერდის ყაფაზის ძვლების დაზიანებით; 3. ჭრილობა გულმკერდის ყაფაზის ძვლების დაზიანების გარეშე; 4. ჭრილობა შინაგანი ორგანოების დაზიანებით; 5. ჭრილობა შინაგანი ორგანოების დაზიანების გარეშე; 6. ჭრილობა ღიაფრაგმის დაზიანებით. დაზიანებით

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1 და 2-ის.
- ბ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3 და 4-სა;
- *გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 5 და 6-სა;
- დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

225. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობის უმძიმესი გართულებას - ფილგვის შეშუპების აქვს შემდეგი კლინიკური სიმპტომები, გარდა:

- ა) ფილგვის შეშუპება განვითარდა შედარებით სწრაფად, მდგომარეობის ერთგვარი გაუმჯობესების შემდეგ.
- ბ) ველება ქაფიანი მოვარდისფრო ნახველით, სველი ხიხინის მომატება;
- *გ) ფილგვების შეშუპებას წინ უძღვის ჰიპოქსია ენგაზის პარციალური წნევის დაქვეითებით 8.23-8.67 კილოპასკალამდე;
- დ) 20-30 საათის შემდეგ;
- ე) შეშუპება განვითარდა ჭრილობის 20-24 საათის შემდეგ;

226. გულმკერდის გამჭოლი ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს პლევრის ემპიემის განვითარების ხელშემწყობი პირობებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ფილგვის ატელექტაზი.
- ბ) შედეგებული პნევმოთორაქსი;
- გ) უცხო სხეულები პლევრის ღრუში;

227. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობების შემდეგ განვითარებული მედიასტინიტი ხასიათდება შემდეგი კლინიკური ნიშნებით, გარდა:

- ა) მერკეს ჭრილობის სიმპტომი.
- ბ) ანთებადი პროცესი ჩვეულებრივად კავებს წინა ან უკანა შუასაყრის ჭრილობის არხის მიხედვით;
- გ) ავადმყოფის მოუსვენარი მდგომარეობა;
- დ) სხეულის ტემპერატურის მომატება 39-40 გრადუსამდე;
- *ე) მწვავე დასაწყისისა ცეცხლნასროლი ჭრილობის მიღებიდან 10-12 დღეს;

228. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობების გართულების პნევმონიის პროფილაქტიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

*ა) მაღალსისხშირიანი აპარატული სუნთქვა არაუმეტეს 60-80 ჩასუნთქვისა წუთში.

ბ) გულმკერდის ვიბრაციული მასაჟი;

გ) ბრონქიალური ხის ობტურაციის აცილება;

დ) ფილგვის სისხლით და ჰაერით შეჭმუხვნის აცილება;

229. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს გამოკვლევა ტარდება ანესთეზიის ჩამოთვლილი სახეების გამოყენებით, გარდა:

ა) პერიდურალური ანესთეზია.

ბ) ნეკნთაშუა ნოვოკაინის ბლოკადა;

გ) პარავერტებრალური ნოვოკაინის ბლოკადა;

დ) ვაგოსიმპატიკური ბლოკადა ა.ვ. ვიშნევსკით;

*ე) მორფინის ან ლიგიური ნარევის შეყვანა;

230. პლევრალური პუნქციის დროს მოსალოდნელია ყველა ჩამოთვლილი გართულება, გარდა:

ა) ნეკნთაშუა სისხლძარღვოვან-ნერვული კანის ჭრილობა.

*ბ) ბრონქის ჭრილობა დაჭიმული პნევმოთორაქსის განვითარებით;

გ) ელენგის ჭრილობა;

დ) ფილგვის ჭრილობა;

ე) კოლაპსი;

231. შუასაყრის ემფიზემის მომაგებისას სასწრაფოდ აწარმოებენ ე.წ. განმგვირთავ ოპერაციულ ჩარევას, რომელიც მოიცავს:

ა) საღრუნაუო მილის შეყვანას შუასაყრის ბადურაში, მკერდის ძვალში გროაკარით გაკეთებული გრეპანაციული ხვრელით.

ბ) 2 საღრუნაუო მილის შეყვანას პირველ ნეკნთაშუა არეში პარასტენალური ხაზების გასწვრივ ორივე მხრივ;

*გ) კანისა და ფასციის გაკვეთას საუღლე ამონაჭკევის გემთით და მილის შეყვანას მკერდის ძვლის უკან, შუასაყრის ფაშარ ქსოვილში;

დ) პუნქციას კურშმანის წესით;

ე) პუნქციას მორფინის წესით;

232. პერიკარდიუმის პუნქცია შეიძლება წარმატებით ჩატარდეს: 1. პიროგოვ-დელიორმით; 2. ვინო-იასენეცკით; 3. ლარეით; 4. შუალედში ნეკნთა რკალისა და მახვილისებურ მორჩის შორის, მარცხენივ; 5. შუალედში მარცხენა მე 3 ნეკნთაშუა არეში პარასტენალურ ხაზზე ქვევით და შიგნით.

ა) სწორია 2, 3, 5.

ბ) სწორია 2, 3, 4;

გ) სწორია 1, 2, 5;

დ) სწორია 1, 2, 4;

*ე) სწორია 1, 2, 3;

233. გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს ტიპური მკვერდითი თორაქტომია მოიცავს შემდეგ ოპერაციულ საშუალებებს და მანიპულაციებს: 1. ავადმყოფი თავისდება ჯანმრთელ მხარეზე გვერდით და ოდნავ წინისკენ განზიდული; 2. განაკვეთი ტარდება 8 ნეკნთაშუა არეში მკერდის კილიდან ბეჭის ხაზამდე; 3. განაკვეთი ტარდება 6 ნეკნთაშუა არეში მკერდის კილიდან ბეჭის ხაზამდე; 4. განაკვეთი ტარდება 7 ნეკნთაშუა არეში შუაუჯრელოვანი ხაზიდან ბეჭის ხაზამდე; 5. თორაქტომიის ოპერაციას ამთავრებენ 2 და 7 ნეკნთაშუა არეში ორი ღრუნაის შეყვანით; 6. გულმკერდის ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავება ტარდება თორაქტომიის შემდეგ; 7. გულმკერდის ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავება ტარდება თორაქტომიამდე.

ა) სწორია 2, 4, 5, 6.

ბ) სწორია 1, 4, 5, 7;

*გ) სწორია 1, 3, 5, 6;

დ) სწორია 1, 3, 5, 7;

ე) სწორია 1, 3, 4, 5;

234. გვერდითი თორაქტომია გვაძლევს საშუალებას დეტალურად დავათვალიეროთ:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) ღიაფრაგმა;

გ) ფილგვის უკანა ნაწილებში;

დ) გულის წინა ნაწილებში;

ე) ფილგვის წინა ნაწილებში;

235. გულმკერდის წარმოდგენილი შერწყმული დაზიანებებიდან, უფრო მძიმეა: 1. გულმკერდის დაზიანება თავის გვინის დაქვეილობასთან ერთად; 2. გულმკერდის დაზიანება მენჯის წინა რკალის მოგეხილობასთან ერთად; 3. გულმკერდის დაზიანება წვივის ძვლების მოგეხილობასთან ერთად; 4. გულმკერდის დაზიანება წინამხრის ძვლების მოგეხილობასთან ერთად; 5. გულმკერდის დაზიანება 4 მაღის კომპრესიულ მოგეხილობასთან ერთად; 6. გულმკერდის დაზიანება თავის გვინის შერყევასთან ერთად; 7. გულმკერდის დაზიანება ბარძაყის ღიაფიშურ დახურულ მოგეხილობასთან ერთად;

ა) სწორია 1, 4, 5.

ბ) სწორია 1, 2, 3;

გ) სწორია 1, 3, 6, 7;

*დ) სწორია 1, 7;

ე) სწორია 1, 2, 4;

236. გულმკერდის მძიმე, შერწყმული დაზიანებების დიფერენციული დიაგნოსტიკის სირთულე უპირველესად იმაშია, რომ უნდა გამოიყვანიოთ: 1. სისხლის ღენის წყარო; 2. მეცლის დრუს ორგანოების დაზიანება; 3. მენჯის დაზიანება; 4. ხერხემლის დაზიანება; 5.

ქვემო კილურების დაზიანება; 6. გონების დარღვევის მიზეზი; 7. ანემიის მიზეზები; 8. სუნთქვითი უკმარისობის მიზეზები.

- ა) სწორია 1, 2, 4, 6, 7.
- ბ) სწორია 3, 4, 5, 7, 8;
- გ) სწორია 2, 3, 4, 6, 7;
- დ) სწორია 1, 2, 3, 5, 8;
- *ე) სწორია 1, 2, 6, 7, 8;

237. ისეთი ავადმყოფის გამოკვლევისას, რომელსაც აქვს ნეკნების მრავლობითი მოგეხილობა, ჰემოპნევმოთორაქსი და გულმკერდის II-III ხარისხის თერმული დამწვრობა, შეიქმნება გარკვეული სიმნელები: 1. რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაში; 2. ფიზიკურ მეთოდებით გამოკვლევაში; 3. პლევრალური პუნქციის ჩატარებაში; 4. პერიკარდიუმის პუნქციის ჩატარებაში; 5. ნეკნების მოგეხილობის მიდამოს ნოვოკაინის ბლოკადის და პარავერტებრალური ბლოკადის ჩატარებაში; 6. ინსტრუმენტალურ გამოკვლევებში (ელექტროკარდიომა, ეხოლოკაცია და სხვ).

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

238. იმ ავადმყოფების მკურნალობაში, რომელთაც აქვთ ნეკნების მრავლობითი მოგეხილობები, გულმკერდის და ზემო სასუნთქი გზების თერმული დამწვრობაში წინააღმდეგ ნაჩვენებია:

- ა) პლევრალური პუნქცია.
- ბ) პარავერტებრალური ნოვოკაინის ბლოკადა;
- გ) გრაქეოსტომია;
- *დ) გაუმტკივარება ამოგის ქვეშაგით და ეთერით ნიღბით;
- ე) ვაგოსიმპათიკური ნოვოკაინის ბლოკადა ა. ვ. ვიშნევსკით;

239. გულმკერდის დაზიანებების დროს ავადმყოფთა რეაბილიტაცია მოიცავს: 1. მუღმე სუნთქვით ვარჯიშს; 2. ფილგვის ატელექტაზის გამოვლენას; 3. პლევრის დრუში შეხორცებების და შეარტების ოპერაციით მოცილებას; 4. სამკურნალო პნევმოთორაქსს; 5. გულმკერდის ფორმის აღდგენას ე.ი. მისი დეფორმაციის ფასწორებას; 6. სისტემატიურ ნოვოკაინის ბლოკადას (ვაგოსიმპათიკურს და პარავერტებრალურს).

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

240. მუცლის დრუს დახურული ტრავმის დროს, რომელსაც თან ახლავს სასქესო ორგანოს დაზიანება, სიკვდილის მიზეზს უხშირესად წარმოადგენს:

- ა) შინაგანი ორგანოების ევენტურაცია.
- ბ) ნაწლავის ფისგულა;
- გ) გაუვალობა;
- დ) პერიტონიტის;
- *ე) მასიური სისხლდენა;

241. კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფენ მუცლის დაზიანებების ყველა ჩამოთვლილ დაზიანებას, გარდა:

- *ა) რეტროპერიტონეალური მიდამოს დაზიანებისა.
- ბ) მუცლის დახურული შემავალი დაზიანებისა;
- გ) მუცლის დახურული არაშემავალი დაზიანებისა;
- დ) მუცლის ღია შემავალი დაზიანებისა;
- ე) ღია დაზიანების მუცლის დრუში შემავლობის გარეშე;

242. მუცლის დრუს არაშემავალ ჭრილობებს მიეკუთვნებიან ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კანის ფარგლებში;
- ბ) ჭრილობები, კანის, კანქვეშა ცხიმის, კუნთების ფარგლებში;
- *გ) ჭრილობები პერიტონეუმის ჩათვლით;
- დ) ჭრილობები, კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ფარგლებში;

243. მუცლის დრუს არაშემავალი ჭრილობების დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- ა) ჭრილობის არსებობა, სისხლდენა, ტკივილის ირადიაცია მარცხენა მხრისაკენ.
- ბ) ჭრილობის არსებობა, სისხლდენა, მუცლის შებერვა, ტკივილის ირადიაცია მარჯვენა მხრისაკენ;
- *გ) ჭრილობის არსებობა, ლოკალური ტკივილი, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების არარსებობა;
- დ) ჭრილობის არსებობა, დიფუზური ტკივილი მუცელში, მუცლის შებერვა;
- ე) მუცლის კედლის ჭრილობა, ლოკალური ტკივილი, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები;

244. ღიაფრაგმის დაზიანების არსებობის გამორიცხვა მიზანშეწონილია ნაკვეთი ჭრილობის არსებობისას:

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ეპიგასტრიუმის ღონეზე;
- გ) მუცლის წინა კედლის არეში;

- დ) ქველა სამი ნეკნის ღონებე;
- ე) ქველა ექვსი ნეკნის ღონებე;

245. მუცლის ღრუდან სისხლის რეინფუზიის ჩვენებას წარმოადგენს შინაგანი სისხლდენა:

- ა) ელენის, ღვიძლის, შარდის ბუშტის დაზიანების შედეგად.
- ბ) ელენის, ღვიძლის, კუჭის დაზიანების შედეგად;
- გ) ელენის, ღვიძლის, ღიაფრაგმის დაზიანების შედეგად;
- დ) ელენის, ღვიძლის, სისხლძარღვთა, თირკმლის დაზიანების შედეგად;
- *ე) ელენის, ღვიძლის, სისხლძარღვთა დაზიანების შედეგად;

246. ხერხემლის სხვადასხვა მიდამოს გრაემებს შორის კისრის მიდამოს დაზიანებებს უკავიათ:

- ა) მეხუთე ადგილი.
- ბ) მეოთხე ადგილი;
- გ) მესამე ადგილი;
- *დ) მეორე ადგილი;
- ე) პირველი ადგილი;

247. კისრის მეორე მალის კბილის მოგეხილობის დიაგნოსის ისმება სპონდილოგრამის საფუძველზე:

- *ა) გვერდით პროექციაში და წინა-უკანა პროექციაში ღია პირით.
- ბ) წინა-უკანა პროექციაში ღია პირით;
- გ) აქრიალურ ან ნახევრადაქრიალურ პროექციაში;
- დ) გვერდით პროექციაში;
- ე) წინა-უკანა პროექციაში;

248. კისრის მალეების გაურთულებულ მოგეხილობის დროს იხმარება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თორაკოკრანიალური თაბაშირის ნახვევის ან შანცის საყელის გამოყენება.
- *ბ) ელანსკის არგანის გამოყენება თავისა და კისრის დასაფიქსირებლად;
- გ) სტანდარტული თავდამჭერის გამოყენება;
- დ) გლისონის მარყუით დაჭიმვა თავიდან;
- ე) ჩონჩხური დაჭიმვა ქალას ძვლებიდან;

249. მურგის გენის დაზიანებით გართულებული კისრის მალეების მოგეხილობის დროს გამოიყენება:

- *ა) ლამინექტომია და კორპორტომია ღურალური პარკის რევიზიით
- ბ) მალთა სასახსრე მორჩების რეპექცია;
- გ) წინა იოგების გადაკვეთა;
- დ) კორპორტომია ღურალური პარკის რევიზიით;
- ე) ლამინექტომია;

250. მძიმე ფიზიკური შრომით მომუშავესთვის შრომისუნარიანობის აღდგენის ვადა, კისრის VI მალის გაურთულებელი კომპრესიული მოგეხილობისას შეადგენს:

- *ა) 5-6 თვეს.
- ბ) 4 თვეს;
- გ) სამ თვეს;
- დ) ორ თვეს;
- ე) ერთ თვეს;

251. 6 და 7 მალეებს შორის ამოვარდნილობისას, ამოვარდნილად ითვლება:

- ა) 6 და 5 მალეები.
- *ბ) მე 7 მალა;
- გ) მე 4 მალა;
- დ) მე 5 მალა;
- ე) მე 6 მალა;

252. გულმკერდის მე 10 მალის გაურთულებელი კომპრესიული მოგეხილობის დროს, მალის სხეულის სიმაღლის 1/5 ნაკლები დაწვეით, მძიმე ფიზიკური შრომით მომუშავე ალაზიანის შრომისუნარიანობის ვადებია:

- ა) 10 და მეტი თვე.
- *ბ) 6-8 თვე;
- გ) 4-5 თვე;
- დ) 3 თვე;
- ე) 1-2 თვე;

253. ხერხემლის გულმკერდის წელის გაურთულებელი მოგეხილობის სამკურნალოდ მიმართავენ ყველა ჩამოთვლილი მეთოდს, გარდა:

- *ა) სკელეტური დაჭიმვა მენჯით და კიღურებით.
- ბ) დაჭიმვა დაქანებულ სიბრტყეზე, კუნთოვანი კორსეგის შექმნა;
- გ) მუღმივი რეკლინაცია კაპლან-ანგონოვის ფარზე;
- დ) თაბაშირის კორსეგის დაღება რეკლინაციის გარეშე;
- ე) ერთმომენტიანი რეკლინაცია თაბაშირის კორსეგის დაღებით;

254. ხერხემლის გულმკერდის წილი გაურთულებელი მოგეხილობის კონსერვატული მკურნალობისათვის უხშირესად მიმართავენ:

- ა) სკელეტურ დაჭიმვას ქვემო კიდურებით.
- ბ) სკელეტურ დაჭიმვას მენჯით;
- *გ) დაჭიმვას ღვედებით ილღის ფოსოებიდან;
- დ) დაჭიმვას თავით მღისონის მარჯუენის საშუალებით;
- ე) სკელეტურ დაჭიმვას თავის ქალას ძვლებით;

255. ხერხემლის გულმკერდის წილის მოგეხილობების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მალის სხეულის კომპრესიული მოგეხილობა მისი სიმაღლის 1/41/4-ზე ნაკლებად დაწვეით.
- ბ) მალის სხეულის "აფეთქებითი" მოგეხილობა ორი დისკის დაზიანებით;
- გ) მალის სხეულის, მალთაშუა დისკის მძიმე მრავალფრაგმენტოვანი მოგეხილობა ხერხემლის ღერძის დარღვევით;
- დ) შურგის გვინის ფესვების თანდართული მოგეხილობა;
- ე) შურგის გვინის დაზიანებასთან თანდართული მოგეხილობა;

256. ხერხემლის გულმკერდის მალეების გრავმის სამკურნალოდ მიმართავენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) კუნთების ელექტროსტიმულაციისა.
- ბ) ფიზიოთერაპიისა;
- *გ) მექანოთერაპიისა;
- დ) სამკურნალო ვარჯიშისა;
- ე) მასაჟისა;

257. გულმკერდის მეშვიდე მალის კომპრესიული გაურთულებელი მოგეხილობის დროს მძიმე ფიზიკურად მომუშავე ადამიანის შრომისუნარიანობის ვალეებია:

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

258. ხერხემლის გრავმებს შორის წელის ნაწილის გრავმას უკავია:

- ა) მეხუთე ადგილი.
- ბ) მეოთხე ადგილი;
- გ) მესამე ადგილი;
- დ) მეორე ადგილი;
- *ე) პირველი ადგილი;

259. ხერხემლის წელის ნაწილის მოგეხილობებს შორის არჩევენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მალის უკანა წილის მოგეხილობა.
- *ბ) გორსიული მოგეხილობა;
- გ) კომპრესიული მოგეხილობა;
- დ) გაურთულებელი მოგეხილობა;
- ე) გართულებული მოგეხილობა;

260. უხშირესია წელის მალეების შემდეგი ანატომიური სტრუქტურების მოგეხილობა:

- ა) მალის რკალის.
- ბ) ქვემო სასახსრე მორჩის;
- გ) ზემო სასახსრე მორჩის;
- დ) წვეტიანი მორჩის;
- *ე) განივი მორჩის;

261. წელის და გავის მალეებს შორის უხშირესია შემდეგი მალეების მოგეხილობა:

- ა) გავის პირველი მალის.
- ბ) წელის მეხუთე მალის;
- გ) წელის მეოთხე მალის;
- დ) წელის მესამე მალის;
- *ე) წელის პირველი და მეორე მალის;

262. ხერხემლის წელის ნაწილის დაზიანებების კონსერვატული მეთოდებიან იყენებენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) მოგეხილობის ადგილის ფიქსაცია "ძალისნის" ქაბრით.
- ბ) ერთმომენტიანი რეკლინაცია, ფიქსაცია თაბაშირის კორსეგით;
- გ) თანდათანობითი რეკლინაცია მუთაკებზე და სპეციალურ ფარზე;
- დ) "კუნთოვანი კორსეგის" შექმნა გორინეესკაია-დრევიენგით;
- ე) თაბაშირის ნახვევის დაღება;

263. წელის მალის მოგეხილობის დროს დაზარალებულის მკურნალობა დაჭიმვით ხორციელდება:

- ა) გულმკერდზე სპეციალური ჰილეტით და დაჭიმვით თავისაკენ.
- ბ) სპეციალური ლიფით და დაჭიმვით, მენჯის ფიქსაციით ღერძის მიმართულებით;
- გ) თავის გლისონის მარჯუენით ფიქსაციით 6 კგ გვირით;

- *დ) საწოლის თავის აწევით და დაზარალებულის ილიებიდან მარყუქებით ფიქსაციით;
- ე) საწოლის ფეხის ბოლოს მეტით აწევით და გერფის ფიქსაციით;

264. ხერხემლის წელის ნაწილის გაურთულებელ მოგეხილობითა პრაქტიკაში გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი ოპერაციული მეთოდი, გარდა:

- ა) წვეტიანი მორჩების მოჭიმვა მავთული (ნოვაკის მიხედვით).
- *ბ) მოგეხილი მალის შეცვლა ქსენოპროგებით;
- გ) ლავსანის ლენგით წვეტიანი მორჩების მოჭიმვა;
- დ) ცივიან-რამისის ფიქსატორით წვეტიანი მორჩების მოჭიმვა;
- ე) გვაზენკოს ფიქსატორით რკალების მოჭიმვა;

265. წელის მალეების ახალ მოგეხილობების დროს არ გამოიყენება:

- *ა) მექანოთერაპია.
- ბ) ფიზიომკურნალობა;
- გ) სამკურნალო ნავარჯიში;
- დ) მასაჟი;
- ე) წელის კუნთების ელექტროსტიმულაცია;

266. წელის I მალის მოგეხილობის შემდგომ მძიმე ფიზიკური შრომა შეიძლება:

- *ა) 6-8 თვის შემდეგ.
- ბ) 5-6 თვის შემდეგ;
- გ) 4-5 თვის შემდეგ;
- დ) 3-4 თვის შემდეგ;
- ე) 2-3 თვის შემდეგ;

267. მენჯის ძვლების მოგეხილობა ვითარდება გრაფმის ყველა ჩამოთვლილი მექანიზმებით, გარდა:

- ა) აგნევიითი მექანიზმით.
- *ბ) მენჯის ძვლების მოგრეხვით;
- გ) მენჯზე პირდაპირი დარტყმით;
- დ) მენჯის ძვლების განცალკევებით;
- ე) მენჯის ძვლებზე მიჭყლეტვით;

268. მენჯის ძვლების აგლუვი მოგეხილობას მიეკუთვნება:

- ა) გავის მოგეხილობა.
- *ბ) უსახელო ძვლის ქვედა ქუდის მოგეხილობა;
- გ) ტაბუხის ფოსოს მოგეხილობა;
- დ) საჯლომის ძვლის მოგეხილობა;
- ე) ბოქვენის ძვლის მოგეხილობა;

269. მოგეხილობებს, რომელსაც თან ახლავს მენჯის რგოლის გაგლეჯა, მიეკუთვნება:

- ა) ბოქვენის და საჯლომი ძვლების მოგეხილობა სხვადასხვა მხარეს.
- *ბ) ერთ მხარეს ბოქვენის და საჯლომი ძვლის მოგეხილობა;
- გ) ტაბუხის ფოსოს ბაგის მოგეხილობა;
- დ) ბოქვენის ძვლის მოგეხილობა;
- ე) თეძოს ძვლის ფრთის მოგეხილობა;

270. მენჯის რგოლის გაგლეჯა თან არ ახლავს:

- ა) ბოქვენის შესასხრების გაგლეჯა და გავის ვერტიკალური მოგეხილობა.
- ბ) ბოქვენის და საჯლომი ძვლის მოგეხილობა ერთ მხარეზე;
- გ) ბოქვენის შესასხრების გაგლეჯა და თეძოს ძვლის მოგეხილობა;
- დ) გავა-თეძოს შესასხრების გაგლეჯა ერთ მხარეზე;
- *ე) ტაბუხის ფოსოს ფსკერის მოგეხილობა;

271. ტაბუხის ფოსოს გრაფმას არ მიეკუთვნება:

- ა) ბარძაყის თავის ცენტრალური ამოვარდნილობა.
- ბ) ბარძაყის ცენტრალური ქვეამოვარდნილობა;
- *გ) ბოქვენის ძვლის ფუძის მოგეხილობა;
- დ) ტაბუხის ფოსოს ზედა ბაგის მოგეხილობა;
- ე) ტაბუხის ფოსოს ფსკერის მოგეხილობა;

272. კომბინირებულ მოგეხილობებს მიეკუთვნება:

- ა) თეძოს ძვლის მოგეხილობა წვრილი ნაწლავის გაგლეჯვით.
- ბ) ბოქვენის ძვლის მოგეხილობა ურეთრის გაგლეჯვით;
- გ) ბოქვენის და საჯლომი ძვლების მოგეხილობა შარდის ბუშგის გაგლეჯვით;
- *დ) ტაბუხის ფოსოს მოგეხილობა, შორისის და ღუნდულოების თერმული დამწვრობა;
- ე) მენჯის წინა ნაწილის ღია მოგეხილობა;

273. მენჯის ძვლების მოგეხილობების ნიშნებს არ წარმოადგენს:

ა) ვერნეისის სიმპტომი - ტკივილი თეძოს ფრთებზე, მეწლისას.

ბ) ლარეის სიმპტომი - ტკივილი მენჯის ფრთების განზიდვისას;

*გ) ტრენდლენბურგის სიმპტომი;

დ) ვოლკოვიჩის სიმპტომი - ბარძაყის მღებარეობა;

ე) "მიწებებული ქუსლის" სიმპტომი;

274. მენჯის ძვლების მძიმე მოგეხილობებით დაზარალებულთა მკურნალობაში არ გამოიყენება:

ა) წარმოქმნილი გართულებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა.

ბ) მენჯის შეცილებული ნაგებების რეპოზიცია;

*გ) დაზარალებულის აღრეული წამოღობა და აქტივაცია - ფუნქციური მკურნალობა;

დ) გრაფის დროს დაკარგული სისხლის შევსება;

ე) ტრავმული შოკის მკურნალობა და პროფილაქტიკა;

275. მენჯის ძვლების მოგეხილობის დროს უხშირესად მიანდება:

ა) ქალებში საშო, ქაცვებში სასქესო ასო.

ბ) შარდის ბუშტი;

გ) შარდსამდენი მილს დისგალური ნაწილი

*დ) შარდსადენი, პროსტატისეული მისი ნაწილი;

ე) კაცებში პროსტატა, წინამდებარე ჯირკვალი, ქალებში - საკვერცხეები;

276. ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან, რომლებიც მიუთითებენ მენჯის ორგანოების დაზიანებაზე, არ არის ძირითადი:

ა) დამატებითი ჩრდილის არსებობა. შარდის ბუშტის და შარდსადენის კონტრასტული გამოკვლევისას.

ბ) დეფიციტის სიმპტომი შარდის ბუშტის სითხის ავსებისას და გამოშვების დროს;

გ) შარდში სისხლის არსებობა;

დ) შარდსადენი მილის პერიფერიულ ხერხელში სისხლის არსებობა;

*ე) დამოუკიდებელი მოშარდვის შეკავება;

277. დაზიანებული შარდის ბუშტის და შარდსადენის ქირურგიული მკურნალობის ჩამოთვლილი მეთოდებიდან არ გამოიყენება:

ა) შარდსადენის პირველი ნაკერი.

*ბ) შარდსადენის გაგლევილ ბოლოების შეერთება მუღმივ კათეტერთან;

გ) შარდის ბუშტის ირგვლივი სივრცის და პარაურეტრული მიდამოს დრენირება;

დ) შარდის ბუშტის და შარდსადენის ჭრილობების ქირურგიული გაკერვა;

ე) შარდის ბუშტის მალაი კვეთა;

278. მენჯის მიდამოში რბილი ქსოვილების ჭრილობების ყველაზე იოლ გართულებას წარმოადგენს:

ა) ანაერობული ინფექციის განვითარება.

ბ) ჩირქოვანი ინფექციების განვითარება;

გ) მსხვილინერვული დეროების დაზიანებები;

დ) მსხვილ სისხლძარღვთა დაზიანებები და მათთან დაკავშირებული გართულებები;

*ე) კუნთების უკმარისობა (მათი კუმშვა);

279. მენჯის ცეცხლნასროლი ჭრილობების პირველადი დამუშავების დროს არ უნდა გაკეთდეს:

ა) ჭრილობის გულმოდგინე დრენირება.

ბ) მენჯის მოგეხილი ძვლების ოსტეოსინთეზი;

*გ) დაზიანებული ორგანოს პლასტიკური აღდგენა (შარდის ბუშტი, სწორი ნაწლავი, საშვილოსნო, საშო და სხვ.);

დ) სისხლდენის შეჩერება, სისხლის კოაგულების და უცხო სხეულების მოცილება;

ე) დაზიანებული რბილი ქსოვილების ამოკვეთა და გაკვეთა;

280. მენჯის ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს ყველაზე ნაკლებად გვხვება:

ა) ანაერობული ინფექცია.

*ბ) მენჯის ძვლების შეუხორცებელი მოგეხილობები;

გ) მენჯის ძვლებში ოსტეომიელიტური პროცესი;

დ) ჩირქოვანი ჩანადენი რბილ ქსოვილებში;

ე) გაგრძელებული არტერიული და ვენური სისხლდენა;

281. კუნთების კანქვეშა დაზიანებები უხშირესად ვითარდება:

ა) ყველა ჩამოთვლილი სწორია.

*ბ) კუნთების და მყესების პათოლოგიის შედეგად;

გ) კუნთების მკვეთრი არაკორდინირებული შეკუმშვის გამო;

დ) მიკროტრავმის შედეგად;

ე) პირდაპირი ტრავმის მოქმედებით;

282. კუნთების დაჭიმვას ჩვეულებრივ თან ახლავს:

ა) ფუნქციის მნიშვნელოვანი დარღვევა.

ბ) ლიმფანგიტი;

გ) ლიმფალენგიტი;

დ) გამოხატული შეშუპება;

*ე) სისხლჩაქცევა;

283. კუნთის სრული და ნაწილობრივი გაგლეჯის დიფერენცირება უნდა განხორციელდეს ყველა ჩამოთვლილის საფუძველზე, გარდა:

- *ა) კუნთების ტონუსის აწევისა.
- ბ) ჰემატომის და სისხლჩაქცევის სიდიდისა;
- გ) შეშუპების სიდიდისა;
- დ) კილურის ფუნქციის დაქვეითებისა;
- ე) ტკივილის სიმპტომის გამოხატულების ხარისხისა;

284. კუნთების არასრული გაგლეჯის მკურნალობის პროცესში უნდა განხორციელდეს ყველა ჩამოთვლილი მანიპულაცია, გარდა:

- ა) კილურის მასაჟი, კუნთების გაგლეჯის ქვემოთ.
- ბ) კილურის მასაჟი, კუნთების გაგლეჯის ზემოთ;
- *გ) კუნთების დაზიანების მიდამოს პუნქციისა ჰემატომის ამოღებით;
- დ) გაუტკივარებისა;
- ე) იმობილიზაციისა;

285. კუნთების სრული გაგლეჯისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კუნთების გაგლეჯის მიდამოში ჩარღმავება.
- *ბ) კილურის გამოხატული ჰიპოტონუსი;
- გ) კილურის ფუნქციის დაქვეითება;
- დ) ძლიერი ტკივილი;
- ე) გაგლეჯის მომენტის ამკარა შეგრძნება;

286. კუნთების ანთების კლინიკური სურათი იქმნება ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- ა) კილურის ღაცვითი კონტრაქტურისა.
- ბ) კილურის სეგმენტის შეშუპებისა;
- *გ) ლიმფადენიტი და ლიმფანგიტი;
- დ) ტკივილისა;
- ე) კილურის ფუნქციის დაქვეითებისა;

287. მყეს-კუნთის ნაწილის გაგლეჯა უხშირესად ვითარდება:

- ა) ბარძაყის სამთავა კუნთის მიდამოში.
- ბ) ბარძაყის ორთავა კუნთის მიდამოში;
- *გ) ბარძაყის ოთხთავა კუნთის მიდამოში;
- დ) მხრის ორთავა კუნთის მოკლე თავის მიდამოში;
- ე) მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავის მიდამოში;

288. გრაემის დროს ყველაზე ხშირად ივლიჯება:

- ა) აქილეუსის მყესი.
- ბ) მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავის მყესი;
- გ) ბარძაყის ოთხთავა კუნთის მყესი;
- დ) გერფის თითების გამშლელების მყესები;
- *ე) მგევნის თითების გამშლელების მყესები;

289. კუნთების მკვეთრი და უცაბელი დაჭიმვის დროს უხშირესად ივლიჯება კუნთები:

- *ა) ძვალთან მისი მიმაგრების ადგილას და მყესის კუნთში გაღასვლის ადგილას
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი სწორია;
- გ) კუნთების შუა ნაწილში;
- დ) მყესის კუნთში გაღასვლის ადგილას;
- ე) ძვალთან მისი მიმაგრების ადგილას;

290. მყესის ძვლის ფრაგმენტთან ერთად ავლეჯა უხშირესად ხდება შემდეგი დაზიანების დროს:

- ა) ბარძაყის ორთავა კუნთის.
- ბ) ბარძაყის ოთხთავა კუნთის;
- *გ) მარცხენა მხრის სამთავა კუნთის;
- დ) ორთავა კუნთის გრძელი თავის;
- ე) აქილეუსის მყესის;

291. "როტატორული რგოლის" გაგლეჯის კლინიკური სურათი იქმნება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომიდან, გარდა:

- ა) ართროსკოპული გამოკვლევით პირდაპირი შეერთების გამოვლენა მხრის სახსარს, სუბაკრომიულ ჩანთას და დელტისებური კუნთის ჩანთას შორის.
- ბ) დაზიანებული კილურის აქტიური განზიდვის და ერთდროულად გარეთკენ ბრუნვის შეუძლებლობა;
- *გ) მხრის აქტიური შიგნითკენ ბრუნვის შეუძლებლობა;
- დ) მხრის აქტიური განზიდვის შეუძლებლობა;
- ე) ტკივილი დელტისებური მკერდის ღარის მიდამოში;

292. ორთავა კუნთის მყესის გრძელი თავის მოგლეჯისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მხრის მიდამოში სისხლჩაქცევები და შეშუპება.
- ბ) ილაყვის სახსარში წინამხრის მოხრის ძალის მკვეთრი დაქვეითება;

- *გ) მხრის წინა-შიგნითა მელაპირზე, რბილი ქსოვილების ჩაღრმავება, რომლის გემოთ აღინიშნება გამობერილობა;
- დ) თავისებური ტკაცუნის შეგრძნება;
- ე) მხრის გემო მესამეღში მწვავე ტკივილი;

293. მხრის ორთავა კუნთის მოგლეჯილი დისგალური მყესის ფიქსაცია უფრო ადვილი და უსაფრთხოა და ამბვე დროს, ხორციელდება:

- ა) ორთავა კუნთის აგლეჯილი მყესის დისგალურ ბოლოსთან სხივის ძელის შემბლღებზე.
- ბ) მხრის კუნთთან.
- *გ) მხრის კუნთის მყესთან;
- დ) პიროგოვის ფახციასთან;
- ე) სხივილ ძელის შემბლღებასთან;

294. მხრის სამთავა კუნთის ღამიანებასთან ყველამე ხშირია, ჩამონათვალღან:

- ა) მეღიღური თავის მყესის აგლეჯა მხრის ძელიღან.
- ბ) სამთავა კუნთის გრძელი თავის მყესის აგლეჯა ბეჭიღან;
- გ) სამთავა კუნთის ღაგურაღური თავის გაგლეჯა ბეღა და შუა მესამეღის სამღვარზე;
- *ღ) მხრის სამთავა კუნთის მყესის ღუსგალური ბოლოს აგლეჯა იღაყვის მორჩის ფრაგმენტთან ერთაღ;
- ე) სამთავა კუნთის გაგლეჯა გარღიგარღმო მიმართუღებით შუა მესამეღის ღონებზე;

295. თერძის კუნთის გიპიური ღამიანების დროს გვხღება ყვეღა ჩამოთვლიღი, გარღა:

- ა) ბარძაყის გარეთა როგაციის შემღღღა.
- ბ) ბარძაყის განზიღვის შემღღღა;
- გ) ბარძაყის მოყრის შემღღღა და ტკივიღი;
- *ღ) თერძის კუნთის მყესის აგლეჯა თეძოს ძელის წინა ქვეღა წვეგტიღან;
- ე) მენჯ-ბარძაყის სახსარში ბარძაყის გრიაღისას მწვავე, უეცარი ტკივიღი;

296. მენჯის აგულსიური (აგლეჯავითი) მოგეხიღობა უხშირესაღ, ვითარღება ბარძაყის მომზიღვეღ კუნთთაგან ერთ-ერთის ღამიანებით:

- ა) ბარძაყის ნამი მომზიღვეღი კუნთის.
- ბ) ბარძაყის მოკღე მომზიღვეღი კუნთის;
- გ) ბარძაყის მცირე მომზიღვეღი კუნთის;
- *ღ) ბარძაყის ღიღი მომზიღვეღი კუნთის;
- ე) ბარძაყის გრძელი მომზიღვეღი კუნთის;

297. ბარძაყის ოთხთავა კუნთის გაგლეჯისათვის ღამახასიათებღია ყვეღა ჩამოთვლიღი, გარღა:

- ა) ღამზარაღებუღის ასაკი 40-60 წელი.
- ბ) მუხღის სახსარში არამღგრაღობა;
- *გ) კვირისგავზე რბიღი ქსოვიღების ჩაღრმავება;
- ღ) წვივის გაშღითი მოძრაობების არარსებობა;
- ე) ბარძაყის ოთხთავა კუნთის მყესის ნაწიღის ღამიანება;

298. აქიღევსის მყესის ანთება შეიღღება განვითარღეს ჩამონათვალთაგან ყვეღა მიმეზის შეღეგაღ, გარღა:

- ა) ვარჯიშები სირბიღით და ხგომით მაგარ, რბიღ და სრიაღა გრუნგზე.
- ბ) სპორტით ღაკავებისას არამესაფრისი ფეხსაცმელის გარება;
- *გ) თანღაყოღიღი ანაგომიური წინასწარგანპირობებუღობა გერფის ვირუსუღი ღეფორმაციის სახით;
- ღ) აქიღევსის მყესის მიღამოში ხშირი მიკროგრაემები;
- ე) აღგიღობრივი ინფექციის შეუფასებღობა;

299. აქიღევსის მყესის გიპიური კანქვეშა გაგლეჯისათვის ღამახასიათებღია ყვეღა ჩამოთვლიღი, გარღა:

- ა) ჰემაგომა უხშირესაღ გვხღება შიგნითა ღა გარეთა გოჯების არეში.
- *ბ) გაგლეჯა უხშირესაღ ღოკალიზება კუნთის მყესში გაღასუღის აღგიღას;
- გ) მყესის გაგლეჯა ხღება წვივის სამთავა კუნთის უცაბეღი, არაკორღინირებუღი მკვეთრი შეკუმშვით;
- ღ) მყესის გაგლეჯა ხღება ღეგენერაციულ-გროფიუღი ცვლიღებების ფონზე;

300. აქიღევსის მყესის გაგლეჯისას გომპსონის სიმპტომი ვღინღება:

- ა) აქიღევსის მყესის ღამიანებისას ტკაცუნის შეგრძნებით.
- ბ) გერფის სუპინაციის მკვეთრი შემღღღავით;
- *გ) წვივის სამთავა კუნთზე მეწოღისას, ღამიანებუღი კიღურის გერფის გერფგულისკენ მოხრის არარსებობით;
- ღ) ღამიანებუღი ფეხის თითებზე ღგომის და სიარუღის შეუძღებღობით;
- ე) ჩაღრმავებით აქიღევსის მყესის გაგლეჯის მიღამოში;

301. მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავის ანთებისათვის ღამახასიათებღია ყვეღა ჩამოთვლიღი სიმპტომი, გარღა:

- ა) მხრის სახსრის პერიართრიგის განვითარების შესაძღებღობა.
- ბ) ანთებითი პროცესი;
- გ) ტკივიღის გაძღიერება წინამხრის მოხრისას;
- *ღ) ტკივიღის გაძღიერება მხრის შიგნითკენ მობრუნებისას;
- ე) ტკივიღი, ღოკალიზაციით ორთავა კუნთის გრძელი თავის მყესის ღარის გაყოღებამზე;

302. ძაღოსნებს და მოჭიღავეებს ხშირაღ უმიანღებათ გულმკერღთან მიმგარებუღი ყვეღა კუნთი, გარღა:

- *ა) მკერღის განივი კუნთის.

- ბ) მუცლის სწორი კუნთის;
- გ) მკერდის წინა კუნთების;
- დ) ნეკნთაშუა კუნთების;
- ე) მკერდის დიდი კუნთის;

303. მუცლის სწორი კუნთის დაზიანებისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა.
- ბ) პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომი;
- გ) მკვეთრი ტკივილი მუცლის კედლის არეში;
- *დ) გაგლეჯა, წარმოქმნილი პირდაპირი ღარტყმით მუცლის პრესის მოღუნების მომენტში;
- ე) სისხლჩაქცევა მუცლის წინა კედელში;

304. მუცლის ირიბი კუნთის დაზიანებისას ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა:

- ა) სისხლჩაქცევები დაზიანებული კუნთების გაყოლებით.
- ბ) ტკივილი პალპაციით მუცლის ირიბი კუნთების მიმართულებით;
- *გ) დაზიანებები ხშირად უკითარდებოდა ჩოგბურთელებს, მოკრივეებს, კალათბურთელებს, მოფარიკავეებს;
- დ) ტკივილის გაძლიერება დახველებისას და სხეულის მდებარეობის შეცვლისას;
- ე) მუცლის წინა კედლის ძლიერი კუნთოვანი დაჭიმულობა;

305. ბარძაყის სწორი კუნთის აგლეჯვა ხდება უპირატესად:

- ა) თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტთან.
- *ბ) თეძოს ძვლის წინა ქვედა წვეტთან;
- გ) საჯლოში ბორცვთან;
- დ) კვირისტაყის ზედა პოლუსთან;

306. ბარძაყის სწორი კუნთის აგლეჯისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ბარძაყის განზიდვის და ერთდროულად, შიგნითა როტაციის შეუძლებლობა.
- ბ) ბარძაყის მოხრის შემდუღვა;
- გ) უქცარი ტკივილი თეძოს მიდამოში;
- დ) ხშირად ხდება ფეხბურთში ძლიერი, პირდაპირი ღარტყმის ცლისას;

307. მყესის აგლეჯა საჯლოში ბორცვის ფრაგმენტთან ერთად ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომით, გარდა:

- ა) წარმოიქმნება ბარძაყის მომზიდველი კუნთების უცაბედი არაკოორდინირებული დაჭიმვის შედეგად.
- *ბ) ხასიათდება საჯლოში ბორცვის არეში ძლიერი ლოკალური ტკივილით ბარძაყის პასიური გაშლის და მუხლის სახსრის მოხრის პირობებში;
- გ) უხშირესად წარმოიქმნება გრაემის არაპირდაპირი მექანიზმით;
- დ) აგარებს სპორტული გრაემის ხასიათს;
- ე) გვხვდება ახალგაზრდებში 12 დან 20 წლის ასაკში;

308. პუბო.-ადლექციური სინდრომი, რაც ხშირად გვხვდება სპორტული გრაემების დროს, წარმოიქმნება ყველა ჩამოთვლილი კუნთისა და მყესის დაზიანების შედეგად, გარდა:

- ა) მუცლის სწორი კუნთის.
- *ბ) ნახევრადმყესოვანის;
- გ) ბარძაყის დიდი მომზიდველს;
- დ) ბარძაყის მოკლე მომზიდველს;
- ე) ბარძაყის გრძელი მომზიდველს;

309. სეგონდის მოგებილობა, რომელიც სპორტსმენებში გვხვდება, ეს არის:

- ა) ბარძაყის დიდი ადლექტორის აგლეჯა საჯლოში ბორცვიდან.
- ბ) ოთხაგა კუნთის აგლეჯა კვირისტაყის ზედა პოლუსიდან;
- გ) ბარძაყის ორთავა კუნთის, აგლეჯა წვივის მცირე ძვლის თავიდან;
- *დ) თეძო-წვივის გრაქტის აგლეჯა წვივის დიდი ძვლის გარეთა როკიდან;

310. ეგრეთწოდებული სეგონდის მოგებილობას ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მუხლის სახსრის მკვეთრი ტკივილები და ბლოკაჟები.
- ბ) მოგებილობა ფეხბურთელში მოზიდული და მუხლის სახსარში მოხრილი კილურის ძალდატანებითი შიგნითა როტაციის დროს;
- გ) წინა ჯვარედინა იოგის შერწყმული დაზიანება;
- *დ) ბარძაყის ორთავა კუნთის აგლეჯა მცირე წვივის ძვლის თავისაგან;

311. წინა-გიბიალური სინდრომისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თან ახლავს პერიფერიული არტერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.
- *ბ) ძლიერი ტკივილი წვივის წინა ნაწილში, რომელიც წარმოიშობა ფეხის მიწიდან მოცილებისას;
- გ) თან ახლავს წვივის რბილი ქსოვილების პროგრესირებადი შეშუპება;
- დ) პირდაპირი ღარტყმის შედეგად;
- ე) წარმოიქმნება ტერფის გამშლელი კუნთების გადატვირთვის შედეგად;

312. ლავიწის მოგებილობები ძვლების ყველა მოგებილობათა შორის, შეადგენს:

- ა) 50%.

- ბ) 30%;
- *გ) 3-15%;
- დ) 1-3%;

313. უზშირესად ლავიწი ტყეება დაცემით:

- *ა) ჩამოთვლილი ვარიანტებიდან ყველაზე;
- ბ) გაშლილ ხელზე;
- გ) ილაყვზე;
- დ) სახის გვერდით ზედაპირზე;

314. პერიფერიული ფრაგმენტი არ განიცდის ცლომას:

- ა) შიგნით.
- ბ) ქვემოთ;
- გ) წინ;
- *დ) უკან;

315. ლავიწის მოგებილობისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) მანძილი ხერხემლიდან ბეჭის მედიალურ კიდემდე მომაგებულია დამიანების მხარეს.
- ბ) ლავიწზედა ფოსო გასაღებებულია;
- გ) ლავიწზემთ ღეფორტაცია და შემსივნებაა;
- *დ) ზედა კილური აწეულია ზევით და გადაადგილებულია უკნისკენ;

316. ლავიწის მოგებილობის კონსერვატული მკურნალობისათვის გამოყენებულია ლავიწის საიმობილიზაციო ყველა ჩამოთვლილი ნახვევი, გარდა:

- *ა) თაბაშირის ნახვევი ტურნერის მიხედვით.
- ბ) დელებეს რგოლები;
- გ) 8-ს მაგვარი ნახვევი;
- დ) კუმინსკის არტამანები;

317. ლავიწის მოგებილობის ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) დახურული დამსხვრეული მოგებილობა;
- გ) ლავიწის დამსხვრეული მოგებილობა კანის დამიანების საშიშროებით;
- დ) ღია მოგებილობები სისხლძარღვოვან - ნერვული კონის დამიანებით ან მასზე ბეწოლით;

318. ლავიწის მოგებილობის დროს შრომისუნარიანობის აღდგენა დადებითი შედეგით ხდება შემდეგ ვალებში:

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

319. კლინიკურად გამოყოფენ ბეჭის შემდეგ მოგებილობებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) ყელის და სასახსრე ფოსოს;
- გ) მორჩების;
- დ) კუთხის;
- ე) სხეულის;

320. ბეჭის ყელის მოგებილობის დროს პერიფერიული ნაგები შეცილდება:

- ა) როტაციულად.
- ბ) გარეთ და ქვევით;
- გ) გარეთ და ზევით;
- *დ) ქვევით და შიგნით;
- ე) ზევით და შიგნით;

321. ბეჭის მოგებილობის დროს ილიის ნერვის დამიანება იწვევს:

- ა) სისხლისმიმოქცევის მოშლას.
- *ბ) დელტისებური კუნთის პარეზს;
- გ) მტეენის თითებში მოძრაობების დაკარგვას;
- დ) მგრძნობელობის დაკარგვას;

322. ჩამოთვლილი მოგებილობებიდან ბეჭის სახსარშიდა მოგებილობად ითვლება:

- *ა) ყელის სასახსრე ფოსოსი.
- ბ) ქელის;
- გ) მორჩების;
- დ) კუთხეების;
- ე) სხეულის;

323. ბეჭის მოგეხილობის დამახასიათებელი სიმპტომია:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- *ბ) კომოლის;
- გ) ჩაკლინის;
- დ) მარქსის;

324. ფრთისებური ბეჭის წარმოქმნა დაკავშირებულია:

- ა) ილღის ნერვის დამიანებასთან.
- ბ) მხრის წნულის დამიანებასთან;
- *გ) გულმკერდის გრძელი ნერვის გალაჭიმვასთან ან დაქვეილობასთან;
- დ) მხარბეღა არეში სისხლით მომარაგების დარღვევასთან;

325. ბეჭის სახსარშია მოგეხილობის დროს საიმობილიზაციოდ გამოიყენება:

- *ა) განმზიდავი არგაშანი.
- ბ) დემოს თაბაშირის ნახვევი;
- გ) დემოს რბილი ნახვევი;
- დ) თავსაფრის ნახვევი;
- ე) თაბაშირის ნახვევი გურნერის მიხედვით;

326. ყელის ან ბეჭის სასახსრე ფოსოს მოგეხილობის დროს განმზიდავ არგაშანზე განზიდვის კუთხე უნდა შეადგენდეს:

- ა) 160 გრადუსს.
- ბ) 110 გრადუსს;
- *გ) 90 გრადუსს;
- დ) 60 გრადუსს;
- ე) 30 გრადუსს;

327. ბეჭის სახსარშია მოგეხილობის დროს იმობილიზაციის ვალებია:

- ა) 3 თვე.
- ბ) 10-12 კვირა;
- გ) 6-8 კვირა;
- *დ) 4-5 კვირა;
- ე) 2 კვირა;

328. მხრის პროქსიმალური ნაწილის ყველაზე ხშირ მოგეხილობას წარმოადგენს:

- *ა) ქირურგიული ყელის.
- ბ) ბორცვების;
- გ) ანატომიური ყელის;
- დ) თავის;

329. მხრის ქირურგიული ყელის აბლუქციური მოგეხილობა ვითარდება:

- ა) ჩამოთვლილიდან თითოეული მათგანის დროს.
- ბ) ნეიგრალური მღებარეობით;
- *გ) მხრის განზიდვით;
- დ) მხრის მოზიდვით;

330. მხრის ქირურგიული ყელის აბლუქციური მოგეხილობა ვითარდება:

- ა) ჩამოთვლილიდან თითოეული მათგანით.
- ბ) მხრის მოხრის დროს;
- გ) ნეიგრალური მღებარეობით;
- დ) მხრის განზიდვით;
- *ე) მხრის მოზიდვით;

331. მხრის ქირურგიული ყელის აბლუქციური მოგეხილობის დროს ფრაგმენტებით შექმნილი კუთხე, გახსნილია:

- ა) კუთხური შეცილება არ არის.
- ბ) შიგნით და წინისკენ;
- *გ) გარეთ და უკან;
- დ) შიგნით და უკან;

332. მხრის ქირურგიული ყელის აბლუქციური მოგეხილობის დროს ნაგებები შეცილებულია ისე, რომ ქმნიან კუთხეს, გახსნილს:

- ა) კუთხური შეცილება არ არის.
- ბ) შიგნით და წინისკენ;
- გ) გარეთ და უკან;
- *დ) შიგნით და უკან;

333. მხრის ქირურგიული ყელის მოგეხილობები კლასიფიცირდება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ექსტენზიური;
- გ) აბლუქციური;

დ) აბლუქციური;

334. მხრის თავის მოგეხილობას თავის სრული შეცილებით და შეტრიალებით ახალგაზრდებში შემდეგნაირად უნდა ვუმკურნალოთ:

ა) გვიან ვალებში ოპერირებისას ამოვილოთ თავი..

ბ) გვიან ვალებში ვაწარმოთ ოსტეოსიმთეზი;

გ) მხრის თავის მოცილება და ართროლემი ჩავაგართო აღრეულ ვალებში;

დ) მხრის თავი მოვაცილოთ აღრეულ ვალებში;

*ე) აღრეულ ვალებში ოპერაციულად ჩავაყენოთ მხრის თავი და ღვაფიქსიროთ გარეთა ოსტეოსინთეზით;

335. მხრის ქირურგიული ყელის ჩაჭედილი აბლუქციური მოგეხილობა კუთხითი შეცილებით საჭიროებს ერთმომენტიან რეპოზიციას, თუ შეცილების კუთხე უდრის ან მეტია:

ა) 90 გრადუსზე.

ბ) 60 გრადუსზე;

*გ) 35 გრადუსზე;

დ) 20 გრადუსზე;

ე) 10 გრადუსზე;

336. მხრის ქირურგიული ყელის მოგეხილობისას "ეპოლეკური" (აქსიალური) რენტგენოგრამისათვის მხარი უნდა განვაზილოთ შემდეგი კუთხით:

ა) 90 გრადუსი.

ბ) 50-60 გრადუსი;

*გ) 30-40 გრადუსი;

დ) 10-20 გრადუსი;

337. მხრის ქირურგიული ყელის აბლუქციური მოგეხილობის სკელეტური ლაჭიმვით მკურნალობისას საჭიროა ღვიცვით ლაჭიმვის შემდეგი ვალები:

ა) 8-10 კვირა.

ბ) 5-6 კვირა;

*გ) 3-4 კვირა;

დ) 1-2 კვირა;

338. მხრის ქირურგიული ყელის მოგეხილობის შემდეგ შრომის უნარის აღდგენის საშუალო ვალებია:

ა) 13-15 კვირა.

ბ) 10-12 კვირა;

*გ) 8-10 კვირა;

დ) 5-6 კვირა;

ე) 3-4 კვირა;

339. მხრის ღიაფიზური მოგეხილობების შეცილების ხასიათი სამივე ღონეზე (პროქსიმალური, შუა და დისტალური) დამოკიდებულია:

*ა) ყველა ჩამოთვლილზე.

ბ) ინერვაციის თავისებურებებზე;

გ) კუნთების განსაზღვრული ჯგუფის შეკუმშვასა და ქაჩვამზე, რომლებიც ძელის მოგეხილობის პირობებში ახლებურად მოქმედებენ ძვალზე;

დ) მხოლოდ იმ გარეშე ძალის მოქმედებამზე, რომელმაც დაარღვია ძელის მთლიანობა;

340. მხრის ღიაფიზური მოგეხილობის აბლუქციურ არგაშანზე მკურნალობის დროს განზიდვის ოპტიმალურმა კუთხემ უნდა შეადგინოს:

ა) 100 გრადუსი.

*ბ) 90 გრადუსი;

გ) 70 გრადუსი;

დ) 60 გრადუსი;

ე) 30 გრადუსი;

341. მხრის ღიაფიზური მოგეხილობის დროს კუნთოვანი ინტერპოზიციის ნიშნებია:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) რეპოზიციის მცდელობის უშედეგობა;

გ) ფრაგმენტების კრეარტაციის არარსებობა;

დ) ფრაგმენტების შეცილება;

342. მხრის ღიაფიზური მოგეხილობები ხელსაყრელ პირობებში კონსერვატული მკურნალობით ხორციელდებიან:

ა) 20-22 კვირაში.

ბ) 12-14 კვირაში;

*გ) 6-8 კვირაში;

დ) 4-5 კვირაში;

343. მხრის ღიაფიზური მოგეხილობის კონსერვატული მკურნალობისას ღვაფიანებული კონსოლიდაციის კლინიკური ნიშნების დროს იმობილიზაციისათვის შეიძლება დაგვიჭირდეს:

ა) 1-1,5 წელი.

ბ) 10-12 თვე;

- *გ) 5-6 თვე;
- დ) 3-4 თვე;

344. მხრის ღიაფიზის ოსტეოსინთეზისათვის უმჯობესია:

- ა) მავთული.
- ბ) ჭანჭიკები;
- *გ) სხვადასხვანაირი ძვალშილა შტიფტები;
- დ) ღეროტაციული ფირფიტები;

345. მხრის მოგებილობების კონსერვატული მკურნალობისას ყველაზე უხეში შეცდომაა:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ფრაგმენტების გრაქციის გარეშე, სუსტი დაჭიმვა;
- *გ) ფრაგმენტების გადაჭიმვა მათ შორის ღიასკამის შექმნით;
- დ) ფრაგმენტების ღარჩენილი უმნიშვნელო შეცილება;

346. ოპერაციული მკურნალობისას შეცდომაა:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) იმობილიზაციის ვადების შემცირება;
- გ) კონსტრუქციის არასწორი არჩევანი;
- დ) ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის არასწორად შეფასება;

347. მხრის დისტალური მეტაეპიფიზის სახსარშილა მოგებილობებიდან უნდა გამოვყოთ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მხრის შებურთული შემადლების მოგებილობა;
- გ) მხრის როკების მოგებილობა;
- დ) მხრის როკებზე გამავალი მოგებილობა და როკების მოგებილობა;
- ე) მხრის როკებზე მოგებილობები (მოხრითი ან გაშლითი);

348. მხრის დისტალური ნაწილის გაშლითი მოგებილობების კონსერვატული მკურნალობის დროს წინამხრის მოხრის კუთხე უნდა შეადგინოს:

- ა) 110-140 გრადუსი.
- ბ) 90 გრადუსი;
- *გ) 60 გრადუსი;
- დ) 20 გრადუსი;

349. მხრის გაშლითი მოგებილობის დროს ფრაგმენტებს შორის კუთხე გახსნილია:

- ა) კუთხითი შეცილება არ არის.
- ბ) წინ და შიგნით;
- *გ) უკან და შიგნით;
- დ) წინ და გარეთ;

350. მხრის დისტალური ნაწილის მოხრითი გიპის მოგებილობის დროს კუთხე ფრაგმენტებს შორის გახსნილია:

- ა) კუთხითი შეცილება არ არის.
- *ბ) წინ და შიგნით;
- გ) უკან და შიგნით;
- დ) წინ და გარეთ;

351. მხრის ქვემო მესამეღში მოგებილობისას სხივის ნერვის დაზიანება გამოიწვევს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მგრძნობელობის დაქვეითება წინამხრის გამშლელ ნაწილში.
- ბ) მგრძნობელობის დაქვეითება მტევნის სხივისკენ მხარეზე;
- გ) მტევნის დაშვება, მტევნისა და თითების ძირითადი ფალანგების აქტიური გაშლის შეუძლებლობა;
- *დ) მგრძნობელობის ღარღვევა მე 4 და 5 თითებში;

352. მხრის ქვემო მესამეღში მოგებილობის დროს, შუათანა ნერვის თანღართული დაზიანება იწვევს მგრძნობელობის ღარღვევას:

- *ა) მტევნის 1, 2, 3 თითებში და მე-4 თითის შიგნითა ზეღაპირზე.
- ბ) მხოლოდ მესამე თითში;
- გ) მხოლოდ პირველ თითში;
- დ) მე 2 თითში;
- ე) 4-5 თითებში;

353. გიუგერის სამკუთხეღი განისაზღვრება შემდეგ მდგომარეობაში:

- ა) პრონირებული წინამხრისას.
- *ბ) წინამხრის 40 გრადუსით მოხრისას;
- გ) იღაყვის სახსარში ნაწილობრივი გაშლისას;
- დ) წინამხრის სრული გაშლისას;

354. გიუგერის ხაზი - არის:

- ა) მხრის ღიღი და მცირე ბორცვების შემაერთებული ხაზი.

*ბ) ხაზი, რომელიც აერთებს მხრის გედა როკებს წინამხრის გაშლილ მდგომარეობაში;

გ) წინამხრის ღერძის ხაზი;

დ) მხრის ღერძის ხაზი;

355. გარეთა გედა როკის მოგეხილობის დროს წინამხარი:

ა) როტირებულია შიგნით და მოზიდულია.

ბ) როტირებულია შიგნით;

გ) შიგნითკენაა;

*დ) განზიდულია;

ე) მოზიდულია;

356. ფოლკმანის კონტრაქტურა წარმოიქმნება:

ა) მხრის ძვლის ორმაგი მოგეხილობის გამო.

ბ) სისხლმიმოქცევის მოკლე (წუთებით) სრული შეწყვეტის გამო;

*გ) არტერიული სისხლმიმოქცევის გახანგრძლივებული მნიშვნელოვანი, მაგრამ არასრული დარღვევის გამო;

დ) მხრის წნულის დაზიანების შედეგად;

357. ფოლკმანის კონტრაქტურის განვითარების მხრის მოგეხილობის დროს ყველაზე სახიფათო ლოკალიზაციაა:

*ა) მხრის ქვემო მესამედში მოგეხილობა.

ბ) მხრის შუა მესამედში მოგეხილობა;

გ) მხრის ზემო მესამედში მოგეხილობა;

დ) მხრის პროქსიმალური ნაწილის სახსარშიდა მოგეხილობა;

358. თაბაშირის ნხევის დაღების შემდეგ ფოლკმანის კონტრაქტურა შეიძლება გამოიწვიოს ყველა ჩამოთვლილმა, გარდა:

ა) ნახევის ან ძელოვანი ფრაგმენტების მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე გეწოლამ.

ბ) ნახევის გეწოლამ;

*გ) კილურის ადგილობრივი ტემპერატურის მომატებამ;

დ) შემუკების მომატებამ;

359. ფოლკმანის კონტრაქტურა შეიძლება განვითარდეს:

*ა) ყველა ჩამოთვლილის დროს.

ბ) მხრის არტერიის ნაწილობრივი ან სრული დაზიანების დროს;

გ) მაგისტრალური სისხლძარღვების თრომბოზის, ემბოლიის დროს;

დ) კილურის შეზღუდვის დროს;

ე) კილურის დაჟეჟილობის დროს;

360. სხივის ძვლის თავის მოგეხილობის დროს მკვეთრად შეზღუდულია:

ა) ყველა ჩამოთვლილი მოძრაობა.

*ბ) წინამხრის როტაცია;

გ) წინამხრის გაშლა;

დ) წინამხრის მოხრა;

361. სხივის ან იდაყვის ძვლის იზოლირებული მოგეხილობისათვის უფრო დამახასიათებელია:

ა) გასწვრივი ხაზი.

ბ) ხრახნისებური ხაზი;

*გ) განივი ხაზი;

დ) მოგეხილობის ირიბი ხაზი;

362. წინამხრის ძვლების მოგეხილობის დროს როტაციული შეცილება დამოკიდებულია:

ა) ყველა ჩამოთვლილზე.

*ბ) მოგეხილობის ხაზის ლოკალიზაციის თანაფარდობაზე გემო, შუა და ქვემო მესამედში;

გ) ტრავმის მომენტში წინამხრის მოხრილ ან გაშლილ მდგომარეობაზე;

დ) ამა თუ იმ სიდიდის ძალის მოქმედებაზე;

363. მონტეჯიოს მოხრითი გიპის დაზიანების დროს, სხივის თავი ვარდება:

ა) გარეთკენ.

ბ) შიგნითკენ;

გ) უკან;

*დ) წინისაკენ;

364. მონტეჯიოს მოგეხილობის გაშლითი გიპის დროს იდაყვის ძვლის ფრაგმენტების შორის კუთხე გახსნილია:

ა) გარეთ.

ბ) შიგნით;

*გ) უკან;

დ) წინისაკენ;

365. გალიაციის დაზიანებაა:

*ა) სხივის ძვლის მოგეხილობა და იდაყვის თავის ამოვარდნილობა.

