

რენტგენოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია

- ექიმ-რენტგენოლოგის დასაქმება პირდაპირი ფუნქციონალური ვალდებულებების შესრულებისას შეადგენს:
 - მუშაობის ცვლის დროის 40% ;
 - მუშაობის ცვლის დროის 50%;
 - *გ) მუშაობის ცვლის დროის 80%;
 - დ) მუშაობის ცვლის დროის 100%;
- ოლქის საავადმყოფოს (რაიონის, რესპუბლიკის) რენტგენოლოგიური განყოფილების ექიმის შტაგის რიცხოვნობა 1000 საწოლზე შეადგენს:
 - ა) 4 თანამდებობა
 - ბ) 5 თანამდებობა
 - *გ) 6 თანამდებობა
 - დ) 8 თანამდებობა
- დაგვირთვის თვალსაზრისით, რა კატეგორიებად არის დაქოფილი მოსახლეობა, რომელიც გადის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას:
 - ა) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით
 - *ბ) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
 - გ) კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
 - დ) სასიცოცხლო ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
- როგორია ფლუოროგრაფიული გამოკვლევის პერიოდულობა 15-40 წლამდე პირებში, რომლებიც არ შედიან მაღალი რისკის ჯგუფები და რომლებიც არ მიეკუთვნებიან აუცილებელ კონტინგენტს
 - ა) 3 წელიწადში ერთხელ
 - *ბ) 2 წელიწადში ერთხელ
 - გ) წელიწადში ერთხელ
 - დ) წელიწადში 2-ჯერ
- როგორია რენტგენოგრამის შენახვის ვადა: პათოლოგიის არარსებობის, პათოლოგიური ცვლილებების არსებობის და დაავადებული ბავშვების (შესაბამისად)
 - *ა) 2 წელი, 5 წელი, 10 წელი
 - ბ) 1 წელი, 3 წელი და 5 წელი
 - გ) 3 წელი, 6 წელი, 8 წელი
 - დ) 5 წელი, 10 წელი, 15 წელი
- რენტგენოლოგიური განყოფილების მუშაობის მაჩვენებლების შესაფასებლად აუცილებელია
 - ა) გამოკვლევების შედეგების სისტემატიური ანალიზის გატარება
 - ბ) ექიმ-რენტგენოლოგების მონაწილეობა საექიმო-სამკურნალო კომისიის მუშაობაში
 - გ) პათოლოგ ანატომიურ კონფერენციაზე ღიაგნომებში ამრთა სხვაობის შემთხვევების განხილვა
 - *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი
- ექიმ-რენტგენოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლება უნდა ხდებოდეს
 - ა) ყოველწლიურად
 - ბ) 2 წელიწადში ერთჯერ
 - გ) 3 წელიწადში ერთჯერ

*დ) 5 წელიწადში ერთჯერ

8. პაციენტის რომელი ორგანოები და ქსოვილები უნდა დაეიცვათ მაიონიზირებელი გამოსხივებისგან პირველ რიგში

ა) ფარისებრი ჯირკვავი

ბ) სარძევე ჯირკვავები

*გ) ძვლის ტვინი, გონალები

დ) კანი

9. აკრძალულია ჩატარება

ა) ბავშვებში მასობრივი პროფილაქტიკური რენტგენოლოგიური და ფლუოროგრაფიული გამოკვლევები

ბ) სარძევე ჯირკვავების ფლუოროგრაფია

გ) სხვადასხვა ორგანოების რენტგენოსკოპია პროფილაქტიკისათვის

*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

10. რა სიხშირით უნდა დადასტურდეს სპეციალისტის სერტიფიკატები

ა) არ უნდა დადასტურდეს

ბ) 3 წლის შემდეგ

*გ) 5 წლის შემდეგ

დ) 10 წლის შემდეგ

11. აქვთ თუ არა პროფესიული მოღვაწეობის უფლება ექიმებს, რომლებსაც არ ჩაუბარებთ საკვალიფიკაციო გამოცდა

ა) შეუძლიათ

ბ) არ შეუძლიათ

*გ) შეუძლიათ სტაჟორის თანამდებობაზე

დ) ადმინისტრაციის დადგენილებით

12. შეიძლება თუ არა რენტგენოლოგიური კაბინეტის მოთავსება საცხოვრებელ სახლში

ა) შეიძლება

*ბ) არ შეიძლება

გ) ნახევრად სარდაფიან დაწესებულებაში

დ) კარგი დაცვის პირობებში შეიძლება

13. რა სიხშირით უნდა ხდებოდეს სამედიცინო გამოკვლევა იმ პირებისთვის, რომლებიც მაიონიზირებელი გამოსხივების სფეროში მუშაობენ

ა) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

ბ) 2-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

*გ) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში და 1-ჯერ წელიწადში პროფპათოლოგიის ცენტრში

დ) ყოველწლიურად პროფ-პათოლოგიის ცენტრში

14. ექიმ-რენტგენოლოგის და რენტგენო-ლაბორანტის სამუშაო კვირის ხანგრძლივობა რენტგენო-დიაგნოსტიკურ კაბინეტში

*ა) არა უმეტეს 30 სთ-ის (2000 წთ)

ბ) არ ნორმირდება

გ) 41,6 სთ (2500 წუთი)

დ) 50 სთ (3000 წუთი)

რენგენოლოგიის ზოგადი საკითხები

15. რენგენოლოგიის განვითარება დაკავშირებულია რენგენის სახელთან, რომელმაც გამოსხივება აღმოაჩინა

ა) 1890 წელს

*ბ) 1895 წელს

გ) 1900 წელს

დ) 1905 წელს

16. მრავალპროექციული გამოკვლევა შეიძლება იქნას ნაწარმოები

ა) ორთოპოზიციაში

ბ) ტროქოპოზიციაში

გ) ლატეროპოზიციაში

*დ) ყველა სწორია

17. რენგენოგრამის გეომეტრიული არასიმკვეთრე დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა

ა) ფოკუსური ლაქის ზომებზე

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილზე

გ) ობიექტ-ფირის მანძილზე

*დ) ობიექტის მოძრაობაზე გადაღებისას

18. ლატეროგრაფიისას შეიძლება სურათების მიღება მარტო

ა) პირდაპირ პროექციაში

ბ) გვერდით პროექციაში

გ) ირიბ პროექციაში

*დ) ნებისმიერ პროექციაში

19. გამოსახულების პირდაპირი გადილება მიიღება

ა) ფოკუს-ობიექტის მანძილის გადილებით

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილის გადილებით

გ) ფოკუსური ლაქის ზომის გადილებით

*დ) ობიექტ-ფირის მანძილის გადილებით

20. სიბნელეში თვალების ადაპტაციისთვის საჭირო დრო მიახლოებით არის

ა) 5 წთ

ბ) 15 წთ

*გ) 30 წთ

დ) 1 სთ

21. სამედიცინო რადიოლოგია ეს არის მეცნიერება სამედიცინო მიზნით გამოსხივების გამოყენებისა, მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილებია:

ა) დაავადების ამოცნობა (სხივური დიაგნოსტიკა)

ბ) დაავადების მკურნალობა (სხივური თერაპია)

გ) მასობრივი გამოკვლევები, ფარულად მიმდინარე დაავადებების გამოსავლენად (სხივური სკრინინგი)

*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

22. რენტგენული გამოსხივების სპექტრი მდებარეობს:

- ა) რადიოგალღებსა და მაგნიტურ ველს შორის
- ბ) ინფრაწითელ და ულტრაიისფერ გამოსხივებას შორის
- *გ) ულტრაიისფერ და გამა გამოსხივებას შორის
- დ) რადიოგალღებსა და ინფრაწითელ გამოსხივებას შორის

23. რენტგენული გამოსხივების რომელი თვისება განსაზღვრავს მის ბიოლოგიურ მოქმედებას

- ა) შეღწევადობის უნარი
- ბ) ბიოლოგიურ ქსოვილებში გარდაცეხა
- გ) გამოსხივების გავრცელების სისწრაფე
- *დ) ატომების იონიზაციის უნარი

24. რომელი ქსოვილია ყველაზე მეტად მგრძობიარე მაიონიზირებელი გამოსხივების მიმართ:

- ა) კუნთოვანი ქსოვილი
- ბ) მიოკარდიუმი
- გ) ეპითელური ქსოვილი
- *დ) სისხლძმბაღი ქსოვილი

25. ში-სისტემაში ექვივალენტური დოზის ერთეულია:

- ა) გრეი
- ბ) რადი
- გ) ბერი
- *დ) ბივერტი

26. ერთეული ბივერტი უდრის:

- ა) 100 რადს
- *ბ) 10 ბერის
- გ) 0,1 გრეის
- დ) 100 მიღი რენტგენს

27. ში-სისტემაში შთანთქმული დოზის ერთეულია გვევლინება:

- ა) რენტგენი
- ბ) რადი
- *გ) გრეი
- დ) ბივერტი

28. ერთი გრეი უდრის:

- *ა) 100 რად-ს
- ბ) 10 000 რად-ს
- გ) 1000 რად-ს
- დ) 10 რად-ს

29. რომელი დოზა იზომება რენტგენებში:

- ა) ექვივალენტური
- ბ) შთანთქმული
- გ) ბიოლოგიური

*დ) ექსპოზიციური

30. ობიექტ- რენტგენის მილი მანძილის ორჯერ გაზრდისას გამოსხივების დოზა მცირდება:

*ა) 4-ჯერ

ბ) 1,42-ჯერ

გ) 2-ჯერ

დ) 16-ჯერ

31. რომელი ელექტრონული დენი გამოიყენება სტაციონარში რენტგენოლოგიურ აპარატებში?

ა) ცვლადი

*ბ) გასწორებული

გ) მულტიფი

დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილიდან

32. რომელი ხელსაწყოთი ხდება რენტგენოლოგიურ კაბინეტში ქსელში ძაბვის განსაზღვრა

ა) კილოვოლტმეტრით

ბ) მილიამპერმეტრით

*გ) ვოლტმეტრით

დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილი

33. რენტგენის მილის კოლბა ავსებულია

ა) კრიპტონით

*ბ) შექმნილია ვაკუუმი

გ) წყალბადით

დ) ჰაერით

34. რენტგენის სხივის ენერჯის სიხისგე დამოკიდებულია

ა) კათოდზე მიწოდებული დენის ძალაზე

ბ) მასალაზე, რომლისგანაც დამზადებულია ანოდი

გ) მილის გაგრილების სისტემაზე

*დ) მაღალი ძაბვის სიდიდეზე

35. რა შემთხვევაში უნდა მოხდეს პალატის რენტგენოლოგიური აპარატის დამიწება

*ა) ელექტრულ ქსელში ნებისმიერი ჩართვის დროს

ბ) დამიწება არ არის აუცილებელი

გ) რენტგენოგრაფიის შესრულების დროს

დ) რენტგენოსკოპიის ჩაგარების დროს

36. გომოგრაფიის მოძრავი ნაწილის როგორი კუთხით რხევისას გამოიყოფა ყველაზე თხელი შრე

*ა) 60-გრადუსით

ბ) 45-გრადუსით

გ) 30-გრადუსით

დ) 15-გრადუსით

37. მენსტრუაციული ციკლის რომელ პერიოდშია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კერძოდ მამოგრაფია ყველაზე უსაფრთხო

*ა) მენსტრუაციის დამთავრებიდან მეორე კვირაში

ბ) ნებისმიერ პერიოდში

- გ) მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ კვირაში
- დ) შემდგომი მენსტრუაციის მოსვლამდე

38. თავის ქალას ფიზიოლოგიური ჰორიმონგალური სიბრტყე

- *ა) პერპენდიკულურია საგიტალური და ფრონტალური სიბრტყეების, რომელიც გადის გარეთა სასმენ ხვრელსა და თვალბუდის შესავლის ქვედა კიდეზე
- ბ) ყოფს თავს წინა და უკანა ნაწილებად
- გ) პერპენდიკულარულია საგიტალურის და პარალელურია ფრონტალური სიბრტყის
- დ) ასწორია ყველა ჩამოთვლილი

39. როგორ უნდა იყოს მოთავსებული ფიზიოლოგიური ჰორიმონგალის სიბრტყე თავის ქალას რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ უკანა პროექციაში

- ა) მაგიდის სიბრტყესთან 45 გრადუსით
- *ბ) მაგიდის სიბრტყის პერპენდიკულარულად
- გ) მაგიდის სიბრტყის პარალელურად
- დ) მაგიდის სიბრტყესთან 20 გრადუსიანი კუთხით

40. საყრდენი წერტილები ყვრიმალის ძვლების რენტგენოგრაფიისას

- *ა) ნიკაპი
- ბ) ცხვირ-ნიკაპი
- გ) ცხვირ-შუბლი
- დ) ცხვირ-შუბლ-ნიკაპი

41. როგორია ძირითადი სტანდარტული პროექციები გულის რენტგენოგრაფიისას

- ა) პირდაპირი წინა და მარცხენა გვერდითი
- ბ) წინა პირდაპირი, პირველი და მეორე წინა ირიბი
- *გ) წინა პირდაპირი, I და II წინა ირიბი, გვერდითი
- დ) წინა პირდაპირი და ნებისმიერი გვერდითი

42. ცენტრალური სხივის მიმართულება გულმკერდის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

- *ა) გულმკერდის მე-ნ, მალა
- ბ) გულმკერდის მე-8 მალა
- გ) გულმკერდის მე-10 მალა
- დ) გულმკერდის მე-3 მალა

43. ფილგვის დამიზნებითი სურათის გადაღებისას, ფილგვის რენტგენოგრაფიისგან განსხვავებით, აუცილებელია

- ა) მილზე ძაბვის შემცირება
- *ბ) მილზე ძაბვის გაზრდა
- გ) არ შეეცვალოთ მილზე ძაბვა
- დ) ექსპოზიციის შეცვლა

44. მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში, ცენტრალური გამოსხივების კონა მიმართულია

- ა) გულმკერდის მე-9 მალაზე
- ბ) გულმკერდის მე-12 მალაზე
- გ) მკერდის მახვილისებრ მორჩზე
- *დ) თეძოს ძვლის ქედების შემაერთებელი ხაზიდან 1-2 სმ-ით ზემოთ

45. რა მდგომარეობაში უნდა იქნას ნაწარმოები მუცლის ღრუს ორგანოების რენტგენოგრაფია თავისუფალი გაზის აღმოსაჩენად

*ა) ვერტიკალურ მდგომარეობაში

ბ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გვერდზე მწოლიარე

გ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ზურგზე

46. გერფის როტაცია მენჯ-ბარძაყის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

*ა) 10-12 გრადუსით შიგნით

ბ) როტაციას არ საჭიროებს

გ) 10-12 გრადუსით გარეთ

დ) 30 გრადუსით შიგნით

47. გამაძლიერებელი ეკრანი დაბინძურებისას მუშავლება

ა) აცეტონით

ბ) სუსტი საპნიანი ხსნარით

გ) ძმარმუჯავათი

*დ) სპირტით

48. როგორი დეტექტორები გამოიყენება კტ-ში

ა) მხოლოდ ნახევრად გამჭარი ელემენტები

*ბ) ნახევრად გამჭარი ელემენტები და კსენონური დეტექტორები

გ) მხოლოდ ქსენონური დეტექტორები

დ) გამაძლიერებელი რენტგენის ეკრანი

49. როგორ უნდა მომზადდეს ავადმყოფი კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის

ა) დიეტა

*ბ) უზმოზე ყოფნით

გ) გამწმენდი ოყნა

დ) ოყნა საღამოს და დღით

50. როგორ მზადდება ავადმყოფი ჰისტეროსალპინგოსკოგრაფიისას

*ა) ნაწლავების გაწმენდა და შარდის ბუშგის დაცლა

ბ) მომზადებას არ საჭიროებს

გ) შიმშილი

დ) შარდის ბუშგის დაცლა

51. რომელ ორგანოში (ქსოვილში) ხდება ყველაზე ნაკლებად შთანთქმა რენტგენის სხივების

ა) ძვალი

ბ) ღვიძლი

*გ) ცხიმოვანი ქსოვილი

დ) კუნთები

52. რა მიზანს ისახავს რენტგენოგრაფია პირდაპირი გადილებით

*ა) მცირე დეტალების უკეთ გამოსახვა

ბ) ჩვეულებრივ რენტგენოგრაფიაზე უხილავი დეტალების ვიზუალიზაცია

გ) პაციენტზე სხივური დატვირთვის შემცირება

დ) გამოსახულების გეომეტრიული სიმკვეთრის მომაგება

53. რა უპირატესობები აქვს დიგიტალურ ფლუოროგრაფიას ჩვეულებრივ ფლუოროგრაფიასთან შედარებით

- ა) სხივური დატვირთვის შემცირება გამოსაკვლევ პირზე
- ბ) ფოტოპროცესის არ არსებობა
- გ) რენტგენის ფირის საჭიროების არ არსებობა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

54. მძიმე მდგომარეობაში მყოფი დაზარალებულისათვის პირველადი დახმარების გაწევის ღონისძიებებია:

- ა) კანის დეზაქტივაცია
- ბ) რადიოპროლექტორების მიღება
- *გ) რეანიმაციული ღონისძიებები
- დ) ჰემოსორბცია

55. მძიმე მთავარია შეიძლება ახლდეს:

- ა) მკერდუკანა ჩიყვს
- *ბ) თიმუსის სიმსივნეს
- გ) ნევროგენულ სიმსივნეს
- დ) მედიასტინურ კიბოს

რენტგენოლოგიისა და სხივური დიაგნოსტიკის სხვა მეთოდების ფიზიკურ-ტექნიკური საფუძვლები

56. რენტგენის გამოსხივების ღომის სიმძლავრის ერთეულია

- ა) რენტგენი
- ბ) რადი
- *გ) რენტგენ/წთ
- დ) გრეი

57. ელექტრომაგნიტურ გამოსხივებას არ მიეკუთვნება

- ა) ინფრაწითელი სხივები
- *ბ) ულტრაბგერა
- გ) რადიოგაღლები
- დ) რენტგენის სხივები

58. რენტგენის გამოსხივების ინდივიდუალური დოზიმეტრის ჩვენება დამოკიდებულია

- ა) გამოსხივების სიმძლავრეზე
- ბ) გამოსხივების სიხისტეზე
- გ) დასხივების ხანგრძლივობაზე
- *დ) ყველა სწორია

59. კლასიკურ შემთხვევაში გაფანტულ გამოსხივებას აქვს

- ა) უფრო მაღალი ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- *ბ) უფრო ნაკლები ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- გ) იგივე ენერგია, რაც გამომაყვალ გამოსხივებას
- დ) სწორი პასუხი არ არის

60. რაც უფრო მცირეა რენტგენის მილის ფოკუსი, მით უფრო

- ა) მცირეა სურათზე დეტალების გარჩევადობის უნარი
- ბ) მეტია გეომეტრიული დეფორმაციები
- *გ) მკვეთრია გამოსახულება რენტგენის ფირზე
- დ) მცირეა დეტალების სიმკვეთრე

61. დიაგნოსტიკური რენტგენის მილის ჭეშმარიტ ფოკუსს აქვს ფორმა

- ა) მრგვალი
- ბ) სამკუთხედის
- *გ) მართკუთხედის
- დ) ტრაპეციის

62. სტაციონალური რენტგენის მილის გამოსხივება არის

- ა) მონოენერგეტიკული
- ბ) გააჩნია ფართო სპექტრი
- გ) დამოკიდებულია მკვებავი დენის ძაბვაზე
- *დ) ყველა სწორია

63. რენტგენის მილის მცირე ფოკუსად ითვლება ფოკუსი რომლის ზომები მიახლოებით გოლია

- *ა) 0,2x0,2 მმ
- ბ) 1x1 მმ
- გ) 2x2 მმ
- დ) 4x4 მმ

64. რენტგენის მილში სხივების მისაღებად ელექტრონების წყაროდ გვევლინება

- ა) მბრუნავი ანოდი
- *ბ) ვარვარების ძაფი
- გ) ფოკუსირებადი ფიალა
- დ) ვოლფრამის სამიზნე

65. რენტგენის სურათის სიმკვეთრეზე გავლენას არ ახდენს

- ა) გამაძლიერებელი ეკრანის ფლუოროცენტული შრის სისქე
- ბ) ლუმინოფორის კრისტალების ზომა
- *გ) გამაძლიერებელი ეკრანის ქვესაფენის სისქე
- დ) ეკრანის კონტაქტი რენტგენის ფირთან

66. ექსპოზიციის რენტგენული რელეს მართვისას აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი პირობის დაცვა, გარდა

- ა) მანძილი ფოკუს-ფირი
- ბ) გამოსხივების სიმკვეთრე
- გ) რენტგენის ფირის ტიპი
- *დ) კასეტის ზომა

67. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, რომლებიც ეხება რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებლის უპირატესობას რენტგენოსკოპიულ ეკრანთან შედარებით არასწორია

- *ა) ფლუოროსკოპიულ ეკრანზე გამოსახულების დასანახად საჭიროა სიბნელესთან ადაპტაციის მეტი დრო, საგლევიზიო მონიტორის ეკრანთან შედარებით
- ბ) პაციენტის დასხივების დოზა კლებულობს
- გ) გამოსახულების კონტრასტულობა და დეტალების გარჩევადობა მაგულობს

დ) მეტია აპარატურის გამძლეობა

68. რენტგენის მილში გყვიის დიაფრაგმის გამოყენების მიზანს წარმოადგენს

ა) ექსპოზიციის დროს შემცირება

*ბ) რენტგენის სხივის კონის შემოსაზღვრა

გ) გამქლავების დროის შემცირება

დ) რბილი გამოსხივების ფილტვრირება

69. გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება საშუალებას იძლევა ექსპოზიცია შემცირდეს სულ მცირე

ა) 1,5-ჯერ

ბ) 3-ჯერ

*გ) 10-ჯერ

დ) 100-ჯერ

70. ყველაზე დიდ სხივურ დატვირთვას იძლევა

ა) რენტგენოგრაფია

ბ) ფლუოროგრაფია

*გ) რენტგენოსკოპია ლუმინისცენტური ეკრანით

დ) რენტგენოსკოპია რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებელით

71. ტომოგრაფიის ინფორმატულობა განისაზღვრება: 1) გამომსხივებლის გადახრის ამპლიტუდით;

2) მანძილით ფოკუსი-ფირი; 3) გამოსხივების სიმძლავრით

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) ყველა ჩამოთვლილი სწორია

*ე) 1;3

72. რენტგენოგრამის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებელი დაკავშირებულია ფოტოლამუშავეების პორობებთან, გარდა

ა) კონტრასტულობა

ბ) გარჩევადობა

*გ) გამოსახულების სიდიდე

დ) გაშავეების ხარისხი

73. რენტგენის ფირის მგრძობელობა დამოკიდებულია

ა) ფოტოლამუშავეებზე

ბ) გამოყენებული ეკრანის ტიპზე

გ) შენახვის ხანგრძლივობასა და პირობებზე

*დ) ყველა სწორია

74. ვიზუალური კონტროლით გამქლავებულ რენტგენოგრამებს აქვს ყველა ჩამოთვლილი ნაკლი, გარდა

ა) არასაკმარისად გამოყენებული გამამქლავებელი

ბ) ფირის დაქვეითებული კონტრასტულობა

გ) ფირის გაშავეების გადამეტებული ხარისხი

*დ) ვერ კონტროლდება რენტგენოგრაფიის რეჟიმების არაზუსტი დაყენება

75. რენტგენოლოგიაში ხელოვნური კონტრასტირებისათვის გამოიყენება

- ა) ბარიუმის სულფატი
- ბ) იოდის ორგენული შენაერთი
- გ) აირები (ქანგბადი, ნახშირორჟანგი, აზოტის ქვექანგი)
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

რადიაციული უსაფრთხოება რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს

76. საერთაშორისო ერთეულების სისტემაში ექვივალენტური დოზის საზომ ერთეულს წარმოადგენს

- ა) გრეი
- ბ) ჯოული
- გ) რადი
- *დ) ბივერტი
- ე) რენტგენი

77. ღობას პაციენტის სხეულის გელაპირზე, რომელიც მიმართულია გამოსხივების წყაროსაკენ ეწოდება: 1) გელაპირული; 2) შემავალი; 3) გამომავალი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

78. რომელი მეთოდი გამოიყენება ყველაზე ხშირად ღობის სიმძლავრის განსაზღვრისათვის პერსონალის სამუშაო ადგილებზე

- *ა) მაიონიზირებელი
- ბ) ფოტოქიმიური
- გ) ლუმინისცირებელი
- დ) ქიმიური
- ე) ბიოლოგიური

79. გარეგანი დასხივების დოზის გასაზომად გამოიყენება შემდეგი მეთოდები

- ა) ჰაერის ხვედითი აქტივობის გამოძვა
- *ბ) ინდივიდუალური დოზიმეტრიული კონტროლი
- გ) ტანსაცმლისა და კანის რადიაციული დაზიანებების კონტროლი
- დ) დასახლებული პუნქტების მიწის რადიონუკლიდებით დაზიანებების კონტროლი

80. დოზიმეტრიული ხელსაწყოთა ამორჩევას რენტგენოლოგიური გამოსხივების დოზის სიმძლავრის გასაზომად უპირველეს ყოვლისა გასათვალისწინებელია შემდეგი პარამეტრები: 1) გასაზომი გამოსხივების ენერჯია; 2) ხელსაწყოთა მგრძობელობა; 3) ხელსაწყოთა წონა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

81. მწვავე სხივური დაავადებების კლინიკურ ცვლილებებს აუცილებლად აქვს ადგილი შემდეგ სისტემაში

- ა) ცენტრალური ნერვულ
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა
- *გ) სისხლძარღვთა ორგანოთა
- დ) საჭმლის მომნელებელ
- ე) იმუნურ

82. მწვავე სხივური დაავადების ყველაზე ადრე გამოვლენილ კლინიკურ სიმპტომს წარმოადგენს

- *ა) გულის რევა და პირღებინება
- ბ) ლეიკოპენია
- გ) კანის ერიოთემა
- დ) თმის ცვენა
- ე) თხიერი განავალი

83. მწვავე სხივური დაზიანების განვითარების მღვრულ ღობას შეადგენს

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

84. ყველაზე დამახასიათებელ ცვლილებებს მამაკაცის გონალების დასხივების შემდეგ წარმოადგენს

- ა) სქესობრივი პოტენციის დარღვევა
- *ბ) ჰიპოსპერმია
- გ) სათესლეს წყალმანკი
- დ) ბავშვთა თანდაყოლილი დაავადებები
- ე) გესტოსტერონის შემცირება სისხლში

85. ლიმფოპენია, რომელიც პაციენტებში ვლინდება პირველი დღეების განმავლობაში განპირობებულია

- ა) კიდურის ლოკალური გარეგანი დასხივებით
- ბ) რადიონუკლიდების შიგნით მოხვედრით
- გ) სხეულის გარეგანი დასხივებით 0,5 გრეიზე მცირე დოზით
- *დ) სხეულის გარეგანი დასხივებით 1 გრეიზე მეტი დოზით
- ე) დაავადებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული დასხივებასთან

86. მწვავე სხივური დაავადების დროს სისხლის კლინიკური ანალიზის ყველაზე ადრეულ ცვლილებებს წარმოადგენს შემცირება

- ა) ერითროციტების
- ბ) ლეიკოციტების
- გ) ნეიტროფილების
- *დ) ლიმფოციტების
- ე) გრომბოციტების

87. ქრონიკული სხივური დაავადების გამომწვევ დასხივების მინიმალურ ჯამურ დოზას შეადგენს

- *ა) 1,5 გრეი
- ბ) 1 გრეი
- გ) 0,5 გრეი

- დ) 0,1 გრეი
- ე) ნებისმიერი

88. "მცირედ" მიღებულია იწოდებოდეს ღობები

- ა) რომლებიც არ იწვევენ სხივურ დაავადებას
- ბ) რომლებიც არ იწვევენ ქრომოსომულ დაზიანებებს
- გ) რომლებიც არ იწვევენ გენურ გადახრებს

- *დ) რომლებიც არ იწვევენ ცალკეულ ორგანიზმში სპეციფიურ ცვლილებებს, მაგრამ იწვევენ სტატისტიკურად დადასტურებულ ცვლილებებს ადამიანთა გარკვეულ ჯგუფში
- ე) დასხივების დასაშვებ ღობებზე მცირე

89. რადიაციული პათოლოგიის რომელი სახეები მიეკუთვნება სტოქასტიკურს: 1) მწვავე და ქრონიკული ლეიკოზები; 2) აუტოიმუნური თირეოიდიტი; 3) განვითარების თანდაყოლილი ანომალიები; 4) სხივური კატარაქტა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;3

90. დასხივებულ პირთა ჯგუფის კიბოს განვითარების რისკზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები

- ა) დასხივების ხასიათი (ღობა, გამოსხივების ხარისხი)
- ბ) დასხივებული ადამიანების გენური თავისებურებანი
- გ) ასაკი დასხივების დროს
- დ) თანდაყოლილი დაავადებების არსებობა
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

91. ნაყოფის დაზიანება ხშირად ვითარდება ფეხმძიმობის შემდეგ ვალებში

- ა) 4 კვირამდე
- *ბ) 4-25 კვირა
- გ) 25-40 კვირა
- დ) ყველა პასუხი სწორია

92. რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის პაციენტის მომზადების დროს ექიმი-რენტგენოლოგი ვალდებულია: 1) შეაფასოს გამოკვლევის ჩატარების მიზანშეწონილობა; 2) პაციენტის ინფორმირება გამოკვლევის ჩატარების სარგებლობაზე და რისკზე და მიიღოს მისი თანხმობა; 3) აუცილებლობის შემთხვევაში შეაღებოს მოტივირებული უარყოფა გამოკვლევის ჩატარების მიმართ

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

93. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სასარგებლო სოციალურ ფაქტორებს მიეკუთვნება: 1) მძიმე დაავადებების დროული გამოვლენა და მკურნალობის ეფექტის მომაგება; 2) მძიმე დაავადებების გართულების რაოდენობის და სიკვდილიანობის შემცირება; 3) პაციენტების მოთხოვნილებების

დაკმაყოფილება

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;2

94. რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მავნე ფაქტორებს მიეკუთვნება: 1) პაციენტის დასხივება; 2) პერსონალის დასხივება; 3) დანახარჯები დაცვის საშუალებების შეძენაზე; 4) დანახარჯები საწარმოო კონტროლის ორგანიზაციაზე

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) 1;2

95. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩაგარებისას ექიმი-რენტგენოლოგი ვალდებულია უზრუნველყოს რადიაციული უსაფრთხოება: 1) რენტგენოლოგიური კაბინეტის პერსონალის; 2) გამოსაკვლევი პაციენტების; 3) დაწესებულების სხვა თანამშრომლების, რომლებიც იმყოფებიან რენტგენოლოგიური აპარატის გამოსხივების შემოქმედების სფეროში

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 1;2

*ე) 1;2;3

96. პაციენტის თხოვნით ექიმ-რენტგენოლოგს ევალება მიაწოდოს მას შემდეგი ინფორმაცია: 1) რენტგენოლოგიური აპარატის გამოსხივების სიმძლავრეზე; 2) ეფექტურ დოზაზე, რომელიც მიიღო პაციენტმა გამოკვლევისას; 3) სტოქასტიკური ეფექტის რისკის განვითარებაზე ამ გამოკვლევის შედეგად

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 1;2

*ე) 1;3

97. პაციენტის რადიაციული უსაფრთხოების უზრუნველყოფა ხორციელდება: 1) უსაფუძვლო გამოკვლევების უარყოფის შედეგად; 2) დასხივების დოზის შემცირებით იმ სიდიდემდე, რომელიც საკმარისია საჭირო დიგნოსტიკური გამოსახულების მისაღებად; 3) მოსახლეობისათვის დოზის საზღვრის გადაუჭარბებლობით წელიწადში 1 მილიზივერტამდე

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;2

98. ექიმი რენტგენოლოგი ვალდებულია უარი თქვას რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩაგარებაზე, თუ: 1) არსებულ გამოკვლევას არ შეუძლია მოგვეცეს დამატებითი ინფორმაცია; 2) უფრო მიზანდასახულად წარიმართოს პაციენტის გამოკვლევა სხვა მეთოდებით; 3) პაციენტი უკვე იყო გამოკვლეული რენტგენოლოგიურად, მაგრამ სურათის ხარისხი არაა დამაკმაყოფილებელი; 4)

სხვა მეთოდებით ინფორმაციის მიღების შეუძლებლობა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

99. 40 წლის ქალის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას (რადიაციული დაცვის თვალთვალისაშორებით) ექიმმა მას უნდა გამოჰკითხოს

- ა) როდის გახდა პაციენტი ავად
- ბ) როდის და ვის მიერ იყო დანიშნული გამოკვლევა
- *გ) ბოლოს როდის იყო მენსტრუაცია
- დ) რომელ ასაკში დაიწყო მენსტრუაცია

100. გულმკერდის ორგანოების გამოკვლევისას გონალების დაცვა ხორციელდება შემდეგი მეთოდებით

- ა) აპარატის მუშაობის რეჟიმის სწორი ამორჩევით და სხივის კონის დიაფრაგმირებით
- ბ) სხივის კონის მიმართულების სწორი ამორჩევით
- გ) ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენებით
- *დ) სწორია ყველა

101. რენტგენის აპარატის გამოსხივებისაგან დაცვა აუცილებელია

- ა) დღე-ღამის გამავლობაში
- ბ) სამუშაო დღის განმავლობაში
- გ) მხოლოდ რენტგენოსკოპიური გაიმოკვლევების დროს
- *დ) მხოლოდ რენტგენის გამოსხივების გენერირების დროს
- ე) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

102. ექიმი-რენტგენოლოგი ყველაზე მეტ დასხივებას ღებულობს იღებს გამოკვლევების ჩატარებისას

- ა) რენტგენოსკოპიის დროს მაგიდის ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- *ბ) რენტგენოსკოპიის დროს მაგიდის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში
- გ) გულმკერდის დამიზნებითი რენტგენოგრაფიის დროს
- დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის დამიზნებითი რენტგენოგრაფიის დროს
- ე) რენტგენოგრაფიის დროს მეორე სამუშაო ადგილზე

103. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებისას ყველაზე მეტ დასხივებას განიცდიან შემდეგი სპეციალისტები:

- ა) ექიმი-რენტგენოლოგები საერთო პროფილის კაბინეტებში
- *ბ) ექიმი-რენტგენოლოგები ანგიოგრაფიული პროფილის კაბინეტებში
- გ) ფლუოროგრაფიის კაბინეტების ექიმი-რენტგენოლოგები
- დ) საერთო პროფილის კაბინეტების რენტგენოლაბორანტები
- ე) ანგიოგრაფიული კაბინეტების რენტგენოლაბორანტები

104. ერთ პროცედურაზე ყველაზე ნაკლებ დასხივების დოზას ავადმყოფი ღებულობს

- ა) რენტგენოსკოპიის დროს რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებლების გარეშე
- ბ) რენტგენოსკოპიის დროს რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებლებით
- *გ) რენტგენოგრაფიის დროს

105. წელიწადში ყველაზე მეტი სავარაუდო დასხივების დოზა, მიღებული ექიმის მიერ საერთო პროფილის რენტგენოდიაგნოსტიკის კაბინეტში, შეადგენს

- ა) 0,01-0,5 რენტგენს
- *ბ) 0,5-1,5 რენტგენს
- გ) 1,5-5 რენტგენს
- დ) 5-10 რენტგენს

106. დაორსულების სავარაუდო პერიოდში ნაყოფის დასხივებისაგან დასაცავად მიზანშეწონილია რენტგენოლოგიური გამოკვლევები ჩატარდეს

- *ა) მენსტრუალური ციკლის პირველ 10 დღეში
- ბ) მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში
- გ) რეპროდუქციული ასაკის ქალებში არ გაკეთდეს ფლუოროგრაფია
- დ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევის წინ გაიგზავნოს გინეკოლოგთან კონსულტაციაზე

107. რენტგენის კაბინეტის პერსონალზე მოქმედებს შემდეგი სახეების მაიონიზირებელი გამოსხივება

- *ა) რენტგენის გამოსხივება
- ბ) გამა-გამოსხივება
- გ) დაჩქარებული ელექტრონები
- დ) ულტრაიისფერი გამოსხივება
- ე) ბეტა და გამა გამოსხივება

108. რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას ექიმ-რენტგენოლოგის ხელების დაცვა პალპაციის ჩატარებისას ხორციელდება

- ა) აპარატის მუშაობის სწორი რეჟიმის ამორჩევით
- ბ) სხივის კონის დიაფრაგმირებით
- გ) ხელების განლაგებით გამანათებელი ველის მიღმა
- დ) დამცველი ხელთათმანების გამოყენებით
- *ე) ყველა ჩამოთვლილი პასუხი სწორია

109. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებაზე საბოლოო გადაწყვეტილებას ღებულობენ: 1) ექიმი კლინიცისტი; 2) ექიმი რენტგენოლოგი; 3) პაციენტი ან მისი თანმხლები პირები

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

110. მძიმე მდგომარეობაში მყოფი დაზარალებულისათვის პირველადი დახმარების გაწევის ღონისძიებებია

- ა) კანის დეზაქტივაცია
- ბ) რადიოპროტექტორების მიღება
- *გ) რეანიმაციული ღონისძიებები
- დ) ჰემოსორბცია
- ე) ლებინების კუპირება

თავისა და კისრის დაავადებების სხივური დიაგნოსტიკა

111. ქალა-სახის ძვლების მდგომარეობაზე მსჯელობისათვის ყველაზე ინფორმატიულია

რენტგენოგრაფია

- ა) გვერდით პროექციაში
- ბ) პირდაპირ-უკანა პროექციაში
- *გ) ცხვირ-ნიკაპის პროექცია
- დ) ირიბ პროექციაში

112. ქალას ძვლების ხაზოვანი მოგებილობისას ყველაზე მეტად ინფორმატიულია.

- ა) მიმოხილვითი პირდაპირი და გვერდითი რენტგენოგრაფიები
- ბ) დამიზნებითი შეხებითი რენტგენოგრაფიები
- *გ) დამიზნებითი კონტაქტური რენტგენოგრაფიები
- დ) პირდაპირი გომოგრაფიები

113. ქალას ძვლების ჩაჭედილი მოგებილობისას ყველაზე მეტად ინფორმატიულია .

- ა) მიმოხილვითი პირდაპირი და გვერდითი რენტგენოგრაფიები
- ბ) გომოგრაფიები პირდაპირ და გვერდით პროექციაში
- გ) დამიზნებითი კონტაქტური რენტგენოგრაფიები
- *დ) დამიზნებითი შეხებითი რენტგენოგრაფიები

114. ყველაზე ინფორმატიულად ქალას ძვლების გრაფიული დაზიანებისას, გვევლინება

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიები პირდაპირ და გვერდით პროექციაში
- *ბ) ქალას კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია აქსიალურ პროექციაში
- დ) ქალას ანგიოგრაფია

115. ქალას ფუძის ძვლების მოგებილობის გამოსავლენად, რეკომენდირებულია:

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში
- *ბ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია აქსიალურ პროექციაში
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია შუბლ-ცხვირის პროექციაში

116. პნევმატოცელე არის მეორადი ნიშანი:

- *ა) ქალას ძვლების გრაფიული დაზიანების
- ბ) ქალას ძვლების ანთებითი დაზიანების
- გ) ქალას ოსტეოსარკომის
- დ) ქალას კეთილთვისებიანი სიმსივნის

117. ქალას ძვლების მოგებილობის ვარიანტებს ეკუთვნის:

- ა) "მწვანე ტოტის" ტიპი
- ბ) განივი
- *გ) ჩაზნექილი
- დ) ირიბი მოგებილობა ფრაგმენტების დაცილებით

118. სახის ძვლების მოგებილობის გამოსავლენად იყენებენ:

- ა) უკანა მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) გვერდითი მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- გ) აქსიალური რენტგენოგრაფია
- *დ) ცხვირ-ნიკაპის პროექციაში რენტგენოგრაფია

119. ყველაზე ინფორმატულია თურქული კეხის გამოკვლევისას

- ა) ქალას რენგენოგრაფია გვერდით პროექციაში
- ბ) ქალას რენგენოგრაფია კეფის პროექციაში
- გ) ქალას რენგენოგრაფია შუბლ-ცხვირის პროექციაში
- *დ) დამიზნებითი რენგენოგრაფია გვერდით პროექციაში

120. თურქული კეხის ნორმალური საგიგალური ზომები მოზრდილებში არის:

- ა) 3-6 მმ
- ბ) 7-9მმ
- *გ) 9-14 მმ
- დ) 7-16 მმ

121. თურქული კეხის ნორმალური ვერტიკალური ზომებია გვერდით პროექციაში:

- ა) 5-7მმ
- ბ) 4-10მმ
- *გ) 7-12მმ
- დ) 6-14მმ

122. ხახის უკანა აბსცესის დამახასიათებელი რენგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) ხერხემლის კისრის მიდამოს ლორღობის გასწორება
- ბ) ხახის უკანა კედლის ლორწოვანის გასქელება
- *გ) პრევერტებრული სივრცის რბილი ქსოვილების გაფართოება კისრის მალეების დონეზე აირის "ბუშტუკების" და "ზოლის" სახით
- დ) ხორხის დეფორმაცია

123. თავის ქალას ასაკობრივი თავისებურებები მოიცავს:

- *ა) ნაკერების მდგომარეობა
- ბ) სისხლძარღვების ჩანაჭლელების სურათი
- გ) თითისებური ჩანაჭლელების განვითარების გამოხატულება
- დ) ემისარიების განვითარება

124. თავის ქალას ნორმალური ანაგომიური წარმონაქმნების გაკირვას მიეკუთვნება ყველა გარდა:

- ა) ჯალღუმისებრი სხეული
- ბ) მაგარი გარსის ნამგლის (დუბლიკატურა)
- გ) თურქული კეხის დიაფრაგმა
- *დ) სისხლძარღვოვანი წნულის

125. ჰიპოფიზის ადენომის ყველაზე სარწმუნო რენგენოლოგიური ნიშანია:

- *ა) თურქული კეხის ზომების გადიდება
- ბ) კეხის ლეგალების ოსტეოპოროზი
- გ) ძირითადი წიაღის მომაგებული პნევმატიზაცია
- დ) ძირითადი წიაღის დაქვეითებული პნევმატიზაცია

126. გერმინ "ქალა-სარქველის ძვლების რელიეფის" ქვეშ იგულისხმება:

- ა) ვენური სინუსების სურათი
- ბ) არტერიური ღარების სურათი

გ) თითისებური ჩანაჭლევების სურათი

*დ) ყველა

127. ყველაზე ინფორმატიულ მეთოდს ქალას გრაფმის დროს წარმოადგენს

ა) კრანოგრაფია

ბ) გომოგრაფია

გ) ანგიოგრაფია

*დ) კომპ. გომოგრაფია

128. ქალასარქველის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

ა) ოსტეომა

*ბ) ჰემანგიომა

გ) ოსტეოქონდრომა

დ) კისტა

129. მიელომური დაავადებისას ქალას დესტრუქციული უბნების დამახასიათებელ თავისებურებებს წარმოადგენს:

ა) წაშლილი კონგურები

ბ) შეერთებისამღი მიდრეკილება.

*გ) შეერთების არ არსებობა.

დ) რბილქსოვილოვანი კომპონენტი.

130. ქალას ძვლებში ყველაზე ხშირად მეტასტაზირებენ:

ა) კუჭის კიბო

ბ) ჩონჩხის ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნე

*გ) ფილგვის კიბო

დ) სწორი ნაწლავის კიბო

131. ქალასარქველის ძვლების შებერილობის სიმკვრივეში აღინიშნება

ა) ოსტეოსარკომის დროს

ბ) ოსტეომიელიტის დროს

გ) ოსტეომის დროს

*დ) ფიბროზული დისპლაზიის დროს

132. მიელომური დაავადების დროს ქალასარქველის ძვლების ძირითადი რენტგენოლოგიური სიმკვრივეა:

ა) ქალას ძვლების სტრუქტურის გრაბეკულური სურათი

*ბ) მრავლობითი მომრგვალო ფორმისა და სხვადასხვა ზომის დესტრუქციული უბნები

გ) ძვლების გასქელება

დ) სკლეროზის კერები

133. მორგანის სინდრომის რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

ა) შუბლის ძვლის გარეთა ფირფიტის გასქელება

ბ) შუბლის ძვლის დიპლოიდური შრის გასქელება

*გ) შუბლის ძვლის შიგნითა ფირფიტის გასქელება

დ) შუბლის ძვლის ყველა შრის სკლეროზი

134. ფიბროზული მალეფორმირებელი ოსტეოდისტროფიის დროს ქალასარქველის ძვლებში

ცვლილებები შეესაბამება:

ა) ძვლების დიფუზურ გასქელებას

ბ) ძვლების ლოკალურ გასქელებას

*გ) გასქელებული სტრუქტურის კერებს ერწყმის ძვლების გასქელება

დ) მომრგვალო ფორმის დესტრუქციულ უბნებს

135. ქალასარქელის ძვლების ჰემანგიომისათვის დამახასიათებელია:

ა) ლოკალური ოსტეოსკლეროზი

ბ) ჰიპეროსტეოზი

*გ) ლოკალური ოსტეოპოროზი (გლანქუჯრედოვანი სტრუქტურა)

დ) გავრცელებული უჯროვანობა

136. ხახისუკანა აბსცესისათვის დამახასიათებელია ყველა სიმპტომი, გარდა:

ა) კისრის მალეების ღონებზე პრევერტებრალური სივრცის რბილი ქსოვილების გაფართოება

*ბ) ხორხსარქველის გასქელება

გ) კისრის მიდამოში ლორღობის გასწორება

დ) ხახისუკანა სივრცეში გაზის "ბუშტუკებისა" და "შრეობრივი" ფენების არსებობა

137. მოზრდილებში ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისათვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) თითისებური ჩანაჭლეების ჩალრმავება

ბ) თურქული კეხის გაბრტყელება და სტრუქტურის ოსტეოპოროზი

გ) დიპლოიდური ვენების არხების გაფართოება

*დ) ნაკერების დაშორება.

138. სმენის ნერვის სიმსივნის დროს მეტ ინფორმაციას გვაძლევს შემდეგი პროექცია

ა) შუღერის პროექცია

ბ) მაიერის პროექცია

*გ) სგენვერსის პროექცია

დ) ქალას მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში.

139. ძვლოვანი ფირფიცის ჰიპეროსტეოზი თან ახლავს

*ა) მენინგიომას

ბ) ასტროციტომას

გ) გლიობლასტომას

დ) კიბოს მეტასტაზს

140. გაკირვა (კალცინირება) ყველაზე მეტად დამახასიათებელია

ა) ეოზინოფილური ადენომისათვის

ბ) მე-3 პარაკუჭის გლიომისათვის

*გ) კრანოფარინგიომისათვის

დ) ქრომოფობული ადენომისათვის.

141. ქალა-სარქელის ძვლების დესტრუქციული უბანი შეიძლება თვითნებურად გაქრეს

ა) მეტასტაზის დროს

ბ) მიელომური დაავადების დროს

*გ) ეოზინოფილური გრანულომის დროს.

დ) ოსტეომიელიტის დროს.

142. სრული კრანოსტენოზის ძირითად სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) ქალას დეფორმაცია
- ბ) ქალა-სარქველის ძვლების განლევა
- გ) თითისებრი ჩანაჭდევების გაძლიერება.
- *დ) ნაკერების ნაადრევი დახურვა

143. კრანოფარინგიომის ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს.

- ა) თურქული კეხის ფორმისა და ზომის ცვლილებები.
- ბ) ძვლის დესტრუქციული უბანი.
- გ) ძირითადი ძვლის წიაღის ცვლილებები.
- *დ) თურქული კეხის მიდამოს პათოლოგიური გაკირვა (კალცინირება).

144. ქალა-სარქველის ძვლების პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს.

- *ა) არასწორი ფორმის დესტრუქციული უბანი.
- ბ) სკლეროზული უბანი.
- გ) " სპიკულისმსგავსი პერიოსტიგის" სურათი
- დ) რბილქსოვილოვანი კომპონენტი.

145. ქალას ჩირქოვანი ანთების რენტგენოსემიოტიკას მიეკუთვნება.

- ა) მრავლობითი, მორგვალო ფორმის, მცირე ზომის დესტრუქციის კერები.
- *ბ) ოსტეოპოროზი და ოსტეოლიზი ნეკროზული უბნებით
- გ) ლიფუზური სკლეროზი
- დ) ლიფუზური ჰიპეროსტოზი.

146. ქალას მეტასტაზური დაზიანებისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს

- *ა) მრავლობითი დესტრუქციული უბნები.
- ბ) ერთეული დესტრუქციული უბნები.
- გ) სკლეროზული უბნები.
- დ) ჰიპეროსტოზის უბნები.

147. ყველაზე ხშირად შუა ყურის ანთების მიზეზს წარმოადგენს

- *ა) გარეთა ოტიტი.
- ბ) ინფექციური დაავადებები.
- გ) ევსტახიტი
- დ) ყურის გრავმული დაზიანება.

148. თურქული კეხის პირველად და მეორად დაზიანებას შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გაგარებას ხელს უწყობს სიმპტომი, რომელსაც წარმოადგენს

- ა) თურქული კეხის ზომის ცვლილება.
- ბ) თურქული კეხის ფორმის ცვლილება
- *გ) თურქული კეხის ელემენტების დესტრუქცია.
- დ) ძირითადი ძვლის წიაღის პნევმატიზაციის დაქვეითება.

149. ქალასშიდა წნევის მომაგების დროს ვითარდება

- ა) ძვლების გასქელება
- *ბ) ქალა-სარქველის ძვლების განლევა.

- გ) ნაკერების ნააღრევი დახურვა.
- დ) ნაკერების გვიანი დახურვა.

150. ქალას ოსტეომების ყველაზე ხშირ ლოკალიზაციას მიეკუთვნება.

- ა) შუბლის წიაღი
- *ბ) ცხავის ძვლის ლაბირინთების უჯრედები და შუბლის წიაღი.
- გ) კეფის ძვალი.
- დ) ზელაყბის წიაღი.

151. შიგნითა ყურის მდგომარეობაზე ყველაზე მეტ ინფორმაციას გვაძლევს

- ა) შულერის პროექცია.
- ბ) მაიერის პროექცია
- *გ) სტენვერსის პროექცია.
- დ) ქალას მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია პირდაპირ - წინა პროექციაში.

152. შუა ყურის პათოლოგიის გამოსავლენად ყველაზე მეტად ინფორმაციულია ქალას რენტგენოგრაფია

- ა) შულერის და სტენვერსის პროექციებში.
- ბ) მაიერის და სტენვერსის პროექციებში.
- გ) შულერის, მაიერის და სტენვერსის პროექციებში.
- *დ) შულერის და მაიერის პროექციებში.

153. პათოლოგიის დროს დერილისებრი მორჩის სტრუქტურა არის

- ა) პნევმატიზირებული.
- *ბ) სკლეროზული
- გ) დიპლოიდური
- დ) შერეული.

154. ქრონიკული შუა ოტიტის დროს უმეტესად ვლინდება

- ა) დერილისებრი მორჩის პნევმატიზირებული სტრუქტურა.
- *ბ) დერილისებრი მორჩის სკლეროზული სტრუქტურა.
- გ) დერილისებრი მორჩის დიპლოიდური სტრუქტურა.
- დ) დერილისებრი მორჩის შერეული სტრუქტურა.

155. შუა და შიგნითა ყურის თანდაყოლილი ანომალიის გამოსავლენად ნაჩვენებია

- ა) ქალას მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) ქალას რენტგენოგრაფია მაიერის და შულერის პროექციებში.
- გ) ყურის კონტრასტული რენტგენოგრაფიული კვლევა.
- *დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.

156. შიგნითა ყურის სიმსივნის ნევრინომის რენტგენოსემიოტიკა მოიცავს

- ა) პირამიდის სკლეროზს
- *ბ) შიგნითა სასამენი ხვრელის გაფართოებას.
- გ) პირამიდის პოროზს
- დ) შიგნითა სასამენი ხვრელის შევიწროვებას.

157. ოტოსკლეროზის სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) საფეთქლის ძვლის სკლეროზი.

ბ) საფეთქლის ძვლის პოროზი.

*გ) შიგნითა ყურის ძვლოვანი ლაბირინთის გასქელება ფაშარი კერებით .

დ) პირამიდის ღესტრუქცია.

158. მასკოიდილის მიზეზი შეითლება იყოს ყველაფერი , გარდა

ა) შუა ოტიტის.

ბ) გარეთა ოტიტის.

გ) ტრაუმის.

*დ) ოტოსკლეროზის.

159. ყველაზე მეტ ინფორმაციას პრაქტიკულად ყველა წიაღის მდგომარეობაზე გვაძლევს

ა) ქალას მიმოხილვიდი რენტგენოგრაფია პირდაპირ და გვერდით პროექციებში.

ბ) ქალას პირდაპირი რენტგენოგრაფია შუბლ-ცხვირის პროექციაში.

გ) ქალას რენტგენოგრაფია ცხვირ-ნიკაპის პროექციაში და გვერდით პროექციაში

*დ) ქალას რენტგენოგრაფია ნიკაპის პროექციაში ღია პირით.

160. ცხავის ძვლის წიაღის გამოსავლენად ოპტიმალურ პროექციას წარმოადგენს.

ა) ქალას მიმოხილვიდი რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.

ბ) ქალას ძვლების ირიბი რენტგენოგრაფია რეზეს პროექციაში.

*გ) ქალას რენტგენოგრაფია ცხვირ-ნიკაპის და გვერდით პროექციაში.

დ) ქალას მიმოხილვიდი რენტგენოგრაფია აქსიალურ პროექციაში.

161. წიაღში კისტების არსებობის ძირითად რენტგენოლოგიურ სიმპტომს წარმოადგენს

ა) წიაღის ფონზე პოლიციკლური კონტურების ჩრდილი.

*ბ) რკალისებრი ჰომოგენური ჩრდილი ფართო ფუძეზე.

გ) წიაღის მომრგვალო ღეფექტი.

დ) ოვალური ფორმის კელისმიერი გასქელება.

162. ოღონტოგენური და წიაღის შიგნითა კისტების დიფერენციალური დიაგნოზის ოპტიმალურ მეთოდისას წარმოადგენს

ა) ქალას გომოგრაფია აქსიალურ პროექციაში.

ბ) ქალას რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.

გ) ანგიოგრაფია.

*დ) კონტრასტული ჰაიმოროგრაფია.

163. თვალბუდის ემფიზემის მიზეზი შეიძლება იყოს

ა) თვალბუდის ჭრილობა.

*ბ) შუბლის წიაღის მოგეხილობა.

გ) ქალა-ფუძის ძვლების მოგეხილობა.

დ) ცხვირის ძვლების მოგეხილობა.

164. მარცხენა მხარეს შუბლის წიაღის ოსტეომის დაღგენის მიზნით ოპტიმალურ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას წარმოადგენს

*ა) ქალას რენტგენოგრაფია მარცხენა გვერდით და ცხრივ-ნიკაპის პროექციაში.

ბ) ქალას რენტგენოგრაფია ცხვირ-შუბლის პროექციაში

გ) ქალას რენტგენოგრაფია აქსიალურ პროექციაში

დ) ქალას მიმოხილვიდი რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში

165. ბელაყბის წიაღის ექსუღაგის გამოსაველენად ოპტიმალურ მღგომარეობას წარმოადგენს
ა) ქალას მიმოხილვითი რენგენოგრაფია გვერდით პროექციაში და პაციენტის ჰორიზორტალური მღგომარეობა.

*ბ) ქალას რენგენოგრაფია ცხვირ-ნიკაპის პროექციაში და პაციენტის ვერტიკალური მღგომარეობა .

გ) ქალას რენგენოგრაფია ცხვირ-შუბლის პროექციაში

დ) ქალას რენგენოგრაფია ცხვირ-შუბლის პროექციაში და პაციენტის ჰორიზონტალური მღგომარეობა.

166. ქალას გრავმის შემდეგ ჰემოსინუიგის განვითარებისას ვლინდება

*ა) წიაღის ჰომოგენური დაჩრდილვა.

ბ) წიაღის არაჰომოგენური დაჩრდილვა.

გ) ადგილობრივი მომრგვალო ფორმის დაჩრდილვა.

დ) კელისამყოლი დაჩრდილვა.

167. ბელაყბის წიაღის ლორწოვანის შეშუპების რენგენოლოგიური სურათის ყველაზე სწრაფი დინამიკა შეიმჩნევა.

*ა) ვაზომოგორული რინოსინუსოპათიის დროს.

ბ) მწვავე ჰაიმორიგის დროს.

გ) ქვემწვავე ჰაიმორიგის დროს.

დ) ქრონიკული ჰაიმორიგის გამწვავების დროს.

168. წიაღის მოცულობის გამრდა შეიმჩნევა

*ა) კისგის დროს

ბ) ჰაიმორიგის დროს.

გ) პოლიპომის დროს.

დ) ავძვისებიანი სიმსივნის დროს.

169. მუკოცელეს დროს შუბლის წიაღის დაჩრდილვას აქვს

ა) ერთგვაროვანი ხასიათი

ბ) არაერთგვაროვანი ხასიათი

გ) ქვედა კელეზე ნახევაროვალური ფორმა

*დ) მომრგვალო ფორმა ძვლის კაფსულით

170. წიაღის ავთვისებიანი სიმსივნის ყველაზე სარწმუნო სიმპტომს წარმოადგენს

ა) წიაღის დაჩრდილვა

ბ) წიაღის ფორმისა და მომის ცვლილება

გ) წიაღის ფონზე დამაგებითი ჩრდილი

*დ) ძვლის დესტრუქცია

171. მწვავე სინუიგის დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს

ა) წიაღის ჰომოგენური დაჩრდილვა

ბ) წიაღის კელისმიერი ინგენსიური დაჩრდილვა

გ) წიაღის ფორმის ცვლილება

*დ) წიაღში სითხის ჰორიზონტალური დონე

172. წიაღის პნევმატიზაციის ხარისხი და მისი განვითარების ვარიანტები დამოკიდებულია: 1) ასაკზე; 2) მოგადი დაავადების არსებობაზე; 3) სახის ძვლების (თანდაყოლილი) განვითარების

თავისებურებებზე

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

173. წიაღის კეთილთვისებიანი სიმსივნის რენტგენოლოგიურ სიმპტომს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი გარდა

*ა) წიაღის კელის დესტრუქცია

ბ) წიაღის ზომის გაზრდა

გ) წიაღის ჰომოგენური დაჩრდილვა

დ) წიაღის ფონზე დამატებითი ჩრდილი

174. ქვედა ყბისა და კბილების მოგეხილობისას რენტგენოლოგიურად ვლინდება

ა) სასახსრე ბელაპირის ცლომა

ბ) სასახსრე ბელაპირის შეუსაბამობა

*გ) ნათელი ხაზის არსებობა

დ) ყბის ძვლების სკლეროზი

175. წიაღში უცხო სხეულის გამოსავლენად ყველაზე მიზანშეწონილ მეთოდიკას წარმოადგენს

ა) ქალა-გვინის ძვლების ტომოგრაფია პირდაპირ პროექციაში

ბ) წიაღის კონტრასტული გამოკვლევა

გ) მონოგრაფია პირდაპირ პროექციაში

*დ) ქალას მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია პირდაპირ და გვერდით პროექციაში

176. კბილის აქტიური მკურნალობის პროცესის დროს რენტგენოლოგიური კვლევის ყველაზე ხშირ ჩვენებას წარმოადგენს

*ა) არხის გამავლობის განსაზღვრა

ბ) რადიკულარული კისტის არსებობის განსაზღვრა

გ) ყბის ძვლოვანი დესტრუქციის გამოვლენა

დ) კბილის ამოვარღნილობის დადგენა

177. რამდენიმე წიაღის უმნიშვნელო ჰომოგენური დაჩრდილვა აღინიშნება

ა) ქრონიკული სინუსიტის დროს

ბ) მწვავე სინუსიტის დროს

გ) წიაღის სიმსივნის დროს

*დ) ვენტილაციის დარღვევის დროს, რომელიც დაკავშირებულია ცხვირის ღრუს პათოლოგიასთან

178. წიაღის კვლევის შემთხვევაში, ყველაზე მეტად ინფორმატიულ დამატებით რენტგენოლოგიურ მეთოდიკას წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) კონტრასტული გამოკვლევისა

ბ) ტომოგრაფიისა

გ) მონოგრაფიისა

*დ) ანგიოგრაფიისა

179. შუბლის წიაღის ნორმალურ ვარიანტს განეკუთვნება ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) წიაღის არ არსებობა.

ბ) ძალზედ განვითარებული წიაღი.

გ) სუსტად განვითარებული წიაღი.

*დ) წიაღის არაჰომოგენური ბადისებრი სტრუქტურა.

180. ხორხის პარემის ან ღამბლის ძირითად რენგენოლოგიურ სიმპტომს წარმოადგენს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა

ა) ხმოვანი ნაოჭების უმოდრაობა

*ბ) ხმოვანი ნაოჭების გასქელება

გ) ხორხის პარაკუჭების გაფართოება

დ) ნაოჭქვეშა სივრცის გადასწორება

181. ხორხის მოტორული ფუნქციის დარღვევის მიზეზს, რომელიც განპირობებულია სხვა ორგანოს დაავადებით წარმოადგენს

ა) თავის გვინის სიმსივნე

ბ) საყლაპავის სიმსივნე

*გ) ფილტვის სიმსივნე

დ) კუჭის კიბო

182. ხორხის გამოკვლევის ყველაზე მეტად ინფორმატიულ მეთოდს წარმოადგენს

ა) რენგენოსკოპია

ბ) მიმოხილვითი რენგენოგრაფია

გ) კონტრასტული ლარინგოგრაფია

*დ) ფუნქციური ტომოგრაფია

183. ხორხის იმ მიდამოს, რომელიც ლარინგოსკოპით ძნელად მისაღვომია, მაგრამ რენგენოლოგიური კვლევით კარგად ვლინდება, წარმოადგენს

ა) კარიბჭე

ბ) ხმოვანი და პარაკუჭოვანი ნაოჭები

გ) ხორხისმიერი პარაკუჭები

*დ) ნაოჭქვეშა სივრცე

184. მსხლისებრი სინუსის შესწავლისათვის ოპტიმალურ მეთოდიკას წარმოადგენს

ა) ტომოგრაფია გვერდით პროექციაში

ბ) ლარინგოგრაფია

გ) ფრონტალური ტომოგრაფია წინა პროექციაში

*დ) კონტრასტული ლარინგოგრაფია

185. ხორხის პარაკუჭების გაფართოება წარმოადგენს სიმპტომს

*ა) ხორხის ღამბლის

ბ) ხმოვანი ნაოჭების კიბოს

გ) ხორხის პაპილომატომის

დ) ლარინგიტის

186. ხმოვანი ნაოჭების ასიმეტრია ხშირად ვლინდება

*ა) ხორხის ღამბლის დროს

ბ) ხმოვანი ნაოჭების ტუბერკულოზის დროს

გ) ხმოვანი ნაოჭების ფიბროზების დროს

დ) ხორხის პაპილომების დროს

187. ხორხის კიბო ხშირად ლოკალიზდება

- ა) ნაოჭქვეშა სივრცეში
- ბ) ხორხ-ხახის არეში.
- *გ) ნაოჭთა მიდამოში
- დ) ხორხის პარაკუჭებში.

188. ხორხის კიბოს დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს ყველა, გარდა

- ა) დამაგებითი ჩრდილის არსებობა.
- ბ) ხორხის ელემენტების მოგორიკის ღარღვევა
- გ) ხორხის ელემენტების დიფერენციაციის შეუძლებლობა დაზიანების მიდამოში
- *დ) ხორხის პარაკუჭების გაფართოება

189. კისრის შუამდებარე კისტების ლოკალიზაციის თირიხად მიდამოს წარმოადგენს.

- ა) ნაოჭქვეშა სივრცე.
- ბ) ხმოვანი ნაოჭები.
- *გ) ხორხსარქველის წინა მიდამო.
- დ) ხორხსარქველი.

190. ლარინგიტის რენტგენოლოგიურ სიმპტომებს მიეკუთვნება

- ა) ხორხსარქველის გასქელება.
- ბ) ხორხის პარაკუჭების გადილება.
- გ) ხორხის ელემენტების უძრაობა.
- *დ) ხორხის ნაოჭების გასქელება მოძრაობის შენარჩუნებით .

191. აღენიღების რენტგენოლოგიურ სიმპტომებს ეკუთვნის

- ა) ცხვირის ღრუში დამაგებითი ჩრდილი
- ბ) დამაგებითი ჩრდილი ხორხ-ხახაში.
- *გ) დამაგებითი ჩრდილი ცხვირ-ხახაში
- დ) დამაგებითი ჩრდილი პირ-ხახაში.

192. ცხვირ-ხახის სიმსივნის დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ სიმპტომს წარმოადგენს.

- ა) ცხვირის ძვლების დესტრუქცია.
- ბ) ძირითადი წიაღის დაჩრდილვა
- *გ) დამაგებითი ჩრდილი ცხვირ-ხახაში
- დ) ჰაიმორის წიაღის დაჩრდილვა

193. ცხვირ -ხახის გამოკვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდიკა მოიცავს ყველა ჩამოთვლილს, გარდა

- ა) ცხვირ-ხახის ტელერენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში, ღია პირით
- ბ) თავის ქალას რენტგენოგრაფია. ნახევრად აქსიალურ პროექციაში
- გ) ცხვირ-ხახის ტომოგრაფია გვერდით პროექციაში.
- *დ) თავის ქალას რენტგენოგრაფია ცხვირ-შუბლის პროექციაში.

194. ხორხის გამოკვლევის ფუნქციური ტომოგრაფია აუცილებელია ყველა შემთხვევაში, გარდა

- ა) ხორხის კიბო.
- ბ) ხორხის პარეზი (დამბლა).
- *გ) ხორხსარქველის აბსცესი.
- დ) ხორხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

195. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მექანიკას მიეკუთვნება.

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის ტომოგრაფია.
- ბ) კისრის რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში.
- *გ) ტრაქეის რენტგენოგრაფია პირდაპირ და გვერდით პროექციაში.
- დ) საყლაპავის ქვედა ნაწილის კონტრასტული გამოკვლევა.