- ბ) იდაყვის ძვლის მოტეხილობა და სხივის თავის ამოვარდნილობა;
- გ) სხივის ძვლის იზოლირებული მოტეხილობა;
- დ) იდაყვის ძვლის იზოლირებული მოტეხილობა;

366. რადიო-ულტრარული კუთხე ნორმაში გოლია:

- ა) 40 გრადუსი.
- *ბ) 30 გრადუსი;
- გ) 20 გრადუსი;
- დ) 10 გრადუსი;
- ე) 5 გრადუსი;

367. არჩევენ ამოვარდნილობების შემდეგ სახეებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ჩვეული;
- გ) დაძველებული;
- დ) არა ახალი;
- ე) ახალი;

368. ლავიშის აკრომიული ბოლოს ამოვარდნილობა ხასიათდება:

- ა) მხრის სარტყელში ზამზარისებური მოძრაობა.
- *ბ) "კლავიშის" სიმპტომით;
- გ) "სამკუთხოვანი ბალიშის" სიმპტომით;
- დ) მარქსის ნიშნით;

369. ლავიშის აკრომიული ბოლოს არასრული ამოვარდნილობა ხდება:

- ა) ლავიშ-აკრომიული იოგის დაჭიმვის დროს.
- ბ) მხოლოდ ნისკარტისებური ლავიშის იოგის გაგლეჯის დროს;
- *გ) მხოლოდ ლავიშ-აკრომიონის იოგის გაგლეჯის დროს;
- დ) ლავიშ-აკრომიური და აკრომიულ-ნისკარტისებური იოგების სრული გაგლეჯის დროს;

370. ლავიშის აკრომიული ბოლოს "სრული" ან "არასრული" ამოვარდნილობის დასაზუსტებლად აუცილებელია რენტგენოგრაფია:

- ა) ორივე მხარზე და მიდამოს ავადმყოფის წოლით მდგომარეობაში.
- *ბ) ორივე მხარზე და მიდამოს, დგომით დაზიანებულ მხარეზე ხელში გვირთით;
- გ) მხარზე და მიდამოს, ავადმყოფის დგომით მდგომარეობაში;
- დ) მხარზე და მიდამოს, ავადმყოფის წოლით მდგომარეობაში;

371. ლავიშის ჩასწორებელი ამოვარდნილობა ითვლება ხანდაზმულად:

- ა) 3-4 თვის შემდეგ.
- *ბ) 3-4 კვირის შემდეგ;
- გ) 5 დღე ღამის შემდეგ;
- დ) 1 დღე-ღამის შემდეგ;
- ე) 2 საათის შემდეგ;

372. ლავიშის სამხრე ბოლოს დაძველებული სრული ამოვარდნილობისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ხელში ძალის დაქვეითება.
- *ბ) დაზიანების მხარეზე ზედა კილურის სწრაფი დარღვა;
- გ) ტკივილი მხრის სარტყელში დაგვირთვით მოძრაობის დროს;
- დ) ხელის განზიდვის შეზღუდვა;
- ე) ლავიშის სამხრე ბოლოს აწევა ზევით;

373. ლავიშის სამხრე ბოლოს სრული ამოვარდნილობის გამო მისი ოპერაციული ჩასწორების და იოგების აღდგენის შემდეგ ზედა კილურის იმობილიზაციის ვალდებია:

- ა) 12 კვირა.
- ბ) 8 კვირა;
- *გ) 4-5 კვირა;
- დ) 2 კვირა;

374. ლავიშის სტერნალური ამოვარდნილობის დროს უხშირესად გვხვდება:

- ა) ორმხრივი.
- ბ) მკერდუკანა;
- *გ) მკერდწინა;
- დ) მკერდზედა;

375. ლავიშის სამკერდე ბოლოს ამოვარდნილობის ჩასწორების შემდეგ იმობილიზაცია ედება:

- ა) მხრის გარეთა როტაციაში.
- ბ) მხრის შიგნითა როტაციაში;
- *გ) მხრის მოხრით 90 გრადუსით;
- დ) მხრის განზიდვით 90 გრადუსით;

376. სასწრაფო ოპერაცია საჭიროა, როცა ადგილი აქვს:

- *ა) ლავიშის მკერდუკანა ამოვარდნილობას სუნთქვის დარღვევით.
- ბ) ლავიშის მკერდუკანა ამოვარდნილობას;
- გ) ლავიშის მკერდშია ამოვარდნილობას;
- დ) ლავიშის მკერდზეა ამოვარდნილობას;

377. თავის მღებარეობის მიხედვით არჩევენ მხრის ყველა ჩამოთვლილ ამოვარდნილობას გარდა:

- ა) უკანა.
- ბ) წინა;
- გ) ქვედა;
- *დ) ზედა;

378. უხშირესად ამოვარდნილობები წარმოიქმნება:

- ა) სხივ-მაჯის სახსარში.
- ბ) ილაყვის სახსარში;
- *გ) მხრის სახსარში;
- დ) მუხლის სახსარში;
- ე) მენჯ-ბარძაყის სახსარში;

379. "წინას" მიეკუთვნება მხარის ამოვარდნილობები:

- *ა) ნისკართქვედა და ნისკართშიგნითა
- ბ) ნისკართშიგნითა;
- გ) ბეჭქვეშა;
- დ) ნისკართქვედა;

380. მხრის ამოვარდნილობას ხშირად თან ახლავს მოგეხილობა:

- ა) ლავიშის.
- ბ) ბეჭში ნისკარგისებური მორჩის;
- გ) ბეჭის სადგისისებური მორჩის;
- *დ) ღილი ბორცვის;
- ე) მცირე ბორცვის;

381. მხარი ამოვარდნილობის დროს როგორც წესი:

- ა) გაშლილია.
- ბ) მოხრილია;
- *გ) განზიდულია;
- დ) მოზიდულია;

382. მხარი ამოვარდნილობის დროს გვეჩვენებს:

- ა) დეფორმულია.
- ბ) არ იცვლის სიგრძეს;
- გ) დამოკლებული;
- *დ) დაგრძელებული;

383. მხარი ნისკარგშია ამოვარდნილობის დროს გვეჩვენებს:

- ა) დეფორმული.
- ბ) სიგრძე უცვლელია;
- *გ) დამოკლებული;
- დ) დაგრძელებული;

384. მხრის თავის მოგეხილობა-ამოვარდნილობისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი სწორია.
- ბ) პასიური მოძრაობების დროს შეიგრძნობა "ძვლის კრეპიტაცია";
- გ) "გამზარისებური" მოძრაობა არ არის;
- დ) მხარი არაა განზიდული;
- ე) მხრის დამოკლება;

385. ჩაყენების შემდეგ მხარი უნდა დაფიქსირდეს:

- ა) თორაკო-ბრაზიალური ნახევრით.
- *ბ) თაბაშირის ნახევრით;
- გ) რბილი ნახევრით;
- დ) ხილაბანდის ნახევრით;

386. მხრის იმობილიზაციის ვადები ამოვარდნილობის ჩასწორების შემდეგ:

- ა) 10 კვირა.
- ბ) 8 კვირა;
- გ) 6 კვირა;

- *დ) 4 კვირა;
- ე) 1-2 კვირა;

387. ამოვარდნილობის ჩასწორების შემდეგ მხარზე დაგვირთვის შეზღუდვა:

- ა) 10 თვე;
- ბ) 6 თვე;
- *გ) 3 თვე;
- დ) 2 თვე;
- ე) 1,5 თვე;

388. ჩვეული ამოვარდნილობის წარმოქმნის მიზეზებია:

- *ა) დაზიანებები გრავმული ამოვარდნილობის მომენტში და ამოვარდნილობის შემდეგ პერიოდში მკურნალობის არასწორი გაქცევა;
- ბ) მხრის ამოვარდნილობა ლავიშის მოგებილობით;
- გ) ინფექციური ართრიტი;
- დ) სამშობიარო ტრავმა;

389. მხრის ჩვეული ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობისას ეფექტურ საშუალებებს მიეკუთვნება:

- *ა) მასაჟი და მხრის სარტყლის კუნთების გამაგრება.
- ბ) ხანგრძლივი ჩანჩხური დაჭიმვა;
- გ) ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობა;
- დ) ფიზიოთერაპიული მკურნალობა;

390. მხრის დაძველებული წინა ამოვარდნილობები შეიძლება ჩასწორდეს არა უგვიანეს:

- ა) 8-9 თვისა.
- ბ) 6-7 თვისა;
- გ) 4-5 თვისა;
- *დ) 2-3 თვისა;

391. მხრის ძველი უკანა ამოვარდნილობები ძნელად ჩასასწორებელია უკვე:

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

392. წინამხრის ორივე ძვლის ამოვარდნილობა შეიძლება იყოს:

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) შიგნიტკენ;
- გ) გარეთკენ;
- დ) უკანისკენ;
- ე) წინასკენ;

393. წინამხარი გამოიყურება დაგრძელებულად ამოვარდნილობის დროს:

- ა) ძვლების დაშორიშორების.
- ბ) უკანისკენ;
- *გ) წინისკენ;

394. წინამხრის ჩაყენებისას და კილურის იმობილიზაციის შემდეგ აღდგენით პერიოდში მიზანშეწონილია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მასაჟი.
- ბ) პასიური მოძრაობები დაგვირთვის გარეშე;
- გ) აქტიური მოძრაობები;
- დ) აბაზანა;

395. "წინამხრის ამოვარდნილობის" დიაგნოზის დასმის შემდეგ ჩასწორება უნდა მოხდეს:

- ა) 3-4 დღეს-ღამის შემდეგ.
- ბ) 1-2 დღის შემდეგ;
- გ) 1-2 საათის შემდეგ;
- *დ) დაუყოვნებლივ;

396. მხრის ამოვარდნილობას უხშირესად იწვევს:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- *ბ) ჩამოვარდნა გაშლილი ან მოხრილი ხელით დაცემა;
- გ) როტაცია;
- დ) პირდაპირი დარტყმა;

397. მხრის "ახალ" ამოვარდნილობად ითვლება ამოვარდნილობა:

- ა) 4 კვირის ზემოთ.
- ბ) 4 კვირაზე;

- გ) 3 კვირამდე;
- დ) 1 კვირამდე;
- *ე) 2 კვირამდე;

398. მხრის "არაახალ" ამოვარდნილობად ითვლება ამოვარდნილობა:

- ა) 4 კვირის ზემოთ.
- ბ) 4 კვირამდე;
- *გ) 3 კვირამდე;
- დ) 1 კვირამდე;
- ე) 2 კვირამდე;

399. მხრის დაძველებულ ამოვარდნილობად ითვლება ამოვარდნილობა:

- *ა) 4 კვირის ზემოთ.
- ბ) 4 კვირამდე;
- გ) 3 კვირამდე;
- დ) 1 კვირამდე;
- ე) 2 კვირამდე;

400. ამოვარდნილობის ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომია:

- *ა) ზამზარისებური მოძრაობები.
- ბ) პასიური მოძრაობების შესაძლებლობა;
- გ) ძელის ტკაცუნა;
- დ) ძლიერი ტკივილი;

401. მოგვიხილეთ-ამოვარდნილობების დროს გიპიური სიმპტომებიდან დამახასიათებელია:

- ა) ზამზარისებური ფიქსაციის და ძელის კრეატინაზის არარსებობა.
- *ბ) კილურის დამოკლება;
- გ) კილურის ღერძის ცვლილება;
- დ) ლეფორმაცია;
- ე) ძლიერი ტკივილი;

402. ამოვარდნილობის დიაგნოზის დადგენის შემდეგ ჩასწორება უნდა მოხდეს:

- ა) 3 დღე-ღამის შემდეგ.
- ბ) დღე-ღამის შემდეგ;
- გ) 2 დღე-ღამის შემდეგ;
- *დ) დაუყოვნებლივ;

403. ამოვარდნილობის დროს ამოვარდნილ ნაწილად ითვლება პერიფერიული ძელის სასახსრე ბოლო, გამონაკლისს წარმოადგენს:

- ა) ლავიშის სამკერდე ბოლოს ამოვარდნილობა.
- *ბ) ლავიშის აკრომიული ბოლოს ამოვარდნილობა;
- გ) სხივის თავის ამოვარდნილობა;
- დ) ძირითადი ფალანგის ამოვარდნილობა;
- ე) მხრის ამოვარდნილობა;

404. მხრის ამოვარდნილობის ჩასწორების შემდეგ აუცილებელია იმობილიზაცია:

- *ა) ღეშოს თაბაშირის ნახვევი.
- ბ) განმზიდავ არგამანზე;
- გ) ღეშოს რბილი ნახვევი;
- დ) ხილაბანღზე;

405. ჩვეულებრივი ამოვარდნილობის წარმოქმნის მიზეზია:

- ა) ჩაუსწორებელი ტრავმული ამოვარდნილობა.
- *ბ) მხრის სახსრის კაფსულის სისუსტე და გაგლეჯა;
- გ) ბიცეფსის გრძელი თავის მყესის დაღმზიანება;
- დ) მხრის წნულის დაღმზიანება;

406. მხრის დაძველებული ამოვარდნილობას უნდა ვუმკურნალოთ:

- *ა) ოპერაციულად.
- ბ) ჩონხური დაჭიმვის მეთოდით;
- გ) განმზიდავ არგამანზე;
- დ) კონსერვატიულად (ჩაყენების ცდა);

407. ჩვეულებრივი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება:

- ა) 8 - 10 თვე.
- ბ) 3 - 5 თვე;
- *გ) 2 თვე;
- დ) ერთი თვე;

408. ზელა კილურების ცეცხლასროლი მოგეხილობების დროს მკურნალობის არჩევითი მეთოდია:

*ა) არაკეროვანი ისტეოსინთეზი აპარატის დახმარებით.

ბ) ძვალზედა ოსტეოსინთეზი;

გ) ჩონჩხური დაჭიმვა;

დ) ინტრამელუური ოსტეოსინთეზი;

409. მტევნის ძვლების ამოვარდნილობა სხვა ლოკალიზაციის ამოვარდნილობებთან შედარებით გვხვდება შემთხვევათა :

ა) 20-25%-ში.

*ბ) 15-20%-ში;

გ) 10-15%-ში;

დ) 5-10%-ში;

ე) 1-5%-ში;

410. მტევნის და მჯავის ძვლების ამოვარდნილობები გვხვდება სიხშირის მიხედვით შემდეგი თანმიმდევრობით: 1. მტევნის ამოვარდნილობები; 2. მტევნის პერილუნარული ამოვარდნილობა; 3. ნახევარმთვარისებური ძვლის ამოვარდნილობა; 4. ნავისებური ძვლის ამოვარდნილობა; 5. ცერცვისებური ძვლის ამოვარდნილობა.

ა) სწორია 5, 1, 4, 2, 3.

ბ) სწორია 3, 5, 1, 4, 2;

გ) სწორია 4, 1, 3, 5, 2;

*დ) სწორია 2, 3, 4, 1, 5;

ე) სწორია 1, 2, 3, 4, 5;

411. ერილუნარული ამოვარდნილობის დროს ამოვარდება მჯავის შემდეგი ძვლები:

ა) ცერცვისებური ნავისებური და თავილიდას მიმართ.

ბ) ნავისებური და თავილიდა მრავალწახნაგოვანის მიმართ;

გ) ნახევარმთვარისებური და თავილიდა სხივ-მჯავის სახსრის მიმართ;

*დ) მჯავის ძვლები ნახევარმთვარისებრის მიმართ;

ე) ნახევარმთვარისებური ძვალი სხივ-მჯავის სახსრის მიმართ;

412. ნახევარმთვარისებური ძვლის ამოვარდნილობის დროს ამოვარდება მჯავის შემდეგი ძვლები:

ა) ნავისებური, თავილიდა და ცერცვისებური ნახევარმთვარისებურის მიმართ.

ბ) თავილიდა და კავიანი ძვლები ნახევარ მთვარისებურის მიმართ;

გ) ნახევარმთვარისებური და თავილიდა ძვლები სხივ-მჯავის სახსრის მიმართ;

დ) თავილიდა ძვალი ნახევარმთვარისებრი ძვლის მიმართ;

*ე) ნახევარმთვარისებური ძვალი სხივ-მჯავის სახსრის მიმართ;

413. ნავისებური ძვლის ამოვარდნილობის დროს არ გვხვდება შემდეგი კლინიკური ნიშანი:

ა) მოძრაობები სხივ-მჯავის სახსარში შეზღუდულია და მტკივნეული.

*ბ) მტევანი იმყოფება ხელგულისკენა მოხრის მდგომარეობაში;

გ) ანაგომიური სათუთუნის მიდამოში მტკივნეული შევირილი;

დ) მტევანი განზიდულია ულნაური მხარზე;

ე) I-ლი თითი განზიდულია;

414. მჯავის ძვლების ამოვარდნილობების მკურნალობის დროს არ გამოიყენება:

ა) თავდაპირველად დისტრაქცია არაკეროვანი ფიქსაციის აპარატით, შემდეგ ამოვარდნილობის ოპერაციული ჩასწორება.

*ბ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა საფრხხილე ფალანგებიდან;

გ) ამოვარდნილობის ჩასწორება არაკეროვანი ფიქსაციის აპარატით;

დ) ამოვარდნილობის ოპერაციული ჩასწორება;

ე) ერთმომენტიანი ჩასწორება;

415. პერილუნარული ამოვარდნილობის ერთმომენტიანი დახურული ჩასწორების შემდეგ შრომისუნარიანობა აღდგება:

*ა) 5-6 კვირის შემდეგ.

ბ) 4-5 კვირის შემდეგ;

გ) 3-4 კვირის შემდეგ;

დ) 2-3 კვირის შემდეგ;

ე) 1-2 კვირის შემდეგ;

416. პირველი თითის სრული იმობილირებული ამოვარდნილობის დროს გვაქვს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ხელზურგის ზედაპირზე პალპაციით ისინჯება შევირილი რომელიც შეესაბამება თითის მე-2 ფალანგის თავს.

ბ) ხელისგულის მხარეზე პალპაციით ისინჯება წამონაწვერი რომელიც I ნების ძვალს;

გ) ხდება I თითის დამოკლება;

*დ) საფრხხილე ფალანგი იმყოფება სწორი კუთხით ძირითადის მიმართ, რომელიც იხსნება ზურგისაკენ;

ე) I თითის ძირითადი ფალანგი იმყოფება ხელზურგისკენ გახსნილი სწორი კუთხის ქვეშ ნების ძვლის მიმართ;

417. მტევნის ფალანგების ამოვარდნილობის მკურნალობაში არ გამოიყენება:

ა) კონსერვატული ჩასწორება და ფიქსაცია მავთულის ან ლითონის შინაზე.

*ბ) ჩასწორება და ფიქსაცია ა.ი. აშკინაზის აპარატით;

გ) ოპერაციული (სისხლიანი) ჩაყენება და ჩხირით გრანსარგიკული ფიქსაცია;

- დ) ჩონჩხური დაჭიმვა საფრჩხილე ფალანგიდან;
- ე) კონსერვატული ჩასწორება და თაბაშირით იმოხილიზაცია;

418. თითის ღრმა მომხრელი მყესის დაზიანებისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) თითის სრული აქტიური გაშლა.
- ბ) თითის პასიური გაშლის დროს კუნთის ტონუსის არ არსებობა;
- გ) აქტიური მოხრის არარსებობა თითის საფრთხელე ფალანგში;
- *დ) ნეზ-ფალანგის სახსარში აქტიური მოხრა;
- ე) ჭრილობის სახე და ლოკალიზაცია;

419. თითების ღრმა მომხრელ მყესზე პირველადი ნაკერის დაღების უკუჩვენებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) რამდენიმე თითის მყესის დაზიანება.
- ბ) მტევნის და თითების დაზიანებები სკალპირებული კანის ჭრილობებით, რომლებიც მოითხოვენ განსაკუთრებულ მკურნალობას;
- გ) მტევნის და თითების ძვლების მრავლობითი მოტეხილობები, რაც განსაკუთრებული მკურნალობას მოითხოვს;
- დ) დაზარალებულ პირში შინაგანი ორგანოების დაზიანება;
- ე) თითზე ჭრილობის არეში მწვავე ანთების აშკარა ნიშნები;

420. პირველადი ნაკერი ეწოდება ნაკერს, რომელიც ედება მყესს:

- ა) ტრავმიდან 3 დღის განმავლობაში.
- *ბ) ტრავმიდან 7 დღის განმავლობაში;
- გ) დაზიანებიდან 24 საათის განმავლობაში;
- დ) ტრავმიდან 24 საათის შემდეგ;

421. მტევნის თითების ღრმა მომხრელი მყესების პლასტიკური აღდგენისას არ გამოიყენება:

- ა) გერფი თითების გამშლელის მყესი.
- ბ) ალომყესი;
- *გ) ამავე თითის გამშლელი მყესი;
- დ) მტევნის აპონევროზის დამჭიმავი გრძელი კუნთის მყესი;
- ე) ამავე თითის ბერელე მომხრელის მყესი;

422. თითის ღრმა მომხრელის მყესზე დამბლოკავი პირველადი ნაკერის დაღების შემდეგ მოძრაობების აქტიური დამუშავება იწყება:

- ა) ოპერაციიდან 5 კვირის შემდეგ.
- ბ) ოპერაციიდან 30-დღეზე;
- *გ) ოპერაციიდან 21-ე დღეზე;
- დ) ოპერაციიდან მე-14 დღეზე;
- ე) ოპერაციიდან მე-7 დღეზე;

423. მახის ძვლებიდან ყველაზე ხშირად ტყდება:

- ა) დიდი მრავალწახნაგა ძვალი.
- ბ) კაუჭისებური ძვალი;
- გ) ნახევარმთვარისებური ძვალი;
- დ) სამწახნაგა ძვალი;
- *ე) ნავისებური ძვალი;

424. ამოვარდნილობით უხშირესად თანდართულია:

- ა) მე-5 ნების ძვლის პროქსიმალური ნაწილის სახსრის არ ახლო მოტეხილობა.
- ბ) მე-5 ნების ძვლის პროქსიმალური ნაწილის სახსრის ახლო მოტეხილობა;
- *გ) ბენეტის გიპის მოტეხილობა - ნების I ძვლის ფუძე;
- დ) ნების ძვლის დისტალური თავის სახსარშიდა მოტეხილობა;

425. ფრაგმენტთა შეცილებით ნების ძვლების მოტეხილობისას არ აღინიშნება:

- *ა) I თითის განზიდვა.
- ბ) პიპერექსტენშია ფალანგთაშუა სახსრებში;
- გ) პიპერექსტენშია ნეზ-ფალანგების სახსრებში;
- დ) ნების ძვლების დამოკლება;
- ე) ნების ძვლების ღერძის შეცვალა ხელის გულის მხარეს გახსნილი კუთხით;

426. I თითის ბენეტის გიპის მოტეხილობა-ამოვარდნილობის კარგად ჩასწორების დროს, კონსოლიდაციის საშუალო ვადებია:

- ა) 7 კვირა.
- ბ) 6 კვირა;
- *გ) 5 კვირა;
- დ) 4 კვირა;
- ე) 3 კვირა;

427. ცეცხლნასროლი ჭრილობების ჩირქოვანი გართულებების პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სითბური ზემოქმედება.
- ბ) მიმართული ანტიბიოტიკოთერაპიით;
- გ) ჭრილობის სრულფასოვანი ქირურგიული დამუშავება, ფრაგმენტების შემდგომი ოსტეოსინთეზით;

- დ) ჭრილობის გახმოვანება, ვაკუუმირება, მაგნიტოთერაპია;
- *ე) ჭრილობის გამორეცხვა სიმგანოვ-ტკაჩენკოს მიხედვით;

428. არ არსებული I თითის ფორმირებისას, ქვემოთ აღნიშნული აღდგენითი ოპერაციებიდან არ გამოიყენება:

- ა) I თითის შექმნა "მწვავე ფილაგოვის ფლორგით" და ძელის აუტოპლასტიკით.
- ბ) I ნების ძელის დაგრძელება და რბილი ქსოვილებისაგან რბილქსოვილური შალითის შექმნა;
- *გ) მგევნის I თითის სარეცელზე ტერფის I თითის გადანერგვა;
- დ) მგევნის II თითის პოლიციზაცია;
- ე) I ნების ძელის ფალანგიზაცია;

429. ბარძაყის ყელის მოგებილობის კლასიფიკაციაში არჩევენ ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) ციბრუტქველა.
- ბ) ციბრუთშორისო და ციბრუტებზე გამაფალი;
- გ) ლატერალური;
- დ) სუბკაპიტალური და ყელის;
- ე) მეღიალური;

430. ბარძაყის ყელის მოგებილობის ძირითადი ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) კიღურის შიგნითა როგაცია.
- ბ) "მიწებებული ქუსლის" სიმპტომი;
- გ) გორგოლავის სიმპტომი;
- დ) კიღურის დამოკლება;
- ე) ტკივილი მენჯ-ბარძაყის სახსარში;

431. ბარძაყის ყელის მოგებილობების კონსერვატური მკურნალობის მეთოდებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) რეპონირებული ნაგებების იმობილიზაცია თაბაშირის ნახვევით, რომელიც ედება კიღურის ბარძაყის ზემო მესამეღამდე.
- ბ) ფუნქციური მკურნალობა;
- გ) ფრაგმენტების რეპოზიცია და ფიქსაცია ილიმაროვის აპარატით;
- დ) თაბაშირის კოკსიგური ნახვევის დადება;
- ე) ჩონჩხური დაჭიმვა;

432. ბარძაყის ყელის მოგებილობების ოპერაციული მკურნალობა ხორციელდება ყველა ჩამოთვლილი მეთოდით, გარდა:

- ა) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროტეზირება.
- *ბ) ფრაგმენტების ღია რეპოზიცია და ფიქსაცია თაბაშირის ნახვევით;
- გ) ოსტეოსინთეზი აუტო- და ალოგრანსპლანტატებით;
- დ) ღია ოსტეოსინთეზი ლითონ-კონსტრუქციებით;
- ე) დახურული ოსტეოსინთეზი სხვადასხვა ლითონ-კონსტრუქციებით;

433. ბარძაყის ყელის ღია ოსტეოსინთეზს აქვს ყველა ჩამოთვლილი უპირატესობა, გარდა:

- ა) გვაძლევს ავადმყოფის ადრეული აქტივიზაციის საშუალებას.
- ბ) ფრაგმენტების მყარი ფიქსაცია;
- გ) იძლევა ფიქსატორის სწორად შეყვანის საშუალებას;
- დ) გვაძლევს ფრაგმენტების მუსკი დაპირისპირების საშუალებას;
- *ე) ნაკლებად ტრავმულია;

434. ღიდი და მცირე ციბრუტის მოგებილობები შესაძლებელია:

- *ა) მენ-ბარძაყის სახსარზე დაფარდნით.
- ბ) მენჯიზე მეწოლით გვერდებიდან;
- გ) მენჯის გაჭყლეკვით წინა-უკანა მიმართულებით;
- დ) ღუნდულობის მიდამოზე დაფარდნით;
- ე) ფეხებზე დაფარდნით;

435. ღიდი და მცირე ციბრუტის მოგებილობების დამახასიათებელი ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პალპაციით ნაგებების კრეპიტაცია.
- ბ) ჰემატომა მენჯ-ბარძაყის სახსრის არეში;
- *გ) ტკივილი გაფა-ითემოს შესახსრებაში;
- დ) ტკივილი სამარდულის ნაკეცში და ბარძაყის შიგნითა მეღაპირზე;
- ე) ტკივილი მენჯ-ბარძაყის სახსარში, რომელიც პალპაციით ძიერდება;

436. ღიდი და მცირე ციბრუტის მოგებილობის კონსერვატული მკურნალობა ხორციელდება ყველა ჩამოთვლილი საშუალებით, გარდა:

- *ა) ლეტაციური ნახვევის დადება.
- ბ) თაბაშირი ნახვევის დადება;
- გ) ფეხის განზიდვა შუა ხაზიდან 10-12 გრადუსით მუხლის სახსრის ქვეშ მორგვის ამოღებით;
- დ) 20-25 დღით ფეხის მოთავსება არტაშანზე მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსარში 90 გრადუსით მოხრით მდგომარეობაში, კიღურის გარეთა როგაციაში;
- ე) მოგებილობის არეში ნოვოკაინის 2%-იანი სხნარის შეყვანით და ფეხის განზიდვით სიბრტყეზე 10 გრადუსით;

437. ღიდი და მცირე ციბრუტის მოგებილობის ოპერაციული მკურნალობის დროს ფრაგმენტების ფიქსაცია შეიძლება განხორციელდეს

ყველა ჩამოთვლილი საშუალებით, გარდა:

- ა) საკერი მასალა;
- ბ) ძელის შტიფტები;
- გ) ლითონის შტიფტები და ხრახნები;
- დ) ჩხირები საბჯენი მოედნებით;
- *ე) კომპრესიული დისკრაქციული და ლეროვანი აპარატების;

438. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს ჩირქოვანი გართულებების განვითარებას ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილი მიზეზი, გარდა:

- *ა) ლაგვიანებული იმობილიზაცია.
- ბ) ჭრილობის მოგვიანებითი არარაღიკალური ქირურგიული დამუშავება;
- გ) ჭრილობის არხის გარშემო პირველადი ნეკროზის ვრცელი ზონებით არსებობა;
- დ) ჭრილობის მეორადი დაბინძურება;
- ე) ჭრილობის პირველადი მიკრობული დაბინძურება;

439. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ცეცხლნასროლი ჭრილობის კარგ გამოსავალს ხელს უწყობს ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, განხორციელებული:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი სწორია.
- ბ) პირველადი ქირურგიული დამუშავება პირველ 12-24 საათში;
- გ) პირველადი ქირურგიული დამუშავება პირველ 6-12 საათში;
- დ) მეორადი ნაკერის დაღებით და ჭრილობის დრენირებით;
- *ე) ჭრილობის მდებრიდან პირველ 6 საათში პირველადი ნაკერის დაღებით და ჭრილობის დრენირებით;

440. სამხედროსაკვლე პირობებში მენჯ-ბარძაყის სახსრის ცეცხლ-ნასროლი ჭრილობის დროს პირველი სამედიცინო დახმარება შეიცავს ყველა ჩამოთვლილ ღონისძიებას, გარდა:

- ა) ევაკუაცია საეციალიზებულ განყოფილებაში.
- *ბ) ილიზაროვის აპარატის დაღება;
- გ) საიმობილიზაციო არგაშნის დაღება;
- დ) გარეგანი სისხლდენის შეჩერება;
- ე) ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატის, ანატოქსინის და ანტიბიოტიკების შეყვანა;

441. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს დაზარალებულის გააქტიურება შესაძლებელია ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიების შესრულებით, გარდა:

- *ა) ბარძაყის რომეებიდან ჩონჩხური დაჭიმვა.
- ბ) თპერაციული მკურნალობა (ოსტეოსინთეზი);
- გ) თაბაშირის ნახვევის დაღება მენჯის სარტყელით;
- დ) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება და ფრაგმენტების ფიქსაცია;
- ე) გაუტკივარებების საშუალებების შეყვანის შემდეგ;

442. ბარძაყის დაზიანება მაგრაგმირებელი ძალის მოქმედებით შესაძლებელია დაფარდნით:

- ა) გაჭიმულ კიდეებზე.
- *ბ) ბარძაყის მიდამოზე;
- გ) თეძოს ძელის ფრთაზე;
- დ) გავის და ლუნჯულოს მიდამოზე;
- ე) ბურგზე;

443. პროქსიმალური ფრაგმენტის მაქსიმალური განზიდვა და მოხრა აღინიშნება ბარძაყის მოგეხილობისას შემდეგ მიდამოში:

- ა) ღიაფიზის შუა და ქვედა მესამედში.
- ბ) როკზედა მიდამოში;
- გ) ღიაფიზის ქვედა მესამედში;
- დ) ღიაფიზის შუა მესამედში;
- *ე) ღიაფიზის ზედა მესამედში;

444. ბარძაყის ზედა და შუა მესამედში მოგეხილობის დროს პროქსიმალური ფრაგმენტი შემდეგ მდგომარეობაშია:

- ა) განზიდვის, გაშლის და შიგნითა როტაციის.
- ბ) განზიდვის, მოხრის და შიგნითა როტაციის;
- გ) მოზიდვის, მოხრის და გარეთა როტაციის;
- *დ) განზიდვის, მოხრის და გარეთა როტაციისაში;
- ე) მოზიდვის, მოხრის და შიგნითა როტაციის;

445. ბარძაყის სისხლისძარღვების გაჭყლეტვა უხშირესად გვხვდება ბარძაყის ძელის დახურული მოგეხილობის დროს შემდეგ მიდამოში:

- *ა) როკზედა მიდამოში.
- ბ) ქვედა მესამედში;
- გ) შუა მესამედში;
- დ) ღიაფიზის ზედა მესამედში;
- ე) ბარძაყის პროქსიმალური ნაწილში;

446. ინგრაძელური ოსტეოსინთეზი შეიძლება ჩავთვალოთ ყველა გართულების მიზეზად, გარდა:

*ა) მუხლის სახსრის მალეფორმებული ართროზი.

ბ) ღაჩირქება;

გ) ყალბი სახსარი;

დ) ცხიმოვანი ემბოლია;

ე) შოკი და სისხლის ღანაკარგი;

447. ბარძაყის ღიაფიმის მოგებილობის ოპერაციული მკურნალობა ოპტიმალური ვალებია, გრავმიდან:

ა) 15 დღე-ღამის შემდეგ.

ბ) 7-15 დღე-ღამე;

*გ) 2-5 დღე-ღამე;

დ) 1-2 დღე-ღამე;

ე) 1 დღე-ღამე;

448. ბარძაყის დისკალური ბოლოს გრავმული ეპიფიბიოლიზის უხშირეს გართულებებს მიეკუთვნება:

ა) ცხიმოვანი ემბოლია.

ბ) ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის ღამიანება;

გ) დახურული რეპოზიციის შეუძლებლობა;

*დ) ძვლის ზრდის დარღვევა;

ე) კილურის მაგისგრაული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (თრომბოზი);

449. ბარძაყის როკმელა მოგებილობის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებას წარმოადგენს:

ა) არასწორად შეხორცებული მოგებილობები.

ბ) რბილი ქსოვილების ინტერპოზიცია;

*გ) ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის ღამიანება და მოჭყლეტვა;

დ) სასახსრე მედაპირების კონგრუენტობის დარღვევა;

ე) კონსერვატული მეთოდებით ჩაუსწორებელი ფრაგმენტების არსებობა;

450. ბარძაყის ცეცხლნასროლი მოგებილობის მკურნალობა ჰოსპიტალურ ეტაპზე შეიცავს:

ა) ანტიბიოტიკების შეყვანა, ირგვლივი ჩხვლეტით, ნოვოკაინის ბლოკადა, სეგმენტის იმობილიზაცია.

ბ) ქირურგიული ღამმუშავება, ვაკუუმირება და თაბაშირის ნახვევისა დაღება;

გ) ქირურგიული ღამმუშავება, პასიური დრენირება, კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზი;

*დ) ქირურგიული ღამმუშავება, აქტიური დრენირება, ფრაგმენტების გარეგანი ფიქსაცია;

ე) ქირურგიული ღამმუშავება და ინგრამელულური ოსტეოსინთეზი;

451. ბარძაყის მოგებილობის სარეაბილიტაციო პერიოდის გართულებებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა:

*ა) ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონისა მოჭყლეტვა.

ბ) ოსტეომიელიტი;

გ) კონტრაქტურები;

დ) კულურის დეფორმაცია და ღამოკლება;

ე) შეუხორცებელი მოგებილობა;

452. ბარძაყის ცეცხლ-ნასროლი ღამიანებების მკურნალობას სამხედრო-საველე პირობებში იწყებენ ყველა ღონისძიებებით, გარდა:

ა) გრანსპორტირება სპეციალიზებულ ჰოსპიტალში.

*ბ) კომპრესიულ-დისგრაქციული აპარატის დააღება;

გ) კილურის იმობილიზაცია;

დ) სარეაბილიტაციო ღონისძიებები;

ე) გარეგანი სისხლდენის შეჩერება;

453. წვევის ღიდი ძვლის შიგნითა როკის ღამიანებას, წარმოქმნილ უზომო ადლექციით, თან ახლავს:

ა) გვერდითი და ჯვარედინა იოგების და მენისკის ღამიანება.

*ბ) მცირე, წვივის გარეთა იოგის, წინა ჯვარედინა იოგის და მეღიალური მენისკის ღამიანება;

გ) გვერდითი და ჯვარედინა იოგების ღამიანება;

დ) კვარედინა იოგების ღამიანება;

ე) მუხლის სახსრის გვერდითი იოგების ღამიანება;

454. წვივის ღიდი ძვლის გარეთა როკის ღამიანებას, გამოწვეულს მეტისმეტი აბლექციით, თან ახლავს ღამიანება:

ა) მენისკების.

*ბ) შიგნითა გვერდითი იოგის, წინა ჯვარედინა იოგის და გარეთა მენისკის;

გ) გვერდითი და ჯვარედინა იოგების;

დ) გვერდითი იოგების;

455. წვივის ღიდი ძვლის როკების შეუცილებელი მოგებილობების მკურნალობა ხორციელდება თაბაშირის ღონგეგურ-ცირკულარული ნახვევით (მუხლის სახსარში მოხრის კუთხე 90 გრადუსით) ვადით:

ა) 5 თვე.

ბ) 4 თვე;

გ) 3 თვე;

*დ) 2 თვე;

ე) 1 თვე;

456. დიდი წვივის ძვლის როკთა შუა შემადლების მოგეხილობებს თან ახლავს გაგლეჯა:

- * ა) წინა ლეარელინა იოგის;
- ბ) უკანა კვარელინა იოგის;
- გ) გვერდითი და ჯვარელინა იოგების;
- დ) მუხლის სახსრის გარეთა გვერდითი იოგის;
- ე) მუხლის სახსრის შიგნითა გვერდითი იოგის;

457. დიდი წვივის ძვლის როკის კომპრესიული მოგეხილობის დროს ფრაგმენტების შეცილებით უპირატესობა ენიჭება:

- ა) ულტრაბგერითი შეღებვა;
- ბ) ჩონჩხური დაჭიმვა გოჭებზე და მიდამოდან ან ქუსლის ძვლიდან;
- გ) დიდი წვივის ძვლის როკების მოგეხილობების ხელით ჩასწორება;
- დ) დიდი წვივის მოგეხილობების დახურული კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი;
- * ე) ართროტომია, დაზიანებული მენისკების მოცილება, დამჯდარი როკების ამოწვევა, ლითონო-ოსტეოსინთეზი;

458. წვივის დიდი ძვლის როკების კომპრესიული მოგეხილობის ოსტეოსინთეზის შემდეგ ფეხის დატვირთვა ნებადართულია არაუადრეს:

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

459. მუხლის სახსრის ცენტრალური ჭრილობებით დაზარალებულთათვის კვალიფიციური დაზარალების აღმოჩენის დროს საჭიროა:

- ა) ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება;
- ბ) პირველადი ქირურგიული დამუშავება ულტრაბგერის გამოყენებით, მუხლის სახსრის ღრუს უხვი გამოორეცხვით 1:1000 ქლორჰექსიდინის ხსნარის ასპირაციით, ვაკუუმის გამოყენება;
- * გ) ვაწარმოთ ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, მისი ღრუს აქტიური დრენირება, ინტენსიური ინფუზიური თერაპიით, მოქმედების ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით;
- დ) მუხლის სახსრის ჭრილობის ნაადრევი ქირურგიული დამუშავება ნაადრევი ოსტეოსინთეზი ინტენსიური ინფუზიური თერაპიის გარეშე;
- ე) არ უნდა ვიჩქაროთ პირველადი ქირურგიული დამუშავება;

460. წვივის ძვლების ირიბი (სპირალური) მოგეხილობებისათვის ტიპური შეცილებებია:

- ა) ამ ვარიანტებიდან შესაძლოა იყოს ყველა;
- ბ) წვივის დიდი ძვლის ცენტრალური ნაგეხი შეცილებულია სიგრძეში, გარეთკენ პერიფერიული ნაგეხი შეცილებულია შიგნითკენ;
- გ) წვივის დიდი ძვლის ცენტრალური ფრაგმენტი შეცილებულია სიგრძეზე და სიგანეში როტირებულია შიგნითკენ პერიფერიული ნაგეხი შეცილებულია წინისაკენ და როტირებულ შიგნითკენ;
- * დ) წვივის დიდი ძვლის ცენტრალური ფრაგმენტი, შეცილებული სიგრძეში, მდებარეობს შიგნითკენ და წინისაკენ, პერიფერიული ფრაგმენტი შეცილებულია უკანისაკენ და როტირებულია გარეთკენ.

461. წვივის ძვლების შეცილებული მოგეხილობების კონსერვატული მკურნალობის დროს ჩონჩხური დაჭიმვა კეთდება:

- ა) სწორია პასუხი არ არის.
- * ბ) ქუსლის ძვლიდან და გოჯმედა მიდამოდან
- გ) კოჭის ძვლიდან;
- დ) გოჯმედა მიდამოდან;
- ე) ქუსლის ძვლიდან;

462. წვივის ძვლების სპირალური შეცილებული მოგეხილობის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდებია:

- * ა) ოპერაცია - ოსტეოსინთეზი.
- ბ) კომპრესიულ-დისტრაქციური მეთოდი;
- გ) ჩონჩხური დაჭიმვა + თაბაშირის ნახვევი;
- დ) თაბაშირის ნახვევი;

463. წვივის ძვლების ღია შეცილებული მოგეხილობის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- * ა) ოსტეოსინთეზი, თუ გვაქვს მაგნიალურ-გექნიკური ბაზა, მომზადებული კადრები; ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავების შემდეგ კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატის დადება;
- ბ) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავების შემდეგ კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატის დადება;
- გ) ოსტეოსინთეზი, თუ გვაქვს მაგნიალურ-გექნიკური ბაზა, მომზადებული კადრები;
- დ) პირველადი ქირურგიული დამუშავება, ჩონჩხური დაჭიმვა;
- ე) პირველადი ქირურგიული დამუშავება, მოგეხილობის რეპოზიცია, თაბაშირის გასაჭრელი სახვევის დადება ბარძაყის ზემო მესამედიდან ტერფის თითების დაბოლოებამდე;

464. ძვლების ღია მოგეხილობისას ზონაში რბილი ქსოვილების მასიური დაზიანებით, ოპტიმალურია:

- * ა) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, რეპოზიცია, დემპფერული ჩონჩხური დაჭიმვა; ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ჩხიროვანი აპარატის მოდულის გაკეთება;
- ბ) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ჩხიროვანი აპარატის მოდულის გაკეთება;
- გ) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, რეპოზიცია, დემპფერული ჩონჩხური დაჭიმვა;
- დ) ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, რეპოზიცია გასაჭრელი თაბაშირის ნახვევი;

465. წვივის ძვლების არასწორად შეხორცებული მოგეხილობის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) მცირე წვივის ძვლის ოსტეოტომია, წვივის დიდი ძვლის საკორექციო ოსტეოტომია კომპრესიულ-დისტრაქციულ აპარატის დადებით.
- ბ) მცირე წვივის ძვლის ოსტეოტომია, თაბაშირის ნახვევი;
- *გ) მცირე წვივის ძვლის კვეთა, წვივის დიდი ძვლის საკორექციო ოსტეოტომია, სწორ მდგომარეობაში ოსტეოსინთეზით;
- დ) ჩონჩხური დაჭიმვა;
- ე) განმეორებითი რეპოზიცია, თაბაშირის ნახვევი;

466. ყალბი სახსრის მკურნალობის მეთოდებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) "შემოკლითი" პოლისინოსტომის ოპერაცია.
- ბ) ყალბი სახსრის ან ლეფექტის პლასტიკა ძვლის გრანსპლანტაგით სისხლძარღვოვან ფეხზე კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატის გამოყენებით;
- გ) საკორექციო ოსტეოტომია დაცურებული გრანსპლანტაგის ფორმირებით ყალბი სახსრის თანდათანობითი გადახურვით ილიზაროვის აპარატის დახმარებით;
- დ) ძვალ-პლასტიკური ოპერაციები ხახუტოვ-ოლბის მიხედვით;
- ე) ბეკის ოპერაცია, ყალბი სახსრის ბოლოების რემექცია;

467. წვივის ძვლების ოსტეომიელიტის მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) ფართო მოქმედების სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება (აღვილობრივად, ინტრავენურად, ინტრაარტერიულად).
- *ბ) ყრუ ნაკერის დაღება;
- გ) ქლორპეჟსილინის 1:1000 ალგილობრივი გამოყენება;
- დ) ნიკალური გამორეცხვა და ხანგრძლივი დრენირება;
- ე) სექვესტროტომია, მიკროცირკულაციის სისტემის გამორეცხვა, ჭრილობაზე ულტრაბგერითი ზემოქმედება;

468. წვივის ძვლების მოგეხილობის დროს შრომისუნარიანობის აღდგენის საშუალო ვადებია:

- ა) 6-8 თვე.
- *ბ) 5-6 თვე;
- გ) 4-5 თვე;
- დ) 3-4 თვე;
- ე) 2-3 თვე;

469. აქილევის მყესის ახალი დაზიანებების მკურნალობა შეიცავს:

- *ა) გაკერვის ღია წესი "ბოლო-ბოლოს" ან აქილიაპლასტიკა ვ.ა. ჩერნავსკის მეთოდით; მყესის დახურული გაკერვა;
- ბ) მყესის დახურული გაკერვა;
- გ) გერფის აპონევროზით პლასტიკა;
- დ) გაკერვის ღია წესი "ბოლო-ბოლოს" ან აქილიაპლასტიკა ვ.ა. ჩერნავსკის მეთოდით;
- ე) თაბაშირის ნახვევი გერფის მაქსიმალურად მოხრის მდგომარეობაში 5 კვირამდე ვადით;

470. აქილევის მყესის ხანდაზმული დაზიანებების დროს მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) აქისის მყესის პლასტიკა გერფის აპონევროზით.
- ბ) ლეფექტის პლასტიკა ლავსანის ლენგით, რომელიც ჩაეკერება აქილევის მყესის დაცილებულ ბოლოებში;
- გ) ლეფექტის პლასტიკა ბარძაყის განიერი ფასციით;
- *დ) ღია წესი - აქილიაპლასტიკა ვ.ა. ჩერნავსკის მეთოდით;
- ე) ღია წესი - გაკერვა "ბოლო-ბოლოში" ან "ბოლო-გვერდში";

471. სიმპტომი, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ მუხლის სახსარში სითხის თვით უმცირესი რაოდენობა 4-დან 8-მლ-ის ლიტრამდე:

- *ა) გამობერვის სიმპტომი.
- ბ) წინა და უკანა "უჯრის" სიმპტომი;
- გ) უკანა "უჯრის" სიმპტომი;
- დ) წინა "უჯრის" სიმპტომი;
- ე) კვირისგავის "ტიეტივის" სიმპტომი;

472. "გამობერვის" სიმპტომია:

- *ა) სითხის გამოლევა გარეთა მხრიდან და მუხლის სახსრის პერკუსია შიგნითა მხრიდან.
- ბ) მუხლის სახსრის პერკუსია და აუსკულტაცია;
- გ) მუხლის სახსრის აუსკულტაცია;
- დ) პერკუსია მუხლის სახსრის შიგნითა მხარეზე;
- ე) მუხლის სახსრის გარეთ სითხის გამოლევა;

473. კვირისგავის "ტიეტივის" სიმპტომი მდგომარეობს:

- ა) კვირისგავის პერკუსია.
- *ბ) ცალი ხელით კვირისგავსმედა ჯიბეზე მოჭერა, ხოლო თითების ბოლოებით დაწოლა კვირისგავზე წინა-უკანა მიმართულებით;
- გ) თითების ბოლოებით დაჭერა კვირისგავზე წინა-უკანა მიმართულებით;
- დ) მარცხენა ხელით კვირისგავს მედა ჯიბის მოჭერაში;
- ე) მუხლის სახსრის მოჭერაში;

474. ქვედა კიდეურის შუა ხაზიდან წვივის გადასრით ფრონტალურ სივარტეში 0 გრადუსიდან 3 გრადუსამდე, შეიძლება დაფასდეს:

- ა) ჯვარედინი იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯა.

- ბ) გვერდითი და ჯვარედინა იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯა;
- გ) გვერდითი იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯა;
- დ) ჯვარედინა იოგები შენარჩუნებულია;
- *ე) მუხლის გვერდითი იოგები მთელია;

475. წვივის გადახრისას ფრონტალური სივაკეში შუა ხაზიდან შიგნითკენ 3-5 გრადუსით ისმება ღიაგნობი:

- ა) ჯვარედინა იოგის ნაწილობრივი გაგლეჯა.
- ბ) მუხლის სახსრის გარეთ გვერდითი იოგის სრული გაგლეჯა;
- *გ) მუხლის სახსრის გარეთა გვერდითი იოგის ნაწილობრივი დაზიანება;
- დ) მუხლის სახსრის შიგნითა იოგის ნაწილობრივი დაზიანება;
- ე) მუხლის სახსრის შიგნითა გვერდითი იოგის სრულ გაგლეჯა;

476. წვივის გადახრა შუა ხაზიდან ფრონტალური სივაკეში 5 გრადუსიდან 10 გრადუსამდე შიგნით და გარეთ მიუთითებს:

- ა) გვერდითი და ჯვარედინა იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯაზე.
- ბ) ჯვარედინა იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯაზე;
- გ) ჯვარედინა იოგების სრულ გაგლეჯაზე;
- დ) გვერდითი იოგების ნაწილობრივი გაგლეჯაზე;
- *ე) გვერდითი იოგების სრულ გაგლეჯაზე;

477. წვივის გადახრა ქველა კიდეურის შუა ხაზიდან ფრონტალურ სივაკეში 3 გრადუსიდან 5 გრადუსამდე გარეთკენ მიუთითებს:

- ა) მენისკების და მუხლის სახსრის ყველა იოგის დაზიანებაზე.
- ბ) გარეთა გვერდითი იოგის ნაწილობრივი გაგლეჯაზე;
- გ) გარეთა გვერდითი იოგის სრულ გაგლეჯაზე;
- *დ) შიგნითა გვერდითი იოგის ნაწილობრივი გაგლეჯაზე;
- ე) შიგნითა გვერდითი იოგის სრულ გაგლეჯაზე;

478. მენისკექტომიის შემდეგ მთლიანად მოცილებული მენისკის რეგენერაციის წყარო შეიძლება იყოს:

- ა) სინოვიური სითხე.
- *ბ) პარაკაფსულარული ზონა და მენისკის 1-2 მმ სიგანის არშია დატოვებული მენისკოექტომიის დროს.
- გ) მუხლის სახსრის კაფსულა;
- დ) ხრტილის ნარჩენები;
- ე) მუხლის სახსარში შეღებული სისხლი;

479. კოჭ-წვივის ჰემარტროზის წამყვან სემპტომს წარმოადგენს:

- ა) წვივის შორის სინდესმომის გაგლეჯა.
- *ბ) სახსარის ღრუში სისხლის დაგროვება;
- გ) კიდეურის ფუნქციის დარღვევა;
- დ) ტკივილი;
- ე) სისხლნაქლენი;

480. გოჯების ჩასწორების შემდეგ მათი ფიქსაციისათვის ნაჩვენებია:

- ა) "V"-მაგვარი ნახვევი გერფის დარის გარეშე.
- ბ) "V"-მაგვარი თაბაშირის ნახვევი გერფის ჩართვით;
- *გ) გაჭრილი ცირკულარული თაბაშირის ნახვევი "ჩექმა";
- დ) ცირკულარული თაბაშირის ნახვევი ბამბის საფენით;
- ე) ცირკულარული უსარჩულო თაბაშირის ნახვევი;

481. კოჭ-წვივის სახსრის მოგეხილობა-ამოვარდნილობის დროს ჩასწორებისა და დამაფიქსირებელი თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ ფეხში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა შესაძლებელია ყველა ჩამოთვლილი მიზეზით, გარდა:

- *ა) გარეგანი ფიქსაციის აპარატის დადება.
- ბ) თაბაშირის ნახვევის ცუდი მოღველირება;
- გ) ცირკულარული თაბაშირის ნახვევი;
- დ) თაბაშირის ნახვევის შეწოლა;
- ე) მრავლჯერი რეპოზიცია;

482. დელგისებური იოგის გაგლეჯას უხშირესად თან ახლავს:

- ა) ამოვარდნილობა შოპორგის სახსარში.
- ბ) გარმალური ძელების მოგეხილობა;
- გ) კოჭის და ქუსლის ძელების მოგეხილობა;
- დ) წვივ-კოჭის სახსრის გარეთა იოგების გაგლეჯა;
- *ე) წვივის შორის სინდესმომის გაგლეჯა;

483. კოჭ-წვივის სახსრის პრონაციული სამგოჯოვანი მოგეხილობა-ამოვარდნილობის თაბაშირის ნახვევით მკურნალობისას, იმობილიზაციის ვადებია:

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

484. კოჭ-წვივის სახსრის პრონაციული სამგოჯოვანი მოგეხილობის დროს ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ იმობილიზაციის ვადებია:

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

485. კოჭ-წვივის სახსრის მოგეხილობა-ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობა აჩქარებს შეხორცების ვადებს:

- *ა) არ აჩქარებს.
- ბ) 28 დღით;
- გ) 21 დღით;
- დ) 14 დღით;
- ე) 10 დღით;

486. კოჭ-წვივის სახსრის ცეცხლასროლი ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავება თანამედროვე ეტაპზე გულისხმობს:

- *ა) ჭრილობის არხის ამოკვეთა, გაკვეთა, მისი ულტრაბგერითი დამუშავება, ძვალშიდა გამორეცხვა ანტიბიოტიკებით, აქტიური ღრეზირება, საიმობილიზაციო ნახვევის ან მოლულის დადება.
- ბ) ჭრილობის ღრეზირება;
- გ) ვაკუუმის გამოიყენება;
- დ) ჭრილობის ძვალშიდა გამორეცხვა ანტიბიოტიკებით;
- ე) გაკვეთა, ამოკვეთა და ქსოვილთა მთლიანობის აღდგენა;

487. კოჭ-წვივის სახსრის პრონაციული სამგოჯოვანი მოგეხილობა-ამოვარდნილობის დროს შრომისუნარიანობის აღდგენის ვადებია:

- *ა) 4-6 თვე.
- ბ) 4 თვე;
- გ) 3 თვე;
- დ) 2 თვე;
- ე) 1 თვე;

488. კოჭ-წვივის სახსარში სამგოჯოვანი სუპინაციური მოგეხილობა-ამოვარდნილობის დროს შრომისუნარიანობის აღდგენის ვადებია:

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

489. გერფის რბილი ქსოვილების დაქეცილობისას მკურნალობა შეიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) სამკურნალო ფიზკულტურა.
- ბ) ფიზიოპროცედურები;
- გ) დამწოლი ნახვევის დადება;
- დ) მწვავე პერიოდში სიცივის გამოყენება;
- *ე) რენტგენოთერაპიის (მცირე დოზებში) გამოყენება;

490. კოჭის ყელის ძვლის მოგეხილობის ნიშნებია:

- ა) კოჭ-წვივის სახსარში მოძრაობები ნორმალური მოცულობა.
- ბ) გერფის ალღუქციის და აბღუქციის მკვეთრი შემცირება;
- გ) კოჭ-წვივის სახსარში გერფის გერფგულისკენ მოხრის და ზურგისკენ გაშლის შეზღუდვა;
- *დ) მწვავე ტკივილი აქილეუსის მყესის არეში, ტკივილის გაძლიერება გერფის ზურგისკენ მოხრისას, ქუსლის არეში დარტყმა აძლიერებს ტკივილს მოგეხილობის არეში, გერფის I თითი გერფ-გულისკენ მოხრით მდგომარეობაშია; კოჭ-ქუსლის სახსარში მოძრაობის მომატება;

491. კოჭის ძვლის უკანა მორჩის მოგეხილობის დროს თაბაშირიის ნახვევი ედება გერფის ზურგისკენ ოღნაგ მოხრით მდგომარეობაში:

- ა) 12-14 კვირით.
- ბ) 10-12 კვირით;
- გ) 8-10 კვირით;
- დ) 6-8 კვირით;
- *ე) 3-4 კვირით;

492. კოჭის ძვლის ყელის შეუცილებელი მოგეხილობის დროს ფეხზე დაყრდნობის ნება ეძლევათ ვადებში:

- *ა) 10-12 კვირა.
- ბ) 4 თვე;
- გ) 3 თვე;
- დ) 2 თვე;
- ე) 1 თვე;

493. კოჭის ძვლის შეცილებული მოგეხილობის კონსერვატიულად მკურნალობის შემდეგ შრომისუნარიანობის აღდგენის ვადებია:

- ა) 5 თვე.
- *ბ) 4 თვე;

- გ) 3 თვე;
- დ) 2 თვე;
- ე) 1 თვე;

494. კოჭის ძელის ყელის ძველი ჩაუსწორებელი მრავალფრაგმენტული მოგეხილობების დროს, აუცილებელია:

- ა) ასტრაგალექტომია.
- *ბ) კოჭ-წვივის და კოჭქველა სახსრების ართროდეზი;
- გ) ოსთეოსინთეზი ჩხირებით
- დ) ოსთეოსინთეზი ხრახნებით;

495. კოჭის ძელის სხეულის კომპრესიული მოგეხილობების დროს თაბაშირის ნახვევით იმობილიზაციის საშუალო ვადებია:

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

496. კოჭის ძელის ასეპტიური ნეროზის, კოჭ-წვივისა და კოჭქველა სახსრების მალეფორმებული ოსტეოართროზის დროს ნაჩვენებია:

- *ა) კოჭ-წვივის და კოჭქველა სახსრების ართროდეზი
- ბ) ასტრაგალექტომია;
- გ) ოსთეოსინთეზი მავთულით;
- დ) ოსთეოსინთეზი ჩხირებით
- ე) ოსტეოსინთეზი ხრახნებით;

497. კოჭ-ქუსლის კუთხე ნორმაში შეადგენს:

- ა) 40-60.
- ბ) 20-50 გრადუსი;
- *გ) 20-40 გრადუსი;
- დ) 20-30 გრადუსი;
- ე) 10-20 გრადუსი;

498. ქუსლის ძელის მოგეხილობის ნიშნებია:

- ა) ტკივილი ქუსლის ძელის არეში, კოჭ-წვივის სახსარში ლეფორმაციის არ არსებობა.
- ბ) კოჭ-წვივის სახსრის ჰემართროზი, გერფის შიგნითა თაღის გაბრტყელება;
- გ) კოჭ-წვივის სახსრის ლეფორმაცია და შიგნითა გოჯის შეცილება ზემოთკენ;
- *დ) ტკივილი ქუსლის ძელის არეში, გერფის თაღის გაბრტყელება კოჭ-წვივის სახსრის ლეფორმაცია, გოჯების მწვერვალის დაშვება ქუსლის ძელის მოგეხილობის მხარეს;

499. ქუსლის ძელის კომპრესიული მოგეხილობების დროს იმობილიზაციის საშუალო ვადებია:

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

500. ნავისებური, კუბისებური და სოლისებური ძვლების მოგეხილობების დროს ფრაგმენტების შეცილების გარეშე შემდეგ გერფის თაღის კარგად მოდელირების მდგომარეობაში, თაბაშირის "ჩექმის" დაალების შემდეგ იმობილიზაციის ვადებია:

- *ა) 6-8.
- ბ) 4-6 კვირა;
- გ) 3 კვირა;
- დ) 2 კვირა;
- ე) 1 კვირა;

501. ნავისებური, კუბური და სოლისებური ძვლების მოგეხილობის დროს ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ თაბაშირით იმობილიზაციის საშუალო ვადებია:

- *ა) 10-12 კვირა.
- ბ) 8-10 კვირა;
- გ) 6-9 კვირა;
- დ) 4-6 კვირა;
- ე) 4 კვირა;

502. ნავისებური ძელის ბორცვის აგლეჯისას, რომელსაც უმაგრდება წვივის დიდი ძელის უკანა კუნთის მყესი, თაბაშირის ნახვევი იღება ვადით:

- ა) 6-8 კვირა.
- *ბ) 6 კვირა;
- გ) 5 კვირა;
- დ) 4 კვირა;
- ე) 3 კვირა;

503. კუბური და სოლისებური ძვლების მოგეხილობების დროს თაბაშირით იმობილიზაციის ვადებია:

- ა) 9-10.
- ბ) 6-8 კვირა;
- *გ) 4-6 კვირა;
- დ) 4 კვირა;
- ე) 3 კვირა;

504. მეტატარზალური ძვლების მოგეხილობის დროს შეცილების ჩასწორების შემდეგ, თაბაშირით იმობილიზაციის საშუალო ვადებია:

- *ა) 6-8 კვირა.
- ბ) 6 კვირა;
- გ) 5 კვირა;
- დ) 4 კვირა;
- ე) 3 კვირა;

505. ჩონჩხოვანი დაჭიმვას გერფის თითების მოგეხილობების დროს ხსნიან:

- ა) 5 კვირს შემდეგ.
- ბ) 4 კვირს შემდეგ;
- *გ) 3 კვირს შემდეგ;
- დ) 2 კვირს შემდეგ;
- ე) 1 კვირის შემდეგ;

506. 3 ხარისხის ღია მოგეხილობის დროს ღია მოგეხილობების კლასიფიკაციის თანახმად (ა. ვ. კაპლანი და ო.ნ. მარკოვა), ჭრილობის ხასიათი და ზომები იქნება:

- ა) ლაფლეთილი, დაჩეხილი ჭრილობა 2-დან 9 სმ.
- ბ) ლაქეილი, ზომით 1,5-2 სმ-დე;
- *გ) ლაფლეთილი და დაჩეხილი, ზომით 10 სმ მეტი;
- დ) ლაქეილი, ზომით 2-დან 9 სმ;
- ე) ნაჩხვლეტი, ზომით 1-დან 2 სმ;

507. მიკრობული ფლორის გენერალიზაცია ხდება, თუ ღია მოგეხილობის ჭრილობის 1 გ ქსოვილზე მიკრობული სხეულების რაოდენობა აღწევს:

- ა) 1000000 მიკრობები.
- *ბ) 100000 მიკრობები;
- გ) 10000 მიკრობები;
- დ) 1000 მიკრობები;
- ე) 100 მიკრობები;

508. ღია მოგეხილობის მკურნალობის სავალდებულო ელემენტებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ძვლის ფრაგმენტების მყარი ოსთეოსინთეზი.
- ბ) გულმოდგინე ჰემოსტაზი, კუნთების ფასციური ბუდეების გაკვეთა;
- გ) ჭრილობაში მიკრობების რაოდენობის რამდენიმე რიგით, სისხლის კოაგულების და უცხო სხეულების შემცირება;
- დ) ყველა არასიცოცხლისუნარიანი და გრაფირებული ქსოვილის რადიკალური ამოკვეთა;
- *ე) ღია მოგეხილობის მიდამოდან მიკრობული სხეულების მთლიანი მოცილება;

509. მძიმე დაზიანებათა ჯგუფს მიეკუთვნებიან:

- *ა) სახსარშია მრავალფრაგმენტოვანი მოგეხილობები.
- ბ) სახსრების ბრმა შემავალი ჭრილობა;
- გ) ეპიფიზების შემოსაღვრელი დაზიანება;
- დ) სახსრის გამჭოლი ჭრილობა ეპიფიზების უმნიშვნელო დაზიანებით;
- ე) სახსრის კაფსულის იზოლირებული ჭრილობები;

510. მსხვილი სახსრების შემავალი ჭრილობებისათვის დამახასიათებელი არაა:

- ა) ჩირქოვანი ართრიტი.
- ბ) ჰემორაგიული სინოვიტი;
- გ) სეროზული სინოვიტი;
- დ) ჰემართროზი;
- *ე) ტრავმული შოკი;

511. მსხვილი სახსრების ცეცხლნასროლი ჭრილობების დროს პრაქტიკულად არ გვხვდება ისეთი გართულება, როგორცაა:

- ა) მოძრაობა შეზღუდვა, ანკილოზი.
- *ბ) დაზიანებული ეპიფიზის ყაბლი სახსარი;
- გ) სეფსისი;
- დ) ჩიქროვანი ართრიტი;
- ე) ანაერობული ინფექცია;

512. სახსრის ღია დაზიანების უფრო მეტად უტყუარი სიმპტომია:

- ა) სახსრის ფუნქციის მკვეთრი შეზღუდვა მის პროექციაზე ჭრილობის არსებობით.

ბ) სახსრში ნაგებების კრეპიტაცია, ამ პროექციაზე რბილი ქსოვილების ჭრილობით;

*გ) ჭრილობიდან სინოვიალური სითხის გამოდინება;

დ) სახსრის არეში უხვად სისხლმდენი ჭრილობა;

ე) სახსრის პროექციაზე ღრმა ჭრილობის არსებობა;

513. მსხვილი სახსრების ღია დაზიანებების დროს შეიძლება განვითარდეს ყველა ჩამოთვლილი გართულება, გარდა:

ა) ჰაეროვანი ემბოლია.

*ბ) გაძნელებული მოძრაობა, მოხრითი ან გაშლითი კონტრაქტურები;

გ) ფიბროზული ან ძელოვანი ანკილოზი;

დ) სეფსისი;

ე) ჩირქოვანი ართრიტი;

514. ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავების ძირითადი მიზანია:

ა) ჭრილობისათვის სწორი ფორმის მიცემა ადგილობრივი ქსოვილებით მისი დაზურვის მიზნით.

ბ) ჭრილობის ნაპირების განახლება კოლაგენის და უცხო სხეულების მოცილებას;

*გ) ყველა, სიცოცხლისუუნარო საეჭვო ქსოვილის მოცილება მიკრობული ფლორის (ინფექციის) განვითარებისათვის საჭირო საკვები გარემოს ლიკვიდაციის მიზნით;

დ) შემთხვევითი ჭრილობის "ქირურგიულში" გადაყვანა მისი დაზურვის მიზნით;

ე) ჭრილობის სკერილიზაცია სკალპელით ამოკვეთის მეშვეობით;

515. ღია მოგეხილობის დროს ანგიოთოკების შეყვანის რაციონალურ მეთოდს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ენდოლიმფური.

ბ) ძვალშიდა;

*გ) ჭრილობაში ადგილობრივი შეყვანა ფხვნილის სახით;

დ) არტერიში;

ე) კუნთში, კანქვეშა, ენგერალური;

516. ღია მოგეხილობის დროს კანის ჭრილობის დასაბურავად წარმატებით გამოიყენება კანის პლასტიკის ყველა ჩამოთვლილი სახე, გარდა:

ა) პლასტიკა მკვებავ ფეხზე გადაზიდვებული ნაფლეთით.

*ბ) პლასტიკა ნაფლეთით გიჩკინას მეთოდით;

გ) პლასტიკა შემახვედრი სამკუთხედებით ლინბერგის მეთოდით;

დ) თავისუფალი კანის პლასტიკა;

ე) პლასტიკა ადგილობრივი ქსოვილებით;

517. ღია მოგეხილობის დროს პირველადი ქირურგიული დამუშავების შემდეგ გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი მეთოდი, გარდა:

ა) არაკეროვანი ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზი.

*ბ) ძვალშიდა ოსტეოსინთეზი;

გ) ძვალზედა ოსტეოსინთეზი;

დ) ჩონჩხური დაჭიმვა;

ე) თაბაშირის ნახვევი;

518. ძვლების ღია მოგეხილობის დროს მასტიმულაციური თერაპიის მიზნით გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) მოგეხილობის მიღამოს აღრეული დომირებული დატვირთვა სხვადასხვა ფიზიოთერაპიული პროცედურებით.

*ბ) მოგეხილობის ადგილის მცირე დოზებით დასხივება;

გ) ორგანული და არაორგანული ბიოსტიმულატორების ენდერალური გამოყენება;

დ) ჰემოგრანსფუზიის და ინფუზიის დანაწევრებულად გამოყენება;

519. ღია მოგეხილობის გართულებებს შორის გვხვდება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

ა) ანაერობული ინფექცია, თრომბოფლებიტი.