196. ქალას ძვლების ჩამწევილი მოგებილობისას ყველაზე მეტად ინფორმაციულია:

- ა) მიმოხილვითი (პირდაპირი და გვერდითი) რენტგენოგრაფიები
- ბ) ტომოგრაფიები პირდაპირ და გვერდით პროექციაში
- გ) დამიზნებითი კონტაქტური რენტგენოგრაფიები
- *დ) დამიზნებითი შეხებითი რენტგენოგრაფიები

197. მოზრდილებში ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) თითისებური ჩანაჭლევების ჩალრმავება
- ბ) თურქული კეხის გაბრტყელება და სტრუქტურის ოსტეოპროზი
- გ) დიპლოიდური ვენების არხების გაფართოება
- *დ) ნაკერების დაშორება

198. მწვერვალის ფორმის მასკოიდის ოპტიმალურ პროექციებს წარმოადგენს:

- *ა) შულერისა და სტენვერსის პროექციები
- ბ) შულერისა და მაიერის პროექციები
- გ) მაიერის და სტენვერსის პროექციები
- დ) ქალას პირდაპირი და გვერდითი მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიები

გულმკერდის დრუს ორგანოების სხივური დიაგნოსტიკა

199. რენტგენოსკოპია საშუალებას იძლევა შევისწავლოთ

- ა) ფილტვების ფესვების მდგომარეობა
- ბ) ფილტვის სურათი
- გ) წილთაშუა ნაპრალები
- *დ) ღიაფრაგმის მოძრაობა

200. რენტგენოგრაფიის გარჩევისუნარიანობა

- ა) იდენტურია რენტგენოსკოპიის
- ბ) ფლუოროგრაფიაზე ნაკლებად ინფორმატიულია
- *გ) იდენტურია მსხვილკადროვანი ფლუოროგრაფიის
- დ) რენტგენოსკოპიაზე ნაკლებად ინფორმატიულია

201. გულმკერდის ორგანოების დაავადებების დიაგნოსტიკაში საყლაპავის გამოკვლევა გვეხმარება შემდეგ შემთხვევებში:

- *ა) მარჯვენამხრივი აორტის დროს
- ბ) პერიკარდიის დროს
- გ) ფილტვის ფესვის ლიმფური კვანძების გადილების დროს
- დ) თიმომის დროს

202. ტომოგრაფია აუცილებელია, უპირველეს ყოვლისა, დიაგნოსტიკაში

- ა) მწვავე პნევმონიის
- ბ) ჩაპარკული პლევრიტის
- *გ) ფილტვის კიბოს
- დ) ლიაფრაგმის დაზიანების

203. ბრონქოსკოპია მიზანშეწონილია შემდეგ შემთხვევებში

- ა) გახანგრძლივებული პნევმონია
- ბ) უცხო სხეული ბრონქში
- გ) ცენტრალური კიბო
- *დ) ყველა შემთხვევაში

204. რომელი დაზიანებების შესასწავლადაა უკეთესი კგ-ს გამოყენება: 1) შუასაყარის; 2) ფილტვების; 3) პლევრის

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) ყველა შემთხვევაში

205. სელექტიური ბრონქოგრაფიის გამოყენება უკეთესია შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) მწვავე პნევმონია
- *ბ) პერიფერიული კიბო
- გ) ინფილტრაციული ტუბერკულები
- დ) პლევრის სიმსივნე

206. ბრონქოგრაფია გამოიყენება შემდეგ შემთხვევებში:

- *ა) ფილტვის ჩირქოვანი პროცესები
- ბ) მწვავე ბრონქიტი
- გ) სისხლდენა ფილტვიდან
- დ) გამონაგული ემფიზემა

207. ბრონქოსკოპია უნდა ჩატარდეს

- ა) მწვავე პნევმონია
- ბ) ლიფუბური მწვავე ბრონქიტი
- გ) სოლიტარული სფერული წარმონაქმნი
- *დ) უცხო სხეული ბრონქში

208. ბრონქოგრაფია საშუალებას იძლევა შევიწავლოთ შემდეგი სტრუქტურები:

- ა) ფილტვის პარენქიმა
- *ბ) ბრონქები
- გ) ფილტვის პარენქიმა და ბრონქები
- დ) ფილტვის პარენქიმა, ბრონქები, პლევრა

209. ანგიოპულმონოგრაფიას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგი პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში

- ა) ფილტვის პარენქიმის
- *ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის სისხლძარღვების
- გ) გრაქეობრონქული ხის
- დ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის სისხლძარღვებისა და გრაქეობრონქული ხის

210. პათოლოგიური ფოკუსის ფილგვის სუბპლევრალურ შრეში არსებობისას უკეთესია გაწარმოთ

- ა) კათეტერით ბიოფსია
- *ბ) ტრანსთორაკალური ბიოფსია
- გ) ბრონქოგრაფია
- დ) ბრონქოსკოპია

211. პნევმომელიასტინოგრაფია ყველაზე ინფორმატულია პროცესის არსებობისას

- *ა) შუასაყარში
- ბ) ფილგეში
- გ) პლევრაში
- დ) ღიაფრაგმაში

212. ღიაგნოსტიკური პნევმოთორაქსი გამოიყენება საღიაგნოსტიკოდ

- ა) პლევრის ღრუში გამონადენისას
- ბ) პლევრული შვარტების ღროს
- *გ) გულმკერდის კედლის წარმონაქმნების ღროს
- დ) ნეკნების მოგეხილობის ღროს

213. გულმკერდის კედლის წარმონაქმნების ღიაგნოსტიკაში კვლევის ყველაზე ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) ტომოგრაფია
- *გ) ღიაგნოსტიკური პნევმოთორაქსი
- დ) რენტგენოგრაფია

214. ფილგვის სურათის ანატომიურ სუბსტრატს ნორმაში წარმოადგენს

- ა) ბრონქები
- ბ) ბრონქები და ფილგვის არტერიები
- *გ) ფილგვის არტერიები და ვენები
- დ) ბრონქები ფილგვის არტერიები და ვენები

215. ფილგვის ქსოვილის მკვებავი ბრონქული არტერიები საწყისს იღებენ

- *ა) ნეკნთაშუა არტერიებისა და გულმკერდის აორტის ნაწილიდან
- ბ) მუცლის აორტიდან
- გ) ფილგვის არტერიებიდან
- დ) ფილგვის ვენებიდან

216. ფილგვის სეგმენტური ვენები განტოგლებიან

- ა) არტერიებთან ერთად
- ბ) ბრონქებთან ერთად
- *გ) სეგმენტების საზღვრებზე
- დ) კორტიკალურ შრეში

217. ლონდონის სქემის მიხედვით მარჯვენა ფილგვის შეღება

- ა) რვა სეგმენტისაგან
- ბ) ცხრა სეგმენტისაგან

- * გ) ათი სეგმენტისაგან
- დ) თორმეტი სეგმენტისაგან

218. ლონდონის სქემის მიხედვით მარცხენა ფილგვის შეღება

- ა) ექვსი სეგმენტისაგან
- * ბ) რვა სეგმენტისაგან
- გ) ცხრა სეგმენტისაგან
- დ) ათი სეგმენტისაგან

219. ფილგვის სეგმენტური შენების საფუძველს წარმოადგენს

- ა) ბრონქების განტოება
- ბ) ფილგვის არტერიების განტოება
- გ) ფილგვის არტერიების, ბრონქების და ფილგვის ვენების განტოება
- * დ) ფილგვის არტერიების და ბრონქების განტოება

220. ფესვის ჩრდილის ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს

- ა) არტერიები
- * ბ) არტერიები და ვენები
- გ) არტერიები, ვენები და ბრონქები
- დ) არტერიები და ბრონქები

221. პნევმოთორაქსის დროს შეჭმუხნული ფილგვი ცლომილია

- ა) ბემოთ
- ბ) ქვემოთ
- * გ) მედიალურად
- დ) გარეთ

222. ფილგვის უმცირესი ანატომიური ერთეულია

- * ა) აცინუსი
- ბ) სუბჰილაკი
- გ) ჰილაკი
- დ) სეგმენტი

223. ფილგვის უკანა ზონა წარმოადგენილია სეგმენტით

- * ა) მე-6, და მე-10
- ბ) მე-6, და მე-9
- გ) მე-10
- დ) მე-9 და მე-10

224. გულმკერდის უკანა და წინა რენტგენოგრაფების დამაჯერებლად განსხვავების საშუალებას იძლევა

- ა) ლავიწების გამოსახულება
- ბ) ნეკნების უკანა მონაკვეთების კონტურების სიმკვეთრე
- გ) ლავიწების გამოსახულება და ნეკნების უკანა მონაკვეთების კონტურების სიმკვეთრე
- * დ) ნეკნების წინა და უკანა მონაკვეთების სიგანის შეფარდება

225. ფილგვში პათოლოგიური წარმონაქმნის ლოკალიზაცია სასურველია განისაზღვროს

- ა) ნეკნთაშუა სივრცეების მიხედვით

- ბ) ფილგვის ბონების მიხედვით
- *გ) სეგმენტების მიხედვით
- დ) წილების მიხედვით

226. უმეტეს შემთხვევაში ჩრდილის ინტენსივობა დამოკიდებულია

- *ა) ანაგომიური სუბსტრატის ხასიათზე
- ბ) ლოკალიზაციაზე
- გ) ზომებზე
- დ) ზომებზე და ლოკალიზაციაზე

227. გულმკერდის რომელი ძალის დონეზეა განლაგებული გრაქის ბიფურკაცია

- ა) მე-3
- ბ) მე-4
- *გ) მე-5, მე-6
- დ) მე-7

228. გრაქის ბიფურკაციის კუთხე რენტგენოგრაფიაზე ყველაზე უკეთ ვლინდება პროექციაში

- ა) პირდაპირ
- ბ) გვერდით
- *გ) პირდაპირ და ირიბ
- დ) გვერდით და ირიბ

229. გრაქის უკანა კედლის მდგომარეობის დასაზუსტებლად საჭიროა ჩაგარდეს

- ა) პოლიპოზიციური რენტგენოსკოპია
- ბ) გვერდითი რენტგენოგრაფია და გომოგრაფია
- გ) რენტგენოსკოპია ფუნქციური სინჯებითა და საყლაპავის კონტრასტირებით
- *დ) რენტგენოსკოპია ფუნქციური სინჯებითა და გვერდითი გომოგრაფია საყლაპავის კონტრასტირებით

230. მარჯვენა შუამღებარე ბრონქის კედლების მდგომარეობაზე სრული ინფორმაციის მიღებისათვის საჭიროა გომოგრაფია პროექციაში

- ა) პირდაპირ
- ბ) გვერდით
- გ) ირიბ
- *დ) პირდაპირ და გვერდით

231. ბრონქებში არსებული ჰაერის გამოსახულება დაჩრდილვის ფონზე დამახასიათებელია

- ა) კეროვანი პნევმონიისათვის
- *ბ) კრუპოზული პნევმონიისათვის
- გ) ექსუდაციური პლევრიტისათვის
- დ) კიბოთი გამოწვეულ ატელექტაზისათვის

232. გულმკერდის რენტგენოგრამის სიმკვეთრეზე მსჯელობენ კონტურების მიხედვით

- ა) შუასაყარის
- ბ) ღიაფრაგმის
- გ) მაგისტრალური სისხლძარღვების
- *დ) ნეკნების

233. გულმკერდის რომელი მალის ღონებზე ჩანს ბეჭის კუთხე გულმკერდის გვერდით რენტგენოგრაფიაზე

- ა) მე-5
- *ბ) მე-7
- გ) მე-9
- დ) მე-10

234. ფილგვის ფესვების გაფართოება და არასტრუქტურულობა ყველაზე დამახასიათებელია

- ა) ქრონიკული ბრონქიტისათვის
- ბ) ქრონიკული პნევმონიისათვის
- გ) ქრონიკული ბრონქიტისა და ქრონიკული პნევმონიისათვის
- *დ) ცენტრალური კიბოსათვის

235. ქვემოთ წარმოდგენილი მეთოდიკებიდან რომელია ყველაზე უკეთესი ფილგვის ვენების გამოსაველენად

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- გ) რენტგენოგრაფია
- *დ) ტომოგრაფია

236. ფილგვში ლიმფის ღინების დარღვევის ნიშნებია

- ა) სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება
- ბ) მრავლობითი კეროვანი ჩრდილები
- გ) სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება და მრავლობითი კეროვანი ჩრდილები
- *დ) პლევრალური და კერლის ხაზები

237. ფილგვის "სფერული" წარმონაქმნების ყველაზე მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ნიშანია

- ა) სტრუქტურა
- ბ) ფორმა
- გ) ზომები
- *დ) კონტურები და სტრუქტურა

238. ზონარისებური და ლენგისებური ჩრდილები, რომლებიც კარგად ჩანს პირდაპირ და გვერდით პროექციაში დამახასიათებელია

- ა) დისკისებური აგელექტაზისათვის
- ბ) პლევრალური წილთაშუა შვარტებისათვის
- *გ) ფიბროზული პლევრიტისათვის
- დ) შემოფარგლული პნევმოსკლეროზისათვის

239. ფილგვის წილის აგელექტაზის ყველაზე დამაჯერებელი ნიშანია

- ა) წილთაშუა პლევრის შეზნეჭვა
- ბ) ღიაფრაგმის გუმბათის მაღალი მდებარეობა
- გ) წილის ინგენსიური დაჩრდილვა
- *დ) წილთაშუა პლევრის შეზნეჭვა და წილის ჰომოგენური დაჩრდილვა

240. გულმკერდის კელისმიერი წარმონაქმნის ფილგვში მდებარეობაზე მიუთითებს

- ა) მომრგვალო ფორმა
- ბ) ფორმის შეცვლა სხვადასხვა პროექციებში

- *გ) სუნთქვის დროს ფილგვთან ერთად გადახანაცვლება
- დ) გულმკერდთან სწორი კუთხე სხვადასხვა პროექციაში

241. ფილგვის სოლიგარული ღრუების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს

- ა) ლოკალიზაციას
- ბ) ზომებს
- *გ) კედლის ხასიათს და შიგთავსის არსებობას
- დ) შიგთავსის ხასიათს

242. თხელკედლიანი სოლიგარული ღრუ ფილგვში წარმოადგენს

- ა) ანთებითი ინფილტრაციის რღვევას
- ბ) პნევმოთორაქსის შემოსაზღვრულ უბანს
- გ) შემოსაზღვრულ ბულოზურ ემფიზემას
- *დ) ტუბერკულოზურ კავერნას

243. მრავლობითი ღრუები ფილგვში უმეტესად ვლინდება

- *ა) სტაფილოკოკური მეტასტაზური პნევმონიის დროს
- ბ) თირკმლის სიმსივნის მეტასტაზირების დროს
- გ) მრავალფოკუსური კეროვანი პნევმონიის დროს
- დ) მრავლობითი ლეიომიომატომის დროს

244. მრავლობითი ღრუების კედლების სისქე თანაბარია

- *ა) მეტასტაზური სტაფილოკოკური პნევმონიის დროს
- ბ) ექინოკოკომის დროს
- გ) აბსცესის დროს
- დ) ავთვისებიანი მეტასტაზების დროს

245. ფილგვში არსებული წარმონაქმნის ღრუში სეკვესტრი ვლინდება

- ა) ანთებითი არასპეციფიური ფოკუსის რღვევისას
- *ბ) პერიფერიული კიბოს რღვევისას, ანთებითი არასპეციფიური ფოკუსის რღვევისას
- გ) ანთებითი ფოკუსის რღვევისას და ბრონქოგენური კისტის დროს
- დ) ბრონქოგენური კისტის დროს

246. ტუბერკულოზური ჩრდილის არაჰომოგენურობა შეიძლება განპირობებული იყოს

- ა) მხოლოდ რღვევით
- *ბ) რღვევით და უბნების გაკირვით
- გ) რღვევით და წვრილი ბრონქების სანათურებით
- დ) გაკირული უბნებით

247. ჩრდილის კონტურები ფილგვში არამკაფიოა

- ა) პერიფერიული აღენომის დროს
- ბ) ჰამარტომის დროს
- გ) კისტოზური წარმონაქმნის დროს
- *დ) კეროვანი პნევმონიის დროს

248. შემოსაზღვრული ჩაპარკული პლევრიგის დროს ირგვლივმდებარე ფილგვის ქსოვილი უხშირესად

- ა) უცვლელია
- ბ) ფილტვის სურათი გაძლიერებულია
- გ) ფილტვის სურათი დეფორმულია
- *დ) გაძლიერებულია და დეფორმირებულია

249. სუნთქვის დროს შემოსაზღვრული ჩაპარკული წილთაშუა გამონაჟონის ჩრდილი

- ა) არ მოძრაობს ფილტვთან ერთად და იცვლის ფორმას
- *ბ) მოძრაობს ფილტვთან ერთად და იცვლის ფორმას
- გ) არ მოძრაობს ფილტვთან ერთად და არ იცვლის ფორმას
- დ) მოძრაობს ფილტვთან ერთად და არ იცვლის ფორმას

250. კრუპოზული პნევმონიის დროს შესაბამისი ფესვი უხშირესად

- ა) არ ფართოვდება
- ბ) ფართოვდება ამობურცული კონტურებით
- *გ) ფართოვდება და ნაკლებადსტრუქტურულია
- დ) გაფართოებულია და ცლომილია

251. გულმკერდის ნახევრის გოგალური დაჩრდილვის დროს მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია სტანდარტულ პროექციებში
- გ) ლაგეროგრაფია შესაბამის მხარეს
- *დ) ტომოგრაფია

252. სეგმენტური დაჩრდილვა მოცულობის შემცირებით უხშირესად ვლინდება

- *ა) ბრონქის სიმსივნისა და ქრონიკული პნევმონიის დროს
- ბ) ბრონქის ჰამარტომის დროს
- გ) კრუპოზული პნევმონიის დროს
- დ) ტუბერკულოზური ინფილტრატის დროს

253. დიდი ზომის კეროვანი ჩრდილი ფილტვში უხშირესად ვლინდება

- ა) ტუბერკულოზის დროს
- *ბ) ფრილენდერის პნევმონიის დროს (პნევმოკოკური)
- გ) სოლიტარული მეტასტაზის დროს
- დ) ჰამარტომის დროს

254. შემოსაზღვრული განათებები დაჩრდილვის ფონზე ბრონქიოლოალვეოლარული კიბოს დროს განპირობებულია

- ა) მსხვილი ბრონქების სანათურებით
- ბ) დაუზიანებელი პარენქიმის უბნებით
- გ) რღვევით
- *დ) წვრილი ბრონქების სანათურითა და პარენქიმის დაუზიანებელი უბნებით

255. გულმკერდშიდა ლიმფური კვანძებია

- ა) წინა შუასაყარის ლიმფური კვანძები
- ბ) ცენტრალური და უკანა შუასაყარის ლიმფური კვანძები
- გ) ფილტვის კარის ლიმფური კვანძები
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

256. ფილგვის მრავლობითი წარმონაქმნების ლიფერენციალურ რენტგენოლოგიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს

ა) ლოკალიზაციას

ბ) სტრუქტურას

გ) კონტურებს

*დ) ყველა ზემოთაღნიშნულს

257. რომელი კისკისათვისაა დამახასიათებელია კაფსულის გაკირვა

ა) რეტენციული

*ბ) ექინოკოკური

გ) ბრონქოგენული

258. ფილგვის ჩრდილის ინტენსივობა რენტგენოგრაფიაზე დამოკიდებულია

ა) ზომებზე

*ბ) მორფოლოგიურ სუბსტრატზე

გ) ლოკალიზაციაზე

დ) ზომებზე და ლოკალიზაციაზე

259. ფილგვის ქსოვილისა და ფილგვის ფესვის ცვლილებები ვლინდება

*ა) პირველადი ტუბერკულოზური კომპლექსის დროს

ბ) ბრონქოალვეოლარული კიბოს დროს

გ) ჰამარტოქონდრომის დროს

დ) პერიფერიული აღენომის დროს

260. ფილგვის ფესვი გაფართოებულია

ა) ცენტრალური კიბოს დროს

ბ) კოლაგენოზების დროს

გ) პნევმონიისა და კოლაგენოზების დროს

*დ) ყველა ამ დაავადებების დროს

261. ფილგვის ფესვის ცდომა სეგმენტურ დამიანებისას ვლინდება

ა) მწვავე აბსცესის დროს

*ბ) ცენტრალური კიბოს დროს

გ) მწვავე პნევმონიის დროს

დ) პერიფერიული კიბოს დროს

262. ფილგვის ფესვების ზომების ორმხრივი გადიდება უფრო ხშირად ვლინდება

*ა) სარკოიდოზის დროს

ბ) სეპტიური მეტასტაზური პნევმონიის დროს

გ) თირკმლის სიმსივნის ორმხრივი მეტასტაზების დროს

დ) ფილგვის მედიასტინური ფორმის კიბოს დროს

263. ფილგვის ფესვის გარეგანი კონტურები პოლიციკლულია

*ა) სარკოიდოზის დროს

ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვენური ჰიპერტენზიის დროს

გ) ქრონიკული ლიფუბური ბრონქიტის დროს

დ) სეპტიური მეტასტაზური პნევმონიის დროს

264. ფილგვის სურათის გაძლიერება ვლინდება

- *ა) ინტერსტიციული პნევმონიის დროს
- ბ) სეპტიური მეგასტაზური პნევმონიის დროს
- გ) სპეციფიური (ტუბერკულოზური) პნევმონიის დროს
- დ) მწვავე კრუპოზული და სეპტიური მეგასტაზური პნევმონიის დროს

265. ფილგვის სურათის გამძირება ვლინდება

- ა) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზიის დროს
- *ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვენური ჰიპერტენზიის დროს
- გ) ბრონქოალვეოლარული კიბოს დროს
- დ) ექინოკოკოზის დროს

266. ფილგვის სურათის ფიჭური დეფორმაცია დამახასიათებელია: 1) მწვავე პნევმონიისათვის; 2) ინტერსტიციული პნევმონიისათვის; 3) დისემინირებული ტუბერკულოზისათვის; 4) მაფიბროზირებული ალვეოლიტისათვის

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 4

267. მუცლის ღრუსა და გულმკერდის გვერდით რენტგენოგრაფებზე ღიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათი მარცხენაზე მაღლა დგას

- ა) გულმკერდისა და მუცლის მარჯვენა გვერდით რენტგენოგრაფებზე
- *ბ) გულმკერდის მარჯვენა და მუცლის მარცხენა გვერდით რენტგენოგრაფებზე
- გ) მარცხენა გულმკერდისა და მუცლის გვერდით რენტგენოგრაფებზე
- დ) გულმკერდის მარცხენა და მუცლის მარჯვენა გვერდით რენტგენოგრაფებზე

268. შუასაყარის ჩრდილი მდებარეობას იცვლის

- ა) მწვავე წილოვანი პნევმონიისა და ცენტრალური კიბოს დროს
- ბ) ფილგვის ცენტრალური კიბოს დროს, როდესაც აღინიშნება გამონაჟონი
- გ) შუასაყარის სიმსივნეების დროს
- *დ) ჯავშნიანი პლევრიტის დროს

269. ფილგვის განვითარების ანომალიის უხშირესი ფორმაა

- ა) ფილგვის შებრუნებული მდებარეობა
- *ბ) კენტი ვენის დამატებითი წილი
- გ) ტრაქეალური ბრონქი
- დ) ბრონქის აგრეზია

270. ფილგვის განვითარების მანკებს შორის უხშირესია

- ა) ტრაქეობრონქომეგალია
- ბ) ფილგვის სეკვესტრაცია
- გ) საყლაპავ-ბრონქული ფისტულა
- *დ) ბრონქის კისტოზური ჰიპერპლაზია

271. ფილგვის კისტოზური წილისათვის დამახასიათებელია

- ა) ფილგვის სურათის გაძლიერება და დეფორმაცია

- *ბ) მრავლობითი თხელკედლიანი ღრუები
- გ) გამჭირვალობის მომატება
- დ) ფესვის გაფართოება და ფილგვის სურათის ლეფორმაცია

272. კისტოზური ფილგვის ბრონქოგრაფიისათვის დამახასიათებელია

- *ა) ბრონქების ლეფორმაცია და კისტების კონტრასტირება
- ბ) ბრონქების ლეფორმირება კისტების კონტრასტირების გარეშე
- გ) ბრონქული ხის მხრივ ცვლილებების არარსებობა
- დ) ბრონქების დაახლოვება და ლეფორმაცია

273. ფილგვის არტერიის ჰიპოპლაზია ვლინდება

- *ა) ფილგვის სურათის გაღარიბებით
- ბ) ფილგვის სურათის გაძლიერებით
- გ) ფილგვის სურათის ლეფორმაციით
- დ) ფილგვის სურათის არარსებობით

274. ფილგვის არტერიის ჰიპოპლაზია სარწმუნოდ დიაგნოსტირდება

- ა) რენტგენოგრაფიით
- ბ) ბრონქოგრაფიით
- გ) ტომოგრაფიით
- *დ) ანგიოპულმონოგრაფიით

275. ფილგვის არტერიის ჰიპოპლაზიისათვის დამახასიათებელია

- *ა) ფესვის შევიწროება
- ბ) ფესვის თავის არ არსებობა
- გ) ფესვის კულის ნაწილის არ არსებობა
- დ) ფესვის გაფართოება

276. მანკები და ანომალიები ვითარდება

- *ა) მუცლადყოფნის პერიოდში
- ბ) ბავშვთა ასაკში
- გ) მომრდილთა ასაკში
- დ) ახალგაზრდა ასაკში

277. ბრონქ-ფილგვის სისტემის ანომალიები განსხვავდება მანკებისაგან

- *ა) კლინიკის არარსებობით
- ბ) ფუნქციური დარღვევების არარსებობით
- გ) გულმკერდის თანმხლები ლეფორმაციით
- დ) გამანმასხვავებელი ნიშნები არ არსებობს

278. ბრონქ-ფილგვის სისტემის მანკების უხშირეს გართულებას მიეკუთვნება

- ა) სისხლდენა
- ბ) გაავთვისებიანება
- *გ) დაჩირქება
- დ) ემფიზემა

279. ფილგვის სეკვესტრაციის ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება

- ა) ფილგვის სურათის გაძლიერება

ბ) ფილგვის სურათის დეფორმაცია

*გ) ფილგვის ბაზალურ ნაწილებში შემოსაზღვრული ჩრდილის არსებობა

დ) ლიაფრაგმის გუმბათის მაღალი მდებარეობა

280. ფილგვის სეკვესტრაციაზე ეჭვის მიგანის დროს საჭიროა ჩატარდეს

ა) ტომოგრაფია

ბ) ბრონქოგრაფია

გ) საყლაპავის კონტრასტირება

*დ) აორტოგრაფია

281. სითხით სავსე სოლიტარული კისტის დიფერენცირება საჭიროა სხვა სფერულ წარმონაქმნებთან, გარდა

ა) პარაზიტული კისტისა

ბ) კეთილთვისებიანი სიმსივნისა

გ) ჩაპარკული წილთაშუა პლევრიტისა

*დ) ასპერგილომისა

282. ტრაქეის ცლომა შესაძლებელია:

ა) ტრაქეის სიმსივნეების დროს

*ბ) პარაგრაქეალური სიმსივნეების დროს

გ) ლიმფადენიტის დროს

დ) ტრაქეიტის დროს

283. ტრაქეაზე მეწოლა აღინიშნება:

ა) მედიასტინიტების დროს

*ბ) შუასაყრის სიმსივნეების დროს

გ) პლევრიტების დროს

დ) თირეიდიტების დროს

284. მთავარი ბრონქის მთლიანობის დარღვევისას შუასაყარში გამოვლინდება:

*ა) ჰაერი

ბ) სისხლი

გ) შუასაყრის ცლომა

დ) სიმპტომები არ იქნება

285. ბრონქოლითიაზის ძირითადი მიზეზებია:

ა) ქრონიკული პნევმონია

*ბ) ტუბერკულოზი

გ) ქრონიკული ბრონქიტი

დ) უცხო სხეული

286. ტრაქეის სიმსივნეების ლიაგნოსტიკაში ყველაზე ინფორმატიულია:

ა) რენტგენოგრაფია

ბ) რენტგენოსკოპია

გ) ტომოგრაფია

*დ) ბრონქოგრაფია

287. კრუპოზული პერისცისურალური პნევმონიის დროს პროცესი ვლინდება:

- ა) წილში
- ბ) რამდენიმე სეგმენტში
- გ) სეგმენტში
- *დ) მდებარეობს წილთაშუა ღართან

288. უხშირესად კრუპოზული პნევმონია დიაგნოსტიკირდება როგორც:

- ა) წილის
- ბ) პოლისეგმენტური
- გ) სეგმენტური
- *დ) სეგმენტური და პოლისეგმენტური

289. რომელი პნევმონიის დროს არ ვლინდება ბრონქების სანათური დაჩრდილვის ფონზე:

- ა) კრუპოზული პერისციუსურალური
- *ბ) მასიური (ფრინდლერის)
- გ) სტრეპტოკოკური, ლეგიონერების

290. მწვავე პნევმონიის დროს სჯობს გამოყენებული იქნას:

- *ა) რუტინული რენტგენოგრაფიული მეთოდი
- ბ) რუტინული რენტგენოგრაფიული და ბრონქოსკოპიული მეთოდი
- გ) რუტინული რენტგენოლოგიური და კტ
- დ) კტ და ბრონქოგრაფია

291. პნევმონიის დროს რუტინული რენტგენოლოგიური მეთოდებიდან სჯობს გამოყენებული იყოს:

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) რენტგენოსკოპია და გომოგრაფია
- *დ) რენტგენოგრაფია და გომოგრაფია

292. კრუპოზული პნევმონიის დროს უხშირესად წილის ზომები:

- ა) არ არის შეცვლილი
- ბ) რამდენადმე გადიდებულია
- გ) რამდენადმე შემცირებულია
- *დ) ან არ არის შეცვლილი ან რამდენადმე გადიდებულია

293. ვრცელი კრუპოზული პნევმონიის დროს უხშირესად პლევრის დრუში გამონადენის რაოდენობაა:

- *ა) მცირე რაოდენობა - "მშრალი" პლევრიტი
- ბ) აღინიშნება პლევრის ინდურაცია და გაკირვა
- გ) მნიშვნელოვანი - სუბტოტალურად
- დ) მნიშვნელოვანი თითქმის ტოტალური

294. კრუპოზული პნევმონიის დროს დაზიანებული უბნის რენტგენოლოგიური ინტენსიობა დამოკიდებულია:

- *ა) პათოლოგანაგომიურ სტადიაზე
- ბ) ზომებზე
- გ) ლოკალიზაციაზე
- დ) ზომებზე და ლოკალიზაციაზე

295. კრუპოზული პნევმონიის და აგელექტაზის განსხვავება შესაძლებელია:

- ა) ლოკალიზაციით
- ბ) დაჩრდილვის ინგენსიობით
- გ) დაზიანებული უბნის სტრუქტურით
- *დ) წილოვანი ბრონქის მდგომარეობით

296. კრუპოზული პნევმონიის უხშირესი გართულებებია:

- *ა) პლევრიტი
- ბ) პერიკარდიტი
- გ) ინფილტრატის დაჩირქება
- დ) გადასვლა ქრონიკულ პნევმონიაში

297. შუა წილის სინდრომი - ეს არის

- ა) კრუპოზული პნევმონია
- *ბ) ქრონიკული პნევმონია
- გ) ტუბერკულოზული პნევმონია
- დ) ობგურაციული პნევმონია

298. ინგერსტიციური პნევმონიის საწყისი ფაზა ვლინდება:

- ა) ფილტვის სურათის გაძლიერებით
- *ბ) სურათის გაძლიერებით და ლეფორმაციით
- გ) ფილტვის ფესვების რეაქციით
- დ) პარენქიმატოზული ინფილტრაციებით

299. ინგერსტიციალური და ორნიტოზული პნევმონიების განსხვავება ერთმანეთისაგან შესაძლებელია შემდეგი ცვლილების საფუძველზე:

- *ა) ფილტვის სურათის ცვლილება
- ბ) ფილტვის ფესვების ცვლილება
- გ) პარენქიმის ცვლილება
- დ) პლევრის ცვლილება

300. ასპირაციული პნევმონიის დროს უხშირესად მიანდებიან:

- ა) შუა
- ბ) შუა და ბედა
- გ) ბედა შუა და ქვედა
- *დ) ქვედა და უკანა ნაწილები

301. როგორც წესი, ბრონქოპნევმონიის დროს ანთებითი ფოკუსი შემოსაზღვრება:

- ა) წილაკით
- ბ) სუბსეგმენტით
- გ) სეგმენტით
- *დ) წილაკით და სუბსეგმენტით

302. ბრონქოპნევმონიის დროს რენტგენოლოგიურ ცვლილებათა დინამიკა ვითარდება:

- *ა) 5-6 დღეში
- ბ) 11-14 დღეში
- გ) 8-9 დღეში
- დ) 16-18 დღეში

303. ანთებითი ფოკუსის მომები სტაფილოკოკური პნევმონიის დროს:

- ა) პაგარაა
- ბ) საშუალოა
- გ) პაგარა და საშუალოა
- *დ) საშუალო და ღიღია

304. სტაფილოკოკური პნევმონიის დროს ანთებითი ფოკუსი უფრო ხშირად ლოკალიზებულია შემდეგ წილებში

- ა) ქვედა მარჯვენა წილში
- ბ) ზედა მარცხენა წილში
- გ) ორივე ფილგვში ქვემო წილებში
- *დ) ყველა წილებში (ორივე ფილგვში)

305. სტაფილოკოკურ ინფექციებსა და მრავლობით აბსცესებს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარებაში გვეხმარება:

- ა) ჩრდილების ლოკალიზაცია
- ბ) ფოკუსის მომები
- გ) კონგურები
- *დ) პროცესის სწრაფი დინამიკა

306. ყველა მსხვილი ბრონქების სანათურების მისაღებად გომოგრაფია ტარდება:

- ა) პირდაპირ და გვერდით პროექციაში
- ბ) პირდაპირ და ირიბ პროექციაში
- გ) გვერდით და ირიბ პროექციაში
- *დ) პირდაპირ, გვერდით და ირიბ პროექციებში

307. შუასაყრის ცლომა ჯანმრთელ მხარეს დამახასიათებელია:

- ა) ფილგვის კიბოსათვის
- *ბ) ექსუდაციური პლევრიტისათვის
- გ) ფილგვის პროგრესირებადი დისტროფიებისათვის
- დ) ქრონიკული პნევმონიებისათვის

308. ჰიპოსტატიკური პნევმონიებისას უხშირესად მიახლება ფილგვის ველების ნაწილები:

- ა) ზედა-უკანა
- ბ) შუა-უკანა
- *გ) ბაზალური უკანა
- დ) შუა-უკანა და წინა

309. ინფარკტ-პნევმონიისას უხშირესად რენტგენოლოგიურად ვლინდება:

- *ა) ფოკუსი რღვევის გარეშე
- ბ) ფოკუსი რღვევით
- გ) პნევმოთორაქსი
- დ) ფილგვის დაზიანებული უბნის მოცულობის შემცირება

310. პნევმონიისთვის ბრონქის გამგარობის დარღვევის დროს დამახასიათებელია:

- ა) ფილგვის ნაწილის მოცულობის შემცირება
- *ბ) მოცულობის შემცირება და ანთებითი ფოკუსი

- გ) მნიშვნელოვანი გამონაკონი პლევრალურ ღრუში
- დ) ჰოლცკნეხტ-იაკობსონის უარყოფითი სიმპტომი

311. ფილტვის კიბოსა და შემოფარგლული პნევმოსკლეროზის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში მეტად ინფორმატიულია:

- ა) რენტგენოგრაფია და ტომოგრაფია
- ბ) რენტგენოგრაფია და ბრონქოსკოპია
- გ) რენტგენოგრაფია და ბრონქოგრაფია
- *დ) რენტგენოგრაფია, ბრონქოგრაფია და ბრონქოსკოპია

312. შუასაყარის გაღილებული ლიმფური კვანძების გამოსავლენად მიზანშეწონილია ჩაგარდეს:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოგრაფია და ტომოგრაფია
- გ) უბგ
- *დ) კტ

313. ფილტვის ღიაფრაგმისზედა წარმონაქმნისა და ღიაფრაგმის ნაწილობრივი რელაქსაციის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა:

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოსკოპია და ტომოგრაფია
- გ) ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა
- *დ) პნევმოპერიტონეუმი

314. "მცირე" (2სმ-მდე) მრგვალი წარმონაქმნის არსებობისას ფილტვში ყველაზე ეფექტურია

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოგრაფია და რენტგენოსკოპია
- *გ) რენტგენოგრაფია და ტომოგრაფია
- დ) რენტგენოგრაფია და ბრონქოგრაფია

315. "მრგვალი" ჩრდილის კონტურების შესასწავლად მიზანშეწონილია:

- *ა) რენტგენოგრაფია და ტომოგრაფია
- ბ) რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში
- გ) რენტგენოსკოპია და ბრონქოსკოპია
- დ) რენტგენოგრაფია და ბრონქოგრაფია

316. ფილტვის ფესვების სტრუქტურის შესასწავლად მიზანშეწონილია გაკეთდეს:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოსკოპია
- გ) რენტგენოგრაფია და რენტგენოსკოპია
- *დ) ტომოგრაფია

317. ღიაფრაგმის მწვავე გრავმულ თიაქარზე ეჭვისას მიზანშეწონილია გაკეთდეს:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოსკოპია
- გ) რენტგენოგრაფია და რენტგენოსკოპია
- *დ) კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის კონტრასტული გამოკვლევა

318. გაღილებული პარაგრაქეალური ლიმფური კვანძების გამოსავლენად ყველაზე

ინფორმაცია:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ტომოგრაფია და რენტგენოგრაფია
- გ) მრავალპროექციური რენტგენოსკოპია
- *დ) კტ

319. მრავალი ჩრდილის სტრუქტურის შესასწავლად ყველაზე ინფორმაციულია:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოგრაფია პირდაპირი გადილებით
- *გ) ტომოგრაფია
- დ) ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა

320. შემოფარგლული პნევმოსკლეროზისთვის ყველაზე დამახასიათებელი დაზიანებაა

- ა) პარენქიმის
- ბ) პარენქიმისა და ფილტვის სისხლძარღვების
- *გ) პარენქიმის, სისხლძარღვების და ბრონქების
- დ) პლევრისა და ბრონქების

321. ქრონიკული პნევმონიის დროს ლოკალური ბრონქიტი გვხვდება:

- *ა) ყოველთვის
- ბ) ხშირად
- გ) იშვიათად
- დ) არასოდეს

322. შემოფარგლული პოსტპნევმონიური ციროზის დროს დამახასიათებელი ბრონქოგრაფიული სიმპტომებია:

- ა) ბრონქის სანათურის შევიწროვება
- ბ) ბრონქული ტოტების შევიწროვება და დაახლოვება
- *გ) ბრონქების შევიწროვება, დაახლოვება და ლეფორმაცია
- დ) მსხვილი ბრონქების ობტურაცია

323. ქრონიკული პნევმონიის გამწვავება რენტგენოლოგიურად დასტურდება:

- ა) ფილტვის სურათის გაძლიერებით და ლეფორმაციით
- ბ) პლევრალური ნალბები
- გ) ბრონქოექტაზებით
- *დ) ინფილტრაციული ცვლილებებით

324. შუა წილის იზოლირებული დაზიანების დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება:

- ა) რენტგენოგრაფიას
- ბ) მონოგრაფიას
- გ) ბრონქოგრაფიას
- *დ) კტ და ბრონქოგრაფიას

325. მარჯვენა ფილტვის შუა წილი უპირატესადზიანდება:

- ა) ტუბერკულოზით
- ბ) ფილტვის კიბოთი
- *გ) ანთებითი პროცესით
- დ) თანდაყოლილი ბრონქოექტაზებით

326. ფილგვის რომელ ნაწილში ლოკალიზდება უფრო ხშირად აბსცესი

- ა) მარჯვნივ წინა
- *ბ) მარჯვნივ ზედა, მარცხნივ ქვედა
- გ) მარცხენა ზედა
- დ) მარცხენა უკანა

327. ფილგვის მწვავე დრენირებული აბსცესისათვის ყველაზე დამახასიათებელია:

- *ა) სითხის ჰორიზონტალური დონე
- ბ) სეკვესტრის არსებობა
- გ) ფესვთან ბილიკის არსებობა
- დ) ფორმის შეცვლა

328. ფილგვის აბსცესის დრუში სეკვესტრის არსებობის ძირითადი სკიალოგიური ნიშანია:

- ა) შიგნითა კედლის უსწორობა
- *ბ) დამატებითი ჩრდილი
- გ) თხევადი შიგთავსის დიდი რაოდენობა
- დ) სწორი ჰორიზონტალური ხაზის მქონე დონე

329. ქრონიკული აბსცესის ძირითადი ნიშანია:

- ა) ღრუს არსებობა
- *ბ) შეჭმუხვითი პროცესი ფილგვში
- გ) პლევრალური შვარტები
- დ) ბრონქოექტაზები

330. ფილგვების რომელ წილშია ლოკალიზებული ცვლილებები უფრო ხშირად ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს

- ა) მარჯვენა ზედა
- ბ) მარჯვენა შუა
- გ) მარჯვენა ქვედა
- *დ) მარცხენა ქვედა და მარჯვენა შუა

331. გომრისებური ბრონქოექტაზებისათვის დამახასიათებელია ფილგვის სურათის დეფორმაციის სახე

- ა) ბადისებური
- ბ) კვანძოვანი
- გ) თანაბარი ფიჭისებური
- *დ) არათანაბარი ფიჭისებური

332. ცილინდრული ბრონქოექტაზების არსებობისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ფილგვის სურათის ბადისებური დეფორმაცია
- *ბ) წყვილი პარალელური მონარისებური ჩრდილები
- გ) ფიჭისებური სურათი
- დ) ფილგვის სურათის უჯროვანი დეფორმაცია

333. ბრონქოექტაზების დიაგნოსტიკაში ყველაზე სარწმუნო მეთოდია:

- ა) ტომოგრაფია
- *ბ) ბრონქოგრაფია

- გ) ანგიოპულმონოგრაფია
- დ) რენტგენოგრაფია

334. რომელი პნევმონია მიმდინარეობს უფრო ხშირად აბსცედირებით

- ა) ჰიპოსტატური
- ბ) კრუპოზული
- გ) მიკოპლაზმური
- *დ) სტაფილოკოკური

335. რომელი დაავადება იწვევს ყველაზე ხშირად ლიფუზურ პნევმოსკლეროზს

- *ა) ქრონიკული ბრონქიტი
- ბ) ბრონქული ასთმა
- გ) ასაკობრივი ფაქტორი
- დ) მაფიბროზირებელი ალვეოლიტი

336. ლიფუზური პნევმოსკლეროზის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია:

- *ა) ფილგვის სურათის ლიფუზური გაძლიერება და ლეფორმაცია
- ბ) არასტრუქტურული ფესვები
- გ) ფილგვის ჰიპერტენზიის ნიშნები
- დ) ლიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა

337. რეტენციული კისტების ყველაზე არსებითი ნიშანია:

- ა) ლოკალიზაცია
- ბ) ზომები
- *გ) ფორმა
- დ) ინტენსიობა

338. რეტენციული კისტების სადიაგნოსტიკოდ გამოიყენება ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდები, გარდა

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ტომოგრაფია
- გ) ბრონქოგრაფია
- *დ) ტრანსთორაკალური პუნქცია

339. ფილგვის ცრუ კისტა - ეს არის

- ა) განვითარების ანომალია
- ბ) კიბო რღვევით
- *გ) ფილგვის აბსცესის გამოსავალი
- დ) ემფიზემური ბულა

340. გულმკერდის რომელი ზომის მომატება ახასიათებს ემფიზემას

- ა) ვერტიკალური
- ბ) განივი
- გ) წინა-უკანა
- *დ) ყველა ზომის

341. ფილგვის ემფიზემის დიაგნოსტიკაში ყველაზე მნიშვნელოვანი მეთოდია:

- *ა) რენტგენოგრაფია ფუნქციონალური სინჯით

- ბ) გომოგრაფია
- გ) ბრონქოგრაფია
- დ) რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში

342. ფილგვების ემფიზემის დროს ფილგვის ველების გამჭვირვალობა სუნთქვისას:

- ა) მაგულობს ქველა წილებში
- *ბ) თითქმის არ იცვლება
- გ) ქვეითდება ქველა წილებში
- დ) მაგულობს ყველა მიდამოში

343. ფილგვის ემფიზემის ყველაზე მნიშვნელოვანი რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) ფილგვის სურათის გაძლიერება და ლეფორმაცია
- ბ) ფილგვის ფესვების გაფართოვება
- გ) ფილგვის ფესვის და ფილგვის სურათის ცვლილება
- *დ) ფილგვის ველების გამჭვირვალობის მომატება და სურათის გაღარიბება

344. ღიაფრაგმის თალის მოძრაობა ფილგვების ემფიზემის დროს

- *ა) მკვეთრად დაქვეითებულია
- ბ) არ იცვლება
- გ) მომატებულია
- დ) მკვეთრად მომატებულია

345. ფილგვისმიერ ჰიპერტენზიას პირველ რიგში ახასიათებს:

- ა) ფილგვის სურათის გაძლიერება და ლეფორმაცია
- ბ) ფილგვის კარის სისხლძარღვების პულსაცია
- *გ) ფილგვის კარის სისხლძარღვების და ფილგვის არტერიის ღეროს გაფართოვება
- დ) შეგუბებითი პროცესები ფილგვში

346. ფილგვის პროგრესირებადი დისტროფიისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ფილგვის სურათის გაძლიერება და ლეფორმაცია
- *ბ) ფილგვის შემოსამღვრულ უბანში ფილგვის სურათის გაიშვიათება
- გ) მოცულობის შემცირება
- დ) შუასაყრის ცლომა დაავადებულ მხარეს

347. ფილგვის არტერიის ჰიპოპლასტია დიაგნოსტიკურად:

- ა) რენტგენოგრაფიით
- ბ) გომოგრაფიით
- გ) ბრონქოგრაფიით
- *დ) ანგიოპულმონოგრაფიით

348. ქრონიკული ბრონქიტის დიაგნოსტიკის ყველაზე ეფექტური მეთოდია:

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) გომოგრაფია
- *გ) ბრონქოგრაფია
- დ) კტ

349. ბრონქოგრაფია ნაჩვენებია შემდეგი სახის ბრონქიტის დროს:

- ა) მწვავე

ბ) ობსტრუქციული

გ) ასთმოიდური

*დ) ჩირქოვან-მადეფორმირებელი

350. ფილგვის წილის ემფიზემის დროს:

ა) დაზიანებული ფილგვი მოცულობაში მომატებულია

ბ) ფილგვის გამჭვირვალობა დაქვეითებულია

*გ) ფილგვის სურათის გაღარიბება და გამჭვირვალობის მომატება შემოსაზღვრულ უბანში

დ) შუასაყრის ცლომა

351. პირველადი ტუბერკულოზური კომპლექსისათვის დამახასიათებელია:

ა) წილოვანი დაჩრდილვა

ბ) ორმხრივი დაზიანება

*გ) ფილგვის კარის ჩრდილის ცალმხრივი გაფართოვება

დ) სითხე პლევრის ღრუში

352. ტუბერკულოზური ბრონქოაღენიგისათვის დამახასიათებელია

ა) გულმკერდშიდა ყველა ლიმფური კვანძის ორმხრივი დაზიანება და მათი კონტურის გაკირვა

*ბ) გულმკერდშიდა ლიმფური კვანძების ერთი ან ორი ჯგუფის ცალმხრივი გადიდება

გ) ფილგვის კარის გაფართოვება ფილგვში ანთებითი ფოკუსის არსებობით

დ) ბრონქოპულმონალური ლიმური კვანძების ორმხრივი გაფართოვება

353. გულმკერდშიდა ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი გვხვდება შემდეგ ასაკში:

*ა) ბავშვთა და მოზარდთა

ბ) მოზარდთა და ხანშიშესულ

გ) ახალგაზრდა და საშუალო

დ) ბავშვთა, ახალგაზრდა და ხანშიშესულ

354. ტუბერკულოზური ინფილტრატები ხასიათდება

ა) ფილგვის წილის ან სეგმენტის სამკუთხედის ფორმის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურული დაჩრდილვით

*ბ) მკრთალი კონტურების მქონე დაჩრდილვა კეროვანი მოთესვით

გ) სეგმენტის დაჩრდილვა მისი მოცულობის შემცირებით

დ) მრგვალი ფოკუსი რღვევით და სითხის ღონით

355. ფილგვების ქრონიკული ჰემატოგენურ-დისიმინირებული ტუბერკულოზი ხასიათდება:

ა) ორმხრივი გოგალური დაზიანებით

*ბ) I, II და VI სეგმენტების უპირატესი დაზიანებით

გ) ქვედაწილოვანი დაზიანებით

დ) ლოკალიზაცია გაურკვეველია

356. მეორე სტადიის სარკოიდოზი ფილგვების დისიმინირებული ტუბერკულოზისაგან განსხვავდება:

*ა) ფილგვის კარის და შუასაყარის დაზიანების ხასიათით

ბ) ფილგვის დისიმინაციის ხასიათით

გ) ბრონქოგრაფიული სურათით

დ) პლევრალური ცვლილებებით

357. ფილგვის ტუბერკულოზისა და პერიფერიული კიბოს ლიფერენციალური დიაგნოსტიკა დამყარებულია ძირითადად

- * ა) კონგურის ხასიათიზე
- ბ) სიმსივნის ლოკალიზაციაზე
- გ) ზომებზე
- დ) პლევრის ცვლილებებზე

358. დესტრუქცია ტუბერკულოზში ხშირად ლოკალიზდება

- ა) ბელა პოლუსში
- ბ) ცენტრში
- * გ) ექსცენტრულად
- დ) რამდენიმე ადგილას

359. ტუბერკულოზის სტრუქტურა გამწვავების სტადიაში ხასიათდება:

- ა) გაკირვით
- * ბ) დესტრუქციული პროცესით
- გ) ერთგვაროვნებით
- დ) გაკირვითა და რღვევის არსებობით

360. რომელი სკიალოგიური ნიშანი უფრო მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზისა და პერიფერიული კიბოს ლიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში

- ა) ლოკალიზაცია
- ბ) სტრუქტურა
- გ) ინტენსიობა
- * დ) კონგური და მიმდებარე ფილგვის ქსოვილი

361. ტუბერკულოზისათვის პროგრესირების სტადიაში დამახასიათებელია:

- ა) შრეობრივი შენება
- ბ) გარეთა მკაფიო კონტურები
- * გ) რღვევის უბნებისა და მოთესვის კერების არსებობა
- დ) ჩრდილის მაღალი ინტენსიობა

362. ტუბერკულოზურ კავერნასა და სხვა დრო წარმონაქმნთა ლიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია

- ა) ლოკალიზაცია
- ბ) ღრუს კედლის სისქე
- გ) სითხის შიგთავსის რაოდენობა
- * დ) პროცესის დინამიკაში შესწავლა

363. რით განსხვავდება ტუბერკულოზური ექსუდაციური პლევრიტი სხვა ეგიოლოგიის პლევრიტებისაგან

- ა) სკიალოგიური ნიშნებით
- ბ) სითხის რაოდენობით
- გ) კირის ჩანართებით
- * დ) პუნქტაგის ციტოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური ნიშნებით

364. რომელ ბრონქებში ვითარდება ხშირად ფილგვის ცენტრალური კიბო

- ა) მთავარი

- ბ) წილოვანი
- გ) შუამღებარე
- *დ) სეგმენტური

365. წილოვანი ბრონქის კიბოს საექვო შემთხვევაში რენტგენოგრაფიის შემდეგ პირველ რიგში უნდა ჩაგარდეს:

- *ა) ტომოგრაფია
- ბ) ანგიოპულმონოლოგრაფია
- გ) ბრონქიალური არტერიის ანგიოგრაფია
- დ) ბრონქოგრაფია

366. ფილგვის ენდობრონქიალური ცენტრალური კიბოსათვის უფრო მეტად დამახასიათებელია:

- *ა) ვენტილაციის დარღვევა
- ბ) ღიაფრაგმის მოძრაობის დარღვევა
- გ) ფილგვის კარის მიდამოში დაჩრდილვა
- დ) პრეჰილარულ მიდამოში ფილგვის სურათის გაძლიერება და ლეფორმაცია

367. ფილგვის ცენტრალური კიბოს დროს ტომოგრაფიაზე ბრონქი:

- *ა) ლეფორმირებულია
- ბ) ამპუტირებულია
- გ) ციკლიურად შევიწროვებულია, ამპუტირებულია
- დ) გაფართოვებულია

368. მთავარი ბრონქის კიბოს დროს ღიაფრაგმა:

- ა) ცლომილია ქვემოთ
- *ბ) ცლომილია ზემოთ
- გ) ჩვეულებრივი მდებარეობისაა
- დ) ლეფორმირებულია

369. ფილგვის ფესვი ცენტრალური კიბოს დროს:

- ა) შეუცვლელია
- *ბ) გაფართოვებული და უსტრუქტუროა
- გ) არ მოჩანს (დაფარულია შუასაყრის ჩრდილით)
- დ) ცლომილია ჯანმრთელ მხარეს

370. წილის ჰიპოვენტილაციის დროს შაუსაყარი:

- ა) ნორმალური მდებარეობისაა
- *ბ) ცლომილია დაავადებულ მხარეს ნაწილობრივ
- გ) ცლომილია დაავადებულ მხარეს მთლიანად
- დ) ცლომილია ჯანმრთელ მხარეს

371. ნერიფერიული კიბო ვითარდება შემდეგი ბრონქების ეპითელიუმიდან:

- ა) სეგმენტური
- *ბ) სუბსეგმენტური
- გ) წილაკოვანი
- დ) ალვეოლარული ეპითელიუმიდან

372. რომელ სეგმენტშია ლოკალიზებული ხშირად ფილგვის პერიფერიული კიბო

- ა) გელა
- *ბ) მარჯვნივ, წილთაშუა ღარების მოსაზღვრე სეგმენტებში
- გ) უკანა
- დ) ქველა

373. რომელი ფორმა ახასიათებს უფრო ხშირად 2-სმ მეტი ზომის პერიფერიული კიბოს:

- ა) სწორი-სფერული
- *ბ) არასწორი სფერული
- გ) პოლიგონალური
- დ) არასწორი სფერული პოლიგონალური

374. ფილგვის პერიფერიული კიბოს დაჩრდილვის კონტურები:

- ა) სწორი და მკაფიოა
- ბ) არამკვეთრი და სწორია
- გ) მკაფიოა და დაკბილული
- *დ) არამკაფიოა და დაკბილული

375. ფილგვის პერიფერიული კიბოს სტრუქტურა და კონტურები კარგად გამოისახება:

- ა) რენტგენოგრამაზე
- ბ) რენტგენოგრამაზე და მონოგრამაზე
- გ) მონოგრამაზე
- *დ) ტომოგრამაზე

376. ჩამოყალიბებული პერიფერიული კიბოს ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომი ბრონქოგრაფიის დროს არის:

- ა) ბრონქის ამპუტაცია სიმსივნის კიდეებთან
- *ბ) ბრონქის ამპუტაცია სიმსივნის შიგნით
- გ) ბრონქების ერთმანეთისაგან დაშორება სიმსივნის გეწოლით
- დ) ბრონქოექტაზები

377. როგორი ფორმა აქვს უფრო ხშირად 2-სმ ნაკლები ზომის პერიფერიულ კიბოს

- ა) არასწორი მომრგვალო
- ბ) სწორი-მომრგვალო
- *გ) პოლიგონალური
- დ) ოვოიდური

378. ფილგვის პერიფერიული კიბოს ირგვლივ აღინიშნება

- ა) კარისაკენ მიმართული ბილიკი
- *ბ) სხივისებრი კონტურები
- გ) კეროვანი ჩრდილები
- დ) სხივისებური კონტურები და კეროვანი ჩრდილები

379. ფილგვის კარში მეტასტაზებისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) გარეთა კილის გამოდრეკილობა
- ბ) კარის გაფართოება
- გ) კარის უსტრუქტურობა
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი სწორია

380. როგორი ლოკალიზაცია აქვს, უფრო ხშირად, რღვევის უბანს ფილგვის პერიფერიული კიბოს დროს

ა) ცენტრალური

ბ) ექსცენტრული

გ) მრავლობითი

*დ) ექსცენტრული და მრავლობითი

381. სიმსივნეს პირობითად ეწოდება ფილგვის "პაგარა" კიბო, თუ მისი ზომებია:

ა) 1სმ-მდე

*ბ) 1-2 სმ

გ) 2-4 სმ

დ) 4 სმ-დე

382. სითხის და ჰაერის შემცველობა ღრუში დამოკიდებულია:

ა) დაავადების ხასიათზე

ბ) ღრუს კედლის სისქეზე

*გ) მადრენირებელი ბრონქის მდგომარეობაზე და ლოკალიზაციაზე

დ) ღრუს ზომებზე

383. პერიფერიული კიბოს პანკოსტას გიჰისათვის დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა:

*ა) ზედა სეგმენტები

ბ) წინა სეგმენტები

გ) ბაზალური სეგმენტები

დ) უკანა სეგმენტები

384. ფილგვში მეტასტაზების დროს უფრო ხშირად გვხვდება:

*ა) მრავლობითი მრგვალი ჩრდილები

ბ) მილიარული დისიმინაცია

გ) ლიმფანგიტი

დ) სოლიტარული მეტასტაზი

385. ფილგვის სოლიტარული მეტასტაზი დიფერენცირებულ უნდა იქნეს:

*ა) ფილგვის კეთილთვისებიან სიმსივნესთან

ბ) რეტენციულ კისტასთან

გ) კეროვან პნევმონიებთან

დ) ჩაპარკულ პლევრასთან

386. შუა წილის კიბოს შედეგად განვითარებული ატელექტაზი რთული სადიფერენციაციოა:

ა) წილთაშუა პლევრიტთან

ბ) მწვავე პნევმონიასთან

*გ) წილის ციროზთან

დ) ბრონქში უცხო სხეულის გამო განვითარებულ ატელექტაზთან

387. ფილგვის პრიფერიულ კიბოსა და სხვა კეთილთვისებიან სფერულ წარმონაქმნთა დიფერენციურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე მნიშვნელოვანია:

ა) ზომები

*ბ) კონტურების ხასიათი

გ) კირის ჩანართების არ არსებობა

დ) რღვევის არსებობა

388. ბრონქიოლო-ალვეოლარული კიბო ვითარდება:

ა) სეგმენტური ბრონქების ლორწოვანიდან

ბ) ვისცერალური პლევრიდან

*გ) ალვეოლარული და ბრონქიოლების ეპითელიდან

დ) ვისცერალური პლევრიდან და ალვეოლარული ეპითელიდან

389. ფილგვის სარკომისათვის დამახასიათებელი ნიშანია:

ა) დიდი ზომები

*ბ) სწრაფი ზრდა

გ) მიმდებარე ფილგვის სურათის ცვლილებები

დ) ერთგვაროვნება

390. ღიაფრაგმის მაღალი დგომა და უძრავობა ფილგვის ავთვისებიანი სიმსივნის მხარეს მეტყველებს:

ა) ღიაფრაგმის თაღის რელაქსაციაზე

ბ) ბაზალურ პლევრალურ გამონაჟონზე

გ) ღიაფრაგმის რელაქსაციაზე და ბაზალურ გამონაჟონზე

*დ) ღიაფრაგმალური ნერვის დაზიანებაზე

391. ფილგვის კიბოს დროს პლევრის დრუში სითხის არსებობა განპირობებულია:

*ა) პლევრის სიმსივნური მოთესვით

ბ) ფილგვის კარის ლიმური კვანძების დაზიანებით და სიმსივნური მოთესვით

გ) გულის უკმარისობით გამოწვეული შეგუებითი მოვლენებით

დ) თანმხლები დაავადებებით

392. ფილგვის სოლიტარული სფერული წარმონაქმნიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

*ა) კიბო

ბ) კეთილთვისებიანი სიმსივნე

გ) სოლიტარული მეტასტაზი

დ) განვითარების მანკები (არტერიო-ვენური ანევრიზმები)

393. როგორ წარმონაქმნს მიექუთვნება ფილგვის ჰამარტომა:

*ა) ფილგვების ემბრიონალური განვითარების დარღვევის შედეგს

ბ) სიმსივნის მსგავსს

გ) სისხლძარღვოვან

დ) ანთებითი ხასიათისას

394. ფილგვის ჰამარტოქონდრომისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი სკიალოგიური ნიშანია:

ა) დესტრუქცია და მის გარშემო კეროვანი ჩრდილები

*ბ) მკაფიო კონტურები

გ) კარისაკენ ბილიკი

დ) გარშემომდებარე ფილგვის ქსოვილში კეროვანი ჩრდილები

395. ენდობრონქული აღენომის დროს ბრონქის და ფილგვის მდგომარეობას უკეთესად დაადგენს:

ა) ბრონქოგრაფია

- ბ) გომოგრაფია
- გ) ბრონქოსკოპია
- *დ) ბრონქოსკოპია და ბრონქოგრაფია

396. ფილგვის აღენომას ახასიათებს:

- *ა) მალიგნიზაცია
- ბ) სიმსივნის ნელი ზრდა
- გ) თანმხლები პლევრიტი
- დ) მნიშვნელოვანი ნიშანი არ ახასიათებს

397. ფილგვის პერიფერული აღენომის რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

- *ა) მომრგვალო ფორმა და მკაფიო კონტურები
- ბ) არამრგვალი ფორმა, მკაფიო კონტურები
- გ) არასწორი ოვალური ფორმა
- დ) ფილგვის კარისკენ მიმართული ფართე ბილიკი

398. პერიფერიულ კიბოსა და პერიფერიულ აღენომას შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი სიმპტომია:

- ა) ფორმა
- ბ) ფორმა და ზომა
- *გ) სტრუქტურა და კონტური
- დ) კონტური და ფორმა

399. ფილგვის პერიფერიული აღენომის დიაგნოსტიკაში გამოკვლევის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) რენტგენოგრაფია და ბრონქოგრაფია
- *ბ) გომოგრაფია
- გ) ბრონქოგრაფია
- დ) მონოგრაფია

400. ფილგვის არტერიო-ვენური ანევრიზმა არის

- ა) სისხლძარღვოვანი სიმსივნე
- *ბ) განვითარების ანომალია
- გ) შეძენილი დაავადება
- დ) ტრავმის შედეგი

401. არტერიო-ვენოზური ანევრიზმების დიაგნოსტიკაში ყველაზე მეტად ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) მრავალპროექციული რენტგენოსკოპია
- ბ) გომოგრაფია
- *გ) ანგიოპულმონოგრაფია
- დ) ფუნქციონალური სინჯი

402. ფილგვის სოკოვანი დაავადება, რომელიც გამოისახა სფერული წარმონაქმნის სახით - წარმოადგენს:

- ა) აქტინომიკოზს
- ბ) კანდიდომიკოზს
- *გ) მეორად ასპერგილოზს
- დ) კოკციდიოიდურ მიკოზს

403. ფილგვის ასპერგილომა ლოკალიზდება

- ა) პარენქიმაში
- *ბ) ძველ სანირებულ კავერნაში
- გ) ახალ კავერნაში
- დ) ქრონიკული აბსცესის ღრუში

404. ფილგვის პერიფერიულ კიბოსა და რომელ სოკოვან დაავადების შორის უნდა ჩაგარდეს დიფერენციალური დიაგნოზი:

- ა) აქტინომიკოზი
- *ბ) ასპერგილოზი
- გ) კანდიდომიკოზი
- დ) არც ერთთან

405. რომელ მონაცემებს ენიჭება სოკოვანი დაავადებების დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა:

- ა) კლინიკურ
- ბ) რენტგენოლოგიურ
- გ) ლაბორატორიულ
- *დ) მთელი კომპლექსი

406. ფილგვის ყველაზე ხშირი პარაზიტული დაავადებაა:

- ა) ტოქსოპლაზმოზი
- ბ) პარაგონიმოზი
- *გ) ექინოკოკოზი
- დ) ჰისტოპლაზმოზი

407. ფილგვის ექინოკოკოზის მორფოლოგიური სუბსტრატია:

- ა) პარენქიმაში ინფილტრატი
- ბ) მრავლობითი ღრუები
- გ) აბსცესი
- *დ) კისტა სითხის შიგთავსით

408. ვლინდება თუ არა კლინიკურად ფილგვების ექინოკოკოზი:

- ა) სიმპტომი არა აქვს
- ბ) აქვს ტიპური სიმპტომი
- გ) აქვს არატიპური სიმპტომი
- *დ) კლინიკური სურათი დამოკიდებულია პარაზიტის განვითარების სტადიაზე:

409. ექინიკოკურ წარმონაქმნს უფრო ხშირად აქვს შემდეგი ფორმა:

- *ა) ოვოიდური, ჰომოგენური, დიდი ზომის
- ბ) მომრგვალო
- გ) აღინიშნება ფილგვის წილის გამკვრივება
- დ) არასწორი ფორმა

410. როგორი სტრუქტურა და კონტურები აქვს ფილგვის გაურთულებელ ექინოკოკს:

- *ა) ჰომოგენური, მკაფიო
- ბ) არაჰომოგენური, არამკვეთრი

- გ) ჰომოგენური, არამკაფიო
- დ) არაჰომოგენური, მკაფიო

411. ექინოკოკის სტრუქტურა და კონტურები კარგად გამოვლინდება:

- ა) რენტგენოსკოპიით
- ბ) რენტგენოგრაფიით
- გ) ტომოგრაფიით
- *დ) კგ-თი

412. მკვდარი ექინოკოკის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) ზომების შემცირება
- ბ) ფორმის შეცვლა
- გ) ფორმის შეცვლა და ზომების შემცირება
- *დ) კაპსულის გაკირვა

413. პოლისეროზიტი ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- *ა) სისტემური წითელი მგლურა
- ბ) სისტემური სკლეროდერმია
- გ) დერმატომიოზიტი
- დ) კვანძოვანი პერიარტერიიტი

414. ყველაზე მეტად ბაზალური პნევმოსკლეროზი, ფილგვის სურათი "ფიჭისებრი" ტრანსფორმაციით დამახასიათებელია:

- ა) სისტემური წითელ მგლურასათვის
- *ბ) სისტემური სკლეროდერმიისათვის
- გ) დერმატომიოზისათვის
- დ) კვანძოვანი პერიარტერიიტისათვის

415. ფილგვებში თირკმლის კიბოს მეტასტაზებისათვის მეტად დამახასიათებელია:

- ა) სითხე პლევრის ღრუში
- *ბ) სფერული წარმონაქმნები
- გ) ლიმფანგიტი
- დ) ფილგვის კარის გაგანიერება

416. ფილგვის ბელა-უკანა ნაწილში ლოკალიზებული წარმონაქმნებისა და ნევრინომების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკისათვის სჯობს გაკეთდეს

- *ა) კტ
- ბ) ტომოგრაფია
- გ) მრავალპროექციური რენტგენოგრაფია
- დ) უბგ

417. თიმომები ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია შუასაყრის შემდეგ ნაწილებში:

- ა) ბელა-უკანა
- ბ) ბელა-წინა
- *გ) შუა-წინა
- დ) ქვედა-წინა

418. თიმომებისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია:

- ა) მომრგვალო ფორმა და გალღოვანი კონტურები
- ბ) მომრგვალო ფორმა და სწორი კონტურები
- *გ) არასწორი ოვალური ფორმა და გალღოვანი კონტურები
- დ) გაკირული ჩანართები

419. გაკირვა მკერდუკანა ჩიყვის დროს:

- ა) არ გვხდება
- ბ) მუდმივად არის
- *გ) გვხვდება ზოგჯერ
- დ) შეინიშნება მხოლოდ ავთვისებიანი ჩიყვის დროს

420. გაკირვა და ძვლოვანი ჩანართები შუასაყარის წარმონაქმნებში ღამახასიათებელია სიმსივნეებისათვის:

- ა) ცელომისათვის
- *ბ) ტერატომისათვის
- გ) თიმომისათვის
- დ) ჩიყვისათვის

421. ყველაზე დიდ ინფორმაციას გრაქეის ბიფურკაციის ლიმფური კვანძების გაღილების შესახებ იძლევა:

- ა) ემოფაგოგრაფია
- ბ) ტომოგრაფია
- *გ) კტ
- დ) უბგ

422. წინა შუასაყარის შუა მიდამოში ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) ჩიყვი
- *ბ) თიმომა
- გ) ცელომური კისტა
- დ) ნევრინომა

423. შუასაყარის სიმსივნეების დიფდიაგნოსტიკაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს:

- ა) მოცულობას
- ბ) გარე კონტურების ხასიათს
- *გ) ლოკალიზაციას
- დ) გაკირული ჩანართების არსებობას ან არარსებობას

424. ჩიყვის რომელი ფორმის დროს შეინიშნება მისი გადაადგილების სიმპტომი ხველებისა და ყლაპვის დროს:

- ა) "მყვინთავი" ჩიყვის
- ბ) მხოლოდ მკერდუკანა
- *გ) "მყვინთავი" და მკერდუკანა
- დ) ავთვისებიანის დროს

425. შუასაყარის ჩიყვის დროს სრულფასოვანი ინფორმაციის მიღებისათვის საჭიროა ჩატარდეს:

- ა) პოლიპოზიციური რენგენოსკოპია
- ბ) ტომოგრაფია და რენგენოგრაფია
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა

*დ) ულტრაბგერითი, კგ რადიოიზოტოპური გამოკვლევა

426. შუასაყრის ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმსივნეებიდან მალიგნიზაციის უმაღლესი ინდექსით ხასიათდება:

ა) ტერატომა

*ბ) თიმომა

გ) ნევრინომა

დ) აბდომინო-მედიასტინური ლიპომა

427. კაფსულის კიდეების გაკირვა ყველაზე ხშირად დამახასიათებელია კისტებისთვის:

*ა) ღერმოილული

ბ) ცელომური

გ) ენტერობრონქული

დ) თიმუსის

428. პერიკარდიუმის ცელომური კისტებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ლოკალიზაცია:

*ა) კარდიო-დიაფრაგმალურ სინუსში

ბ) შუა-წინა

გ) შუა-უკანა

დ) ქვედა-უკანა

429. ცელომური კისტების კონტურები უკეთ გამოიკვეთება:

ა) მრავალპროექციული რენტგენოსკოპიის დროს

ბ) ტომოგრაფიის დროს

გ) ულტრაბგერითი კვლევის დროს

*დ) კგ-თი

430. პერიკარდიუმის ცელომური კისტისა და ჩაპარკული პლევრიტის დიფდიაგნოსტიკის საშუალებას გვაძლევს:

ა) მრავალპროექციული რენტგენოსკოპია

ბ) ტომოგრაფია

გ) ულტრაბგერითი კვლევა

*დ) კგ

431. მკერდუკანა ჩიყვის გარჩევა კისერ-შუასაყრის ლიპომისაგან შესაძლებელია:

ა) ლოკალიზაციით

ბ) კონტურებით

გ) სტრუქტურით

*დ) ყლაპვის დროს გადაადგილებით

432. გადიდებული გულის და მედიასტინალური ლიპომის დიფერენციალური რენტგენო-დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა:

ა) რენტგენოსკოპია

ბ) ექოკარდიოგრაფია

*გ) ექოკარდიოგრაფია და კგ

დ) რენტგენოსკოპია და ტომოგრაფია

433. ნევროგენული სიმსივნეები ყველაზე ხშირად ლოკალიზდებიან:

- * ა) პარავერტებრალურ სივრცეებში
- ბ) ქველა შუასაყარში
- გ) შუასაყარის ქვემო-უკანა ნაწილში
- დ) კარდიო-დიაფრაგმალურ სინუსში

434. ნევროგენული სიმსივნის ჩრდილის მოხაზულობა როგორც წესი:

- ა) სწორია
- ბ) გაღლოვანი
- * გ) სწორია, მოგჯერ გაღლოვანი
- დ) არამკაფიო გაღლოვანი

435. ნევროგენული სიმსივნე მრავალპროექციული რენტგენოსკოპიის დროს:

- ა) გადაადგილდება სუნთქვის დროს
- ბ) პულსირებს და გადაადგილდება სუნთქვის დროს
- გ) არ გადაადგილდება სუნთქვის დროს, მაგრამ იცვლის კონფიგურაციას
- * დ) არ გადაადგილდება სუნთქვის დროს და არ აცვლის კონფიგურაციას

436. ნევროგენული სიმსივნეების ჭეშმარიტი ფორმა ყველაზე კარგად გამოძეგნდება:

- ა) მრავალპროექციური რენტგენოსკოპიით
- ბ) რენტგენოგრაფიის სტანდარტული პროექციით
- * გ) პირდაპირ პროექციაში ტომოგრაფიის დროს
- დ) გვერდით პროექციაში ტომოგრაფიის დროს

437. ნევროგენული სიმსივნეების ქვემო-უკანა შუასაყარში ლოკალიზაციისას საჭიროა გაკეთდეს:

- ა) მრავალპროექციული რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოტომოგრაფია
- გ) პნევმოთორაქსი
- * დ) კტ

438. მძიმე მთავრია შესაძლებელია ახლდეს:

- ა) მკერდუკანა ჩიყვს
- * ბ) თიმუსის ჯირკვლის სიმსივნეს
- გ) ნევროგენულ სიმსივნეს
- დ) მედიასტინალურ კიბოს

439. შუასაყარის ლიმფური კვანძების დაზიანება მეტად გამოიკვეთება:

- ა) უბგ და სეგმენტოგრაფიით
- ბ) სეგმენტოგრაფიით და ტომოგრაფიით
- * გ) ტომოგრაფიით და კტ
- დ) ტომოგრაფიით და უბგ

440. ბიფურკაციული რიგის ლიმფური კვანძების გადიდება უკეთესად გამოვლინდება:

- ა) საყლაპავის კონტრასტირებისას
- ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევისა და ტომოგრაფიისას
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევისა და საყლაპავის კონტრასტირებისას
- * დ) კტ-ით

441. "მყვინთავი" ჩიყვის დიაგნოსტიკის დიფერენციაციის მიზნით, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

მიზანშეწონილია ჩაგარდეს შემდეგ მდგომარეობაში:

- ა) ვერტიკალურ
- ბ) ჰორიზონტალურ
- *გ) ორივე მდგომარეობაში
- დ) მნიშვნელობა არა აქვს

442. ზედა შუასაყარის სიმსივნის დროს კონტურების მკვეთრად შემოსაზღვრა არ არის დამახასიათებელი