*ბ) ჭარბი პერიოსტული და ენდოსტალური კორდი;

გ) შენებლებული კონსოლიდაცია, ყალბი სახსრის ჩამოყალიბება;

დ) სეფსისი;

ე) ჭრილობის დაჩირქება, ოსტეომიელიტი;

520. უხშირესად გვხვდება ღია დაზიანებები:

*ა) კოჭ-წვივის სახსარი.

ბ) სხივ-მაჯის სახსარი;

გ) მუხლის სახსარი;

დ) იდაყვის სახსრის;

ე) მხრის სახსრის;

521. მუხლის სახსრის ცეცხლნასროლი, მრავალფრაგმენტოვანი მოგეხილობისას პირველადი ქირურგიული დამუშავების შემდეგ უნდა გაკეთდეს მუხლის სახსრის იმობილიზაცია მხოლოდ:

*ა) ტიპური კოკსიგური ნახვევი გერფის ჩართვით.

ბ) თაბაშირის ფართო ლონგეტი წელიდან წვივის ქვედა მესამედიამდე;

გ) თაბაშირის ღრმე სქელი ლონგეტი ბარძაყის ზემო მესამედიდან გერფის თითების საფრჩხილე ფალანგებამდე;

დ) თაბაშირის ღრმა სქელი ლონგეტი ბარძაყის ზემო მესამედიდან წვივის გოჯებამდე;

ე) მუხლის სახსარზე თაბაშირის ტუტორით;

522. იდაყვის სახსრის ღია დაზიანებების დროს ჩამოთვლილი სარეაბილიტაციო ღონისძიებებიდან არ უნდა გამოვიყენოთ:

- ა) დაზიანებული კიდეების მხრის და სხივი-მაჯის სახსრისში აქტიური მოძრაობები.
- ბ) იდაყვის სახსარში და წინამხარზე ძალდაუტანებელი და პასიური გაშლითი და მოხრითი სუპინაციური და როტაციული მოძრაობები;
- *გ) იდაყვის სახსარზე თბური პროცედურები;
- დ) იდაყვის სახსარზე ჰიპოთერმია;
- ე) მხრის და წინამხრის კუნთების მომადუნებელი მასაჟი;

523. მრავლობითი და შერწყმული დაზიანებები უხშირესად გვხვდება ასაკობრივ ჯგუფში:

- ა) ხანდაზმულ და მოხუცებულ ასაკში;
- ბ) ბავშვთა და ყმაშვილობის ასაკში;
- *გ) შრომისუნარიან ასაკში;

524. შერწყმულ დაზიანებას მიეკუთვნება ყველა ტრავმა, გარდა:

- ა) კიდეებისა და ქალა-გვინის ტრავმები.
- *ბ) საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის მრავლობითი დაზიანებები და თერძული დამწვრობები;
- გ) პოლიტრავმები, რომელთაც თან ახლავს ორგანოებისა და სისხტემების სხვადასხვა ხარისხის ფუნქციური და მორფოლოგიური ღარღვევები;
- დ) დაზიანებები ყველა და უფრო განსხვავებული ანატომიური ფუნქციონალური წარმონაქმნების;
- ე) საყრდენ-მამოძრავებელი სისხტემის და შინაგანი ორგანოების დაზიანებები;

525. მრავლობითი მოგეხილობებს მიეკუთვნება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ორი ან მეტი მოგეხილობა ორ ან მეტ კიდეურში;
- გ) ორი ან მეტი მოგეხილობა ერთი კიდეური ფარგლებში;
- დ) ერთი სეგმენტის ფარგლებში ორი ან მეტი მოგეხილობა;
- ე) საყრდენ-მამოძრავებელი სისხტემის ორი ან მეტი ანატომიურ-ფუნქციური მიდამოს დაზიანებები;

526. მრავლობითი და შერწყმული დაზიანებებს შორის სჭარბობს:

- ა) კიდეების გაჭყლეტა.
- ბ) საყრდენ-მამოძრავებელი სისხტემის მძიმე მრავლობითი დაზიანებები;
- გ) მუცლის ღრუს და მენჯის ძვლების ტრავმა;
- *დ) ქალა-გვინის ტრავმა და კიდეების მოგეხილობა;
- ე) გულმკერდის და მისი ორგანოების ტრავმა;

527. შერწყმულ ტრავმას მიეკუთვნება:

- *ა) მხრის ძვლის დაზიანებული მოგეხილობა და მხრის არტერიის დაზიანება და ნეკნების მრავლობითი მოგეხილობა და ფილტვისა და პლევრის დაზიანება;
- ბ) ნეკნების მრავლობითი მოგეხილობა და ფილტვისა და პლევრის დაზიანება;
- გ) წვივის ძვლების ღია მოგეხილობა და ანაერობული ინფექცია;
- დ) მხრის ძვლის დაზიანებული მოგეხილობა და მხრის არტერიის დაზიანება;
- ე) წინამხრის ძვლების ღია მოგეხილობა და თითების ზერეულე მომხრელების კუნთოვანი ნაწილის დაზიანება;

528. შერწყმულ ტრავმას მიეკუთვნება:

- *ა) ქალას ფუძის და ბარძაყის ძვლის მოგეხილობა და ნეკნების მოგეხილობა პნევმოთორაქსით
- ბ) ნეკნების მოგეხილობა პნევმოთორაქსით;
- გ) ქალას ფუძის და ბარძაყის ძვლის მოგეხილობა;
- დ) მხრის და წინამხრის ძვლების მოგეხილობა შერწყმული მენჯის ძვლების მოგეხილობასთან;
- ე) ნეკნების მრავლობითი მოგეხილობა და წვივის ძვლების მოგეხილობა;

529. შერწყმული დაზიანებები ხასიათდება ყველა შემდეგი თავისებურებებით, გარდა: 1. ლიანგოსტიკის სირთულე; 2. კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმე; 3. გართულებების მრავალსახეობა; 4. გამოსავლის და ნარჩენი მოვლენების პროგნოზირების სირთულე; 5. პოლიორგანული უკმარისობის განვითარება; 6. ყველა შემთხვევაში ანგიოგრაფიული გამოკვლევების აუცილებლობა.

- *ა) სწორია ყველა, გარდა 6-სა.
- ბ) სწორია ყველა, გარდა 5-სა;
- გ) სწორია ყველა გარდა 4-სა;
- დ) სწორია ყველა, გარდა 1, 2;
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

530. პოლიტრავმის სტრუქტურაში უმეტესი ხვედრითი წილი, მოდის შემდეგ შემთხვევებში მიყენებულ ტრავმაებზე:

- ა) სხვადასხვა კრიმინალური სიგუაიებით;
- ბ) გაჭყლეტა მძიმე საგნებით;
- გ) სიმაღლიდან ვარდნა;
- *დ) საგზაო-სატრანსპორტო;

531. მრავლობითი და შერწყმული დაზიანებები, ხასიათდებიან ყველა ჩამოთვლილი ნიშნებით, გარდა:

- *ა) მაღალი ლეტალობით - 60% და მევიით.

- ბ) მოციროკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებით, არტერიული წნევის ღაცემით;
- გ) მძიმე კლინიკური მიმდინარეობით;
- ღ) აღრეული ღიაგნოსტიკის სირთულით;
- ე) ღაზიანების მრავალსახეობით;

532. მრავლობითი ღა შერწყმული ღაზიანებების ღროს აღრეულ ლეგალობას განნაპირობებს ყველა ფაქტორი, გარღა:

- *ა) ჩონჩხის ღაზიანება.
- ბ) გრავემული შოკი IV ხარისხი;
- გ) სასიცოცხლო ორგანოების ღაზიანება;
- ღ) ქალა-გვინის გრავემა;
- ე) სისხლის ღანაკარგი;

533. ლეგალობა მრავლობითი ღა შერწყმული გრავემის ღროს გრავემის პირველ საათებში განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარღა:

- *ა) ჩირქოვანი გართულებებით.
- ბ) ცხიმოვანი ემბოლია;
- გ) ფილგვის არტერიის თრომბო-ემბოლია;
- ღ) მძიმე ქალა-გვინის გრავემა;
- ე) შოკი ღა სისხლის ღანაკარგი;

534. ლეგალობა მრავლობითი ღა შერწყმული ღაზიანებების ღროს გრავემის შორეულ პერიოდში განპირობებულია:

- ა) ღა სხვა მიზეზებით.
- *ბ) ჩირქოვანი გართულებებით;
- გ) ცხიმოვანი ემბოლიით;
- ღ) ფილგვის არტერიის თრომბო-ემბოლიით;
- ე) მძიმე ქალაგვინის გრავემით;

535. გიპური ღაზიანებების მნიშვნელობა გრავემის განსაზღვრული მექანიზმის ღროს, გვეხმარება განვსაზღვროთ ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიება, გარღა:

- ა) მკურნალობის მეთოდის არჩევა;
- ბ) ღაზიანების სახის ღა ლოკალიზაციის განსაზღვრა;
- გ) ღაზიანების აღრეული ღიაგნოსტიკა;
- *ღ) გრავემატიზმის თავიღან აცილება;

536. განსაკუთრებით მძიმე მოგეხილობები რბილი ქსოვილების ვრცელი ღაზიანებებით, როგორც წესი, განპირობებულია:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ძალის შემოგრეხითი მოქმელებით;
- გ) სხეულის ღერძის ან კიღურების მთელ სიგრძე მოქმედი ძალით;
- ღ) ძალის განგენციალური შემოქმელებით;
- *ე) ძალის პირღაპირი შემოქმელებით;

537. გერმინი " გრავემული კერა" მრავლობითი ღა შერწყმული ღაღაზიანებების ღროს განსაზღვრავს შემდეგ ფაქტორებს, გარღა:

- ა) მიუთითებს საყრღენ-მამოძრავებელი სისგემის ერთ-ერთი სეგმენტის იზოღირებულ ღაზიანებაზე.
- *ბ) მიუთითებს ნეკნების, მკერღის ძელის, ფილგვების ერთღროული ღაზიანების შესაძლებლობაზე;
- გ) მიუთითებს საყრღენ-მამოძრავებელი სისგემის რამღენიმე სეგმენტის ღა მათიღან მიმღებარე ერთი მიღამოს შინაგანი ორგანოების ღაზიანებაზე;
- ღ) მიუთითებს გრავემის მექანიზმზე;
- ე) ექიმის ყურაღლებას ამახვილებს ღა აძღევს გრავემის გართულებების პროგნოზირების შესაძლებლობას;

538. მრავლობითი ღა შერწყმული გრავემის ღროს წამყვან პათოგენეტიკურ რგოლს წარმოაღგენს: 1. ცენტრალური ღა პერიფერიული ჰემოღინამიკის მოშღა; 2. სუნთქვის მოშღა; 3. მეგაბოლური ღარღვევები; 4. პოღიორგანული უკმარისობა.

- ა) სწორია ყვეღა, გარღა 1, 4.
- ბ) სწორია ყვეღა, გარღა 3-სა
- გ) სწორია ყვეღა, გარღა 2;
- *ღ) სწორია ყვეღა, გარღა 4;
- ე) სწორია ყვეღა ჩამოთვლილი;

თერმული ღა ეღექტროგრავემა

539. ღამწვრობით გამოწვეული შოკი მიეკუთვნება:

- ა) გრავემულს.
- ბ) ანაფიღაქსიურს;
- *გ) ჰიპოვოღემიურს;
- ღ) ბაქტერიულ შოკს;

540. ღამწვრობითი შოკის ღროს ჩამოთვლილი მახვენებლებიღან ყვეღაზე ინფორმატიულია: 1. არტერიული წნევა; 2. ცენტრალური ვენობური წნევა; 3. ცირკულაციამი მყოფი სისხლის მოცულობა; 4.. პულსი; 5. ლეიკოციტოზი.

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

- *გ) სწორია 2,3;
- დ) სწორია 2.4;
- ე) სწორია 1, 2, 3;

541. ცირკულაციაში მყოფი სისხლის ნორმალური მოცულობა კაცებსა და ქალებში შეადგენს შესაბამისად:

- ა) 90 მლ/კგ და 80 მლ/კგ.
- *ბ) 75 მლ/კგ და 65 მლ/კგ;
- გ) 60 მლ/კგ და 50 მლ/კგ;
- დ) 50 მლ/კგ და 45 მლ/კგ;

542. კანის გემპერაგურის და ცენტრალური გემპერაგურის მინიმალური გრადიენტი, რომელიც აჩვენებს მიკროცირკულაციის დარღვევას არის:

- *ა) 2 გრადუსზე -ზე მეტი.
- ბ) 1,5 გრადუსი ;
- გ) 1,0 გრადუსი ;
- დ) 0,5 გრადუსი;

543. დამწვრობითი შოკის დროს პირველ რეაქსიაში ავადმყოფს უნდა გადაეხსნას პირველი დედაამისთვის გათვალისწინებული სითხის მოცულობის:

- ა) 1/4 ნაწილი.
- *ბ) 2/3 ნაწილი;
- გ) 1/2 ნაწილი;
- დ) 1/3 ნაწილი;

544. დამწვრობითი შოკის მეორე დედაამეში ავადმყოფს უნდა გადაეხსნას პირველი დედაამისთვის გათვალისწინებული სითხის მოცულობის:

- *ა) 1/2 ნაწილი.
- ბ) 1/4 ნაწილი;
- გ) 2/3 ნაწილი;
- დ) 1/3 ნაწილი;

545. დამწვრობითი შოკის სტადიის მწვავე დამწვრობითი გოქსემიის სტადიაში გადასვლის კრიტერიუმი არის:

- ა) ტაქიკარდია.
- ბ) ჭრილობების დაჩირქება;
- *გ) გემპერაგურის მომაგება;
- დ) ლიურემის ნორმალიზაცია;

546. მწვავე დამწვრობითი გოქსემიის წამყვანი სიმპტომებია: 1. ჭრილობის დაჩირქება; 2. ბაქტერიემია; 3. ჰიპო და დისპროტეინემია; 4. ანემია; 5. გამოხატული ინტოქსიკაცია.

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

547. დამწვრობითი მწვავე გოქსემიის სტადიაში პლაზმის საერთო ცილის დონე:

- *ა) მნიშვნელოვნად დაწეულია.
- ბ) ახლოსაა ნორმასთან;
- გ) ზომიერად მომაგებულია;
- დ) ზომიერად დაწეულია;

548. დამწვრობით გამოწვეული პნევმონიის უმეტესობა მოდის:

- ა) რეკოვალესცენციის პერიოდზე.
- ბ) სეპტიკო-გოქსემიის პერიოდზე;
- *გ) მწვავე გოქსემიის პერიოდზე;
- დ) შოკის პერიოდზე;

549. დამწვრობითი დაავადებების დროს მიოკარდიუმის გოქსიურ დაზიანებაზე მიუთითებს ელექტროკარდიოგრამის შემდეგი ცვლილებები:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) გამგარებლობის დარღვევა;
- გ) ელექტროკარდიოგრამის " კბილების" შეცვლა;
- დ) ელექტროკარდიოგრამის ვოლტაჟის დაწევა;
- ე) სინუსური ტაქიკარდია;

550. დამწვრობითი ჭრილობების მკურნალობისათვის იხმარება წყალში ხსნადი შემდეგი მაღამოები: 1 ბორის მაღამო; 2. ლეკოსინი; 3. პროპოცენი; 4. მანეფიდი; 5. დიოქსიდინის მაღამო; 6. იოდოპირონი.

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

- გ) სწორია 1, 3, 5, 6;
- დ) სწორია 2, 3, 4, 5;
- ე) სწორია 1, 2, 3, 4;

551. ჰორმონალურ პრეპარატებს შეიცავენ შემდეგი აეროზოლები: 1. ლეგრაზოლი; 2. ოქსიკორგი; 3. ოლაზოლი; 4. პანგენოლი; 5. ოქსიციკლოზოლი

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

552. ვოლგას რკალით დამწვრობის ძირითადი სიმპტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მხედველობის ორგანოების დაზიანება.
- ბ) კანის მეტალიზაცია;
- გ) დამახასიათებელი ლოკალიზაცია;
- *დ) ღენის ნიშნები;

553. ლურჯ-მწვანე ჩირქმზადი ინფექციის პასიური იმუნოთერაპიისათვის იყენებენ:

- *ა) გლობულინს და ლურჯ-მწვანე ჩირქმზადი ინფექციის საწინააღმდეგო ჰიპერემიულ პლაზმას;
- ბ) ლურჯ-მწვანე ჩირქმზადი ინფექციის საწინააღმდეგო ჰიპერემიულ პლაზმას;
- გ) პიოიმუნოგლობულინს;
- დ) ვაკცინებს;
- ე) გლობულინს;

554. სტაფილოკოკური ინფექციის აქტიური იმუნოპროფილაქტიკისათვის გამოიყენება:

- *ა) ვაკცინა და სტაფილოკოკური ანატოქსინი
- ბ) ანგისტაფილოკოკური გლობულინი;
- გ) სტაფილოკოკური ანატოქსინი;
- დ) ვაკცინა;
- ე) გლობულინი;

555. აუტოდერმო პლასტიკისათვის პნეფმონია წარმოადგენს:

- *ა) არ წარმოადგენს წინააღმდეგჩვენებას.
- ბ) შეღარებით წინააღმდეგ ჩვენებას;
- გ) აბსოლუტურ წინააღმდეგჩვენებას;

556. ხანშიშესულ ავადმყოფთა შოკის საწინააღმდეგო თერაპია უნდა დაიწყოთ შემდეგი ხსნარების ინფუზიით: 1. გლუკოზა; 2. ლაქტასოლი; 3. ნოვოკაინი; 4. პოლიგლუკინი; 5. რინგერის ხსნარი.

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

557. ზონდით ჰიპერალიმენტაციის წინააღმდეგჩვენება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) არტერიული წნევის აწევა.
- ბ) მრავალჯერადი პირღებინება;
- გ) ხანგრძლივი შეუჩერებელი ღიარება;
- დ) მწვავე სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ბემო ნაწილიდან;
- ე) ნაწლავებში შეწოვის დარღვევა;

558. დერმატომების როგორულ გიპს მიეკუთვნება:

- *ა) კიევის წარმოების ელექტროდერმატომი.
- ბ) წებოს დერმატომი ("კრასნოგვარდეც");
- გ) "ლაქ" - 60;
- დ) "ლაქ" - 100;

559. გადაუღებელ ლეკომპრესიულ ნეკროტომიას აწარმოებენ:

- *ა) სხეულის ცირკულარული დამწვრობის დროს და კიღურების ცირკულარული დამწვრობის დროს.
- ბ) კიღურების ცირკულარული დამწვრობის დროს;
- გ) სხეულის ცირკულარული დამწვრობის დროს;
- დ) მგენის დამწვრობის დროს;
- ე) სახის დამწვრობის დროს;

560. ზონდით კვება შეიძლება დამწვრობითი დაავადების ყველა პერიოდში, გარდა:

- *ა) რეკონვალესცენციის პერიოდისა.
- ბ) სეპტოტოქსემიისა;

- გ) მწვავე გოქსემიისა;
- დ) ღამწვრობითი შოკისა;

561. მიზანმიმართული ანგიბიოტიკოთერაპია ნაჩვენებია:

- *ა) ღამწვრობისას გართულებების (სეფსისი, პნევმონია) დროს და ღამწვრობისას კანის გრანსპლანგაციის პერიოდში
- ბ) ღამწვრობისას კანის გრანსპლანგაციის პერიოდში;
- გ) ღამწვრობისას გართულებების (სეფსისი, პნევმონია) დროს;
- დ) შემოსაზღვრული ღრმა ღამწვრობის დროს პროფილაქტიკის მიზნით;
- ე) მელაპირული, ღამწვრობის დროს;

562. ღამწვრობისას კომპლექსურ მკურნალობაში ანგიბიოტიკოთერაპიის ძირითადი პრინციპებია: 1. ანგიბიოტიკების დანიშვნა ღამწვრობითი ჭრილობების მიკროფლორის გათვალისწინებით და ა. შ; 2. 5 დღის შემდეგ ანგიბიოტიკების გაგრძელების ჩვენების შემოწმება; 3. ანგიბიოტიკების დროულად მოხსნა ავადმყოფის მდგომარეობის კლინიკური გაუმჯობესების შემდეგ; 4. ერთ ანგიბიოტიკით მკურნალობის კურსი არ უნდა აღემატებოდეს 15-20 დღეს.

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

563. ღამწვრობით გამოწვეული სეფსისის მკურნალობის დროს უნდა დავიცვათ ანგიბიოტიკოთერაპიის ყველა ჩამოთვლილი პრინციპები, გარდა:

- *ა) პენიცილინის თავიდანვე დიდი დოზებით ხმარებისა.
- ბ) ანგიბიოტიკების კომბინაციის დანიშვნისა;
- გ) ანგიბიოტიკოთერაპია სისხლის და ჭრილობიდან გამონადენის ნათესის კონტროლით;
- დ) მკურნალობის არანაკლებ 4-6 კვირის ხანგრძლივობისა;
- ე) ანგიბიოტიკების ვენაში შეყვანისა;

564. ამუნოგლიკომიდების ხმარება მძიმე ღამწვრობის მკურნალობაში განპირობებულია ყველა ჩამოთვლილით, გარდა:

- *ა) მცირე გოქსემიისა.
- ბ) მთელი რიგი გრამუარყოფითი გამომწვევების ბრლის დათრგუნვის შესაძლებლობისა;
- გ) მოქმედების ბაქტერიოლოგიური მექანიზმისა;
- დ) ანტიმიკრობული მოქმედების ფართე სპექტრისა;

565. ვრცელი ღამწვრობების დროს ქიმიური ნეკროლიტიკების ხმარების ოპტიმალური ვადებია:

- ა) 15 დღე-ღამე ღამწვრობის შემდეგ.
- ბ) 7-12 დღე-ღამე ღამწვრობის შემდეგ;
- *გ) 5-6 დღე-ღამე ღამწვრობის შემდეგ;
- დ) 3-4 დღე-ღამე ღამწვრობის შემდეგ;

566. მე III ბ ხარისხის ღრმა ღამწვრობის დროს ეფექტის მისაღებად საჭიროა ვისმართო 40% სალიცილის მალამო სისქით:

- ა) არ აქვს მნიშვნელობა.
- ბ) 5-6 მმ;
- გ) 3-4 მმ;
- *დ) 1-2 მმ;

567. საშუალო ასაკის ავადმყოფებს შეიძლება ერთმომენტად დავადლოთ 40% სალიცილის მალამო, თუ ფუფხით დაკავებული ფართის ზედაპირი არ არის მეტი:

- ა) 20%-ზე.
- *ბ) 10-15%-ზე;
- გ) 5%-ზე;
- დ) 3%-ზე;

568. აღრეული ქირურგიული ნეკრექტომიისათვის აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი პირობა, გარდა:

- *ა) თუ არგერიული წნევა სტაბილურია - არა ნაკლებ 120/70 მმ.ვერცხლისწყლის სე-ისა.
- ბ) ასეპტიკის და ანგისეპტიკის მკაცრად დაცვა;
- გ) ენგერალური და პარენგერალური კვება;
- დ) სისხლის დანაკარგის შევსება (სისხლი, სისხლმემკვლელები, ცილები);
- ე) აღექვატური ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა;

569. აღრეული ნეკროტომიის ოპტიმალური ვადებია: 1. ღამწვრობის მიღებისთანავე; 2. ღამწვრობის მერე მეორე-მესამე დღე; 3. ღამწვრობის მეხუთე- მეშვიდე დღე; 4. არაუადრეს 9 დღისა ღამწვრობის შემდეგ;

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

570. ღამწვრობისას ნეკროტიკული ქსოვილის აღრეული ექსციზიის დროს მიზანშეწონილია შემდეგი სახის კანის გრანსპლანგაციების გამოიყენება:

- ა) ალოკანის ტრანსპლანტატი.
- ბ) მთლიანი განშრევებული ტრანსპლანტატი;
- გ) სრულფენიოვანი კანის ნაფლეთი;
- *დ) ბადისებრი ტრანსპლანტატი პერფორაციით 1:2;

571. დამწვრობითი მძიმე ტრავმა შოკის პერიოდში იწვევს:

- *ა) კუჭის მოტორულ-ევაკუაციური ფუნქციის დათრგუნვას და კუჭის სეკრეტორული და სიმეავის პროლუციონების ფუნქციის გაძლიერებას;
- ბ) კუჭის სეკრეტორული და სიმეავის პროლუციონების ფუნქციის გაძლიერებას;
- გ) კუჭის მოტორულ-ევაკუაციური ფუნქციის დათრგუნვას;
- დ) კუჭის სიმეავის პროლუციონების დათრგუნვას;
- ე) კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის დათრგუნვას;

572. დამწვრობითი შოკის დროს არასაყრელი პროგნოზის თვალსაზრისით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ ყველაზე საშიშია:

- *ა) გასტროსტაში და ნაწლავთა პარეზი და ეროზიული გასტროენტერიტი.
- ბ) ეროზიული გასტროენტერიტი;
- გ) გასტროენტერიტი;
- დ) სიმეავის პროლუციონების დარღვევა;
- ე) გასტროსტაში და ნაწლავთა პარეზი;

573. დამწვრობითი შოკის დროს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ეროზიულ-წყლულოვანი ცვლილებების სპეციფიური პროფილაქტიკა უნდა ჩავატაროთ:

- *ა) მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს და მსუბუქი შოკის დროს
- ბ) მწვავე გართულებული წყლულის კლინიკური მოვლენების დროს;
- გ) მსუბუქი შოკის დროს;
- დ) მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს;
- ე) წყლულოვანი ანამნეზის დროს;

574. მრავალჯერადი პირღებინება ავადმყოფებს დამწვრობით აღინიშნებთ:

- *ა) მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს და ძალიან მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს
- ბ) პირღებინება არ აღინიშნება.
- გ) ძალიან მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს;
- დ) მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს;
- ე) მსუბუქი დამწვრობითი შოკის დროს;

575. დამწვრობითი შოკის დროს კუჭის და 12 გოჯა ნაწლავის მწვავე წყლულის გაჩენა გამოწვეულია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონალური აქტივობის დარღვევისა.
- ბ) კუჭის და 12 გოჯა ნაწლავის სისხლის მომოქცევის მოშლისა;
- გ) მარილ მჟავას ჰიპერსეკრეციისა;
- *დ) დამწვრობითი გოქსინების მოქმედებისა;

576. კუჭ-ნაწლავთა ტრაქტის მწვავე წყლულების სპეციფიური პროფილაქტიკა მძიმე დამწვრობითი შოკის დროს გულისხმობს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) კუჭში 4% -იანი სოდის 50 მლ-ის დღე-გამოშვებით შეყვანა.
- ბ) ზონლით აღრეული კეება;
- გ) ანაციდური პრეპარატების ხმარება;
- დ) მუდმივი ნაზო-გასტრალური ზონლის შეყვანა;
- ე) ანტაციდების შეყვანა (ეროს ან ზონლით);

577. მძიმე დამწვრობით შოკის პერიოდში საყლაპავი კედლის ეროზიულ-წყლულოვან ცვლილებებს ადგილი აქვს ყველა ჩამოთვლილის შედეგად, გარდა:

- *ა) კუჭის დეკომპრესიისათვის ზონლის შეყვანა.
- ბ) კუჭის წვენის მომაგებელი მჟავიანობა;
- გ) ემოფაგიტ რეფლუქსისა;
- დ) ამ მიდამოში მიკროცირკულაციის დარღვევა;

578. დამწვრობითი შოკის დროს ღვიძლის ფუნქციის მოშლის მიზეზებია ყველა აღნიშნული, გარდა:

- ა) ჰემოლიზი.
- *ბ) ინტოქსიკაცია;
- გ) სისხლის მიმოქცევის დარღვევა;
- დ) ცირკულატორული და ქსოვილოვანი ჰიპოქსია;

579. დამწვრობითი გოქსემიის პერიოდში მძიმე ავადმყოფთა ღვიძლის ფუნქციის დარღვევას მოწმობენ შემდეგი ლაბორატორიული მონაცემები:

- *ა) ბილირუბინემია და ლისპროტეინემია;
- ბ) ჰიპოპროტრომბინემია;
- გ) ლისპროტეინემია;
- დ) ბილირუბინემია;
- ე) ტრანსამინაზის აქტივობის მომაგება;

580. დამწვრობით გამოწვეული ადრეული ჰეპატიტის მიზეზი შეიძლება იყოს ყველა აღნიშნული, გარდა:

- ა) შოკის საწინააღმდეგო თერაპიის არაადეკვატურობა.
- ბ) ღრმა ფართე დამწვრობა;
- *გ) გაგრძელებული ჰემოლიზი;
- დ) ღვიძლის დისტროფიული ცვლილებები;

581. დამწვრობის დროს კუჭ-ნაწლავის სისხლდენის კლინიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის ფუნქციის მდგომარეობა.
- ბ) სისხლდენის წყარო (მორფოლოგიური სუბსტრატის);
- გ) ავადმყოფის სისხლდენის წინა მდგომარეობა;
- დ) სისხლდენის ლოკალიზაცია;
- ე) სისხლდენის ინტენსივობა;

582. მძიმე დამწვრობის დროს კუჭიდან დეკომპენსირებული პროფუზული სისხლდენის შემთხვევებში დაკარგული სისხლის მოცულობა უნდა შეეფასოს:

- ა) გადასასხმული სითხის მოცულობის არაუმეტეს 1/3-ით.
- ბ) გადასასხმული სითხის მოცულობის არანაკლებ 2/3-ით;
- *გ) გადასასხმული სითხის მოცულობის არანაკლებ 1/2-ით;
- დ) გადასასხმული სითხის მოცულობის არანაკლებ 1/3-ით;

583. სახის დამწვრობას ჩვეულებრივად არ ახლავს:

- *ა) სმენის დაზიანება.
- ბ) მწვავე ფსიქოზი;
- გ) სასუნთქი გზების დამწვრობა;
- დ) თვალის დაზიანება;

584. დამწვრობის შემდგომ კიღურის ან მისი სეგმენტის ამპუტაციის აბსოლუტური ჩვენებებია:

- *ა) ტრავმის შედეგად კიღურის სრული დაღუპვა და კიღურის განგრენა
- ბ) კიღურის განგრენა;
- გ) მსხვილი სახსრების მწვავე ჩირქოვანი ართრიტი;
- დ) დაწოლა ცირკულარული ფუფხით;
- ე) ტრავმის შედეგად კიღურის სრული დაღუპვა;

585. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან კოლაგენი შედის: 1. ალგიპორის შემადგენლობაში; 2. კანის ქსოვილოვანი იმიტატორის შემადგენლობაში; 3. კომბუტეკის შემადგენლობაში; 4. სოფრა-ტიულის შემადგენლობაში; 5. პლასტოლერმის შემადგენლობაში.

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

586. დამწვრობის დროს მხოლოდ დახურული (შეხვევებით) მკურნალობის მეთოდი ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში, გარდა:

- ა) მასიური დაზიანებები.
- ბ) ავადმყოფთა ტრანსპორტირება;
- *გ) ფართე დამწვრობა;
- დ) ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობა;

587. ადგილობრივი მკურნალობისათვის ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან ლურჯ-მწვანე ჩირქმბად ჩხირბე არ მოქმედებს:

- ა) ვერცხლის სულფადივაზინი.
- ბ) იოდოპირონი;
- გ) მაფენიდი;
- *დ) ვიშნევსკის მალამო;
- ე) ბორის მკავე;

588. დამწვრობების თანამედროვე კლასიფიკაციის ავტორები არიან:

- ა) რ. უოტსონ-ჯონსი.
- *ბ) ა.ა. ვიშნევსკი, გ.ი. შრაიბერი და გ.დ. ვილაფინი.
- გ) ა.ვ. კაპლანი და ვ. მ. ლირცმანი;
- დ) მ.ვ. ვოლკოვი და ვ. დ. ჩაკლინი;
- ე) ს.ს. იულინი და ბ.ა. პეტროვი;

589. დამწვრობების თანამედროვე სამამულო კლასიფიკაცია განსხვავდება კრეიმისის (1929 წ.) ცნობილი კლასიფიკაციიდან:

- ა) გემპერატორული ფაქტორის ჩართვით.
- ბ) კლასიფიკაციაში დამწვრობის მეხუთე ხარისხის შეყვანით;
- *გ) არა მარტო ციფრობრივი, არამედ ასობრივი დასახელებებითაც;
- დ) დამწვრობის ხარისხის სხვა სახელწოდებებით;
- ე) მასში "ნეულოვანი" ხარისხის პერიოდის შეყვანით;

590. დამწვრობითი ღაზვადების კლინიკა არ შეიცავს:

- ა) რეკოვალესცენციის პერიოდს.
- ბ) გამოფიგვის პერიოდს;
- გ) ინტოქსიკაციის პერიოდს;
- დ) შოკის პერიოდს;
- *ე) ფარული (ინკუბაციურ) პერიოდს;

591. ფრანკის ინდექსით განსაზღვრისას ღრმა (3-4 ხარისხის) დამწვრობის ერთი პროცენტი უდრის:

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

592. ფრანკის ინდექსით განსაზღვრისას ზერელე (1-2 ხარისხის დამწვრობის ფართოს ერთი პროცენტი უდრის:

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

593. "70"-ის ტოლი ფრანკის ინდექსი ნიშნავს:

- ა) "სასიკედილო", შეუქცევად დამწვრობით შოკს.
- ბ) ძალიან მძიმე დამწვრობით შოკს;
- *გ) მძიმე დამწვრობით შოკს;
- დ) მსუბუქ დამწვრობით შოკს;
- ე) დამწვრობითი შოკის არარსებობას;

594. ვ.ა. კოტელნიკოვის კლასიფიკაცია მოყინვის დროს აფასებს:

- ა) არცერთი ჩამოთვლილი
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი.
- *გ) სიცივის ერთჯერადი მოქმედების ხანგრძლივობას და სიცივის განმეორებითი მოქმედების სიხშირეს;
- დ) ქსოვილების მდგომარეობას რეაქტიულ პერიოდში;
- ე) ქსოვილების მდგომარეობას წინა რეაქტიულ პერიოდში;

595. გ. არიევის კლასიფიკაციით მოყინვის ადგილობრივი ნიშნები იყოფა:

- ა) 6 ხარისხად.
- ბ) 5 ხარისხად;
- *გ) 4 ხარისხად;
- დ) 3 ხარისხად;
- ე) 2 ხარისხად;

596. მოყინვის დროს გათბობის შედეგად განვითარებული ტოქსემიის ნიშნები ჩნდება:

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

597. სიცივით დაზიანების დროს არჩევენ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) სიცივით ნეიროვასკულიტს;
- გ) ქროლას;
- დ) მოყინვას;
- ე) გაყინვას;

598. სიცივით დაზიანების საყოველთაოდ მიღებული კლასიფიკაციაა:

- ა) გ.ა. ორლოვის.
- *ბ) ვ.ა. კოტელნიკოვის;
- გ) ნ.ი. გერასიმენკოს;
- დ) ს.ს. გირგოლაფას;

599. სიცივით მწვავე დაზიანება არის:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) გაყინვა;
- გ) კონტაქტური მოყინვა;
- დ) მოყინვა 30 გრადუსზე დაბალ ტემპერატურაზე;
- ე) ნულთან ახლო ტემპერატურეს დროს;

600. ქსოვილების გაყინვა ხდება ქსოვილებსშიდა ტემპერატურის დაქვეითების დროს:

- ა) 60 გრადუსამდე.
- ბ) 50 გრადუსამდე;
- გ) 30 გრადუსამდე;
- *დ) 8 გრადუსამდე;
- ე) 2 გრადუსამდე;

601. მოყინვა შეიძლება მოხდეს 0 გრადუსზე, მაღალ ტემპერატურაზე, თუ არის:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ქრონიკული სისხლძარღვოვანი დაზიანება;
- გ) ტანისამოსი შემზოჭველია;
- დ) სინესტე;
- ე) ქარიანი ამინდი;

602. სიცვიის მწვავე შემოქმედების გარდა, შეიძლება იყოს სიცვიით გამოწვეული ქრონიკული დაზიანებები:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) კრუოლა;
- გ) ნეიროვასკულიტი;
- დ) "სანგარის ტერფი";
- ე) გაყინვა;

603. 0 გრადუსთან ახლო ტემპერატურის დროს კრუოლას შეუწყობს ხელს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გარემოს ტენიანობა.
- ბ) ზოგადი და ადგილობრივი წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითება;
- გ) ცული ტანისამოსი - მსუბუქია, ვერ იცავს;
- დ) ალკოჰოლური სიმთვრალე;
- *ე) ავადმყოფის ასაკი;

604. ქსოვილების ადგილობრივი წინააღმდეგობის დაბლა დამწვევ ფაქტორს, რომელიც იწვევს ნეიროვასკულიტს არის:

- *ა) 0 გრადუსიდან 10-12 გრადუსამდე ნოტიო გარემოში ხანგრძლივად ყოფნა;
- ბ) მუშაობა ყინვაში ხელთათმანების გარეშე;
- გ) მჭიდრო ფესაცმელი ან ტანსაცმელი;
- დ) კონტაქტი ძალიან ცივ ნივთებთან;

605. სიცვიის გამო უფრო ხშირად ზიანდება:

- *ა) კიდურები (მგევანი, ტერფი).
- ბ) მუცელი;
- გ) ღუნდულები;
- დ) სახე;
- ე) გულმკერდი;

606. გაყინვის დროს უნდა გავარჩიოთ:

- *ა) რეაქტიულობის წინა პერიოდი და გამწვავების პერიოდი;
- ბ) რეაქტიული პერიოდი;
- გ) გამწვავების პერიოდი;
- დ) რეაქტიულობის წინა პერიოდი;
- ე) აღრეული რეაქციების პერიოდი;

607. რეაქტიულობის წინა პერიოდის კლინიკური სიმპტომებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შეცივება.
- ბ) ანემია;
- *გ) ჰიპერემია და ტკივილი;
- დ) სიფერმკრთალე და ციანოზი;

608. ორგანოებისა და სისხტემების სისხლძარღვების ცვლილებები არის შემდეგი ხარისხის მოყინვის დროს:

- ა) ჩამოთვლილიდან ნებისმიერი ხარისხის დროს.
- ბ) 4 ხარისხის;
- *გ) 3 ხარისხის;
- დ) 2 ხარისხის;
- ე) 1 ხარისხის;

609. ადგილობრივი ტრავმა სიცვიით იწვევს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) სისხლძარღვთა კედლის ელასტიობის დაქვეითება.
- ბ) სისხლძარღვთა ტონუსის დაწვევა;
- *გ) კიდურის სისხლძარღვთა ტონუსის მომატება;
- დ) კიდურებში სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება;

610. ცნობილია, რომ სითბო აჩქარებს სისხლის შეღებვას, სიცივი კი ანელებს მას, მაგრამ ქსოვილების პათოლოგიური მდგომარეობა კრიოტრაუმის შედეგად სცვლის შემადელებელი სისხტემის მდგომარეობას, რომელია გამოიხატება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) პლაზმის ჰეპარინისაღმი გოლერანგობის მომაგება.
- ბ) პლაზმის ჰეპარინისაღმი გოლერანგობის შემცირება;
- *გ) ფიბრინოგენის რაოდენობის შემცირება;
- დ) ფიბრინოგენის რაოდენობის მომაგება;

611. სითბოიზოლაციურ ნახვევს წარმოადგენს:

- ა) სტერილური ბამბა-ლოლბანდის ნახვევი.
- *ბ) სტერილური ბამბა ლოლბანდის ნახვევი პოლიეთილენის ან რეზინის შალითით;
- გ) ბამბა-ლოლბანდის ნახვევი ვაზელინით;
- დ) ბამბა-ლოლბანდის ნახვევი ფურაცლინით;
- ე) სპირტში დასველებული ლოლბანდის ნახვევი;

612. ფორსირებული გათბობა დასაშვებია მოყინვისას, რომელიც:

- *ა) პირველი და მეორე ხარისხის მოყინვას.
- ბ) მესამე ხარისხის მოყინვას;
- გ) მე 4 ხარისხის მოყინვას;
- დ) იწვევს ქსოვილების გაყინვას;

613. მძიმე ხარისხის მოყინვისას ქსოვილების კვლომა ხდება:

- ა) მეხუთე დღე-ღამეს.
- ბ) მეოთხე დღე-ღამეს;
- *გ) მესამე დღე-ღამეს;
- დ) მეორე დღე-ღამეს;
- ე) პირველსავე დღე-ღამეს;

614. მოყინვის კონსერვატული მკურნალობის ამოცანებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ბრძოლა შოკთან და ინტოქსიკაციასთან;
- გ) სისხლის მიმოქცევის აღდგენა;
- დ) ქსოვილთა ტემპერატურის აღდგენა;

615. კრიოტრაუმისას წინა რეაქტიულ პერიოდში პირველი დახმარება მოიცავს:

- *ა) სპირტით დამუშავებას, შემდეგ სითბო იზოლაციური ნახვევების დადებას.
- ბ) სპირტით დამუშავებას;
- გ) ფორსირებულ გათბობას გასათბობი ნათურის ან ფენის საშუალებით;
- დ) მოყინული კიდურის ფორსირებულ გათბობას 40 გრადუსამდე ტემპერატურის წყლის აბაზანაში;
- ე) სწრაფ გათბობას, თოვლით დაბეჭვას;

616. კრიოტრაუმისას ფასციოტომია უნდა გაკეთდეს:

- ა) ამ პერიოდის მეოთხე დღე-ღამეს.
- ბ) ამ პერიოდის მესამე დღე-ღამეს;
- *გ) რეაქტიული პერიოდის მეორე დღე-ღამეს;
- დ) რეაქტიული პერიოდის პირველ დღე-ღამესვე;
- ე) წინარეაქტიულ პერიოდში;

617. კრიოტრაუმისას რეაქტიულ პერიოდში ნეკროტომია უნდა გაკეთდეს:

- ა) მე 14-16 დღე-ღამეს.
- ბ) მერვე-მეათე დღე-ღამეს
- *გ) მეხუთე-მეექვსე დღე-ღამეს;
- დ) მესამე დღე-ღამეს;
- ე) პირველ დღე-ღამეს;

618. სისტემური და ორგანული სისხლის მიმოქცევის ცვლილებებს აღვილი აქვს:

- *ა) მე 3 და მე 4 ხარისხის მოყინვისას
- ბ) მე 4 ხარისხის მოყინვისას;
- გ) მე 3 ხარისხის მოყინვისას;
- დ) მე 2 ხარისხის მოყინვისას;
- ე) 1 ხარისხის მოყინვისას;

619. ფასციოტომიის, ნეკროტომიების, პირველადი ქირურგიული დამუშავების და ამპუტაციის დროს ყველა სახის ადგილობრივი ანესთეზიის უპირატესობას წარმოადგენს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) იძლევა ნაკლებ გართულებებს ვიდრე გაუტკივარების სხვა სახეები;
- გ) იძლევა დაზიანებული ქსოვილების ადგილობრივ გაუტკივარებას, რომელიც ხელსაყრელია ოპერაციის შემდგომი მიმდინარეობისათვის;
- დ) მოითხოვს მცირე მეტერიალურ-ტექნიკურ ხარჯებს;
- ე) მისაწვდომია ქირურგთა ფართო წრისათვის;

620. ფასციოტომია, ნეკრექტომია, პირველადი ამპუტაცია შეიძლება ჩატარდეს:

- *ა) ანესთეზიის ყველა ჩამოთვლილი სახეებით.
- ბ) ინფილტრაციულ და ფერტალურ ანესთეზიაში ვისნევის მეთოდით;
- გ) ძვალშიდა პროლონგირებული, ანტიკოაგულაციური ანესთეზიით;
- დ) ძვალშიდა რეგიონალური ანესთეზიით;
- ე) ინტრავენური რეგიონალური ანესთეზიით;

621. მოყინვის შემდეგ ამპუტაცია და ეგზარტიკულაცია შეიძლება იყოს ყველა ჩამოთვლილი სახის, გარდა:

- *ა) გადავადებული.
- ბ) გვიანი;
- გ) მეორადი;
- დ) პირველადი;

622. ღრმა და ფართე მოყინვის დროს პირველადი ამპუტაცია ტარდება:

- ა) რეაქტიული პერიოდში 3-4 კვირის შემდეგ.
- *ბ) რეაქტიული პერიოდის მეოთხე-მეხუთე დღე-ღამეს;
- გ) რეაქტიული პერიოდის პირველ დღე-ღამეს;
- დ) რეაქტიული პერიოდის პირველ საათებში;
- ე) წინარეაქტიულ პერიოდში, ავადმყოფის მომართვისთანავე;

623. ტაკვის პროთეზირება მოყინვის შემდეგ ითვალისწინებს:

- *ა) ღროებითი საფარჯიშო პროთეზის ხმარებას.
- ბ) პირველ 2,5-3 კვირაში გამზადებულ პროთეზში ტაკვის მიმღები ნაწილის შეცვლას;
- გ) ღროებითი, თაბაშირის ტაკვის მიმღების დამზადებას საოპერაციო მაგიდაზე;
- დ) მუდმივი პროთეზის მომზადებას ამპუტაციისთანავე, საოპერაციო მაგიდაზე;

624. ხელების მოყინვის დროს სიმპაგექტომიის ოპერაცია გულისხმობს:

- ა) მეორე და მესამე კვანძების მოცილებას ორივე მხარეზე.
- ბ) მეორე და მესამე კვანძების მოცილებას საწინააღმდეგო მხარეზე;
- გ) პირველი კვანძის მოცილებას დაზიანების საწინააღმდეგო მხარეზე;
- *დ) დაზიანების მხარეზე მეორე და მესამე კვანძის მოცილებას;

625. მოყინვის გვიანი გართულებებიდან ყველაზე უფრო ხშირია:

- *ა) ართრიტი.
- ბ) ფლეგმონა;
- გ) ლიმფადენიტი
- დ) ოსტეომიელიტი;
- ე) სეფსისი;

626. მოყინვის დროს ფლეგმონის დიაგნოსტიკის შემდეგ საჭიროა ჩავატაროთ:

- ა) ნოვოკაინის ბლოკადა.
- *ბ) ფლეგმონის გაკვეთის ოპერაცია;
- გ) ფლეგმონის პუნქცია;
- დ) მხოლოდ იმობილიზაცია;
- ე) კონსერვატული ანტიბაქტერიული თერაპია;

627. ელექტროდენის ზემოქმედების შედეგად ადგილი აქვს ძვლოვანი ქსოვილის, კუნების, მყესების შემდეგ ცვლილებებს:

- *ა) ყველა აღნიშნული.
- ბ) ძვალში "მარგალიტების" წარმოქმნა;
- გ) კუნების განშრეკება;
- დ) მრავალფრაგმენტოვანი მოტეხილობა;
- ე) დანახშირება;

628. დაზიანების სიმძიმე ელექტროგრაფის დროს დამოკიდებულია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილზე.
- ბ) გარემოზე;
- გ) ქსოვილების წინააღმდეგობაზე;
- დ) დენის სახეზე (ცვლებადი, მუდმივი);
- ე) დენზე და ძაბვაზე;

629. ელექტროდენით დაზიანების დიაგნოსტიკის საფუძველია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის, გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მდგომარეობა;
- გ) გასინჯვა და "დენის ნიშნების" გამოვლენა;
- დ) ავადმყოფის ანამნეზი (თუ გონებაა);
- ე) დამსწრეთა მონაცოლი;

630. ელექტროტრანსმის დროს პირველი დახმარება უნდა ჩატარდეს შემდეგი თანმიმდევრობით: 1. სწრაფი გოსპიტალიზაცია; 2. გულია არაპირდაპირი მასაჟი და ხელოვნური სუნთქვა; 3. ღენის მოქმედებისაგან განთავისუფლება

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

631. ელექტროღენის ადგილობრივი მოქმედება ვლინდება ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომებით, გარდა:

- ა) "ღენის ნიშნების" გაჩენა.
- ბ) ქსოვილების მეტალიზაცია;
- გ) ღენის მოქმედების შედეგად დანახშირებული უბნები;
- დ) ასეთივე ზოლები, მაგრამ დაწოლით ქრება;
- *ე) ხისმაგვარად განშტოებული ჰიპერემიული ზოლები კანზე, რომლებიც დაწოლით არ ქრება;

632. ღენის ნიშნების" კლინიკურ ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) რეაქტიული ჰიპერემია არ არის.
- ბ) ტკივილი ამ უბნებში არ არის;
- *გ) ტკივილი ამ უბნებში;
- დ) კანზე ყვითელი - ჭრელი მცირე უბნები ცენტრში ჩალრმავებით და კიდეებზე მორგვისებური გამსხვილებებით;

633. "ვოლტას" რკალის დროს გემპერატურა არის:

- ა) 10000 გრადუსი ცელსიუსი.
- *ბ) 3000 გრადუსი ცელსიუსი;
- გ) 1000 გრადუსი ცელსიუსი;
- დ) 500 გრადუსი ცელსიუსი;

634. ელექტროდამწვრობა თერმული დამწვრობისაგან განსხვავდება შემდეგი ნიშნებით:

- *ა) ღამიანების უბანში თმის საფარი რჩება და ტკივილი არ არის
- ბ) ტკივილი არ არის;
- გ) თმის საფარი არ რჩება;
- დ) ღამიანების უბანში თმის საფარი რჩება;

635. ელექტროდამწვრობის შედეგად მკვლარი კილურის მოკვეთა ხდება:

- ა) მიღების თანავე.
- *ბ) დემარკაციული ხაზის გაჩენის შემდეგ;
- გ) მესამე-მეხუთე დღე-ღამეს;
- დ) პირველ დღე-ღამეს;

636. ელექტროდამწვრობის გართულებებია ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგია, გარდა:

- ა) ხანგრძლივად შეუხორცებადი გროფიკული წყლულები.
- *ბ) მეორადი სისხლდენა, სისხლძარღვოვანი ქსოვილების გაგლეჯვის გამო;
- გ) ლიმფანგიტი;
- დ) ფლეგმონა;

637. პროგნოზი და გამოსავალი უკეთესია თუ ღენმა ორგანიზმში გაელისას შექმნა:

- ა) არ აქვს მნიშვნელობა.
- ბ) სრული "მარყუქი";
- გ) ზემო "მარყუქი";
- *დ) ქვემო "მარყუქი";

638. ელექტროღენის ადგილობრივი შემოქმედება მოიცავს შემდეგ ცვლილებებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი სწორია.
- ბ) კანზე ხის მაგვარი განსტოებული ზოლების გაჩენა და დაწოლისას მათი გაქრობა;
- გ) კანის "მეტალიზაცია";
- დ) "ღენის ნიშნების" გაჩენა;

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილი დაავადებები

639. თანდაყოლილი კისერმრულობის ეტიოლოგიური ფაქტორია:

- ა) არასწორი სამშობიარო დახმარება,
- ბ) პირველადი ჩასახვის მანკი,
- *გ) დისპლაზია,
- დ) სამშობიარო ტრავმა,

640. კისერმრულობის ხშირი ფორმებია

- ა) ანთებადი
- ბ) რეფლექტორული

- *გ) კუნთოვანი
- დ) ძვლოვანი

641. მარცხენამხრივი კუნთოვანი კისერმრულობის დროს

- ა) ნიკაპი შუა ხაზზეა
- *ბ) ნიკაპი გადახრილია მარჯვნივ
- გ) ნიკაპი გადახრილია მარცხნივ

642. მარჯვენამხრივი კუნთოვანი კისერმრულობის დროს

- ა) ნიკაპი შუა ხაზზეა
- ბ) ნიკაპი გადახრილია მარჯვნივ
- *გ) ნიკაპი გადახრილია მარცხნივ

643. კისერმრულობის კუნთოვანი ფორმის დროს რენტგენოლოგიურად

- ა) მალთა რკალების შეუხორცებლობა
- ბ) მალეების სხეულების სინოსტოზია
- გ) აღინიშნება დამატებითი ნახევარმალა
- *დ) ცვლილებები არ არის

644. ბავშვის სიცოცხლის პირველ კვირებში და თვეებში კისერმრულობის კუნთოვანი ფორმის კონსერვატული მკურნალობა

- *ა) გამწოვი მასაჟი
- ბ) შანცის საყელო
- გ) თავის ფიქსირებული მდგომარეობა

645. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ფიზიოთერაპიული მკურნალობა გულისხმობს

- ა) ყველა ჩამოთვლილს
- *ბ) იონოფორეზს ჰიდროკორტიზონით
- გ) იონიზაციას ქლორიანი კალციუმით
- დ) თერაპიის ულტრა მაღალი სიხშირით

646. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის მედიკამენტოზური მკურნალობა მოიცავს

- *ა) არ არსებობს
- ბ) გიდროკორტიზონის ინექციებს
- გ) ლიდაზის ინექციებს
- დ) მუმიეს გამოყენებას

647. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმალური ასაკია

- ა) 5 წელი
- ბ) 3 წელი
- *გ) 2 წელი
- დ) 1 წელი
- ე) 6 თვე

648. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ყველაზე რაციონალური ოპერაციული ჩარევაა

- ა) მკერდ - ლავიწ - დერილისებრი კუნთის ფუნთა მიოტომია + ალოპლასტიკა
- ბ) გაგენ - გორნის ოპერაცია
- *გ) ზაცეპინის ოპერაცია
- დ) მკერდ - ლავიწ - დერილისებრი კუნთის ფუნთა მიოტომია

649. თანდაყოლილი კისერმრულობის ოპერაციის შემდეგ იმობილიზაცია

- ა) პოლივიკის საყელო
- ბ) შანელის საყელო
- *გ) გამოიყენება თაბაშირის საყელო
- დ) არ გამოიყენება

650. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ იმობილიზაციის ვადაა

- ა) 3 თვე
- *ბ) 2 თვე
- გ) 1 თვე
- დ) 2 კვირა

651. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის (დისპლაზიის). ეტიოლოგიური ფაქტორია

- ა) ცვლითი პროცესების დარღვევა
- ბ) მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის არასწორად განლაგება
- *გ) დისპლაზია
- დ) ტრავმა
- ე) ანთებითი პროცესი

652. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა უხშირესად გვხვდება

- ა) თანაბარი სისშირიჭ ორივე სქესში
- ბ) მამაკაცებში
- *გ) ქალებში

653. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა უფრო ხშირია

- ა) ორმხრივი
- ბ) მარჯვენამხრივი
- *გ) მარცხენამხრივი

654. დისპლაზიის ხარისხის მიხედვით ბარძაყის თავი სასახსრე ფოსოს მიმართ მდებარეობს ყველა ჩამოთვლილი ფორმით, გარდა

- *ა) დისპლაზია
- ბ) ამოვარდნილობა
- გ) ქვეამოვარდნილობა
- დ) ამოვარდნილობის წინა მდებარეობა

655. ბავშვის სიცოცხლის პირველ თვეებში მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის წამყვანი პირობებია

- ა) კილურის გარეთა როგაცია
- *ბ) ბარძაყის განზიდვის შეზღუდვა
- გ) "ტკაცუნი"-ს სიმპტომი
- დ) კანის ნაოჭების ასიმეტრია
- ე) კილურის დამოკლება

656. მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიას უკეთ გამოავლენს რენტგენოლოგიური სქემა

- ა) ომბრელანის
- *ბ) ხილგენრეინერის
- გ) რადულესკუს
- დ) რეინბერგის

657. მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის მკურნალობა იწყება

- ა) 3 თვის და შემდეგ ასაკში.
- ბ) 1-2 თვის ასაკში,
- გ) 1 თვის ასაკში,
- *დ) დაბადებისთანავე.

658. მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის მკურნალობის ყველაზე რაციონალური მეთოდი აღრეულ პერიოდში არის:

- ა) ოპერაციული.
- ბ) ფუნქციური არტაშნები,
- გ) თაბაშირის ნახვევი,
- *დ) კონსერვატიული,

659. 2 წლის ასაკის ბემოთ, ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის სიმპტომებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) დიდი ციბრუტის დგომა რომერ-ნელატონის ხამის ბემოთ,
- გ) ტრენდელბურგის დადებითი სიმპტომი,
- დ) კილურის დამოკლება,
- ე) კოჭლობა,

660. 2 წლის ასაკის ბემოთ მიმანშეწონილია ვიხმართ მენჯბარძაყის სხვადასხვა დისპლაზიის დროს:

- *ა) ოპერაცია (სახსარშიგნითა ან სახსარგარეთა ჩარევა)..
- ბ) კომპრესიულ - დისტრაქციული აპარატები,
- გ) ფუნქციური არტაშნები,
- დ) ლაჭიმვა,
- ე) თაბაშირის ნახვევი,

661. დისპლაზიის (ამოვარდნილობის). დროს მეტ გართულებებს იძლევიან კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგი მეთოდები:

- ა) კომპრესიულ - დისტრაქციული.
- ბ) ფუნქციური,
- *გ) აფუნქციური,
- დ) ლორენცის მეთოდი,

662. დისპლაზიის (ამოვარდნილობის). კონსერვატიული მკურნალობის უხშირესი გართულებებია:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სახსრის კონტრაქტურა, ანკილოზი,
- გ) საჯლოში ნერვის პარეზი,
- *დ) ბარძაყის თავის ასეპტიური ნეკროზი,

663. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობა მოიცავს:

- ა) წყლის პროცედურებს.
- ბ) მასაჟს,
- *გ) სამკურნალო ვარჯიშს,
- დ) ფიზიოთერაპიას,
- ე) კურორტულს,

664. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის მეთოდებია:

- ა) ართროპლასტიკასთან შეთავსებით ოპერაცია.
- ბ) ბარძაყის პროქსიმალურ ნაწილებზე ოპერაცია,
- გ) მენჯის ძვლებზე ოპერაცია,
- *დ) სახსარშიგნითა და სახსარგარეთა,

665. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის სახსარშიდა ოპერაციების გართულებებია:

- ა) სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა.
- ბ) კონტრაქტურა,
- გ) ანკილოზი,
- *დ) ბარძაყის თავის ასეპტიური ნეკროზი,
- ე) რელუქსაცია,

666. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ ინიშნება:

- ა) წყლის პროცედურები.
- ბ) ტალახით მკურნალობა,
- გ) აქტიური ფიზიკური ვარჯიში,
- *დ) პასიური ფიზიკური ვარჯიშები,

667. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ კილურის ლაგვირთვა შეიძლება :

- *ა) 1 წლის შემდეგ.
- ბ) 6 თვის შემდეგ.
- გ) 3 თვის შემდეგ.
- დ) 2 თვის შემდეგ.

668. კვირისტაგის ამოვარდნილობა უფრო ხშირად არის:

- ა) ორმხრივი.
- ბ) მარჯვენამხრივი,
- *გ) მარცხენამხრივი,
- დ) ცალმხრივი,

669. კვირისტაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ეტიოლოგიური ფაქტორია:

- ა) შთამომავლობითი გადაცემა.
- *ბ) დისპლაზია,
- გ) მუხლის სახსრის მიდამოში ანატომიური ლეფექტი,
- დ) განვითარების მანკი,
- ე) პირდაპირი ტრავმა,

670. კვირისტაგის შეცილების ხშირი სახეებია:

- ა) როტაციული.
- ბ) ჰორიზონტალური,
- გ) მედიალური,
- *დ) ლატერალური,

671. კვირისტაგის ამოვარდნილობის სახეებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მუდმივად არსებული,
- გ) რეციდიული,
- დ) ჩვეული,

672. კვირისტაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის დროს გვხვდება თანდაყოლილი მანკები:

- ა) ჰიპერტროფიზმი.
- *ბ) მალეების რკალების შეუხორცებლობა,
- გ) ბარძაყის ყელის ვალგუსური ლეფორმაცია,
- დ) ტერფმრუდობა,
- ე) ბრტყელ - ვალგუსური ტერფი,

673. კვირისტაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობის (მასაჟი, სამკურნალო ვარჯიში, ტუტორი, კუნთების ელექტროსტიმულაცია). შედეგები შეფასდება, როგორც:

- ა) გართულება,
- ბ) გაუარესება,
- გ) გაუმჯობესება (მნიშვნელოვანი).

*დ) არსებითი გაუმჯობესების გარეშე,

674. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის ოპტიმალური ასაკია:

ა) 10 წლის შემდეგ.

ბ) 7 წელი,

*გ) 5 წელი,

დ) 3 წელი,

675. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის დროს მიმართავენ ოპერაციებს:

*ა) შერეულ ჩარევებს.

ბ) კუნთ - მყესოვან აპარატზე,

გ) სახსარზე,

დ) ძვლებზე,

676. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის დროს ოპერაციის შემდგომი იმობილიზაციისათვის მიმართავენ:

ა) იმობილიზაცია საჭირო არ არის,

ბ) ბელერის არგაშანს,

*გ) თაბაშირის უკანა ლონგეცს,

დ) ნახევრის საზარულამდე (წრიულს),,

ე) თაბაშირის კოქსიგურ ნახევრს,

677. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ იმობილიზაციის ვადებია:

ა) 2 თვე.

ბ) 1.5 თვე,

*გ) 4 კვირა,

დ) 3 კვირა,

678. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ რეაბილიტაცია მოიცავს:

*ა) ყველა ჩამოთვლილს.

ბ) ელექტრომკურნალობას,

გ) მასაჟს,

დ) სამკურნალო ვარჯიშებს,

679. კვირისგაგის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ მუხლის სახსარში მოძრაობის სრული აღდგენა ხდება:

ა) 1 წლის შემდეგ.

ბ) ნახევარი წლის შემდეგ.

გ) 3 თვის შემდეგ.

*დ) 2 თვის შემდეგ.

ე) 1 თვის შემდეგ.

680. თანდაყოლილი გერფმრულობის ეგიოლოგიური ფაქტორია:

ა) პოლიომიელიტის გადატანა მუცლადყოფნის პერიოდში.

*ბ) დისპლაზია,

გ) სამშობიარო ტრავმა,

დ) ტრავმა მუცლად ყოფნის პერიოდში,

ე) პირველადი ჩასახვის მანკი,

681. გერფმრულობის ძირითადი სიმპტომებია:

ა) გერფის წინა ნაწილის მოზიდვა.

*ბ) გერფის ვარუსი,

გ) გერფის ვალგუსი,

დ) გერფის ექსკავატუსი,

ე) გერფის ექვინური,

682. გერფმრულობის გამო ავადმყოფი სიარულის დროს:

*ა) გვირთავს გერფის გარეთა კიდეს.

ბ) გვირთავს გერფის შიგნითა კიდეს,

გ) დადის "ფეხისფეხზე" გაღაღმით,

დ) არ კოჭლობს,

ე) კოჭლობს,

683. გერფმრულობის კონსერვატულ მკურნალობას იწყებენ:

ა) 1 წლის ასაკში.

ბ) 3 თვის შემდეგ.

გ) 1 თვის შემდეგ.

*დ) დაბადებისთანავე.

684. გერმრულობის კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) თაბაშირის ნახვევები,
- გ) რელრესაცია,
- დ) მასაჟი და სამკურნალო ვარჯიში,
- ე) რბილი შეხვევები და სამკურნალო ვარჯიშები,

685. გერმრულობის კონსერვატიულ მკურნალობას აგრძელებენ:

- ა) გერმრულობის კომპონენტების გასწორებამდე.
- ბ) 5 წლამდე,
- გ) 2.5 - 3 წლამდე,
- *დ) 1 წლამდე,
- ე) 6 თვემდე,

686. თანდაყოლილი გერმრულობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ თაბაშირით იმობილიზაცია გრძელდება:

- ა) 1 წლამდე.
- *ბ) 6 თვის,
- გ) 3 თვის,
- დ) 2 თვის,
- ე) 1 თვის,

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის შექმნილი დაავადებები

687. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) პოსტინფექციური;
- გ) პირველადად ქრონიკული;
- დ) ქრონიკული;
- ე) მწვავე;

688. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) თანაბარი სიხშირით ყველა ასაკოვან ჯგუფში.
- ბ) მოზრდილებში;
- გ) მოზარდებში;
- *დ) ბავშვებში;

689. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი უფრო ხშირია:

- ა) თანაბარი სიხშირით ორივე სქესში.
- ბ) გოგონებში;
- *გ) ბიჭებში;

690. მწვავე ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დაწყებას ახასიათებს:

- *ა) ყველა აღნიშნული.
- ბ) ედრის მომატება
- გ) მაღალი ტემპერატურა
- დ) რეაქტიული ართრიტი;
- ე) ძლიერი ტკივილი და ტკივილის გამო კონტრაქტურები;

691. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ოსტეოპოროზი;
- გ) პერიოსტეუმის დაშრევა (ბოლქვისებური პერიოსტიტი);
- დ) პერიოსტული ძვალწარმოქმნა და ეგზოფიგური ნაზარდები;
- ე) რბილი ქსოვილების ადგილობრივად გასქელება;

692. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის მკურნალობის პრინციპებს წარმოადგენს შემოქმედება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილზე.
- ბ) მოსვენების მისაღებად;
- გ) ორგანიზმის იმუნიტეტზე;
- დ) დაავადების გამოწვევზე;
- ე) ანთებით კერაზე;

693. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის ოპერაციული მკურნალობა მოიცავს შემდეგს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს ჩვენებებით.
- ბ) სახსრის რეპეტიციას;
- გ) ნეკროსექვესტროექტომის და ძვლოვან პლასტიკას;
- დ) ძვალშიდა გამოორეცხვას.

694. კორტიკალურ აბსცესს ახასიათებს:

- ა) ცირკულარული სეკვესტრი.
- ბ) ლულოვანი სეკვესტრი;
- გ) შეღწევალი სეკვესტრი;
- დ) ცენტრალური სეკვესტრი;
- *ე) ქერქოვანი სეკვესტრი.

695. სუბპერიოსტულ აბსცესს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) კალმანის სამკუთხედი (წინაპრის სიმპტომი)
- გ) ნემსისებური პერიოსტიტი (ღეროები მესერის სახით)
- დ) პერიოსტეუმის გასქელება;
- ე) ალგილობრივი გემპერაგურა და ჭვალისმაგვარი ტკივილი.