- ა) ნევრინომისტვის
- ბ) თიმომისტვის
- *გ) მკერლეკანა ჩიყვისტვის
- დ) ღერძოიღული კისტისტვის

443. წინა შუასაყარის პათოლოგიურ წარმონაქმნებს შორის სწორი კონტურები აქვთ

- ა) თიმომას
- ბ) მკერლეკანა ჩიყვს
- *გ) ცელომურ კისტას
- დ) ტერატომას

444. წინა კარდიოლიაფრაგმულ სინუსში ლოკალიზებული პათოლოგიური წარმონაქმნის რენტგენოლოგიური ღიფ. დიაგნოსტიკისას მეტად ინფორმაციულია:

- ა) რენტგენოსკოპია და ტომოგრაფია
- ბ) ტომოგრაფია და ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ტომოგრაფია, რენტგენოსკოპია
- *დ) რენტგენოსკოპია და კტ

445. შუასაყარისა და ფილგვის კარის ჩრდილის ორმხრივი გაფართოება (პოლიციკლური კონტურებით) მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ტუბერკულოზისატვის
- *ბ) სარკოიდოზისატვის
- გ) მეტასტაზებისატვის

446. ლიმფოგრანულომატომის დროს ფილგვის კარის და შუასაყარის ლიმფური კვანძების გადიდება უფრო ხშირად არის

- ა) ორმხრივი და სიმეტრიული
- *ბ) ორმხრივი და ასიმეტრიული
- გ) ცალმხრივი
- დ) მხოლოდ ფილგვის კარის ლიმფური კვანძები

447. თავისუფალი გამონაჟონის ზედა ზღვარი სუნთქვისას გადაადგილდება:

- ა) ამოსუნთქვისას ქვემოთ
- ბ) ჩასუნთქვისას ზემოთ
- *გ) ამოსუნთქვისას ზემოთ
- დ) ჩასუნთქვისას ზემოთ, ამოსუნთქვისას ქვემოთ

448. პლევრის ღრუში დიდი რაოდენობით სითხის არსებობისას ჰილუსში მომრგვალო განათებულობის უბანი (პლევრალური ფანჯარა) გამოწვეულია:

- ა) ფილგვის ჰილუსის მიმდებარე ნაწილში რღვევის უბნის არსებობა

- *ბ) ფილტვის შეკუმშვა
- გ) ჰაეროვანი კისტა
- დ) მიზეზი უცნობია

449. ჩაპარკული კელისამდყოფი პლევრიგის ჩრდილის კონფიგურაცია სუნთქვისას

- ა) ვიწროვდება ჩასუნთქვისას
- *ბ) გრძელდება ჩასუნთქვისას და ფართოვდება ამოსუნთქვისას
- გ) ფართოვდება ამოსუნთქვისას
- დ) არ იცვლება

450. მშრალი პლევრიგის შემთხვევაში სუნთქვისას ღიაფრაგმის ექსკურსიის ამპლიტუდა დაზიანების მხარეს შემდეგნაირია

- ა) პარადოქსალურად მოძრავია
- *ბ) მცირდება
- გ) იზრდება
- დ) უმოძრაოა

451. პლევრალური გამონაჟონის ხასიათის დასადგენად პირველ რიგში უნდა ჩატარდეს

- ა) გომოგრაფია
- *ბ) პლევრალური პუნქცია
- გ) რენტგენოსკოპია
- დ) თორაკოსკოპია

452. მთავარ წილთაშუა ნაპრალში სითხის არსებობა ოპტიმალურად ვლინდება შემდეგ პროექციებში

- ა) პირდაპირში
- ბ) პირდაპირში და გვერდითში
- გ) პირდაპირში და ირიბში
- *დ) ირიბში და გვერდითში

453. გვერდით რენტგენოგრაფიაზე დაჩრდილული უბნის კონტურები წილთაშუა ჩაპარკული პლევრიგის ღროს შემდეგნაირია

- ა) შეზნეჟილი
- *ბ) ამომზნეჟილი
- გ) სწორხაზოვანი
- დ) ტალღოვანი

454. ჩაპარკული პლევრიგის რომელი სახეობა ვლინდება უფრო ხშირად გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე პირდაპირ პროექციაში და არ ვლინდება გვერდით პროექციაში

- ა) კელის ამყოლი
- *ბ) მწვერვალის
- გ) პარამედიასტინალური
- დ) ღიაფრაგმის გელა

455. პლევრის შემოსაზღვრული სიმსივნის ლოკალიზაციის (პარიეტალური თუ ვისცერალური ფურცელი) დასადგენად გამოიყენება

- ა) კტ
- ბ) რენტგენოგრაფია

- გ) გომოგრაფია
- *დ) პნევმოტორაქსი

456. ორმხრივი გამონაჟონი პლევრის ღრუში უფრო ხშირად გვხვდება

- ა) ფილტვების დაავადებისას
- ბ) ფილტვებისა და გულის დაავადებისას
- გ) ფილტვების დაავადებისა და პოლისეროზიგის დროს
- *დ) გულის, თირკმლების დაავადებისა და პოლისეროზიგის დროს

457. კენტი ვენის წილის გამყოფი ხაზი შედგება შემდეგი პლევრის ფურცლისაგან

- ა) ორი ვისცერალური
- ბ) ორი პარიეტალური
- გ) 1 ვისცერალური და 1 პარიეტალური
- *დ) 2 ვისცერალური და 2 პარიეტალური

458. მცირე წილთაშუა ნაპრალში გამონაჟონის არსებობაზე მეტ ინფორმაციას იძლევა

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია
- *დ) გომოგრაფია და რენტგენოგრაფია

459. ჩაპარკული წილთაშუა გამონაჟონი მარჯვნივ უკეთესია განვასხვავოთ შუა წილის სინდრომისგან შემდეგი გამოკვლევით

- ა) რენტგენოსკოპიით
- ბ) რენტგენოგრაფიით
- გ) გომოგრაფიით
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევით და გომოგრაფიით

460. ყოველ პლევრალურ ღრუში პარამედიასტინალური სივრცე

- ა) ერთია
- ბ) ორია
- გ) სამია
- *დ) ოთხია

461. პლევრალური გამონაჟონის ჩაპარკვა უფრო ხშირად გვხვდება

- ა) ჩირქოვანი ექსუდაგის და გრანსუდაგის დროს
- ბ) ფილტვის სიმსივნის და ჩირქოვანი ექსუდაგის დროს
- *გ) ჩირქოვანი ექსუდაგის და გუბერკულოზის დროს
- დ) გუბერკულოზის და ფილტვის სიმსივნის დროს

462. რომელი ჩაპარკული პლევრიგი მოძრაობს ნეკნთან ერთად

- ა) აპიკალური და კედლის ამყოლი
- ბ) კედლის ამყოლი და დიაფრაგმული
- გ) აპიკალური და დიაფრაგმული
- *დ) კედლის ამყოლი

463. როგორი ლოკალიზაციის შემოფარგლული პლევრიგი გამოჩნდება გვერდით პროექციაში

- ა) გვერდითი

- ბ) გვერდითი და წინა
- გ) გვერდითი და უკანა
- *დ) წინა და უკანა

464. ტოტალური პლევრიტის და ფილტვის ატელექტაზის დიფერენციაციის ყველაზე სარწმუნო საშუალებას წარმოადგენს

- ა) პოლიპოზიციური რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია ლატეროპოზიციაში
- გ) რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია
- *დ) ტომოგრაფია

465. ჩაპარკული პლევრიტი უფრო ხშირად გვხვდება

- ა) ტუბერკულოზის დროს
- *ბ) ტუბერკულოზის და პნევმონიის დროს
- გ) ტუბერკულოზის და ფილტვის სიმსივნის დროს
- დ) პნევმონიის და ფილტვის სიმსივნის დროს

466. ღიაფრაგმული პლევრიტის დიფერენცირება მუცლის ღრუს წარმონაქმნისაგან შესაძლებელია

- ა) რენტგენოსკოპიის დროს
- ბ) ტომოგრაფიის დროს
- გ) რენტგენოგრაფიისა და ტომოგრაფიის დროს
- *დ) პნევმოპერიტონიუმის დროს

467. წილთაშუა ჩაპარკული პლევრიტის რენტგენოლოგიური სურათი დამოკიდებულია

- ა) ლოკალიზაციაზე
- ბ) სითხის რაოდენობაზე
- გ) გავრცელების ხარისხზე
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილს აქვს მნიშვნელობა

468. ოპტიმალური მეთოდიკა, რომელიც გამოავლენს ჩაპარკული გამონაჟონის ყველა ნიშანს არის

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია
- *დ) ტომოგრაფია

469. ვრცელი პლევრიტის ალაგებისას აღინიშნება თუ არა

- ა) ღიაფრაგმის გადაადგილება
- ბ) შუასაყარის გადაადგილება
- გ) ნეკნთაშუა სივრცის შევიწროვება
- *დ) ყველაფერი ზემოთ ჩამოთვლილი შეინიშნება

470. წილთაშუა ღიაფრაგმალური ჩაპარკული პლევრიტის განსხვავებას ცელომიური კისტისგან გვაძლევს

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- *დ) ტომოგრაფია და რენტგენოსკოპია

471. პნევმოთორაქსის დროს ფილგვი იფუშება

- ა) ბევით
- ბ) ქვევით
- გ) ბევით და მედიალურად
- *დ) ქვევით და მედიალურად

472. გულმკერდის ცალმხრივი ინტენსიური ჰომოგენური დაჩრდილვა შუასაყრის ცლომით დაზიანებულ მხარეს დამახასიათებელია

- *ა) ფილგვის ატელექტაზისათვის
- ბ) ექსუდაციური პლევრიტისათვის
- გ) გოტალური პნევმონიისათვის
- დ) პერიფერიული კიბოსათვის

473. რომელი რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებაა შესაძლებელი და მიზანშეწონილი ფილგვებზე ოპერაციული ჩარევის შემდგომ ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) ტომოგრაფია
- *გ) რენტგენოგრაფია პალაგაში
- დ) რენტგენოსკოპია და ტომოგრაფია

474. ფილგვებზე ოპერაციის შემდეგ უფრო ხშირი პოსტოპერაციული გართულებაა

- ა) სითხის ჭარბი რაოდენობა ოპერაციის მხარეს
- ბ) პნევმოთორაქსი ოპერაციის საწინააღმდეგო მხარეს
- *გ) ატელექტაზები დარჩენილ ნაწილში
- დ) პნევმონია

475. 4-6 თვეში პნევმონექტომიის შემდეგ რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას აღინიშნება

- ა) სითხე პლევრის ღრუში
- ბ) ჰაერი პლევრის ღრუში
- გ) შუასაყრის ცლომა
- *დ) ფიბროთორაქსი

476. გულმკერდის გრავმის დროს ანალიზი ესაჭიროება შემდეგ ანატომიურ ელემენტებს

- ა) რბილ ქსოვილებს და ღიაფრაგმას
- ბ) გულმკერდის ჩონჩხს და ღიაფრაგმას
- გ) ფილგვებს და ღიაფრაგმას
- *დ) ღიაფრაგმას, ფილგვებს, ნეკნებს, რბილ ქსოვილებს

477. გულმკერდის რომელი ორგანოს გრავმებია ყველაზე ხშირი მშვილობიან დროში

- ა) რბილი ქსოვილების
- *ბ) ჩონჩხის (ნეკნების)
- გ) ღიაფრაგმის
- დ) შუასაყრის

478. გულმკერდის გრავმის დროს აუცილებელ რენტგენოლოგიურ მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოსკოპია
- *გ) რენტგენოგრაფია და რენტგენოსკოპია

დ) გომოგრაფია

479. კანქვეშა ემფიზემა მეტყველებს შემდეგი სტრუქტურის გრავმულ დაზიანებაზე

*ა) ფილგვის (სუპრაპლევრალური)

ბ) პლევრის

გ) ბრონქის

დ) საყლაპავის

480. ფილგვის კორგიკალური შრის გრავმული დაზიანების ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომია

ა) კანქვეშა ემფიზემა

*ბ) პნევმოთორაქსი

გ) პნევმომელიასტინუმი

დ) პნევმოპერიტონეუმი

481. ჰემოთორაქსის დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური ნიშანია

*ა) ექსუდაციური პლევრიტის ნიშნები

ბ) სითხის ჰორიზონტალური დონე

გ) ღიაფრაგმის გუმბათის მაღლა დგომა

დ) ღიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა

482. დაჭიმული სარქველოვანი პნევმოთორაქსის ყველაზე ჭეშმარიტი ნიშანია

ა) ფილგვის ველის მომატებული გამჭირვალობა, ფილგვის სურათი არ ისახება

ბ) ღიაფრაგმის გუმბათის დაბლა დგომა

გ) შუასაყრის ცლომა მოპირდაპირე მხარისაკენ

*დ) ყველა ნიშანი სწორია

483. გულმკერდის გრავმის დროს ფილგვში სისხლჩაქცევის (ჰემატომის) ნიშანია

*ა) მასიური ჰომოგენური ჩრდილი, რომელიც არ შეესაბამება ფილგვის ანატომიურ ერთეულს

ბ) ღრუ ფილგვში

გ) პნევმოთორაქსი

დ) შუასაყრის ცლომა

484. გულმკერდის გრავმის დროს ღიაფრაგმის თიაქრის არსებობაზე ყველაზე მეტად მიგვანიშნებს

ა) ღიაფრაგმის ორმხრივი დეფორმაცია

ბ) ღიაფრაგმის ცალმხრივი დეფორმაცია

გ) ფილგვის ველის დაჩრდილვა

*დ) ფილგვის ველზე არსებული სხვადასხვა ზომის ჰაეროვანი ბუშტები დაჩრდილვის ფონზე

485. ღიაფრაგმის მწვავე თიაქარი კუჭის გადახაცვლებით გულმკერდის ღრუში გამოჩნდება

ა) ფილგვის ველის დაჩრდილვა

*ბ) ფილგვის ფონზე დიდი ჰაეროვანი ბუშტის არსებობა, ხშირად სითხის დონით

გ) სითხე პლევრის ღრუში

დ) შუასაყრის ცლომა

486. ბრონქების რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულის გამოვლენის ყველაზე მიზანშეწონილი მეთოდია

ა) გომოგრაფია

ბ) ბრონქოგრაფია

გ) რენტგენოგრაფია პირდაპირ პროექციაში

*დ) მრავალპროექციული რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

487. ფილგვის ნაწილის აგელექტამისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ნიშანია

ა) წილის დაჩრდილვა მთლიანად

ბ) წილის ნაწილის დაჩრდილვა

*გ) შუასაყრის ცლომა, რომელიც სწრაფად ჩამოყალიბდა და ფილგვის ნაწილობრივი დაჩრდილვა

დ) დამახასიათებელი ნიშნები არ არსებობს

488. ფილგვის არტერიის მცირე კალიბრის ტოტების თრომბოემბოლიის რენტგენოლოგიური სიმპტომია

ა) წვრილკეროვანი ჩრდილები

ბ) ფილგვის სურათის ფიჭისებური დეფორმაცია

*გ) ფიჭისებური დეფორმაცია და კეროვანი ჩრდილები

დ) ფილგვის სურათის გამჭირვალობის დაქვეითება

489. ასპირირებული უცხო სხეულები უფრო ხშირად გვხვდება

ა) შუა წილის ბრონქში

ბ) ენისებური წილის ბრონქში

*გ) მარჯვენა ქვედა წილის ბრონქში

დ) მარცხენა ქვედა წილის ბრონქში

490. ფუნქციონალური სინჯების დროს მთავარი ბრონქის სრული ობტურაციისას შუასაყარის ცლომა შემდეგნაირია

*ა) ცლომა დაზიანებული მხარეს

ბ) ცლომა ჯანმრთელ მხარეს

გ) ცლომა არ აღინიშნება

დ) ვიბრირებს

491. ასპირაციული პნევმონია უფრო ხშირად აზიანებს

ა) მარჯვენა ქვედა წილს

*ბ) მარჯვენა ქვედა და შუა წილს

გ) ორივე ქვედა წილს

დ) ყველა წილს ერთნაირი სიხშირით

492. ფილგვის აგენების დროს რენტგენოლოგიური სიმპტომებია

ა) გულმკერდი დეფორმაციის გარეშე

ბ) შუასაყარის ორგანოებს უკავიათ ჩვეული მდებარეობა

გ) ღიაფრაგმის გუმბათის ნორმაზე ქვევით ღგომა

*დ) გულმკერდის დეფორმაცია, შუასაყარის ორგანოების მდებარეობის შეცვლა, ღიაფრაგმის გუმბათის მაღალი ღგომა

493. ფილგვის ჰიპოპლაზია დიაგნოსტირდება შემდეგი გამოკვლევებით

ა) ტომოგრაფია

ბ) ტომოგრაფია და ბრონქოგრაფია

*გ) ბრონქოგრაფია და ანგიოგრაფია

დ) ანგიოგრაფია და ტომოგრაფია

494. ფილგვის დაჭიმული გიგანტური კისტა სპონგანური პნევმოთორაქსისაგან რენგენოლოგიურად განსხვავდება

- ა) ფილგვის სურათის და კისტის კონტურის არ არსებობით
- *ბ) ფილგვის სურათის არ არსებობა და კისტის კონტურის არსებობა
- გ) წაშლილი კონტური და ფილგვის სურათის გაღარიბება
- დ) კონტურის არსებობა და ფილგვის სურათის გაღარიბება

495. სუნთქვის ორგანოების დაზიანებისას პნევმოთორაქსის დასადასტურებლად სრულდება შემდეგი სურათები

- ა) შესუნთქვისას
- ბ) ამოსუნთქვისას
- *გ) შესუნთქვისას და ამოსუნთქვისას
- დ) სუნთქვის ფაზას არა აქვს მნიშვნელობა

496. სელექტიური ბრონქოგრაფიის გამოყენება უკეთესია შემდეგ შემთხვევებში

- ა) მწვავე პნევმონია
- *ბ) პერიფერიული კიბო
- გ) ინფილტრაციული ტუბერკულოზი
- დ) პლევრის სიმსივნე

497. ლონდონის სქემის მიხედვით მარჯვენა ფილგვი შედგება:

- ა) რვა სეგმენტისაგან
- ბ) ცხრა სეგმენტისაგან
- *გ) ათი სეგმენტისაგან
- დ) თორმეტი სეგმენტისაგან

498. გულმკერდის რენგენოგრაფიის სიმკვეთრეზე მსჯელებენ კონტურების მიხედვით

- ა) შუასაყრის
- ბ) ღიაფრაგმის
- გ) მაგისგრაღური სისხლძარღვების
- *დ) ნეკნების

499. ფილგვის არგერიის მსხვილი ღეროს თრომბოემბოლიისათვის ადრეულ სტადიაში დამახასიათებელია:

- *ა) ფილგვის ნაწილის გამჭირვალობის მომაგება, ფილგვის სურათის ელემენტების შემცირება კარის ამპუტაციის სურათი
- ბ) ფილგვის ქსოვილის ნაწილის გამჭირვალობის დაქვეითება
- გ) ფილგვის ქსოვილის ლოკალური გაძლიერება
- დ) გამჭირვალობა შემარჩუნებულია

500. დაჭიმული პნევმოთორაქსი და პნევმომელიასგინიუმი რენგენოლოგიურად ვლინდება შემდეგი დაზიანებებისას:

- ა) მხოლოდ გრაქეის გაგლეჯვისას
- ბ) გრაქეის და მთავარი ბრონქების გაგლეჯვისას
- გ) მხოლოდ საყლაპავის გაგლეჯვისას
- *დ) მთავარი ბრონქების, გრაქეის, საყლაპავის გაგლეჯვისას

501. გულ-ფილგვის კოეფიციენტი მიიღება შემდეგი მონაცემების შეფარდებით:

- * ა) გულის განივი ბოძისა - გულმკერდის დიამეტრთან
- ბ) გულის გრძივი ბოძისა - გულმკერდის დიამეტრთან
- გ) გულის ჩრდილის სიმაღლისა - გულმკერდის დიამეტრთან
- დ) გულის განივი ბოძისა - გულმკერდის დიამეტრის ნახევართან

502. პირდაპირ პროექციაში გულის განივი ბოძა წარმოადგენს:

- ა) მანძილს გულის მწვერვალთან მარჯვენა გულ-სისხლძარღვოვან კუთხემდე
- ბ) მანძილს მარჯვენა კარდიო-დიაფრაგმალური კუთხიდან გულის მწვერვალამდე
- გ) მანძილს მარჯვენა წინაგულ-სისხლძარღვოვანი კუთხიდან მარჯვენა გულ-დიაფრაგმალურ კუთხემდე
- * დ) მარჯვენა წინაგული და მარცხენა პარკუჭის რკალების ყველაზე დაშორებული წერტილებიდან შუა ხაზისადმი გავლებული პერპენდიკულარების ჯამს

503. პარკუჭთა შუა ძგიდე დაახლოებით ლოკალიზირდება ეკრანის სიბრტყის პერპენდიკულარულად და გულს ყოფს ორ ერთნაირ ნაწილად

- ა) პირდაპირ წინა პროექციაში
- ბ) მარჯვენა წინა ირიბ პროექციაში
- * გ) მარცხენა წინა ირიბ პროექციაში
- დ) მარჯვენა გვერდით პროექციაში

504. პირდაპირ პროექციაში გადილებული მარჯვენ პარკუჭი შეიძლება გულის მარცხენა კონგურმე გამოვლინდეს:

- ა) ჰიპერტონული დაავადების დროს
- ბ) აორტის კოარქტაციისას
- * გ) ფალოს ტეგრაღის დროს
- დ) ბეწოლითი (კომპრესიული) პერიკარდიტის დროს

505. ფილგვის სისხლძარღვოვანი სურათის გაღარიბება დამახასიათებელია:

- ა) მიგრალური სარქველის უკმარისობისას
- * ბ) ფალოს ტეგრაღის დროს
- გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტისას
- დ) ღია არტერიული სადინრისას

506. ფილგვებში სისხლის მიმოქცევის გაღანაწილებისათვის ”პირველი ბარიერი” მდებარეობს შემდეგ ღონებზე

- ა) ფილგვის არტერიის სარქველები
- ბ) აორტალური სარქველები
- * გ) მიგრალური სარქველები
- დ) ფილგვის ვენების სარქველები

507. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის ჰიპერვოლემია ჩვეულებრივ ვლინდება:

- ა) არტერიულ სისხლძარღვთა დიამეტრის მომატებით
- ბ) არტერიის ნორმალური დიამეტრით
- გ) არტერიის დიამეტრის შემცირებით
- * დ) ფილგვის ვენების დიამეტრის მომატებით

508. გულის კათეტერიზაციისას მარჯვენა პარკუჭიდან კათეტერით აორტაში შეღწევა შეიძლება:

- ა) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

- ბ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტისას
- *გ) ფალოს ტეგრადის დროს
- დ) ებშტეინის ანომალიისას

509. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას ფილტვის არტერია კონტრასტირდება:

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტისას
- ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების გრანსპოზიციისას
- *გ) ღია არტერიული სადინისას
- დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

510. აორტის დიამეტრის შემცირება დამახასიათებელია:

- ა) აორტალური სარქველის უკმარისობისათვის
- ბ) მარჯვენა აგრიო-ვენტრიკულური ხვრელის სტენოზისათვის
- გ) აორტის აგეროსკლეროზული დამიანებისათვის
- *დ) მარცხენა აგრიო-ვენტრიკულარული ხვრელის სტენოზისათვის

511. ნეკნთა "უმურიება" აღინიშნება:

- ა) აორტის მარჯვენამხრივი მდებარეობისას
- ბ) ორმაგი აორტის რკალისას
- *გ) აორტის კოარქტაციისას
- დ) აორტის შესართავის სტენოზისას

512. ზემო დრუ ვენის გაფართოება და ღრმა პულსაცია დამახასიათებელია:

- ა) მიტრალური მანკისათვის
- ბ) აორტალური მანკისათვის
- გ) მიტრალურ-არტული მანკისათვის
- *დ) ტრიკუსპიდალური მანკისათვის

513. აორტის შესართავის სტენოზისას ადგილი აქვს:

- ა) აორტის ყველა სეგნემტის დიფუზურ გაფართოებას
- ბ) აორტის დაგრძელებას
- გ) ასწვრივი აორტის ლოკალურ გაფართოებას
- *დ) აორტის ჰიპოპლაზიას

514. მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია აუცილებელია:

- ა) აორტის სარქველის უკმარისობისას
- ბ) აორტის სტენოზისას
- *გ) მარჯვენა აგრიო-ვენტრიკულური ხვრელის სტენოზისას
- დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტისას

515. აორტალური მაკისას (შესართავი სტენოზი) აღინიშნება:

- ა) აორტის ღრმა პულსაცია მთელ სიგრძეზე
- ბ) აორტის პულსაცია დაბალი ამპლიტუდით
- *გ) აორტის ასწვრივი ნაწილის პულსაციის ამპლიტუდის ლოკალური მომატება
- დ) პულსაცია არ არის შეცვლილი

516. აორტალური სარქველის გაკირვა ხშირად აღინიშნება

- ა) ფალოს ტეგრადისას

- ბ) ღია არტერიული სადინრისას
- გ) აორტის კოარქტაციისას
- *დ) აორტის შესართავის სტენოზისას

517. გულმკერდის ღრუს ორგანოების მხრივ შედარებით ხშირი გართულებაა სხივური თერაპიის შემდგომ

- *ა) რადიაციული მიოკარდიტი
- ბ) ფილტვისმიერი გული
- გ) პლევრის გაკირვა
- დ) ექსუდაციური პერიკარდიტი

518. ლეშერის სიმპტომისათვის დამახასიათებელია:

- ა) მუცლის აორტის ანევრიზმა
- ბ) თეძოს არტერიების ანევრიზმა
- გ) თირკმლის არტერიების სტენოზი
- *დ) თეძოს არტერიებისა და აორტის ტერმინალური ნაწილის ოკლუზია

519. აორტის თანაბარი გაფართოება და მარცხენა პარკუჭების გაფართოება აღინიშნება

- ა) აორტის შესართავის სტენოზისას
- *ბ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას
- გ) აორტის ათეროსკლეროზისას
- დ) მიტრალური სტენოზისას

520. მიოკარდის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითება ძირითადად აისახება

- ა) გულის ზომებზე
- *ბ) ფილტვის სისხლის მიმოქცევაზე
- გ) გულის ცლომაზე
- დ) სუნთქვისას გულის ფორმის ცვლილებაზე

521. გულის კუნთის დიფუზური დაზიანებისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) გულის ჩრდილის გაფართოება სიგანეში
- ბ) ასწვრივი აორტის გაფართოება
- გ) მარჯვენა წინაგულის გაფართოება
- დ) მხარ-თავის არტერიის გაფართოება

522. აორტის ათეროსკლეროზის აღრეული ნიშანია აორტის

- ა) შევიწროვება
- ბ) როტაცია
- *გ) გაკირვა
- დ) დაგრძელება

523. მარცხენა წინაგულის იზომეტრიული (სისტოლური) გადაგვირთვისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრა მცირე რადიუსით
- ბ) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრა დიდი რადიუსით
- გ) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრა საშუალო რადიუსით
- დ) საყლაპავის ცლომა არ აღინიშნება

524. ფილტვის სისხლძარღვოვანი სურათის გაღარიბება დამახასიათებელია:

ა) მიგრალური სარქველის უკმარისობისთვის

*ბ) ფალოს ტეტრადის დროს

გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს

დ) ღია არტერიული სადინრის დროს

525. გულის კუმშვადობის ამპლიტუდის მომაგება დამახასიათებელია

*ა) აორტალური უკმარისობისთვის

ბ) ექსუდაციური პერიკარდიტისათვის

გ) მიოგენური დილატაციისათვის

დ) მიოკარდიოპათიისათვის

526. მარცხენა პარკუჭი ზომაში შეიძლება შემცირებული იყოს:

ა) აორტის კოარქტაციისას

ბ) მიგრალური სარქველის უკმარისობისას

*გ) მიგრალური სტენოზისას

დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტისას

527. აორტალური სარქველის გაკირვა ხშირად აღინიშნება

ა) ფალოს ტეტრადისას

ბ) ღია არტერიული სადინრისას

გ) აორტის კოარქტაციისას

*დ) აორტის შესართავის სტენოზისას

528. ფილტვის სეკვესტრაციის არსებობის მიზეზია:

ა) ქრონიკული ანთებითი პროცესი

ბ) ბრონქების ჰიპოპლაზია

გ) ფილტვის არტერიის ჰიპოპლაზია

*დ) აორტიდან გამომავალი დამაგებითი სისხლძარღვების არსებობა

529. ფრილენდერის პნევმონიის შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს:

ა) წილის დაჩრდილება

ბ) თანაარსებული პლევრიტი

*გ) წილის მნიშვნელოვანი გადიდება

დ) წლის შემცირება

530. კრუპოზული პნევმონიის განსხვავება პნევმონიისაგან ჰიპოვენტილაციის ფონზე შესაძლებელია:

ა) რენტგენოგრაფიის

*ბ) რენტგენოგრაფიით და ტომოგრაფიით

გ) კტ-ით

დ) რენტგენოგრაფიით და კტ-ით

531. ფილტვის სოკოვანი დაავადება, რომელიც გამოისახა სფერული წარმონაქმნის სახით წარმოადგენს:

ა) აქტინომიკოზს

ბ) კანდიდომიკოზს

*გ) მეორად ასპერგილოზს

დ) კოკციდიოიდურ მიკოზს

532. მესამე ხარისხის სარკოილომისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ორმხრივი კეროვანი დისემინაცია
- *ბ) ლიფუზური პნევმოსკლეროზი და ემფიზემა
- გ) ბაზალური პნევმოსკლეროზი
- დ) ბაზალური ემფიზემა

533. სისტემური წითელი მგლურას დროს პლევრიტისათვის დამახასიათებელია:

- ა) მასიური შვარტები
- ბ) ცალ მხარეს სითხის ჭარბი რაოდენობა
- *გ) მცირეოდენი ორმხრივი გამონაჟონი
- დ) ჭარბი ორმხრივი გამონაჟონი

534. ფილტვებში არსებული სისხლჩაქცევები საჭიროებს ლიფერენცირებას

- ა) ჰიალინურ მემბრანებთან
- ბ) ფილტვის არასაკმარის გაშლასთან
- *გ) პნევმონიასთან ანთებითი უბნის შერწყმით
- დ) ბრონქ-ფილტვის დისპლაზიასთან

535. გულისა და მსხვილი სისხლძარღვების კვლევისას რენტგენოგრაფიით ვლინდება

- ა) გულის ღრუების ფუნქციონალური ცვლილებები
- *ბ) გულის ღრუებისა და მსხვილი სისხლძარღვების მორფოლოგიური ცვლილებები
- გ) მსხვილი სისხლძარღვების ფუნქციონალური ცვლილებები
- დ) ყველა ჩამოთვლილი

536. აორტის სარქველის უკმარისობის დროს აორტის პულსაციის ამპლიტუდა

- ა) მომატებულია აღმაავალ ნაწილში
- ბ) არ არის შეცვლილი
- გ) შემცირებულია მთელს სიგრძეზე
- *დ) მომატებულია მთელს სიგრძეზე

537. აორტის მანკის "მიგრალიზაცია" გამოიხატება

- *ა) მარცხენა წინაგულის გადილებით
- ბ) მარჯვენა წინაგულის გადილებით
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გადილებით
- დ) მარცხენა პარკუჭის გადილებით

538. აორტალური სტენოზის დროს მარცხენა პარკუჭის რკალი

- *ა) მომრგვალებულია
- ბ) აქვს დაქანებული მოხაზულობა
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) დეფორმირებულია

საჭმლის მომნელებელი სისტემის და მუცლის ღრუს ორგანოების სხივური დიაგნოსტიკა

539. საყლაპავის ლორწოვანის ნაოჭები უკეთ გამოისახება:

- ა) ბარიუმის ფაფით სრული ავსებით.
- *ბ) საყლაპავში კონტრასტის გავლის მე-3 ფაზაში, ე.წ. ლორწოვანის ფაზაში.

- გ) ორმაგი კონგრასტირების დროს.
- დ) რელაქსანტების გამოყენებისას.

540. ოპტიმალური პროექციები, ვერტიკალურ მდგომარეობაში, საყლაპავის დისგალური სეგმენტის რენტგენოლოგიური კვლევისას:

- ა) პირდაპირი.
- ბ) გვერდითი.
- გ) II ირიბი.
- *დ) I ირიბი.

541. საყლაპავის კედლის გასქელების გამოვლენა შესაძლებელია, მხოლოდ:

- *ა) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.
- ბ) საყლაპავის სრული (მჭიდრო) ავსებით ბარიუმის ფაფით.
- გ) პნევმომელიასტინოსკოპიით.
- დ) პარიეტოგრაფიით.

542. საყლაპავის პერისგალტიკის ობიექტური შეფასება შესაძლებელია:

- ა) რენტგენოსკოპიით.
- ბ) რენტგენოგრაფიით.
- გ) ფუნქციური სინჯებით.
- *დ) რენტგენოკინემატოგრაფიით (ვიდეოჩანაწერით).

543. საყლაპავის ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებაზე ეჭვის შემთხვევაში მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) სტანდარტული ბარიუმის ფაფა.
- ბ) სქელი ბარიუმის ფაფა.
- გ) სინჯი დექსტრანით.
- *დ) ფუნქციური სინჯები.

544. საყლაპავის ორმაგი კონგრასტირებისათვის საყლაპავში აირის შეყვანის ყველაზე მარტივი მეთოდია:

- ა) წვრილი ზონდით შეყვანა.
- ბ) პაციენტის მიერ ჰაერის ყლაპვა.
- *გ) პაციენტის მიერ მონაცვლეობით ჰაერისა და ბარიუმის ფაფის გადაყლაპვა.
- დ) პაციენტის მიერ სოდისა და ლიმონმუყავას ხსნარების მიღება.

545. ხახის ორგანული დაზიანების დროს, რენტგენოლიაგნოსტიკური კვლევისას, ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) კისრის რბილი ქსოვილების რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.
- ბ) ხახის კონტრასტული კვლევა ბარიუმის ფაფით.
- *გ) რელაქსაციური კონგრასტული ფარინგოგრაფია.
- დ) ტომოგრაფია.

546. ხახის ფუნქციური დაავადების დასადგენად ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია (ზემცოვის მიხედვით).
- ბ) რენტგენოგრაფია ბარიუმის ფაფით ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში.
- *გ) კონტრასტული ფარინგოგრაფია ფუნქციური სინჯების გამოყენებით (ყლაპვა, მიულერის, ვალვასლავის და სხვა).

დ) რელაქსაციური ფარინგოგრაფია.

547. ხახისა და საყლაპავის კისრის ნაწილის უკონტრასტო გვერდითი რენტგენოგრაფია რომელი დაავადების დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება უფრო ხშირად:

ა) ხახის და საყლაპავის სიმსივნეების დროს.

*ბ) საყლაპავის უცხო სხეულების დროს.

გ) ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების დროს.

დ) ყლაპვის აქტის დარღვევისას.

548. ივანოვ-პაბელოვის მეთოდიკა მდგომარეობს:

ა) გამოკვლევა ბარიუმის პასტის გამოყენებით.

ბ) საყლაპავის ორმაგ კონტრასტირებაში.

*გ) ჩაის კოვზით სქელი ბარიუმის ფაფის მიღება, მისი შემდგომი ჩამორეცხვით საყლაპავის კედლიდან წყლის მიღებით.

დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბის გადაყლაპვა.

549. კარდიის (გასტრო-ემოფაგეალური რეფლუქსი) ფუნქციური უკმარისობის გამოსავლენად ავადმყოფთა გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

ა) მიულერის ცდის პირობებში.

*ბ) პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას მარცხენა ირიბ პოზიციაში

გ) ფარმაკოლოგიური რელაქსანტების გამოყენებით.

დ) მაქსიმალური ამოსუნთქვის დროს.

550. კუჭის პროქსიმალური ნაწილის კვლევის ოპტიმალურ მეთოდიკას წარმოადგენს გამოკვლევა პირდაპირ და გვერდით პროექციებში:

ა) ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ბურგზე წოლისას, კუჭის სრული შევსებისას.

ბ) ორმაგი კონტრასტირება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას.

გ) კუჭის სრული შევსებისას საყლაპავის კონტრასტირებით.

*დ) ავადმყოფის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

551. კუჭის ნატიფი რელიეფის (კუჭის ველების) ვიზუალიზაციის ყველაზე ხელსაყრელი ტექნიკური და მეთოდური ხერხია:

ა) რენტგენოსკოპია რენტგენოტელევიზიის გამოყენებით.

ბ) პნევმორელიეფის პირობებში სპეციალური გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება.

გ) რენტგენის მილის მიკროფოკუსი, ხისტი გამოსხივება.

*დ) რენტგენოგრაფია მოკლე ექსპოზიციით, წვრილდისპერსიული ბარიუმის ფაფა, ლობირებული კომპრესია.

552. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ორგანოთა კედლის სისქის შეფასება შესაძლებელია:

ა) ექოსკოპიით.

ბ) ორმაგი კონტრასტირებით.

*გ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

დ) ანგიოგრაფიით.

553. გასტრო-ემოფაგეალური მიდამოს ფუნქციური და ორგანული შევიწროების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის, რომელი ჯგუფის პრეპარატები იძლევა საუკეთესო ეფექტს:

ა) ქოლინოლიზური - ატროპინი, მეგაცინი.

*ბ) ნიგრაგები - ამილნიგრიტი, ნიგროგლიცერინი.

- გ) განგლიობლოკატორები - ბუსკოპანი და სხვა.
- დ) ქოლინომიმეტიკური ჯგ. - მორფინი და სხვა.

554. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის რელაქსაციისათვის გამოიყენება:

- ა) მორფინი.
- ბ) პილოკარპინი.
- გ) აციკლიდინი, პროპერინი.
- *დ) აგროპინი, მეგაცინი, აერონი.

555. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ეგზოფიგური წარმონაქმნების დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიული მეთოდია:

- *ა) სტანდარტული რენტგენოლოგიური კვლევა ნახევრადსრული და სრული შევსების ფაზაში.
- ბ) პირველი ორმაგი კონტრასტირება.
- გ) პნევმოგრაფია.
- დ) პნევმოპერიტონიუმი.

556. კუჭქვეშა ჯირკვლის ქსოვილით შემოსაზღვრული მოცულობითი წარმონაქმნების გამოვლენის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.
- გ) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია.
- დ) რეტროგრადული პანკრეატოგრაფია.
- *ე) სწორია 1 და 2

557. კოლინჯის რენტგენოლოგიური კვლევის ძირითადი მეთოდია:

- ა) პერორალური ავსება.
- *ბ) ირიგოსკოპია.
- გ) წყლის ოყნა და სუპერვოლტური (ხისტი) რენტგენოგრაფია.
- დ) შერიქეს მეთოდიკა.

558. მსხვილი ნაწლავის რომელი დაავადების დროს გამოიყენება კომპიუტერული ტომოგრაფია, როგორც დამატებითი მეთოდი.

- ა) არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დროს.
- ბ) ნაწლავის საერთო ჯორჯლის დროს.
- *გ) სიმსივნური დაავადების დროს.
- დ) გირშპრუნგის დაავადების დროს.

559. ილეოცეკალური უბნისა და წვრილი ნაწლავის გერმინალური მონაკვეთის დეტალური შესწავლისათვის, უფრო მიზანშეწონილია:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) კონტრასტული ენტეროოყნის მეთოდიკა.
- *გ) შერიქეს მეთოდი

560. საჭმლის მომწელებელი გრაქტის გამოკვლევა ბარიუმის მიღებიდან 24 საათის შემდეგ გამოიყენება:

- ა) მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიის შესასწავლად.
- ბ) ილეოცეკალური უბნის გამოსაკვლევად.
- *გ) საჭმლის მომწელებელ გრაქტში ბარიუმის პასაჟის ვადების შესწავლის მიზნით. მსხვილი

ნაწლავის მდებარეობის დადგენის მიზნით.

დ) წვრილი ნაწლავის პათოლოგიის შესწავლის მიზნით.

561. წვრილი ნაწლავის დისგალური ნაწილის გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

ა) პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

ბ) ჰორიზონტალურში ბურგზე.

გ) ჰორიზონტალურში მუცელზე.

*დ) ჰორიზონტალურში, ბურგზე კომპრესიით.

562. პანკრეასის თავის კიბოზე ეჭვის დროს, რომელიც ჩაზრდილია ქოლედოქუსში ან დიდი დუოდენალური ღვრილის სიმსივნის შემთხვევაში, დამაბუსტებელი მეთოდის სახით მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

ა) ინგენსიური ქოლეგრაფია.

ბ) ინფუზიური ინგრავენური ქოლეგრაფია.

გ) რეგროგრადული ენდოსკოპიური ქოლანგიოგრაფია.

*დ) ტრანსპარიენტალური ქოლანგიოგრაფია.

563. სანაღვე გბებზე ოპერაციის შემდეგ ღრენაქიდან ნაღვლის ხანგძლივი გამოყოფის დროს, ნაჩვენებია:

ა) ლაპარასკოპია.

*ბ) ფისგულოგრაფია.

გ) პერორალური ქოლექსიგოგრაფია.

დ) ინგრავენური ქოლეგრაფია.

564. ნაღველ კენჭოვანი დაავადების დროს ბილიარული სისტემის ყველაზე ინფორმატიულ გამოკვლევას წარმოადგენს:

ა) ერქპე.

*ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

გ) ინგრავენური ქოლექსიგოქოლანგიოგრაფია.

დ) ინფუზიური ქოლეგრაფია.

565. პანკრეასში მოცულობითი პროცესის არსებობისას, რომელიც გართულებულია მექანიკური სიყვითლით, დაავადების ხასიათის დამაბუსტებელ მეთოდის წარმოადგენს:

ა) კუჭისა და ნაწლავების - ბარიუმის ფაფით გამოკვლევა.

ბ) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია.

გ) ინფუზიური ინგრავენური ქოლეგრაფია.

*დ) რეგროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია.

566. ნაღვლის ბუშის რენტგენოლოგიური კვლევისას საკონტრასტო ნივთიერების მიღებიდან გამოკვლევის დაწყებამდე ოპტიმალურ დროს წარმოადგენს:

ა) 8-10 სთ.

ბ) 10-12 სთ.

*გ) 12-15 სთ.

დ) 15-20 სთ.

567. ნაღვლის ბუშის დაკონტრასტირება პერორალური ქოლექსიგოგრაფიის დროს ხორციელდება:

*ა) ორგანიზმის უნარით გამოჰყოს საკონტრასტო ნივთიერება, ნაღველთან ერთად და ნაღვლის ბუშის უნარით, მოახდინოს კონტრასტირებული ნაღვლის შესქელება (კონცენტირება).

- ბ) ნაღვლის ბუშის კელის მიერ საკონგრასკო ნივთიერების გამოყოფის ხარჯზე.
- გ) კონგრასკირებული ნაღვლიდან ცილის ამორჩევითი აბსორბციის ხარჯზე.
- დ) ზემოთ ხსენებული პროცესების შერწყმის ხარჯზე.

568. მუცლის ნებისმიერ ნაწილში არსებული ნაჭუჭისმაგვარი, მოზაიკური ხასიათის გაკირვა, არასწორი მომრგვალო ან სფერული ფორმის დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის გრაქის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- *გ) პარაზიტიული კისტის.
- დ) ტერატოლოგიური სიმსივნის.

569. მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილში პალპირებული სიმსივნური წარმონაქმნის შესაბამისად კომპაქტური უსწორმასწორო ფორმის გაკირული უბნის არსებობა დაჩრდილვის ფონზე დამახასიათებელია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის გრაქის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- გ) პარაზიტიული კისტის.
- *დ) ტერატოლოგიური კისტის.

570. კომპაქტურად განლაგებული, ერთგვაროვანი გაკირული უბნების არსებობა ბოქვენის სიმფიზის ზემოთ განპირობებულია:

- ა) შარდის ბუშის ქვებით.
- ბ) ტერატოლოგიური კისტით.
- *გ) საშვილოსნოს ფიბრომით ან წინამღებარე ჯირკვლის ალენომით.

571. წვრილი, მკვეთრად შემოსაზღვრული ბეჭდისებური ან ხაზოვანი ფორმის, სადა კონგურიანი ჩრდილები, მცირე მენჯის ძვლოვანი კედლების გაყოფებით, განპირობებულია:

- ა) გაკირული ლიმფური კვანძებით.
- ბ) შარდსაწვეთის ქვებით.
- *გ) ფლებოლითებით.
- დ) საკვერცხის კიბოთი.

572. გაკირული ხაზოვანი ჩრდილები, რომლებიც, პირდაპირ პროექციაში ლოკალიზებულია ხერხემლის გასწვრივ, ხოლო გვერდით პროექციაში მის წინ, დამახასიათებელია:

- *ა) მაგისტრალური სისხლძარღვების კედლების გაკირვის.
- ბ) პარაზიტების.
- გ) გაკირული ლიმფური ჯირკვლების.
- დ) ჩამონაწვეთი აბსცესის.

573. სოლიტარული, 1 სმ-მდე უსწორმასწორო ფორმის გაკირული ჩრდილის მდებარეობა მუცლის ღრუს მარჯვენა ზემო სართულში, გვერდით პროექციაში ხერხემლის წინ, განპირობებულია:

- *ა) ნაღვლის ბუშის ან ნაღვლის საერთო სადინრის ქვით.
- ბ) თირკმლის ქვით.
- გ) გაკირული ლიმფური კვანძით.
- დ) გაკირული უბნით პანკრეასის თავში.

574. ელენთის მდგომარეობის შესახებ ყველაზე სარწმუნო დიაგნოსტიკური მონაცემები მიიღება:

- ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით.

ბ) პნევმოპერიტონეუმის პირობებში მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფიით.

*გ) ულტრაბგერითი კვლევით.

დ) ანგიოგრაფიით.

575. ელენტის განვითარების ანომალიების (ფორმის შეცვლა, კუდიანი ელენტა) და მისი უჩვეულო მდებარეობის დადგენაში სარწმუნო მეთოდია:

ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

ბ) რენტგენოგრაფია პნევმოპერიტონეუმის პირობებში.

*გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

576. ელენტაში მიკროკალცინატების არსებობა და მათი ბუნება უკეთ გამოვლინდება:

ა) მუცლის რენტგენოგრაფიით.

ბ) პნევმოპერიტონეუმი.

გ) ულტრაბგერით.

*დ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

577. საყლაპავის აბლომინალური ნაწილი პერიტონეუმთან ურთიერთობაში მდებარეობს:

ა) ინგრაპერიტონეალურად.

*ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.

გ) მეზოპერიტონეალურად.

578. კუჭი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

*ა) ინგრაპერიტონეალურად.

ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.

გ) მეზოპერიტონეალურად.

579. 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

*ა) ინგრაპერიტონეალურად.

ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.

გ) მეზოპერიტონეალურად.

580. საყლაპავში კონტრასტის ნორმალურ მსვლელობას არ ცვლის:

ა) აორტა.

ბ) მარცხენა მთავარი ბრონქი.

გ) მარცხენა წინაგული.

*დ) კენგი ვენა.

581. თუ პაციენტი შეშინებული ან ემოციურად აშლილია, მისი კუჭი:

*ა) ჰიპოტონურია.

ბ) ჰიპერტონულია.

გ) გაძლიერებულად პერისტალტირებს.

დ) კუჭის ფუნქცია არ იცვლება.

582. კუჭის გამოკვლევისას ზომიერი გაბერვისას ნორმალურ პირობებში მისი კედლები:

ა) სწორდება.

ბ) ჩაიდრიკება.

*გ) გამოიბერება.

დ) პოლიგონალური ხდება.

583. კუჭის გადახრების დროს მისი თალი გადაადგილდება:

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

584. კუჭის ანგრალური ნაწილის ლორწოვანის ნაოჭების ნორმალური მიმართულებაა:

- ა) გრძივი.
- ბ) განივი.
- გ) ირიბი.
- *დ) ნებისმიერი გემოთ ჩამოთვლილიდან, მოგორიკის ფაზის გათვალისწინებით.

585. პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში კვლევისას კუჭის პერისტალტიკა იწყება:

- ა) კარლის ღონებზე.
- ბ) სხეულის გემო ნახევრის ღონებზე.
- *გ) სხეულის ქვემო ნახევრის ღონებზე.
- დ) ანგრალური ნაწილის ღონებზე.

586. ნორმალურ პირობებში ბარიუმის პირველი ულუფის პასაჟი წვრილ ნაწლავებში შეადგენს:

- ა) ერთ საათს.
- *ბ) სამ საათს.
- გ) ხუთ საათს.
- დ) შვიდ საათს.

587. ლორწოვანის ნაოჭები ყველაზე მკაფიოდ გამოხატულია:

- ა) მღივ ნაწლავში.
- ბ) თეძოს ნაწლავში.
- გ) 12-გოჯა ნაწლავში.
- *დ) მღივსა და 12-გოჯა ნაწლავში.

588. წვრილი ნაწლავის ხაოები საჭიროა:

- ა) საკვებისა და ფერმენტების უკეთესი შერევისათვის.
- *ბ) შემწოვი ბელაპირის ფართის გასაზრდელად.
- გ) ნაწლავის დაგრძელებისათვის.
- დ) უზრუნველყოფენ სანათურის უფრო მეტ სიგანეს.

589. ილეოცეკალური სარქვლის ფუნქციებია:

- ა) საკვების მონელებაზე წვრილი ნაწლავიდან მისი შიგთავსის ნაადრევი გადასვლის თავიდან აცილება.
- ბ) მსხვილნაწლავოვანი ფლორის წვრილში მოხვედრის თავიდან აცილება.
- *გ) ორივე გემოთხსენებული.
- დ) არცერთი გემოთხსენებულიდან.

590. ნაწლავის ჩამოთვლილი ნაწილებიდან ჯორჯალი არა აქვს:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავს.
- ბ) მღივ ნაწლავს.
- გ) თეძოს ნაწლავს.

დ) ჭია ნაწლავს.

591. შემთხვევითა 75% -ში დიდი დეოდენალური დვრილი ლოკალიზდება 12-გოჯა ნაწლავის მედიალურ კედელზე:

ა) მის ზემო ჰორიზონტალურ ნაწილში.

*ბ) დასწვრივ ნაწილში.

გ) ქვემო მუხლში.

დ) ქვემო ჰორიზონტალურ ტოტში.

592. ელენთის ფორმა უმეტესად:

ა) მომრგვალოა.

ბ) ოვალურია.

*გ) ცერცვისებურია.

დ) ელიფსოიდურია.

593. ნორმაში ელენთის კონტურები:

ა) მკაფიოა.

ბ) გალღისებური.

გ) არამკაფიო.

*დ) მკაფიო და სწორია, მხოლოდ დიაფრაგმისაკენ მიმართულ ზედაპირზე.

594. დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი მარჯვენასთან შედარებით მდებარეობს:

ა) იგივე დონეზე.

*ბ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ქვემოთ.

გ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ზემოთ.

დ) ჩასუნთქვისას ქვემოთ, ამოსუნთქვისას ზემოთ.

595. ბავშვებში, მოზრდილებთან შედარებით, დიაფრაგმა მდებარეობს:

*ა) მაღლა.

ბ) დაბლა.

გ) იგივე დონეზე.

დ) არ არის გარკვეული კანონზომიერება.

596. ხანშიშესულებში, შედარებით ახალგაზრდებთან, დიაფრაგმა ჩვეულებრივ მდებარეობს:

ა) იგივე დონეზე.

ბ) ზემოთ.

*გ) ქვემოთ.

დ) არ არის კანონზომიერება.

597. დიაფრაგმის ექსკურსია ნორმალურ პირობებში ზომიერი და ღრმა ჩასუნთქვისას შეადგენს შესაბამისად:

*ა) 1-2 სმ და 3-5 სმ.

ბ) 1,0 და 2,0 სმ.

გ) 2,0-3,0 და 4,0 სმ.

დ) 4,0 და 5,0 სმ.

598. საყლაპავის აგრეზიის წამყვან რენგგენოლოგიურ სიმტომს წარმოადგენს:

ა) საყლაპავის შევიწროება.

*ბ) ყრუდ დახურული პარკის არსებობა.

გ) საყლაპავის დეფორმაცია.

დ) საყლაპავის გაგანიერება.

599. საყლაპავის კისტის დამახასიათებელი ფორმას:

ა) მომრგვალო.

*ბ) ოვალური ან წვეთის.

გ) უსწორმასწორო - არასწორი.

დ) „ქვიშის საათის“ ფორმის.

600. გულმკერდისმიერი კუჭის დროს საყლაპავი:

ა) გაგანიერებულია.

*ბ) დამოკლებულია.

გ) დეფორმულია.

დ) დაკლაკნილია.

601. ცელილებებს კუჭ-ნაწლავის გრაქტის სხვადასხვა უბანში, გამოწვეულს ლორწოქვეშა შრეში ფიბროზული ქსოვილის განვითარებით და გლუვი მუსკულატურის აგროფიით, უპირატესად ადგილი აქვს:

ა) სისტემური წითელი მგლურას დროს.

ბ) კვანძოვანი პერიარტერიტის დროს.

*გ) სკლეროდერმიის დროს.

დ) როგორც ანთებითი პროცესის გამოსავალი.

602. ჰირშპრუნგის დაავადება - თანდაყოლილი მეგაკოლონი განპირობებულია:

ა) კუნთოვანი შრის განუვითარებლობით.

ბ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განგლიური უჯრედების ჭარბი განვითარებით.

*გ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განგლიური უჯრედების არარსებობით.

დ) ნაწლავის სეგმენტური აირემიით.

603. აბერანტული კუჭქვეშა ჯირკვალი ხშირად ლოკალიზდება:

ა) ღვიძლში.

ბ) კუჭში.

*გ) 12-გოჯა ნაწლავში.

დ) მღივ ნაწლავში.

604. გერმინი „სპირალური საყლაპავი“ ასახავს:

ა) განვითარების ანომალიას.

ბ) განვითარების მანკს.

*გ) ნერვკუნთოვან დაავადებას.

დ) ანთებით დაავადებას.

605. საყლაპავის აბლომინალურ ნაწილს „თაგვის კულის“ ფორმით, აღწერენ როგორც დამახასიათებელ სიმპტომს:

ა) სკლეროდერმიის დროს.

ბ) კარდიოემოფაგური კიბოს დროს.

*გ) კარდიის აქალაზიის დროს.

დ) ეპიფრენალური დიფერტიკულის დროს.

606. მბივის, კრიალოსნის, სპირალის ფორმის საყლაპავი - გამოხატავენ ერთიდაიმავე დაავადების მიერ გამოწვეულ ცვლილებებს საყლაპავში, სახელდობრ:

ა) მრავლობითი დივერტიკულები.

*ბ) ეზოფაგოსპაზმი.

გ) მასკლეროზირებული მედიასტინის შედეგად განვითარებული მეორადი ცვლილებები.

დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.

607. პარალოქსული დისფაგია - თხიერი საკვების ყლაპვის გაძნელება - შეიძლება შეგვხვდეს:

ა) საყლაპავის დივერტიკულის დროს.

ბ) საყლაპავის დამწვრობისას.

გ) ეზოფაგოკარდიალური კიბოს დროს.

*დ) კარდიის აქალაზიის დროს.

608. ხახის ფუნქციის დარღვევა და საკონგრასტო ნივთიერების ასპირაცია გრაქეაში, აღინიშნება:

ა) საყლაპავის დივერტიკულის დროს.

ბ) საყლაპავის დამწვრობის დროს.

გ) ეზოფაგიტის დროს.

*დ) ხახის პარეზის დროს.

609. კუჭის აიროვანი ბუშტი მესამე ხარისხის აქალაზიის დროს:

ა) ღეფორმულია.

ბ) არ არსებობს.

გ) შემცირებულია.

დ) გადიდებულია.

*ე) შემცირებულია ან არ არსებობს.

610. რეფლუქს-ეზოფაგიტი შედეგია:

ა) საყლაპავის ქველა სფინქტერის ტონუსისა და საყლაპავის კლირენსის დაქვეითების.

ბ) საყლაპავის და კუჭის მოტორიკის მოშლის.

გ) კუჭის პროპულსური აქტივობის დაქვეითების.

*დ) სწორია 1, 2 და 3.

611. ეზოფაგიტის რენტგენოლოგიური სიმპტომების გამოვლენა შესაძლებელია:

ა) საყლაპავის ბარიუმის ფაფით სრული ავსებისას.

ბ) ორმაგი კონგრასტირებისას.

*გ) ლორწოვანის რელიეფის შესწავლისას.

დ) ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენებისას.

612. საყლაპავის ქიმიური დამწვრობისას ნაწიბუროვანი შევიწროება ხშირად ვითარდება:

ა) ბემო მესამედში.

ბ) შუა მესამედში.

გ) დისგალურ მესამედში.

*დ) ფიზიოლოგიური შევიწროების მიდამოში.

613. საყლაპავის წყლულები ხშირია:

ა) კისრის ნაწილში.

ბ) ბემო მესამედში - 1-3 სეგმენტები.

გ) შუა მესამედში - 4-6 სეგმენტები.

*დ) ქვემო მესამედში - 7-9 სეგმენტები.

614. საყლაპავის წყლულის უხშირესი გართულებაა:

ა) მალიგნიზაცია.

*ბ) სანათურის ნაწიბუროვანი შევიწროება.

გ) საყლაპავის კედლის პერფორაცია.

დ) სისხლდენა.

615. საყლაპავის შუა და ქვემო მესამედში მყარი ცირკულარული შევიწროება 6 სანტიმეტრზე მეტ მანძილზე, სუპრასტენოზური გაგანიერებითა და კედლის ჯიბისებრი წარმონაქმნების ჩამოკიდებით შევიწროების საბღვარზე დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

ა) ენდოფიგური კიბოსათვის.

*ბ) ღამწვრობის შემდგომ განვითარებული ნაწიბუროვანი შევიწროებისათვის.

გ) ეზოფაგოსპაზმისათვის.

დ) მასკლეროზირებული მედიასტინიტისათვის.

616. საყლაპავის პერფორაცია ხშირად შედეგია:

*ა) ქიმიური ღამწვრობის.

ბ) სკლეროდერმიის.

გ) აქალაბიის.

დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.

617. რენტგენოლოგიური სიმპტომები: უკანა შუასაყარში დამატებითი ჩრდილი, საყლაპავის ორი ან მეტკონტურებიანი კიდური ავსების დეფექტები, კედლების რიგილობა არ აღინიშნება, ლორწოვანი უცვლელია, დამახასიათებელია:

ა) საყლაპავის პოლიპოზური კიბოსათვის.

ბ) ბიფურკაციული ლიმფური კვანძების გადილებისათვის.

*გ) არაეპითელური სიმსივნეებისათვის.

დ) ანომალურად მდებარე მარჯვენა ლავიწქვეშა არტერიისათვის.

618. საყლაპავის მყარი შევიწროება 5 სანტიმეტრის მანძილზე, არასწორი კონტურებითა და რიგიდული კედლებით, საყლაპავის გარდამავალი გამავლობის დარღვევა, ლორწოვანის რელიეფის წაშლა ნაოჭების წყვეტილობით - ასეთი რენტგენოლოგიური სიმპტომები დამახასიათებელია:

ა) ეზოფაგოსპაზმისათვის.

ბ) ნაწიბუროვანი სტუქტურებისათვის.

*გ) ენდოფიგური კიბოსათვის.

დ) ქრონიკული მედიასტინიტით გამოწვეული მეორადი ცვლილებები საყლაპავში.

619. საყლაპავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

ა) ალენომა.

ბ) პაპილომა.

*გ) ლეიომიომა.

დ) ფიბრომა.

620. საყლაპავის სუპრასტენოზული გაგანიერება უფრო ხშირად გვხვდება:

ა) პოლიპისებური კიბოს დროს.

- ბ) საყლაპავის ზემო მესამედის ენდოფიკური კიბოს დროს.
- *გ) საყლაპავის ქვემო მესამედის ენდოფიკური კიბოს დროს.
- დ) ფინჯნისებური კარცინომის დროს.

621. საყლაპავის კიბო ხშირად გვხვდება.

- ა) საყლაპავის ზედა მესამედში.
- *ბ) საყლაპავის შუა მესამედში.
- გ) საყლაპავის ქვედა მესამედში.
- დ) აბლომინურ ნაწილში.

622. საყლაპავის კედელში სიმსივნური ინფილტრაციის გავრცელების დამაზუსტებელი მეთოდია:

- ა) ბარიუმის ფაფით პოლიპოზიციური კვლევა.
- ბ) ორმაგი კონტრასტირება.
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.
- დ) საყლაპავის კვლევა ფარმაკოლოგიური რელაქსანტებით.

623. გრაქციული დივერტიკულები ხშირად გვხვდება:

- ა) კისრის ნაწილში.
- ბ) საყლაპავის ამპულარულ ნაწილში.
- გ) აბლომინურ ნაწილში.
- *დ) გრაქციის ბიფურკაციის დონეზე.

624. საყლაპავის დივერტიკულებს, წარმოქმნილებს ქრონიკული მედიასტინიტის ნიადაგზე, ჰქვიათ:

- ა) ცენკერის.
- ბ) ეპიფრენალური.
- გ) პულსური.
- *დ) გრაქციული.

625. ცენკერის დივერტიკულები წარმოიქმნებიან

- ა) საყლაპავის წინა კედელზე.
- *ბ) საყლაპავის უკანა კედელზე.
- გ) საყლაპავის გვერდით კედელზე.
- დ) საყლაპავის წინა და გვერდით კედელზე.

626. პეპტიურ ემოფაგიტს ახასიათებს:

- ა) დაძინების კონტურები შუა და ქვედა მესამედებში. შეიძლება აღინიშნებოდეს დაწყულულებები და ავსების დეფექტები.
- ბ) დეფექტებს აქვთ სერპანტინის ფორმა, იცვლიან ზომასა და ფორმას ავადმყოფის მდებარეობისა და სუნთქვის ფაზების შესაბამისად. მკაფიოდაა გამოხატული შუა და ქვემო მესამედებში.
- *გ) ცვლილებები ჩვეულებრივ გამოხატულია საყლაპავის ქვედა მესამედში.

627. საყლაპავის ვენების ვარიკოზი გამოიხატება:

- ა) საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის შუა და ქვედა მესამედში დაძინების კონტურებით, შეიძლება იყოს დაწყულულებები.
- *ბ) დეფექტს აქვს სერპანტინის ფორმა, იცვლის ზომასა და ფორმას ავადმყოფის სუნთქვის აქტისა და მდებარეობის შეცვლის შესაბამისად. ლოკალიზდება შუა და ქვემო მესამედებში.
- გ) ხშირია საყლაპავის ქვედა მესამედში და ხშირად შეუღლებულია ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერხელის თიაქართან.

628. შუასაყრის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური დონე არ აღინიშნება საყლაპავში შემდეგი ცვლილებების დროს:

- ა) დივერტიკული.
- *ბ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.
- გ) თანდაყოლილი მოკლე საყლაპავი.
- დ) კარდიის აქალაზია.

629. საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება უმეტესად აღინიშნება:

- ა) მემო მესამედში.
- *ბ) ქვემო მესამედში.
- გ) შუა მესამედში.
- დ) ქვედა სიგრძეზე.

630. საყლაპავის ცვლილებები, გამოწვეული შუასაყრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით, უხშირესად გამოვლინდება:

- ა) გრაქეალურ სეგმენტში.
- ბ) აორტალურ სეგმენტში.
- *გ) ბრონქიალურ და ბრონქემა სეგმენტებში.
- დ) რეგროკარდიალურ და კარდიოლიაფრაგმულ სეგმენტებში.

631. ემოფაგო-ბრონქული ხერეღმილების გიპიური ლოკალიზაციაა:

- *ა) გრაქეის ბიფურკაციის დონე.
- ბ) აორტალური სეგმენტი.
- გ) რეგროკარდიალური სეგმენტი.
- დ) საყლაპავის დისგალური ნაწილი.

632. საყლაპავის უკანა ცლომა გიპიურია.

- ა) ფარისებური ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) მარჯვნივ მდებარე აორტისათვის.
- *გ) შუასაყარის ბიფურკაციული ლიმფური ჯირკვლების გადიდებისათვის.
- დ) აორტის დაწვრივი ტოტის ანევრიზმისათვის.

633. საყლაპავის ცლომა უკან არ არის დამახასიათებელი.

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) ბიფურკაციული ლიმფური ჯირკვლების გადიდებისათვის.
- *გ) მარჯვნივმდებარე აორტისათვის.
- დ) მარცხენა წინაგულის გადიდებისათვის.

634. საყლაპავის გვერდითი ცლომა დამახასიათებელია

- ა) საყლაპავის კიბოსათვის.
- ბ) ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერეღის ფიქსირებული თიაქარისათვის.
- *გ) მასკლეროზირებული მედიასტინისათვის
- დ) სკლეროლერმიისათვის.

635. ავადმყოფის საკვების მიღებისას მკერდის უკან აქვს გკივილი, პერიოდულად დისფაგია. რენტგენოლოგიურად საყლაპავის ღიაფრაგმისზედა სეგმენტში დიფერენცირდება ნიშა კონტურსა და რელიეფზე ზომით 0-3 სმ. სანათური ამ დონეზე ცირკულარულადაა შევიწროებული, ბარიუმის

გამავლობა შენახულია. აღინიშნება ღიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის ფიქსირებული თიაქარი. კლინიკო-რენტგენოლოგიური სურათით შეიძლება დაისვას დიაგნოზი.

- ა) ენდოფიგური კიბო დაწყულელებით.
- ბ) ფინჯნისებური კიბო.
- გ) საყლაპავის წყლული.
- დ) ემოფაგიტი.
- *ე) წყლულოვან-ნაწიბუროვანი ემოფაგიტი.

636. საყლაპავის სანათურის დავიწროება არ არის დამახასიათებელი:

- ა) ენდოფიგური კიბოსათვის.
- ბ) საყლაპავის წყლულისათვის.
- *გ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისათვის.
- დ) კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის.

637. საყლაპავის პათოლოგიით გამოწვეული შუასაყარის ჩრდილის გაფართოება შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- ა) საყლაპავის შუა მესამედის კიბოს დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობისას.
- *გ) საყლაპავის აქალაზიის დროს.
- დ) რეფლექს-ემოფაგიტის დროს.

638. კარდიის აქალაზიის, კარდიოსპაზმის, კარდიოემოფაგული კიბოსა და სკლეროფერმის საერთო რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

- ა) საყლაპავის ცლომა.
- *ბ) საყლაპავის გაგანიერება.
- გ) საყლაპავის დამოკლება.
- დ) საყლაპავის დაგრძელება.

639. მელორი-ვეისის სინდრომი ასოცირდება ცვლილებებთან საყლაპავის დისგალურ მესამედში, რომლებიც განპირობებული არიან:

- ა) კედლის პერფორაციით.
- ბ) სანათურში გიხრების არსებობით.
- *გ) ლორწოვანის მცირე ნახეთქებით.
- დ) საყლაპავის სტრუქტურით.

640. ბრყელი უცხო სხეული - მონეგა - საყლაპავის ზემო ნაწილში თავსდება:

- ა) ჰორიზონტალურად.
- ბ) საგიგალურ სიბრყეში.
- გ) ფრონტალურ სიბრყეში.
- *დ) დამოკიდებულია პაციენტის მდებარეობაზე კვლევის მომენტში.

641. საყლაპავის გულმკერდის ნაწილში უცხო სხეულის გამოვლენის მიზნით გამოიყენება:

- ა) ფარმპრეპარატებით კვლევა.
- *ბ) ივანოვა-პოდობედის მეთოდიკა.
- გ) საყლაპავის ორმაგი კონტრასტირება.
- დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბა.

642. კუჭის მცირე სიმრუდის მახვილწვერიანი ნიშა 1სმ-მდე დიამეტრით, გამოსული კონტურზე,

სიმეგრული ლილვაკით, ირგვლივ ელასტიური კედლით, შეიძლება იყოს:

- *ა) კეთილთვისებიანი წყლულის დროს.
- ბ) პენეტრირებული წყლულის დროს.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულის დროს.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოს დროს.

643. სამფენოვანი ნიშა, გამოსული კუჭის კონტურის გარეთ, კუჭის ნაწიბუროვანი ლეფორმაცია და ლორწოვანის ანთებითი ხასიათის ცვლილებებით დამახასიათებელია:

- ა) მწვავე წყლულისათვის.
- *ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულისათვის.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოსათვის.

644. კუჭის ანგრაღურ ნაწილში ბრტყელი ნიშა, არასწორი კონტურებითა და ვრცელი აპერისგალტიკური ზონით ირგვლივ, 2,5 სმ ღიაშეგრით დამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- *გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- დ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

645. კუჭის მცირე სიმრუდებზე „შგრიხის“ ფორმის ნიშა, ირგვლივ გადასწორებული ლორწოვანით, გასწორებული და დამოკლებული მცირე სიმრუდე ცვლილებების ლოკალიზაციის შესაბამისად, დამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- *დ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

646. კუჭის პოსტწყლულოვანი ლეფორმაციის სახეებია:

- ა) ქვიშის საათის მაგვარი.
- ბ) ლოკოკინასმაგვარი.
- გ) მცირე სიმრუდის დამოკლება
- *დ) ყველა პასუხის სწორია

647. პილორო-დუოდენალური ნაწილში წყლულოვან-ნაწიბუროვანი სტენოზი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება:

- ა) კუჭის პრეპილორულ ნაწილში.
- ბ) გასავეალში.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში.
- დ) პოსტბულბარულ ნაწილში.

648. კუჭის ქრონიკული პენეტრირებული და მწვავე წყლულის რენტგენოლოგიური დიფერენციალური დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთერთზე დაყრდნობით:

- ა) კუჭის ნაწიბუროვანი ლეფორმაცია დანაწიბურების ცენტრით შესაბამისად წყლულის ლოკალიზაციასთან.
- ბ) წყლულის კრაგერი აღემატება 2 სმ-ს.
- *გ) წყლულოვან ნიშაში სამფენოვანობის სიმპტომის არსებობა.

დ) ნაკეცების კონფერგენცია წყლულისაკენ.

649. ქვიშის საათის მაგვარი დეფორმაცია - ეს არის კუჭის სანათურის ასიმეტრიული დავიწროება:

*ა) კუჭის სხეულში.

ბ) ანგრალურ ნაწილში.

გ) პრეპილორულ ნაწილში.

დ) კუჭის ნებისმიერ მონაკვეთში.