696. ქრონიკული პოსტტრავმული ოსტეომიელიტის დიაგნოზის დასმა შეიძლება შემდეგი მონაცემების საფუძველზე:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ტრავმა ანამნეზში;
- გ) რეციდიული მიმდინარეობა;
- დ) ძელის სეკვესტრი;
- ე) ჩირქოვანი ფისგულა;

697. ქრონიკული პოსტტრავმული ოსტეომიელიტი უნდა განვასხვაოთ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილისაგან.
- ბ) ოსტეოგენურ სარკომისაგან;
- გ) ძელის ექინოკოკისაგან;
- დ) ბროლის აბსცესის და გარეს მასკლეროზირებად ოსტეომიელიტისაგან;
- ე) პოსტტრავმულ პერიოსტიტისაგან;

698. გარეს ოსტეომიელიტი (ქრონიკული, გარეს მასკლეროზირებადი ოსტეომიელიტი) დიაგნოსტიკურად შეიძლება ნიშნებით:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ძელის ტინის არხის სხვადასხვა უბნის ობლიტერაცია;
- გ) ღუნე მიმდინარეობა;
- დ) ჰექტიკური გემპერაგურა და ღამის ტკივილები;
- ე) გრძელი ლულოვანი ძელის (უხშირესად დიდი წვივის ძელის) თითისგარისებური გასქელება;

699. ქრონიკული პოსტტრავმული ოსტეომიელიტის კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ჰორმონოთერაპია;
- გ) პიროგენული თერაპია;
- დ) იმუნოთერაპია;
- ე) ანტიმიკრობული თერაპია;

700. ქრონიკული პოსტტრავმული ოსტეომიელიტის ოპორაციული მკურნალობის მეთოდებია:

- ა) ძელის სეგმენტური რეზექცია.
- ბ) ძელოვანი პლასტიკა;
- გ) მეტალოოსტეოსინთეზი;
- *დ) სეკვესტრექტომია;
- ე) ძელის პერფორაცია;

701. ქრონიკულმა პოსტტრავმულმა ოსტეომიელიტმა შეიძლება გამოიწვიოს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) პროტეისის გააფთვისებინება;
- გ) სეფსისი და ფლეგმონები;
- დ) ქრონიკული ოსტეომიელიტის რეციდივი;
- ე) პარენქიმული ორგანოების ამილოიდოზი;

702. ქრონიკულ ცელხლნასროლ ოსტეომიელიტს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) რეციდივი;
- გ) ძელის სეკვესტრი;
- დ) ჩირქოვანი ფისგულა;
- ე) ცეცხლნასროლი ღამიანება;

703. ქრონიკული ცეცხლნასროლი ოსტეომიელიტის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ოსტეოსკლეროზის ფონზე ჯანმრთელი ძელის ოსტეოპოროზი;
- გ) გრანულაციური ქსოვილით გარშემოცემული სეკვესტრალური კოლოფი;
- დ) ძელის სისქის და სიმკვრივის მომაგება;

ე) ოსტეოსკლეროზი ოსტეოპოროზის ფონზე;

704. ნევროპათიურ ართრიტებს მიეკუთვნებიან:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) დისტროფიული ცვლილებები გაფანტული სკლეროზის დროს;
- გ) სახსრების სირინგომიელური დაზიანება;
- დ) ტაბესური ართრიტები;
- ე) „წითელას“ მსგავსი ართრიტები;

705. ტაბესურ ართროპათიებს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მგრძობელობის დარღვევა;
- გ) პარაარტიკულარული ჩაკირვები;
- დ) მოლაყლაყე სახსრები;
- ე) უეცარი დასაწყისი, უხვი გამონაჟონი და სუბფებრილური გემპერატურა;

706. სილინგომიელური ართროპათიებისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ყველა აღნიშნული.
- ბ) მტენის „ბრჭყალისებული“ თითები.
- გ) ძელის სასახსრე ბოლოების დესტრუქცია;
- დ) ანალგეზიები;
- ე) ზემო კიდურის კუნთების ატროფია;

707. გაფანტული სკლეროზის დროს აღინიშნება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მგრძობელობის დარღვევა - პარესტეზიები, ტკივილი;
- გ) ვესტიბულარული დარღვევები - თავბრუსხვევა, გულისრევა;
- დ) დაავადების დასაწყისში - ქვემო კიდურების დაღლილობა დაღლილობა ბოლოს;
- ე) შარკოსტრიალა - ნისტაგმი, ინტენციური კანკალი, სკანირებული მეტყველება;

708. სახსრების ჰემოფილური დაზიანების დროს აღინიშნება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ქრონიკული ართრიტები;
- გ) სისხლჩაქცევები სახსრებში;
- დ) ბავშვების დაზიანება;
- ე) სისხლის შედელების დაქვეითება;

709. კაშინ-ბეკის დაავადებას ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სახსრების დეფორმაცია და მოძრაობის გაძნელება;
- გ) სიმეტრიულობა და პროგრესირება;
- დ) ენდემიურობა და გაურკვეველი ეტიოლოგია;
- ე) დამამახინჯებელი პოლიპონდროოსტეო ართროზი;

710. კაშინ-ბეკის დაავადების ან მადეფორმირებელი ენდემიური ოსტეოართროზის მესამე სტადიას ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ურეტრიტი;
- გ) პარათირეოიდული ჯირკვლების ფუნქციის უკმარისობა;
- დ) მოძრაობის შემლუღვა მუხლის და კოჭ-წვივის სახსრებში, მოძრაობის გაძნელება თითების სახსრებში, ხერხემლის წელის ნაწილის ლორღოზი;
- ე) მოკლე ტერფები (დათვის თათები) და იხვისებური სიარული;

711. ბროდის აბსცესის დროს (შემოფარგლული ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი) აღინიშნება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ღამის ტკივილები და გემპოერატურის მომატება;
- გ) მრავალწლიანი მიმდინარეობა;
- დ) ღიდი წვივის, სხივის და სხვა ძვლების ეპიფიზების დაზიანება;
- ე) ძელის სოლიტარული აბსცესი, პერიოსტეუმის გასქელება, გარშემოუბნების სკლეროზით და ცენტრში სეკესტრით;

712. დახურული და ღია მოგეხილობების ძირითადი გართულებებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ტრავმული ოსტეომიელიტი;
- გ) ყალბი სახსარი;
- დ) შეუხორცებლობა;
- ე) არასწორი შეხორცება;

713. მოგეხილობის კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ ყალბი სახსრის განვითარების მიზეზებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.

- ბ) არასრულფასოვანი კვება;
- გ) ფრაგმენტებს შორის ინტერპოზიცია ან დიასტაზი;
- დ) ფრაგმენტების არასრული რეპოზიცია;
- ე) არასაკმარისი და ხშირად ცვლადი ფიქსაცია;

714. მოგეხილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ ყალბი სახსრის განვითარების მიზეზებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ინფექციური გართულება;
- გ) ოპერაციის ჩვენებების გაფართოება;
- დ) ოსტეოსინთეზის ტექნიკის დარღვევა;
- ე) ოსტეოსინთეზის არაადეკვატური მეთოდი;

715. ყალბი სახსრის განვითარებას წინ უსწრებს:

- ა) ძვლის პირველადი შეხორცება.
- ბ) ჭარბი ძვალთწარმოქმნა;
- *გ) შეუხორცებელი მოგეხილობა;
- დ) შენელებული ძვალწარმოქმნა;
- ე) ახალი მოგეხილობა;

716. ყალბი სახსრის რენგგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი
- ბ) ძვლოვანი კორძის ჰიპერთროპია;
- *გ) სასახსრე გელაპირის ფორმირება;
- დ) ძვლის გვინის არხის დახურვა;
- ე) ფრაგმენტთა ოსტეოპოროზი;

717. ყალბი სახსრების სამკურნალოდ გამოიყენება:

- ა) ენდოპროტეზირება.
- ბ) ბალნეოთერაპია;
- *გ) კომპრესულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი;
- დ) ძვალშიდა ოსტეოსინთეზი;
- ე) ძვლოვანი პლასტიკა;

718. შეძენილი ძვლოვანი დეფექტი შეიძლება ჩამოყალიბდეს:

- *ა) ყოველივე ჩამოთვლილით.
- ბ) სხივური თერაპიის შედეგად;
- გ) დახურული მოგეხილობის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ;
- დ) ღია მოგეხილობის შედეგად;
- ე) ცეცხლნასროლი დაზიანების შედეგად;

719. ძვლოვანი დეფექტების სამკურნალოდ გამოიყენება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ილიზაროვის ოპერაცია;
- გ) ჰანას ოპერაცია;
- დ) კანძვლოვანი აუტოპლასტიკა სისხლძარღვოვან ფეხზე;
- ე) ძვლოვანი პლასტიკა;

720. „მოლაყლაყ“ სახსრებს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) კიდურის ფუნქციის დაკარგვა;
- გ) ფრაგმენტების ბოლოების გათხელება და შეცვლა;
- დ) ყალბი სახსარი-ძვლოვანი ნივთიერების დაკარგვით;

721. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობა ვითარდება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილის შედეგად.
- ბ) ნევროგენული ართროპათიისას;
- გ) სხივური დაზიანების შედეგად;
- დ) სიმსივნურიო პროცესის შედეგად;
- ე) ძვალ-სახსართა ტუმბერკულობის და ოსტეომიელიტის შედეგად;

722. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობის დიაგნოზის საფუძვლებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი ნიშნები.
- ბ) ანამნეზური მონაცემები;
- გ) ტრენდელბურგის დაღებითი სიმპტომი;
- დ) კიდურის საყრდენი ფუნქციის დარღვევა;
- ე) სახსრის არეში მტკივნეული სინდრომი;

723. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობის რენგგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სტრუქტურული ცვლილებების და მენჯ-ბარძაყის სახსარში ძვლების შეფარდების თანდართვა;
- გ) დაავადების დამამძიმებელი ანამნეზი;
- დ) მენჯ-ბარძაყის სახსარში ძვლების გოპოგრაფიული შეფარდების დარღვევა;
- ე) სტრუქტურული ცვლილებები ბარძაყის თავის და გაბუხის ფოსოს ძვლებში;

724. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობის მკურნალობის ხასიათი დაკავშირებულია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილთან.
- ბ) ექიმების შესაძლებლობებთან;
- გ) ავადმყოფის ასაკთან, მდგომარეობასთან, დაავადების ხანგრძლივობასთან;
- დ) ძვლოვანი ცვლილებების ხასიათთან და ლოკალიზაციასთან;
- ე) დაავადებასთან, რომელმაც გამოიწვია ამოვარდნილობა;

725. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) პროთეზირებას;
- გ) ე.წ. ფუნქციონალურ მკურნალობას სამკურნალო ფიზკულტურის, მასაჟის და ბალნეოთერაპიის ჩათვლით;
- დ) ანტიბიოტიკოთერაპიას და ქიმიოთერაპიას;
- ე) მოსვენებას და იმობილიზაციას;

726. შეძენილი "კოკსა ვარა"-ს დროს გარდება:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სახსრის განგვირთვა, ორთოპედიული ფეხსაცმელის გარება;
- გ) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროლეში და ართროპლასტიკა;
- დ) კონსერვატიული მკურნალობა;
- *ე) ბარძაყის მავალგიზირებელი ოსტეოტომია;

727. შეძენილი "კოკსა-ვალგა"-დროს გარდება:

- ა) კონსერვატიული მკურნალობა და სახსრის განგვირთვა.
- ბ) ორთოპედიული ფეხსაცმელის გარება;
- გ) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროლეში;
- *დ) მავარიზებელი ოსტეოტომია;

728. "კოკსა-ვარა"-ს მიზეზებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ბარძაყის ციბრუქტევედა და ღიაფიზის ზონის დაზიანება;
- გ) ბარძაყის ციბრუტების ზონის დაზიანება;
- დ) ბარძაყის ყელის დაზიანება;
- ე) ბარძაყის თავის და ეპიფიზის დაზიანება;

729. შეძენილი "კოკსა ვარა"-ს მიზეზებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მინერალური ცვლის დარღვევა;
- გ) ტრავმა;
- დ) სპეციფიური და არასპეციფიური ინფექცია;
- ე) დისპლაზიური პროცესი;

730. მოგვაცუნე მენჯ-ბარძაყის სახსრის დიაგნოზი დგინდება:

- ა) რენტგენოგრაფიაზე მენჯ-ბარძაყის სახსრის ნორმალური სტრუქტურით.
- ბ) ორმხრივი დაზიანებით;
- გ) სიარულის დროს ბარძაყის არეში ხმაური;
- დ) ბარძაყის განიერი ფასციის გამკვრივებით;
- *ე) აქტიური მოხრის და შიგნითა როტაციის დროს მოგვაცუნე ბარძაყის არსებობით;

731. მენისკის კისკის მკურნალობის დროს იყენებენ:

- ა) მენისკოტომიას.
- *ბ) მენისკექტომიას;
- გ) მენისკის პუნქციას;
- დ) სახსრის იმობილიზაციას;
- ე) ფიზიოთერაპიას;

732. მედიოპაგელარული იოგის სინდრომს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ბარძაყის და დიდი წვივის ძვლების როკების რენტგენოლოგიურად გამოხატული რემორბცია;
- გ) მტკივნეულობა იოგის მიმაგრების ადგილებში;
- დ) მუხლის სახსრის შიგნითა არასტაბილურობა;
- ე) წვივის გარეთა ჰიპერაბლუქცია და ბარძაყის კუნთების ჰიპოტროფია;

733. კვირისგავის ჩვეული ამოვარდნილობას ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ამოვარდნილობის რეციდივი, ჩვეული და მუდმივი ამოვარდნილობა;
- გ) ოთხთავა კუნთის ლაგერალური ნაწილის დაჭიმვა;
- დ) კვირისგავის შიგნითა შეღებვის სიმცირე;
- ე) კვირისგავის ლაგერალური ცლომა;

734. კვირისგავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის სამკურნალოდ იყენებენ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) რუ-ფრილლანდ-ვოლკოვის ოპერაციას;
- გ) კემპბელის ოპერაციას;
- დ) ფრილლანდის ოპერაციას;
- ე) კროგიუსის ოპერაციას;

735. ჰოფას დაავადება დიაგნოსტიკურად:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ტკივილით მწოლიარე მდგომარეობაში გაშლილი კიდეურის გერფზე გეწოლისას;
- გ) მუხლის სახსრის ბლოკადით;
- დ) ქრონიკული მიმდინარეობით;
- ე) მუხლის სახსრის ცხიმოვანი ნაოჭების ჰიპერპლაზიით;

736. ჰოფას დაავადების მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ფერმენტების შეყვანას და ლაზეროთერაპიას;
- გ) ცხიმოვანი სხეულების და ნაოჭების ამოკვეთას;
- დ) ხანგრძლივ იმობილიზაციას;
- ე) ფიზიოთერაპიას;

737. სახსრების ხონდრომატოზს ახასიათებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სახსრის ბლოკადა;
- გ) ძვალ-ხრტილოვანი ჩხლილები რენტგენოგრაფიაზე;
- დ) სინოვიტი;
- ე) პალპირებადი და მოძრავი წარმონაქმნები სახსარში;

738. მენჯ-ბარძაყის სახსრის მალეფორმირებული ართროზის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობა (ანგეტროსისის დიდი კუთხე, დიდი ყელ-დიაფიზური კუთხე, ფოსოს განუვითარებლობა).
- ბ) გაღაგანილი ეპიფიზიოლიზი;
- გ) ანთებითი პროცესი;
- დ) თანდაყოლილი ამოვარდნილობა;
- ე) მენჯ-ბარძაყის სახსრის გრავმა (ბარძაყის ამოვარდნილობა, გაბუსის ფოსოს ზედა ან უკანა კიდის მოგეხილობა);

739. მალეფორმირებული ართროზის პათოგენეზის ყველაზე გავრცელებული თეორიაა:

- *ა) ვასკულარული თეორია და პაულსის ბიოქიმიური თეორია
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი;
- გ) ნეიროგროფიული თეორია;
- დ) პაულსის ბიოქიმიური თეორია;
- ე) ვასკულარული თეორია;

740. მენჯ-ბარძაყის სახსრის მალეფორმირებული ართროზის ადრეული კლინიკური სიმპტომებია:

- ა) სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა.
- ბ) კიდეურის დამოკლება;
- გ) მოზიდვითი-მოხრითი კონტრაქტურა;
- დ) ტკივილი ბარძაყის ქვემო მესამეღში და მუხლის სახსრის არეში;
- *ე) ტკივილი მენჯ-ბარძაყის სახსრის არეში;

741. კოკსართროზი დიფერენცირდება შემდეგი დაავადებებისაგან:

- ა) საკროილეიტი.
- *ბ) ოსტეოქონდროზი ფესობრივი სინდრომით;
- გ) ბებგერევის დაავადება;
- დ) ტუბერკულოზი;
- ე) რეუმატოიდული პოლიართრიტი;

742. კოკსართროზის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სახსრის ყველაზე უფრო დაგვირგობილი არეში თავის და ფოსოს სუბქონდრალური უბნების სკლეროზი;
- გ) ძვლოვანი წანაზარღები სახსრის გარშემო;
- დ) ლეგენერაციული კისტა ბარძაყის თავში და გაბუსის ფოსოს სახურავში;

ე) სასახსრე ნაპრაღის შევიწროება;

743. სახსრის არეში რადიონუკლეიდური გამოკვლევის დროს II და III ხარისხის ართროზის დროს აღინიშნება:

ა) კანონზომიერება არ ვლინდება.

ბ) კონცენტრაცია არ განსხვავდება ჯანმრთელი სახსრისაგან და ძელის მეზობელი უბნისაგან;

*გ) რადიოფარმარეპარაგის დაგროვების შემცირება;

დ) ტექნიციის პიროფოსფატის დაგროვების მომატება;

744. კოქსართროზის კონსერვატული მკურნალობის ძირითადი ამოცანაა:

ა) კიღურის დამოკლების კომპენსაცია.

*ბ) მტკუნეული სინდრომის მოხსნა;

გ) მოძრაობის სიფართის მომატება;

დ) სახსრის კონტრაქტურის მოცილება;

745. კომპლექსური კონსერვატული მკურნალობა მრავალი წლის განმავლობაში ნაჩვენებია:

*ა) ილიოპათიური კოქსართროზის დროს; დისპლაზიური კოქსართროზის დროს; პოსტტრავმული კოქსართროზის დროს;

ბ) ბარძაყის თავის ასეპტიური ნეკროზის ნარჩენი მოვლენების დროს;

გ) პოსტტრავმული კოქსართროზის დროს;

დ) დისპლაზიური კოქსართროზის დროს;

ე) ილიოპათიური კოქსართროზის დროს;

746. I და II სტადიის დროს ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია:

ა) ბარძაყის თავის ასეპტიური ნეკროზის ნარჩენი მოვლენების დროს.

ბ) პოსტტრავმული კოქსართროზის დროს;

*გ) დისპლაზიური კოქსართროზის დროს;

დ) ილიოპათიური კოქსართროზის დროს;

747. კოქსართროზის ოპერაციული მკურნალობის ძირითადი ჩვენებაა:

ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) როტაციული მოძრაობის შეზღუდვა;

გ) I და II ხარისხის დისპლაზიური კოქსართროზი;

დ) რემისიის ხანმოკლე პერიოდები;

*ე) კონსერვატული მკურნალობის უეფექტობა;

748. არჩევითი ოპერაცია II ხარისხის ილიოპათიური კოქსართროზის დროს არის:

ა) ართროპლასტიკა.

ბ) ენდოპროთეზირება;

*გ) მაკ-მარეის ოპერაცია;

დ) მავარიმბეული ოსტეოტომია პაულისის მიხედვით;

ე) ფოსის ოპერაცია;

749. III სტადიის ორმხრივი კოქსართროზის დროს უმჯობესია:

ა) გაკეთდეს ორივე მხარეს ფოსის ოპერაცია.

*ბ) ჯერ გაკეთდეს ენდოპროთეზირების ოპერაცია ერთ მხარეს და კარგი შედეგის შემთხვევაში გაკეთდეს მეორე სახსრის ენდოპროთეზირება;

გ) არ გაკეთდეს ოპერაცია ორივე მხარეს;

დ) მაკ-მარეის ოპერაცია ორივე მხარეს;

ე) ორმხრივი ენდოპროთეზირება;

750. 18-25 წლის ახალგაზრდა ქალებისათვის II სტადიის დისპლაზიური კოქსართროზის დროს ნაჩვენებია:

ა) სახსრის ართროლეზი.

ბ) სახსრის ენდოპროთეზირება;

გ) ოსტეოტომია ჰიარისის მიხედვით;

დ) ბარძაყის დეგორსიული-მავარიმბეული ოსტეოტომია;

*ე) ოპერაცია მენჯ-ბარძაყის სახსარზე მაკ-მარეის მიხედვით;

751. მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიური ართროზის დროს მოზარდებში, როდესაც ტაბუხის ფოსოს სახურავი განუვითარებელია, ნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი ოპერაცია, გარდა:

ა) ოსტეოტომია ჰიარისის მიხედვით.

*ბ) ოსტეოტომია სოლგერის მიხედვით;

გ) მხოლოდ დეგორსიული-მავარიმბეული ოსტეოტომია;

დ) თედოს ძელის ფრთისაგან სახურავის შექმნა კუნთოვან ფეხზე;

ე) კონსერვატული თერაპია;

752. II სტადიის ილიოპათიური კოქსართროზის დროს მაკ-მარეის ოპერაციით ოსტეოტომიის მიხედვით სასურველი ეფექტის მიღწევა ხდება:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) სახსარზე დაგვირთვის ფართობის შეცვლით;

- გ) სახსარში მოძრაობის სიფართის შეცვლით;
- დ) სახსრის ბიომექანიკის შეცვლით, სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებით და სახსარზე დაწოლის შემცირებით ბარძაყის მეღიალიზაციის ხარჯზე;
- ე) ბარძაყის თავის საუკეთესო ცენტრაციით;

753. ციბრუტაშორის ოსტეოტომის შემდეგ ფრაგმენტების ფიქსაციისათვის ყველაზე მისაღებია:

- ა) მხოლოდ თაბაშირით იმობილიზაცია.
- ბ) ?-მაგვარი ფირფიტა;
- *გ) ტროცენკო-ნუქლინის ფირფიტა;
- დ) სივამის შტაპორი;
- ე) ხარკოვის ფიქსატორი;

754. 50 წლის ავადმყოფს ორმხრივი III სტადიის კოკსართროზით, მკვეთრი მტკივნეული სინდრომით და მოძრაობის შეზღუდვით მენჯ-ბარძაყის სახსრებში (მოზიღვითი-მოხრითი კონტრაქტურა საგიტალურ სიბრტყეში 160-100 გრადუსი ფარგლებში, როტაციული მოძრაობები არ არის, ბარძაყების განზიდვა არ არის) რენტგენოგრაფიაზე სასახრე ნაპრალი ოღნავშიმჩნევა, თავები სკლეროზირებულია, ტაბუხის ფოსტების სახურავები სკლეროზირებულია რადიონუკლეოიდური გამოკვლევით აღინიშნება რადიოფარმ პრეპარატის შემცირება ორივე მენჯ-ბარძაყის სახსარში. ნაჩვენებია:

- ა) მაკ-მარეის ოპერაცია ორივე მხარეს.
- *ბ) ორმხრივი ენდოპროთეზირება.
- გ) ერთმხარეს ენდოპროთეზირება ორპოლუსიანი პროთეზით, მეორე ეტაპად-მეორე სახსრის ართროლემირება;
- დ) ორივე მხარეს ართროლასტიკა;
- ე) წელიწადში 2-ჯერ რეგულარული კონსერვატული თერაპია ტალახით მკურნალობის ჩათვლით;

755. 21 წლის ავადმყოფ ქალს I, II ხარისხის მარჯვენამხრივი დისპლაზიური კოკსართროზით აქვს ტკივილი მენჯ-ბარძაყის სახსრის არეში ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, ხანგრძლივი სიარულის შემდეგ, როტაციული მოძრაობები შეზღუდულია. მიზიდვა და განზიდვა არ არის შემზღუდული. საგიტალურ სიბრტყეში მოძრაობის სიფართე სრულია. რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება ფოსტის და თავის სუბქონდრალური უბნების სკლეროზი ყველაზე მეტი დატვირთვის არეში. ფოსტა პატარა, სახურავი განუვითარებულია, თავის საფარის ლეფიციტია. ნაჩვენებია:

- *ა) ციბრუტქველა ლეტორსიული ოსტეოტომია და ოსტეოტომია ჰიარის მიხედვით.
- ბ) ოსტეოტომია ჰიარის მიხედვით;
- გ) მაკ-მარეის ოპერაცია;
- დ) ფოსტის ოპერაცია;
- ე) კონსერვატული თერაპია-ულტრაბგერა ჰილოკორტიკონით, მასაჟი, სამკურნალო ვარჯიში, ტალახით მკურნალობა;

756. 50 წლის ავადმყოფს მარცხენამხრივი II სტადიის ილიოპათიური კოკსართროზით აქვს ტკივილი სიარულის დროს, დღის ბოლოს, ფუნქციური დატვირთვის შემდეგ. შეზღუდულია როტაციული მოძრაობა, ბარძაყის განზიდვა, აქვს მოზიღვითი-მახრითი კონტრაქტურა. რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება ბარძაყის თავის კარგი ცენტრაცია, ფოსტა კარგია, თავის საფარის ლეფიციტია არ არის. სასახრე ნაპრალი შევიწროებულია, სახურავის არეში რეაქტიული წანაზარღებია, ბარძაყის თავში ლეგენერაციული კისტა ნაჩვენებია:

- ა) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირება.
- ბ) ციბრუტქველა ოსტეოტომია პაულისის მიხედვით;
- *გ) მაკ-მარეის ოპერაცია;
- დ) ოპერაცია ბრანტეს-ფოსტის მიხედვით;
- ე) კონსერვატული თერაპია;

757. მუხლის მალეფორმირებელი ართროზის ყველაზე ხშირი მიზეზია:ა). მუხლის სახსარის გრაფმა-სახსარშილა მოტეხილობაში, ბარძაყის, წვივის არასწორად შეხორცეული მოტეხილობები, მუხლის სახსრის მენისკების და იოგების დამიანება, წვივის ამოვარღნილობები:

- ა) ინვოლუციური პროცესი.
- ბ) ანთებითი პროცესი;
- გ) კენიგის დაავადება;
- *დ) კვირისგავის თანდაყოლილი ამოვარღნილობა;

758. მუხლის მალეფორმირებელი ართროზის პათოგენეზის თეორიებია:

- *ა) სასახრე ხრტილის მიკრო-მაკროტრაფმატიზაციის.
- ბ) მქანო-ფუნქციური;
- გ) ვასკულარული თეორია;

759. მუხლის მალეფორმირებელი ართროზის ძირითადი კლინიკური ნეშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) მუხლის ვირუსული ან ვალგუსური ლეფორმაცია;
- გ) ტკაცუნი სახსარში მოძრაობის დროს;
- დ) მოძრაობის შეზღუდვა;
- ე) ტკივილი მუხლის არესი;

760. მუხლის მალეფორმირებელი ართროზი ლეფერენცირდება:

- ა) ყველა ჩამოთვლილთან.
- ბ) გონორეულ ართრიტთან;
- გ) ტუბერკულოზურ გონიგთან;
- *დ) რევმატიკულ პოლიარტრიტთან;

761. მუხლის მაღეფორმირებელი ართროზის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) დიდი წვივის სასახსრე მელაპირების გაბრკელება, ვირუსული ან ვალგუსური დეფორმაცია;
- გ) დეგენერაციული კისტები ეპიფიზეზში;
- დ) ძვლოვანი წანაზარდები სახსრის გარშემო;
- ე) სასახსრე ნაპრალის შევიწროება;

762. მუხლის II-III სტადიის ართროზის დროს მუხლის რადიონუკლიდური გამოკვლევა ავლენს:

- ა) მეთოდი არ გამოიყენება.
- ბ) მეთოდი არ იძლევა დამატებით ინფორმაციას;
- გ) კონტენტრაცია იგივეა რაც ჯანმრთელ სახსარსი და ძვლის მეზობელ უბანში;
- *დ) რადიოფარმპრეპარატის დაგროვების შემცირება;
- ე) რადიოფარმპრეპარატის დაგროვების მომატება;

763. მუხლის დეფორმირებული ართროზის კონსერვატიული მკურნალობის ჩვენებაა:

- ა) III სტადიის დაზიანება.
- ბ) II სტადიის დაზიანება;
- *გ) I სტადიის დაზიანება;

764. მუხლის დეფორმირებული ართროზის ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) გამოხატული პატელო-ფემორალური ართროზი;
- გ) ართროზი ვირუსული ან ვალგუსური დეფორმაციით;
- დ) რემისიის მოკლე პერიოდები;
- ე) კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობა;

765. II-III ხარისხის პატელო-ფემორალური ართროზის დროს არჩევითი ოპერაცია არის:

- ა) მუხლის ართროპლასტიკა.
- *ბ) ბანლის ოპერაცია;
- გ) მუხლის ართროლემი;
- დ) მუხლის ენდოპროთეზირება;
- ე) კვირისტაგის ამოკვეთა;

766. მუხლის II-III სტადიის მაღეფორმირებელი ართროზის ყველაზე მისაღები ოპერაცია არის:

- ა) მუხლის ართროპლასტიკა.
- ბ) მუხლის ართროლემი;
- გ) მუხლის ენდოპროთეზირება;
- დ) დიდი წვივის პროქსიმალური ბოლოს ამომწურავი ძვალშიდა ოსტეოტომია;
- *ე) დიდი წვივის მაღალი საკორექციო ოსტეოტომია;

767. 24-40 წლის ახალგაზრდებისათვის I-II სტადიის მაღეფორმირებელი ართროზის და არასტაბილურობის დროს ნაჩვენებია ოპერაცია:

- *ა) მასტაბილიზირებელი ოპერაცია მუხლზე იოგოვანი აპარატის აღდგენით.
- ბ) დიდი წვივის მაღალი საკორექციო ოსტეოტომია;
- გ) მუხლის ართროლემი;
- დ) მუხლის ენდოპროთეზირება;

768. 40-60 წლის ავადმყოფებისათვის მუხლის II-III სტადიის მაღეფორმირებელი ართროზით, ვირუსული ან ვალგუსური დეფორმაციის დროს ნაჩვენებია:

- ა) ნებისმიერი ჩამოთვლილიდან.
- *ბ) დიდი წვივის მაღალი საკორექციო ოსტეოტომია დეფორმაციის კორექციით;
- გ) მუხლის ართროლემი;
- დ) მუხლის ენდოპროთეზირება;

769. ბანლის ოპერაცია ნაჩვენებია:

- ა) მუხლის რეკონსტრუქციული მონოართრიგის დროს რემისიის სტადიაში.
- ბ) ვალგუსური ან ვირუსული დეფორმაციით ართროზის;
- *გ) მუხლის ფაგელო-ფემორალური ართროზის დროს;
- დ) მუხლის მაღეფორმირებელი ართროზის II-III სტადიაში;

770. დიდი წვივის ძვლის მაღალი საკორექციო ოსტეოტომიის დროს ფრაგმენტების საფიქსაციოდ ყველაზე მისაღები მეთოდია არის:

- ა) სპონგიოზური ჭანჭიკები.
- *ბ) ილიზაროვის აპარატი;
- გ) თაბაშირის იმობილიზაცია;
- დ) ?-მაგვარი ფირფიტა;

771. მალთაშუა დისკი, რომელმაც წარმოქმნა დეფექტი გადის ჩამკეფ ფირფიტაში და განიცადა პროლონგირება სხეულში, ცნობილია როგორც:

- ა) არ ერთი ჩამოთვლილი.

- *ბ) შმორლის კვანძი;
- გ) სპონდილოლიზმი;
- დ) ლეგენერაციული დისკი ძელოვანი ღეზით;
- ე) დისკის ბირთვის გამოვარდნა;

ძელის პათოლოგია

772. დისპლაზიური პროცესის საფუძველია:

- ა) ყველა პასუხი სწორია.
- *ბ) ორგანოს ან სისტემის არასწორი დაუმთავრებელი ფორმირება;
- გ) ნერვული გროფიკის დარღვევა;
- დ) სისხლძარღვოვანი გროფიკის დარღვევა;

773. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზია მიეკუთვნება:

- ა) ძელის ეომინოფილოზი.
- ბ) ჰიპეროსტოზს;
- *გ) ოსტეოდისპლაზიებს;
- დ) ხონდროდისპლაზიებს;

774. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის დროს ძელებში აღინიშნება ემბრიონული ქსოვილი:

- ა) ანთებადი.
- *ბ) ფიბროზული;
- გ) ფიბროზულ-ხრტილოვანი;
- დ) ხრტილოვანი;

775. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის დროს ხშირად ზიანდებიან:

- ა) მტენის და გერფის წვრილი ძელები.
- *ბ) გრძელი ლულოვანი ძელები;
- გ) ხერხემალი;
- დ) ბრტყელი ძელები;

776. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის დროს პათოლოგიური ქსოვილი უფრო ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) ღიაფიში.
- *ბ) მეტაფიში;
- გ) საზრდელ ზონაში;
- დ) ეპიფიში;

777. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის დროს პათოლოგიური კერა ძელებში ვრცელდება:

- ა) საზრდელ ზონაზე გავლით.
- *ბ) ძელის გენის არხის გასწვრივ;
- გ) სიგანეში;

778. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის დროს პერიოსტის რეაქცია:

- ა) სპიკულების (წვეგების) სახითაა.
- ბ) "ბოლქვისებური" პერიოსტის სახითაა;
- *გ) არ აღინიშნება;
- დ) აღინიშნება;

779. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ყველა ჩამოთვლილი ფორმა შესაძლებელია, გარდა:

- ა) აკროფორმების.
- ბ) მონოსალურის;
- *გ) პოლიოსალურის;
- დ) მინომელიურის;

780. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის თანდართული სინდრომია:

- ა) ჩამოთვლილიდან არც ერთი.
- *ბ) ოლბრაიგის;
- გ) მაფუჩის;
- დ) ფიურმიერის;

781. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის პირველი ნიშნები ჩნდება:

- ა) მოზრდილებში.
- ბ) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში;
- გ) 10 წლამდე;
- *დ) 5 წლამდე;
- ე) დაბადებისთანავე;

782. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის პირველი ნიშნებია:

ა) ქონდრისკაცობა.

*ბ) პათოლოგიური მოგეხილობა და კიდურების ლეფორმაცია;

გ) სისხლის მაჩვენებლების ცვლილებები;

დ) სხეულის გემპერაგურის აწევა;

783. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

*ა) "შქრქალი მინის" და "ღნობადი შაქრის" ტიპის დესტრუქციული კერა საზრდელ ზონაში;

ბ) დესტრუქციული კერა, რომელიც იკავებს მეტაფიზს საზრდელ ზონას და ეპიფიზს;

გ) ძვლის კისტები, გამობერილი ძვლები;

დ) დესტრუქციის კერა ფოჩისებური კიდევით "ბოლქვისებური" პერიოსტუმით;

784. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ლეფერენციული დიაგნოზი ტარდება ყველა ჩამოთვლილი ღამიანებასთან, გარდა:

*ა) ოსტეოგენური სარკომის და იუნგის სარკომის.

ბ) ეოზინოფილური გრანულომის;

გ) კისტის;

დ) ოსტეობლასტოკლასტომის;

785. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის კონსერვატულ მკურნალობაშია:

*ა) კონსერვატული მკურნალობა არ ტარდება.

ბ) აპარატოთერაპია.

გ) გალახით მკურნალობა;

დ) ფიზიოთერაპია;

ე) მელიკამენტოზური თერაპია;

786. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ოპერაციული მკურნალობის სახეებია:

ა) გამოფხეკა.

*ბ) ძვლის კილოვანი რეზექცია;

გ) სუბპერიოსტალური სეგმენტური რეზექცია;

დ) სახსარახლო რეზექცია;

ე) ამპუტაცია;

787. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ოპერაციის შემდგომი ლეფექტი:

ა) ჩაინაცვლება კუნთოვანი ქსოვილით.

*ბ) ჩაინაცვლება ალოპლასტიკით;

გ) ჩაინაცვლება აუტოპლასტიკით;

დ) არ ჩაინაცვლება;

788. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია:

*ა) პათოლოგიური მოგეხილობის საშიშროება და კიდურის ლეფორმაციის მომაგება

ბ) კიდურის ლეფორმაციის მომაგება;

გ) პათოლოგიური მოგეხილობა;

დ) პათოლოგიური მოგეხილობის საშიშროება;

ე) მცირე კერა;

789. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ქსოვილის ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარება:

ა) ძალიან იშვიათია.

ბ) ხშირია;

*გ) საეჭვოა;

დ) არ არის შესაძლებელი;

ე) შესაძლებელი;

790. ფიბროზული ოსტეოდისპლაზიის ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაცია მოიცავს:

*ა) თაბაშირის ნახვევს; სამკურნალო ვარჯიშს;

ბ) ჰორმონოთერაპიას;

გ) სამკურნალო ვარჯიშს;

დ) კომპრესიულ-დისტრაქციულ აპარატებს;

ე) თაბაშირის ნახვევს;

791. დისხონდროპლაზია-ოლიეს დაავადება ეკუთვნის:

ა) ძვლის ეოზინოფილოზს.

ბ) ჰიპეროსტოზს;

გ) ოსტეოდისპლაზიას;

*დ) ხონდროდისპლაზიებს;

792. ოლიეს დაავადების დროს ემბრიონური ქსოვილი წარმოდგენილია:

ა) ანთეზადი ქსოვილით.

ბ) ფიბროზულ ქსოვილით;

გ) ფიბროზულ-ხრტილოვანი ქსოვილით;

*დ) ხრტილოვანი ქსოვილით;

793. ოლიეს დაავადების დროს უხშირესად ზიანდება:

- ა) მტევნის და გერფის წერილი ძვლები.
- ბ) ხერხემალი;
- გ) თავის ქალას ძვლები;
- *დ) ლულოვანი ძვლები;
- ე) ბრტყელი ძვლები;

794. ოლიეს დაავადების დროს პათოლოგიური კერა ლოკალიზდება:

- ა) ღიაფიში.
- *ბ) მეტაფიში;
- გ) საზრდელ მონაში;
- დ) ეპიფიში;

795. ოლიეს დაავადების რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) "წინაფრის" ან სპიკულების (წვეცების) არსებობა.
- ბ) "ბოლქვისებური" პერიოსტიტი;
- გ) პერიოსტეუმის რეაქცია;
- *დ) კერის ლაქოვანი ხასიათი;
- ე) "ღრუების" არსებობა;

796. არჩევენ ოლიეს დაავადების ყველა ჩამოთვლილ ფორმებს, გარდა:

- ა) ცალმხრივი ან ორმხრივი.
- ბ) ოლიგოსალური;
- *გ) მონოსალური;
- დ) მონომელიური;
- ე) აკროფორმები;

797. ოლიეს დაავადების დროს შეიძლება იყოს:

- ა) ჩამოთვლილიდან არც ერთი.
- *ბ) მაფუჩის სინდრომი;
- გ) ოლბრაიგის სინდრომი;
- დ) ფიურმაიერის სინდრომი;

798. ოლიეს დაავადების პირველი ნიშნები აღინიშნება:

- ა) მოზრდილებში.
- ბ) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში;
- *გ) სკოლის წინა ასაკში;
- დ) ახალშობილებში;

799. ოლიეს დაავადების პირველი ნიშნებია:

- *ა) კიღურების დამოკლება და დეფორმაცია და კოჭლობა;
- ბ) კოჭლობა;
- გ) შეშუპება და მტკივნეულობა;
- დ) კიღურების დამოკლება და დეფორმაცია;
- ე) ტემპერატურული რეაქცია;

800. ოლიეს დაავადების დიფერენციური დიაგნოზი ტარდება:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ძვლის კისტასთან.
- გ) ოსტეომიელიტთან;
- დ) ფიბროზულ ოსტეოდისპლაზიასთან;
- *ე) ოსტეობლასტოკლასტომასთან და ოსტეოგენურ სარკომასთან;

801. ოლიეს დისხონდროლაზიის კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდებია:

- *ა) ჩამოთვლილიდან არც ერთი.
- ბ) ფიზიოთერაპია და გალახით მკურნალობა;
- გ) მასაჟი;
- დ) მედიკამენტოზური;
- ე) ჰორმონალური;

802. ოლიეს დაავადების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კიღურის დეფორმაცია.
- ბ) კიღურის დამოკლება;
- გ) პათოლოგიური მოტეხილობა;
- დ) პათოლოგიური მოტეხილობის საშიშროება;
- *ე) მცირე ზომის კერა;

803. დისხონდროპლაზიის ოპერაციული მკურნალობის მეთოდებია:

- *ა) კილოვანი რეზექცია ლეფექტის ჩანაცვლებით და მაკორიგირებელი ოსტეოტომია.
- ბ) სეგმენტური რეზექცია ლეფექტის ჩანაცვლებით;
- გ) ამპუტაცია;
- დ) სახსართან ახლო რეზექცია;
- ე) გამოფხეკა;

804. ოლიეს დისხონდროპლაზიის ოპერაციის შემდგომი ძელის ლეფექტის ჩანაცვლება ხდება:

- ა) ჩანაცვლება ხდება აუტოპლასტიკით.
- ბ) ჩანაცვლება ხდება არა ყოველთვის;
- გ) ჩანაცვლება არ ხდება;
- *დ) ალოპლასტიკით;

805. დისხონდროპლაზიის კერის ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარება:

- ა) საეჭვოა.
- ბ) არ შეიძლება;
- *გ) შეიძლება;

806. დისხონდროპლაზიის ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარების ნიშნებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) კანის საფარის ცვლილებები;
- გ) გამონაჟონი სახსარში და გვივილი მოძრაობის დროს;
- დ) ახლომდებარე სახსრის პროცესში ჩათრევა;
- ე) ტკივილი;

807. ოლიეს დაავადების ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაცია მოიცავს:

- *ა) რეაბილიტაციას არ ითვალისწინებენ.
- ბ) კურორტულ მკურნალობას;
- გ) ჰორმონოთერაპიას;
- დ) გალახით მკურნალობას;
- ე) მასაჟს და სამკურნალო ვარჯიშს;

808. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნა კლასიფიკაციის მიხედვით მიეკუთვნება:

- ა) ძვლოვან ეომინოფილებს.
- ბ) ჰიპეროსტოზს;
- *გ) ოსტეოდისპლაზიას;
- დ) ხონდროდისპლაზიას;

809. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს დარღვევა ხდება:

- *ა) ძვლოვანი ქსოვილის დონეზე.
- ბ) ხრტილის დონეზე;
- გ) ფიბროზული ქსოვილის დონეზე;

810. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს უხშირესად მიახლოებიან:

- ა) მტეენის და გერფის წვრილი ძვლები.
- ბ) ხერხემალი;
- გ) ბრტყელი ძვლები;
- *დ) ლულოვანი ძვლები;

811. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს პათოლოგიური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დიაფიზურ ნაწილებში.
- ბ) მეტაფიზურ ნაწილებში;
- გ) ეპიფიზებში;
- *დ) ძელის ყველა სეგმენტში;

812. არასრულ ძვალწარმოქმნის რენტგენოლოგიური ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) საზრდელი მონების ნაადრევად დახურვის.
- ბ) მინერალიზებული ოსტეოპოროზის;
- *გ) კისტების;

813. არასრული ძვალწარმოქმნა ხასიათდება ყველა ჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომით, გარდა:

- ა) სკლერების მოლურჯო შეფერილობა.
- ბ) გულმკერდის ცვლილებები (კილისებური, ძაბრისებური, კასრისებური);
- *გ) ტიხარიანი თავის ქალა;
- დ) თავის ქალას წყალმანკი;

814. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნა ხასიათდება:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) კილურების დეფორმაციით.
- გ) სმენის შეცვლით (დაქვეითება, სიყრუე, არ არის შეცვლილი);
- *დ) სკლერების მოლურჯო შეფერილობით;
- ე) ხონდრისკაცობით;

815. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს კბილების ცვლილებებია:

- *ა) "ქარვისებური" კბილები.
- ბ) მსხვრევალი კბილები;
- გ) კარიოზული კბილები;
- დ) კბილების გვიანი ამოსვლა;

816. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს კილურების ცვლილებების კლინიკური გამოვლინებაა:

- ა) ჭარბი კორძის უარსებლობა.
- ბ) ჭარბი კორძის წარმოქმნა;
- გ) ფრაგმენტების შეხორცება ჩვეულებრივ ვალებში;
- დ) მოგეხილობის შენელებული კონსოლიდაცია;
- *ე) ძვლების ტეხვადობა;

817. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს კილურების ძვლების ცვლილებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) წვივის დეფორმაციის (ხმლისებური, -ს მაგვარი, -ს მაგვარი).
- ბ) ბარძაყის დეფორმაციის (გალიფესებური, ხმლისებური);
- *გ) მოგეხილობის შემთხვევაში ძვლის კორძის უარსებლობა;
- დ) ძვლების ტეხვადობის;

818. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის ადრეული და გვიანი ფორმების პირველი სიმპტომები აღინიშნება:

- ა) მოზრდილებში.
- ბ) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში;
- გ) სკოლის ასაკში;
- *დ) ახალშობილთა და ბავშვთა ადრეულ ასაკში;

819. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის პათოლოგიური მოგეხილობა შეიძლება მოხდეს:

- ა) ნებისმიერი ჩამოთვლილი მიზეზით.
- *ბ) უმნიშვნელო ტრავმის დროს;
- გ) თვითნებური ტრავმის დროს;
- დ) უხეში ტრავმის დროს;

820. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს შინაგანი ორგანოების დაავადებებს მიეკუთვნება:

- ა) ცვლილებები ღვიძლში.
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ცვლილებები;
- *გ) კუჭის წვენის სიმუცის შეცვლა (დაქვეითება, აქილია, მომაგება);
- დ) ფილგვის ატელექტაზი;

821. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის დროს დიფერენციური დიაგნოზი ტარდება:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილთან.
- ბ) რაქიტთან;
- გ) ჰიპოფოსფატაზთან;
- დ) ოსტეომალაციასთან;

822. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის კონსერვატული მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) მარილმუცას პეპსინთან ერთად მიღებას;
- გ) მოგეხილობის პროფილაქტიკას;
- დ) ჰორმონალურ თერაპიას;
- ე) ვიტამინოთერაპიას;

823. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის კონსერვატული მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) ფიზიოთერაპიას;
- გ) აპარატოთერაპიას;
- დ) მასაჟს, სამკურნალო ვარჯიშს;
- ე) ანტიბიოტიკოთერაპიას;

824. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის ოპერაციული მკურნალობა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი.
- ბ) ძვლის ზედაკანის ქვეშა სეგმენტური ოსტეოტომია+ალოპლასტიკა;
- გ) ძვლის ზედაკანის ქვეშა სეგმენტური ოსტეოტომია+ლითონის \\\ოსტეოსინთეზი;
- *დ) ფრეიკას ოპერაცია;

825. არასრულყოფილი ძვალწარმოქმნის გაღებვარება ავთვისებიან სიმსივნედ:

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

826. არასრულ ძვალწარმოქმნის ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაცია მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- *ა) სითბურ პროცედურებს.
- ბ) მასაჟს და სამკურნალო ვარჯიშს;
- გ) ორთოპედიულ აპარატებს;
- დ) კომპრესიულ-დისგრაქციულ აპარატებს;
- ე) თაბაშირის იმობილიზაცია;

827. ძვლის სიმსივნეების ყველაზე ხშირი კლასიფიკაცია არის:

- *ა) ძვლის სიმსივნეების საერთაშორისო ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია.
- ბ) ვოლკოვის;
- გ) ჩაკლინის;

828. ღრუბლოვანი ოსტეომა უხშირესად გვხვდება:

- ა) მღების სხეულში.
- ბ) ჩონჩხის ბრტყელ ძვლებში;
- *გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზების მიდამოში;
- დ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზების მიდამოში;

829. ღრუბლოვანი ოსტეომის დროს წამყვანი კლინიკური სიმპტომია:

- ა) სისხლძარღვოვანი-ნერვული კვანძის შეჭყლეტა.
- ბ) მალეგნიზაციის ნიშნები.
- *გ) კოსმეტიკური ლეფექტი;
- დ) სახსრის ფუნქციის დარღვევა;
- ე) ტკივილი სიმსივნის არეში ირადიაციით სახსარში;

830. ღრუბლოვანი ოსტეომის რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

- *ა) ოსტეომის სტრუქტურა ზემო და ქვემო უბნებში არ განსხვავდება ნორმალური ძელიდან და წარმოლგება ნახევარსფეროს სახით.
- ბ) სიმსივნეს აქვს დიდი ზომა, ცირკულარულად ეხვევა ძვალს;
- გ) სიმსივნეს არ აქვს რბილ ქსოვილებთან მკვეთრი საზღვარი.
- დ) ძვლის იზოლირებული სიმსივნე რბილ ქსოვილებში ჩაზრდის გარეშე რბილი ქსოვილებისაგან განდგკავებული მკვეთრი საზღვრებით;

831. ღრუბლოვანი ოსტეომა უნდა განსხვავდეთ:

- ა) მეორად ხონდრომისაგან.
- ბ) ანევირმულ ძვლოვან კისტისაგან;
- გ) ოსტეოიდურ ოსტეომისაგან;
- *დ) ფართე ფერხე ძვალ-ხრტილოვან ეგზოსტომისაგან და ოსიფიცირებულ ჰემანგიომისაგან;

832. ძვლის კომპაქტური ოსტეომა გვხვდება:

- ა) კანონზომიერება არ აღინიშნება.
- *ბ) ჩონჩხის ბრტყელ ძვლებში;
- გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზში;

833. 15 წლის ავადმყოფს აქვს მოზარდი სიმსივნური წარმონაქმნი თეძოს მარჯვენა ფრთის მიდამოში, ზომით 108 სმ, პალპაციით უმტკივნეულია, კანის საფარი მოძრავია, ადგილობრივი ტემპერატურა უცვლელია, სისხლძარღვოვანი სურათი არ სცანს. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ფუნქცია დარღვეული არ არის, ტკივილები არ აღინიშნება, არის დისკომპორტის და და დაწვლის შეგრძნება. რენტგენოგრაფიამ აღინიშნება ძვლის სიმსივნე, რომელიც სცილდება თეძოს ფართის კონტურებს. კონტურები რბილი ქსოვილების საზღვარზე მკვეთრია ფართე ძვლოვან ფეხზე. სიმსივნის სტრუქტურა დამახასიათებელია ფირფიცისებური ძვლისთვის. კლინიკურ-რენტგენოლოგიური სურათით გავს თეძოს ძვლის ფრთის კომპაქტურ ოსტეომას. ავადმყოფი

- ა) ნაჩვენებია ქიმიოთერაპია.
- ბ) აუცილებელია ოპერაციის წინ სხივური თერაპიის ჩატარება;
- *გ) ნაჩვენებია კილოვანი რეზექცია, ჰისტოლოგიური გამოკვლევა;
- დ) აუცილებელია სიმსივნის მოცილება თეძოს ძვლის ნაწილთან ერთად;
- ე) საჭიროებს დაკვირვებას, ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენები არ არის;

834. ღრუბლოვანი და კომპაქტური ოსტეომის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია:

- ა) ოპერაცია-ოსტეომის მხოლოდ სწრაფი ზრდის შემთხვევებში.
- *ბ) მოცლითი ტაქტიკა;
- გ) კილოვანი რეზექცია ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში;
- დ) სიმსივნის მოცილება საეჭვო რეზექციის ტიპის ოპერაციით;

835. ღრუბლოვანი კომპაქტური ოსტეომის ქირურგიული მკურნალობის პროგნოზია:

- *ა) ოსტეომის არამთლიანად მოცილების შემთხვევაში აღინიშნება გაგრძელებული მრღა;
- ბ) ოსტეომის არამთლიანად მოცილების შემთხვევაში აღინიშნება გაგრძელებული მრღა;
- გ) რეციდივი არ აღინიშნება;
- დ) აეთვისიანების მაღალი პროცენტი;
- ე) ხშირი რეციდივი;

836. გრძელი ლულოვანი ძვლების ოსტეოიდური ოსტეომის ყველაზე დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებია:

- *ა) ღამის ტკივილი სიმსივნის არეში; კილურის კუნთების ატროფია
- ბ) კილურის კუნთების ატროფია;
- გ) ღამის ტკივილი სიმსივნის არეში;
- დ) მუდმივი ტკივილი და გემპერაგურის მომაგება სიმსივნის მიდამოში;
- ე) ახლომდებარე სახსრის ფუნქციის შეზღუდვა;

837. ოსტეოიდური ოსტეომის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) პერიოსტალურ რეაქციას ოსტეომის კერაში არ აქვს ადგილი.
- *ბ) სკლეროზულ უბანთან და პერიოსტალურ რეაქციასთან შერწყმა;
- გ) ძვლის ზელაკანის რეაქცია ჰიპეროსტომის სახით;
- დ) ძვლის ზელაკანის რეაქცია "ბოლქვისებური" პერიოსტიტის სახით;
- ე) ძვლის ქსოვილის გაფაშარება;

838. ჩვეულებრივი ოსტეოიდური ოსტეომა უხშირესად ლოკალიზდება:

- ა) ტერუსის და მტევნის წვრილ ძვლებში.
- ბ) ბრტყელ ძვლებში (ბეჭი, მენჯის ძვლები);
- გ) მალემის სხეულში;
- დ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზში;
- *ე) ბარძაყის ყელში და ციბიუგმორის მიდამოში;

839. ოსტეოიდური ოსტეომის დროს ნაჩვენებია:

- ა) კერის მოცილება სკლეროზული ჰიპერესტომურ ძვლოვან ქსოვილთან.
- *ბ) კერის მოცილება პერიოსტიტის მიდამოში სკლეროზული ძვლის მოცილების გარეშე;
- გ) სეგმენტური რემოქცია დეფექტის ალოპლასტიკით;
- დ) რენტგენოთერაპია;
- ე) კონსერვატიული მკურნალობა;

840. ოსტეოიდოსტეომის გამოკვლევის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) ბიოქიმიური მეთოდი.
- ბ) სცინტიგრაფია პროფოსფატიტ ტექნიკა;
- გ) ანგიოგრაფია;
- *დ) რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში და კომპიუტერული ტომოგრაფია;

841. ოსტეოიდური ოსტეომის დიფერენციური დიაგნოსტიკა საჭიროა შემდეგ პათოლოგიურ პროცესებთან:

- ა) ძვლის დესმოიდური ფიბრომა.
- ბ) ოსტეოგენური სარკომა.
- გ) ეოზინოფილური გრანულომა;
- *დ) ბროლის აბსცესი;
- ე) ხონდრობლასტომა (კოლმანის სიმსივნე);

842. ხონდრობლასტომა (კოლმანის სიმსივნე) აზიანებს:

- *ა) ეპიფიზის და მეტაფიზის მიმდებარე ნაწილებს დიაფიზზე გადასვლის გარეშე.
- ბ) გრძელი ლულოვანი ძვლების ეპიფიზს;
- გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზს;
- დ) ჩონჩხის ბრტყელ ძვლებს;
- ე) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზს;

843. ხონდრობლასტომის კლინიკური სიმპტომია:

- ა) ადგილობრივი გემპერაგურის მომაგება, კანი საფარის ჰყპერეშია.
- *ბ) სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა უმნიშვნელო შემსივნებით და რეაქტიული სინოვიტით;
- გ) შემსივნება და გამოხატული სისხლძარღვოვანი სურათი დამიანების ზემო უბნებში;
- დ) ძლიერი ტკივილი დამიანებულ სახსარში;

844. ეპიფიზური ხონდრობლასტომის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- *ა) ეპიფიზური ფირფიტადან გამომდინარე დესტრუქციის კერა, რომელიც იკავებს ეპიფიზს და ეპიფიზურ ფირფიტასთან მდებარე მეტაფიზის ნაწილს. ძვლის ზელაკანი შეიძლება იყოს აშრევებული; დესტრუქციის კერა რენტგენოგრაფიაზე წარმოდგენილია დაწინკლული სტრუქტურით;
- ბ) დამახასიათებელია სიმსივნის გადასვლა რბილ ქსოვილებში;
- გ) დესტრუქციის კერა რენტგენოგრაფიაზე წარმოდგენილია დაწინკლული სტრუქტურით;
- დ) ეპიფიზური ფირფიტადან გამომდინარე დესტრუქციის კერა, რომელიც იკავებს ეპიფიზს და ეპიფიზურ ფირფიტასთან მდებარე მეტაფიზის ნაწილს. ძვლის ზელაკანი შეიძლება იყოს აშრევებული;

ე) ღაზიანების დიდი ჰომოგენური კერა;

845. ეპიფიზური ხონდრობლასტომის მკურნალობის მეთოდებია:

- *ა) კილოვანი რეზექცია სიმსივნის მოცილებით და სასახსრე ხრტილის შენახვით, ღრუს ელექტროკოაგულაცია, კორტიკალური ალოტრანსპლანტაციის ჩანაცვლება.
- ბ) ძვლის სახსარზე ბოლოს რეზექცია.
- გ) კომბინირებული მკურნალობა;
- დ) ქიმიოთერაპია;
- ე) სხივური თერაპია;

846. ხონდრობლასტომის ღროს ყველაზე მისაღებ პლასტიურ მასალას წარმოადგენს:

- *ა) გაშრევებული ალოტრანსპლანტაციები.
- ბ) ენდოპროთეზი;
- გ) სასახსრე ბოლო ალომასალიდან;
- დ) აუტოტრანსპლანტატი;

847. ეპიფიზური ხონდრობლასტომის პროგნოზი:

- *ა) ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ ხშირია სიმსივნის რეციდივი.
- ბ) პროგნოზი სიცოცხლისათვის ხელსაყრელია, მაგრამ არახელსაყრელია ფუნქციისათვის;
- გ) აღრეულ ვადებში შეიძლება გახდეს მალიგნიზაცია;
- დ) ხელსაყრელია;

848. ხონდრომის დამახასიათებელია:

- *ა) მტკენის მოკლე ძვლების მრავლობითი დამიანების თანდართვა იმავე კილოზე გრძელი ლულოვანი ძვლების დამიანებასთან.
- ბ) ჩონჩხის ძვლების მრავლობითი დამიანება;
- გ) ჩონჩხის სოლიტარული დამიანება;

849. მტკენის სოლიტარული ენხონდრომის ღროს:

- ა) ოპერაცია ნაჩვენებია პათოლოგიური მოტეხილობის კონსოლიდაციის შემდეგ. გაკეთდეს კილოვანი რეზექცია ლეფექტში კორტიკალურ ტრანსპლანტაციების ჩანაცვლებით.
- *ბ) ნაჩვენებია კილოვანი რეზექცია ლეფექტში კორტიკალური ტრანსპლანტაციების ჩანაცვლება "ნაფოგის" სახით;
- გ) ნაჩვენებია ძვლის სეგმენტური რეზექცია (ფალანგის დიაფიზის) ლეფექტში ლულოვანი ალოტრანსპლანტაციის ჩანაცვლებით;
- დ) ოპერაციული მკურნალობა პათოლოგიური მოტეხილობის შემდეგაც არ არის ნაჩვენები;

850. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე (ოსტეობლასტომა) უხშირესად გვხვდება

- ა) თანაბრად ხშირია ყველა ასაკში.
- *ბ) დამახასიათებელია მოზრდილებისათვის (20-40 წელი);
- გ) მოზარდ ასაკში (12-16 წელი);
- დ) ბავშვთა ასაკში 10 წლამდე;

851. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის ტიპური ლოკალიზაცია:

- ა) მულების სხეული.
- *ბ) ბარძაყის ძვლის ქვემო სასახსრე ბოლო და დიდი წვივის ზემო სასახსრე ბოლო;
- გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზი;
- დ) ბრტყელი ძვლები;

852. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის (ოსტეობლასტოკლასტომის) პროგნოზი:

- *ა) პოტენციურად ყველა ოსტეობლასტომა ავთვისებიანია.
- ბ) არ ხდება გაღაგვარება, მეტასტაზები არ არის;
- გ) შემთხვევათა 40% ხდება ავთვისებიანი გაღაგვარება და მეტასტაზების გაჩენა;
- დ) ხელსაყრელია;

853. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) მეტაფიზში ღრუა ლიმისის ან ჰიპერპლასტიური წარმონაქმნის ნიშნების გარეშე.
- *ბ) ლიტიური პროცესი ეპიფიზურ ფირფიტაში და სასახსრე ხრტილში გადასვლით;
- გ) ლიტიური პროცესი პერიოსტეუმის რეაქციის გაგრძელება;
- დ) ჰიპერპლასტიური პროცესი სიმსივნის უბანში პერიოსტეუმის რეაქციით;

854. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით პუნქციური ბიოპსიეს ღროს აღინიშნება:

- *ა) სიმსივნის ღრუდან შეიძლება რუხი რბილი ქსოვილის ამოღება.
- ბ) გამოიყოფა სისხლი;
- გ) ძვალშია წნევა არ არის;
- დ) მაღალი ძვალშია წნევა;

855. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის ღროს ნაჩვენებია:

- *ა) სეგმენტური სახსარახლო რეზექცია ან სახსრის ბოლოს რეზექცია ალოპლასტიკით ან ენდოპროთეზის ჩანაცვლებით.
- ბ) კილოვანი რეზექცია ალოპლასტიკით;
- გ) სხივური თერაპია შემდგომი ოპერაციით;

დ) ქიმიოთერაპია;

856. გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის სოლიტარულ კისტასთან და ანევრიზმულ კისტასთან ლიფერენცირებისათვის ინფორმაციულია:

- ა) "სითბური" ხელვა.
- ბ) რადიონუკლეიდური გამოკვლევა;
- გ) ანგიოგრაფია;
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- *ე) რენგენოგრაფია 2 პროექციაში;

857. ნეოსტეოგენური ფიბროზის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებია:

- *ა) ხშირად პირველი ნიშანია პათოლოგიური მოგებილობა ნეოსტეოგენური ფიბროზის დონეზე.
- ბ) დამახასიათებელი ნიშნები არ არის;
- გ) ახლომდებარე სახსრის და კილურის საყრდენი ფუნქციის დარღვევა;
- დ) გამოხატული შემსივნება და პალპაციის დროს მტკივნეულობა;
- ე) მუღმივი ტკივილები ფიბროზის მიდამოში;

858. ნეოსტეოგენური ფიბროზის დამახასიათებელი ლოკალიზაცია:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ბრტყელი ძვლები;
- *გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზი;
- დ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზი;

859. ბავშვებში ტრავმული ეპიფიზოლიზი უხშირესად ლოკალიზდება:

- ა) საბრძელი ფირფიტის გაძვალეების ზონაში.
- ბ) საბრძელი ფირფიტის ჰიპერტროფიის ზონაში;
- გ) საბრძელი ფირფიტის პროლიფერაციის ზონაში;
- *დ) საზღვარზე ძვლის ეპიფიზსა და ხრტილოვან საბრძელ ფირფიტას შორის;

860. მოგებილობის დროს ეპიფიზის საბრძელ ფირფიტაზე გავლისას პერიოსციკუმში:

- ა) არ აქვს დამიანების გარკვეული ლოკალიზაცია.
- ბ) ჩვეულებრივ მთელია მეტაფიზთან შეერთების ადგილას და იგლიჯება ეპიფიზის მხარეს;
- გ) ჩვეულებრივ მთელია ეპიფიზის მხარეზე და გატეხილია მეტაფიზის მხრიდან;
- *დ) იგლიჯება ეპიფიზური ფირფიტის გამოდრეკილ მხარეზე, რომელიც შეცილდება;
- ე) იგლიჯება ეპიფიზური ფირფიტის ჩარღმავებულ მხარეზე, რომელიც შეცილდება;

861. ფოლკმანის კონტრაქტურა უხშირესად დაკავშირებულია:

- ა) მხრის როკებზე და მოგებილობასთან.
- ბ) ილაყვის სახსარში ამოვარდნილობასთან;
- *გ) წინამხრის ორივე ძვლის მოგებილობასთან;
- დ) მჯავის მოგებილობასთან;

862. ზემო კილურის ქსოვილთა იშემიის ყველაზე ადრეული სიმპტომია:

- ა) წინამხრის მომხრელების დამბლა.
- ბ) ტკივილი;
- *გ) პულსის უარსებლობა სხივის არტერიაზე;
- დ) თითების ციანოზი;

863. ბენეკის მოგებილობა არის არასტაბილური მოგებილობა, რომელსაც აქვს შეცილების გენდენცია განმეორებითი მანიპულაციის და ტრაქციის შემდეგ თაბაშირის ნახევარში საჭიროა სწრაფად ვიხმართო:

- ა) არც ერთი ამ მეთოდთაგანი ეფექტური არ არის.
- *ბ) ჩავატაროთ მოგებილობის ღია რეპოზიცია და შიგნითა ფიქსაცია;
- გ) მოხერხებულად ჩავასწოროთ მოგებილობა და დავაფიქსიროთ ნების პირველი ძვლის ფუძეში გამაგალი 2 ჩხირით და მის ქვედა მესამედში ნების მეორე ძვლისკენ;
- დ) სტაბილური სკელეტური დაჭიმვა და თაბაშირის ნახევარი;

864. მჯავის ძვლებს შორის უხშირესია მოგებილობა:

- ა) თავილა ძვლის.
- ბ) მრავალწახნაგოვანი ძვლის;
- გ) სამწახნაგოვანი ძვლის;
- დ) ნახევარმთვალისებრი ძვლის;
- *ე) ნავისებური ძვლის;

865. მჯავის ძვლებს შორის მოგებილობის სიხშირით მეორე ადგილზეა:

- ა) თავილა ძვალი.
- ბ) მრავალწახნაგოვანი ძვალი;
- გ) სამწახნაგოვანი ძვალი;
- *დ) ნახევარმთვალისებრი ძვალი;
- ე) ნავისებრი ძვალი;

866. ბავშვებში თითების მოგეხილობისას კუთხითი ლეფორმაცია შეიძლება არ გავასწოროთ თუ :

- ა) ლეფორმაცია ღიაფიბის შუაშია.
- ბ) მწვერვალი მიმართულია სხივის ძელისკენ;
- გ) მწვერვალი გამშლელ ზედაპირზეა;
- *დ) ლეფორმაციის მწვერვალი მიმართულია იდაყვის ძელისკენ;
- ე) კუთხითი ლეფორმაციის მწვერვალი მომხრელ ზედაპირზე;

867. კუთხით ლეფორმაციის დროს მოგეხილობის თვითნასწორება ბავშვებში მეტია თუ:

- ა) ახლავს ერთგვარი როტაციაც.
- ბ) ლეფორმაციის მწვერვალი მომხრელ ზედაპირზე;
- გ) ახლომდებარე სახსრის მოძრაობის სიბრტყის 90 გრადუსზეა;
- *დ) ლეფორმაცია ახლომდებარე სახსრის მოძრაობის სიბრტყეშია;

868. ბავშვებში არასწორად შეხორცებული მოგეხილობის კორექცია მაქსიმალურია, თუ ლეფორმაცია:

- ა) არის გვერდითი და კუთხითი ლეფორმაცია.
- ბ) გვერდითი კუთხითი ლეფორმაცია;
- *გ) კუთხით მეტაფიბის მიდამოშია;
- დ) კუთხით ღიაფიბის შუა ნაწილშია;
- ე) მხოლოდ როტაციულია;

869. ბავშვებში არასწორად შეხორცებული მოგეხილობის კორექცია უხშირესად გარდება შემდეგ სეგმენტებზე:

- ა) სხივის და იდაყვის ძელების დისკალური სეგმენტი.
- ბ) მხრის ზედა სეგმენტი;
- *გ) იდაყვის როქზელა მიდამო;
- დ) ბარძაყის ციბრუტქველა მიდამო;
- ე) ბარძაყის ყელი;

870. სხივის, იდაყვის ძელის ღიაფიბის შუა მესამედში "მწვანე გოგის" ტიპის მოგეხილობის დროს 5 წლის ბავშვებში კუთხითი ლეფორმაცია შეიძლება აღწევდეს 10 გრადუსზე. ამ ამ შემთხვევაში უძობესია ჩატარდეს:

- ა) არაერთი თაბაშირი, საკმარისია მარტივი შინირება.
- ბ) ოდნავ გასწორდეს, დაელოს თაბაშირის ნახვევი;
- *გ) ლეფორმაცია გასწორდეს მთლიანად, შემდეგ დაელოს თაბაშირის ნახვევი;
- დ) ლეფორმაცია გასწორდეს 5 გრადუსზე ნაკლებ კუთხემდე;
- ე) თაბაშირით იმობილიზაცია;

871. ლეიკოპლასტიკით დაჭიმვა ითვლება ბავშვებში ბარძაყის ღიაფიბის მოგეხილობის მკურნალობის არჩევით მეთოდით:

- *ა) 2 წლის ასაში.
- ბ) 4 წლის ასაში;
- გ) 5 წლის ასაში;
- დ) 10 წლის ასაში;

872. მოგეხილობის შეხორცება ხდება:

- *ა) ძელის ქსოვილის წარმოქმნით პერიოსტეუმის უჯრედების დაგროვების შედეგად; ძელის ქსოვილის სტიმულაციის მეშვეობით რომელიღაც ჯერ უცნობი მექანიზმის შედეგად;
- ბ) ძელის ქსოვილის სტიმულაციის მეშვეობით რომელიღაც ჯერ უცნობი მექანიზმის შედეგად;
- გ) ორგანიზებული სისხლის კოლგიდან ძელის წარმოქმნით;
- დ) ძელის ქსოვილის წარმოქმნით პერიოსტეუმის უჯრედების დაგროვების შედეგად;
- ე) ანთებითი პროცესით;

ძელის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნა

873. დადლილობითი მოგეხილობები, მოგეხილობები გადაძაბვის გამო, , "მცოცავი" მოგეხილობები, სტრესული მოგეხილობები, ლაგვირთვითი ოსტეოხონდროპათიები, ძელის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციონალური გარდაქმნა - არის:

- ა) ძელის ქსოვილის ცვლითი ხასიათის დაავადება.
- *ბ) ერთი და იგივე პათოლოგიური მდგომარეობის სხვადასხვა სახელწოდება;
- გ) სხეულის და კიდურების სხვადასხვა სეგმენტები სხვადასხვა ძელის ქსოვილის უბნების პათოლოგიური მდგომარეობა;
- დ) სხვადასხვა ნომოლოგიური ფორმები;

874. ძელის ქსოვილის ფუნქციონალური გარდაქმნის მიზეზებს წარმოშობას სრულად და მრავალმხრივ ხნის:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილ ფაქტორთა ერთობლიობა.
- ბ) ძველ-კუნთოვანი წონასწორობის დარღვევის შედეგი;
- გ) გარდაქმნის პროცესის სისხლძარღვოვანი გეგმა (მიკროციკულაციის დარღვევა, თანდაყოლილი სისხლძარღვოვანი ანომალიები);
- დ) მიკრომოგეხილობების სუმაციის თეორია;
- ე) წარმოშობის ანთებადი-ემბოლიური თეორია;

875. ძელის ქსოვილის პათოლოგიური გარდაქმნის დროს ავადმყოფი ძირითად უჩივის:

- ა) ტკივილებს, რომლებიც დასვენების პერიოდში არა აქვს.

- *ბ) ინტენსიური და ხანგრძლივი დატვირთვის შემდეგ დაწყებულ ტკივილებს;
- გ) ანთებითი დაავადების ან გაცივების შედეგად დაწყებულ ტკივილებს;
- დ) კილურის ამა თუ იმ სეგმენტის კონკრეტული ტრავმის შემდეგ დაწყებულ ტკივილებს;
- ე) ზოგადი ხასიათის უმიზეზოდ დაწყებულ ტკივილებს კილურის გარკვეულ სეგმენტში;

876. ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციონალური გარდაქმნის ძირითადი კლინიკური ნიშნებია:

- ა) ფრაგმენტების ტკაცული, კრეპიტაცია.
- ბ) კილურის დამოკლება;
- გ) პათოლოგიური მოძრაობა;
- დ) კილურის დეფორმაცია;
- *ე) შემოფარგლული ან ზოგადი ხასიათის შეშუპება კილურის შესაბამის სეგმენტში;

877. ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციონალური გარდაქმნის საწყის პერიოდში რენტგენოლოგიური სურათი ხასიათდება:

- ა) ლაქოვანი ოსტეოპოროზით ძვლის დატვირთვის არეში.
- ბ) ძვლის მოტეხილობის ხაზით, ფრაგმენტების შეცილების გარეშე;
- გ) ძვლის ქსოვილის უხეში ცვლილებებით, ნაგეხების, კორტიკალური ნაგეხების სახით;
- *დ) ცვლილებების არარსებლობით (რენტგენონეგატიური პერიოდი);

878. ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციონალური გარდაქმნის გვიან პერიოდში რენტგენოლოგიურად აღინიშნება:

- ა) ღამიანების ზონაში ძვლის ქსოვილის უხეში ცვლილებები ლაქოვანი ოსტეოპოროზის სახით.
- *ბ) ლოკალური ან გავრცელებული ჰიპეროსტოზი, სპიკულების მაგვარი წანაზარღები ფოჩების სახით, ლაკუნარული ჩრდილი ლომერის ზონის სახით;
- გ) ძვლის მოტეხილობა ფრაგმენტების შეცილების გარეშე;

879. ძვლის ქსოვილის მორფოლოგიური ცვლილებები ფუნქციური გარდაქმნის პროცესების ადრეული ვალებში ხასიათდება:

- ა) არც ამით, არც სხვა რამით.
- ბ) და სხვა ცვლილებებით;
- *გ) კორტიკალური შრის რემორბციით, ჰავერსის არხების გაფართოებით, ოსტეობლასტების გამოჩენით. ღრუების წარმოქმნით ოსტეოციტების კვლდით;
- დ) ოსტეობლასტების რაოდენობის მომატებით, ძვლის ხარისხების გამსხვილებით ძვლისაზრდელაში პროლიფერაციული პროცესების არ არსებობით;

880. ძვლის ქსოვილის მორფოლოგიური ცვლილებები ფუნქციური გარდაქმნის პროცესში მოგვიანებით ვალებში ხასიათდება:

- *ა) სხვადასხვა ღრუში ხარისხების მიკრომოტეხილობებით, ცალკეული ხარისხების გაწოვით, ძვლისაზრდელაში პროლიფერაციული პროცესებით, კოლაგენური ბოჭკოების გაჯირჯვებით, კაპილარების რაოდენობის მომატებით.
- ბ) ნორმალური ძვლის ქსოვილის მორფოლოგიური სურათით;
- გ) ხარისხების გოტალური გამსხვილებით, კაპილარების რაოდენობის შემცირებით, კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობის მომატებით;

881. ძვლის ქსოვილის ფუნქციური გარდაქმნისას რადიონუკლიდური გამოკვლევის მეთოდი:

- ა) მოცემული მეთოდიკა წარმოადგენს არჩევით მეთოდს, რადგანაც რადიონუკლიდური გამოკვლევის დაგროვება ხდება მხოლოდ ძვლის ქსოვილის უხეში ცვლილებების დროს, რაც არ მოხანს რენტგენოგრაფიაზე.
- *ბ) მაღალინფორმატიულია, რადგანაც თვით უმნიშვნელო ცვლილებები, რომელიც რენტგენოგრაფიაზე არ ვლინდება, ნათლად ჩანს ძვლის ქსოვილის გარდაქმნის ზონაში რადიონუკლიდური გამოკვლევის ფოკალური დაგროვებით
- გ) არაინფორმატიულია, რადგან ძვლის ღამიანების ზონაში არ ხდება რადიონუკლიდური გამოკვლევის დაგროვება;

882. ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნისას:

- ა) აუცილებელია დიფერენცირება ძვლების სიფილისურ და გუბერკულოზურ ღამიანებებთან.
- *ბ) აუცილებელია დიფერენცირება ჰემატოგენურ ოსტეომიელიტთან, ძვლის ქსოვილის სისტემურ დაავადებებთან, ოსტეიდურ ოსტეომასთან;
- გ) კლინიკა საკმაოდ სპეციფიურია და არ არის დიფერენცირების აუცილებლობა ძვლის სხვა დაავადებებთან და ტრავმებთან;

883. ანგიოგრაფიის გამოიყენება ავადმყოფებზე ძვლის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნის დროს:

- ა) წარმოადგენს არჩევით მეთოდს, რადგანაც მეთოდიკა ინვაზიურია და ყოველთვის არ გვეხმარება, რაც დამახასიათებელია ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური გარდაქმნისათვის სისხლძარღვთა ცვლილებების გამოვლენაში.
- ბ) მიზანშეუწონელია, რადგანაც სისხლძარღვთა ქსელის გამოსახულება მოცემული პათოლოგიის დროს არასპეციფიურია;
- *გ) მიზანშეუწონელია, რადგან ეს მეთოდიკა საშუალებას გვაძლევს გამოვაყვინოთ სისხლძარღვთა ქსელის დამახასიათებელი თავისებურებები მოცემული პათოლოგიის დროს;

884. ანგიოგრაფიული გამოკვლევა ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნისას:

- ა) არ გამოავლენს დამახასიათებელ ცვლილებებს, არტერიული და ვენური ქსელი ივსება კონტრასტით ასევე როგორც შეუცვლელი ძვლის ქსოვილის მიდამოში.
- ბ) გამოავლენს დამატებითი არტერიული პატარა ტოტების დიდ რაოდენობას გამოთავალს მაგისტრალური ღეროსაგან ძვლის ქსოვილის გარდაქმნის ზონაში. ვენოზური ფაზა აჩქარებულია;
- *გ) გამოავლენს არტერიული ქსელის არასრულფასოვნებას, რომელიც არტერიული ტოტის შევიწროების ან სრულ არარსებობას, მოცემულ ზონაში ან სეგმენტში. აღინიშნება მაგისტრალური არტერიული ტოტების დაგვიანებული შევსება კონტრასტით; ალგილი აქვს კანქვეშა ვენოზური ბადის გაერთიანებას, რაც გამოიხატება ანგიოგრაფიის ვენოზური ფაზის შენელებით;

885. მკურნალობის ძირითადი პრინციპი ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნის დროს ითვალისწინებს:

- ა) იმ ლაგვირთვის მოშორება, რაც წარმოადგენდა აღნიშნული დაავადების წარმოქმნის მიზეზს.
- ბ) მკურნალობა არ განსხვავდება ძვლების შეუცილებელი მოტეხილობის მკურნალობის პრინციპებისაგან;
- *გ) ძვლის რეპარაციული რეგენერაციის ამაღლებისათვის სათანადო პირობების შექმნას;

886. გრძელი ლულოვანი ძვლების პათოლოგიური გარდაქმნების დროს კორგიკალური შრის გავრცელებული ჰიპეროსტოზის სახით, ნაჩვენებია:

- ა) ძვლის ქსოვილის გარდაქმნის მიდამოში ლეკორგიკაცია.
- ბ) ძვლიბედა ოსტეოსინთეზი ფირფიტებით;
- გ) ძვლის ტტონელიზაცია ბეკის მიხედვით;
- *დ) ტენომიოფასციოტომია ირგვლივ მდებარე კუნთების, ძვლის ქველთან მიმაგრების ადგილზე, მისი მოკვეთით, რაც ხელს შეუწყობს ძვლისაზრდელაში, ლაჭიმულობის მოხსნის და კუნთოვანი ფუგლი არის ლეკომპრესიას;

887. ძვლის ქსოვილის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნის დროს ლომერის ზონის ან კორგიკალური შრის მოტეხილობის სახით, ოპერაციული მკურნალობის მეთოდიკა ითვალისწინებს:

- *ა) ძვლიბედა ოსტეოსინთეზი კომპრესიული ფირფიტით.
- ბ) არაკეროვანი ოსტეოსინთეზი;
- გ) ოსტეოპერფორაცია ბეკის მიხედვით;

888. ხერხემლის სკოლიოზური დეფორმაციის წარმოშობისას პირველი პათოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს:

- ა) ყველა შემოჩამოთვლილ სტრუქტურაში.
- *ბ) მალთაშუა ღისკებში;
- გ) ზურგის გვინში;
- დ) ზურგის კუნთებში;
- ე) მალთა სხეულებში;

889. სკოლიოზის პათოგენეზის ყველაზე მეტად დასაბუთებული თეორიებია:

- ა) გარემოს ბუნებრივი რადიაციული ფონის ზრდა.
- ბ) ტრავმული თეორია;
- გ) სხეულის კუნთოვანი წონასწორობის დარღვევის თეორია;
- *დ) მალთაშუაა ღისკის ეპიფიზიოლიზი და მალეების სხეულში პირველადი ზრდის დარღვევა;

890. დისპლაზიური სკოლიოზის დროს პარავერტებრული კუნთების ელექტრომიოგრაფული გამოკვლევისას ბიოელექტრული აქტივობა:

- ა) აწეულია გამრუდების ორივე მხარეზე.
- ბ) დაქვითებულია გამრუდების ორივე მხარეზე;
- გ) მეტია შემზნევილ მხარეზე;
- *დ) მეტია გამოზნევილ მხარეზე;

891. ხერხემლის გულმკერდის გამრუდების მწვერვალზე ზურგის გვინი გადანაცვლებულია:

- ა) ვენტრალურ მხარეზე.
- ბ) დორზალურ მხარეზე;
- გ) ინარჩუნებს თავის ცენტრალურ მდებარეობას;
- *დ) დეფორმაციის ჩამზნევილ მხარეზე;
- ე) დეფორმაციის გამოზნევილ მხარეზე;

892. კლინიკის პრაქტიკაში უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ნევროგენული სკოლიოზი.
- ბ) რაქიგული სკოლიოზი;
- *გ) იდიოპათური სკოლიოზი;
- დ) პარალიტიური სკოლიოზი;
- ე) თანდაყოლილი სკოლიოზი;

893. ხერხემლის სკოლიოზური დეფორმაციის ხარისხი ე.დ. ჩაკლინის მეორე კლასიფიკაციით განისაზღვრება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) I-5 გრადუსამდე, II- 20 გრადუსამდე, III - 100 გრადუსამდე, IV - 100 გრადუსის ზევით.
- ბ) I-15 გრადუსამდე, II- 35 გრადუსამდე, III - 70 გრადუსამდე, IV - 75 გრადუსის ზევით;
- *გ) I-5 გრადუსამდე, II- 25 გრადუსამდე, III - 40 გრადუსამდე, IV - 40 გრადუსის ზევით;
- დ) I-10 გრადუსამდე, II- 25 გრადუსამდე, III - 40 გრადუსამდე, IV - 40 გრადუსის ზევით;
- ე) I-5 გრადუსამდე, II- 25 გრადუსამდე, III - 80 გრადუსამდე, IV - 80 გრადუსის ზევით;

894. ხერხემლის დეფორმაციის დროს გამრუდების კუთხის გამოშვის ყველაზე უფრო ხელმისაწვდომი და მარტივი მეთოდებია:

- ა) მასლოვსკის მეთოდი.
- ბ) კონის მეთოდი;
- გ) ფერგიურონის მეთოდი;
- *დ) კობას მეთოდი;
- ე) აბალმასოვის მეთოდი;

895. გულმკერდის სკოლიოზის დროს დამახასიათებელია: 1. ბეჭების ასიმეტრია; 2. ნეკნოვანი კუბი; 3. ქვედა კიდურის აბსოლუტური დამოკლება; 4. ჩაკლინის გამოხატული სიმპტომი; 5. წელის სამკუთხედის ასიმეტრია; 6. გულმკერდ-წელის ნაწილის მოძრაობების შეზღუდვა; 7. სუნთქვის ფუნქციის დაქვითება.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4 და 6.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი გარდა 1 და 3;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 4, 6;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 4, 6;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი;

896. წელის სკოლიომისათვის დამახასიათებელია: 1. ბეჭების ასიმეტრია; 2. ნეკნოვანი კუბი; 3. ჩაკლინის გამოხატული სიმპტომი; 4. წელის სამკუთხედის ასიმეტრია; 5. მენჯის გადახრა; 6. სუნთქვის ფუნქციის დაქვეითება. 7. ტკივილი წელის ნაწილში.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 2 და 6.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1 და 4;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1 და 2;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი;

897. სხეულის დეფორმაციის დეკომპენსაცია განისაზღვრება:

- ა) ხაზის გაღებვა ხერხემლის წოლით რენგენოგრაფიაზე და ამ ხაზის გადახრის განსაზღვრა წელის მე-5 მალის შუა წერტილიდან.
- ბ) შვეულის მიმაგრება საუღლე ნაჭდეოთა და ამ ხაზის გადახრის განსაზღვრა თეძოს ძელების და შვეულის წინა ბედა წვეტებიდან;
- გ) შვეულის მიმაგრება დეფორმაციის მწვერვალზე და ამ ხაზის გადახრის განსაზღვრა ღუნდულოს ნაოჭებთან მიმართებაში;
- *დ) ?7 წვეტიან მორჩზე შვეულის მიმაგრებით და ამ ხაზის ღუნდულოებს შორის ნაოჭიდან გადახრის განსაზღვრით;
- ე) ავადმყოფის დათვალეირებით ღვომით მდგომარეობაში წინიდან და უკნიდან;

898. სკოლიომის დროს ხერხემლის დეფორმაციის სტაბილობა უფრო თბიექტურად განისაზღვრება:

- ა) ავადმყოფის სუბიექტური შეგრძნებების და ჩივილების მიხედვით (გამრუდების მწვერვალზე ტკივილი, ცხეულის მდგომარეობის შეცვლისას და ა.შ.).
- *ბ) კანმინის ფორმულის მიხედვით, რომელიც განისაზღვრება დამოკიდებულება წოლით და ღვომით კუთხეების შეფარდებაში;
- გ) ხერხემლის ღვომით და წოლით რენგენოგრაფიების ერთმანეთზე დაღებით;
- დ) ავადმყოფის სხეულის სხვადასხვა მხარეს გადახრის ამპლიტუდის მიხედვით;
- ე) ავადმყოფის თავის ტრანქციით ზემოდან და დეფორმაციის მობილობის განსაზღვრით;

899. სკოლიომური დეფორმაციის დროს ავადმყოფის რენგენოლოგიური გამოკვლევა აუცილებლად უნდა შეიცავდეს: 1. ძირითადი სიმრუდის რენგენოგრაფია წინა-უკანა პროექციაში წოლით მდგომარეობაში; 2. ძირითადი სიმრუდის რენგენოგრაფია წინა-უკანა პროექციაში ღვომით; 3. კომპენსატორული გამრუდების რენგენოგრაფია წინა-უკანა პროექციაში წოლით მდგომარეობას; 4. კომპენსატორული გამრუდების რენგენოგრაფია ღვომით; 5. მენჯის რენგენოგრაფია თეძოს ფრთების ჩართვით; 6. ძირითადი გართულების რენგენოგრაფია გვერდით პროექციაში ღვომით; 7. ძირითადი გამრუდების რენგენოგრაფია გვერდით პროექციაში წოლით.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 4, 6 და 7.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3 და 4;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 5;
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 6 და 7;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი;

900. მალის გორისის გამოშვების უფრო თბიექტურ და ხელმისაწვდომი მეთოდს წარმოადგენენ:

- ა) რენგენის აპარატის ტუბუსის დახრის გამოშვით, რაც აუცილებელია მწვერვალზე მდებარე სწორი წინა-უკანა პროექციის მისაღებად.
- ბ) რენგენოგრაფულად: - მანძილით წვეტიანი მორჩიდან მალის სხეულის გვერდებამდე;
- *გ) რენგენოგრაფიული მეთოდი დეფორმაციის მწვერვალზე რკალის ფუძის გადახრის სიდიდის მიხედვით მალის გვერდით ბედაპირიდან;
- დ) რენგენოგრაფიული მეთოდი წვეტიანი მორჩების განლაგების სიდიდის მიხედვით;
- ე) კლინიკური მეთოდი შუღეგესის აპარატით;

901. სკოლიომური დეფორმაციის დროს მალის როგაცია ხერხემლის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ჰორიზონტალურთან შედარებით:

- ა) ქრება.
- ბ) შეიძლება მოიკლოს და მოიმატოს;
- გ) რჩება უცვლელი;
- დ) კლებულობს;
- *ე) იზრდება (მაგულობს);

902. გულმკერდის სკოლიომით ავადმყოფებში ფილგების სასიცოცხლო მოცულობა:

- ა) შემთხვევითაა 50%-ში იზრდება და 50%-ში ქვეითდება.
- ბ) არ არის ნათლად გამოხატული დამოკიდებულება ხერხემლის დეფორმაციისა და ფ.ს.მ. ცვლილებას შორის;
- გ) მაგულობს გულმკერდის ფორმის შეცვლის ხარჯზე;
- დ) ქვეითდება გულმკერდის ფორმის შეცვლის ხარჯზე;
- ე) რჩება უცვლელი ხერხემლის გამოხატული დეფორმაციის დროს;
- *ე) მნიშვნელოვნად ქვეითდება;

903. ავადმყოფებს გულმკერდის სკოლიომით სუნთქვის წუთ მოცულობა:

- ა) მისი შემცირების ხარისხი დამოკიდებულია ხერხემლის დეფორმაციის პროგრესირებაზე.
- ბ) პრაქტიკულად არ იცვლება;
- *გ) შესამჩნევად იზრდება;
- დ) უკვეითდება უმნიშვნელოდ;

ე) უკვეითლება მნიშვნელოვნად;

904. ბავშვების პროფილაქტიკური გასინჯვა აუცილებელია დაიწყოს:

- ა) ქალაქის სამხედრო კომისარიატებში.
- ბ) ინსტიტუტებში, პროფექტსასწავლებლებში, მუშაობის დაწყებისას;
- გ) ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლების ზედა კლასებში;
- *დ) საბავშვო ბაღებში, ბაგებში;
- ე) ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლების დაწყებით კლასებში;

905. გაზრულების პირველადი რკალის ძირითადი ნიშნებია: 1. მომაგებული მობილურობა; 2. პირველადი გამოვლინება; 3. გაზრულების დიდი კუთხე; 4. გაზრულების მწვერვალზე უფრო მეტად გამოხატული გორსიული ცვლილებები; 5. ნაკლებად გამოხატული გორსიული ცვლილებები გაზრულების მწვერვალზე; 6. უფრო მეტი სტაბილობა.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 4, 5 და 6.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1 და 4;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4 და 6;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 5 და 6;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1 და 5;

906. სკოლიომის პროფილაქტიკა მდგომარეობს: 1. ადრეულ გამოვლინებაში; 2. ადრეული ოპერაციულ მკურნალობაში; 3. ადრეულ კონსერვატიული მკურნალობაში; 4. ფიზიკური დატვირთვის შეზღუდვა ადრეულ ასაკში; 5. მეტწილად რეკიში რისკის ჯგუფში შემავალი ბავშვებისათვის; 6. ადრეული ასაკიდან ბავშვების დაკავება ფიზკულტურით და სპორტით; 7. ძალიან ადრეული ასაკიდან (ბავის) მასიურ ვარჯიში ცურვით; 8. ბავშვების ორთოპედიული გასინჯვა დაბადების მომენტიდან 6 თვეში 1 ჯერ.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5, 6 და 7.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5, 6, 7 და 8;
- *გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 2, 3, 4 და 5;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 4 და 8;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5 და 8;

907. სკოლიომური დაავადებების პროგრესირების ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) კაზმინის სტაბილობის ინდექსი.
- ბ) ნიდერშტრაგის ტესტი;
- გ) მოვშოვიჩის ტესტი;
- *დ) რისერის ტესტი;
- ე) კონის ტესტი;

908. ყველაზე ათვისებული მიმდინარეობით გამოირჩევა:

- ა) კომბინირებული სკოლიომი.
- ბ) წელის სკოლიომი;
- გ) გულმკერდ-წელის სკოლიომი;
- დ) გაფა-წელის სკოლიომი;
- *ე) გულმკერდის ზედა და გულმკერდის სკოლიომი;

909. თეძო-წელის-კუნთების გრენირება კონის მიხედვით ნაჩვენებია:

- ა) კომბინირებული სკოლიომის დროს.
- ბ) წელის სკოლიომის დროს;
- *გ) გულმკერდ-წელის სკოლიომის დროს;
- დ) გულმკერდის სკოლიომის დროს;
- ე) გულმკერდის ზედა სკოლიომის დროს;

910. ხერხემლის სკოლიომური ლეფორმაციის დროს ზურგის კუნთების მასაჟი აუცილებელია გაკეთდეს:

- ა) ისე, როგორც ხერხემლის სხვა ლეგენერაციულ-დისტროფიული დაავადებების დროს.
- ბ) გაზრულების მობილიზაციისაკენ მანუალური თერაპიის ელემენტებით;
- გ) აქტიურად გაზრულების ორივე მხარეზე;
- *დ) უფრო აქტიურად გაზრულების გამოწვეული მხარეზე;
- ე) უფრო აქტიურად გაზრულების შემწევი მხარეზე;

911. სკოლიომით ავადმყოფებისათვის ნაჩვენებია ცურვა სტილით:

- ა) ცურვა უკუნაჩვენებია.
- ბ) ყველა სტილით;
- *გ) ბრასი;
- დ) ბატერფლაი;
- ე) კროლი;

912. სკოლიომის კონსერვატიული მკურნალობის კორსეგის გამოყენების ძირითადი მიზანია:

- ა) ხერხემლის მოძრაობის ამპლიტუდის დაქვეითება.
- ბ) კუნთოვანი კორსეგის მოღუნება;
- გ) ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადება;
- *დ) ლეფორმაციის პროგრესირების შეჩერება;

ე) ხერხემლის ღეფორმაციის გასწორება;

913. ჰესინკის ტიპის კორსეგი აუცილებელია გამოვიყენოთ ავადმყოფთა მკურნალობისათვის:

ა) გოტალური სკოლიოზით.

ბ) კომბინირებული სკოლიოზით;

*გ) გულმკერდ-წელის და წელის სკოლიოზით;

დ) გულმკერდის სკოლიოზით;

ე) ზედა გულმკერდის სკოლიოზით;

914. დისკოტომიის ოპერაცია გულისხმობს:

ა) მიდგომა მალეების სხეულთან გართულების შემნეჭილ და გამომნეჭილ მხარეზე და დისკის კვეთა ორივე მხრიდან, უკანა სპონდილოლეზი.

*ბ) გამრუდების შემნეჭილ მხარეზე, მიდგომა მალეების სხეულთან განივი მორჩების და ამავე მხარეზე ნეკნების რეზექცია, დისკების გაკვეთა ღეფორმაციის შემნეჭილ მხარეზე უკანა სპონდილოლეზი;

გ) გამრუდების შემნეჭილ მხარეზე, მალის უკანა ელემენტების გაშიშვლება, განივი მორჩების და ამავე მხარეზე ნეკნების რეზექცია, უკანა სპონდილოლეზი;

დ) მიდგომა მალეების სხეულთან გამრუდების გამომნეჭილ მხარეზე, მალის 1/3-ის სასახსრე მორჩების და წვეტიანი მორჩებით რკალის ნაწილის რეზექცია, შემდგომი უკანა სპონდილოლეზი;

ე) მალეების სხეულთან მიდგომა გართულების გამომნეჭილ მხარეზე და დისკის გაკვეთას შემდგომი უკანა სპონდილოლეზი;

915. დისკოტომიის ოპერაციის შემდეგ აუცილებელია:

ა) სკოლიოზური ღეფორმაციის ინტენსიური კონსერვატიული მკურნალობა: სამკურნალო ტანვარჯიში, მასაჟი, ელექტროსტიმულაცია და ა.შ.

*ბ) მაღალი თაბაშირის კორსეგი გამრუდების შემდგომი რედრესაციით კორსეგში, იმობილიზაცია 6 თვით;

გ) წოლითი რეჟიმის დაცვა 6 თვის განმავლობაში, შემდგომი მაღალი თაბაშირის კორსეგით;

დ) მაღალი თაბაშირის კორსეგი 6 თვით;

ე) საშუალო თაბაშირის კორსეგი 6 თვით;

916. სკოლიოზის გამრუდების დროს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია:

ა) ავადმყოფის და მისი მშობლების დაჟინებითი მოთხოვნა.

*ბ) გამრუდების პროგრესირება 10 გრადუსზე მეტით წელიწადში და თუ ღეფორმაციის კუთხე მეტია 30 გრადუსზე მრდის დიდი პოტენციალის დროს;

გ) ღეფორმაციის პროგრესირება 5 გრადუსით წელიწადში;

დ) კონსერვატიული თერაპიის შემდგომ შედეგად ღეფორმაციის სტაბილიზაცია

ე) ხერხემლის პირველადი გამრუდების მაღალი სტაბილობა;

917. ენუკლიაცია, როგორც ოპერაცია შეიცავს:

ა) გამრუდების გამომნეჭილ მხარეზე პარავერტებრული კუნთების კვეთა, გამრუდების მწვერვალზე მალთაშუა დისკებიდან პულპოზური ბირთვების ამოკვეთა ნეკნების რეზექციის გარეშე, უკანა სპონდილოლეზი.

ბ) გამოღრეკილ მხარეზე, ღეფორმაციის მწვერვალზე, ნეკნების და განივი მორჩების და მალთაშუა დისკების რეზექცია, მასში პროტეოლიზური ფერმენტების შეყვანა (პაპაინი, ლეკოზიმი), უკანა სპონდილოლეზი;

გ) გამოღრეკილ მხარეზე ღეფორმაციის მწვერვალზე ნეკნების და განივი მორჩების რეზექცია, მალთა შუა დისკების გაკვეთა რამდენიმე დონეზე, უკანა სპონდილოლეზი;

*დ) ღეფორმაციის მწვერვალზე გამომნეჭილ მხარეზე განივი მორჩების და ნეკნების რეზექცია, რამდენიმე მალთა შუა დისკის პულპოზური ბირთვის ამოღება, უკანა სპონდილოლეზი;

918. თეძოს ძვლების ფრთების აპოფიზების ექსკურსია დამთავრებულია, მაგრამ თეძოს ძვლის ფრთებთან მათი შეზრდა არ მოხდა, მაშასადამე რისერის ტესტი შეესაბამება:

ა) ხელთ არსებული ინფორმაციით არ შეიძლება ვიმსჯელოთ რისერის ტესტზე.

ბ) 4 ბალს;

*გ) 3 ბალს;

დ) 2 ბალს;

ე) 1 ბალს

919. ოსტეოხონდროზი უფრო მეტად აზიანებს:

ა) უფრო ხშირად არის ხერხემლის გავრცელებული ოსტეოხონდროზი.

ბ) კულუსუნს;

*გ) ხერხემლის წელის ნაწილს;

დ) ხერხემლის გულმკერდის ნაწილს;

ე) ხერხემლის კისრის ნაწილს;

920. ხერხემლის ოსტეოხონდროზისათვის უფრო მეტად დამახასიათებელია შემდეგი პათოგენეტიკური სიტუაცია:

ა) სპონდილოდისტეზი, სპონდილორაზი კულური კონფლიქტი.

ბ) შეწებებითი არახნოიტიტი;

*გ) დისკორადიკულური კონფლიქტი;

დ) დისკოვასკულარული კონფლიქტი;

ე) დისკომედულარული კონფლიქტი;

921. ხერხემლის ოსტეოხონდროზის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდებია:

- *ა) კლინიკური და რენტგენოლოგიური.
- ბ) რადიონუკლიდური;
- გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- დ) რენტგენოლოგიური;
- ე) კლინიკური;

922. ხერხემლის ოსტეოხონდროზის მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია:

- ა) დახურული ხეიმონუკლიდობი.
- ბ) ლამინექტომია, დისკის თიაქარის ამოღება, უკანა სპონდილოლემბი;
- გ) ლამინექტომია, დისკის თიაქარის ამოღება;
- დ) უკანა დისკექტომია, წინა კორპოროლემბი;
- *ე) კონსერვატიული;

923. კისრის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფების რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ძირითადი მეთოდია:

- ა) დისკოგრაფია.
- *ბ) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია;
- გ) ვენოსპონდილოგრაფია;
- დ) ანგიოგრაფია;
- ე) მიელოგრაფია;

924. კისრის ოსტეოხონდროზის დროს სიმპტომებია: 1.ფესვობრივი;2.სპინალური; 3.ვეგეტაციურ-დისტროფიული; 4.ხერხემლის არტერიის;5.ვისცერალური დარღვევების; 6.წინა კიბისებური კუნთების;7.მხარ-ბეჭის პერიართრიტი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 2, 3 და 6;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 5 და 6;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 5 და 7;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5, 6 და 7;

925. ხერხემლის არტერიაზე და მის ნერვულ წნულებზე კისრის ოსტეოხონდროზის დროს პათოლოგიური ზემოქმედებას ახდენს:

- ა) დისკის ცენტრალური თიაქარი.
- ბ) დისკის გვერდითი თიაქარები;
- გ) ხერხემლის არტერიის ლაგერალური გამოსვლის დროს, სპაზმირებული წინა კიბისებური კუნთი;
- დ) სასახსრე მორჩების ეგზოსელომები;
- *ე) სასახსრე მორჩები მალის დინამიური გამლითი ქვემოფარდნილობისას და უნკოვერტებრული ეგზოსელომები;

926. კისრის ნაწილში ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობა შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) გვერდით და წინა-უკანა პროექციაში უკონტრასტო რენტგენოგრაფიით.
- ბ) მიელოგრაფიით;
- გ) რადიოიზოტოპური გამოკვლევებით;
- დ) ხერხემლის ღვოშით და წოლით მდგომარეობაში რენტგენოგრაფიის შედარებისას;
- *ე) ჩვეულებრივი უკონტრასტო რენტგენოგრაფიით ხერხემლის მოხრით და გამლით მდგომარეობაში გვერდით პროექციაში;

927. წყალქვეშა დაჭიმვა, როგორც კისრის ოსტეოხონდროზის მკურნალობის მეთოდი ნაჩვენებია:

- ა) II-III ხარისხის ჰიპერტონული დაავადების დროს, ცერებრული ათეროსკლეროზით.
- ბ) მედეფორმირებელი ოსტეოხონდროზის და ძვლის შელუღების (ოსტეოფიტები) არსებობის დროს;
- გ) ოსტეოხონდროზის დროს ხერხემლის არტერიის გამოხატული კლინიკით;
- დ) გამოხატული ცერვიკალური მიელოპათიის კლინიკო-რენტგენოლოგიური ფორმის ოსტეოხონდროზის დროს, რაც განპირობებულია მექანიკური ზეწოლით ან სისხლძარღვოვანი დარღვევის;
- *ე) ოსტეოხონდროზის დროს მკვეთრი დისკალგიური სინდრომით;

928. ხერხემლის კისრის ნაწილის გამოხატული არასტაბილობისას აუცილებელია დაინიშნოს:

- ა) წყალქვეშა ან მშრალი დაჭიმვა;მანუალური თერაპია.
- *ბ) შანცის საყელოს გიპის თავისდამჭერი;
- გ) არანარკოტული რიგის ანალგეტიკები;
- დ) სისხლძარღვთა გამაფართოებელი პრეპარატები;

929. კისრის ოსტეოხონდროზის დროს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებებია: 1.კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობა; 2.ფესვობრივი სინდრომი; 3.ვეგეტაციურ-დისტროფიული სინდრომი;4.ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობა; 5.თიაქარის გამოსვლა მალთაშუა ხერხელებიდან;6.მალების ქვეამოფარდნილობა; 7.დისკოგენური ცერვიკალური მიელოპათია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 3 და 6.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 3, 4 და 6;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 5 და 7;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 4 და 6;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი;

930. ხერხემლის კისრის ნაწილში ლამინექტომიის შემდეგ სტაბილობა:

- ა) ნაოპერაციებ სეგმენტში კლებულობს, სხვა ნაწილებში - მაგულობს.

- ბ) არ იცვლება;
- *გ) იკლებს;
- დ) იზრდება;

931. კისრის ოსტეოხონდროზის დროს ლამინექტომიის ჩვენებებია:

- *ა) დისკოგენური ცერვიკალური მიელოპათია.
- ბ) მალეების ქვეამოვარდნილობა;
- გ) ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობა;
- დ) ვეგეტაციურ-დისტროფული სინდრომი;
- ე) ფესვობრივი სინდრომი;

932. კისრის ოსტეოხონდროზის დროს წინა კორპოროლეში ხორციელდება:

- ა) არ აქვს პრინციპული მნიშვნელობა ანესთეზიის შერჩევას.
- ბ) ადგილობრივი და გამგარებლობითი ანესთეზია;
- გ) გამგარებლობითი ანესთეზია;
- დ) ადგილობრივი ანესთეზია;
- *ე) ენდოტრაქეალური ნარკოზი;

933. ხერხემლის გულმკერდის ნაწილში ხერხემლის არხის კვეთის სიბრტყე:

- ა) მეტია, ვიდრე კისრის და წელის ნაწილში.
- ბ) მეტია, ვიდრე კისრის, მაგრამ ნაკლებია, ვიდრე წელის ნაწილში;
- გ) ნაკლებია, ვიდრე კისრის, მაგრამ მეტია, ვიდრე წელის ნაწილში;
- დ) ერთნაირია, როგორც კისრის, ასევე წელის ნაწილში;
- *ე) ნაკლებია, ვიდრე კისრის და წელის ნაწილში;

934. ადამკევიჩის დიდი ფესვური არტერია სისხლით ამარაგებს:

- ა) ზურგის ტვინის წელის ნაწილს ?1 - ?1.
- *ბ) ზურგის ტვინის ? 8 სეგმენტის ქვევით მდებარე ნაწილს.
- გ) ზურგის ტვინის გულმკერდის ნაწილს(? 1- ? 12);
- დ) ზურგის ტვინის კისრის და გულმკერდის ნაწილს;
- ე) ზურგის ტვინის კისრის ნაწილს;

935. კლინიკური სურათი გულმკერდის ოსტეოხონდროზის დროს:

- ა) ხასიათდება ვაზომოტორულ დარღვევებით.
- ბ) ხასიათდება მყესის რეფლექსების ცვლილებებით;
- გ) ხასიათდება მგრძობელობის დაქვეითებით ქვედა კიდურებში;
- დ) ხასიათდება მხოლოდ ხერხემლის გულმკერდის ნაწილში ტკივილით;
- *ე) მეტისმეტად მრავალსახოვანია, მაგრამ არც ერთი ამ სიმპტომთაგან არ არის მკაცრად სპეციფიური;

936. გულმკერდის ოსტეოხონდროზის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:1.დისკის სიმაღლის შემცირება; 2.ჩამკევი ფირფიტების სკლეროზი;3.წინა და გვერდითი ოსტეოფიტები; 4.ხრტილოვანი დანაჭლევი მალის სხეულში; 5.მალეების სიმაღლის შემცირება და მათი მცირე სოლისებური დეფორმაცია; 6.გამოხატული სკოლიოზი; 7.მალის ოსტეოპოროზი;8.გულმკერდის ნაწილის ჰიპერმობილურობა.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 6 და 8.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3 და 8;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 6 და 7;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 4 და 6;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი;

937. დისკის თიაქარი ხერხემლის გულმკერდის არეში, გვხვდება:

- ა) პაციენტთა უმრავლესობაში განსაზღვრავს, გულმკერდის ოსტეოხონდროზის კლინიკას.
- ბ) ისევე ხშირად, როგორც ხერხემლის წელის ნაწილში;
- გ) ხშირად;
- *დ) ძალიან იშვიათად;

938. გულმკერდის ოსტეოხონდროზის კონსერვატიული მკურნალობის კომპლექსში ჩაერთოს:1.გამწოვი თერაპია (მინისებური სხეული, რუმალონი, ალოე და სხვა);2.რენტგენოთერაპია 3.ჰორმონალური თერაპია; 4.ვიტამინოთერაპია;5.ჩვენებების დროს-სხეულის ფიქსაცია კორსეგებით;6.ანთების საწინააღმდეგო თერაპია (ვოლგარენი და ა.შ);7.პარავერტებრული ბლოკალები; 8.სამკურნალო ტანვარჯიში;9.ზურგის კუნთების მასაჟი; 10. სანიტარულ-კურორტული მკურნალობა;11. ჩვენებების დროს - მანუალური თერაპია.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 6, 7, 8, 9, 10, 11.
- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 5 და 10;
- *გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2 და 3;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 7 და 9;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი;

939. გულმკერდის ოსტეოხონდროზის გრადიციული მკურნალობათერაპიის კომპლექსში ნაჩვენებია:

- *ა) ოსტეოხონდროზის დროს დისკალგიური და ფესვობრივი სინდრომით; ოსტეოხონდროზის დროს კარდიალური ან სხვა ვისცერალური სინდრომებით;
- ბ) მალეფორმირებელი ოსტეოხონდროზის დროს;

- გ) ოსტეოხონდროზის დროს თორაკალური მიელოპათიის კლინიკით;
- დ) ოსტეოხონდროზის დროს კარდიალური ან სხვა ვისცერალური სინდრომებით;
- ე) ოსტეოხონდროზის დროს დისკალგიური და ფესვობრივი სინდრომით;

940. ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან დაჭიმული ფეხის აწევის გამოწვეულ ტკივილს ეწოდება დადებითი სიმპტომი:

- ა) მაკკევიჩი.
- ბ) ვასერმანი;
- *გ) ლასეგი;
- დ) ნერი;
- ე) ბრაგარი;

941. წელის გვერდითი დისკის თიაქრის დროს სხეული გადახრილია:

- ა) უკან.
- ბ) წინისაკენ;
- *გ) დამოკიდებულია ბურგი - გვინის ნერვის ურთიერთობაზე თიაქართან და დისკთან;
- დ) თიაქრის საწინააღმდეგო მხარეს;
- ე) ამავე მხარეზე;

942. ბურგის გვინის სითხეში ცილის ნორმალური შემცველობა შეადგენს:

- ა) 5,0 გ/ს.
- ბ) 2,0 გ/ს;
- გ) 1,5 გ/ს;
- *დ) 0,165 გ/ს;
- ე) 0,5 გ/ს;

943. ლუმბალური პუნქციისას ლიქვორის წნევა მერყეობს სამღვრებში:

- ა) 400 მმ ზევით მმ წყლის სვეტის.
- ბ) 10-50 მმ მმ წყლის სვეტის;
- გ) 300-350 მმ წყლის სვეტის;
- დ) 250-300 მმ წყლის სვეტის;
- *ე) 100-200 მმ წყლის სვეტის;

944. ავადმყოფს უეცრივ განუვითარდა ქვედა კიდურების პარაპლეგია, სწრაფად განვითარდა კუნთების ჰიპოტროფიით, მგრძობელობა დაქვეითდა ?12 ?1, სეგმენტის დონეზე, წარმოიშვა მეჩხის ორგანოების ფუნქციის დარღვევა შეკავების ტიპის. მოცემული კლინიკური სურათი დამახასიათებელია:

- ა) არტერიული რადიკულიშემიის სინდრომისათვის (ფესვური ტიპის მაპარალიზებელი იშიამის სინდრომი).
- ბ) ეპიკონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის (მელულარული ტიპის მაპარალიზებელი იშიამის სინდრომი);
- გ) ბურგის გვინის კონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის;
- დ) ბურგის გვინის კონუსის და ეპიკონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის;
- *ე) წელის გამსხვილების არტერიული მიელო იშემიის სინდრომისათვის;

945. ავადმყოფს უეცრივ განუვითარდა ქვედა კიდურების პარაპლეგია, მეტად გამოხატული დისკალურ ნაწილში, მგრძობელობის მოშლა ?5 ?5 სეგმენტის მონაში, მეჩხის ორგანოების ფუნქციის მოშლა. მოცემული კლინიკური სურათი დამახასიათებელია:

- ა) არტერიული რადიკულიშემიის სინდრომისათვის.
- ბ) ეპიკონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის;
- გ) ბურგის გვინის კონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის;
- *დ) ბურგის გვინის კონუსის და ეპიკონუსის არტერიული იშემიის სინდრომისათვის;
- ე) წელის გამსხვილების არტერიული მიელოიშემიის სინდრომისათვის;

946. მალთაშუა დისკის თიაქრის გამობერვის და მისი ზომების შესახებ ყველაზე მეტად ინფორმაციულია:

- ა) რადიოიზოტოპური გამოკვლევები.
- ბ) ანგიოგრაფია;
- *გ) მიელოგრაფია;
- დ) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია ფუნქციურ მდგომარეობაში;
- ე) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში;

947. ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობის შესახებ შეიძლება ვიმსჯელოთ:

- ა) ხერხემლის რადიოიზოტოპური გამოკვლევებით.
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით (მბრ-ტომოგრაფია);
- გ) ხერხემლის რენტგენოგრაფიებით, დგომით და წოლით წინა-უკანა პროექციაში;
- *დ) უკონტრასტო რენტგენოგრაფიით მოსრით და გაშლით მდგომარეობაში;
- ე) უკონტრასტო რენტგენოგრაფიებით წინა-უკანა და გვერდით პროექციაში;

948. ხერხემლის წელის ნაწილის ოსტეოხონდროზის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ხდება: 1. ტუბერკულოზური სპონდილიტთან; 2. მეჩხე-ბარძაყის სახსრის გაღებულ მდგომარეობაში ართროზთან; 3. ჰორიზონტალურ სპონდილოპათიასთან; 4. ბურგის შიდა სიმსივნებთან; 5. რაშის კულის კისტოზური და შეხორცებითი არახნოიდიტთან დროს; 6. ბეხტერევის დაავადებასთან 7. მალეის სიმსივნებსა და მეტასტაზებთან; 8. რევმატიზმთან.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 3, 4 და 8.

- ბ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 2, 3 და 4;
- გ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 3, 6, 7 და 8;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 4 და 6;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი;

949. ხერხემლის წელის ნაწილის ოსტეოხონდროზისათვის, ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ბურგვინის ფესვების დაინტერესების არარსებობა, თვით მძიმე შემთხვევებშიც.
- ბ) ბურგვინის ფესვების დაზიანება სხვადასხვა დონეზე;
- გ) 4 ფესვის დაზიანება;
- დ) 3 ფესვის დაზიანება;
- *ე) ბურგის გვინის 1 ან 2 ფესვის დაზიანება;

950. წელის ოსტეოხონდროზის არასტაბილური ფორმებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ტკივილი წელის ნაწილში დამით წოლის დროს.
- ბ) ტკივილი ქვედა კიდურებში სიარულის დროს;
- *გ) წელის ნაწილში ტკივილი მნიშვნელოვნად იმრდება ვერტიკალური მდგომარეობაში და სხეულის მოძრაობისას;
- დ) ხერხემლის წელის არეში ტკივილის არარსებობა;
- ე) ხერხემლის წელის არეში მუდმივი ტკივილი, რაც სხეულის მოძრაობის დროს. არ იცვლება;

951. წელის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფთა მკურნალობის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს:

- ა) წელის ფიქსაცია ლითონის ფიქსატორებით, უკანა სპონდილოლეზი.
- ბ) ლამინექტომია, დისკის თიაქარის ამოღება (მოცილება);
- გ) წინა კორპოროლეზი;
- *დ) კონსერვატული;

952. წელის ოსტეოხონდროზის მკურნალობის კომპლექსში მანუალური თერაპია ნაჩვენებია:

- ა) ხერხემლის სეგმენტების არასტაბილობის დროს.
- ბ) ოსტეოპოროზული ხერხემლის დროს;
- გ) ხერხემლის ტრავმული დაზიანებისას;
- დ) ორგანული ნევროლოგიური სიმპტომატიკის არსებობისას;
- *ე) წელის ნაწილში გამოხატული ტკივილის სინდრომით, ფუნქციური მოძრაობის შეზღუდვით მალთაშორის სახსრებში;

953. მანუალური თერაპიის ჩატარებაზე აუცილებელია გაკეთდეს ყველა გამოკვლევა, გარდა:

- *ა) ხერხემლის რადიოიზოტოპური გამოკვლევა და ანგიოგრაფია.
- ბ) ნევროლოგიური გასინჯვა (პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების გამოვლენა);
- გ) ხერხემლის რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა ფუნქციური მდგომარეობის ჩართვით;
- დ) ავადმყოფის კლინიკური გასინჯვა;

954. ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობის გამოვლენისას აუცილებელია:

- *ა) დაუნიშნოთ კონსერვატული მკურნალობა ლენინგრადის ტიპის კორსეგის საფალდებულო ტარებით.
- ბ) დაუნიშნოთ კონსერვატული მკურნალობა კორსეგის გარეშე;
- გ) ავადმყოფს სასწრაფოდ შევთავაზოთ ოპერაცია. უკანა სპონდილოლეზი, ხერხემლის ფიქსაცია ლითონის კონსტრუქციებით;
- დ) ავადმყოფს სასწრაფოდ შევთავაზოთ ოპერაცია-ლამინექტომია;
- ე) ავადმყოფს სასწრაფოდ შევთავაზოთ ოპერაცია-წინა კორპოროლეზი;

955. დახურული ხეიმონუკლეოლიზი და მალთაშუა დისკების დარეცეპცია-ნაჩვენებია:

- ა) თუ ავადმყოფს მიელოგრამაზე ვლინდება დისკის თიაქარი, რომელიც იკავებს ხერხემლის არხის სანათურის 1/3-ს და არის ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობის ნიშნები.
- *ბ) თუ ავადმყოფს მიელოგრამაზე ვლინდება დისკის თიაქარი, რომელიც იკავებს ხერხემლის არხის სანათურის 1/3-ს და არ არის ხერხემლის სეგმენტის არასტაბილობის ნიშნები;
- გ) თუ ავადმყოფის მიელოგრამაზე, ვლინდება დისკის თიაქარი, რომელიც მთლიანად ფარავს ხერხემლის არხის სანათურს;
- დ) თუ ავადმყოფის მიელოგრამაზე, ვლინდება დისკის თიაქარი, რომელიც ფარავს ხერხემლის არხის 2/3 ს;
- ე) ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადების დროს, რაც ვლინდება არაკონტრასტულ რენტგენოგრაფიებზე, ერთი ან რამდენიმე დისკის სიმალის შემცირებით;

956. წელის ოსტეოხონდროზის დროს დისკოგოპიის და წინა სპონდილოლეზის ჩვენებებია: 1. ვრცელი თიაქარის გამოხატვა, დისკის თავისუფალი სექცესტრები ბურგ-გვინის არხში მკვეთრად გამოხატული ფესვობრივი ნევროლოგიური სიმპტომატიკით; 2. დისკის გამოხატული დეგენერაცია გარეთა გვერდითი გამოხატვით; 3. გამუდმებული ლუმბალგია ხშირი შეტევებით და ხერხემლის გამოხატული არასტაბილობის ნიშნებით; 4. წელის დისკის თიაქარების გამოხატვა მყარი ტკივილის სინდრომით თანდაართული გასუქებითან. სპონდილოლისტემი, მიმდინარე მძიმე ტკივილის სინდრომით; 6. უკანა მიდგომით ოპერაციის შემდეგ არაღამაკმაყოფილებელი შედეგე;(რეციდივი, დაკავშირებული ოსტეოქონდროზის რეციდივებთან)

- ა) სწორი 2, 4, 5 და 6.
- ბ) სწორია 1, 3 და 6;
- გ) სწორია 1 და 4;
- *დ) სწორია 2, 3, 5 და 6;
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

957. ლამინექტომიისა და უკანა სპონდილოლეზის ჩვენებებია:

- ა) ეპიდურული ბლოკადის არაეფექტურობით.
- *ბ) ლისკის თიაქარი ზურგგინის ფესვებზე შეწოლით;
- გ) კონსერვატული მკურნალობის არაეფექტურობა 2 თვის განმავლობაში;
- დ) კონსერვატული მკურნალობის არაეფექტურობა 4 თვის განმავლობაში;

958. წელის ოსტეოხონდროზის დროს წინა კორპორალების შემდეგ ავადმყოფმა უნდა დაიცვას წილითი რეჟიმი:

- *ა) 2-3 თვე.
- ბ) ერთი თვე;
- გ) 3 კვირა;
- დ) 2 კვირა;
- ე) 1 კვირა;

959. ხერხემლის სტაბილობა უკანა მიდგომის დროს ნაკლები ხარისხით ირღვევა:

- *ა) ნაწილობრივი რემეჯის და ერთ მხარეს ყვითელი იოგის კვეთით (ინტერლამინარული მიდგომა).
- ბ) ლამინექტომიის დროს;
- გ) ჰემილამინექტომიის დროს;
- დ) ფართო ლამინექტომიის დროს;

960. ლამინექტომიით ლისკის თიაქრისამოღების ოპერაცია უნდა დამთავრდეს:

- ა) წელის სეგმენტის ფიქსაცია ლამინექტომიის შემდეგ პრინციპიალურ არ არის.
- ბ) არავითარი ფიქსაცია საჭირო არ არის;
- გ) მხოლოდ უკანა სპონდილოლების განხორციელებით;
- *დ) ლითონოფიქსაციის და უკანა სპონდილოლების განხორციელებით;
- ე) ლითონოფიქსაციის განხორციელებით (ფირფიტები, შეკვრით);

961. ბეხტერევის დაავადება უხშირესად გვხვდება:

- *ა) კაცებში, 40 წლის ზემოთ ასაკში.
- ბ) კაცებში, 50 წლის ზემოთ ასაკში;
- გ) ქალებში, 40 წლის ზემოთ ასაკში;
- დ) ქალებში, 50 წლის ზემოთ ასაკში;

962. ბეხტერევის დაავადების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია: 1. ტკივილი და შეზღუდვა გავრთხილის მიდამოში, რაც გრძელდება 3 თვე, მეტი ხნის განმავლობაში და არ იცვლება წოლისას; 2. ტკივილი და შეზღუდვა ხერხემლის გულმკერდის ნაწილში; 3. მოძრაობის შეზღუდვა ხერხემლის წელის არეში; 4. გულმკერდის კოლოფის სუნთქვითი ექსკურსიის შეზღუდვა; 5. ანამნეზში არის ირიგი, ირიდოციკლიგი ან მათი შედეგები; 6. ორმხრივი საკროილეგის რენტგენოლოგიური ნიშნები.

- ა) მხოლოდ 1, 2, 4 და 6.
- ბ) მხოლოდ 1, 4, 6;
- გ) მხოლოდ 4, 5 და 6;
- დ) მხოლოდ 1, 2, 3;
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი;

963. ბეხტერევის დაავადების დროს ხერხემალი მიანდება მხოლოდ:

- ა) ვისცერული ფორმის დროს.
- ბ) სკანდინავური ფორმის დროს;
- გ) რიმომიელური ფორმის დროს;
- *დ) ცენტრალური ფორმის დროს;

964. მტევნის წერილი ძვლების დამიანება (როგორც რევმატიული ართრიტის დროს, დამახასიათებელია ბეხტერევის დაავადების შემდეგი ფორმებისთვის:

- ა) ვისცერული.
- *ბ) სკანდინავური;
- გ) პერიფერიული;
- დ) რიმომიელური;
- ე) ცენტრალური;

965. ხერხემლის, მხრის, მენჯ-ბარძაყის სახსრების დამიანება დამახასიათებელია ბეხტერევის დაავადების შემდეგი დაავადებისთვის:

- ა) ვისცერალური.
- ბ) სკანდინავური;
- გ) პერიფერიული;
- *დ) რიმომიელური;
- ე) ცენტრალური;

966. ხერხემლის, იდაყვის, მუხლების და კოჭ-წვივის სახსრების დამიანება დამახასიათებელია ბეხტერევის დაავადების შემდეგი ფორმებისათვის:

- ა) ვისცერალური.
- ბ) სკანდინავური;
- *გ) პერიფერიული;
- დ) რიმომიელური;

ე) ცენტრალური;

967. ბეხგერევის დაავადების ვისცერული ფორმისას სხეებთან შედარებით უფრო ხშირესად თავს იჩენს: 1. გულის სარქველოვანი აპარატის დაზიანება; 2. პერიკარდიტი; 3. აორტიტი; 4. ფილგეების დაზიანება; 5. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის დაზიანება; 6. თირკმლების ამილიოლოზი; 7. თვალის დაზიანება (სკლერიტი, უვეიტი, ირიდიციკლიტი).

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 3 და 6.

ბ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 3, 6 და 7;

გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 3, 6 და 7;

*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4 და 5;

ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

968. ბეხგერევის დაავადების დასაწყისი სტადიისათვის დამახასიათებელია შემდეგი რენტგენოლოგიური ნიშნები:

ა) მალთაშუა ღრუს შერეობა.

ბ) ხერხემლის იოგოვანი აპარატის გაძვალვა;

გ) გავა-თედოს შესახსრების ანკილოზი;

*დ) გავა-თედოს სახსრებში კილოვან ზედაპირებზე ოსტეოპოროზის ან სკლეროზის ცალკეული უბნები სახსრის კონტურები არამკაფიო, წაშლილი;

ე) ორივე მენჯ-ბარძაყის სახსრის სახსრე ზედაპირების სკლეროზი;

969. ბეხგერევის დაავადების ადრეულ სტადიაში მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია:

ა) მოძრაობითი დაგვირთვის მნიშვნელოვნად დაქვეითება, განვარჯიშიდან გათავისუფლება.

ბ) არანარკოტიკული რივის ანალგეტიკების დანიშვნა, ფიზიოთერაპია;

*გ) პირაზოლინის ჯგუფის პრეპარატების დანიშვნა და სანატორიულ-კურორტულ მკურნალობასთან ერთად;

დ) ოპერაციული;

970. ფსორიაზულ სპონდილარტიტის ძირითადი დიაგნოსტიკური ნიშნებია: 1. დისკალური ფალანგთაშორის სახსრების დაზიანება, გიპიური გამოვლენით; 2. მტკენის სახსრების ან ცალკეული ფალანგების ასიმეტრიული დაზიანება, რომელთაც რეციდივული მიმდინარეობა აქვთ; 3. გავა-თედოს შესახსრების ცალმხრივი დაზიანება; 4. გავა-თედოს შესახსრების ყოველთვის ორმხრივი დაზიანება; 5. ცალმხრივი საქროილეიტის რენტგენოლოგიური ნიშნები; 6. ორმხრივი საქროილეიტის რენტგენოლოგიური ნიშნები; 7. დამახასიათებელი ფსორიაზული ლაქების კანზე; 8. მტკენის ბოლო ფალანგების ძვალ-ხრტილოვანი სტრუქტურების დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ ცვლილებებზე; 9. ხერხემლის გულმკერდის და წელის ნაწილში, მასიური, ცალმხრივი, მალთაშუა ღრუსთან დაუკავშირებელი სინდესმოფიტი.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 5, 7 და 8.

ბ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 3, 5 და 7;

გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 2, 3 და 5;

*დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4 და 6;

ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

971. ხერხემლის ფსორიაზულ დაზიანების მკურნალობის კომპლექსში უნდა ჩაერთოს: 1. კორტიკოსტეროიდები; 2. პიროგენალი; 3.

მეტაგრექსატი; 4. დაზიანებული კანის უბნებში მალამოების ხმარება (რინალარი, ფრუცინარი); 5. 5. კანის დაზიანებული უბნების ულტრაფიოლეტური დასხივება; 6. პირაზოლინის პრეპარატები; 7. ფიზიოთერაპია; 8. ზურგის და კიდურების კუნთების მასაჟი; 9.

სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა. 10. ოქროს პრეპარატები (კრიზანოლი, სანოკრიმინი).

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 2, 4, 5 და 6.

ბ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 5, 6, 7, 8 და 9;

*გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 10;

დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

972. რეიგერის დაავადების ადრეული სტადიისათვის დამახასიათებელია შემდეგი სიმპტომები: 1. კონიუნქტივიტი; 2. არასპეციფიური ურეტრიტი; 3. ქვედა კიდურების რამდენიმე, ან ერთი სახსრის დამახასიათებელი დაზიანება; 4. კანის საფარველის და ლორწოვანი გარსების დამახასიათებელი დაზიანება; 5. ვირუსული ჩანარტები ურეთრული მასალის ნაცხში; 6. სინოვიალური გარსის ბიოფსიურ მასალაში გამოვლენილი პერიფაქული და სისხლძარღვთა ჰიპერტროფია; 7. ანგისხეულების ???27 არსებობა; 8. პერიოსტიტების არსებობა; 9. გავა-თედოს სახსრების დაზიანება; 10. სინდესმოფიტიტების განვითარება ხერხემლის წელის ნაწილში; 11. აორტის დაზიანება.

ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5, 8, 9, 11.

ბ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 1, 3, 8, 9, 11;

*გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 8, 9, 10, 11;

დ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა 4, 5, 6, 8;

ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;

973. სპონდილოლისტემის ქვეშ იგულისხმება:

ა) მალის პათოლოგიური მოძრაობა.

ბ) მალის სოლისებრი დეფორმაცია;

გ) მალის რკალთა შეუხორცებლობა;

დ) ხერხემლის უკანა ელემენტების ლიზისი ან დაშლა;

*ე) მალის შეცილება ქვემოლ მდებარე მალის მიმართ;

974. სპონდილოლისტემის კლასიფიკაცია ემყარება გამოშვებს:

*ა) ფუნქციური დაგვირთვის დროს დაცურებული მალის სტადიის ხარისხი.

ბ) დაცურებული მალის უკანა დესტრუქციის ხარისხი;

გ) მალის უკანა კიდის შეცილების სილიე ქვემოლ მდებარე მალის მიმართ;

დ) ლაცურებული მალის შეცილების კუთხის სიდიდე;

975. ი.მ. მიგბრაიგის და ვ.ე. ბელენკოს კლასიფიკაციით წელის მე-5 მალის სპონდილოლისტემის ხარისხი დგინდება ვერტიკალის მიმართ შეცილების კუთხის განსაზღვრით, ამასთან:

ა) I ხარისხი - 5 მმ-დე, II - 6-25 მმ, III - 25 - 40 მმ; IV - 40 მმ ზევით.

*ბ) I ხარისხი - 40 - 60 მმ, II - 61 - 75 მმ, III - 76 - 90 მმ; IV - 91 - 105 მმ, V - 106 - 120 მმ და მეტი;

გ) I ხარისხი - 45 მმ, II - 60 მმ, III - 70 მმ; IV - 90 მმ;

დ) I ხარისხი - 10 მმ, II - 20 მმ, III - 40 მმ; IV - 60 მმ ზემოთ;

976. ეტიოლოგიური და პათოგენეტიკური თავისებურებების გათვალისწინებით გამოყოფენ სპონდილოლისტემის შემდეგ სახეებს: 1. მწვავე დისპლაზიური; 2. სპონდილოლიზური; 3. ინვოლუციური; 4. მწვავე გრაფული; 5. პათოლოგიური; 6. დეგენერაციული.

ა) სწორია 2, 3 და 6.

*ბ) სწორია 1, 2, 3 და 4;

გ) სწორია 4, 5 და 6;

დ) სწორია 2, 5 და 6;

ე) სწორია 1, 5 და 6;

977. მობრძლი ავადმყოფების ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია სპონდილოლისტემის შემდეგ შემთხვევებში:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) ხერხემლის არხის სტენოზი;

გ) სპონდილოლისტემის, სხეულის ანტაღეიური გადახრით, რომელიც არ ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას;

დ) ორგანული ნევროლოგიური სიმპტომატიკის გამოჩენისას;

ე) სპონდილოლისტემის 5, 4, 3 ხარისხის დროს ხერხემლის გამოხატული არასტაბილობით, რომელიც კონსერვატიულ მკურნალობას არ ექვემდებარება;

978. სკოლიოზური გართულებების დროს რისკის ნიშანი დამოკიდებულია:

*ა) გაფა-თეძოს შესახსრებისა კენ გარდამავალი თეძოს ძვლების ეპიფიზების ოსიფიკაციის ხარისხზე.

ბ) გამოდრეკილ მხარეზე გართულების მწვერვალზე მასალის სხეულის ოსტეოპოროზზე;

გ) ხერხემლის ძირითადი დეფორმაციის სტაბილიზაციის ხარისხზე;

დ) ავადმყოფის ასაკთან, როცა დეფორმაცია სტაბილიზაციას განიცდის;

ე) მალის სოლისებული დეფორმაციის ხარისხზე;

ოსტეოსინთეზი გრავმატოლოგია-ორთოპედიაში

979. ძვლის შეხორცების ძირითადი პირობაა:

*ა) სწორია ყველა აღნიშნული..