650. კუჭის ლოკოკინისებური დეფორმაცია მცირე სიმრუდის ქრონიკული წყლულის დანაწიბურების შედეგია:

ა) კუჭის ბემო მესამედში.

*ბ) შუა მესამედში.

გ) ანგრალურ ნაწილში.

დ) გასავალში.

651. უმბომე კუჭი გადიდებულია ბომებში, აღინიშნება სითხე, კუჭის მცირე სიმრუდე ანგრალურ ნაწილში დამოკლებულია, პილოროდუოდენალური სეგმენტი ჰიპერმოთილიურია, გასავალი დავიწროებულია, ასიმეტრიულია, 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმირებულია. კუჭის დაცლა შენელებულია. ეს სიმპტომები ახასიათებს:

ა) ენდოფიგურ კიბოს.

*ბ) გასავლის ნაწიბუროვან-წყლულოვან სტენოზს.

გ) რიგიდულ ანგრუმ გასგრიგს.

დ) თანდაყოლილ პილოროსტენოზს.

652. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმულია: ლატერალური ჯიბე დავრძელებულია, წყლულოვანი ნიშა უნდა ვეძებოთ:

*ა) უკანა კედელზე

ბ) დიდ სიმრუდეზე.

გ) ლატერალურ ჯიბეში.

დ) ბოლქვის ფუძეზე.

653. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმულია სამყურას ფორმით. წყლულოვანი ნიშა ანუ ე.წ. მკოცნავი წყლულები უნდა ვეძებოთ:

ა) ბოლქვის ფუძეზე.

*ბ) ბოლქვის ცენტრში.

გ) ბოლქვის მწვერვალში.

დ) ბოლქვის ჯიბეებში.

654. კუჭის სხეულსა და სინუსში არასწორი ოვალური ფორმის რამდენიმე ავსების დეფექტი, გამოკვლევის პროცესში მათი კონფიგურაცია შენახულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია.

ა) ვენების ვარიკოზულ გაგანიერების.

ბ) კუჭის ლორწოვანის ჰიპერპლაზიისათვის.

*გ) პოლიპებისათვის.

დ) კუჭის კიბოსათვის.

655. კუჭის შეცვლილი ლორწოვანის ფონზე 0,5-2,0 სმ დიამეტრის მრავლობითი სწორი მომრგვალო ფორმის მკვეთრი კონტურების მქონე ავსების დეფექტები. რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

ა) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.

ბ) ჭარბი ლორწოვანის პოლიპების.

*გ) პოლიპომური გასტრიტის.

656. კუჭის ენდოფიტური - ინფილტრაციული - კიბოს განმსაზღვრელი სიმპტომებია:

ა) კუჭის აიროვანი ბუშტის შემცირებული ზომები, პერისტალტიკის არარსებობა.

ბ) ავსების ცენტრალური ღეფექტი, ღეფექტი რელიეფზე, კუჭის აიროვანი ბუშტის ფონზე დამატებითი ჩრდილი.

*გ) კუჭის მცირე სიმრუდის დამოკლება, მისი კედლების რიგილობა, ნაოჭების გაქრობა, მიკროგასტრია.

დ) ავსების ღეფექტი, ატიპიური რელიეფი, პერისტალტიკის დარღვევა.

657. კუჭის აღრეული - დაწყებითი - კიბო ეს არის:

ა) 4 სმ-მდე ზომის პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნი.

*ბ) ლორწოვანი და ლორწოქვეშა შრეების კიბო.

გ) სიმსივნური ინფილტრაცია 1,0-3,0 სმ-მდე ზომის.

დ) სიმსივნის კელელშიდა ბრდა.

658. კუჭის აღრეული კიბო - ეს არის მცნება:

ა) რენგენოლოგიური.

ბ) ენდოსკოპიური.

გ) ქირურგიული.

*დ) მორფოლოგიური.

659. კუჭის აღრეული კიბოს უხშირეს მორფოლოგიურ სახეს წარმოადგენს:

ა) ფუნგოზური.

ბ) ინფილტრაციული.

*გ) ეროზიულ-წყლულოვანი.

დ) პერფორაციული.

660. კუჭის ანგრალური ნაწილი ცირკულარულად შევიწროებული და დამოკლებულია, დიდი სიმრუდის კონგურები დაკბილული, პერისტალტიკა ზომიერად გამოხატული, ეს არის რენგენოლოგიური სურათი:

ა) ენდოფიტური კიბოს.

ბ) გასავლის წყლულოვან ნაწიბუროვანი სტენოზის.

*გ) რიგიდული ანგრუმ გასტრიტის.

დ) ლოკოკინისებური ღეფორმაციის.

661. კუჭის ანგრალური ნაწილი კონცენტრულადაა შევიწროებული, კონგურები უსწორმასწორო, კედლები რიგიდული, ლორწოვანის ნაოჭები წაშლილი. ეს სურათი დამახასიათებელია:

*ა) ენდოფიტური კიბოსათვის.

ბ) პილორუსის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზისათვის.

გ) რიგიდული ანგრალური გასტრიტისათვის.

დ) კუჭზე გარედან ზეწოლისათვის.

662. კუჭი ზომებში მომატებული, პილორული არხი ღიაა და დაგრძელებული, ბოლქვის ფუძე ბრტყლად შემხეილი, ანგრუმსა და პრეპილორულ ნაწილში ლორწოვანის რელიეფი წაშლილია. თქვენი დასკვნა:

ა) ანგრუმის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზი.

- ბ) რიგიდული ანგრუმ-გასტრიტი.
- *გ) ანგრუმის კიბოვანი სტენოზი.
- დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი.

663. კუჭის ერთეული ავსების დეფექტი არასწორი მომრგვალო ფორმის, 2,0 სმ და მეტი ზომის, ფართე ფუძითა და სტრუქტურული ზედაპირით - ასეთი რენტგენოლოგიური სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელური სიმსივნისათვის.
- *გ) პოლიპისმაგვარი კიბოსათვის.
- დ) ბემოარისათვის.

664. კუჭში ბემოარები უფრო ხშირად წარმოიქმნებიან:

- ა) დაბალი სიმკვავის დროს.
- ბ) ჭარბი ლორწოს დროს
- *გ) ნორმალური სიმკვავის დროს.
- დ) აქლორჰიდრიის დროს.

665. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს მეტწილად აღინიშნება შერყვმა:

- ა) ბოლქვის წყლულისა პანკრეატიტთან.
- *ბ) ბოლქვის წყლულისა კუჭქვეშა ჯირკვლის აღენომასთან.
- გ) კუჭის წყლულისა ქოლეცისტიტთან.
- დ) კუჭის წყლულისა აპენდიციტთან.

666. კუჭის ზემო ნაწილისა და საყლაპავის დისტალური მონაკვეთის მრავლობითი დეფექტები რელიეფზე ზომით 1-2 სმ, შერწყმული გაფართოებულ ნაკეცებთან და კედლების შენახულ ელასტიურობასთან. დამახასიათებელია:

- *ა) ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებისათვის.
- ბ) ლორწოვანის ჰიპერტროფიისათვის.
- გ) პოლიპებისათვის.
- დ) უნივერსალური გასტრიტისათვის.

667. 3 სმ-ზე მეტი ზომის არასწორი მომრგვალო ფორმის ერთეული ავსების ცენტრალური დეფექტი, აღვილად გადაადგილებადი 10,0 და მეტ სანტიმეტრზე, დამახასიათებელი სიმპტომია.

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელური სიმსივნისათვის.
- გ) პოლიპოზური კიბოსათვის.
- *დ) ბემოარისათვის.

668. კუჭის ლორწოვანი პროლაფსი 12-გოჯას ბოლქვში:

- ა) დამახასიათებელია კიბოსათვის.
- ბ) შერწყმულია აქლორჰიდრიასთან.
- გ) თან ახლავს ქრონიკულ გასტრიტს.
- *დ) წარმოადგენს მენენგრიეს დაავადების სიმპტომს.

669. კუჭის რეზექციის შემდეგ ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება.

- ა) წყლულის გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - I.
- ბ) კიბოს გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - I.

*გ) წყლულის გამო წარმოებული რებექცია ბილროთ - I I.

დ) კიბოს გამო წარმოებული რებექცია ბილროთ - I I.

670. ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ლოკალიზდება:

ა) კუჭის ტაკვის კიდეზე.

ბ) მომგან გოგში.

*გ) წამლებ გოგში.

დ) ზემოთ ჩამოთვლილიდან ნებისმიერ მიდამოში.

671. გასტრექტომიის შემდეგ დემინგ სიმპტომი გამოვლინდება:

ა) კუნთოვანი კრუნჩხვებით საკვების მიღებიდან ხანმოკლე დროის შემდეგ.

ბ) ხელის მტევნებისა და გერფების სპაზმით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ.

*გ) სისუსტით, ოფლიანობით, გაქიკარლით, თავბრუსხვევით, წამოწოლის გადაულახავი სურვილით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ, ჩივილებს აქვთ შემცირების ტენდენცია ჰორიზონტალურ მდებარეობაში გადასვლის შემდეგ.

დ) ყველა პასუხი სწორია.

672. კუჭის რებექციის შემდეგ განვითარებული სუბლიაფრაგმული აბსცესის, როგორც აღრეული გართულების რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკის ყველაზე ხელსაყრელი მეთოდოლოგიური პირობაა:

ა) ლაგეროგრაფია მარცხენა სუბლიაფრაგმული სივრცის შესწავლის მიზნით.

ბ) რენტგენოგრაფია პირდაპირსა და გვერდით პროექციებში.

*გ) რენტგენოლოგიური კვლევა კუჭის ტაკვის კონტრასტირებით.

დ) რენტგენოლოგიური კვლევა მსხვილი ნაწლავის ელენტის ნაკეცის კონტრასტირებით.

673. 12-გოჯა ნაწლავის ტონუსის დაქვეითება ქვემო ჰორიზონტალურ გოგში ბარიუმის სტაბით და გამავლობის შენარჩუნებით, ჰიპერსეკრეცია, ლორწოვანის ნაოჭების გაფართოება - რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

*ა) ლუოლენიგის.

ბ) პანკრეატიგის.

გ) რკალისებური კუჭქვეშა ჯირკვლის.

დ) ქრონიკული არტერიო-მემბრანული გაუვალობის.

674. 15-25 სმ-ის მანძილზე თეძოს ნაწლავის გერმინალური ნაწილის კრიალოსნისმაგვარი შევიწროება, ლორწოვანი შეცვლილი ანთებითი გიპით, დაწყლულებებითა და ფსევდოპოლიპებით, ღია ილიოცეკალური სარქველი, დაზიანებული ზონის ჰიპერმოტილურობა - ეს არის რენტგენოლოგიური სურათი:

ა) ენგერიგის.

ბ) კიბოს.

*გ) კრონის დაავადების.

დ) ლიმფოგრანულომატომის.

675. 12-გოჯა ნაწლავში ბოლქვსგარეთა წყლულები უმეტესწილად ლოკალიზდებიან:

ა) ზემო ჰორიზონტალურ ნაწილსა და ზემო ნაკეცში.

*ბ) დასწვრივ გოგში.

გ) ქვედა ნაკეცში.

დ) ქვემო ჰორიზონტალურ გოგში.

676. წერილი ნაწლავის სანათურის შევიწროება რიგიდული არხის სახით, ნაოჭების გაქრობითა და სუპერასტენოზური გაფართოებით, დამბიანებული სეგმენტის ფიქსაციით, ბრტყელი კილური დეფექტები - დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია:

- ა) კრონის დაავადების.
- ბ) ტუბერკულოზის - ინფილტრაციული ფორმის.
- *გ) მასტენომირებული კიბოსი.
- დ) სარკომის.

677. 12-გოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირია

- ა) ლიმფომა.
- ბ) მეტასტაზები.
- გ) ლეიომიოსარკომა.
- *დ) კიბო.

678. მექანიკური სიყვითლიან ავადმყოფს 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივ ტოტში აღენიშნება არასწორი ფორმის 2,0+2,5 სმ ზომის ავსების დეფექტი ნაწლავი გაღმბიანებულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) სარკომისათვის.
- *ბ) ღიდი დუოდენალური დვრილის კიბოსათვის.
- გ) ლეიომიომისათვის.
- დ) პოლიპისათვის.

679. 12-გოჯა ნაწლავის მარყუქი გაშლილია, გარკვეულ უბანზე ნაწლავის კონკური დეფორმირებულია, რიგიდულია, გამოხატულია ნახევარჩრდილის - (კულისის) - სიმპტომი და ლორწოვანის რღვევის ნიშნებით. თქვენი დასკვნაა:

- ა) პანკრეატიტი.
- *ბ) პანკრეასის თავის კიბო.
- გ) დუოდენიტი.
- დ) პერიდუოდენიტი.

680. გაუვალობის ნიშნები, ჰიპერთერმია, ბარიუმით რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას ისახება მყარი ცირკულარული შევიწროება, ნაწლავის სიგრძივი ღერძის გამრუდება. 24 საათის შემდეგ კუჭი თავისუფალია საკონტრასტო ნივთიერებისაგან - თქვენი დასკვნა:

- ა) ბეჭდისებური კუჭქვეშა ჯირკვალი.
- ბ) პანკრეატოდუოდენალური კიბო.
- *გ) ნაწლავური ინფილტრატი.
- დ) ქრონიკული ცრუ კისტა.

681. ავადმყოფი გარდამავალი მექანიკური სიყვითლით. რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიით გამოვლინდა ნაღვლის საერთო სადინრის დისგალური ნაწილის შევიწროება საწერი კალამის ფორმით და ნაწლავის მედიალური კედლის გლუვი, გვერდითი შეზნექილობა სადინრის შესვლის ადგილას. ეს გამოვლინებაა:

- ა) კონკრემენტის არსებობისა თორმეგოჯა ნაწლავის ამპულაში.
- *ბ) მასტენომირებული პაპილიტის.
- გ) ფაგერის დვრილის სიმსივნის.
- დ) პარაფაგერალური დიფერტიკულის.

682. წერილი ნაწლავის ყველაზე ხშირი კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია:

- * ა) ლეიომიომა.
- ბ) ლიპომა.
- გ) გლანდულარული სიმსივნე.

683. მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური დარღვევების რენტგენოდიაგნოსტიკას საფუძვლად დაედო:

- ა) ნაწლავის მდებარეობა და ზომა.
- * ბ) ჰაუსტრაცია, სანათურის დიამეტრი და ბარიუმის პასაჟის დრო.
- გ) ლორწოვანის რელიეფი.
- დ) ნაწლავის კედლის ელასტურობა.

684. განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის რენტგენოლოგიური კვლევისას ვლინდება ნაწლავის სანათურის შევიწროება, წვრილი დაკბილვა და ნაწლავის კედლის ორმაგი კონტური, ჰაუსტრების არარსებობა, მოგორიკის დარღვევა, ლორწოვანის ნაოჭების შეშუპება. ეს ნიშნები დამახასიათებელია:

- ა) ტოქსიკური მეგაკოლონისათვის.
- ბ) დივერტიკულოზისათვის.
- * გ) წყლულოვანი კოლიტისათვის.
- დ) ავთვისებიანი ლიმფომებისათვის.

685. ლორწოვანის წერტილოვანი ჰემორაგიები, მათი ინფიცირება, დაჩირქება და წვრილი აბსცესების წარმოქმნა გვხვდება:

- ა) გრანულომატოზური კოლიტების დროს.
- ბ) ამებური კოლიტების დროს.
- * გ) წყლულოვანი კოლიტების დროს.
- დ) სხივეური კოლიტების დროს.

686. ექსუდაციური ანთება, კედლის კუნთოვანი შრის ჩათრევით, ლორწოქვეშა შრეში ეპითელიური გრანულომების წარმოქმნით, ახასიათებს:

- ა) სეგმენტურ კოლიტს.
- ბ) წყლულოვან კოლიტს.
- * გ) გრანულომატოზურ კოლიტს.
- დ) სპასტიურ კოლიტს.

687. კოლინჯის პირველადი ორმაგი კონტრასტირებისას აღინიშნება ბარიუმის ბეჭდისებური ბოლი 1,5 სმ დიამეტრით, მკვეთრი გარეთა და არამკაფიო შიგნითა კონტურით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- * ბ) დივერტიკულისათვის.
- გ) კოპროლითისათვის.
- დ) სანათურგარე წარმონაქმნისათვის.

688. ბრმა ნაწლავის ქვემო მედიალურ ნაწილში აღინიშნება 4-5 სმ დიამეტრის, სადა მკაფიო კიდეებიანი ავსების კილური ლეფექტი, ნაწლავის დაცლის შემდეგ მოჩანს ლორწოვანის ნაკეცები, რომლებიც განიცდიან ცლომას სიმსივნური წარმონაქმნის ბეწოლით. ნაწლავი გაღიბიანებულია, აღინიშნება სუბფებრილიტეტი. ეს არის გამოვლინება:

- ა) ეკზოფიგური კიბოსი, ნაწლავის კედელში ჩაბრლით.
- * ბ) აპენდიკულარული ინფილტრატის .
- გ) ავთვისებიანი ლიმფომის.

დ) არაეპითელური ლორწოვანი სიმსივნის.

689. სიგმურ ნაწლავში 1,5 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ავსების დეფექტი გალღისებური კონტურებით და უჯრედული სტრუქტურით, რომელიც ფორმას იცვლის ნაწლავში და წნევის მომატებისას - არის რენტგენოლოგიური ნიშანი:

ა) აღენომატებული პოლიპის.

ბ) იუვენილური პოლიპის.

*გ) ხაოიანი სიმსივნის.

დ) არაეპითელური სიმსივნის.

690. კოლინჯის მარცხენა ნახევარში მომრგვალო დეფექტი, დიამეტრით 2 სმ-მდე, უფრო მეტად დამახასიათებელია:

ა) დიფერტიკულისათვის.

ბ) ეგზოფიგური კიბოსათვის.

*გ) პოლიპისათვის.

დ) გარედან ბეწოლისათვის.

691. მსხვილი ნაწლავის კიბო პოლიპისაგან ფეხზე წარმოიქმნება:

ა) ხშირად.

*ბ) იშვიათად.

გ) შემთხვევითა ნახევარში.

დ) შემთხვევით.

692. შეუცვლელი ლორწოვანის ფონზე კოლინჯის მრავალრიცხოვანი მომრგვალო ავსების დეფექტები, მკვეთრი კონტურებით - დამახასიათებელია:

ა) კიბოსათვის.

ბ) დიფერტიკულისათვის.

*გ) მრავლობითი (ჯგუფური) პოლიპებისათვის.

დ) კრონის დაავადებისათვის.

693. ერთეული მრგვალი ავსების დეფექტი მსხვილ ნაწლავში, ხორკლიანი ბედაპირით ზომით 3 სმ-ზე მეტი. ეს რენტგენოლოგიური ნიშანია:

ა) დიფერტიკულის.

*ბ) ეგზოფიგური კიბოს.

გ) პოლიპის.

დ) ხაოიანი სიმსივნის.

694. განივი კოლინჯის მყარი ცირკულარული შევიწროება, არასწორი დაკბილული კონტურებით ვლინდება:

ა) დიფერტიკულოზის დროს.

*ბ) მასტენოზირებული კიბოს დროს.

გ) წყლულოვანი კიბოს დროს.

დ) ჰირმპრუნგის დაავადების დროს.

695. ცენტრალური ოვალური ავსების დეფექტი, ლოკალიზებული სიგმური ნაწლავის დისგალურ ნაწილში, დიამეტრით 8 სმ, „დეფექტის“ ღონებზე და მის მაღლა ნაწლავის სახათური მნიშვნელოვნად გაგანიერებულია. „დეფექტის“ ლოკალიზაციის შესაბამისად ისინჯება მკვეთრი წარმონაქმნი, მოძრავი ნაწლავთან ერთად. ნაწლავის გამავლობა დარღვეულია, ავადმყოფი

უჩივის ყაბზობას. ყველაზე ხშირი მიზეზი ამისა არის:

- ა) კიბო.
- ბ) კეთილთვისებიანი ეპითელური სიმსივნე.
- გ) კეთილთვისებიანი არაეპითელური სიმსივნე.
- *დ) განავლოვანი ქვა.

696. ოპერირებული მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას პირველ რიგში ყურადღება ექცევა:

- ა) ნაწლავის ფორმასა და მდებარეობას.
- *ბ) შექმნილი ანასტომოზის მდგომარეობას.
- გ) ნაწლავის გამავლობას.
- დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის რელიეფს.

697. ლუოდენალური ფანჯარა უფრო მკვეთრად გამოხატულია:

- ა) ფაგერის ღვრილის კიბოს დროს.
- ბ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოს დროს.
- *გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კისტების დროს.
- დ) პანკრეატიტების დროს.

698. კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას კუჭის წვენის მუავიანობის მაღალი ციფრები, მრავლობითი წყლულები, გამოხატული ჰიპერსეკრეცია; კუჭქვეშა ჯირკვლის ანგიოგრაფიისას, სიმსივნე ჭარბად გამოხატული ვასკულარიზაციით. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- *გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

699. ანამნეზში პაციენტს აქვს ობგურაციული სიყვითლე, კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას - კუჭის ანტრალური ნაწილის გადაქაჩვა წინ და ბემოთ, 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი გოგის მედიალური კედლის რიგილობა და ლორწოვანის აგიპიური რელიეფი. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- *ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

700. სამი თვის წინ პაციენტმა გადაიგანა ოპერაცია კუჭქვეშა ჯირკვლისათვის კიბოს გამო, მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევისას ნაღვლის საერთო და ვირბუნგის სადინრების პროექციაზე ისახება დრენაჟის მიღები, აღინიშნება ჰაერი სახალვლე გზებში, ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ვაწარმოოთ შემდეგი სახის ოპერაცია:

- ა) ბილიოდიგესტური ანასტომოზი.
- *ბ) პანკრეატოლოდენალური რეზექცია.
- გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის რეზექცია.
- დ) ბალექონის ჩანთის დრენირება.

701. გადიდებული ხორკლიანი ღვიძლი, მრავლობითი გაკირული უბნებით ბელგებისა და რგოლების სახით.

- ა) ღვიძლის აბსცესების დროს.
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური ღვიძლის დროს.
- *გ) ღვიძლის ექინოკოკოზის დროს.
- დ) რეგროპერიტონეალურად განლაგებული კონკრემენტების და გაკირული უბნების არსებობის დროს.

702. კუჭის კარდიალური ნაწილის და სხეულის ცლომა უკან და მარცხნივ, ხოლო გასავალი ნაწილისა ქვემოთ, აღინიშნება:

- ა) პორტალური ჰიპერტენზიის დროს.
- ბ) ნაღვლის ბუშის წყალმანკის დროს.
- *გ) ღვიძლის მარცხენა წილის გადილებისა დროს.
- დ) კუჭქვეშა ჯირკვლის გადილების დროს.

703. ღვიძლის ჩრდილის გადილება შემოსამღვრული ნახევარსფეროები გამოიხატება, სწორი კონტურებითა და გაკირული უბნებით, ნამგლის ან ბელგის სახით. დამახასიათებელია:

- ა) ღვიძლის კიბოსათვის.
- *ბ) ღვიძლის ექინოკოკური კისტისათვის.
- გ) ღვიძლის ნაწილობრივი რელაქსაციისათვის.
- დ) ნეკროზის ხრტილოვანი ნაწილების გაკირვისათვის.

704. მასკლერობირებული ქოლანგიტების განვითარება განპირობებულია სანაღვლე სადინრების შევიწროებით. ამ დროს:

- ა) პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ღვიძლისა და ნაღვლის საერთო სადინრები.
- ბ) ადგილი აქვს მხოლოდ ნაღვლის საერთო სადინრის შევიწროებას.
- გ) ცვლილებები ვლინდება ღვიძლის სეგმენტურ სადინრებში.
- *დ) ბილიარული ხის ყველა მონაკვეთში.

705. ნაღვლის ბუშის სფინქტერების, მუსკულატურის და ნაღვლის საერთო სადინრის მუშაობის მოშლა, რაც ვლინდება ქოლანგიტისგან განსხვავებით, ნაღვლის ბუშის დაცლის ნორმალური რითმის ცვალებადობით, დამახასიათებელია:

- ა) სიმსუქნისათვის.
- ბ) ჰეპატიტისათვის.
- *გ) ნაღვლის ბუშის და სანაღვლე გზების დისკინეზიისათვის.
- დ) ნაღვლის ბუშის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის.

706. კონტრასტირებული ნაღვლის ბუშის მომეზია: 3 ხ 5 სმ ან 4 ხ 6 სმ ნაღვლმდენი საუბმის მიღების შემდეგ 15 წუთში მისი მომეზია შემცირდება 3/4-ით, 1 საათში მისი ჩრდილი საერთოდ არ ვლინდება. ადგილი აქვს:

- *ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერმოტორულ დისკინეზიას.
- ბ) ჰიპოტონურ, ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.
- გ) მირისის სფინქტერის ბლოკადას.
- დ) ნაღვლის ბუშის წყალმანკს.

707. ნაღვლის ბუში დიდი მომეზიაა, ჩრდილი ნაკლებინტენსიური, ნაღვლმდენი საუბმის მიღებიდან 3-4 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშში აღინიშნება კონტრასტირებული ნაღვლის 70-80%. ადგილი აქვს:

- ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერკინეტიურ დისკინეზიას.
- *ბ) ჰიპოტონურ ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.

- გ) ოლის სფინქტერის სპაზმს.
- დ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკს.

708. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების გაუკირავი კენჭების აღმოჩენა ბილიარული სისტემის კონგრასტირების გარეშე:

- *ა) შეუძლებელია.
- ბ) შესაძლოა ნებისმიერ შემთხვევაში.
- გ) შესაძლოა მრავლობითი წვრილი კონკრემენტების არსებობისას.
- დ) შესაძლოა 2 სმ-ზე მეტი ღიაშეგრის ან წახნაგოვანი ფორმის კონკრემენტის არსებობისას.

709. კონგრასტირებულ ნაღვლის ბუშტში აღინიშნება მომრგვალო ფორმის კილითი ავსების ღეფექტი, ზომით 1,5 = 2,0 სმ. რომელიც არ იცვლის მდებარეობას პოლიპოზიციური კვლევით, ეს სიმპტომი არის:

- ა) კონკრემენტი.
- ბ) პერიქოლესისტიტის,
- *გ) კეთილთვისებიანი სიმსივნის.
- დ) კიბოსი.

710. ნაღვლის ბუშტის კიბო.

- *ა) ჩვეულებრივ ვლინდება აფუქციურ ნაღვლის ბუშტში.
- ბ) ყოველთვის ვლინდება ავსების ღეფექტით.
- გ) იშვიათად შერწყმულია ნაღვლის ბუშტის კენჭთან.
- დ) თან სდევს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი.

711. ნაღვლის ბუშტის კენჭების წარმოქმნა განპირობებულია შემდეგი პროცესით.

- ა) მექანიკური.
- ბ) ქიმიური.
- *გ) ფიზიკო-ქიმიური.
- დ) ინფექციური.

712. ნაღვლის ბუშტის კენჭების 80% შედგება:

- ა) ქოლესისტერინისაგან.
- ბ) ნახშირმჟავა კალციუმისაგან.
- გ) კალციუმის ბილირუბინისაგან.
- *დ) შერეულია.

713. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების რენტგენოკონგრასტული კონკრემენტები გვხვდება შემთხვევათა

- ა) 65%.
- ბ) 50%.
- გ) 35%.
- *დ) 20%.

714. ნაღვლის ბუშტის თხელი ლორწოვანი სეკრეტით გაგანიერება-გადავსებას აღვილი აქვს:

- ა) ემპიემის დროს.
- ბ) ფლეგმონობური ქოლესისტიტის დროს.
- *გ) წყალმანკის დროს.
- დ) ლიმფორეის დროს.

715. ბავშვებსა და მოზარდებში ნაღვლის ბუშტის რენგგენოკონტრასტული კენჭების არსებობა დაკავშირებულია:

- ა) ლაქტამის დეფიციტთან.
- ბ) რძის ზომამზე მეტად მოხმარებასთან.
- გ) ქოლეცისტერინის ცვლის მოშლასთან.
- *დ) კალციუმის მეტაბოლიზმის მოშლასთან.

716. ავადმყოფს, ქოლეცისტექტომიიდან 8 დღის შემდეგ ღიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის ქვეშ ღვიძლის ფონზე აღენიშნება სითხის ფართე ღონე. გუმბათი უმოძრაოა, მისი კონტური არამკაფიოა, მის ზემოთ დისკოსებური აგელექტამი, კოსტოღიაფრაგმულ სინუსში სითხე. თქვენი დასკვნაა:

- ა) ღვიძლის აბსცესი.
- *ბ) ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესი.
- გ) მსხვილი ნაწლავის ინტერპოზიცია.
- დ) სწორი პასუხი არ არის.

717. კალკულოზური ქოლეცისტიტისა და ქოლელქოლითიაზის გამო ქოლეცისტექტომიისა და ნაღვლის საერთო სადინრის ღრენირების, შემდეგ ღრენაქიდან აღინიშნება ჭარბი რაოდენობით ნაღვლის გამოყოფა, განავალი გაუფერულებულია, ფისტულოგრაფიის დროს სადინარი გაგანიერებულია, მისი ტერმინალი ნაწილი ობტურირებულია, ობტურაციის ფორმა მენისკისებურია. ობტურაციის მიზეზია:

- ა) კიბო.
- *ბ) კენჭი.
- გ) ნაწიბუროვანი სტრიქტურა.
- დ) სპაზმი.

718. ელენტის გაღიღების დროს ტიპურია ცლომა:

- ა) ღიაფრაგმის.
- ბ) კუჭის.
- *გ) კოლინჯის.
- დ) 12-გოჯა ნაწლავის.

719. ყველაზე ხშირად ელენტაში გაკირვა აღინიშნება.

- ა) ელენტის ინფარქტისას.
- ბ) ბაქტერიული ინფექციისას.
- გ) სუბკაფსულარული კისტებისას.
- *დ) პარაზიტიკული კისტებისას.

720. სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესებით ელენტაში კირის მარილების ჩალაგება გვაძლევს შემდეგ რენგგენოლოგიურ სურათს:

- ა) ვრცელი უწესრიგო გაკირვა.
- ბ) წვრილი, დაწინწკლული გაკირვა.
- გ) ბეჭდისებური ჩრდილები.
- *დ) ზემოთხამოთვლილი ნებისმიერი კომბინაცია.

721. ღიაფრაგმის მოძრაობის გამოხატული დარღვევა არ არის დამახასიათებელი:

- ა) პანკრეატიტისათვის.
- ბ) ქოლეცისტიტისათვის დროს.

გ) ღვიძლის ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესისათვის.

*დ) ნაწლავთა მექანიკური გაუვალლობისათვის.

722. ღიაფრაგმის ანთებითი პროცესისთვის დამახასიათებელი არ არის:

ა) გამონაჟონი პლევრალურ სინუსში.

ბ) ღიაფრაგმის გასქელება.

*გ) ღიაფრაგმის გუმბათის ნორმალური ექსკურსია.

დ) ღიაფრაგმის გუმბათების უძრაობა-მოძრაობის არ არსებობა.

723. ღიაფრაგმის პირველადი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები რენტგენოლოგიურად ხშირად გამოვლინდება:

ა) მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვით.

ბ) ერთ-ერთი ღიაფრაგმის გუმბათების გასქელებით.

*გ) მომრგვალო ან ოვალური ფორმის ჩრდილი სწორი ან გაღლისებური კონტურებით.

დ) არასწორი ფორმის ჩრდილი, უსწორმასწორო ზედაპირით და არამკვეთრი კონტურებით.

724. საყლაპავის აბდომინალური და კუჭის ნაწილები პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში რენტგენოლოგიური კვლევისას, იმყოფება ღიაფრაგმის ზემოთ, საყლაპავი კუჭის შესასვლელთან აკეთებს მუხლს, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

ა) საყლაპავის ხვრელის პარაეზოფაგეალური თიაქრისათვის.

*ბ) საყლაპავის ხვრელის აქსიალური არაფიქსირებული კარდიოფუნდალური თიაქრისათვის.

გ) ღიაფრაგმის რელაქსაციისათვის.

დ) პარასტერნალური თიაქრისათვის.

725. ავადმყოფის კარგი თვით შეგრძნების დროს, შუასაყრის ფონზე ჰორიზონტალური დონის, სითხის აღმოჩენისას, ღიაგნოსტიკური მიზნით პირველ რიგში უნდა ჩატარდეს:

ა) შუასაყრის ლაგეროსკოპია.

ბ) შუასაყრის გომოგრაფია.

*გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.

726. ღიაფრაგმის სიმსივნური წარმონაქმნის, რელაქსაციისა და სუბღიაფრაგმული პათოლოგიური პროცესების დიფ. ღიაგნოსტიკისას, ყველაზე მეტად ინფორმატიული რენტგენო-ღიაგნოსტიკური მეთოდია:

ა) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია.

ბ) გომოგრაფია.

*გ) კტ.

დ) პნევმოთორაქსი.

727. ღიაფრაგმისა და გულმკერდის პათოლოგიური წარმონაქმნების რენტგენოლოგიური დიფ. ღიაგნოსტიკის დროს ყველაზე მეტად ინფორმატიული მეთოდია:

ა) გულმკერდის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

ბ) გომოგრაფია.

გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

*დ) კტ.

728. მუცლის წინა კედლის თიაქრის შიგთავსის განსაზღვრისათვის ხშირად საკმარისია:

ა) მუცლის დრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.

ბ) გამოკვლევა ლაგეროსკოპიაში.

გ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა პირდაპირ პროექციაში.

*დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა გვერდით პროექციაში.

729. მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობის დადასტურების ყველაზე მარტივი მეთოდია:

ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

ბ) ლაპარასკოპია.

*გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

დ) კბ.

730. მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესების რენტგენოლოგიური სურათი მიიღება შემდეგი გამოკვლევებისას:

ა) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.

ბ) პნევმოგასტროკოლონოგრაფიით.

*გ) პნევმოპერიტონეუმით.

დ) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.

731. შემოსაზღვრული პერიტონიტი (მუცლის ღრუს აბსცესი) ხშირად გვხვდება და რენტგენოლოგიურად ხშირად ვლინდება:

*ა) ღიაფრაგმის ქვემოთ.

ბ) ღვიძლის ქვემოთ.

გ) მარჯვენა თეძოს ფოსოში.

732. მუცლის ღრუს აბსცესის პირდაპირი რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

ა) მუცლის ღრუს შემოსაზღვრული დაჩრდილვა.

ბ) დაჩრდილული უბნის მეზობელ ორგანოთა ცლომა.

გ) ნაწლავის მარყუქების შემოსაზღვრული პარეტი.

*დ) ჰორიზონტალური სითხის დონე შემოსაზღვრულ ღრუში.

733. რეგროპერიტონეული სივრცის პათოლოგიური პროცესის ყველაზე მეტად სარწმუნო სიმპტომია:

ა) განივი კოლინჯის ცლომა ბემოთ.

*ბ) ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯის ცლომა წინ.

გ) მარდსაწვეთის გაგანიერება და მასზე ბეწოლა.

დ) წვრილი ნაწლავის მარყუქების ფიქსაცია.

734. რეგროპერიტონეულ პათოლოგიურ ორგანოსგარეშე წარმონაქმნებს შორის, ყველაზე ხშირია:

ა) კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.