ბ) სხეულის წონის 30%-ის ოდენობით ღერძული დატვირთვა ფიქსაციიდან 1-2 კვირის შემდეგ;

გ) სამკურნალო ვარჯიშის კომპლექსში დამზინებულ სახსარში პასიური და აქტიური პოძრაობების აღრეული ჩარევა;

დ) ფრაგმენტების ფიქსაცია;

ე) ფრაგმენტების იდეალური რეპოზიცია, სასახსრე მელაპირების კონგრუენტობის აღდგენა;

980. ოსტეოსინთეზისათვის ხმარებული კონსტრუქციების მექანიკურ და ფიზიკურ მოთხოვნებს მოეკუთვნება:

*ა) ღრეკალობა და ცვეთამდეგობა;

ბ) ცვეთამდეგობა;

გ) პლასტიურობა;

დ) ღრეკალობის, დაღლილობის მდგარი;

ე) ღრეკალობა;

981. ოსტეოსინთეზის დროს ფიქსაციების კოროზიას ავიცილებთ:

ა) სწორია ყველა აღნიშნული.

*ბ) ფიქსატორის კონსტრუქციაში 3 სივრცეში ციკლური დაძაბვის გათვალისწინებით; ფიქსატორის მელაპირის კარგად გაშლიფით;

გ) ფიქსატორის მელაპირის კარგად გაშლიფით;

დ) ფიქსატორის კონსტრუქციაში 3 სივრცეში ციკლური დაძაბვის გათვალისწინებით;

ე) ფიქსატორების კონსტრუქციაში სხვადასხვა ლითონების შეთავსებით;

982. ქსოვილები კარგად იტანენ, ორგანიზმში ინერტულნი არიან, მექანიკურად მყარი და იაფი შენაღობებია:

*ა) მოლიბდენის შემცველი უკანგავი ფოლადი.

ბ) ტიტანი;

გ) ცირკონიუმი;

დ) ტანტალი;

ე) ვიგალიუმი, კობალტის, ქრომის და მოლიბდენის შენაღობები;

983. ლითონის კონსტრუქციები ორგანიზმის ქსოვილებში გახსნილი ჟანგბადის, ფოსფორის და ორგანული მკაფების გავლენით ხდებათ თერმოდინამიურად არამდგრადი და განიცდიან:

*ა) სწორია ყველა აღნიშნული.

ბ) გალვანურ კოროზიას;

გ) პარადირენცულ აერაციას;

დ) ფრეგინგულ კოროზიას;

ე) ელექტროქიმიურ კოროზიას;

984. ფიქსაცორების კოროზიას ხელს უწყობს:

- *ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) ციკლური დაძაბვის შემოქმედება ლითონის ფიქსაციაზე;
- გ) სხვადასხვანაირი ლითონის ერთად გამოყენება;
- დ) ფიქსაცორების მედაპირის უხარისხო დამუშავება ან მისი დაზიანება;
- ე) არასწორი ქიმიური შენაერთები და მეტალურგიული პროცესები;

985. ლითონის იმპლანტატების მექანიკური თვისებები და კოროზიისადმი გამძლეობა უზრუნველყოფილია მათი დაზიანების სპეციალური პროცესებით:

- *ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) ქრომნიკელმოლიბდენის ფოლადის განსაკუთრებული ქიმიური შემადგენლობით (ქრომი 17,15%, ნიკელი 14,0%, მოლიბდენი 2,5%, ნახშირეანგი 0,03%);
- გ) დაწოლით ცივი დამუშავების ოპტიმალური პირობებით;
- დ) ელექტროქიმიური გადაღობით;
- ე) შეღობით ვაკუუმში;

986. გიგანი და მისი შენაღობები სხვა შენაღობებზე მსუბუქია, აქვთ ძალიან კარგი ანტიკოროზიული და დაღლილობისადმი გამძლეობა, მაგრამ მათი გამოყენება შემზღულია შემდეგი თვისებების გამო:

- *ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) წარმოების და მექანიკური დამუშავების სირთულე;
- გ) მცირე გამძლეობა გაცვეთისადმი;
- დ) დაბალი გამძლეობა ღანივ კვეთაზე;
- ე) ღრეკალობის დაბალი მოღული;

987. ლითონის ფიქსაცორების განმეორებითი გამოყენება საშიშია შემდეგი მიზეზების გამო:

- *ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) ფიქსაცორის კრისტალური სტრუქტურის ცვლილებების გამო ლითონის დაღლილობასთან დაკავშირებით;
- გ) კონტაქტური და ნაპარალისებური კოროზიის გაძლიერების გამო;
- დ) დაყენების და მისი მოხსნის ღრის ფიქსაცორის მედაპირის დაზიანების გამო;

988. ღიაფიჭური მოგეხილობების ოსტეოსინთეზისათვის გამოუსადეგარია:

- *ა) აბრეშუმის, მავთულის, ლენგის, ჩხირით შურუქების ტიპის ფიქსაცორები.
- ბ) არაკეროვანი ოსტეოსინთეზი აპარატებით;
- გ) ძვალშიგნითა სტაბილური ოსტეოსინთეზი;
- დ) ექსტრამეღულარული სტაბილური ოსტეოსინთეზი;

989. ძვალზედა ფიქსაცორი ძირითად მექანიკურ დაგვირთვას ახორციელებს:

- ა) ფირფიცის ღისტალურ ბოლოზე.
- ბ) ფირფიცის ბოლოებზე;
- გ) 2 სმ დაშორებით მოგეხილობის ხაზიდან;
- *დ) მოგეხილობის უბანზე;

990. ლითონის კონსტრუქციებით ოსტეოსინთეზის ღრის წარმოქმნებიან 1 და 2 სახის ბერკეტები, რომლებიც იწვევენ ღამანგრეველ მოქმედებას. მისი შემცირებისათვის საჭიროა:

- ა) ეიხმართ ნახშირბალოვანი ფიქსაცორები.
- ბ) გამოვიყენოთ ღამაგებითი თაბაშირის ნახვევი;
- *გ) გამოვიყენოთ ღამამაგრებელი ძვალთან ღიდი მედაპირის კონტაქტით;
- დ) გამოვიყენოთ ღამამაგრებელი ძვალთან მედაპირის მცირე კონტაქტით;
- ე) შევამციროთ ძვლის რეზორბცია ქანაობით დაგვირთვების ღრის;

991. ხრახნებით ოსტეოსინთეზის ღრის მყარი ფიქსაციის მიღწევა შეიძლება:

- *ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) როღესაც ხრახნი შეღის ძვალში 1,5 მმ სიღრმეში;
- გ) გრაპეციული პროფილის ჭრის ხვეუღისას;
- დ) თუ გარემო ღიამეგრი 4 მმ-ღეა (ბარძაყისთავის, წვივისთავის, მხრისთავის);
- ე) ხრახნის საკმარისი სიგრძისას, როღესაც ის გაიღლის ძვლის ორივე კორტიკალურ შრეს;

992. ოსტეოსინთეზის ღრის ხრახნების გამძლეობამ შეიძლება ღაიწიოს:

- *ა) ყველა აღნიშნუღის გამო.
- ბ) თუ ძვალში ხერღლის ღიამეგრი უღრის ხრახნის გარეთა ღიამეგრს;
- გ) ლითონის დაღლილობით, განმეორებითი ხმარების ღრის;
- დ) ძვლის ქსოვიღის რეზორბციით ხრახნის გარშემოჭრის გამო;
- ე) შეყვანის მომენტში ხახუნით გამოწვეული დაძაბვის კონცენტრაციის წარმოქმნისას;

993. წვივის ძვღების მოგეხილობის ღრის ფირფიცის ოპტიმალური ზომებია:

- *ა) 16 სმ 10 ხრახნზე მოგეხილობის ღონის მიუხეღავად.

- ბ) 14 სმ 8 ხრახნზე მოგეხილობის ღონის მიუხედავად;
- გ) ქვემო მესამედში მოგეხილობის ღროს 6 - 8 სმ წვივის სიგრძის 1/6;
- დ) შუა მესამედში მოგეხილობის ღროს 16 - 18 სმ წვივის სიგრძის 1/3;
- ე) ზემო მესამედში მოგეხილობის ღროს - 10 - 16 სმ სიგრძის 1/4;

994. ფრაგმენტების შეცილებას ძირითადად იწვევს, მოგეხილობის ადგილის დისკალურად კილურის მასა და კუნთოვანი დაძაბვა, ამიგომ ბარძაყის მოგეხილობის მყარი ფიქსაციისათვის უნდა გამოვიყენოთ ფირფიტა:

- ა) კილურის სეგმენტის 1/6 სიგრძის 2 ხრახნით.
- ბ) კილურის სეგმენტის 1/5 სიგრძის 4 ხრახნით;
- გ) კილურის სეგმენტის 1/4 სიგრძის 6 ხრახნით;
- დ) კილურის სეგმენტის 1/3 სიგრძის 8 ხრახნით;
- *ე) კილურის სეგმენტის 1/2 სიგრძის 10 ხრახნით;

995. ძვალზე ოსტეოსინთეზის წინააღმდეგ ჩვენებებია:

- *ა) სწორია ყველა შემოაღნიშნული.
- ბ) კანის ფართე ნაწიბურები, ფისკულები, ოსტეომიელიტები;
- გ) ინფიცირებული მოგეხილობები;
- დ) ღია მოგეხილობა, რბილი ქსოვილების ფართე დაზიანება;
- ე) ძელის ოსტეოპოროზი;

996. ძვალში ფიქსატორებით ოსტეოსინთეზის ღროს შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ ყველა ჩამოთვლილი დებულებით, გარდა:

- ა) სახსარაბლო მოგეხილობის ღროს ვიხმართთ ორი ბრტყელი ღერო, მაღი ბოლოების გაშლით ორი მიმართული ღეროებით "შემხველრი ღეროები", "მოდელირებული ღეროები".
- ბ) მრგვალი ღეროები მოქმედებენ ღგუშისმაგვარად, მაღლა სწვევენ ძელის ტვინის არხში წნევას და აღიზიანებენ ბარორეცეპტორებს;
- გ) ღეროს გატარება ძელის ფრაგმენტის მაქსიმალურ მანძილზე;
- დ) შეძლებისამებრ ვიხმართთ არა მოკლე ფიქსატორები, ღეროები, რომელთაც აქვთ ძვალთან კონტაქტის დიდი ზედაპირი და ქმნიან თანაბარი სიგრძის გრძელ ბერკეტებს;
- *ე) შტიფტის შეყვანა, თუ ერთ-ერთი ფრაგმენტის სიგრძე 6 სმ-ზე ნაკლებია;

997. ძელის ზედა ოსტეოსინთეზის ჩვენებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ბარძაყისშიდა წვივის ძელის რართე ძვალშიგნითა არხი.
- *ბ) აგლეჯით მოგეხილობები (იდაყვის მორჩის, მხრის მორჩის, კვირისტავის);
- გ) არასწორად შეხორცებული და შეუხორცებელი მოგეხილობები, ყალბი სახსრები;
- დ) მოგეხილობები ქსოვილთა ინტერპოზიციით;

998. ლულოვანი ძვლების, ოსტეომიელიტებით და ძვლის ქსოვილის რეგენერაციის დარღვევით გართულრბული მოგეხილობების მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) სწორია ყველა შემოაღნიშნული.
- ბ) ნივთიერებათა ცვლის ყველა სახის კორექციას, ღემონტიკსაციის თერაპიას, აქტიურ და პასიურ იმუნოთერაპიას სტაფილოკოკის სეროლოგიური დიაგნოსტიკის შემდეგ;
- გ) აღეკავტურ ანტიბაქტერიალურ თერაპიას ბაქტეროგრამის მიხედვით, მძიმე შემთხვევებში არტერიში პრეპარატების შეყვანას;
- დ) კერის მუღმიე გამორეცხვას, აქტიურ ასპირაციას ანტისეპტიური საშუალებებით, ანტიბიოტიკებით, ფერმენტებით;
- ე) კერისგარეშე კომპრესიულ-დისტრაქციულ ოსტეოსინთეზს ერთღროული სეკვესტექტომიით;

999. კვირისტავის მოგეხილობის ოპერაციული აღღგენის უკეთესი საშუალებაა:

- ა) კომპრესიული ოსტეოსინთეზი სხვადასხვა კონსტრუქციის აპარატებით.
- *ბ) ფრაგმენტების დამაგრება კირშნერის ჩხირებით 8-ის მაგვარი მომჭერი, ორმაგი მავთულის ნაკერი;
- გ) ძვლებზე გამაფალი ორსართულიანი ორმაგი ღავსანის ნაკერი;
- დ) პერიპატერალური ქისისებრი ან ნახევრალქისისებრი ნაკერი ღავსანით;

1000. კოჭ-წვივის სახსარზე ოპერაციული ტექნიკის ღეფექტებთან ღაკავშირებულ გართულებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი გარღა:

- ა) წვივის სინღესმომის ზეღმეტი გაღაწება ბოღღით - მაღღფორმირებელი ართროზის განღვითარება.
- ბ) რეპონირებული ფრაგმენტების არასაკმარისად მყარი ფიქსაცია;
- *გ) ფრაგმენტების წინასწარი ფიქსაცია 2 ჩხირით;
- ღ) არ იქნება აღღგენილი გარეთა გოჯის სიგრძე ღა არ ჩასწორღება მისი უკანა შეციღება - ფრაგმენტების ჩასწორების ღროს არ იყო ინვერსიის ან ევერსიის ეღემენტი;
- ე) ოპერაციული ტრიღობის გახსნა - თხელი ნაფღეთი, როღესაც განაკვეთი არ გაკვეთღა ძვღამღე;

1001. გარეთა ფიქსაციის აპარატებით სარგებღობის კრიტერიუმებია:

- *ა) სწორია ყველა შემოაღნიშნული.
- ბ) მეთოღების ტრავმეღობის ხარისხი, კონსტრუქციების სიმარტივე, აპარატების ღეგაღების ღა კვანღების უნივერსაღობა ღა მათი ურთიერთმონაცვღეღობა;
- გ) კღინიკური გამოყენების დიაპაზონი;
- ღ) აღრეული ფუნქციური მკურნაღობის უმრუნვეღყოფა;
- ე) ფრაგმენტების ზუსტი რეპოზიციის ღა მყარი ფიქსაციის შესაძღეღობა;

1002. გ. იღიღაროვის მეთოღიკებს შორის ფართე გამოყენება აქვს იმ მეთოღებს, რომელთა მიღანია:

- *ა) ყველა აღნიშნული.

- ბ) მსხვილი სახსრების ართროლეზის, დამაგრებელი ართროლეზის უსისხლო ჩატარება;
- გ) ყალბი სახსრის, კიბურების დამოკლების, გამრუდების, ლეფორმაციის ლიკვიდაცია ერთ ეტაპად, უსისხლოდ;
- დ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დეფექტების, რბილი ქსოვილების, სისხლის ძარღვების, ნერვების ჩანაცვლება;
- ე) ძვლების დახურული და ღია მოგეხილობების უსისხლო მკურნალობა; კიბურების დაგრძელება;

1003. კონსტრუქციული თავისებურების მიხედვით უკეთეს ფიქსაციას ახლენ აპარატები:

- ა) ცირკულარული თაბაშირის ნახევრებში ჩათაბაშირებული ღეროები.
- *ბ) აპარატები, რომლებიც შედგებიან რგოლისებური საყრდენისაგან, ღეროვანი აპარატები;
- გ) 2-3-4 რკალისაგან შემდგარი აპარატები;
- დ) მჭრელი მუფტები, ფირფიტები, ხრახნები, რომლებიც დაიყვანება ღეროებზე კიბურის სეგმენტის გარეთა მხრიდან;

1004. ფიქსაციის სიმყარე მაგულობს:

- ა) ჩხირ-ღეროვანი ფიქსატორებით.
- ბ) ღეროვანი ფიქსატორებით;
- *გ) ჩხირების გადაჯვარედინებით;
- დ) ჩხირების ერთსიბრტყიანი გატარებით;

1005. შარნირებიანი - დისგრაქციული აპარატები გამოიყენება:

- ა) რეგენერატის ფორმირებისათვის.
- ბ) მოგეხილობის შეხორცებისათვის;
- *გ) სახსრების მყარ კონტრაქტურების სამკურნალოდ
- დ) კიბურების ღერძის გასასწორებლად
- ე) სახსრებში მოძრაობის დასამუშავებლად;

1006. კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის ბიომექანიკური საფუძვლებია:

- *ა) სწორია ყველა მემოაღნიშნული.
- ბ) ჩხირების დამატება მაქსიმალური დაჭიმვით;
- გ) რგოლების ცენტრაცია;
- დ) ჩხირების განლაგება 600-900 კუთხით;
- ე) რგოლების განლაგება კიბურის მთელ სიგრძეზე;

1007. კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის ჩვენებებია ყველა აღნიშნული, გარდა:

- ა) სახსარაზლო შეცილებული მოგეხილობები.
- ბ) ამ ძვლების მეტაფიზური მრავალფრაგმენტოვანი (დამსხვრეული) მოგეხილობები;
- *გ) ამ ძვლების დიაფიზის სუბპერიოსტალური "მწვავე ტოტის" ტიპის მოგეხილობა;
- დ) ამ ძვლების პროქსიმალური მეტაფიზების შეცილებული მოგეხილობა;
- ე) გრძელი ლულოვანი ძვლების მრავალფრაგმენტოვანი მოგეხილობა;

1008. დაგვიანებული არაკეროვანი ოსტეოსინთეზს მიეკუთვნება ოსტეოსინთეზი ჩატარებული გრავმის მიღებიდან:

- *ა) 21 დღე-ღამის შემდეგ;
- ბ) 15-21 დღე-ღამის შემდეგ;
- გ) 8-14 დღე-ღამის შემდეგ;
- დ) 2-7 დღე-ღამის შემდეგ;
- ე) 24 სთ-ის შემდეგ;

1009. კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის შემდეგ ავადმყოფის მოვლის თავისებურებებია ყველა აღნიშნული, გარდა:

- *ა) აპარატის ლეტალების დაზიანების და მექანიკური ლეფორმაციის თავიდან აცილება.
- ბ) ჩხირების დაჭიმვის კონტროლი, აპარატის ლეტალების ფიქსაცია;
- გ) გროფის დარღვევის, პერიფერიული ნერვების პარემის პროფილაქტიკა;
- დ) კანის დაჭიმვის უბნებში ნეკროზის პროფილაქტიკა;
- ე) დაზიანების პროფილაქტიკა ჩხირის გატარების უბანში;

1010. ძვალზგავლითი ფიქსაციის აპარატების ვარგისიანობის ძირითადი კრიტერიუმია:

- *ა) სწორია ყველა მემოაღნიშნული.
- ბ) აღრეული სრულფასოვანი ფუნქციონალური მკურნალობის შესაძლებლობა და გრავმაგიზაციის მცირე ხარისხი დადებისას
- გ) ძვლოვანი ფრაგმენტების ზუსტი რეპოზიციის და მყარი ფიქსაციის შესაძლებლობა;
- დ) კონსტრუქციის სიმარტივე, აპარატის ლეტალების და კვანძების უნივერსალობა დაურთიერთ-შენაცვლებლობა;

1011. ძვლოვანი ქსოვილის ახლადწარმოქმნის, დაგვირთვის და ძვლის სისხლმომარაგების შორის ადექვატური დამოკიდებულება განსაზღვრავს ოსტეოგენეზის სიჩქარეს, ამასთან ოსტეოგენეზის დაქვეითება ხდება:

- ა) საყრდენი დაგვირთვის გაზრდისას საწყისი სისხლის მიმოქცევის დროს.
- *ბ) დაგვირთვის და სისხლის მიმოქცევის პარალელური შემცირების გამო;
- გ) სისხლის მიმოქცევის შემცირებისას საწყისი დაგვირთვის შენარჩუნების გამო;
- დ) ამ მარაგით საყრდენი დაგვირთვის უქონლობის გამო;
- ე) სისხლის მიმოქცევის მარაგით საყრდენი დაგვირთვის გაზრდის გამო;

1012. სტანდარტული კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს ღობირებული კომპრესია დღიურად არ უნდა აღემატებოდეს:

- ა) 1,5 სმ-ს;

- ბ) 1,0 სმ-ს;
- გ) 0,8 სმ-ს;
- დ) 0,5 სმ-ს;
- *ე) 0,3 სმ-ს;

1013. ოსტეოსინთეზის განხორციელების შემდეგ პირველ დღეს უნდა გამოყენებული იქნეს ყველა ჩამოთვლილი სამკურნალო საშუალებები, გარდა:

- ა) ვიტამინოთერაპია, ბიოსტიმულიაცია.
- ბ) ფიზიოთერაპია;
- *გ) ჯანმრთელი და დაზიანებული სეგმენტის მასაჟი;
- დ) დაზიანებული სეგმენტის სამკურნალო ფიზკულტურა;
- ე) ჯანმრთელი სეგმენტის სამკურნალო ფიზკულტურა;

1014. ოსტეოსინთეზის დროს რეპარაციული რეგენერაცია წარმოადგენილია:

- *ა) არცერთი არ არის სწორი.
- ბ) პერიოსტალური კორძით;
- გ) ფიბროზული ფაზით;
- დ) ხრტილოვანი ფაზით;

1015. ილიზაროვის კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატი საშუალებას იძლევა განხორციელდეს:

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ფრაგმენტების განივი და გრძივი შეცილების კორექცია;
- გ) კომპრესია და დისტრაქცია;

1016. თუ ილიზაროვის აპარატის ღეროები, რომლებიც ერთმანეთთან აერთიანებენ რგოლებს არ არიან ერთმანეთის და სიგრძივი ღერძის მიმართ პარალელურად განლაგებული, ამ შემთხვევაში ქანჩების მოჭერა გამოიწვევს ფრაგმენტის შეცილებას:

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) როტაციის სახით;
- გ) სიგრძივად;
- დ) განივად;

1017. ილიზაროვის აპარატის უპირატესობას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ნერვების და სისხლძარღვების დაზიანების შესაძლებლობა.
- ბ) ფუნქციონალური მკურნალობის საშუალება;
- გ) ჭრილობაზე და სეგმენტზე კონტროლის საშუალება;
- დ) მკურნალობის საშუალება თაბაშირის დამატებითი იმობილიზაციის გარეშე;
- ე) გართულებული მოტეხილობების მკურნალობის საშუალებისა;

1018. კომპრესია, რომელიც თანხვედრა ძვლის სიგრძივ ღერს, იწარმოება:

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი
- ბ) მოტეხილობის ხაზის ხრახნისმაგვარი ფორმის დროს;
- გ) მოტეხილობის ხაზის კუთხისმაგვარი ფორმის დროს;
- *დ) განივი მოტეხილობის დროს;

1019. გარეგანი ფიქსაციის აპარატით ფრაგმენტების დახურული რეპოზიცია მიზანშეწონილია განხორციელდეს სიჩქარით:

- ა) 3 მმ-ზე მეტი დღიურად.
- ბ) 3 მმ-ის დღიურად;
- გ) 2.5 მმ-ის დღიურად;
- დ) 2 მმ-ის დღიურად;
- *ე) 1 მმ-ის დღიურად;

1020. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის მეთოდის ძირითადი პრინციპებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) დაზიანებული სეგმენტის ადრეული დაგვირთვის საშუალება;
- გ) ქსოვილებზე ლიზირებული მემოქმედების (კორექციის) საშუალება;
- დ) სისხლის მიმოქცევის რეპარაციული რეგენერაციის წყაროების შენარჩუნება;
- ე) ფრაგმენტების ზუსტი რეპოზიცია საიმედო ფიქსაციით;

1021. მცირედ მოძრავი ჰიპერვასკულარული ყალბი სახსრების დროს კიღურის 3 სმ დამოკლებით მიზანშეწონილია გამოყენებულ იქნას:

- ა) სიგრძივი და შემხვედრი-გვერდითი კომპრესიის შერწყმა;
- *ბ) დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი;
- გ) ბიპოლილოკალური;
- დ) მონოლოკალური კომბინირებული კომპრესიული - დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი;

1022. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს ძვლის რეგენერაციის თავისებურებებს მიეკუთვნება:

- ა) ენლო და პერიოსტალური ძელოვანი კორძების გაჩენა.
- ბ) მკვერივი ენლოსტალური კორძის გაჩენა;
- *გ) ძვლის რეგენერაცია "პირველადი დაჭიმვით";

- დ) უფრო მკვერივი ფუგლიარული ძელოვანი კორძის გაჩენა;
- ე) ჭარბი პერიოსტალური ძელოვანი კორძის გაჩენა;

1023. მწვავე მოგეხილობის კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის ოპტიმალური კომპრესიული ძალა შეადგენს:

- ა) 20-40 ნ/სმ*2.
- ბ) 40-80 ნ/სმ*2;
- *გ) 100-200 ნ/სმ*2;
- დ) 200-250 ნ/სმ*2;
- ე) 300-400 ნ/სმ*2;

1024. კომპრესიულ-დისგრაქციული აპარატის ნაწილებს, რომელთა მეშვეობით ხორციელდება ძელოვანი ფრაგმენტების უშუალო შემოწმება, მიეკუთვნება:

- *ა) ქანჩები;
- ბ) ჭანჭიკები;
- გ) ღეროები;
- დ) ჩხირები;

1025. კომპრესიულ-დისგრაქციული აპარატის დამატებით მოწყობილობებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) მოწყობილობა აპარატში მოძრაობის სიჩქარის განსაზღვრისათვის.
- ბ) მოწყობილობები ძელოვანი რეგენერაციის მექანიკური სტიმულაციისათვის;
- გ) მოწყობილობები ფრაგმენტების რეპონირებისათვის;
- დ) ხელსაწყო დისგრაქციის ძალის განსაზღვრისათვის;
- ე) ხელსაწყო კომპრესიის ძალის განსაზღვრისათვის;

1026. "სტრესს აპარატებს", ჩხირებით კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზში მიეკუთვნება გარეგანი ფიქსაციის ის აპარატი, რომელთა რგოლები შეერთებულია:

- ა) პოლიმერული ნახვევებით.
- ბ) თაბაშირის ნახვევებით;
- გ) ღრეკალი კავშირებით;
- დ) ღეროებით;
- *ე) ცილინდრული მამბარებით;

1027. გარეგანი ფიქსაციის აპარატის შერჩევისას ვითვალისწინოთ, რომ მანძილი აპარატის რგოლებსა და კილურის გელაპირს შორის უნდა იყოს:

- ა) 6 სმ-ზე მეტი.
- ბ) 5-6 სმ;
- გ) 4-5 სმ;
- დ) 3-4 სმ;
- *ე) 1-3 სმ;

1028. დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს ერთ სეგმენტში ძელოვანი ფრაგმენტების ერთმანეთთან დაცილების მდგარი არის:

- ა) 4.5 სმ.
- ბ) 4 სმ;
- გ) 3.5 სმ;
- დ) 3.0 სმ;
- *ე) 2.5 სმ;

1029. გრძელი ლულოვანი ძელების ირიბი მოგეხილობის მკურნალობისას რაციონალურია ჩატარდეს:

- *ა) კომპრესია და გვერდითი კომპრესია
- ბ) გვერდითი კომპრესია;
- გ) კომპრესია;
- დ) დისგრაქცია ძელის სიგრძივი ღერძის გასწვრივ;

1030. სწორად განხორციელებული კომპრესიის დროს ილიზაროვის აპარატის გიპის ჩხირები განიცდიან გაღუნვას:

- ა) რჩებიან პარალელური სიბრტყის ფარგლებში;
- ბ) ძელის ეპიფიზისაკენ გახსნილი კუთხით;
- *გ) მოგეხილობისაკენ გახსნილი კუთხით;

1031. კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზისას კომპრესიულ- ყველაზე უფრო რაციონალურია გაკეთდეს ღომირებული დისგრაქცია 0.2-3 მმ-ით ყოველ:

- ა) დროის ხანგრძლივობას მნიშვნელობა არა აქვს.
- ბ) 10-12 სთ-ში;
- *გ) 6-8 სთ-ში;
- დ) 4-5 სთ-ში;
- ე) 2-3 სთ-ში;

1032. დისგრაქციის პროცესში ხდება ყველა ჩამოთვლილი წარმონაქმნის გაჭიმვა, გარდა:

- *ა) კანთაშუა მემბრანა.

- ბ) კუნთები;
- გ) სისხლძარღვები;
- დ) ნერვული ღეროები;
- ე) კანი;

1033. კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზი განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა განხორციელდეს:

- ა) პერიოსტიგის დროს;
- ბ) ოსტეოქონდროპათიის დროს;
- *გ) ძვლის ტუბერკულოზის დროს;
- დ) ოსტეომიელიტის დროს;

1034. სტაბილიზაციის მდგომარეობისას კომპრესიულ-დისგრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს პირველი შეხორცება ვითარდება, როდესაც ფრაგმენტებს შორის დიასტაზი არის:

- *ა) 50-100 მმ.
- ბ) 30-40 მმ;
- გ) 20-30 მმ;
- დ) 10-20 მმ;
- ე) 1-10 მმ;

1035. ჩხირების პროქსიმალური წველის ვიგარებისას კანის ნეკროზის პროფილაქტიკის მიზნით, კანს ჩხირით ჩხვლეტის წინ გადაადგილებენ:

- ა) პირველი ჩხირის გაგარებისას კანს გადაადგილებენ დისტალურად, მეორე ჩხირის პროქსიმალურად;
- ბ) კანს არ გადაადგილებენ;
- გ) 0.5 სმ-ით დისტალური მიმართულებით;
- *დ) 0.5-1 სმ-ით პროქსიმალური მიმართულებით;

1036. ჩხირების დისტალური წველის გაგარებისას კანის ნეკროზის პროფილაქტიკისათვის ჩხირით ჩხვლეტამდე კანს გადაადგილებენ:

- ა) 1 ჩხირით ვიგარებისას კანს გადაადგილებენ დისტალურად 2 ჩხირის გაგარებისას პროქსიმალურად.
- ბ) კანს არ გადაადგილებენ;
- გ) 0.5 სმ-ით დისტალური მიმართულებით;
- *დ) 0.5-1 სმ-ით პროქსიმალური მიმართულებით;

1037. ჩხირის გაგარებისას მომხრელების მხრიდან, ამავე ჩხირის გაგარებისას გამშლელი კუნთების მხრიდან კონტრაქტურის თავიდან ასაცილებლად სახსრის დისტალური ფრაგმენტი უნდა იყოს:

- ა) მნიშვნელობა არა აქვს.
- ბ) მხოლოდ გაშლილ მდებარეობაში;
- გ) მხოლოდ მოხრილ მდებარეობაში;
- დ) დასაწყისში - სრული მოხრის შემდეგ - გაშლის მდებარეობაში;
- *ე) დასაწყისში - სრული გაშლის, შემდეგ - მოხრის მდებარეობაში;

1038. გარეგანი ფიქსაციით ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზის გამოყენებისას, ძვრითად მიმართულებას, რომლებიც ამ დროს ვითარდება, მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სისხლისდენა ჩხირების გაგარების დროს.
- *ბ) ანაერობული ინფექციის განვითარება;
- გ) ჩხირისმიერი ოსტეომიელიტი;
- დ) რბილი ქსოვილების ნეკროზი და ანთეზა;
- ე) აპარატების ჩხირებით კანის ჩაჭრა;

1039. ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზის გამოყენება მიზანშეწონილია მეჩჯის ძვლების შემდეგი სახის მოტეხილობისას, გარდა:

- ა) დიაგონალური მოტეხილობა.
- *ბ) საჯდომი და ბოქვენის ძვლის მოტეხილობა;
- გ) გაფა-თედოს შესახსრების გაგლეჯა;
- დ) ბოქვენის შესახსრების გაგლეჯა;

1040. გარეგანი ფიქსაციის აპარატის დასადებად ყველაზე მოხერხებულია ბარძაყის მოტეხილობის შემდეგი ლოკალიზაცია:

- ა) ციბრუტაშორისი მოტეხილობა.
- ბ) ბარძაყის ციბრუტქვედა მოტეხილობა;
- გ) ბარძაყის დამსხვრეული მოტეხილობა შუა და მემო მესამედი საზღვარზე;
- დ) ბარძაყის დიაფიზის მრავალფრაგმენტოვანი მოტეხილობა;
- *ე) ბარძაყის ქვემო მესამედის დამსხვრეული მოტეხილობა;

1041. გარეგანი ფიქსაციის აპარატებით ოსტეოსინთეზი არ არის მიზანშეწონილი შემდეგი მოტეხილობების დროს:

- ა) უკანა ტერფის ძვლების, ცლომით.
- ბ) სოლისებური ძვლების, შეცილებით;
- *გ) კოჭის ძვლის, შეცილების გარეშე;
- დ) წინა ტერფის ტერფის ძვლების ცლომით და ამოვარდნილობით;
- ე) ქუსლის ძვლის, ქუსლის ძვლის ბორცვის, ცლომით;

1042. მხრის ძელის მეტაფიზის დახურული მოგეხილობის აპარატი მკურნალობის საშუალო ვადებია:

- *ა) 80-100 დღე;
- ბ) 45-60 დღე;
- გ) 35-40 დღე;
- დ) 20-30 დღე;
- ე) 14-18 დღე;

1043. ბარძაყის შიგნითა როკის შეცილების გარეშე მოგეხილობის დროს მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ გარეგანი ფიქსაციის აპარატი:

- ა) სივამის და ლულუშაურის;
- ბ) სივამის და ვოლკოფ-ოგანესიანის;
- გ) გაილეუკოვის, ტკაჩენკოს და ოკულინის;
- *დ) ილიზაროვის და კალნბერგის;

1044. თუ დისტრაქციის პროცესში ავადმყოფს დაეწყო ტკივილი დაზიანებულ სეგმენტში აუცილებელია:

- ა) გავაგრძელოთ დისტრაქცია, მაგრამ ნაკლებ ტემპში ანალგეტიკებთან შეთავსებით;
- ბ) გავაგრძელოთ დისტრაქცია, მაგრამ ნაკლები ტემპით ფიზიოთერაპიასთან შეთავსებით;
- გ) ჩავაგართო 2-3 მმ კომპრესია და შევასვენოთ;
- *დ) შევწყვიტოთ დისტრაქცია 2-3 დღით;

1045. ღეროვანი კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზით მკურნალობის ეფექტს უზრუნველყოფენ შემდეგი პირობები:

- ა) სხვადასხვა სიბრტყეში გატარებული ღეროების ფიგურული ჩარჩოებით შეერთება;
- ბ) ღეროების შეერთება ჩარჩოსეზურად;
- გ) ღეროების შეერთება ორი კავით სხვადასხვა სიბრტყეში;
- *დ) ღეროების მყარ ფიქსაცია ძვალში შეერთებული ცალმხრივი კავებით;

1046. გარეგანი ფიქსაციის ღეროვანი აპარატის ჩარჩოს კონფიგურაციის მიხედვით არჩევენ აპარატების შემდეგ კონსტრუქციებს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილს.
- ბ) სამკუთხას;
- გ) რკალურს და რგოლურს;
- დ) ბილატერალურს და კვადრილატერალურს;
- ე) უნილატერალურს;

1047. ღეფექტის აღივსება ძვლების ერთმომენგად დაახლოვებისას კილეის დროებითი დამოკლების ხარჯზე ერთდროულად შეიძლება დავაახლოვოთ ფრაგმენტები, რომლებიც ერთმანეთისაგან დამორებულია:

- ა) 10 სმ-ზე მეტად.
- *ბ) არაუმეტეს 10 სმ-ისა;
- გ) 7-9 სმ-ით;
- დ) 4-6 სმ-ით;
- ე) 1-3 სმ-ით;

1048. ილიზაროვის აპარატის გამოყენებისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ფიქსაციის დიდი სიხისგე განისაზღვრება:

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) გარდიგარდმო დატვირთვისას;
- გ) ღეროვან დატვირთვისას;
- *დ) ვერტიკალური დატვირთვისას;

1049. ღეროვანი აპარატების უპირატესობა ჩხიროვანთან არის:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) აპარატის მოდიფიკაციების მაღალი ვარიანტობა;
- გ) დაზიანებულ რბილ ქსოვილებთან მიდგომის ოპტიმალური პირობები;
- დ) სისხლძარღვების და ნერვების ნაკლები რისკი;
- ე) კონსტრუქციის სიმარტივე;

1050. დიდი წვივის ძელის დისტალური მეტაფიზის ღონეზე შეუხორცებელი მოგეხილობის და ყალბი სახსრის ფიქსაცია მიზანშეწონილია განხორციელდეს:

- ა) სწორია ყველა აღნიშნული.
- ბ) 4 რგოლის დადებით მაღლამდებარე სეგმენტის ფიქსაციით;
- გ) 4 რგოლის დადებით ახლომდებარე სეგმენტის ფიქსაციით;
- *დ) 3 რგოლის დადებით მოკლე ფრაგმენტის ერთ ღონეზე ფიქსაციით;

1051. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის სტაბილიზაციის პერიოდში სიარული დამირებული დატვირთვით ხელს უწყობს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) კონტრაქტურების პროფილაქტიკა.
- *ბ) ნეკრიტის პროფილაქტიკა;
- გ) მოგეხილობის, ყალბი სახსრის კონსოლიდაცია;
- დ) კუნთის ფუნქციის ნორმალიზაცია;
- ე) სისხლის და ლიმფის მიმოქცევის ნორმალიზაცია;

1052. სეგმენტის რაციონალურ ფიქსაციას უზრუნველყოფს ჩხიროვანი აპარატი, რომელიც შედგება:

- ა) სწორია ა და ბ.
- ბ) 6 რგოლისგან;
- *გ) 4 რგოლისგან;
- დ) 3 რგოლისგან
- ე) 2 რგოლისგან;

1053. კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატის ჩხირების გატარების დროს მიზანშეწონილია ღვევათი შემდეგი პრინციპები:

- ა) ჩხირების გატარება დამოკიდებულია ოპერაციის სიტუაციაზე.
- ბ) შიდა რგოლების ჩხირები გავატაროთ 6-8 სმ დაშორებით მოგეხილობის ხაზიდან, დისტალური რგოლების ჩხირები - მეტაფიზებში.
- გ) ჭანაბრად ჭანაბარი შუალედებით ჩხირებს შორის მთელი სეგმენტის გასწვრივ;
- *დ) შიდა რგოლების ჩხირები გავატაროთ 4-5 სმ მანძილზე მოგეხილობის ხაზიდან, დისტალური რგოლების ჩხირები - მეტაფიზებში;
- ე) შიდა რგოლების ჩხირები გავატაროთ 8-10 სმ მანძილზე მოგეხილობის ხაზიდან, დისტალური რგოლების ჩხირები - მეტაფიზებში;

1054. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ გაუტკივარების ყველა სახეები, გარდა:

- ა) ბურგ-გვინის ანესთეზია.
- ბ) გამტარებლობითი ანესთეზია;
- *გ) ადგილობრივი ანესთეზია;
- დ) ნიღბითი ნარკოზი;
- ე) ინტუბაციური ნარკოზი;

1055. არაკეროვან ოსტეოსინთეზს აქვს შემდეგი უპირატესობა სხვა სახის ოპერაციულ ჩარევებთან:

- ა) სისხლის დაკარგვის აცდენა და უმნიშვნელოდ სისხლის დაკარგვა.
- *ბ) ოპერაციული ჩარევის მცირე ვადები და ოპერაციული მეთოდის სიმარტივე;
- გ) მძიმე ავადმყოფის აღრეულ აქტივიზაციის საშუალება;
- დ) ძელის ფრაგმენტის საიმედო სტაბილიზაცია;
- ე) მცირე ტრავმულობა;

1056. გრძელი ლულოვანი ძვლების ყალბი სახსრის დროს კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის წინააღმდეგ ჩვენებაა:

- ა) ყალბი სახსარი ძელის დიდი ღეფექტით.
- ბ) ყალბი სახსარი კილურის ღერძის შენარჩუნებით და სეგმენტის დამაკმაყოფილებელი კანის საფარით;
- გ) დაჭიმული, ფიბროზული ყალბი სახსარი;
- *დ) კანის საფარის, ნაწიბურთა ცელილებებია ყალბი სახსრის ზონაში;
- ე) ყალბი სახსარი შერწყმულია ოსტეომიელიტთან;

1057. მცირედ მოძრავი ყალბი სახსრის სამკურნალოდ მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ აპარატი რომელი შედგება:

- ა) ნებისმიერი რიცხვის რგოლებისაგან.
- ბ) 4-ზე მეტი რგოლისაგან;
- *გ) 4 რგოლისაგან;
- დ) 3 რგოლისაგან;
- ე) 2 რგოლისაგან;

1058. ოსტეომიელიტით გართულებული ბარძაყის ყალბი სახსრის სამკურნალოდ მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ შემდეგი მეთოდები, გარდა:

- ა) სეგმენტის დამიანებული ბოლოების რეპექცია, ერთ-ერთი ფრაგმენტის პერიოსტალური ოსტეოტომია, ფრაგმენტების დისტრაქციით.
- ბ) ყალბი სახსრის დამიანებული ბოლოების რეპექცია ფრაგმენტების კომპრესიით და შემდგომი დისტრაქციით;
- გ) ოსტეომიელიტური პროცესით დამიანებული ძვლის ბოლოების რეპექცია და ღეფექტის ჩანაცვლება აუტო გრანსპლანტაციებით;
- დ) არაკეროვან ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზის კერაში ჩარევით;
- *ე) არაკეროვან ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზის კერაში ოპერაციული ჩარევის გარეშე;

1059. ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზის დროს მოსალოდნელია ყველა შემდეგი გართულება, გარდა:

- ა) ჩხირების გატარების ადგილებში ჩირქოვანი გართულება.
- *ბ) აპარატის ჩხირების მიგრაცია;
- გ) ფრაგმენტების მეორადი შეცილება;
- დ) სეგმენტებში სისხლის და ლიმფის მიმოქცევის დარღვევა;
- ე) ტრავმული ნევრიტი;

1060. არასტაბილური, ძვლის ღეფექტიანი ყალბი სახსრების ძვალგავლითი ოსტეოსინთეზით მკურნალობისას მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ შემდეგი აპარატები, გარდა:

- *ა) სივაშის.
- ბ) ლულუშაურის;
- გ) ვოლკოვ-ოგანესიანის;
- დ) კალნბერგის;
- ე) ილიბაროვის;

1061. ხაშშიშესულ ავადმყოფებში (ოსტეოპოროზის დროს) ჩხირებით ძვლის ჩაჭრის პროფილაქტიკისათვის ჩხირები უნდა გატარდეს:

- ა) ფრონტალურ სიბრტყეში;
- ბ) განგენციურად 2 ჩხირი ერთმანეთისადმი კუთხის ქვეშ;

- *გ) სხვადასხვა სიბრტყეში ჩხირის ბოლოები დამაგრდეს რგოლის სხვადასხვა მხარეს;
- დ) ტრანსოსალურად 3 ჩხირი ერთი რგოლის ფარგლებში;

1062. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს ფრაგმენტების ფიქსაციის სტაბილობა განისაზღვრება:

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ჩხირების სისქით და მათი დაჭიმვის ხარისხით;
- გ) ჩხირების შეყვანის ღონით და მათი რიცხვით;
- დ) ჩხირების რაოდენობით და მათი გატარების წესით;

1063. გრეიფენშტეინერის მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში:

- ა) ერთი ჩხირის გატარება საყრდენით.
- ბ) ორ საყრდენზე დამაგრებული ორი ჩხირის პარალელურად გატარება;
- გ) ორი ჩხირის ერთმანეთის საწინააღმდეგოდ მდებარე ფრაგმენტებში და დამაგრება ორ საყრდენზე;
- *დ) ორი ჩხირის გატარება ერთმანეთის საწინააღმდეგოდ მდებარე ფრაგმენტებში და მათი ერთ საყრდენზე დამაგრება;

1064. გრეიფენშტეინერის მეთოდი იძლევა საშუალებას მივაღწიოთ:

- ა) სტაბილურ ფიქსაციას;
- ბ) კომპრესიას და დისტრაქციას;
- *გ) ფრაგმენტების კომპრესიას;

1065. ყალბი სახსრების კომპრესიულ-დისტრაქციული მეთოდით მკურნალობის დროს დისტრაქცია ყველაზე ეფექტურია ყალბი სახსრების შემდეგი სახეებისას:

- *ა) აპლასტიური და ჰიპოვასკულარული;
- ბ) ჰიპოვასკულარული;
- გ) ჰიპოპლასტიური;
- დ) ავასკულარული;
- ე) აპლასტიური;

1066. შეხორცებული მოტეხილობების და ყალბი სახსრების წვივის დიდი ძვლის დისტალური მეტაფიზის ღონეზე ფრაგმენტების ფიქსაცია მიზანშეწონილია განვხორციელოთ:

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) 4 რგოლის დადებით ზემოთმდებარე სეგმენტის ფიქსაციით;
- გ) 4 რგოლის დადებით ახლომდებარე სეგმენტის ფიქსაციით;
- *დ) 3 რგოლის დადებით მოკლე ფრაგმენტის ერთ ღონეზე ფიქსაციით;

1067. კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის დროს მოტეხილობის შეხორცება განისაზღვრება შემდეგი ნიშნებით:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი ნიშნებით.
- ბ) პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის ფუნქციონალური გამოკვლევის მონაცემებით - ორივე კიდურზე მაჩვენებლების სიმეტრიით;
- გ) შეხორცების რენტგენოლოგიური სურათით;
- დ) სიარულის დროს ტერფის შეშუპების უარსებლობით, ცენტრალური ფრაგმენტის ობგეოპოროზის რეგრესიით;
- ე) მოტეხილობის ღონეზე ტკივილის უარსებლობით;

1068. კორკიკოტომია, ძირითადად, გამოიყენება კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის კომპლექსში:

- ა) ყალბი სახსრების და შეხორცებული მოტეხილობების დროს;
- *ბ) ძვლების დეფორმაციების დროს;
- გ) ახალი მოტეხილობის დროს;

1069. მყარი კონტრაქტურით გართულებული ყალბი სახსრის კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის მეთოდით მკურნალობის დროს პრიორიტეტი ეკუთვნის გარეთა ფიქსაციის შემდეგ აპარატებს:

- *ა) შარნირულ-დისტრაქციული ჩხიროვანი ვოლკოვ-ოგანესიანის აპარატის ტიპი;
- ბ) კომპრესიულ-დისტრაქციული, ილიზაროვის აპარატის ტიპის;
- გ) ჩხირ-ლეროვანი;
- დ) ლეროვანი აპარატი;

1070. მოზარდებში ქვემო კიდურების ფოსფატური დიაბეტის გამო დეფორმაციის დროს აუცილებელია ჩავატაროთ:

- ა) წინასწარი მომზადების გარეშე ორ ეტაპად ვაწარმოოთ წვივის და ბარძაყის ოსტეოტომია და დავაფიქსიროთ ილიზაროვის კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატებით.
- ბ) ჩავატაროთ ორმაგი საკორექციო ოსტეოტომია ფრაგმენტების ფიქსაციით წვალზე და ლითონის ფირფიტებით;
- *გ) მინერალიზაციის პროცესების ნორმალიზაციის შემდეგ ჩავატაროთ წვივის და ბარძაყის საკორექციო ოსტეოტომია დავაფიქსიროთ კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატით ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სეგმენტების დაგრძელებით;
- დ) D ვიტამინის, კალციუმის მარილებით წვივის ძვლების და ბარძაყის საკორექციო ოსტეოტომია თაბაშირის ნახვევით შემდგომი ფიქსაციით;
- ე) წვივის ორივე ძვლის საკორექციო ორმაგი ოსტეოტომია და დავაფიქსიროთ თაბაშირის ნახვევით წინასწარი კონსერვატული მომზადების გარეშე;

1071. ახონდროპლაზიით დაავადებულ ავადმყოფებში კიდურების დაგრძელების დროს აუცილებელია:

- ა) დავაგრძელოთ ქვემო კიდურების ოთხივე სეგმენტი ერთად.
- *ბ) დავაგრძელოთ ქვემო კიდურების ორი ურთიერთ საწინააღმდეგო სეგმენტები (ბარძაყი-წვივი);

- გ) ლაგაგრძელთ ქვემო კიდურების სიმეგრული სეგმენტები (ორი წვევი, ორი ბარძაყი);
- დ) ლაგაგრძელთ თითო ეტაპზე თითო სეგმენტი;

ძელის და კანის პლასტიკა გრაემატოლოგიასა და ორთოპედიაში

1072. პაციენტისათვის ქსოვილთა აუტოგრანსპლანტაციას წარმოადგენს:

- ა) ხელოვნურად მიღებული ქსოვილების გაღანერგვა.
- *ბ) საკუთარი ქსოვილების გაღანერგვა;
- გ) გაღანერგვა ძმისა და ლისაგან (გყუპები);
- დ) ქსოვილების გაღანერგვა სხვა აღანიანებისაგან, იგივე სისხლის და რემუს კუთვნილებით;
- ე) ქსოვილების გაღანერგვა უახლესი ნათესავეებისაგან (მამა, ლედა);

1073. პაციენტისათვის იმოგრანსპლანტაციას წარმოადგენს:

- ა) ხელოვნურად მიღებული ქსოვილების გაღანერგვა.
- ბ) სხვა აღანიანებისაგან, რომლის ქსოვილებმა განიცადეს ქიმიური, ფიზიკური ან ბიოლოგიური გემოქმედება;
- *გ) ძმისაგან, ლისაგან (გყუპები);
- დ) გაღანერგვა უახლესი ნათესავეებისაგან;
- ე) საკუთარი ქსოვილების გაღანერგვა;

1074. პაციენტისათვის ალოგრანსპლანტაცია წარმოადგენს:

- ა) ძმისა და ლისაგან (გყუპები).
- ბ) ცხოველური ქსოვილების გაღანერგვა, სინცივით დამუშავებული და ფორმალინიზირებული შემდეგ და ფორმალიზებული
- გ) ხელოვნურად შექმნილი ქსოვილების გაღანერგვა;
- დ) უახლესი ნათესავეებისაგან, რომელთა ქსოვილებმა განიცადეს დიდი სიმძლავრის მაიონიზებული გამოსხივების გემოქმედება;
- *ე) გვამური ქსოვილების გაღანერგვა, ღრმა გაყინვისა და ლიოფილიზაციის შემდეგ;

1075. ქსენოგრანსპლანტაციას წარმოადგენს:

- *ა) ღორის ლიოფილიზებული კანის გაღანერგვა აღანიანზე დამწვრობის დროს.
- ბ) თირკმელის გაღანერგვა ცოცხალი აღანიანისაგან-ღორისაგან;
- გ) ბარძაყის თავისა და ყელის კერამიკული პროთეზის გაღანერგვა;
- დ) პაციენტის გერფიდან აღებული I მეტატარზალურ-ფალანგის სახსრის გაღანერგვა ილავის სახსრის დეფექტში;
- ე) გვამიდან აღებული და ღრმად გაყინული მენჯ-ბარძაყის სახსრის გაღანერგვა;

1076. ექსპლანტაციის მაგალითის წარმოადგენს:

- ა) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ჩანაცვლება კერამიკის ენდოპროთეზით.
- ბ) მენჯ-ბარძაყის სახსრის ჩანაცვლება კ.სივამის ლითონის ენდოპროთეზით;
- *გ) პაციენტის სხეულში სპეციალურად გამოზრდილი ფიბრობლული მილის გაღანერგვა - მტენის თითის მომხრელი მყესის ბულის აღდგენისათვის;
- დ) პაციენტის ყბაზე ფაიფურის კბილის ჩანერგვა;
- ე) ძელის გრანსპლანტაციის გაღანერგვა პაციენტის წვივიდან ბარძაყის დეფექტზე;

1077. ენდოპროთეზირებად შეიძლება ჩაითვალოს:

- ა) წვივის ყალბი სახსრის პლასტიკა გაღმონაცვლებულ ძელის გრანსპლანტაციით.
- ბ) ბარძაყის ძელის ყალბი სახსრის პლასტიკა სისხლძარღვივან ფეხზე მისივე თქმოს ძელის ქელიდან აღებული ძელის გრანსპლანტაციით;
- გ) ავადმყოფის საყლაპავი მილის აღდგენა მისივე წვრილი ნაწლავით;
- დ) ავადმყოფის თიაქარის არხის პლასტიკა მისივე ბარძაყიდან აღებული ანაღვლარი კანით;
- *ე) ამოკვეთილი მკერდის ძელის ჩანაცვლება ტანგალის ფირფიტით;

1078. კანის რეპლანტაცია ეწოდება:

- ა) კანის პლასტიკა მილისებრი ყლორტით.
- ბ) გრაემის შედეგად მოცილებული ნაფლეთის მიკერებას, მისი გათხელების, უჯრედისას მოცილების (და ა.შ.) შემდეგ;
- *გ) გრაემის შედეგად აშრეებული ნაფლეთის მკვებაზე ფეხით აღვიღზე მიკერებას;
- დ) კანის დეფექტის პლასტიკას სხვა ორგანოდან ფეხზე აღებული ნაფლეთით;
- ე) კანის თავისუფალ აუტოპლასტიკას;

1079. კანის ნაფლეთის რეპლანტაციას წარმოადგენს:

- ა) პლასტიკა მილისებრი ყლორტით.
- ბ) კანის თავისუფალი პლასტიკა სხვა ორგანოდან, მისი დამუშავების შემდეგ;
- გ) კანის ნაფლეთის გაღანერგვა გრანულაციურ გელაპირზე;
- *დ) მოცილებული კანის ნაფლეთის მიკერება თავის ადგილას გახლეჩის შემდეგ;
- ე) კანის თავისუფალი პლასტიკა მოგლეჯილი ან ამპუტირებული კიდურიდან;

1080. კანის ნაფლეთის იმპლანტაციად იწოდება:

- ა) კანის ჭრილობის პლასტიკა ქსენოგრანსპლანტაციით.
- ბ) პლასტიკა მილისებრი ყლორტით;
- გ) მოცილებული კანის ნაფლეთის მიკერება თავის ადგილზე;
- *დ) კანის ნაფლეთის გაღანერგვა ჭრილობის გრანულაციაში;
- ე) ახალ ჭრილობაზე კანის თავისუფალი პლასტიკა სხვა ორგანოდან;

1081. ჭრილობის ნაპირების მობილიზაცია წარმოებს:

- ა) ჭრილობების დახურვის დროს ჭარბი ადგილობრივი ქსოვილებით.
- ბ) ჭრილობის დახურვის დროს ადგილობრივი ქსოვილებით, მისი დაჭიმვის გარეშე;
- *გ) ადგილობრივი ქსოვილებით ჭრილობების პლასტიკური დახურვისას ქსოვილის მცირე დაჭიმვით;
- დ) ჭრილობის პლასტიკის დროს ადგილობრივი ქსოვილებით, ნაპირების დიდი დაჭიმვით;
- ე) კანის მნიშვნელოვანი ზომის ლეფექტების დროს;

1082. კანის გრანსპლანტაციის შეკუმშვას განსაზღვრავს:

- ა) გაუტკივარების მეთოდი.
- ბ) თმთანობა;
- გ) სიფართოე;
- დ) ლოკალიზაცია;
- *ე) ნაფლეთის სისქე;

1083. სხეულის სხვა ნაწილებიდან აღებული ნაფლეთით იტალიური პლასტიკის დროს, შეფარდება სიგანისა სიგრძესთან შეადგენს:

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

1084. ა.გ. ტინკინას მიხედვით კანის კომბინირებული პლასტიკის დროს, გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი მეთოდი, გარდა:

- ა) ჩაყურყურება ნაფლეთით.
- ბ) ნაფლეთის დახლეჩა;
- *გ) ინდური;
- დ) იტალიური;

1085. "მწვავე ყლორტად" ითვლება:

- ა) მილში ჩაუკერებელი ნაფლეთი.
- ბ) ყლორტისმაგვარი ნაფლეთი სიგრძით, არანაკლები 20 სმ;
- *გ) ყლორტისმაგვარი ნაფლეთი, ერთი მკვეთავი ფეხით;
- დ) ყლორტისმაგვარი ნაფლეთი, სისქით არაუმეტეს 3 სმ;
- ე) ვიწრო ყლორტისმაგვარი ნაფლეთი არაუმეტეს 1 სმ;

1086. გახლეჩილი კანის ნაფლეთი გრანსპლანტაციამდე მუშავდება:

- ა) სპირტით.
- ბ) ვაზელინის ზეთით;
- გ) ნოვოკაინის ხსნარით, ანტიბიოტიკების დამატებით;
- *დ) ანგისეპტიკით (რივანოლი, ფურაცლინი);
- ე) იოდის ნაყენით;

1087. კანზე პლასტიკური ოპერაციების დროს გაუტკივარების არასასურველი მეთოდია:

- ა) გამტარებლობითი ანესთეზია.
- ბ) ნარკოზი;
- გ) ძვალშიდა ანესთეზია;
- *დ) ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზია;

1088. გახლეჩილი კანის ნაფლეთის გრანსპლანტაციის წინ, ჭრილობას უნდა მოვაშოროთ:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) გრანულაციის ქვედა შრე;
- გ) გრანულაცია;
- დ) გრანულაციის შედაპირული შრე (მსუბუქ სისხლდენამდე);
- ე) ნეკროზული ფიბროზული აპკი;

1089. მოწოდებულია ღერმატომების ყველა სახე, გარდა:

- *ა) ულტრაბგერითი.
- ბ) წებოვანი;
- გ) როტაციული;
- დ) ელექტრული;
- ე) მექანიკური;

1090. ბალისტიკური კანის გრანსპლანტაციის შექმნა მიზანშეწონილია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ჭრილობაში ლიმფის ცირკულაციის აღდგენის მიზნით;
- გ) გრანსპლანტაციის ქვეშ ჰემატომის განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით;
- დ) ჭრილობის შედაპირთან უკეთ მოფენის მიზნით;
- ე) გრანსპლანტაციის ფართის გაზრდის მიზნით;

1091. გრანულაციის მოცილების შემდეგ სისხლენის შესაჩერებლად პლასტიკის წინა პერიოდში გამოიყენება:

- * ა) თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარი;
- ბ) ცხელი ფიზიოლოგიური ხსნარი;
- გ) ვაზელინის მეთი;
- დ) ლახტის დაღება პლასტიკის არედან, კილურის დისგალურ ნაწილზე;
- ე) ლახტის დაღება კილურის პროქსიმალური ნაწილზე;

1092. ძელის გრანსპლანტაციის ფიქსაციისათვის იყენებენ:

- ა) გარეგანი ფიქსაცია თაბაშირის ნახვევით.
- ბ) არაკეროვანი ოსტეოსინთეზი გარეგანი ფიქსაციის აპარატით;
- * გ) გრანსპლანტაციის ფიქსაცია კეტგუტით;
- დ) ლითონით ოსტეოსინთეზი;
- ე) ულტრაბგერითი შეღებვა ღიაკრის გამოყენებით;

1093. გვამიდან ალოგრანსპლანტაციის დამზადება არ არის უკუნაჩვენები, თუ:

- ა) გვამის სხეულზე, მათ შორის მუცელზე არის უცნობი ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურები.
- ბ) სიკვდილი გამოწვეულია გულსისხლძარღვთა დაზიანებებით, ათეროსკლეროზით, ჰიპერტონიით;
- გ) არის მითითება, რომ შესაძლებელია სიკვდილის მიზეზი იყოს მოწამვლა უცნობი შხამით, სისხლის, ონკოლოგიური და სხვა დაზიანებებით;
- დ) გვამის ვრცელი, ღია ღამინება აქვს;
- * ე) სიკვდილიდან გასულია არაუმეტეს 6 საათისა ზაფხულის პერიოდში და 12 საათისა ზამთრის პერიოდში;

1094. ქსოვილთა კონსერვაციის მეთოდებიდან გრანსპლანტაციისათვის არ გამოიყენება:

- ა) ლაკონსერვება თაფლში, ღვინოში, ანტიბიოტიკების, ფორმალინის და ანტისეპტიკების ხსნარში.
- * ბ) ლაკონსერვება ქანგბადში ღილი წნევის ქვეშ;
- გ) ლაკონსერვება პარაფინში, პლასტმასებში;
- დ) ღრმა გაყინვა შემდგომი შენახვით დაბალ ტემპერატურაზე;
- ე) ღრმა გაყინვა შემდგომში ლიოფილიზაციით;

1095. ალოგრანსპლანტაციის ვარგისიანობის გამოსაკვლევად გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- * ა) გრანსპლანტაციის უჯრედების სასქესო ქრომატინის გამოკვლევებისა.
- ბ) აუტოფსიის შედეგების შესწავლისა;
- გ) ბიოლოგიური ლაბორატორიული გამოკვლევებისა;
- დ) სეროლოგიური ლაბორატორიული გამოკვლევებისა;
- ე) ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიული გამოკვლევებისა;

1096. გრანსპლანტაციის თანამედროვე სამამულო კლასიფიკაცია არ შეიცავს გერმინს:

- ა) ექსპლანტატი.
- ბ) ქსენოგრანსპლანტატი;
- * გ) ჰომოგრანსპლანტანი;
- დ) იმოგრანსპლანტატი;
- ე) აუტოგრანსპლანტატი;

1097. ქსოვილების დეფექტის არსებობის დროს, პირველადი ქირურგიული დამუშავებისას არ წარმოებს პლასტიკის შრმდეგი სახე:

- ა) რეპლანტაცია, არასრულად მოცილებული კანის საფარველით.
- ბ) პლასტიკა "მწვავე" ფილაგოვის ყლორტით;
- გ) გაღანერვა ჭრილობის დეფექტიდან მოშორებით გამოჭრილი ნაფლეთით მკვებავ ფეხზე;
- * დ) გიჩინკისას მეთოდიკით;
- ე) ჭრილობის დეფექტის ირგვლივ არსებული ქსოვილების გაღანაცვლება;

1098. ჭრილობის დეფექტის ირგვლივ არსებული კანის გაღანაცვლება (აღგილობრივი ქსოვილებით პლასტიკა) არ გამოიყენება:

- ა) სახსრების მოხრით ზედაპირზე არსებული დეფექტების დაფარვისას.
- ბ) წვივზე დეფექტების დაფარვისას;
- გ) კილურების ამპუტაციის დროს დეფექტების დახურვისას;
- * დ) ხელის გულის და მურგის ზედაპირის ფართო, სკალპირებული ჭრილობები დროს;
- ე) ფალანგებს შორის კანის დეფექტების დროს;

1099. ჭრილობიდან მოშორებით ამოჭრილ ფეხზე ნაფლეთის პლასტიკისათვის გამოიყენება (იგალიური პლასტიკა), ნაჩვენებია ყველა შემთხვევაში, გარდა:

- ა) კანის კანქვეშა ქსოვილთან ერთად გაღანერვა, რაც აუცილებელია მისი ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად.
- ბ) არა მარტო კანის, არამედ მსხვილი სისხლისძარღვებისა და ნერვული ღეროების, დეფექტების დროს;
- გ) დეფექტები, ჭრილობის ფსკერზე სისხლისმიმოქცევის უკმარისობით დეფექტების დროს;
- დ) ქსოვილების დეფექტების დროს, რომელიც მოიცავს არა მარტო კანს, არამედ ქვეშმდებარე ქსოვილებსაც;
- * ე) ქსოვილთა ფართო დეფექტების დროს, რომლის დაფარვა აღგილობრივი ქსოვილებით შეუძლებელია;

1100. მკვებავ ფეხზე კანის გაღანერვის მნიშვნელოვანი პირობაა ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- * ა) გამოჭრილი ნაფლეთის ფუძე მის სიგრძის უნდა აღემატებოდეს არანაკლებ 4-ჯერ.

- ბ) ლეფექტის სიბრტყე ნაფლეთის მიმართ უნდა შეადგენდეს არა უმეტეს 90 გრადუსს, რათა არ მოხდეს ფეხის შემოგრება;
- გ) გამოჭრილი ნაფლეთის მწვერვალი უნდა იყოს მიმართული იმ მხარეს საიდანაც წარმოებს ჭრილობის ლეფექტის ჩანაცვლება;
- დ) ჭრილობის მოძების ზუსტი განსაზღვრა;

1101. ფილაგოვის "მწეპე" ყლორგით ლეფექტების პლასტიკისას აუცილებელია მხედველობაში მივიღოთ ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კილურის საიმელო ფიქსაცია.
- ბ) ნაფლეთის სიგრძისა და სიგანის თანაფარდობის მკაცრი დაცვა 1 : 2 ფარგლებში;
- *გ) ღონორი უბნის მკვებავი სისხლძარღვების გოპოგრაფიისა და განლაგების ზუსტი გათვალისწინება;
- დ) გამხდარ ავადმყოფებში ნაფლეთში კანქვეშა ქსოვილის და ფასციის ჩაყოლება;
- ე) გამოჭრილი ნაფლეთის გოპოგრაფია და მკვებავი ფეხის მდებარეობა;

1102. არასრულად მოცილებული კანის რეპლანტაცია არ არის ნაჩვენები:

- ა) კილურთა მნიშვნელოვანი ჭრილობების დროს, როცა ნაფლეთში შენარჩუნებულია სისხლის მიმოქცევა.
- *ბ) კილურთა ფართო სკალპირებული ჭრილობების დროს;
- გ) სხეულის და კილურთა პატარა სკალპირებული ჭრილობების დროს;
- დ) სახის სკალპირებული ჭრილობების დროს;
- ე) წვივის სკალპირებული ჭრილობების დროს;

1103. ფილაგოვის (მილისმაგვარი) ყლორგის გამოყენება მიეკუთვნება:

- *ა) მოცულობით პლასტიკას.
- ბ) პლასტიკის გვირაბის სახეს;
- გ) პლასტიკას გახლეჩილი ნაფლეთით;
- დ) თავისუფალ პლასტიკას;
- ე) პლასტიკის სიბრტყით სახეს;

1104. ფილაგოვის ყლორგი ნაჩვენებია:

- ა) მნიშვნელოვანი ბრტყელი ლეფექტების დროს.
- ბ) არაღრმა ჭრილობების დროს, გროფიკულად სრულფასოვან რბილქსოვილოვანი ფსკერით;
- *გ) მნიშვნელოვანი მოცულობითი ლეფექტებისას;
- დ) პატარა, ბრტყელი ლეფექტების დროს;
- ე) მელაპირული ჭრილობების დროს;

1105. ფილაგოვის ყლორგით პლასტიკის უპირატესობას წარმატებულად ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ლეფექტის სწრაფი დაზურვა.
- ბ) ლეფექტის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების გროფიკის გაუმჯობესება;
- გ) ყველა ლოკალიზაციის ლეფექტების დაფარვის შესაძლებლობა;
- დ) პლასტიკურ მასალაში ხრტილის, ძვლის, კუნთოვანი და სხვა ქსოვილების ჩართვის შესაძლებლობა;
- ე) ღრმა მოცულობითი ღრუების დაფარვის საიმელობა;

1106. ფილაგოვის ყლორგით პლასტიკის ნაკლოვანებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მკურნალობის ხანგრძლივობა.
- ბ) ავადმყოფის ხანგრძლივი იძულებითი მდგებარეობა;
- გ) ყლორგის დაბრუნების და გართულებლობის საშიშროება;
- *დ) გროფიკა ღარღვეული დიდი ლეფექტების დაფარვის შესაძლებლობა;
- ე) მრავალეტაპურობა;

1107. გიჩინკინას მიხედვით პლასტიკის განხორციელებისას:

- ა) მკვებავ ფეხზე მომზადებულ კანის ნაფლეთს ნაწილობრივ აკერებენ ღონორის ლეფექტს, გოვებენ რა თავისუფალს მის წვეროს.
- *ბ) კანის თავისუფალი ტრანსპლანტატით იხურება ღონორის ლეფექტი და მას აფარებენ პლასტიკისათვის მომზადებული ნაფლეთიდან ათლილ კანს;
- გ) კონსერვირდება ლიოფილიზაციით;
- დ) კონსერვირდება სხვადასხვა მკვებავ გარემოში;
- ე) კანის თავისუფალი ტრანსპლანტატი კონსერვირდება ღრმა გაყინვით;

1108. კანის თავისუფალი პლასტიკის ჩვენებებს მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) სახესა და თავზე არსებული ლეფექტებისა.
- ბ) ლეფექტები, რომლის ფსკერი წარმოდგენილია კარგი კვების რბილი ქსოვილებით;
- გ) დმწვერობითი გრანულაციური ჭრილობისა;
- დ) ვრცელი სკალპირებული ჭრილობებისა;
- *ე) ქსოვილების მოცულობითი ლეფექტებისა;

რეაბილიტაცია და პროტეზირება ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიაში

1109. ავადმყოფთა დაინვალიდთა რეაბილიტაციის ძირითადიპრინციპებია ყველაჩამოთვლილი,გარდა:

- *ა) იურიდიული რეაბილიტაცია.
- ბ) პროფესიული რეაბილიტაცია;
- გ) სოციალურ-საყოფაცხოვრებორეაბილიტაცია;
- დ) სამედიცინორეაბილიტაცია;

1110. სამედიცინო რეაბილიტაციის საშუალებებს შეიძლება მიეკუთნოს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ხელითდა მექანიკური მასაჟი (წყალქვეშა, ვიბრაციული, პნევმოლარგემით, წერტილოვანი);
- გ) მანუალური თერაპია;
- დ) მექანოთერაპია და შრომითი თერაპია;
- ე) სამკურნალო ფიზკულტურა;

1111. ხელით და აპარატით მასაჟის ჩვენებები ყველაჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ზერეულ და ღრმა ვენების თრომბოზოფლებიტი.
- ბ) პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (შეშუპება, შეგუბებითი მოვლენებები);
- გ) სახსრის შემადგენელ ელემენტების (კაუსულა, იოგები) მეორადი ცვლლებები;
- დ) კუნთების ფუნქციური შესაძლებლობების დაქვეითება ან მათი ტკივილისმიერი რეფლექტორული დაჭიმულობა;

1112. წყალქვეშა მასაჟი იძლევა ხელით მასაჟის იმგაციას ყველა შემთხვევაში, გარდა:

- *ა) ღრმა დაზღვევა.
- ბ) ვიბრაცია (მიგზაგისებური მოძრაობები);
- გ) დარღვევა (მიახლოება);
- დ) დაჭყლეტვა (სპირალისებური მოძრაობები);
- ე) დაუთოება (მოძრაობების იგრძივი მიმართულებით);

1113. თაბაშირით იმობილიზაციის ან ჩონჩხური დაჭიმვის დროს ავადმყოფებისათვის რეკომენდებულია კუნთების იზომეტრული დაძაბვა (კუნთების სიგრძის შეუცვლელად და სახსრებში მოძრაობის გარეშე) ეს ხელს უწყობს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) აუმჯობესებს მოგეხილობის დროს ფრაგმენტების კონსოლიდაციის;
- გ) კუნთური შეგრძნების გრენირებას;
- დ) კუნთებს უნარჩუნებს ტონუსს;
- ე) სეგმენტის სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესებას;

1114. ავადმყოფს, კუნთების დასხეულის მეტი მოღუნებისათვის უნდა მიეცეთ ისეთი მდებარეობა, რომლის დროსაც:

- ა) არააქტიურობითი მოძრაობები თანაბარ რეჟიმზე.
- ბ) კუნთების "უნებლიე" მოღუნება;
- გ) აქტიური მოძრაობები დიდი ამპლიტუდით;
- დ) დაჭიმული კუნთების მიმაგრების წერტილები დაშორდებიან;
- *ე) დაჭიმული კუნთების მიმაგრების წერტილები დაახლოებულია;

1115. სიარულის ჩვევების სწავლებას და სიარულში ვარჯიშს ხელს უწყობს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) დაყრდნობა ქუსლზე, გერფის დაცურებით;
- გ) წვივის წინგაგანა;
- დ) ფეხის გადახანაცვლება;
- ე) გერფის წინა ნაწილით ბიძგი საყრდენი ფაზით ბოლოს;

1116. სიარულის შესწავლაში თანმიმდევრული ეტაპები შეიძლება იყოს: ყველა ჩამოთვლილი მომენტი, გარდა:

- ა) ავადმყოფს წინასწარ გამოუმუშავდეს ჩვევები სხეულის მდგრადობის, წინასწორების, სხეულის სწორი მდებარეობის, მხედველობითი კონტროლის და მის გარეშე. კუნთულ შეგრძნებაზე ორიენტირება.
- *ბ) წინასწარ სხეულის რხევით;
- გ) სიარული დრო და დრო დაყრდნობით მოწყობილობაზე ერთდროულად ნაბიჯით მარცხენა და მარჯვენა ფეხით (გრენაჟორი, გროსტი);
- დ) სიარული, ხელის დაყრდნობით მოწყობილობაზე, რომელსაც ავადმყოფი გადაადგილებს (მანეჟი, მარხილი, საგორაო);
- ე) სიარული უძრავ მოწყობილობაზე ხელის დაყრდნობით (პარალელურად დამაგრებული ხელის მოსაჭილით და ერთი ყავარჯნით);

1117. მექანოთერაპიის დანიშნის ჩვენებები ქანქარას აპარატზე:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ართროზის შემდგომი კონტრაქტურები;
- გ) კონტრაქტურები ტრაჟმის მოგვიანებით ვალებში, ხანგრძლივი იმობილიზაციით;
- დ) პარალიტიკური წარმოშობის კონტრაქტურები;
- ე) მდგრადი კონტრაქტურები ნაწიბუროვანი პროცესების შედეგად;

1118. ზემო კიდურების დეფორმაციებისა და ტრაჟმის ნარჩენი მოვლენებისას შრომითი თერაპია გვაძლევს კარგ შედეგებს ყველა ჩამოთვლილ დროს, გარდა:

- *ა) შრომითი თერაპია მწვავე ტრაჟმის დროს.
- ბ) ინტენსიური ზოგადგამამაგრებელი მოქმედება მთელს ორგანიზმზე;
- გ) ავადმყოფების პროფესიული ორიენტირება და ახალი პროფესიის ათვისებით;
- დ) მყარი დეფორმაციების დროს შრომითი ადაპტაცია;
- ე) მამოძრავებელი აპარატის ფუნქციის აღდგენა;

1119. მხრის ქირურგიული ყელის მოგეხილობის დროს გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი ფიზიკური ვარჯიში, გარდა:

- ა) პასიური ვარჯიშები სხვისი დახმარებით.

*ბ) მსუბუქი მოძრაობები, შესრულებული დამოუკიდებლად, ბერკეტის დამოკლებით (ნახევრად მოხრილი ხელი);

გ) მსუბუქი მოძრაობები მხრის სახსარში;

დ) ხელის მოძრაობები ჩვეულებრივი ლაგვირთვის პირობებში (დგომა, წოლა);

ე) მხრის სხსრისში ქნევითი მოძრაობები;

1120. ილაყვის სახსრის დაზიანებების დროს, გამოიყენება ყველა ჩამოთვლილი ფიზიკური ვარჯიში, გარდა:

ა) სამკურნალო განვარჯიშის შემდეგ, ილაყვის სახსარში უკიდურესი გაშლისა და მოხრის მდგომარეობაში სპეციალური დაღაგება.

ბ) შემსუბუქებული მოძრაობები გორგოლაჭიან ურიკაზე, პასიური მოძრაობების მონაცვლეობით;

გ) შემსუბუქებული მოძრაობები ხელის დაყრდნობით საღა მუდაპირზე;

*დ) მასაჟი და ინგენისური სითბური მკურნალობა, გაშლილ კიდურზე გვირთვის გარეგან;

1121. სიმფიზის გაგლეჯის და მენჯის წინა ნახევარ რგოლის მოგეხილობის მეორე პერიოდში, სამკურნალო ფიზიკულტურა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

ა) ვარჯიშები ზურგზე და გვერდზე წოლით.

ბ) სუნთქვითი ვარჯიშები;

*გ) ვარჯიშები მუცელზე წოლით;

დ) ფეხების, მენჯის, სხეულის იზომეტრული დაძაბვა;

ე) ვარჯიშები ორივე ფენისათვის;

1122. სიმფიზის გახსნის და მენჯის წინა ნახევარრგოლის მოგეხილობის მესამე პერიოდში, სამკურნალო განვარჯიშის მეთოდიკა მოიცავს:

ა) ყველა ჩამოთვლილი

*ბ) სპეციალური ვარჯიშები სხეულის და მენჯის კუნთების გასაძლიერებლად;

გ) ქვედა კიდურების საყრდენი ფუნქციის და სიარულის გრენირება მთლიანი ღერძული ლაგვირთვით;

დ) ზოგადგამამაგრებელი ვარჯიშები ზურგზე, მუცელზე, გვერდზე წოლით და დგომით;

1123. ბარძაყის ამოვარდნილობით გართულებული გაბუხის ფოსოს მოგეხილობის მეორე პერიოდში სამკურნალო ფიზიკულტურა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

ა) მენჯიდან ბარძაყზე გარდამავალი კუნთების იზომეტრული დაძაბვა.

*ბ) ვარჯიშები ოთხ ფეხზე და მუხლებზე დგომით;

გ) მოგეხილობის მხარეზე მენჯის რგოლის, ბარძაყის და წვივის კუნთების იზომეტრული დაძაბვა;

დ) ავადმყოფის მდგომარეობით გამოწვეული გაშლითი კონტრაქტურის პროფილაქტიკა;

ე) ვარჯიშები წოლით ზურგზე, მუცელზე და ჯანმრთელ გვერდზე;

1124. ხერხემლის ოსტეოხონდროზის სარეაბილიტაციო ღონისძიებებში შედის:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) ბალნეო თერაპია;

გ) ზურგის მასაჟი;

დ) სამკურნალო ფიზიკულტურა;

ე) ხერხემლის განმგვირთავი მდგომარეობა;

1125. ხერხემლის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფთათვის გვირთვით ლაჭიმის უკუჩვენებებია:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი.

ბ) პარეზები და დამბლები;

გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ორგანული დაავადებები;

დ) ხერხემლის უხეში თანდაყოლილი ანომალიები;

ე) მალეფორმირებელი სპონდილიოზი, მალეების ოსტეოპოროზი;

1126. ხერხემლის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფთათვის სამკურნალო განვარჯიშის დაწყების საწყისი განმგვირთავი მდგომარეობა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

ა) მუხლ-მტევნის მდგომარეობა.

*ბ) ჯლომა;

გ) მუხლ-ილაყვის მდგომარეობა;

დ) წოლა მუცელზე;

ე) წოლა ზურგზე;

1127. კისრის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფთა სამკურნალო განვარჯიში, განმგვირთავი საწყისი მდგომარეობა:

*ა) წოლა ჰორიზონტალურად დაბალი თავსასთუმლით და ჯლომით სკამზე, ხელები მუხლებზე

ბ) ჯლომით სკამზე, ხელები მუხლებზე;

გ) წოლა ჰორიზონტალურად დაბალი თავსასთუმლით;

დ) წოლა წამოწეული თავსასთუმლით;

ე) დგომა;

1128. მხარ-ბეჭის პერიარტრიგის სინდროზის დროს, კისრის ოსტეოხონდროზით ავადმყოფთა სპეციალური ვარჯიშები მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გამორიცხვით (გარდა):

ა) ვარჯიშები იალქნიან გრენაჟორზე.

*ბ) ვარჯიშები წონასწორობაზე;

გ) მხრის სახსარში პასიური მოძრაობები;

დ) ვარჯიშები განგელებით წონით 1 კვ-მდე;

ე) ვარჯიშები მხრის სარგველის და ხელების კუნთების მოსალუნებლად;

1129. სკოლითმის დროს სამკურნალო ფიზკულტურის გამოყენების კლინიკო-ფიზიოლოგიურ დასაბუთებას მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კუნთ-იოგოვანი აპარატის სისუსტე;
- ბ) გულმკერდის დეფორმაციები;
- გ) ხერხემლის დეფორმაციები;
- *დ) საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქციის დარღვევა;
- ე) გარეგანი სუნთქვის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის დარღვევა;

1130. სკოლითმის დროს სამკურნალო განცხადების მიზანი და ამოცანებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სწორი განდევნის გამოქმედა;
- გ) მასელაბილური ბემოქმედა ხერხემალზე;
- დ) მაკორეგირებელი ბემოქმედა გულმკერდზე;
- ე) მაკორეგირებელი ბემოქმედა ხერხემლის დეფორმაციაზე;

1131. ხერხემლის განგვირთვის საწყისი მდგომარეობა შეიძლება იყოს:

- *ა) წოლა ზურგზე და მუცელზე და დაოთხილი დგომა
- ბ) დგომა;
- გ) დაოთხილი დგომა;
- დ) წოლა ზურგზე და მუცელზე;
- ე) ჯლომა სკამზე;

1132. სკოლითმის დროს ფუნქციური კორსეგის მიზანია:

- *ა) ხერხემლის განგვირთვა და ხერხემლის სტაბილუბის გამრდა და მისი სწორ მდგომარეობაში დაჭერა;
- ბ) ხერხემლის მობილურობის გამრდა;
- გ) ხერხემლის სტაბილუბის გამრდა და მისი სწორ მდგომარეობაში დაჭერა;
- დ) ხერხემლის განგვირთვა;
- ე) ხერხემლის გაჭიმვა;

1133. სპონდილობით ავადმყოფოთათვის სპეციალური ვარჯიშებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ზურგის გამშლელი კუნთების დამჭიმავი.
- ბ) ზურგის, წელის, მუცლის კუნთების გამაძლიერებელი;
- გ) მომალუნებელი;
- დ) სუნთქვითი;
- ე) მაკორეგირებელი;

1134. საყრდენ-მომაძრავებელი აპარატის ტრავმით ავადმყოფოთა ფიზიკური რეაბილიტაციის პრინციპები მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) მკურნალობის პერიოდის მიხედვით სამკურნალო ფიზკულტურის საშუალებათა ეტაპური გამოყენება.
- ბ) სარეაბილიტაციო საშუალებების კომპლექსური გამოყენება;
- გ) მწვავე ტრავმით ავადმყოფოთა აღრეული აქტივაცია;
- *დ) მკურნალობის დასრულება სახსრებში მოძრაობების შებოჭილობის დროს;

1135. იმობილიზაციის პერიოდში ტრავმის მკურნალობისას გამოიყენება სამკურნალო ფიზკულტურის ყველა ჩამოთვლილი ფორმა, გარდა:

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) საყოფაცხოვრებო ხასიათის მოძრაობითი ჩვევების სწავლება;
- *გ) სამკურნალო ცურვა წყალში;
- დ) დავალების მიხედვით, ფიზიკური ვარჯიშებით მეცადინეობა;
- ე) სამკურნალო განცხადება;

1136. ტრავმის დროს, იმობილიზაციის შემდგომ პერიოდში სამკურნალო ფიზკულტურის ფორმებია, ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შრომითი თერაპია.
- ბ) მექანოთერაპია;
- გ) სამკურნალო ვარჯიშები წყალში;
- დ) სამკურნალო ვარჯიშები;
- *ე) სპორტული ვარჯიშები;

1137. მწვავე ტრავმის დროს ფიზიკური ვარჯიში თავიდან აგვაცილებს:

- *ა) კუნთოვან ატროფიას და სახსრების შებოჭილ მოძრაობას და ფიზიკური შრომისუნარიანობის მმნიშვნელოვან დაქვეითებას;
- ბ) ფიზიკური შრომისუნარიანობის მმნიშვნელოვან დაქვეითებას;
- გ) ორგანიზმის დაბერებას;
- დ) თრომბოემბოლიურ გართულებებს;
- ე) კუნთოვან ატროფიას და სახსრების შებოჭილ მოძრაობას;

1138. მწვავე ტრავმის დროს იმობილიზაციის პერიოდში სამკურნალო ფიზკულტურის ამოცანებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.

- ბ) სხეულის და კიბურების მდგომარეობის შეცვლილ სწავლება დარღვეული ფუნქციის აღდგენის სასურველ პირობებში;
- გ) იმობილიზებულ უბანში მოძრაობის ფუნქციის განვითარებისათვის მომზადება;
- დ) ნერვ-კუნთოვანი აპარატის ჰიპოტროფიის წინააღმდეგ მოქმედება, შინაგანი ორგანოების ფუნქციის გაუმჯობესება;
- ე) ავადმყოფის სასიცოცხლო ტონუსის ამაღლება;

1139. მწვავე ტრავმის დროს სამკურნალო ფიქვულტურის უკუჩვენებებია:

- *ა) ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე, მაღალი ტემპერატურა და სისხლდენა;
- ბ) ნაწლავთა ატონია;
- გ) სისხლდენა;
- დ) ექსტრასისტოლია;
- ე) ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე და მაღალი ტემპერატურა;

1140. მწვავე ტრავმის დროს, იმობილიზაციის შემდგომ პერიოდში სამკურნალო ფიქვულტურის ამოცანებია:

- *ა) ჰიპოტროფული კუნთების გამაგრება, მოძრაობების აღდგენა სრული სიფართოთ და ფიზიკური შრომის უნარის ამაღლება და შრომისათვის მომზადება;
- ბ) ფიზიკური შრომის უნარის ამაღლება და შრომისათვის მომზადება;
- გ) ვესტიბულური აპარატის ტრენირება;
- დ) ძელის კორძის განვითარება;
- ე) ჰიპოტროფული კუნთების გამაგრება, მოძრაობების აღდგენა სრული სიფართოთ;

1141. ლულოვანი ძვლების მოტეხილობათა დროს სამკურნალო ფიქვულტურის წინააღმდეგჩვენებაა ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) დაზიანებული კიბურის შეშუპება.
- ბ) მკვეთრი ტკივილი კიბურებში მოძრაობის დროს;
- *გ) სხეულის სუბფებრილური ტემპერატურა;
- დ) სისხლდენა;
- ე) ძელის ნაგებების შეცილება;

1142. ტრავმების აღდგენითი მკურნალობებისთვის გამოიყენება შემდეგი მეთოდური მიდგომები:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) სპეციალური წოლა მეცადინეობის შემდეგ;
- გ) მოძრაობებისათვის სრიალა ზედაპირების გამოყენება;
- დ) კიბურის წონის შემსუბუქება;
- ე) ტრავმირებული ზონის კუნთების მოღუნება;

1143. მტევნის თითების მომხრელი მყესების პლასტიკის შემდეგ, რეაბილიტაციის I პერიოდში, ფიზიკური ვარჯიშები მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა:

- ა) დინამიური ვარჯიშები ნაოპერაციული კიბურების მხრის და იდაყვის სახსარში.
- ბ) სხივ-მაჯის და თითების სახსრებში აქტიური ვარჯიშები მცირე ამპლიტუდით;
- *გ) სხივ-მაჯის და თითების სახსრების პასიური ვარჯიში სრული ამპლიტუდით;
- დ) მხრის და წინამხრის კუნთების იზომეტრული დაძაბვა;
- ე) ჯანმრთელი კიბურების და სხეულის ზოგადგანმავითერებელი ვარჯიშები;

1144. მენჯის ძვლების მოტეხილობის დროს სამკურნალო ფიქვულტურის ჩვენებებია ყველა, გარდა:

- *ა) სიმფიზის და ვაგა-თეძოს შესახსრების გახსნა.
- ბ) მოტეხილობები, ბოქვენის სიმფიზის გახსნის გარეშე;
- გ) მოტეხილობები, ძელის ფრაგმენტების უმნიშვნელო შეცილებით;
- დ) მოტეხილობები, მენჯის სარგყელის მთლიანობის დარღვევის გარეშე
- ე) მენჯის ძვლების იზოლირებული მოტეხილობები;

1145. ხერხემლის კომპრესიული მოტეხილობების დროს, სამკურნალო ფიქვულტურის ამოცანებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ტროფიული დარღვევის პროფილაქტიკა.
- ბ) რეკლინაცია;
- *გ) ღერძული დატვირთვა ხერხემალზე;
- დ) შინაგანი ორგანოების ფუნქციის სტიმულაცია;
- ე) ხერხემლის დაჭიმვა;

1146. კისრის ძვლების მოხრითი მოტეხილობების დროს მკურნალობის საშუალებებია, ყველა გარდა:

- *ა) საწოლის ქვედა ნაწილის აწევა.
- ბ) საწოლის თავის ნაწილის წამოწევა 40- სმ-ით;
- გ) დაჭიმვა თხემის ბორცვებიდან;
- დ) მხრებქვეშ პაგარა ბალიშის ამოღება;
- ე) ავადმყოფის დაწვენა მაგარ საწოლზე;

1147. კისრის ძვლების გაშლითი მოტეხილობების დროს დებულებით გათვალისწინებული მკურნალობის წესებია:

- *ა) ავადმყოფის მოთასება მაგარ საწოლზე ჰორიზონტალური მდგომარეობაში და დაჭიმვა გლისონის მარყუკით თავის წინსაკენ მოხრით;
- ბ) საწოლის ფეხის ნაწილის წამოწევა;
- გ) საწოლის თავის ნაწილის წამოწევა;

- დ) ლაჭიშვილი გლისონის მარყუქით თავის წინისაკენ მოხრით;
- ე) ავადმყოფის მოთასება მაგარ საწოლზე ჰორიზონტალური მდგომარეობაში;

1148. სკოლითმის დროს კუნთ-მყესოვანი აპარატის გამოხატული სისუსტისას უკუნაჩვენებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა ვარჯიშებისა:

- *ა) სტატიკური ლაგირთვის მომაგებისათვის.
- ბ) ხერხემლის მოქნილობის მომაგებისათვის;
- გ) ხერხემლის გაჭიმვისას;
- დ) ხერხემლის მობილურობის გაზრდისათვის;
- ე) ხერხემლის სტაბილურობის გამაძლიერებელი;

1149. ვარჯიშებს, რომლებიც იწვევენ ხერხემლის მობილურობის ზრდას, მიეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) სტატიკური ვარჯიშები.
- ბ) ვარჯიშის შესრულება დიდი ამპლიტუდით;
- გ) ვარჯიშები, რომლებიც სრულდება დახრილ სიბრტყეზე;
- დ) ხერხემლის გამჭიმავი;
- ე) დინამიური;

1150. სკოლითმის დროს ცურვის გამაჯანსაღებელ-ჰიგიენური მნიშვნელობა მდგომარეობს:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) თერმორეგულაციის სრულყოფა, ორგანიზმის წრთობა;
- გ) გულმკერდის მოძრაობის უნარის ამაღლება, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის ფუნქციის გაუმჯობესება;
- დ) ხერხემლის განგვირთვა;
- ე) ჩონჩხის კუნთების გამაჯანსაღება;

1151. განაღობის დარღვევის დროს სამკურნალო ფიზკულტურის ამოცანებია:

- *ა) ხერხემლის გამშლელ და მუცლის კუნთების გაძლიერება და ტერფის თაღის დამჭერი კუნთების გამაჯანსაღება
- ბ) ტერფის თაღის დამჭერი კუნთების გამაჯანსაღება;
- გ) მენჯის ფსკერის კუნთ ბის გამაჯანსაღება;
- დ) ხერხემლის მომხრელი კუნთების გაძლიერება;
- ე) ხერხემლის გამშლელ და მუცლის კუნთების გაძლიერება;

1152. განაღობის დარღვევის დროს სამკურნალო ფიზკულტურის დანიშნის ჩვენებებია:

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- ბ) ბეჭის ძეღის კუნთების ასიმეტრიული განლაგება;
- გ) ბრტყელტერფიანობა;
- დ) გულმკერდის დეფორმაცია და ექსკურსიის შეზღუდვა;
- ე) სხეულის და კიდურების კუნთების სისუსტე;

1153. ბრტყელტერფიანობის დროს სამკურნალო განვარჯიშის გამოყენების კლინიკო-ფიზიოლოგიური დასაბუთებაა:

- ა) ყველა ჩამოთვლილი.
- *ბ) ფეხის, ტერფის კუნთებში ტკივილი სიარულის ან ფეხზე დიღხანს დგომის დროს, საღამოს პირს ტერფის შეშუპებით;
- გ) ჭარბი წონა;
- დ) ტერფის თაღის ამწევი კუნთ-იოგოვანი აპარატის ქრონიკული გადაღლა;
- ე) კუნთ-იოგოვანი აპარატის მოგალი სისუსტე;

1154. ბრტყელტერფიანობის დროს სპეციალურ ვარჯიშებს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- *ა) ტერფის თაღის დამჭერი კუნთ ბის გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები და ბარძაყის, წვივის კუნთების გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები
- ბ) მხრის სარტყელის და მენჯის ფსკერის გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები;
- გ) ვარჯიშები, იმ კუნთების გასაჯანსაღებელი, რომლებიც ხერხემალს იკავებს სწორ, ვერტიკალურ მდგომარეობაში;
- დ) ბარძაყის, წვივის კუნთების გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები;
- ე) ტერფის თაღის დამჭერი კუნთ ბის გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები;

ბავშვთა ასაკის ტრავმატოლოგია-ორთოპედია

1155. ჩამოთვლილი დაავადებიდან ორგანიზმის და ქსოვილების მოუმწიფებლობის შედეგია:

- ა) კლიპელ-ფილის დაავადება.
- ბ) ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარდნილობა,
- გ) ამნიოტური ჩანაჭდევები,
- დ) თანდაყოლილი ხელმრულობა,
- *ე) მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია,

1156. ოსტეოხონდროპათიის საფუძველია:

- ა) გერატოგენური ბემოქმელება.
- ბ) განვითარების დარღვევა,
- გ) მექანიკური ბემოქმელება,
- *დ) ზრდის დისფუნქცია,
- ე) მომწიფების დისფუნქცია,

1157. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის პათოგენეზის საფუძველია:

- ა) ონკოგენური ზემოქმედება.
- ბ) ინფიცირება მუცლადყოფნის პერიოდში,
- გ) სამშობიარო ტავმა,
- *დ) მომწიფების დისფუნქცია,
- ე) ზრდის დისფუნქცია,

1158. შოკის დროს სასიცოცხლო ფუნქციების დარღვევას ბავშვებში განსაზღვრავს:

- *ა) ცენტრალური ჰემოდინამიკის დარღვევა.
- ბ) მწვავე სუნთქვითი უკმარისობა,
- გ) ორგანოების და ქსოვილების პროლუქციებით ინტოქსიკაცია,
- დ) ვეგეტატიური ცვლილებები თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპოფიზის ქერქის ფუნქციის დაძაბვის გამო,
- ე) თავის გვინის ქერქის ცენტრების დამუხრუჭება,

1159. ბავშვის ორგანიზმში ცირკულირებადი სისხლის მაქსიმალური შემცირების რამდენ პროცენტზე შეიძლება შენარჩუნებულ იქნეს ნორმალური არტერიული წნევის დონე:

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

1160. ბავშვის ფილტვის გრავემული გაგლეჯის და დახურული, დაჭიმული პნევმოთორაქსის დროს გამოკვლევის სპეციალურ მეთოდებამდე აუცილებელია შემდეგი სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება:

- *ა) პლევრის დრუს ფუნქცია, ჰაერის გამოშვება, ღრუნილება ბიულავის წესით, კისრის ვაგოსიმპატიკური ბლოკადა ვიშნევსკით.
- ბ) საბოლოო დიაგნოზის დასამაძღვ ავადმყოფი მკურნალობას არ საჭიროებს,
- გ) ნარკოტიკების შეყვანა,
- დ) პლევრის დრუს ფუნქცია, ჰაერის გამოშვება,
- ე) კანგაბალის ინჰალაცია და ავადმყოფის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა,

1161. პოლიგრაფიის დროს ბავშვის ჰოსპიტალიზაციის პირველ ეტაპზე სამკურნალო ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს შემდეგი თანმიმდევრობით:

- ა) საგრანსპორტო იმობილიზაცია, სისხლდენის დროებითი შეჩერება, ნარკოტიკების შეყვანა, ოქსიგენაცია, ანალგეტიკების შეყვანა.
- ბ) საგრანსპორტო იმობილიზაცია, სისხლდენის დროებითი შეჩერება, ნარკოტიკების შეყვანა,
- გ) პლამუმცველთა გადასხმა, საგრანსპორტო იმობილიზაცია, ხელოფური სუნთქვა, სისხლდენის შეჩერება დროებით,
- *დ) ოქსიგენაცია, სისხლდენის დროებითი შეჩერება, დაზიანების კერის ადგილობრივი გაუტკივარება, საგრანსპორტო იმობილიზაცია,

1162. დიუშენ - ერბის მემო სამშობიარო გრავიზის დროს აღინიშნება:

- ა) მტევნის თითების მოძრაობის დაკარგვა, მხრის სახსარში მოძრაობა შენარჩუნებულია.
- ბ) დაზიანებული კილურის მოძრაობის სრული დაკარგვა,
- *გ) მხრის შიგნით როტაცია და მოზიდვა, თითების მოძრაობა შენარჩუნებულია,
- დ) მტევნის თითების დაკარგვა,

1163. სამშობიარო ეპიფიზიოლომის უზშირესი ლოკალიზაციაა:

- ა) დიდი წვივის ძვლის დისტალური ეპიფიზი.
- ბ) ბარძაყის ძვლის დისტალური ეპიფიზი,
- გ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ეპიფიზი,
- *დ) მხრის ძვლის დისტალური ეპიფიზი,
- ე) მხრის ძვლის პროქსიმალური ეპიფიზი,

1164. მხრის ძვლის დისტალური ბოლოს სამშობიარო ეპიფიზიოლომის აღრეული რენტგენოლოგიური სიმპტომებია:

- ა) "ბოლქვისებური" პერიოსტიტი.
- ბ) ძვლის კორძი,
- *გ) მხრის და წინამხრის ძვლების ღერძების მთლიანობის დარღვევა,
- დ) ძელოვანი ფრაგმენტა,
- ე) მხრის ძვლის მეტაფიზის დესტრუქცია,

1165. ბარძაყის ძვლის თავის სამშობიარო ეპიფიზიოლომის დროს დაზიანებულ პიველ საათებში საჭიროა:

- *ა) დახურული ჩაყენება, შემდგომ დაჭიმვა ჰორიზონტალურ სიბრტყეში დაზიანებული კილურის განზიდვით და შიგნით როტაციით.
- ბ) დახურული ჩაყენება,
- გ) დაჭიმვა ბლაუნტით,
- დ) დაჭიმვა შედეით,
- ე) ღია ჩაყენება,

1166. ბარძაყის ძვლის სამშობიარო შეცილებული მოტეხილობის დროს საჭიროა:

- ა) მკურნალობა საჭირო არ არის.
- *ბ) დაჭიმვა ბლაუნტით,
- გ) დაჭიმვა შედეით,

- დ) ერთჯერადი დახურული რეპობიცია შემდეგ იმობილიზაცია თაბაშირით,
- ე) ღია რეპობიცია, შემდეგ იმობილიზაცია თაბაშირით,

1167. ლავიწის სამშობიარო, საეჭვო, მნიშვნელოვანი შეცვლების გარეშე მოგეხილობის ნიშანია:

- ა) სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.
- *ბ) უმიზნო ტირილი და ტკივილი ბავშვის გადახვევის დროს,
- გ) ჰემიპარეზი,
- დ) ფრაგმენტების კრეპიტაცია,
- ე) ჰემატომა მხრის სახსრის მიდამოში,

1168. კლუმიკეს დამბლის დროს აღინიშნება:

- *ა) მტკენის თითების მოძრაობის დაკარგვა, მხრის სახსარში მოძრაობა შენარჩუნებულია.
- ბ) ცალმხრივი სპასტიური ჰემიპარეზი,
- გ) დაზიანებული კილურის მოძრაობის სრული დაკარგვა,
- დ) მხრის შიგნით როტაცია და მოზიდვა, თითებში მოძრაობა შენარჩუნებულია,
- ე) მტკენის თითების მოძრაობის დაკარგვა,

1169. დიუშენ - ერბის დამბლის მკურნალობის დროს კილურის ოპტიმალური მდებარეობის მისაღებად საჭიროა:

- ა) კილურის ფიქსაცია ზურგის უკან.
- ბ) ფიქსაცია არ არის აუცილებელი,
- *გ) კილურის ფიქსაცია მხრის 90(განზიდვით ,
- დ) ღებოს ნახვევის დაღება,
- ე) კილურის სხეულთან ფიქსაცია ბანლით,

1170. გეგანუსის სასწრაფო პროფილაქტიკისათვის 10 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებში, რომელთაც ჩატარებული აქვთ 3-ზე ნაკლები აცრა (ბოლო აცრა გრავემამდე 2 წლით ადრე) საჭიროა შეიყვანონ:

- ა) არაფერი ჩამოთვლიდან.
- *ბ) გეგანუსის ანაგოქსინი,
- გ) გეგანუსის საწინააღმდეგო შრატი,
- დ) გეგანუსის საწინააღმდეგო ადამიანის იმოგლობულინი,
- ე) გეგანუსის ანაგოქსინი-გეგანუსის საწინააღმდეგო შრატი,

1171. ბავშვებში ქალა - გვინის ღია გრავემას მიეკუთვნება:

- ა) თავის რბილი ქსოვილების დაჟეჟილობა.
- ბ) თხემის ძვლის მოგეხილობა და ჭრილობა შუბლის არეში,
- გ) შუბლის ძვლის მოგეხილობა და ჭრილობა თხემის არეში,
- დ) ქალას თაღის მოგეხილობა რბილი ქსოვილების დაზიანებით აპონევრომის დაზიანების გარეშე.
- *ე) ქალას ფუძის მოგეხილობა რბილი ქსოვილების დაზიანების გარეშე.

1172. ქალა - გვინის გრავემის დამახასიათებელი ნათელი შუალედით, მიეკუთვნება:

- *ა) ქალას შიგნითა ჰემატომა.
- ბ) სამშობიარო ქალა-გვინის გრავმა,
- გ) თავის გვინის დაჟეჟილობა,
- დ) სისხლჩაქცევა გარსების ქვეშ,
- ე) კომოციის სინდრომი,

1173. ცალმხრივი ეპი-და სუბლურალური ჰემატომის დროს აღინიშნება:

- ა) გეგრაპლეგია, ნათელი გონება.
- ბ) ზოგად-გვინოვანი სიმპტომატიკა, გემპერაგურის მომატება,
- *გ) ნათელი შუალედი, თვალის გუგების პორიზონტალური გაგანიერება, პირამიდული უკმარისობის კონტრლატერალური ნიშნები,
- დ) გონების დაკარგვა, კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომები, მენინგიალური ნიშნები,
- ე) გონების ხანმოკლე დაკარგვა, პირღებინება, რეტროგრადული ამნეზია,

1174. 5 წლამდე ბავშვებში თავის ქალას თაღის ჩაჭედილი მოგეხილობის სახეებიდან 5 წლამდე,ასაკის ბავშვებში არის:

- *ა) "ცელულოიდის ბურთის" გიპის მოგეხილობა.
- ბ) ნახვრეტოვანი მოგეხილობა,
- გ) დეპრესიული მოგეხილობა,
- დ) იმპრესიული მოგეხილობა,
- ე) არასრული მოგეხილობა,

1175. ბავშვებში ქალას ფუძის მოგეხილობის ნიშნებია:

- ა) სისხლენა ცხვირიდან და ყურიდან.
- *ბ) ოგო-რინო-ლიქვორეა,
- გ) მრავალჯერადი პირღებინება,
- დ) კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომები,
- ე) გონების დაკარგვა,

1176. ბავშვებში ბეჭის ძვლის მოგეხილობის გიპიური მექანიზმია:

- ა) ღაცემა ზურგზე ხერხემლის მაქსიმალურად მოხრის მდგომარეობაში.
- ბ) ბრუნვითი მოძრაობები მხრის სახსარში,
- გ) მოზიდულ ხელზე ღაცემა,
- ღ) ღაცემა განზიდულ ხელზე,
- *ე) პირღაპირი ღარგემა ზურგის არეში,

1177. ბეჭის ძელის ბუბეროსგალური მოგეხიღობის მკურნაღობის ოპტიმალური მეთოღი:

- ა) მკურნაღობას არ საჭიროებს.
- ბ) ჰემატომის პუნქცია მისი ევაკუაციის მიზნით+ საფიქსაციო ნახვევი,
- გ) ღახურული რეპოზიცია+ ღემოს ნახვევი,
- ღ) ღია რეპოზიცია + ღემოს ნახვევი,
- *ე) ღემოს ნახვევი,

1178. ერთ წღამღე ასაკის ბავშვებში ღავიწის შუა მესამეღში მოგეხიღობის ღროს ოპტიმალურ საფიქსაციო ნახვევს წარმოაღგენს:

- ა) ფიქსაცია არ საჭიროებს.
- ბ) ყავარჯენისებური - თაბაშირის ნახვევი კუმბინსკ - კარპენკოს წესით,
- გ) თაბაშირის რვის მაგვარი ნახვევი,
- ღ) თორაკობრაქიღლური ნახვევი,
- *ე) ღემოს ნახვევი,

1179. ბავშვებში მხრის ძელის მეღ ბოღოს ღამიღნების ყვეღამე ხშირი სახეობა არის:

- *ა) ოსტეოუპიფიღიღიღი.
- ბ) ქორურგიული ყელის მოგეხიღობა,
- გ) ბორცვსქეღღა,
- ღ) ბორცვზე გამზავღი,
- ე) ბორცვზეღღა,

1180. მხრის ძელის ღიღფიღის განივი ღახურული მოგეხიღობის ღროს ოპტიმალური გაქციკა მოიღავს:

- *ა) რეპოზიციას ღა ფიქსაციას ღეროვანი აპარღტით.
- ბ) ჩონჩხოვან ღაჭიღვას,
- გ) რეპოზიციას ღა ფიქსაციას განზმიღვეღ არგამიღნზე,
- ღ) რეპოზიციას ღა ფიქსაციას ორი გღღჯავარეღინებუღი ჩხირით,
- ე) რეპოზიციას ღა ფიქსაციას თაბაშირის ღონგეღით,

1181. ბავშვებში მხრის ძელის როკებზეღღ ღახურულ მოგეხიღობის რეპოზიციას იწყებენ:

- ა) განივი ღა სიგრღივი შეციღების გღსწორებით.
- ბ) კუთხის ქვეშ შეციღების გღსწორებით,
- გ) სიგრღივი შეციღების გღსწორებით,
- ღ) განივი შეციღების გღსწორებით,
- *ე) როგაციული ცღომის გღსწორებით,

1182. ოპერაციული მკურნაღობა უხშირესღღ ნაჩვენებია:

- ა) ოპერაციული მკურნაღობა ყვეღღ ღონზე წინაღღმღვე ნაჩვენებია.
- ბ) მხრის ძელის ღიღფიღური ღამიღნებისას,
- გ) მხრის ძელის მეგღღიღფიღური ღამიღნებისას,
- ღ) მხრის ძელის მეგღფიღური ღამიღნებისას,
- *ე) მხრის ძელის სახსარშიღღ ღამიღნებისას,

1183. მხრის ძელის შიგნითღ როკის აგღვეჯითი მოგეხიღობის ღროს 12-14 წღის ბავშვებში ფრღგმენგების ფიქსაცია უნღღ ჩაგარღღეს:

- *ა) გერ-ეგღიზაროვის საღღვის - ჰანჭიკით.
- ბ) ძეღღოვანი ნაკერთ,
- გ) გღმზვენ კომპრესიანი ჩხირით,
- ღ) ორი ჩხირით,
- ე) ერთი ჩხირით,

1184. მხრის ძელის შიგნითღ ზეღაროკის აგღვეჯითი მოგეხიღობის ღროს უხშირესღღ მიღნღება შემღვეღი ნერვი:

- ა) კუნთ-კანის.
- ბ) სხივის,
- გ) შუბ,
- *ღ) ღღაყვის,

1185. სხივის ძელის თღვის სრული იზოღირებუღი ამოვარღნიღობა უფრო ხშირია:

- *ა) 5 ღღნ 12 წღამღვე ასაკში.
- ბ) 3 ღღნ 5 წღამღვე ასაკში,
- გ) 1 წღიღღნ 3 წღამღვე ასაკში,
- ღ) 1 წღამღვე ასაკში,
- ე) ახღღმოზიღებში,

1186. მონტეჯიის მოტეხილობა - ამოვარდნილობა არის:

- *ა) სხივი ძელის თავის ამოვარდნილობა და იმავე ხელზე იდაყვის ძელის მოტეხილობა ზემო და შუა მესამედის საზღვარზე.
- ბ) იდაყვის ძელის ამოვარდნილობა და სხივის მოტეხილობა,
- გ) წინამხრის ძელების ამოვარდნილობა იდაყვის სახსარში და წინამხრის ერთი ძელის მოტეხილობა ქვემო მესამედში,
- დ) მტევნის ამოვარდნილობა და წინამხრის ძელების მოტეხილობა შუა მესამედში,
- ე) წინამხრის ამოვარდნილობა ერთ ხელზე და მოტეხილობა მეორე ხელზე.

1187. გალეაცის ამოვარდნილობა არის:

- ა) სხივის ძელის თავის ამოვარდნილობა იდაყვის სახსარში და იდაყვის ძელის მოტეხილობა თევზო მესამედში.
- ბ) მტევნის ამოვარდნილობა და სხივის ძელის მოტეხილობა შუა მესამედში,
- *გ) სხივი ძელის მოტეხილობა თევზო მესამედში და იდაყვის ძელის თავის ამოვარდნილობა,
- დ) წინამხრის ამოვარდნილობა იდაყვის სახსარში და იდაყვის ძელის მორჩის მოტეხილობა,
- ე) იდაყვის ძელის თავის ამოვარდნილობა ერთ ხელზე და სხივის ძელის მოტეხილობა ზემო მესამედში მეორე ხელზე.

1188. წინამხრის ძელების მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებაა:

- *ა) წინამხრის ძელების მოტეხილობა, ამ კიდურის სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნიშნები.
- ბ) წინამხრის ორი ძელის მოტეხილობა შუა მესამედში,
- გ) წინამხრის ორი ძელის მოტეხილობა შუა მესამედში სრული შეცილებით,
- დ) იდაყვის ძელის მოტეხილობა შუა მესამედში სრული შეცილებით,
- ე) მხრის ძელის მოტეხილობა შუა მესამედში სრული შეცილებით,

1189. სხივის ძელის დაზიანებისას საბრძოლო მონის ნაადრევი დახურვა და ზემო კიდურის დეფორმაცია მოსალოდნელია:

- *ა) საბრძოლო მონის გაჭყლეტისას ეპიფიზის მნიშვნელოვანი შეცილების გარეშე.
- ბ) ეპიფიზიოლიზის დროს შეცილებისას,
- გ) ოსტეოეპიფიზიოლიზის დროს შეცილებისას,
- დ) ეპიფიზის პროქსიმალური ეპიფიზიოლიზის დროს,
- ე) სხივის დისტალური ეპიფიზიოლიზის დროს სიგანეზე მნიშვნელოვანი შეცილებისას,

1190. თითის ძირითადი ფალანგის ორივე ჭრილობისას მომხრელი მყესის და თითის ნერვის დაზიანების დროს სამკურნალო ტაქტიკა მოიცავს:

- ა) ზერელი მომხრელის და ნერვის პირველად ნაკერს, დრმა მომხრელის ბოლოების ამოკვეთას.
- *ბ) დრმა მომხრელის და ნერვის პირველად ნაკერს, ზერელე მყესი ამოიკვეთოს,
- გ) ორივე მყესის პირველად ნაკერს, ნერვის ნაკერი გადაიდოს,
- დ) ოპერაციის გადაღებას ჭრილობის სრულ შეხორცებაშდე,
- ე) ორივე მყესის და ნერვის პირველად ნაკერს,

1191. მტევნის თითის საშუალო ან ძირითადი ფალანგების მოტეხილობის წარმატებული რეპოზიციის შემდეგ თაბაშირის ნახვევში ფიქსირებული მტევნის თითის მდებარეობის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) საფრჩხილე ფალანგის 90° (მოხრა).
- ბ) "საწერი კალმის" მდებარეობა,
- გ) საშუალო - ფიზიოლოგიური მდებარეობა,
- დ) მაქსიმალური გაშლა,
- *ე) მაქსიმალური მოხრა,

1192. ბავშვებში კვირისგავის ახალი მწვავე ამოვარდნილობის მკურნალობის მეთოდებია:

- ა) დახურული ჩაყენება.
- ბ) ღია ჩაყენება, მასგაბილირებელი ოპერაციულ - ტექნიკური პროცედურები,
- გ) ჩაყენება თაბაშირის ლონგეტი,
- *დ) ჩაყენება, სახსრის პუნქცია, მოდელირებული თაბაშირის ნახვევი,

1193. მუხლის სახსრის გამჭოლი ჭრილობის დროს ნაჩვენებია:

- ა) ართროტომია, მუხლის სახსრის რევიზია.
- ბ) ჭრილობის რევიზია, უცხო სხეულის ამოღება, დრენირება,
- *გ) სახსრის რენგენოგრაფია, ჭრილობის რევიზია, უცხო სხეულის ამოღება, დრუს ამორეცხვა ანტიბიოტიკებით, ჭრილობის გაკერვა, თაბაშირის ნახვევი დაღება.
- დ) ჭრილობის რევიზია, პირველადი ქირურგიული დამუშავება,
- ე) ჭრილობის გაკერვა, თაბაშირის ნახვევის დაღება,

1194. კვირისგავის დამსხვროველი მოტეხილობის დროს ოპტიმალური ოპერაციაა:

- ა) ფიქსაცია მავთულით.
- ბ) ფიქსაცია ჭანჭიკებით,
- გ) ფიქსაცია ჩხირებით,
- დ) კვირისგავის მოცილება,
- *ე) ლავსანის წრიული ნაკერი,

1195. მუხლის სახსრის წინა ჯვარედინა იოგის გაგლეჯის სიმპტომია:

- ა) " მიწებებული ქუსლის" სიმპტომი.
- ბ) მოხრითი კონტრაქტურა სახსარში,

- *გ) "წინა უჯრის" სიმპტომი,
- დ) მუხლის სახსრის ბლოკადა,

1196. ბავშვებში დიდი წვივის პროქსიმალური ბოლოს დაზიანების დროს მოზრდილებში წინა ჯვარედინა იოგის დაზიანების ექვივალენტურია:

- ა) დიდი წვივი ძვლის ეპიფიზიდან ძვალ-ხრტილოვანი ფრაგმენტის აგლეჯა.
- ბ) დიდი წვივის ძვლის ეპიფიზის საგიტალური მოტეხილობა,
- გ) დიდი წვივის ძვლის პროქსიმალური ეპიფიზის ფრონტალური მოტეხილობა,
- დ) დიდი წვივის ძვლის ბორცვის აგლეჯა,
- *ე) როკოთა შემადლების აგლეჯა,

1197. ბავშვებში წვივის ძვლების სახსარშიდა შეცილებით მოტეხილობის დროს სამკურნალო ტაქტიკის ოპტიმალური ვარიანტია:

- ა) რევიზია, იმობილიზაცია თაბაშირით.
- ბ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა,
- გ) მკურნალობა აპარატით,
- *დ) ღია რეპოზიცია და ოსტეოსინთეზი,
- ე) ღია რეპოზიცია,

1198. წვივის ძვლების მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენება მოიცავს:

- ა) ყველა სახის მოტეხილობებს შეცილებით.
- ბ) დახურულ მოტეხილობებს სრული შეცილებით,
- გ) ორი ძვლის მეტაფიზურ მოტეხილობებს კუთხითი შეცილებით,
- დ) წვივის ორი ძვლის დახურულ დიაფიზურ მოტეხილობებს,
- *ე) სახსარშიდა დახურულ შეცილებით მოტეხილობას,

1199. წვივის ორი ძვლის დახურული, განივი, შუა მესამედში ფიქსაციის ოპტიმალური ვარიანტია:

- *ა) ღეროვანი აპარატი.
- ბ) თაბაშირის ლონგეტი,
- გ) ვოლკოვ - ოგანესიანის აპარატი,
- დ) ილიზაროვის აპარატი,
- ე) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა,

1200. თუ ბავშვს ქუსლის ძვლის მოტეხილობის დროს ბელერის კუთხე (კოჭ-ქუსლის) უდრის 20-25°, ქუსლის მადლივი ინდექსი 0.55-0.6 ასეთ ბავშვს არ უნდა ჩაუტარდეს:

- ა) ერთმომენტაინი დახურული რეპოზიცია ფრაგმენტების ფიქსაცია ლითონის ჩხირებით, თაბაშირის ნახვევის დაღება.
- ბ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა ორ ურთიერთ პერპენდიკულარულ სიბრტყეში (წვივის ღერძის და გერფის ღერძის მიმართულებით - კაპლანის წესით),
- გ) ღია რეპოზიცია და ქუსლის ძვლის ფრაგმენტების ფიქსაცია ლითონის კონსტრუქციებით,
- დ) კომპრესიულ - დისტრაქციული აპარატის დაღება,
- *ე) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა ქუსლის ბორცვიდან წვივის ღერძის მიმართულებით,

1201. ბავშვის კისრის პირველი მალის (აგლასში) როტაციული ქვეამოვარდნილობის დროს დამახასიათებელია:

- ა) მოძრაობის სრული მოცულობა.
- ბ) მოძრაობის შემლუღვა თავის შეტრიალებით და დახრით,
- გ) თავის შეტრიალება "ქვეამოვარდნილობის" მხარისკენ,
- *დ) თავის დახრა და შეტრიალება "ჯანმრთელი" მხარისკენ,

1202. ბავშვებში მალეების კომპრესიული მოტეხილობა უფრო ხშირია შემდეგ ნაწილებში:

- ა) წელის.
- ბ) გულ-მკერდის ქვემო,
- *გ) გულ-მკერდის შუა,
- დ) გულ-მკერდის ზემო,
- ე) კისრის,

1203. ბავშვებში ხერხემლის გულ-მკერდის ნაწილის კომპრესიული მოტეხილობის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) არ საჭიროებს კორსეგს.
- ბ) ერთმომენტაინი რეკლინაცია + კორსეგი,
- გ) ოპერაციული მკურნალობა
- დ) მკურნალობა კორსეგების დახმარებით,
- *ე) ფუნქციური (დაჭიმვა, სამკურნალო ვარჯიში. მასაჟი),

1204. წელის მალეების კომპრესიული დამსხვრეული მოტეხილობის დროს ავადმყოფის ტიპური პოზია:

- ა) ტიპური მდებარეობა არ აქვს.
- ბ) გვერდზე გამართული კიდეურებით,
- გ) ზურგზე მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში ზომიერად მოხრილი კიდეურებით,
- *დ) წოლა გვერდზე მოხრილი და მუცელთან მოზიდული კიდეურებით,

1205. ბავშვებში ხერხემლის წელის ნაწილის კომპრესიული მოტეხილობის დროს სტაციონარული მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდია:

- ა) მკურნალობას არ საჭიროებს.
- ბ) განგვირთვა ჰორიზონტალურ სიბრტყეში,
- გ) კორსეტი,
- დ) ოპერაციული, შემდგომი რეაბილიტაციით,
- *ე) ფუნქციური სტაბილური რეკლინაციის მდებარეობა,

1206. "მალგენის" მოგებილობა ეწოდება მენჯის:

- ა) თეძოს ძვლის ფრთის მოგებილობას.
- ბ) ტაბუხის ფოსოს მოგებილობას,
- *გ) ბოქვენის და საჯლოში ძვლის ცალმხრივ მოგებილობას წინიდან და თეძოს ძვლის მოგებილობა უკანიდან,
- დ) წინა ქვემო წვეგის აგლეჯით მოგებილობას,
- ე) წინანახევარკალის ორმაგ მოგებილობას,

1207. სიმფიზისის ტრავმული გაგლეჯის დროს სტაციონარში:

- ა) არ საჭიროებს სპეციალურ მდებარეობას.
- ბ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვით ორივე ქვემო კიდეზე ჰორიზონტალურ სიბრტყეში,
- გ) ავადმყოფი მოვათავსოთ "ბაყაყის" მდგომარეობაში, ჰორიზონტალურ სიბრტყეში,
- *დ) ავადმყოფის მხეჯს უნდა მოეუჭიროთ და ავწიოთ ბალკანურ "ჰამაკით",

1208. "უკანა ნაბიჯის" სიმპტომი ახასიათებს:

- *ა) თეძოს წინა ზემო წვეგის აგლეჯას.
- ბ) ბოქვენის ძვლის ჰორიზონტალური ტოტის მოგებილობას,
- გ) თეძო - გაგის შესახსრების გაგლეჯას,
- დ) სიმფიზისის გაგლეჯას,
- ე) თეძოს ძვლის ფრთის მოგებილობას,

1209. ჩონჩხოვანი დაჭიმვა დიდი წვივის პროქსიმალური მეტაფიზით ნახევნება:

- ა) უკანა ნახევარკალის შეცილებული მოგებილობის დროს.
- ბ) კილოვანი შეცილებული მოგებილობის დროს,
- გ) წინა ნახევარკალის მოგებილობის დროს,
- *დ) წინა და უკანა ნახევარკალის ცალმხრივი მოგებილობის, მენჯის ნახევარის შეცილებით თანდართული მოგებილობის დროს,

1210. ბავშვებში საგზაო - საგრანსპორტო პოლიგრაფმის დროს სჭარბობს:

- ა) ზემო და ქვემო კიდეების დაზიანება.
- ბ) მენჯის დაბემო კიდეების დაზიანება,
- *გ) ქალა - ტვინის ტრავმა, შინაგანი ორგანოების და ქვემო კიდეების დაზიანება,
- დ) ქალა - ტვინის ტრავმა,

1211. პოლიგრაფმის დროს, როდესაც აღინიშნება:- ცხვირ - გუჩის სამკუთხედის ციანობი- ხშირი ზერეულე სუნთქვა- გიმპანური პერკუტარული ხმა გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის ზემოთ- გული საზღვრების შეცილება მარცხნივწამყვანი არის:

- *ა) დახურული დაჭიმული პნევმოთორაქსი, ფილგვის გაგლეჯა.
- ბ) ღია პნევმოთორაქსი,
- გ) გულის დაქეცილობა,
- დ) ღიაფრაგმის გაგლეჯა,
- ე) ღვიძლის და ღიაფრაგმის გაგლეჯა,

1212. ხერხემლის და მენჯის ძვლების მოგებილობის დროს ავადმყოფის გრანსპორტირებისათვის ოპტიმალური მდგომარეობაა:

- ა) არა აქვს მნიშვნელობა.
- ბ) ფარზე, მუცელზე,
- გ) საკაცეზე "ბაყაყის" მდგომარეობაში,
- დ) გვერდზე, საკაცეზე,
- *ე) ფარზე, მურგზე, "უსაფრთხოების ღერძის" დაცვით,

1213. კანის ტრავმული აცლის დროს (თუ მისი ფართი მნიშვნელოვანია) სამკურნალო გაქცევა მოიცავს:

- ა) კანის პლასტიკას ადგილობრივი ქსოვილებით.
- *ბ) ნაფლეთის მოკვეთას, შემდგომ პლასტიკას კრასოვიტოვით,
- გ) ჭრილობის გაკერვას,
- დ) " ჯიბის" დრენირება, სითხის პასიურად ასპირაციას,
- ე) კონსერვატულ მკურნალობას (ცივი, მაღამოიანი საფენები და სხვა),

1214. ბარძაყის ძვლის მოგებილობის დროს, როდესაც წამყვანია გულმკერდის, მუცლის დაზიანება, უნდა გამოვიყენოთ:

- ა) ძვალშიდა ოსტეოსინთეზი.
- ბ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა,
- გ) ღეროვანი აპარატი ("სკიდ1") და მისი მოლიფიკაცია,
- დ) ილიზაროვი აპარატი,
- *ე) ვოლკო-ოგანესიანის აპარატი,

1215. ბავშვებში პოლიგრაფმის დროს ჰოსპიტალიზაციის წინა ეტაპზე სამკურნალო დონისძიებების ოპტიმალური თანმიმდევრობაა:

- ა) პლაზმემცველთა გაღასხმა, ხელოვნური სუნთქვა, საგრანსპორტო იმობილიზაცია + ანალგეტიური საშუალებების შეყვანა.
- ბ) პლაზმემცველთა გაღასხმა, ხელოვნური სუნთქვა, იმობილიზაცია+ ნარკოტიკების შეყვანა,
- გ) პლაზმემცველთა გაღასხმა, ხელოვნური სუნთქვა, საგრანსპორტო იმობილიზაცია,
- *დ) ოქსიგენაცია, სისხლდენის დროებითი შეჩერება, ღაზიანების კერის ადგილობრივი გაუქცივარება, საგრანსპორტო იმობილიზაცია, პლაზმემცველთა გაღასხმა,

1216. კიბურების ძვლების მოტეხილობის და ქალა-გვინის ტრავმის დროს კომპრესიულ-დისტრაქციული ოსტეოსინთეზის აბსოლუტური ჩვენებაა:

- ა) წვივის ორი ძვლის დახურული განივი მოტეხილობა.
- ბ) ორივე წინაზხრის დახურული მოტეხილობა,
- გ) დიდი სახსრის სახსარშიდა მოტეხილობა,
- დ) დახურული მეტადაფიზური მოტეხილობა კიბურის დიდი სეგმენტის შეცილებით,
- *ე) ღია მეტადაფიზური მოტეხილობა კიბურის დიდი სეგმენტის შეცილებით,

1217. თანდაყოლილ კისერმრულობას მიეკუთვნება:

- ა) დერმო - ლესმოგენური,
- ბ) ნევროგენური,
- გ) ლესმოგენური,
- *დ) მიოგენური დეფორმაცია,

1218. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ეტიოპათოგენები მოიცავს:

- ა) გულის იშემიას.
- ბ) ანთებით პროცესს,
- გ) ნაყოფის არასწორ მდებარეობას,
- დ) სამშობიარო ტრავმას,
- *ე) მკერდ-ლაფიწ -ღვრილისებრი კუნთის განვითარების მანკს,

1219. თანდაყოლილი კუნთოვანი კისერმრულობის ნიშნები ვლინდება დაბადებიდან:

- ა) 1 წლამდე არ არის გამოხატული.
- ბ) 3 თვის ასაკში,
- გ) 1 თვის ასაკში,
- *დ) მე-10-14 დღეს,
- ე) 3-5 დღეში,

1220. კისერმრულობის კონსერვატიული მკურნალობა უნდა დაიწყოთ:

- ა) 1 წლის შემდეგ.
- ბ) 2-5 თვის ასაკიდან,
- გ) 2 კვირის ასაკიდან,
- *დ) დაბადებისთანავე.

1221. კისერმრულობის კონსერვატიული მკურნალობის შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობა უნდა დაიწყოთ:

- *ა) 3-4 წლის ასაკში.
- ბ) 3 წლამდე.
- გ) 2 წლამდე.
- დ) 1 წლამდე.
- ე) 5 თვემდე.

1222. კისერმრულობის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებებია:

- ა) ტანღეგობის და მხედველობის დარღვევა.
- ბ) სტრაბიზმი,
- გ) მხედველობის სიმძაფრის დარღვევა,
- დ) ტანღეგობის დარღვევა,
- *ე) სახისა და კისრის ასიმეტრიის მაგება,

1223. კლიპელ - ფეილის დაავადება არის:

- ა) ფრთისებრი კისერი.
- ბ) მწვავე კუნთოვანი კისერმრულობა,
- გ) კისრის პირველი მალის ანთებითი, შეძენილი ქვეამოვარდნილობა,
- დ) კისრის ნეკროზი,
- *ე) კისრის და გულმკერდის ზემო მალეების რკალების შეუხორცებლობა,

1224. ერთი ან ორი ლაფიწის არარსებობას ეწოდება:

- ა) შერევისკი-გურნერის სინდრომი.
- ბ) ბენევი - ულრიხის სინდრომი,
- გ) კლიპელ - ფეილის დაავადება,
- დ) გრიმელის დაავადება,
- *ე) ქალა - ლაფიწის დიმოსტომი,

1225. ხერხემლის თანდაყოლილი დეფორმაციის განვითარების წამყვანი ფაქტორია:

- *ა) ყველა აღნიშნული.
- ბ) მალეების რიცხვის მომატება ან დაკლება,
- გ) მალეების სხეულების იზოლირებული შეხორცება,
- დ) ბეჭების და გაეის განვითარების ანომალია,
- ე) ნეკნების შეხორცება ან გაორება,

1226. რადიო უღნარული სინოსტომის ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური ჩვენებაა:

- ა) არის, თუ სახსრის ფუნქცია დარღვეულია.
- ბ) არის, თუ ილაყვის მხრივი ხელმრულობაა,
- გ) არის, თუ სხივის მხრივი ხელმრულობაა,
- *დ) არის, თუ აღინიშნება წინამხრის მკვეთრი პრონაცია ან სუპინაცია,
- ე) არ არის აბსოლუტური ჩვენება,

1227. თანდაყოლილი ხელმრულობის ოპერაციული მკურნალობა (ძელის დეფექტის ძვალპლასტიკური ჩანაცვლება) უნდა ვაწარმოოთ:

- ა) 10-12 წლის ასაკში.
- ბ) 5- 7 წლის ასაკში,
- *გ) 3-5 წლის ასაკში.
- დ) 3 წლამდე ასაკში,
- ე) სიცოცხლის პირველ თვეებში,

1228. მალეუნგის დეფორმაცია არის:

- ა) მოხრითი კონტრაქტურა.
- ბ) წინამხრის ძელების დამოკლება,
- გ) ილაყვისმხრივი ხელმრულობა,
- დ) სხივის მხრივი ხელმრულობა,
- *ე) მტეენის და წინამხრის ხიშვისებური დეფორმაცია,

1229. თანდაყოლილი გერფმრულობის დროს აღინიშნება:

- ა) გერფის ექვინუსი.
- ბ) განზიდვა, პრონაცია და გერფის ფიქსაცია საშუალო მდგომარეობაში,
- გ) მოზიდვა, პრონაცია გერფურგისმხრივი მოხრა,
- დ) განზიდვა, სუპინაცია და გერფურგის მოხრა,
- *ე) გერფის მოზიდვა, სუპინაცია და გერფურგისმხრივი მოხრა,

1230. ბარძაყის ძელის ყელის ვარუსული დეფორმაციის კლასიფიკაციის საფუძველია:

- ა) ყველა ეს ნიშანი.
- ბ) ბარძაყის თავის ეპიფიზის გაძვალეების ვადები,
- გ) დიდი ციბრუტის მდგომარეობა,
- დ) კილურის დამოკლების ხარისხი,
- *ე) ეპიფიზურ - დიაფიზური კუნთის პარამეტრი,

1231. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ყველაზე სარწმუნო სიმპტომია ახალშობილებში:

- ა) კილურის გარეთ როტაცია.
- ბ) კანის ნაოჭების ასიმეტრია,
- გ) კილურის დამოკლება,
- დ) მარქს - ორთოლანის სიმპტომი (ჩაცურება),
- *ე) ბარძაყის განზიდვის შეზღუდვა,

1232. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კონსერვატიული მკურნალობა უნდა დავიწყოთ:

- ა) 2 წლამდე ასაკში.
- ბ) 1 წლამდე ასაკში,
- გ) პირველი ნახევარი წლის ასაკში,
- *დ) ახალშობილებში,

1233. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ვილენსკის არტაშანით მკურნალობის დროს მომზიდველი კუნთების დროულად შეუმჩნეველმა ტკივილის გამო კონტრაქტურამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) გერფებში სისხლის მიმოქცევის მოშლა.
- ბ) ბარძაყის გადაგრეხა,
- გ) სასახსრე ჩანთის გაგლეჯა,
- დ) შოკი,
- *ე) ბარძაყის ყელის თავის ასეპტიური ნეკროზი,

1234. მცირე წვივის ძელის დისტალური ნაწილის არარსებობის დამახასიათებელი სიმპტომები მოიცავენ:

- *ა) დიდი წვივის ძელის დამოკლებას, გამსხვილებას, გარეთა გოჯის უარსებობას, გერფის ექვინუსს ან ვალგუსს.
- ბ) კილურის გამრულებას, გერფის ექვინო-ვალგუსურ დეფორმაციას,
- გ) თითების არარსებობას,
- დ) კილურის გამრულებას,

ე) კილურის დამოკლებას,

1235. დიდი წვივის ძელის თანდაყოლილი ყალბი სახსრის დროს საჭიროა:

ა) მხოლოდ კონსერვატიული მკურნალობა.

*ბ) რემეძცია პლასტიკით სისხლძარღვოვან "ფეზზე" სტაბილური ფიქსაციით,

გ) რემეძცია ალოპლასტიკით,

დ) ყალბი სახსრის უბნის რემეძცია აუტოპლასტიკით,

ე) კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატის დაღება,

1236. ბავშვის "ცხენის ფეხის" (ექვინუსის) ორთოპედიული მკურნალობა მოიცავს:

*ა) მხოლოდ კონსერვატიულ მკურნალობას.

ბ) დიდი წვივის უკანა კუნთის დაგრძელებას,

გ) ორთოპედიული ფეხსაცმლის გარებას,

დ) ართროლემბი,

ე) აქილევსის მყესის დაგრძელებას,

1237. ბრტყელი ვალგუსური გერფის მკურნალობა მოიცავს:

ა) მკურნალოს არ საჭიროებს.

ბ) სამკურნალო ვარჯიშის, სამაყის

გ) ორთოპედიული ფეხსაცმლის გარების,

*დ) პოლივკის ლონგეგებს+ სამკურნალო ვარჯიშს, კუნთების ელექტროსტიმულაციას,

ე) ეტაპურ თაბაშირის ნახვევს,

1238. ბავშვებში კიღურების ოსტეომიელიტის შემდგომი ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებები შეიძლება დავადგინოთ:

*ა) სრული კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემებით დაღასტურებული მიმართულებიდან 2 - 4 წლის შემდეგ.

ბ) რემისიის პერიოდში,

გ) ფისტოლიზური ფორმის დროს,

დ) ოსტეომიელიტის ქრონიკულ სტადიაში,

ე) პროცესის ჩაქრობის სტადიაში,

1239. ბარძაყის პათოლოგიური ამოვარღნილობის დროს დიდი ციბრუკის შენარჩუნების შემთხვევებში უკეთ შედეგს იძლევა ოპერაცია:

ა) შანციით.

ბ) ნოვაჩენკოვით,

გ) სალოფიევით,

დ) ულიციკით,

*ე) კოლონათი,

1240. სკოლიოზის აღრეული სარწმუნო ნიშანია

ა) "მრგვალი" ზურგი.

ბ) წელის სამკუთხედების სხვაობა,

გ) ბეჭების ასიმეტრია,

დ) კუნთოვანი კორსეგის სისუსტე,

*ე) მალეების თეორია,

1241. ახონდროპლაზია არის:

ა) ამნიოტური სითხის მომაგება.

ბ) ნეიროენდოკრინული დაავადება,

გ) მუცლად ყოფნის პერიოდში გადატანილი რაქიგის შედეგია,

დ) მუცლად ყოფნის პერიოდში სიფილიზმის გადატანის შედეგია,

*ე) ჩონჩხის სისტემური დაზიანება - დაკავშირებული ხონდრობლასტიკური სისტემის განვითარების მანკთან, ხრტილის განვითარების და ბრღის ანომალიასთან,

1242. ბლაუნგის დაავადება არის:

ა) ბარძაყის ძელის თავის ოსტეოხონდროპათია.

ბ) დიდი წვივის ძელის ზემო ბოლოს საზრდელი ხრტილის დისპლაზია,

გ) რახიგის მაგვარი დაავადება,

დ) დიდი წვივის ძელის ოსტეომიელიტის გადატანის შედეგია,

*ე) საზრდელი ხრტილის განვითარების გაუკუღმართება (დისპლაზია), ეპიფიზური ფირფიტის მედიალური ნაწილის განშრეება, შემდგომი ოსიფიკაცია, დიდი წვივის ძელის პროქსიმალური ეპიფიზის დაზიანებით,

1243. მადელუნგის დაავადების მიზეზია:

ა) იდაყვის ძელის საზრდელი ხრტილის დისპლაზია.

ბ) ტრავმა,

გ) ბარძაყის ძელის ოსტეომიელიტი,

დ) სიმსივნე,

*ე) სხივის ძელის დისტალური საზრდელი ზონის დისპლაზია,

1244. მრავლობითი ეპიფიზური ხონდროპლაზიის (ფეიერბანკი) ეტიოლოგიური ფაქტორია:

- ა) ეპიფიზის ზონის განვითარების ბანკი.
- ბ) ნეიროენდოკრინული პათოლოგია, ზრდის ჰორმონის დეფიციტი,
- გ) ეპიფიზის გროფიკის დარღვევა,
- *დ) ეპიფიზის ოსიფიკაციის ცენტრის თანდაყოლილი დეფექტი,

1245. მრავლობითი ეპიფიზური ხონდროპლამის რენგენოლოგიურ სურათშია:

- ა) ეპიფიზში გაძვალეების ბირთვები არ არის.
- ბ) კილურის დამოკლება არ არის,
- გ) დიფერენციული ართროზის მოვლენები არ არის,
- დ) ზონების ჩანასახები ნაადრევად გახსნილია,
- *ე) გაძვალეების ისეთი ბირთვების დაგვიანებით გამოჩენა, რომლებიც ერილებიან სხვადასხვა ღროს და განსხვავებულ ფორმისა და სიმკვრივის მიხედვით,

1246. სპონდილოეპიფიზური დისპლაზია განპირობებულია:

- ა) ნეიროენდოკრინული დარღვევებით,
- ბ) თირკმელების განვითარების ანომალიით,
- გ) კუნთოვანი ქსოვილის განვითარების სისტემური დარღვევით,
- *დ) ეპიფიზების, მათ შორის მალეების, ეპიფიზების განვითარების დარღვევით,

1247. სპონდილოეპიფიზის დისპლაზიის რენგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) რამოდენიმე მალის ერთმანეთთან შეხორცება, სახსარში ფიბროზული ანკილოზი.
- ბ) ძელოვანი წანაზარდები სამრდელი ზონების მახლობლად,
- გ) ნახევარმალეები, კისრის წილში მალეების რაოდენობის დარღვევა,
- *დ) ყველა ლულოვანი ძელის ეპიფიზის შეცვლა (გაბრტყელება) - ხერხემლის კისრის, წელის და ქალას ფუძის არასწორი შეფარდების გამო,

1248. ეომონოფილური გრანულომა არის:

- ა) ძელის განვითარების მანკი.
- ბ) ძვალში ქრონიკული ანთების კერა,
- გ) ლეიკოზის გართულება,
- დ) სისხლის და სისხლმზადი ორგანოების სისტემური დაავადება,
- *ე) დაავადება, რომელიც გამოიხატება ძვლებში ეომონოფილური ლეიკოციტების კეროვანი დაგროვებით,

1249. ეომონოფილური გრანულომის მკურნალობა არის:

- ა) სხივური თერაპია.
- ბ) ქიმიოთერაპია
- გ) ქიმიოთერაპია და ოპერაციული მკურნალობა,
- დ) მხოლოდ რენგენოთერაპიით,
- *ე) მხოლოდ ოპერაციული,

1250. ეომონოფილური გრანულომისათვის დამახასიათებელია:

- ა) დაავადების დაწყება უსიმპტომოა, ვლინდება შემთხვევით პათოლოგიური მოგვებით.
- ბ) საერთო მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება კილურში ძლიერი ტკივილების ფონზე,
- გ) ჰიდროცეფალია, დაბალი სიმძლვე კილურების დამოკლების გამო,
- დ) შემსივნება დაზიანების კერაში, ვენების გაგანივრება ალგილობრივი ტემპერატურის მომატება, კილურის კუნთების ატროფია, სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა,
- *ე) მტკივნეულობა,

1251. ეომონოფილური გრანულომის ღროს რენგენოლოგიური სურათის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- ა) შენგონის ხაზის დარღვევა, ბარძაყების თავებში გაძვალეების ბირთვების უარსებლობა.
- ბ) ძელის დიაფიზის ვარუსული დეფორმაცია, დამოკლება,
- გ) ეპიფიზის დაზიანება, გაძვალეების ბირთვების დაგვიანებით გამოჩენა, ეპიფიზის ზიგზაგისებური სახე,
- დ) მკვეთრი სამღვრების არარსებობა. რბილ ქსოვილებში მისი ჩაუმრდელიობა,
- *ე) განმუხტვის კვერცხისებური ფორმის კერები პოლიციკლური კიდეებით, "ბოლქვოვანი" პერიოსტიტი,

1252. ძელის კისტების მკურნალობა არის:

- ა) მხოლოდ ქიმიოთერაპია.
- *ბ) თუ კონსერვატული რჩება უშედეგოდ, ოპერაციული,
- გ) მხოლოდ ოპერაციული (ალთაქსტიკა),
- დ) მხოლოდ პუნქცია,
- ე) მხოლოდ სხივური თერაპია,

1253. "კელლერ-1"-ს დაავადება არის:

- ა) მალეების სხეულების ოსტეოხონდროპათია.
- ბ) დიდი წვივის ძელის ბორცვის ოსტეოხონდროპათია,
- გ) ტერფის ძვლების ოსტეომიელიტის აგვიპური ფორმა,
- *დ) ტერფის ნავისებური ძელის ოსტეოხონდროპათია,
- ე) ტერფის ძვლების ოსტეოხონდროპათია,

1254. ოსტეოგენური სარკომის ტიპური ლოკალიზაცია:

- ა) ტერფის ძვლები, თავის ქალას ძვლები.
- ბ) წინამხრის ძვლები,
- გ) მენჯის ძვლები,
- დ) ბარძაყის ზემო მესამედი, წვივის ქვემო მესამედი,
- *ე) ბარძაყის ქვედა მესამედი, წვივის ზედა მესამედი,

1255. ოსტეოგენური სარკომის კლინიკური სურათი დაავადების დასაწყისში გამოიხატება შემდეგი ნიშნებით:

- ა) ყველაზე მტკივნეულ მიდამოში აღინიშნება პათოლოგიური მოძრაობა.
- ბ) მოძრაობის დროს ტკივილი, კოჭლობა,
- გ) ტკივილები არ არის; არის შემსივნება, ჰიპერემია,
- დ) სხეულის გემპერაგურის მომაგება, რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდება.
- *ე) ტკივილი მოსვენების მდგომარეობაში, შემსივნება, კონტრაქტურა ტკივილების გამო,

1256. ოსტეოგენური სარკომის რენტგენოლოგიური სურათი ხასიათდება შემდეგი ნიშნით:

- ა) მეტაფიზების ბოკალისებური, სირჩის მსგავსი გაფართოება, კიღურის ღერძის გამრუდებით.
- ბ) რბილ ქსოვილებში ჩაზრდის მკვეთრი საზღვრების გარეშე,
- გ) სკლეროზის ზონით გარშემორტყმული ძვლის ოსტეოპოროზი,
- დ) პერიოსტომის გადაწევის "კეპის" სიმპტომის არარსებობა,
- *ე) განზუსტვის "ლაქოვანი" კერა, ძვლის გამკვრივება მეტაფიზის შიგნით წაშლილი კონტურებით, "კეპის" სიმპტომით,

1257. პირველადი რეტიკულუჯრედოვანი სარკომის რენტგენოლოგიურ სიმპტომებს შორის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ძვლის ტვინის არხის შევიწროება
- ბ) მსხვილკეროვანი ლესტრუქცია,
- გ) ნემსისებური პერიოსტიტი,
- დ) ფირფიტისებური ლესტრუქცია,
- *ე) ლესტრუქციის წვრილკეროვანი ხასიათი,

1258. ძვლის ჰემანგიომა უხშირესად ამიანებს:

- ა) ბეჭს.
- ბ) წინამხრის ძვლებს,
- გ) წვივის ღიდ ძვალს,
- დ) ბარძაყის ძვალს,
- *ე) ხერხემალს, თავის ქალას ძვლებს,

1259. ძვლის ფიბრომა არის:

- ა) ატიპურიად მიმდინარე ოსტეომიელიტი.
- ბ) ხონდროდისპლაზია,
- გ) არაოსტეოგენური წარმოშობის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.
- *დ) ოსტეოგენური წარმოშობის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

1260. იუინგის სიმსივნის კლინიკური სურათია:

- ა) წვივის ხმლისებური ლეფორმაცია.
- ბ) ჩივილები არ არის,
- გ) ძლიერი, მუღმივი ტკივილებია სიმშვიდის დროსაც.
- *დ) ტკივილები არამუღმივია, შემსივნების არეში აღინიშნება ჰიპერემია,
- ე) სიმსივნე ნელა იზრდება, ტკივილი არ არის,

1261. იუინგის სიმსივნის რენტგენოლოგიურ სურათშია:

- ა) 2 სმ დიამეტრის მეტაფიზურ ზონაში მდებარე კერა.
- ბ) ხაოსებური პერიოსტიტი, ძვლის ზედაკანის განშრეეება, სპიკულები (წვეტები, წვერები)
- გ) ოსტეოპოროზი სკლეროზის ზონით,
- *დ) ძვლის ლაქოვანი ოსტეოპოროზი, კორტიკალური შრის ოსტეოლიზი, "ბოლქვისებური" ჰიპეროსტოზი,

ამოცანები:

1262. 25 წლის მანდილოსან ქალს შეემთხვა საავტომობილო ინციდენტი. დამარალებულს აღინიშნება, მხოლოდ და მხოლოდ, მარჯვენა მედიალურ კოლაგერალური იოგის გაგლეჯა. მკურნალობა მოიცავს:

- ა) მედიალური კოლაგერალური იოგის ართროსკოპის გამოყენებით ფიქსაცია
- ბ) არაქირურგიული მკურნალობა თაბაშირის უკანა ღართით
- *გ) არაქირურგიული მკურნალობა ფიქსაცია თაბაშირის ცირკულარული ნახვევით
- დ) მედიალური კოლაგერალური იოგის ქირურგიული აღდგენა და უკანა მედიალური კუთხის გამაგრება ღებლი კატურით
- ე) მედიალური კოლაგერალური იოგის ქირურგიული აღდგენა

1263. 21 წლის მამაკაცს აწუხებს იდაყვის უკანა ამოვარდნილობა. ღენდგენოგრაფიაზე არ იღინიშნება ძვლის მოტეხილობა. გასინჯვით ღგინდება, რომ იდაყვი აღვილად შეიძლება განმეორებით ამოვარდეს ლაგერალურად ან მედიალურად. რენტგენოლოგიურად ღგინდება ანატომიური ჩასწორება. მკურნალობა მოიცავს:

- ა) ყველა იოგების და წინა კაფსულის ქირურგიულ აღდგენას

- ბ) ლაგერალური იოგის ქირურგიულ აღდგენას
- გ) მეღიალური იოგის ქირურგიულ აღდგენას
- *დ) 90 გრადუსზე 3 კვირით თაბაშირით იმობილიზაციას
- ე) 90 გრადუსზე 6 კვირით თაბაშირით იმობილიზაციას

1264. 32 წლის მამაკაცი ითხოვს, რომ მას მოაცილონ დიკკელ-ის ლურსმანი, რომელიც 2 წლის წინ გამოყენებულ იქნა სუბტროხანტერული-მოტეხილობისთვის. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა აჩვენებს, რომ მოტეხილობა შეხორცდა კარგად კორძის წარმოქმნით. პროცედურამდე თქვენ პაციენტს ატყობინებთ, რომ პროცედურის დროს ყველაზე ხშირად გართულებები უკავშირდება:

- *ა) როქსიმალური ბარძაყის ძვლის რეფრაქტურა არა პირველადი მოტეხილობის არეში
- ბ) პროქსიმალური ბარძაყის ძვლის რეფრაქტურა პირველადი მოტეხილობის არეში
- გ) ბარძაყის არხიდან ლურსმნის ამოღების გაძნელებას
- დ) სამფრთიანი ლურსმნის ბარძაყის თავიდან ამოღების გაძნელებას
- ე) ლურსმნის გატეხვას

1265. ბარძაყის უკანა ამოვარდნილობა ჩასწორებულ იქნა 6 სთ-ის განმავლობაში. რომელია ყველაზე დამახასიათებელი რისკ ფაქტორი, რომელიც არასასურველ გამოსავალს განაპირობებს?

- ა) გრაემის შემდეგ სამ კვირაში სრული დატვირთვა
- ბ) არასწორი ღია ჩასწორება და ბარძაყის სახსრის გამორეცხვა
- *გ) არასტაბილურობა დახურული ჩასწორების შემდეგ
- დ) კვირისგაყის იუსილაგერალური მოტეხილობა
- ე) ხანდაზმულობა

1266. სუბტროხანტერული მოტეხილობის სტაბილიზაციის შემდეგ, მოძრაობის შეზღუდვა შეიძლება გამოწვეულ იქნას:

- *ა) მჭრელმა ფირფიტამ
- ბ) ჩვეულებრივმა ლურსმანმა
- გ) ZICKEL-ის ლურსმანმა
- დ) პროქსიმალური და დისტალური ბლოკირება მახლოკირებელი ლურსმნით
- ე) რეტროგრადულად დაფიქსირებული ENDER-ის ხუთი ლურსმნით

1267. რომ მივალწით მაქსიმალურ განტვირთვას წვივის დამსხვრეული მოტეხილობის დროს გარეგანი ფიქსაციის საუკეთესო საშუალებაა

- ა) ილიმაროვის აპარატი ოთხ რკალზე
- ბ) დელტა ფიქსაცია
- გ) ორ სიბრტყეში ბილაგერალური ფიქსაცია აპარატით
- *დ) ფიქსაცია ერთ სიბრტყეში წვივის წინა ზედაპირზე
- ე) ერთ სიბრტყეში ბილაგერალურ ფიქსაცია აპარატით

1268. 22 წლის მოტოციკლისტს აღენიშნება ღია მოტეხილობა. კილურის ნეიროვასკულარული სტაგუსი ნორმალურია. ჭრილობის პირველადი გამორეცხვის შემდეგ 48 სთ-ში ხელახლა ჩატარდა რევიზია, ჭრილობა იყო სუფთა. ძვლის დაფარვა რბილი ქსოვილებით შეიძლება განხორციელდეს:

- *ა) თავისუფალი ნაფლეთით სისხლძარღვოვან ფეხზე
- ბ) შემხვედრი ნაფლეთით
- გ) ლოკალური კუნთოვანი ნაფლეთით
- დ) პერფორირებული კანის ტრანსპლანტაციით
- ე) ჭრილობის დახურვა კანის მომჭიმავი ნაკერებით

1269. რომელი ანტიბიოტიკები გამოიყენება, წვივის დიდი ძვლის მეორე ტიპის კონტამინირებული მოტეხილობის დროს?

- ა) პენიცილინი და მესამე თაობის ცეფალოსპორინები
- *ბ) პირველი და მეორე თაობის ცეფალოსპორინები ამინოგლიკოზიდებთან ერთად
- გ) მესამე თაობის ცეფალოსპორინები
- დ) მეორე თაობის ცეფალოსპორინები
- ე) პირველი თაობის ცეფალოსპორინები

1270. საკერავი მასალა, რომელიც ყველაზე მეტად რემისტენგულია ინფექციისადმი, არის:

- ა) სინთეტური მულტიფილაამენტი არააბსორბირებადი
- ბ) ნატურალური მულტიფილაამენტი არააბსორბირებადი
- გ) ნატურალური მონოფილაამენტი არააბსორბირებადი
- *დ) სინთეტური აბსორბერი
- ე) ნატურალური აბსორბერი

1271. ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი ბიომატერიალი ასოცირდება ყველაზე მაღალ ინფექციის გამომწვევთან?

- ა) ნეილონი
- *ბ) პოლიმეთილმეტაკრილატი
- გ) კობალტ-ქრომის შენაღობი
- დ) მაღალი სიმკვრივის პოლიეთილენი
- ე) უკანგავი ფოლადის იმპლანტები

1272. 9 წლის მამაკაცი მოტოციკლით, მოყვა ავარიში. აღენიშნება ბარძაყის დიაფიზის მესამე A ტიპის ღია მოტეხილობა. ბარძაყის დიაფიზის 11 სმ თავისუფალი სეგმენტი უკანვე მოთავსდა. ძვლის სკერილიზაციის რომელ მეთოდს აირჩევთ?

- ა) ალკოჰოლით გარეცხვა
- ბ) პოვილონ-იოლინით გარეცხვა და თჰიმეროსალ-ში მოთავსება
- გ) პოვილონ-იოლინით გარეცხვა და პოვილონ-იოლინის ხსნარში ჩაშვება
- *დ) ქლორჰექსიდინ-გლუკონატით გარეცხვა და ანტიბიოტიკიან ხსნარში ჩაშვება
- ე) პოვილონ-იოლინით გარეცხვა და ფიზ. ხსნარში გაფლავება

1273. 32 წლის მანდილოსანს უკბინა კაკამ. 2 დღის განმავლობაში პაციენტს აწუხებს მარჯვენა საჩვენებელი თითის ფლუხორ სენოვიტის ჭრილობიდან აღებული ნაცხის ლაბორატორიული შემოწმებით აღმოჩნდა გრამ-აუერყოფითი ჩხირი. ანტიბიოტიკური თერაპია უნდა მოიცავდეს:

- ა) ცეფალოსპორინებს
- ბ) გენტამიცინს
- *გ) პენიცილინს
- დ) ვანკომიცინს
- ე) ტეტრაციკლინს

1274. 30 წლის მამაკაცს, 9 კვირის წინ აღენიშნებოდა წვივის დიდი ძვლის, მესამე ტიპის ღია მოგეხილობა. ჩატარდა ჭრილობის მრავლობითი გამორეცხვა. წვივის დიდი ძვლის დისტალურ ნაწილზე, აღინიშნება 5x10 სმ-ის ზომის ჭრილობა, რომელიც ახალი გრანულაციური ქსოვილითაა დაფარული. ჭრილობიდან აღებული კულტურა გრამ უარყოფითია. მოგეხილობა დასტაბილურებულია გარეთა ფიქსაციით. რენტგენოგრაფია აჩვენებს 2 სმ-ის წვივის დეფექტს. ფეხის ნეიროვასკულარული მონაცემები ინტაქტურია. მკურნალობა უნდა მოიცავდეს:

- ა) ამპუტაცია
- ბ) ვასკულარიზებული წვივის მცირე ძვლის გრანსპლანტაციის და ადგილობრივი კუნთებით დეფექტის დახურვა
- *გ) მიკროსისტლბარდლოვანი კუნთოვანი ნაფლეთი ღრუბლოვანი ძვლის შემდგომი გრანსპლანტაციით
- დ) მიკროსისტლბარდლოვანი კუნთოვანი ნაფლეთი და ღრუბლისებრი ძვლის გრანსპლანტაციის გადამხერგვას
- ე) მიკროსისტლბარდლების შემცველი ქსოვილოვანი გრანსპლანტაციის გადამხერგვას

1275. 10 წლის ბიჭი მიყვანილ იქნა კლინიკაში 36 სთ-ის შემდეგ, რაც მას ფეხში ლურსმანი შეერჭო. პაციენტს აღენიშნება ნახვლეტი ჭრილობა პირველი მეტატარზარული ფალანგის თავის ქვეშ და ტკივილი მეტატარზარული ფალანგის სახსრის მოძრაობის დროს. ღორბალურად შეინიშნება სიწითლე და ტემპერატურა 37,1 C. აღინიშნება რბილი ქსოვილების შეშუპება, რენტგენოგრაფიით ჩანს, რომ ძვალი არ არის პროცეში ჩართული. რეკომენდირებული მკურნალობაა ასპირაცია და:

- *ა) ჰოსპიტალიზაცია, ანტიბიოტიკოთერაპია-ლური თერაპია და ქირურგიული გამორეცხვა
- ბ) ცეფაზოლინი კუნთებში და განმეორებითი გამოკვლევა 24 სთ-ში
- გ) ცეფალოსპორინი (ორალურად) გობრამიცინი კუნთებში და განმეორებითი გამოკვლევა 24 სთ-ში
- დ) ცეფალოსპორინი (ორალურად) და განმეორებითი გამოკვლევა 24 სთ-ში
- ე) ციპროფლოქსაცინი (ორალურად) და განმეორებითი გამოკვლევა 24 სთ-ში

1276. 21 წლის მამაკაცს აღენიშნება 2 სმ-ის ნაფლეთოვანი ჭრილობა მარჯვენა მეტაკორპოფალანგურ სახსარზე, რომელიც მიიღო მან ხელით პირის მიდამოში დარტყმის შედეგად. მკურნალობა მოიცავს:

- ა) ციპროფლოქსაცინი (ორალურად) და ჭრილობაზე სიგუაციური ნაკერის დადება.
- *ბ) ანტიბიოტიკები ინტრავენურად და ქირურგიული დათვალიერება
- გ) ანტიბიოტიკები ინტრავენურად და ობსერვაცია
- დ) ცეფალოსპორინები (ორალურად), ლოკალური გამორეცხვა, ღია ჭრილობის მკურნალობა
- ე) ციპროფლოქსაცინი (ორალურად), ლოკალური გამორეცხვა, ღია ჭრილობის მკურნალობა

1277. კლინიკური დიაგნოზი, მოზარდებში პოსტრავმული რესპირატორული დისტრეს სინდრომი გრძელი ძვლების მოგეხილობების ანალიზით, ყველაზე კარგად მიიღწევა:

- ა) ნერწყვის ნაცხით
- *ბ) არტერიული სისხლის გაზებით
- გ) თრომბოციტების დათვლით
- დ) ლიპიდური ცვლით
- ე) გულმკერდის რენტგენოგრაფიით

1278. 27 წლის მამაკაცს აქვს სხვიის ძვლის დისტალური ნაწილის ვოლარულ მარგინალური მოგეხილობა-ამოვარდნილობით. მკურნალობის რა სახეები არ ჩაუტარდება:

- ა) დახურული წესით ჩასწორება, კირშნერის ჩხირით გარეგანი ჩონჩხოვანი ფიქსაცია.
- ბ) დახურული წესით ჩასწორება, ფრაგმენტის ფიქსაცია კირშნერის ჩხირით და გრძელი ლონგეტი.
- გ) დახურული წესით ჩასწორება, მტევნის ნეიტრალურ პოზიციაში ფიქსაცია გრძელი ლონგეტი.
- *დ) დახურული წესით ჩასწორება, იმობილიზაცია მოკლე ლონგეტი, მტევნის ღორბალური მოხრა.
- ე) ღია წესით ჩასწორება შინაგანი ფიქსაციით.

1279. 30 წლის ქალი ჩამოვარდა ცხენიდან და მიიღო გერფის დახურული ტარმო-მეტატარზალური მოგეხილობა-ამოვარდნილობით. გაუკეთდა ღია წესით ჩასწორება და შინაგანი ფიქსაცია. ფაქტორი, რომელიც ყველაზე მეტად ასოცირდება არაღამაკმაყოფილებელ ფუნქციურ გამოსავალთან არის:

- ა) პოსტოპერაციულად თაბაშირით იმობილიზაცია.
- ბ) ოპერაციული ჩასწორება და შინაგანი ფიქსაცია.
- *გ) ინტრაარტიკულარული და ოსტეოქონდრალური დამბინებანი.
- დ) დაცილებული მოგეხილობის მოღელი.
- ე) ჰომოლაგერალური მოგეხილობის მოღელი.

1280. 23 წლის ლურგალს აქვს გაურკვეველი, მაგრამ უმნიშვნელოდ მზარდი მავის ტკივილი, მას შემდეგ რაც გადმოფარდა თავისი მოტოციკლიდან 2 წლის წინ. რენტგენმა გვანახა ნავისებური ძვლის შეუხორცებლობა, მაგრამ არ იყო რენტგენოგრაფიულად დასაბუთებული ლიმინანტური მარჯვენა მავის ართროგი. პაციენტს უნდა ერჩიოს:

- ა) ნავისებური ძვლის სრული მოცილება ართროპლასტიკით.
- ბ) სხივის საღვინისებური მორჩის რეზექცია.
- *გ) გაუკეთდეს ძვლის გაღებვა და შინაგანი ფიქსაცია.
- დ) მუშაობისას მჭიდრო ნახვევის ტარება.
- ე) განაგრძოს მუშაობა და აღარ მიაქციოს ყურადღება.

1281. 27 წლის ფრენბურთელს სემონისწინა სკრინინგის დროს აღმოაჩნდა ქედქვედა კუნთის ასიმპტომური, იზოლირებული აგროფია, მცირელი სისუსტით გარეგან როტაციამდე. ის განმეორებით დაეცა მხარზე 3 თვის წინ. შესაბამისი დიაგნოზია:

- ა) უკანა ქვეამოვარდნილობა მხრის სახსარში.
- *ბ) ბეჭმელა ნერვის ადგილობრივი დაზიანება ბეჭის ღონებზე.
- გ) როტატორის მანქეტის გაგლეჯვა.
- დ) სირინგომიელია.
- ე) მხრის წნულის ზემო ღეროს ტრაქციული დაზიანება.

1282. 38 წლის ქალმა მიიღო დახურული მოგებილობა მარცხენა ლავის ძვლის შუა მესამედში. ერთი წლის შემდეგ რენტგენზე ვიზუალურად ჩანს შიპერგროფირებული შეუხორცებელი ლავიწი. მისი ძირითადი ჩივილია სისუსტე ხელში და პარესთეზია. ეს უკანასკნელი აღინიშნება პატარა და უსახელო თითებზეც, როცა ხელს სწევს თავს ზემოთ. შესაბამისი დიაგნოზია:

- ა) ამოუცნობი კისრის დისკის ტრავმული დაზიანება.
- ბ) მხრის სახსრის არასტაბილურობა.
- გ) ლავიწქვეშა არტერიის ანევრიზმა.
- *დ) თანდართული გულმკერდის ღრუს აპერტურის კომპრესია.
- ე) მხრის წნულის დაზიანება ასოცირებული დაჭიმვასთან.

1283. რომელი შემდგომი ნიშნებია დამახასიათებელი თვით დაზიანებისათვის.

- ა) ილაყვის ნერვი არის ყველაზე ხშირად დაზიანებადი ნეიროვასკულარული სტრუქტურა.
- *ბ) თუ პალმარის ლონგუს-ი გაგლეჯილია უფრო ხშირად ზიანდება ღრმა სტრუქტურები.
- გ) დაზიანებათა რაოდენობა თანაბარია ქალებში და მამაკაცებში.
- დ) საჩვენებელი თითის ღრმა მომხრელი მყესის ყველაზე ხშირი გაგლეჯვა.
- ე) ღრმა სტრუქტურების გაგლეჯვა.

1284. საჩვენებელი თითის რადიაციული ამპუტაციის შემდგომი დისფუნქციური ტკივილი აღიკვეთება:

- ა) დარჩენილი კანის ნაფლეთის ძირითადი თანაფარდობების შესაბამისი სიგრძე.
- *ბ) თითის ნერვების გადატანა განაკვეთის ადგილიდან მტევნის მუშა ზედაპირზე.
- გ) პირველი დორზალური ძვალთამუას გადატანა შუა თითის ფუძეზე.
- დ) საჩვენებელი თითის ზედაპირული მომხრელი მყესის გადატანა შუა თითის ფუძეზე.
- ე) ამპუტაცია ნეზ-ფალანგის სახსარში.

1285. 38 წლის კაცი ჩამოვარდა სახურავიდან და დაზიანდა მარჯვენა მხარი. რენტგენზე ჩანს მხრის წინა ამოვარდნილობა დიდი ბორცვის მოგებილობით. დახურული წესით მხარი ჩასწორდა, მაგრამ ბორცვის ფრაგმენტი გადაადგილდა 2 სმ-ით პროქსიმალურად. მკურნალობა მდგომარეობს შემდეგში:

- *ა) ღია წესით ჩასწორება და ბორცვის შინაგანი ფიქსაცია.
- ბ) ფრაგმენტის მოგვიანებით მოცილება თუ იქნა სიმპტომატიკა.
- გ) კანშილა ჩხირით ფიქსაცია.
- დ) დახურული წესით ჩასწორება მხრის განზიდვით და განზიდვით იმობილიზაცია.
- ე) ნახვევით ჩამოკიდება და მოძრაობა აქტიური პროგრესული ამპლიტუდით.

1286. 72 წლის ქალმა განიცადა მხრის ძვლის ლიფთის დახურული, მცირედ შეცილებული, განივი მოგებილობა. ნეიროვასკულარული ან სხვა დაზიანებათა გარეშე. მკურნალობა მდგომარეობს შემდეგში:

- ა) დახურული მანიპულაცია და განზიდვით მდგომარეობაში თაბაშირის დადება.
- *ბ) ფუნქციური დამაგრება.
- გ) ფირფიტით ფიქსაცია და ძვლის გაღებვა.
- დ) ფირფიტით ფიქსაცია.
- ე) ფიქსაცია შინაგანი ღეროთი.

1287. 19 წლის კალათბურთელს ძლიერად გაუშალა საჩვენებელი თითი ნეზ-ფალანგის სახსარში. მწვრთნელი წარუმატებლად ეცადა /ჩაეგლო/ თითი უკან მისი დაქანით. ერთი საათის შემდეგ სასწრაფო დახმარების კაბინეტში დახურული ჩასწორების მეორე ცდა ადგილობრივი ანესთეზიით უშედეგოდ დამთავრდა. მკურნალობა უნდა მოიცავდეს:

- ა) ვოლარული გაკვეთა და ვოლარული ფირფიტის ქირურგიული აღდგენა.
- ბ) ვოლარული გაკვეთა და ვოლარული ფირფიტის რეზექცია.
- გ) დორზალური გაკვეთა და ვოლარული ფირფიტის რეზექცია.
- დ) დახურული მანიპულაცია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.
- *ე) ნეზ-ფალანგის სახსართან დორზალური განაკვეთი და ვოლარული ფირფიტის ვერტიკალურად დამაგრება.

1288. 45 წლის მდივანი ოთხი თვის შემდეგ სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოგებილობიდან უჩივის ტკივილს და მოძრაობის შეზღუდვას

მაჯაში და თითში. ყველაზე საუარესო დიაგნოზია:

- ა) ისტერიული შეცვლილი რეაქცია.
- ბ) ვოლკმანის იმემიური კონტრაქტურა.
- *გ) რეფლექსური სიმპატიკური დისტროფია.
- დ) მწვავე მაჯის გვირაბული სინდრომი.
- ე) რეინოს ფენომენი.

1289. 18 წლის მამაკაცმა ერთი კვირის წინ ფეხბურთის თამაშის დროს დაიჭიმა მაჯა. ეს უკანასკნელი მტკივნეულია და მცირედ შესივებული. არის დაჭიმულობა ანატომიურ /სნუფო-ბოხ/-ში. რენტგენი ნორმის ფარგლებში. ყველაზე სამიელო განსაზღვრა არის თუ არა ნავისებური ძვლის მოტეხილობა ცლომის გარეშე არის:

- ა) მოძრაობის ექსტენდიანი შესწავლა ძალის მოღებით.
- ბ) კინეტიკური რენტგენოგრაფია.
- *გ) ძვლის 3 ფაზიანი სკანირება.
- დ) მაჯის ართროსკოპია.
- ე) მაჯის ართროგრაფია.

1290. 25 წლის ფოლადზე მომუშავე მუშაობისას წაიქცა და განიცალა მოტეხილობა. დახურულმა მანიპულაციამ მოგალი ანესთეზიის ქვეშ მნიშვნელოვნად გამოასწორა ფრაგმენტის პოზიცია და სრულიად შეამსუბუქა მწვავე მაჯის გვირაბული სინდრომი. ერთი კვირის შემდეგ რენტგენზე გამოჩნდა 3 მმ-ანი დაცილება ორი ინტრაარტიკულარული ფრაგმენტისა. თქვენი რეკომენდაცია იქნება:

- ა) სხივ-მაჯის ართროლემი.
- ბ) ჩხირები და თაბაშირი.
- გ) გარეგანი ფიქსაცია.
- *დ) სახსრის მთლიანობის აღდგენა ქირურგიულად.
- ე) გააგრძელოს მკურნალობა თაბაშირის ნახვევით.

1291. კილურის დაზიანების შემდეგ, ჩატარებული თავისუფალი ნაფლეთით დაფარვას, რა დროის ფარგლებში აქვს ყველაზე ნაკლები გართულებები:

- ა) 1 წლის შემდეგ
- ბ) 2-დან 3 თვემდე
- გ) 3-დან 6 კვირამდე
- *დ) 7-დან 14 დღემდე
- ე) 24 საათი

1292. გონების დაკარგვის შემდეგ 22 წლის მამაკაცი, რომელიც ახლა ამრზეა და კონტაქტური უჩივის შესივებას და ტკივილს წინამხრის ვოლარულ მილამოში. ნაკვეთურებს შორის საწყისი მანომეტრული წნევის მონაცემები არის 25 მმ/Hგ. ერთი საათის შემდეგ პაციენტს განუვითარდა: წინამხრის ვოლარული ტკივილი თითის პასიური დაჭიმვისას, ქვედა საშუალო ნერვის საინერვაციო ზონის პიპერესტოზი და ნაკვეთურებს შორის წნევა გახდა 42 მმ/Hგ. მკურნალობა უნდა წარიმართოს:

- *ა) წინამხრის ვოლარული ყველა ნაკვეთურის გადაუღებელი ფასციოტომია.
- ბ) წინამხრის ვოლარული, ღრმა ნაკვეთურის გადაუღებელი ფასციოტომია
- გ) წინამხრის ვოლარული, ზედაპირული ნაკვეთურის გადაუღებელი ფასციოტომია.
- დ) დაკვირვება და პერიოდულად ნაკვეთურების წნევის გაზომვა.
- ე) ყინული და კილურის შემადღება.

1293. 45 წლის ქალი პოლიტრავმით შემოყვანილია სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში შოკურ მდგომარეობაში. ჩაუტარდა რეანიმაცია. აღენიშნება გულმკერდის მძიმე დაზიანება და იპსილატერალურად ბარძაყისა და წვივის ძვლების დიაფიზის მოტეხილობა. პაციენტი გონზეა, კონტაქტური, წნევა ნორმის ფარგლებში. მიზანშეწონილია სხივის არტერიაში კანულის ჩადგმა არტერიული სისხლის გაშვებზე დასაკვირვებლად. რა უნდა ჩაუტარდეს კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის შესამოწმებლად კანულის ჩადგმამდე?

- ა) არტერიოგრაფია.
- ბ) დოპლეროგრაფია
- გ) თერმოგრაფია
- *დ) ალენის ტესტი
- ე) პულსის გასინჯვა

1294. მოტოციკლეტით ავარიის შემდეგ 20 წლის კოლეჯის სტუდენტმა მიიღო მრავლობითი დაზიანებები. მას აღენიშნება: ჰემონიქემოთორაქსი, ბარძაყის მოტეხილობა და იპსილატერალური მხრისა და წინამხრის ორივე ძვლის დახურული მოტეხილობა ცლომით. პაციენტის მდგომარეობა სტაბილიზირებულია და შეყვანილია საოპერაციოში. ბარძაყის მოტეხილობის სტაბილიზაციის შემდეგ, მხრისა და წინამხრის მოტეხილობებს უნდა ვუმკურნალოთ:

- *ა) მხრის და წინამხრის ძვლების მოტეხილობათა დიაწვით ჩასწორება და შიდა ფიქსაცია
- ბ) წინამხრის მოტეხილობების შიდა ფიქსაცია მხრის მოტეხილობის მანიპულაციით, შემდგომ თაბაშირის დაღება
- გ) მხრის ძვლის შიდა ფიქსაცია და წინამხრის მოტეხილობებზე მანიპულაციის შემდგომ თაბაშირის დაღება
- დ) ჩონჩხოვანი დაჭიმვა
- ე) დახურული მანიპულაცია და თაბაშირი

1295. 5 წლის ბიჭს საავტომობილო ინციდენტის შემდეგ აღენიშნება მარჯვენა ბარძაყის დახურული დიაფიზარული მოტეხილობა. აღენიშნება რბილი ქსოვილების შეშუპება. ნეიროვასკულარული სტაგუსი ნორმალურია. რეკომენდირებული მკურნალობაა:

- ა) ოსტეოსინთეზი კომპრესიული ფირფიტით
- ბ) ინტრამედიულარული ფიქსაცია ლეროთი
- გ) არაკეროვანი საფიქსაციო აპარატი

- დ) რბილი დაჭიმვა
- *ე) ლაუკოვნიკი იმობილიზაცია

1296. 11 წლის ბიჭმა დაიბინა წვივი ცხენიდან გადმოვარდნის შედეგად. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა აჩვენებს /სალტერ-ჰარის/ ის მეთოთხე გიპის დაზიანებას ასევე წვივის ეპიფიზის მელიალურ მხარეზე დაახლოებით 3მმ-ის ცლომას. ნეიროციტოკულატორული სტაგუსი ნორმალურია. რეკომენდირებული მკურნალობაა:

- ა) ღია ჩასწორება და არაკეროვანი ოსტეოსინთეზი
- *ბ) ღია ჩასწორება და შიდა ფიქსაცია ჩხირებით
- გ) დახურული ჩასწორება და დახურული წესით ჩხირებით ფიქსაცია
- დ) დახურული ჩასწორება და თაბაშირით ფიქსაცია
- ე) თაბაშირით ფიქსაცია ფიზიოლოგიურ პოზიციაში

1297. 4 წლის ბიჭს აღენიშნება არაშეცილებული მწვანე ყლორტის გიპის მოგეხილობა, მარჯვენა პროქსიმალურ წვივის დიდი ძვლის მეტაფიზზე. წვივის მცირე ძვალი ინტაქტურია. კილური გაშლილ მდგომარეობაში, 6 კვირის განმავლობაში იყო თაბაშირით ფიქსირებული. 6 თვის შემდეგ მას ქონდა 20 გრადუსიანი გენო ვალგუში 10 გრადუსიანი სხვაობით მარცხენასთან შედარებით. კილურის ფუნქცია ნორმალურია. მშობლებს აღელვებს ქვედა კილურების ასიმეტრიულობა. რეკომენდირებული მკურნალობაა:

- ა) წვივის დიდი ძვლის საკორექციო ოსტეოტომია
- ბ) წვივის მცირე ძვლის ოსტეოტომია
- გ) ელექტროსტიმულაცია
- დ) ვარუს-სტრესის ორთების გამოყენება
- *ე) მეთვალყურეობის ქვეშ აყვანა (ობსერვაცია)

1298. 10 წლის ბიჭს აღენიშნება შეცილებული განზიდული გიპის მოგეხილობა მხრის ძვლის დისტალურ ნაწილში. ნეიროვასკულარული სტაგუსი ნორმალურია. მოგეხილობა ჩასწორდა, დაელო თაბაშირი იდაყვის 110 გრადუსით მოხრილ მდგომარეობაში, პაციენტი აყვანილი იქნა ობსერვაციაზე. 1 სთ-ის შემდეგ მას აღენიშნება მზარდი ტკივილი წინამხარში და არ შეუძლია თითების გაშლა. მას აქვს ტკივილი თითების პასიური გაშლის დროსაც. მკურნალობა მოიცავს:

- ა) მჯავის ვენომური ნაკადის დოპლერ-ით შეფასება
- *ბ) თაბაშირის მოშორება და ხელახალი შეფასება
- გ) არტერიოგრაფია
- დ) ლაუკოვნიკელ ფასციოტომიას ვოლარული და დორსალური მედაპირების
- ე) ხელგულის წნევის გაზომვას

1299. დახურული, შეცილებული სხივის და იდაყვის ძვლის მოგეხილობის ღია ჩასწორებისა და შიგნითა ფიქსაციის შემდეგ, 15 წლის გოგონას განუვითარდა ტაქიკარდია, კუნთოვანი კონტრაქტურა და სხეულის ტემპერატურის მატება 40 გრადუს ცელსიუსამდე. პაციენტს ჩაუკარდა ანესთეზია "Halothane"-ით და გაკეთებულ იქნა "succinylcholine". რეკომენდირებული მკურნალობაა:

- ა) Dantrolone sodium-ის შეყვანა
- ბ) საანესთეზიო საშუალებების შეცვლა
- *გ) "succinylcholine"-ის შეყვანა
- დ) ანტიბიოტიკების პარენტერალური შეყვანა
- ე) ქირურგიული ჩარევის გაგრძელება

1300. ბარძაყის ძვლის განივი მოგეხილობის ლურსმნით ძვალშია დახურული ოსტეოსინთეზის შემდეგ გასულია რვა საათი, ექთანმა შემჩნია, რომ პაციენტს შეუძლია ყველა კილურის მოძრაობა, გარდა მარჯვენა წვივისა, სადაც მოძრაობის სიფართო შემლუღულია. პაციენტს ღვიძავს და კონტრაქტურია. სასიცოცხლო მონაცემები სტაბილურია, გერფურგის დორსალურ მედაპირზე პულსი ინტაქტურია, მარჯვენა ქვედა კილური თბილია. მარჯვენა ქვედა კილურის ბარძაყზე აღინიშნება A შემუქება. აღინიშნება წვივის კუნთების სისუსტე და პარესთეზია გერფურგის მედაპირზე. ქირურგმა უნდა გააკეთოს:

- *ა) გამომოს ბარძაყის კუნთების ინტერსტიციალური წნევა.
- ბ) განვემარტოთ ოჯახს, რომ ინციდენტის შედეგად შეიძლება ნერვი იყოს დაზიანებული.
- გ) დავარწმუნოთ ექთანი რომ ფეხის კუნთის ფუნქცია გრავმის შედეგად დაქვეითდა
- დ) მიიღოს გულმკერდის რენტგენოგრაფიები და ინფორმაცია არტერიული სისხლის გაზების შემადგენლობაზე
- ე) მოიცადოს ანესთეზიის გასვლამდე, ხელახლა გამოიკვლიოს პაციენტი 2 სთ-ში

1301. 22 წლის მამაკაცი მიყვანილია სასწრაფო დახმარების ოთახში /ანტიმოკურ შარვალში/ ავტოსაგზაო ავარიის შემდეგ. იგი აგზნებულია, წნევა- 65/40 მმ/ჰგ. მისი მუცელი სწრაფად ფართოვდება.?? პაციენტი, ღიაგნოსტიკური კვლევების გარეშე, პირდაპირ შეყვანილია საოპერაციო ოთახში სიცოცხლის გადარჩენის ღონისძიებების ჩატარების მიზნით. ზოგადი ქირურგიების მიერ ჩატარდა გადაუღებელი ლაპარატომია, ამოღებული იქნა გაგლეჯილი ელენთა და აგრეთვე დასმულია მარჯვენა ბარძაყის ძვლის მოგეხილობის ღიაგნოზი. მკურნალობაში კიდევ უნდა შედიოდეს:

- ა) მარჯვენა მუხლის პირდაპირი და გვერდითი რენტგენოგრაფია, თავის კომპიუტერული ტომოგრაფია
- *ბ) გულმკერდისა და მენჯის რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში, კისრის მალეების რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.
- გ) მარჯვენა წვივის არტერიოგრაფია, მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია
- დ) ხერხემლის გულმკერდისა და წელის ნაწილის რენტგენოგრაფია
- ე) იპსილატერალური ბარძაყისა და მუხლის რენტგენოგრაფია

1302. ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის დიაგნოსტიკის ყველაზე მუსტი მეთოდია:

- ა) ნერვის გამტარებლობის გამოკვლევა
- ბ) ელექტრომიოგრაფია
- *გ) კუნთის ბიოფსია
- დ) შრატის კრეატინკინაზა

ე) ოჯახური ანამნეზი

1303. 9 წლის გოგონას ჩაუტარდა მხრის ძვლის როკმელა მოგეხილობის დახურული წესით ჩასწორება და ფიქსაცია ჩხირებით. მეორე დღეს იგი უჩივის ცერისა და საჩვენებელი თითის დისკალური ფალანგების მოხრის შეუძლებლობას. თითების პასიური ღორზიფლექსიისას მას აღარ აქვს ტკივილი. სისხლისმიმოქცევა გამოკვლევებით ნორმაშია. მგრძნობელობის დარღვევას ადგილი არა აქვს. შესაბამისი მკურნალობა უნდა მოიცავდეს:

- ა) ელექტრომიოგრაფია
- ბ) არტერიოგრაფიის ჩატარება
- გ) წინამხრის ფასციოტომიის ჩატარება
- დ) ნ. მედიანუს-ის დაუყოვნებელი გამოკვლევა
- *ე) ლაკვირება

1304. უკანა ჯვარედინი იოგის გაწვევის დამამტკიცებელი საუკეთესო ტესტია:

- ა) სტრეს-რენტგენოგრაფია
- ბ) გამოკვლევა ანესთეზიის ქვეშ
- გ) ორმაგ-კონტრასტული ართროგრაფია
- დ) CT
- *ე) MRI

1305. ამოვარდნილობის დახურული წესით ჩასწორების შემდეგ განვითარებული ბარძაყის სახსრის არაკონგრუენტულობის დიაგნოსტიკის საუკეთესო მეთოდია:

- ა) მენჯის ძვლის რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში
- ბ) მენჯის MRI
- *გ) მენჯის CT
- დ) ბარძაყის ართროგრაფია
- ე) ბარძაყის ძვლის რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში

1306. 22 წლის მამაკაცმა დაიწყო სრული დაგვირვით სიარული ყავარჯნების გარეშე 10 კვირის მერე მას შემდეგ რაც გაუკეთდა ურთიერთშემაერთებელი ინტრამელარული დალურსმენა-ოსტეოსინთეზი. 2 კვირის შემდეგ პაციენტი დადის ჯოხით და შეიმჩნევა ოდნავი ტრენდლენბურგის სიარული, ბარძაყის გამშლელი და ოთხთავა კუნთების და მუხლქვეშა ფოსოს გვერდითი მყესების სისუსტესთან ერთად. პაციენტი უჩივის ფეხის სიმოკლის შეგრძნებას. რენტგენოგრაფიაზე აღმოჩენილია დამიანების მხარეს 0,9სმ-ით დამოკლება. ექიმმა უნდა:

- ა) დაელოდოს მოგეხილობის შეხორცებას და შემდეგ ჩაატაროს წვივის დაგრძელება ვაგნერისწესით
- *ბ) დაუნიშნოს ფიზიოთერაპია და დაამშვიდოს პაციენტი სარწმუნოდ.
- გ) ჩაატაროს დახურული წესით ოსტეოკლამია, დაგრძელება და ურთიერთშემაერთებელი დალურსმენა-ოსტეოსინთეზი.
- დ) შესთავაზოს ილიზაროვის აპარატით ფეხის დაგრძელება.
- ე) რეკომენდაცია მისცეს ჯანმრთელ, კონტრალატერალურ მხარეს ბარძაყის დახურული წესით დამოკლებას.

1307. 20 წლის ქალს ჩაუტარდა ურთიერთშემაერთებელი დალურსმენა - ოსტეოსინთეზი ბარძაყის ძვლის დახურული მოგეხილობის გამო. 8 კვირის შემდეგ აშკარა გახდა ჭრილობის ინფიცირება. ჩირქის დრენაჟი დაკავშირებულია ინტრამელარული ლურსმნის პროქსიმალურ ბოლოსთან. გახსენი, დაამუშავე ჭრილობა და მიიღე კულტურები. მოგეხილობის შესაბამისი მკურნალობა უნდა იყოს.

- ა) ლურსმნის ამოღება; ქვედა კიდურის თაბაშირში ჩასმა.
- ბ) ლურსმნის ამოღება; ჭრილობის დახურვამდე ჩონჩხოვანი დაჭიმვა; განმეორებითი დალურსმენა.
- გ) ლურსმნის ამოღება; ლურსმნის განმეორებითი ჩადგმა
- დ) ლურსმნის ამოღება, ენდოსკოპიური არხის დამუშავება და განმეორებითი დალურსმენა-ოსტეოსინთეზი.
- *ე) ლურსმნის დატოვება მოგეხილობის შეერთების გასწვრივ ღვილას, შემდეგში ამოღება,

1308. მოტოციკლისტი შეეჯახა ხეს. შემთხვევის ადგილზე პირველ რიგში ჩაუტარდება:

- ა) გადაუღებელი კარდიო-პულმონალური რეანიმაცია
- *ბ) სასუნთქი გზების აღქვავადი გამგარობის შემოწმება
- გ) ინტრავენურად ფიზიოლოგიური ხსნარის გადასხმა
- დ) ლეფორმირებულ ზედა კიდურზე არგაშანის დაღება
- ე) სიგყვიერ მიმართვაზე პაციენტის პასუხების შეფასება

1309. პაციენტს აქვს დიდი წვივის ძვლის დია III ხარისხის მოგეხილობა; აგრეთვე აღენიშნება მრავლობითი მოგეხილობები სხვა ადგილებში და თავისა და გულმკერდის გრაფმა. მკურნალობის საუკეთესო მეთოდებია:

- *ა) გადაუღებელი ამპუტაცია
- ბ) ნერვ-სისხლძარღვოვანი სტრუქტურების გამოკვლევა ადლენასთან ერთად
- გ) ჭრილობის გასუფთავება და ქირურგიული დამუშავება, ლურსმნით ურთიერთშემაერთებელი ფიქსაცია
- დ) ჭრილობის გასუფთავება და ქირურგიული დამუშავება, გარეგანი ფიქსაცია და რბილი ქსოვილის ნაფლეთით დაფარვა.
- ე) ჭრილობის გასუფთავება და ქირურგიული დამუშავება, გადაუღებელი გარეგანი ფიქსაცია

1310. ბეჭის ძვლის მოგეხილობა ან ლატერალური ცლომა ხშირად დაკავშირებულია ძლიერ ძალდატანებასთან. ყველაზე მძიმე მწვავე დამიანება გამოწვეული ბეჭის ძვლის მოგეხილობით ან ლატერალური ცლომით არის:

- *ა) ლავიწქეშა არტერიის დამიანება
- ბ) ღრუ ორგანოების გასკლომა
- გ) ელენთის გაგლეჯვა
- დ) ლეიძლის გაგლეჯვა

ე) სუბურალური ჰემატომა

1311. ქვემოთ მოყვანილი დაკვირვებებიდან რომელია მართებული კოჭქევა ამოვარდნილობის შესახებ:

- ა) ხშირად აღვლი აქვს მოგვიანებით თალონავიკულარულ ართროზს
- ბ) ამ დაზიანების გამოსავალი არ არის კაემირში მის მექანიზმთან
- გ) დახურული წესით ჩასწორება ხშირად არამყარია
- *დ) ამ დაზიანების შემდეგ როგორც წესი არ გვხვდება კოჭის ავასკულარული ნეკროზი
- ე) ისინი არ იკურნება ისე კარგად, როგორც ლატერალური კოჭქევა ამოვარდნილობები

1312. 16 წლის მოთხილამურე მოსრიალეობა გორაკზე, ასცდა ჭიშკარს და გადავარდა 45 ფუტი სიმაღლის კლიდან. მან მიიღო L-3-ს დამსხვრეული მოგეხილობა. სასწრაფო დახმარების ოთახში მოხვედრისას არ აღენიშნება L-2 ღონებზე კანის საინერვაციო უბნის ქვემოთ არავითარი მოგორული და სენსორული ფუნქცია. ბულბოკავერნომული რეფლექსი, თუმცა თავიდან არ აღენიშნებოდა კვლავ განჩნდა 3 სთ-ის შემდეგ. როგორია პაციენტის პროგნოზი?

- ა) პროგნოზი არაკეთილსამელოა ბულბოკავერნომული რეფლექსის აღდგენის გამო
- *ბ) პროგნოზი კეთილსამელოა რადგან აღდგა ბულბოკავერნომული რეფლექსი
- გ) პაციენტს შესაძლოა აღუდგეს ოთხთავა კუნთის ბოგიერთი ფუნქცია; ფესვის ცლომის გამო
- დ) პაციენტს აღენიშნება სრული პარაპლეგია კარგი პროგნოზით
- ე) პაციენტი იმყოფება მურგის გვინის შოკში, აქვს სრული პარაპლეგია არაკეთილსამელო პროგნოზით

1313. L-1 ღონებზე დამსხვრეული მოგეხილობის შემდეგ პაციენტს აღენიშნება მოღუნებული მარდის ბუშტი, მოღუნებული სწორი ნაწლავის სფინქტერი და უნაგირის არის ანესთეზია. თუმცა სხვაგვარი ორივე ქვედა კილურში ძალა ნორმალურია. ყველაზე მეტად რომელ ღონებზე სავარაუდო ნევროლოგიური დეფიციტი?

- ა) ბელა მოგორული ნეირონი
- ბ) ქვედა მოგორული ნეირონი
- *გ) გვინოვანი კონუსი
- დ) მურგის გვინი
- ე) რაშის კული და გვინოვანი კონუსი

1314. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი პოსტოპერაციული გართულება დაიყვანება მინიმუმამდე, როდესაც ბარძაყის ძელის დამსხვრეული მოგეხილობა მრავლობითი დაზიანების მქონე პაციენტში სტაბილიზირებულია დაზიანების მიღებიდან 24 საათში?

- ა) კილურის დამოკლება
- ბ) ჰეგეროგოპული ოსიფიკაცია
- გ) ძელების არშემზრდა
- *დ) გართულებები ფილტვების მხრივ
- ე) ინფექცია

1315. 32 წლის ავადმყოფს აღენიშნება პრონაციული-გარეთა როტაციული ანუ გოჯის ჩ გიპის მოგეხილობა. აღენიშნება მედიალური გოჯის მოგლეჯა და მცირე წვივის სპირალური მოგეხილობა კოჭ-წვივის სახსრიდან 8 სმ-ით პროქსიმალურად. მედიალური კოჭის და მცირე წვივის ანატომიური რელექცია და მყარი ფიქსაცია შესაბამისად მიიღწევა ორი ხრახნისა და ფორფიგის საშუალებით. ახლა მკურნალობა უნდა მოიცავდეს:

- ა) თაბაშირის დაღება
- ბ) კოჭ-წვივის სახსრიდან 6 სმ-ით შემოთ სინდესმომური ჭანჭიკის მოთავსება
- გ) წვივითა შორისი სახსრიდან 2 სმ-ით შემოთ სინდესმომური ჭანჭიკის მოთავსება
- დ) წინა წვივითა შორისი იოგის გაკერვა
- *ე) ჭრილობის დახურვა

1316. ლულოვანი ძელის ღიაფიბის ენდოსტეალური არხის გაბურღვას ინტრამელულარული ლურსმნის ჩადგმისათვის მოსამზადებლად-

- ა) იწვევს ენდოსტეუმის დაზიანებას, ჩატარებული ბურღვის ოდენობის პროპორციულად
- *ბ) მიყვარტ შიდა ქერქის 50% დან 70%-მდე დევასკულარიზაციამდე
- გ) ქმნის მთელ სისქებზე კორტიკალურ ნეკროზს
- დ) აქვს მცირე გავლენა სისხლის დინების ნორმალურ ცენტრიფუგურ მოდელზე
- ე) აქვს მცირე გავლენა ენდოსტეალურ სისხლმომარაგებაზე

1317. 33-წლის მღებავი ქალი სამუშაოზე გადმოვარდა მისადგმელი კიბიდან. მას აქვს მხრის ძელის დახურული ირიბი მოგეხილობა-ცლომით შუა და ქვედა მესამეღში. ამასთან ერთად არის სხივის ნერვის სრული დამბლა. მოგეხილობა ანატომიურად რელეცირებულია და დამაგრებულია დახურული მეთოდებით. როგორ უნდა ვუმკურნალოდ სხივის ნერვის დამბლას?

- ა) მყისის გადანერგვა 3 თვის შემდეგ, თუკი ვერ იქნა ნანახი გაუმჯობესება კლინიკური და ელექტრომიოგრაფიული გამოკვლევებით
- *ბ) გამოკვლევა და ნერვის აღდგენა დაზიანებიდან 4 თვის შემდეგ, თუკი ვერ იქნა ნანახი გაუმჯობესება კლინიკური და ელექტრომიოგრაფიული გამოკვლევებით
- გ) დაზიანებიდან 3 კვირის შემდეგ გამოკვლევა და ნერვის აღდგენა, თუკი ვერ იქნა ნანახი გაუმჯობესება კლინიკური და ელექტრომიოგრაფიული გამოკვლევებით
- დ) მხრის ძელის დაუყოვნებლივი ღია წესით ჩასწორება და შიდა ფიქსაცია; და სხივის ნერვის გამოკვლევა და აღდგენა
- ე) სხივის ნერვის დაუყოვნებლივი გამოკვლევა და აღდგენა, მოგეხილობის არაქირურგიული მკურნალობის გაგრძელება

1318. ბარძაყის ძელის ღიაფიბის მოგეხილობის დალურსმენა-ოსტეოსინთეზის შემდეგ ქირურგმა შეამჩნია ამავე მხარეს ბარძაყის ყელის მოგეხილობა. ბარძაყის ყელის ცლომილი მოგეხილობის ავასკულარული და/ან შეუხორცელობის რისკი არის:

- *ა) 5%-ზე ნაკლები
- ბ) 10%

- გ) 25%
- დ) 50%
- ე) 60%

1319. ბელელის ემოს ღობის შეკეთებისას, გლახმა მიიღო მცირე წვივის ძელის დიაფიზის III B ხარისხის დია მოგეხილობა. ღია მოგეხილობის ჭრილობის გასუფთავებასა და ქირურგიული დამუშავებასთან ერთად დამატებით რა ინტრავენური ანტიბიოტიკური თერაპია უნდა ჩაუტარდეს?

- ა) გობრამიცილი და კლინდამიცილი
- ბ) პენიცილინი
- გ) პენიცილინი და ცეფალოსპორინი
- *დ) პენიცილინი, გობრამიცილი და ცეფალოსპორინი
- ე) ცეფალოსპორინი

1320. ნათელი ცნობიერების მქონე პაციენტის /კომპარტმენტ სინდრომის/ დიაგნოზის დამსახურება:

- *ა) ფიზიკალური გამოკვლევით
- ბ) არტერიოგრაფიით
- გ) CT-ით
- დ) ინტერსტიციული წნევის გაზომვით
- ე) MRI-ით

1321. გრძელი ძვლების ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დროს ძვლის პათოლოგიური შიგთავსიდან აღებული ნაცხიდან უპირატესად იზრდება :

- *ა) Staphylococcus aureus;
- ბ) Mycobacterium tuberculosis
- გ) Streptococcus pyogenes;
- დ) Haemophilus influenzae.

1322. გრძელი ძვლების ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დამსახურების სტადიაში კლინიკურ სიმპტომებს შორის პრიორიტეტულია, ლოკალური ტიპი და სიცხე, რა უნდა გაკეთდეს პირველ რიგში:

- ა) ანალგეტიკების დანიშვნა და მონიტორინგი;
- *ბ) ძვლის ტრეპანაცია-დრენირებით, გადსახეები და ანტიბიოტიკოთერაპია;
- გ) ანტირეუმოიდული საშუალებების დანიშვნა;
- დ) არასტეროიდული ანტიბიოტიკების დანიშვნა;

1323. რამდენ პროცენტში იძლევა ლეტალობას არანამკურნალები და მიშვებული მწვავე ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი ბავშვთა ასაკში:

- ა) 20%;
- *ბ) 4%;
- გ) 10 -15%;
- დ) 1% ;

1324. რა სახის ძვლოვანი სისმსიფე იძლევა მსგავს კლინიკურ სურათს ჰემატოგენურ ოსტეომიელიტთან:

- ა) ლიმფოსარკომა.
- ბ) ოსტეომა;
- *გ) ოსტეოსარკომა;
- დ) ოსტეოიდ-ოსტეომა;

1325. რა სახის სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდი იძლევა ნაადრევი დიაგნოსტიკის საშუალებას მწვავე ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დამსახურების სტადიაში;

- ა) ანგიოგრაფია.
- *ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- გ) სცინტიგრაფია ;
- დ) რენტგენოგრაფია;

1326. მწვავე ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის მკურნალობა მოიცავს:

- *ა) ყველა მათგანს.
- ბ) რაციონალურ ანტიბიოტიკოთერაპიას სიმპტომატური თერაპიით;
- გ) ძვლის არხის დეკომპრესია დრენირებას;
- დ) სეკვესტრო-ნეკრექტომიას;
- ე) ძვლის დეკომპრესიულ ტრეპანაციას;

1327. ქრონიკული პოსტტრემული ოსტეომიელიტის ოპერაციული მეთოდებია:

- ა) ძვლის პერფორაცია დრენირებით;
- ბ) ჩირქოვქნი სინუსის დრენირება და ანტიბიოტიკოთერაპია სხვადასხვა ანტიბიოტიკებით;
- გ) ჩირქოვანი სინუსის დრენირება და ანგისეპტიკებით რეცხვა;
- *დ) სეკვესტრო-ნეკრექტომია ძვლის დეფექტის აუტოპლასტიკითა და გარეგანი ფიქსაცია;

1328. ქრონიკულ ცეცხლნასროლ ოსტეომიელიტს ახასიათებს:

- ა) ძვალში დესტრუქციული კერა სეკვესტრებითა და ნეკროზული ქსოვილებით.

ბ) ჩირქოვანი სინუსის შემთხვევაში რეციდიული მიმდინარეობა;

გ) ძვლის ცეცხლნასროლი ღაზიანება;

*დ) ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი;

ე) ჩირქოვანი ფისგულა გამონადენით;

1329. მოგეხილობის კონსერვატიული მკურნალობის შემთხვევაში ძვლის შეუხორცებლობისა და ყალბი სახსრის განვითარების ძირითადი მიზეზებია:

*ა) ყველა ერთად.

ბ) პოსტტრავმული გენეზის თრომბოფლებიტი და მის შემდგომი სინდრომი;

გ) არასრულფასოვანი ფიქსაცია;

დ) მაღალენერგეტიკული ტრავმა ძვლის მრავალფრაგმენტოვანი არასტაბილური მოგეხილობით;

1330. მოგეხილობის ოპერაციული მეთოდით მკურნალობის შემთხვევაში ყალბი სახსრის განვითარების მიზეზებს შორის წამყვანია:

ა) გონიოკოკური ინფექცია;

*ბ) ხანგრძლივი და ტრავმატიული ოპერაციები ძვლის სისხლის მიმოქცევის ლეკომპენსაციითა და არასტაბილური ოსტეოსინთეზით;

გ) ძვალშიდა მბალოკირებული ოსტეოინთეზის გამოყენება;

დ) კიღურის დატვირთვა ოპტიმალურ ვალებში;

1331. აგროფიული ყალბი სახსრების სამკურნალოდ გამოიყენება:

*ა) ყველა ჩამოთვლილი მეთოდით;

ბ) ყალბი სახსრის რეპექცია აუტოპლასტიკა სპოგიოზური ტრანსპლანტაციით;

გ) ძვლის პლასტიკა სისხლძარღვოვან ფუნქციონირებაში ყალბი სახსრის წინასწარი რეპექციით;

დ) ძვლის კიღების რადიკალური რეპექცია კომპრესიითა და კიღურის დამოკლებით;

1332. ღია მოგეხილობების დროს ადგილობრივი ანგიბიოტიკოთერაპია ხორციელდება:

ა) პარენტერალური ანგიბიოტიკოთერაპიით.

*ბ) სექტორალის ძეწკვის ინჰლანტირებით, ან ფირფიტების ინჰლანტირებით

გ) ენდოლიმფური ანგიბიოტიკოთერაპიით;

დ) ინტრარტერიალური ანგიბიოტიკოთერაპიით;