*ბ) ავთვისებიანი სიმსივნეები.

გ) კისტები.

დ) ანთებითი ინფილტრაციები.

735. ღრუ ორგანოების პერფორაციის სარწმუნო სიმპტომია:

ა) ღიაფრაგმის მდებარეობის შეცვლა და ფუნქციის დარღვევა.

*ბ) თავისუფალი აირის არსებობა მუცლის ღრუში.

გ) თავისუფალი სითხის არსებობა მუცლის ღრუს გვერდით ღარებში.

დ) მეტეორიზმი.

736. კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორირებულ წყლულზე ეჭვის დროს უპირველეს ყოვლისა უნდა ჩატარდეს:

- * ა) მუცლის დრუს გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე.
- ბ) კუჭის ორმაგი კონტრასტირება.
- გ) კუჭის გამოკვლევა წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერებით.

737. ნაწლავის ნებისმიერი ტიპის მექანიკური გაუვალობის საერთო რენტგენოლოგიურ ნიშნებად მიჩნეულია:

- ა) თავისუფალი აირი მუცლის დრუში.
- ბ) თავისუფალი სითხე მუცლის დრუში.
- * გ) თაღებისა და სითხის ჰორიზონტალური დონეების არსებობა ნაწლავში კლოიბერის ფიალები და თაღები.
- დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის გოპოგრაფიის დარღვევა.

738. მუცლის დრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე ისახება გაზით გადაბერილი ნაწლავის მარყუქები, რომელთა სანათურში, პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნისას, აღინიშნება სითხე ჰორიზონტალური დონით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) მუცლის დრუს დახურული გრავმისათვის.
- ბ) ნაწლავის კედლის დარღვევისათვის.
- * გ) ნაწლავის მექანიკური გაუვალობისათვის.
- დ) ქრონიკული აპენდიციტისათვის.

739. წვრილი ნაწლავის და კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის მექანიკური გაუვალობის მთავარ განმსაზღვრელ რენტგენოლოგიურ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) სხვადასხვა სიმაღლის თაღები, კერკინგის ნაოჭებით.
- ბ) სითხის ჰორიზონტალური დონის არსებობა, რომლის სიგანე აღემატება სიმაღლეს.
- გ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში და კოლინჯში.
- დ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში.
- * ე) კლოიბერის ფიალების არსებობა

740. ნაწლავის გაუვალობის პირველი რენტგენოლოგიური ნიშნები გამოვლინდება:

- ა) 1-1,5 სთ-ის შემდეგ.
- ბ) 1,5-2,5 სთ-ის შემდეგ.
- * გ) 2,5-3 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 4-5 სთ-ის შემდეგ.

741. ნაწლავის ფუნქციური და მექანიკური გაუვალობის დიფერენციალური რენტგენოლიაგნოსტიკის საფუძველს შეადგენს:

- ა) გაუვალობის ლოკალიზაციის დონის განსაზღვრა.
- ბ) ასციტის გამოვლენა.
- გ) აირისა და სითხის თანაფარდობა ნაწლავში, ცვლილებები ლოკალური ან გავრცელებული ხასიათი.
- * დ) პაციენტის მდგომარეობის შეცვლისას, ნაწლავის მარყუქების მდგომარეობის ნელი ცვლილება, ლიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა.

742. კუჭ-ნაწლავის გრაქტიდან მწვავე სისხლდენისას, კოლაფსის არ არსებობის დროს რენტგენოლოგიური კვლევა შეიძლება ჩატარდეს:

- * ა) კლინიკაში პაციენტის შემოსვლისთანავე.

- ბ) 3-4 სთ-ის შემდეგ.
- გ) 4 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 3-4 დღის შემდეგ.

743. მუცლის ღრუს დახურული ტრავმის დროს 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი ტოგის გასკდომის, ძირითადი სიმტომებს წარმოადგენს:

- ა) ღიაფრაგმის, კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის ცლომა.
- ბ) მარცხენა ღიაფრაგმის ქვედა სივრცის დაჩრდილვა.
- გ) თავისუფალი აირი მუცლის ღრუში.
- *დ) რეგროპერიტონეალური ემფიზემა.

744. მუცლის ღრუს ყრუ ტრავმის დროს, მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიაზე ისახება მუცლის ღრუს მარჯვენა ნახევრის დაჩრდილვა, ღიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის მაღალი დგომა, ღვიძლის ქვედა კიდე არ ღიფერენცირდება, კუჭი და მსხვილი ნაწლავები ცლომილია და გადაბერილია აირით, თქვენი დასკვნა:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის ჰემატომა.
- ბ) მუცლის ღრუშიდა სისხლდენა.
- *გ) ღვიძლის გახეთქვა.
- დ) ელენთის სუბკაფსულარული დაზიანება.

745. მუცლის ღრუს ტრავმის დროს ყველაზე ხშირად მიახლება:

- ა) ემოფაგო-კარდიალური ნაწილი.
- ბ) პილორუსი.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავი.
- დ) განივი კოლინჯი.

746. პაციენტს, მენჯის ძვლების მოტეხილობის დროს, შარდის შეკავებისა და ჰემატურიის თანხლებით, პირველ ყოვლისა უნდა ჩაუტარდეს:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) აორტოგრაფია.
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია.
- *დ) ცისტოგრაფია.

747. მაღლა მდგომი და უმოძრაო მარჯვენა ღიაფრაგმის გუმბათი, გამონაქონი მარჯვენა ღიაფრაგმულ სინუსში, ღვიძლის ჩრდილის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური დონე-ჩამოთვლილი რენტგენოლოგიური ცვლილებები ახასიათებს:

- ა) ქოლანგიტს.
- ბ) ღვიძლის აბსცესს.
- *გ) მარჯვენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესს.
- დ) ღვიძლის სიმსივნეს.

748. რენტგენოლოგიური ნიშნები: მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის მაღლა დგომა და მოძრაობის შეზღუდვა, რეაქციული ცვლილებები პლევრის ღრუში და ფილგვის ბაზალურ სეგმენტებში, არაერთგვაროვანი დაჩრდილვა სითხის ჰორიზონტალური დონით მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ, კუჭისა და კოლინჯის ელენთის ნაკეცის ცლომა - დამახასიათებელია:

- ა) ელენთის გახეთქვისთვის.
- ბ) თრომბოფლებიგური სპლენომეგალიისათვის.
- *გ) მარცხენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესისათვის.

დ) პანკრეასის კულის სიმსივნისათვის, რღვევის ფაზაში.

749. ღვიძლის პროექციაზე, სხვადასხვა ზომის დრუ წარმონაქმნის არსებობა სითხით და აირით, რომლებიც ისახებიან პირდაპირ და გვერდით პროექციებში, რეაქტიული, პლევრალური ცვლილებების გარეშე, მეტყველებს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ინტერპოზიციაზე.
- ბ) შემოსაზღვრულ ჩირქოვან პერიტონიტზე.
- გ) ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესზე.
- *დ) ღვიძლის აბსცესზე.

750. საყლაპავის ჭრილობისას, უკონტრასტო გამოკვლევით, ყველაზე დამაჯერებელი რენტგენოლოგიურ სიმპტომად გვევლინება ყველა გარდა:

- *ა) აირი საყლაპავის სანათურში.
- ბ) პნევმოქოლასტინუმი, კისრის რბილი ქსოვილების ემფიზემა.
- გ) კისრის ლორღობის გასწორება.
- დ) შუასაყრის ჩრდილის გაფართოება.

751. საყლაპავის რენტგენოლოგიური კვლევის დროს ბარიუმის ფაფაში მთრიმლავი ნივთიერების დამატება შეიძლება ინფორმატიული იყოს:

- ა) რენტგენოკარდიალური ნაწილის სეგმენტის კიბოს დროს
- *ბ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების დროს
- გ) დივერტიკულების დროს
- დ) საყლაპავის აქალაზიის დროს

752. კარდიოემოფაგალური სეგმენტის მდგომარეობის შეფასების საუკეთესო პოზიციას კვლევა ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ამ დროს ოპტიმალური პროექციაა:

- ა) მარცხენა ირიბი (ზურგზე)
- ბ) მარჯვენა ირიბი (ზურგზე)
- გ) მარცხენა ირიბი (მუცელზე)
- *დ) მარჯვენა ირიბი (მუცელზე)

753. კუჭისა და ნაწლავის კედლის სტრუქტურის გამოვლენა შეიძლება:

- ა) პარიეტოგრაფიით
- ბ) ორმაგი კონტრასტირებით
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით
- დ) ექოსკოპიით

754. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის მოგორიკის გაძლიერების მიზნით გამოიყენება:

- ა) აგროპინი
- *ბ) მორფიუმი
- გ) სორბიტი
- დ) ნიტროგლიცერინი

755. თორმეტიგოჯა ნაწლავში ცვლილებების არსებობის დასაზუსტებელ მეთოდს მის მეზობლად განლაგებულ ორგანოების დაავადებისას წარმოადგენს:

- ა) კუჭისა და ნაწლავების ბარიუმის ფაფით კვლევა
- *ბ) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია
- გ) ინტრავენური ქოლეგრაფია

დ) პნევმოპერიტონიუმი

756. წვრილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდის უპირატესობას საუბრესთან ერთად წარმოადგენს:

ა) კვლევის სისწრაფე

ბ) ავადმყოფის დასხივების მცირე დოზა

*გ) ფიზიოლოგიურობა, ფუნქციური ცვლილებების დიაგნოსტიკის შესაძლებლობა, კვლევის სისწრაფე

757. ენგეროოცნის უპირატესობას წვრილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სხვა მეთოდებთან შედარებით წარმოადგენს ის, რომ

ა) არ იძლევა გართულებას, არ აქვს უკუჩვენება

ბ) იძლევა ფუნქციური დარღვევის შესწავლის საშუალებას

გ) იძლევა ნაწლავში ბარიუმის პასაჟის შეფასების საშუალებას

*დ) შესაძლებელია გამოვავლინოთ შევიწროვებული უბნები და დავადგინოთ მათი გავრცელების ფარგლები (ამცირებს გამოკვლევის დროს)

758. მსხვილი ნაწლავის ერთმომენტიანი ორმაგი კონტრასტირებას დროს დიფერენციულების, პოლიპებისა და ფეკალური მასების გამოსახულება შეიძლება ერთნაირი იყოს მათი ირგვლივ წრიულად ბარიუმის ფენის არსებობის სახით. ისინი შეიძლება დამაჯერებლად დიფერენცირებული იყოს:

ა) ბარიუმის წრიული ფენის ინტენსივობის მიხედვით (დიფერენციულის დროს მეტად ინტენსიური)

ბ) ბერიუმის წრიული ფენის კონტრასტულობის მიხედვით (დიფერენციულების დროს უფრო მკაფიოა გარეთა, ხოლო პოლიპების დროს - შიგნითა)

*გ) პათოლოგიური წარმონაქმნის სიმკვრივის მიხედვით (პოლიპის სიმკვრივე ფეკალური მასის სიმკვრივეზე მეტია)

759. ინგრავენური ქოლანგიოგრაფიის კონტრასტულობის გაზრდა შესაძლებელია:

ა) ფარმპრეპარატების საშუალებით, რომლებიც აძლიერებენ ღვიძლის მიერ საკონტრასტო ნივთიერების სეკრეციას

ბ) ინგრავენურად კონტრასტის დამატებითი დოზის შეყვანით, თირკმელების მიერ გამოყოფილი საკონტრასტო ნივთიერების კომპენსირების მიზნით

გ) დეჰიდრატაციული საშუალებით

*დ) კონტრასტის ინფუზორი შეყვანა, ან ერთდროულად საკონტრასტო ნივთიერების და სისხლის შრატისა და ალბუმინის ერთდროულად შეყვანა

760. კონცენტრული ფორმის გაკირვა ზომით 1,0-1,5 სმ, წელის მეორე მალის დონეზე, ან ძეწკვისებური გაკირვა აღნიშნული დონის მარჯვნივ და ქვევით ახასიათებს:

ა) მეზენტერიული სისხლძარღვების გაკირვას

ბ) ქრონიკულ ჰეპატიტს

*გ) ტუბერკულოზურ მეზადენიტს

დ) შარდ-კენჭოვან დაავადებას

761. სოლიტარული უსწორმასწორო კონტურებიანი გაკირვული ჩრდილი მდებარეობს მუცლის დრუს მარჯვენა გემო სართულში, გვერდით პროექციაში ეხება ხერხემალს, ეს არის:

ა) ნაღვლის ბუშის ან ქოლედოქუსის ქვა

ბ) თირკმლის კენჭები

*გ) პანკრეასის თავში გაკირვული უბანი

დ) გაკირული ლიმფური კვანძი

762. ღიაფრაგმის ექსკურსია ნორმალურ პირობებში ზომიერი და ღრმა ჩასუნთქვისას შესაბამისად შეადგენს

*ა) 3,0-5,0 სმ

ბ) 1,0 და 2,0 სმ

გ) 2,0-3,0 და 4,0 სმ

დ) 4,0 და 5,0 სმ

763. სუნთქვითი მოძრაობის ამპლიტუდას სწავლობენ ამოსთვის ბადით, გამომეგებს აწარმოებენ:

ა) ღიაფრაგმის მედიალური ნაწილის მიხედვით

*ბ) ღიაფრაგმის ცენტრალური ნაწილის მიხედვით

გ) გარეთა ნაწილის მიხედვით

დ) ყველა სამ ნაწილში - სამ წერტილში

764. ახალგაზრდა პაციენტს ლოკალურად დავიწროვებული სადა კიდეებიანი უბნის ზემოთ თანდათანობით აღენიშნება განივი კოლინჯის დისტალური სეგმენტების გამოხატული გაფართოება და დაგრძელება:

ა) კრონის დაავადების დროს

ბ) ტუბერკულოზის დროს

*გ) მეგაკოლონის დროს

დ) წყლულოვანი კოლიტის დროს

765. ხახის ფუნქციის დარღვევა და საკონტრასტო ნივთიერების ასპირაცია გრაქეაში აღინიშნება:

ა) საყლაპავის დიფერტიკულის დროს

ბ) საყლაპავის დამწვრობის დროს

გ) ეზოფაგიტის დროს

*დ) ხახის პარეზის დროს

766. ხახის პარეზის დროს, დაზიანებულ მხარეს ვალეკულები და მსხლისებრი სინუსები:

ა) არ ივსება

ბ) სწრაფად იცვლება

*გ) ხანგრძლივად ავსებული ბარიუმით, გაგანიერებულია

დ) დეფორმირებულნი არიან

767. ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერელის თაქარის იშვიათ გართულებას წარმოადგენს:

ა) გასტრიტი

ბ) რეფლუქს-ეზოფაგიტი

*გ) სისხლდენა და ანემია

768. საყლაპავის ნაწიბუროვანი ცვლილებები მისი დისტალური ნაწილის დამოკლებით და ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერელის ფიქსირებული თიაქარი არის შედეგი:

ა) ღიაბეგის

ბ) კარდიის აქალაზიის

გ) წყლულოვანი რეფლუქს-ეზოფაგიტის

*დ) კუჭის პროქსიმალური რეზექციის

769. საყლაპავის ზედა მესამედის შევიწროვება არ არის დამახასიათებელი:

- ა) კიბოსთვის
- ბ) დამწვრობის შემდგომი ნაწიბუროვანი შევიწროვების
- *გ) მასტენობირებელი ეზოფაგიტისათვის
- დ) მასტენობირებელი მელიასტინიგისთვის

770. მსგავსი რენტგენოლოგიური მონაცემების საფუძველზე საჭიროა საყლაპავის ცვლილებების დიფერენცირება:

- ა) სკლეროდერმიასა და დამწვრობის შემდგომ ნაწიბუროვან სტენოზს შორის
- ბ) ენტეროლოგიურ კისტასა და კიბოს შორის
- გ) ატრეზიასა და აქალაზიას შორის
- *დ) საყლაპავის ხვრელის ფიქსირებულ თიაქარსა და ეპიფრენალურ დიფერტიკულს შორის

771. კუჭის პოსტწყლულოვანი დეფორმაციის სახეებია:

- ა) ქვიშის საათის მაგვარი
- ბ) ლოკოკინას მაგვარი
- გ) მცირე სიმრუდის დამოკლება
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

772. ქვიშის საათის მაგვარი დეფორმაცია - ეს არის სანათურის ასიმეტრიული დავიწროება:

- *ა) კუჭის სხეულში
- ბ) ანგრალურ ნაწილში
- გ) პრეპილორულ ნაწილში
- დ) კუჭის ნებისმიერ მონაკვეთში

773. თორმეტგოჯა ნაწლავის ბემო ნაკეცის მედიალურ კედელზე მცირე ფორმის, უფორმო გამოდრეკილობა ამ დონეზე სანათურის მყარი დავიწროება გამაფლობის დარღვევის გარეშე, გამოხატული ჰიპერმობილურობა, ლორწოვანის ნაოჭების გასქელება და წყვეტილობა - დამახასიათებელი სიმპტომებია:

- *ა) ბოლქვსგარეთა წყლულის
- ბ) დანეკროზებული კიბოს
- გ) დიფერტიკულის
- დ) დუოდენიგის

774. სტანდარტული რენტგენოლოგიური კვლევისას აღინიშნება წვრილი ნაწლავის აწეული ტონუსი, ბარიუმის პასაჟი არათანაბარი აჩქარებით, სანათურში სითხე და ლორწო, არამკაფიო გამოხატული მარცვლოვან-ნოდოზური რელიეფი და გასქელებული წრიული ნაოჭები, ბარიუმის სვეტის სეგმენტაცია და ფრაგმენტაცია. თქვენი დასკვნა:

- ა) კრონის დაავადება
- ბ) ტუბერკულოზი
- *გ) წვრილი ნაწლავის შეწოვის ფუნქციის დარღვევის სინდრომი
- დ) ლიმფოგრანულომატოზი

775. წვრილი ნაწლავის მარყუქების ექსტაზის დროს მათი მიკუთვნება მლივ და თეძოს ნაწლავთან შეიძლება:

- ა) ლოკალიზაციის მიხედვით ხერხემალთან მიმართებაში
- ბ) პერისტალტიკის ხასიათის მიხედვით
- *გ) კერკრინგის ნაოჭების დიფერენცირების მიხედვით
- დ) დილატაციის ხარისხის მიხედვით

776. წერილი ნაწლავის ზელა ნახევრის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) კიბო
- *ბ) ლიმფომა
- გ) ლეიკემიოსარკომა
- დ) კარცინოიდული სიმსივნე

777. ფიბროზის შედეგად ნაწლავის კედლის გასქელება, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული ლორწოვანის შეშუპება და დაწყლულებები აღიწერება, როგორც მორფოლოგიური სუბსტრატი

- *ა) წყლულოვანი კოლიტის დროს
- ბ) ენგეროპათიების დროს
- გ) სეგმენტური ენგერიტების დროს
- დ) სხივური ენგერიტების დროს

778. ქვემოთ ჩამოთვლილი წერილი ნაწლავის დაავადებებიდან რენტგენოლოგიურად ყველაზე იშვიათად დიაგნოსტიკურია:

- ა) ენგერიტი
- *ბ) პნევმატიტი
- გ) არაეპითელიური სიმსივნე
- დ) ავთვისებიანი ლოპომა

779. კოლინჯის მარცხენა ნახევრის შევიწროვება და დამოკლება, ლორწოვანი რელიეფის დიფუზური შეცვლა მრავლობითი პოლიპისმაგვარი დეფექტებით, ჰიპერმოტილურობა დამახასიათებელია:

- ა) ბანალური კოლიტისათვის
- *ბ) არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტისათვის
- გ) ავთვისებიანი ლიმფომისათვის
- დ) პოლიპოზისათვის

780. “მორიგე” პოლიპებია:

- ა) სოლიტარული მსხვილნაწლავოვანი პოლიპები
- ბ) ანთებითი პროცესებისას ლორწოვანი რეგენერაციის უბნები
- *გ) კიბოს ირგვლივ არსებული ჭეშმარიტი პოლიპები, აღინიშნება არანაკლებ 30%-ში
- დ) არცერთი ჩამოთვლილი

781. ზომიერად გამოხატული მიმდინარეობის ქრონიკული პანკრეატიტის დროს კუჭქვეშა ჯირკვლის სადინრების გიპიური ცვლილებები გამოვლინდება:

- ა) სრული ობსტრუქციით
- ბ) ერთეული ან მრავლობითი შევიწროვებით
- *გ) ვირზუნგის სადინრის არათანაბარი გაგანიერებითა და მისი ტოტების დეფორმაციით
- დ) კისტოზური გაგანიერებით

782. პერორალური ქოლესისტოგრაფია იქნება არაინფორმაციული, თუ სისხლში ბილირუბინის დონე შეადგენს:

- ა) 0,5 მგ%
- ბ) 1,0 მგ%
- *გ) 2,0 მგ%
- დ) 1,5 მგ%

783. ინფუზიური ქოლესისტოანგიოგრაფიისას კონტრასტირებული სანაღველე გზები, ნაღველის საერთო საღინარი გაგანიერებულია, მის დისკალურ ნაწილს აქვს “ამომზნექილი ლინზის” ფორმა. კონტრასტი თორმეტგოჯა ნაწლავში არ გადადის. სპაზმოლიტიკების მიღების შემდეგ სურათი ნორმალიზირდება. ადგილი აქვს:

- ა) პაპილარული მიდამოს სიმსივნეს
- ბ) მასტენომირებულ პაპილიტს
- *გ) ოდის სფინქტერის სპაზმს
- დ) ნაღველის ბუშტის დისკინეზიას

784. ნაღველის ბუშტის კენჭების 80% შედგება:

- ა) ქოლესტერინისაგან
- ბ) ნახშირმჟავა კალციუმისაგან
- გ) კალციუმის ბიკარბონატისაგან
- *დ) შერეულია

785. ინტრავენური ქოლანგიოქოლესისტოგრაფიისას არ აღინიშნება “ხუფის” ფაზა, გვერდითი კონტრასტული ზონები და შრეობრიობა. ბუშტის ჩრდილი საშუალო ინტენსიობისაა, არა ჰომოგენური. ეს ნიშნები მიუთითებს:

- ა) ღვიძლის ცილოვანი ფუნქციის დარღვევაზე
- ბ) სისხლში ალბუმინისა და გლობულინების თანაფარდობის დარღვევაზე
- გ) ნაღველის ბუშტის კონცენტრაციული ფუნქციის მე-3 ხარისხის დარღვევაზე
- *დ) ნაღველის ბუშტის კონცენტრაციული ფუნქციის მე-3-4 ხარისხის დარღვევაზე

786. ღვიძლისგარეთა სანაღველე გზები და ნაღველის ბუშტი არ კონტრასტირდება, კონტრასტი აღინიშნება თორმეტგოჯა ნაწლავში. ეჭვი მიიგანეს ნაღველკენჭოვან დაავადებაზე. მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ

- ა) აგროპინი
- ბ) აერონი
- *გ) მორფინი
- დ) მეტაცინი

787. მარჯვანა კარდიოლიაფრაგმალურ კუთხეშიარსებული არაერთგვაროვანი ჩრდილის ფონზე, რომელიც ეკვრის გულმკერდის წინა კედელს, აღინიშნება ნაწლავის მარყუქები - ეს სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) პერიკარდის ცელომიური კისტისათვის
- ბ) საყლაპავის ხვრელის თიაქრისათვის
- *გ) ლარეის თიაქრისათვის
- დ) ბოგდალეკის თიაქრისათვის

788. ღიაფრაგმის გრავმული თიაქარი უფრო ხშირად ვითარდება:

- ა) ცენტრალურ ნაწილში
- ბ) მარჯვენა გუმბათის უკანა ნაწილში
- გ) მარცხენა გუმბათის უკანა ნაწილში
- *დ) მარცხენა გუმბათის წინა ნაწილში

789. ღრუ ორგანოების პერფორაციის სარწმუნო სიმპტომია

- ა) ღიაფრაგმის მღებარეობის შეცვლა

- *ბ) თავისუფალი აირის არსებობა მუცლის ღრუში
- გ) თავისუფალი სითხის არსებობა მუცლის ღრუში
- დ) მეტეორიზმი

790. ავადმყოფს მწვავე მუცლის კლინიკით მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევისას, მუცლის ღრუში აღენიშნება თავისუფალი აირის არსებობა, რენტგენოლოგმა უნდა:

- *ა) ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს შეწყვიტოს გამოკვლევა
- ბ) ჩაიგარდეს დამატებითი გამოკვლევა ლაპარასკოპიით
- გ) საშუალო სიმძიმის მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს კუჭისა და თორმეტიკოჯა ნაწლავისგამოკვლევა წყალში უხსნადი რენტგენო კონტრასტებით
- დ) ორმაგი კონტრასტირების მეთოდით შეისწავლოს კუჭი

791. გაუვალობა, განვითარებული ნაღვლოვანი კენჭებით ნაწლავის სანათურის ობსტრუქციის გამო უპირატესად ლოკალიზირდება

- *ა) ფაგერის ღვრილის ღონებზე
- ბ) ტრეიცის იოგის ღონებზე
- გ) თეძოს ნაწლავის დისტალურ ნაწილში

792. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ბემო ნაწილებიდან სისხლდენის პიკის დროს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას ატარებენ:

- *ა) ტროქოსკოპიაზე, ბარიუმის ფაფით, პაციენტის პოლიპოზიციური კვლევით, უკომპრესიოდ და პალპაციის გარეშე
- ბ) ბარიუმის ფაფით ვერტიკალურ მდგომარეობაში, მხოლოდ კომპრესიისა და პალპაციის გარეშე
- გ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, კუჭის აირიგ კონტრასტირებით
- დ) რაიმე შემზღვევის გარეშე

793. მუცლის ღრუს მარცხენა ნახევარში, წელის მეოთხე მალის ღონებზე უცხო სხეულის - მეტალის ნემსის, დიდ ხნით ერთსა და იმავე მდგომარეობაში ლოკალიზაციისას, მიზანშეწონილია ჩაგარდეს:

- ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა
- *ბ) საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით
- გ) ირიგოსკოპია
- დ) მუცლის ღრუს ტომოგრაფია

სარძევე ჯირკვლის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

794. მასიური პროფილაქტიკური გასინჯვისას სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური კვლევა უმჯობესია ჩაგარდეს

- ა) პირდაპირ ან გვერდით პროექციაში.
- ბ) პირდაპირ და გვერდით პროექციაში.
- გ) პირდაპირ და ირიბ პროექციაში.
- *დ) ირიბ პროექციაში.

795. რენტგენოგრაფია გამოსახულების პირდაპირი გადილებით გამოიყენება

- ა) პათოლოგიური კერის კონტურის ხასიათის დასაზუსტებლად.
- *ბ) მიკროკალცინატების არსებობის დასადგენად.
- გ) მიმოხილვითი მამოგრაფიისას, მკვერივი სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში, პათოლოგიური წარმონაქმნის გამოსავლენად.
- დ) ინვოლუციური სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში პათოლოგიური წარმონაქმნის

გამოსავლენად.

796. დუქტოგრაფიის ჩატარების აბსოლუტური ჩვენებაა გამონადენი ღვრილიდან

ა) ნებისმიერი ხასიათის

ბ) სეროზული ხასიათის

გ) სისხლიანი ხასიათის

*დ) სეროზული და სისხლიანი ხასიათის.

797. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა მეტად ინფორმატიულია

ა) სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამოსავლენად

ბ) სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და კეთილთვისებიან სიმსივნეს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში

*გ) კისტოზურ და სოლიდურ წარმონაქმნებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში

დ) კისტას, კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

798. მამოგრაფიის ჩატარება რეკომენდირებულია

ა) მენსტრუალური ციკლის 1-5 დღეს

*ბ) მენსტრუალური ციკლის მე-6-12 დღეს

გ) მენსტრუალური ციკლის მე-2 ფაზაში

დ) არ აქვს მნიშვნელობა.

799. სარძევე ჯირკვლის რეგრომბალური სივრცისა და აქსილარული წანაზარდის მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

ა) პირდაპირი პროექცია

*ბ) ირიბი პროექცია

გ) გვერდითი პროექცია

დ) პირდაპირი და ირიბი პროექცია.

800. სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევის რომელ კონტრასტულ მეთოდს აქვს თერაპიული ეფექტი.

ა) პნევმომათოგრაფია

ბ) დუქტოგრაფია

*გ) პნევმოკისტოგრაფია

დ) სადინრების ორმაგი კონტრასტირება.

801. პათოლოგიური პროცესი ყველაზე ხშირად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის

*ა) ზედა გარეთა კვადრანტში

ბ) ზედა შიგნითა კვადრანტში

გ) ქვედა გარეთა კვადრანტში

დ) ქვედა შიგნითა კვადრანტში.

ე) გამოკვეთილი კანონზომიერება არ არის.

802. შერეული ფორმის მასტოპათიის გამოხატული ფორმის შემთხვევაში საკონტროლო მამოგრაფია უნდა ჩატარდეს

ა) 6 თვეში

*ბ) 1 წელიწადში

გ) 1,5-2 წლის შემდეგ

დ) 3 წლის შემდეგ.

803. მასკოპათიის კვანძოვან ფორმასა და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ლიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება მეტად

ა) არამკაფიო კონგურს

ბ) ჰიპერვასკულარიზაციის სიმპტომს

*გ) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებით წარმონაშნის ზომების ცვალებადობას

დ) ბელგისებური კალცინაგების არსებობა.

804. პნევმოკისტოგრაფიის ჩატარების შემდეგ ოპერაციული მკურნალობა არ არის ნაჩვენები თუ

ა) კისტის შიგნითა კონგურები სწორია, ჰემორაგიული შიგთავსით

ბ) კედელთან ქსოვილოვანი წარმონაქმნი, სეროზული შიგთავსით

გ) კისტის სრული დაცლა, პუნქტაგში პროლიფერირებადი უჯრედები

*დ) კისტის კედლები სწორი, სეროზული შიგთავსით.

805. სარძევე ჯირკვლის კისტასა და ფიბროადენომას შორის ლიფერენცირების საშუალებას იძლევა

*ა) მსხვილი ბელგისებური გაკირული უბნების არსებობა

ბ) პერიფერიაზე თხელი ნათელი არშია

გ) კონგურების პოლიციკლურობა

დ) კაფსულის არსებობა.

806. ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე სარძევე ჯირკვლის ლიპომა გამოვლინდება, როგორც

ა) მკაფიო, სწორკონგურებიანი დაჩრდილვა

*ბ) მკაფიო, სწორკონგურებიანი ნათელი უბანი

გ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე ლიპომა არ ისახება

დ) მკაფიო, სწორკონგურებიანი დაჩრდილვა, პერიფერიაზე ნათელი არშიით.

807. ინვოლუციურ სარძევე ჯირკვალში ლიპომა შეიძლება გამოვლინდეს

ა) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-მდე

ბ) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-ზე მეტი

*გ) კაფსულის არსებობის შემთხვევაში

დ) ინვოლუციური ცვლილებების ფონზე ლიპომა არ ვლინდება.

808. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ინფილტრაციული ფორმის პროგრესირებადი მრდის შემთხვევაში დაზიანებული სარძევე ჯირკვლის ზომები

*ა) იზრდება

ბ) მცირდება

გ) შეიძლება შემცირდეს ან გაიზარდოს

დ) არ იცვლება

809. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის სკიროზული ტიპი, რომელიც პალპირებადია ზომებით

ა) შეესაბამება მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებას

ბ) მცირეა მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

*გ) მეტია მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

დ) შეიძლება იყოს როგორც მეტი, ასევე ნაკლები მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე.

810. სარძევე ჯირკვლის სარკომასა და ლოკალურად ინფილტრირებულ კიბოს შორის ლიფერენციალური დიაგნოსტიკა გარდება:

*ა) კონგურის ხასიათის მიხედვით

- ბ) ჰიპერვასკულარიზაციის მიხედვით
- გ) ორგანოს დეფორმაციის მიხედვით
- დ) ლიფერენციალური დიაგნოსტიკა გაძნელებულია.

811. ლექტოგრაფიის ჩატარება უკუნაჩვენებია

- ა) ღვრილიდან ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში
- ბ) ღვრილიდან სეროზული გამონადენის შემთხვევაში
- *გ) სარძევე ჯირკვალში მწვავე ანთებითი პროცესის დროს
- დ) უკუჩვენება არ არის.

812. სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და მასგოპათიის კვანძოვან ფორმას შორის ლიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარების საშუალებას გვაძლევს

- *ა) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებული წარმონაქმნის ზომის ცვლილება
- ბ) წარმონაქმნის ჩრდილის ინტენსივობა
- გ) კალცინატების არსებობა
- დ) წარმონაქმნის კონტურის ხასიათი.

813. ჭეშმარიტ გინეკომასტიას ახასიათებს

- ა) გულმკერდის ზომაში მატება
- *ბ) მამოგრამაზე ჯირკვლოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი კომპლექსის არსებობა
- გ) ღვრილიდან გამონადენი
- დ) გულმკერდის ჰიპერვასკულარიზაციის არსებობის ნიშნები.

814. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს ჰიპერვასკულარიზაცია ვლინდება.

- ა) სისხლძარღვების დიამეტრის გაზრდით
- ბ) სისხლძარღვოვანი განგოტებების რაოდენობრივი მომატებით
- *გ) სისხლძარღვების დიამეტრისა და რაოდენობის მომატებით, მათი დაკლაკნილობით.
- დ) სისხლძარღვების დაკლაკნილობით.

815. სარძევე ჯირკვლის სადინრის მცირე ზომის კედლისმიერი წარმონაქმნის გამოვლენის მიზნით რეკომენდირებულია გამოვიყენოთ:

- ა) პნევომამოგრაფია
- ბ) სარძევე ჯირკვლის მიმოხილვითი რენგგენოგრაფია, შემდგომი დამიზნებითი რენგგენოგრაფიით
- *გ) ლექტოგრაფია
- დ) სადინრების ორმაგი კონტრასტირება

გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

816. რენგგენოფუნქციონალური სიმპტომების გამოსავლენად ყველაზე მეტად ინფორმატიულია

- *ა) რენგგენოსკოპია
- ბ) რენგგენოგრაფია
- გ) სონოგრაფია
- დ) ტომოგრაფია

817. მარცხენა წინაგულის დილაგაციისას (დიასკოლური გადაგვირთვა) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრის რადიუსია

- ა) მცირე

- *ბ) დიდი
- გ) საშუალო
- დ) საყლაპავის გადახრა არ აღინიშნება

818. რომელ პროექციაში არ გამოდის კიდეზე მარჯვენა წინაგული

- ა) პირდაპირში
- ბ) მარჯვენა ირიბში
- გ) მარცხენა ირიბში
- *დ) მარცხენა გვერდითში

819. აღმაავალი აორტის განივი მომის დასადგენად ყველაზე ოპტიმალურ პროექციას წარმოადგენს

- ა) პირდაპირი
- ბ) მარჯვენა ირიბი
- გ) მარცხენა გვერდითი
- *დ) მარცხენა ირიბი

820. ნორმაში, პირდაპირ პროექციაში, გულის მარჯვენა სიბლვარი ხერხემლის კიდეს სცილდება

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

821. მარცხენა წინა ირიბ პროექციაში რეგროკარდიალური სივრცის შევიწროვება აღინიშნება

- ა) აორტის ასწვრივი ნაწილის დიამეტრის მომაგებისას
- *ბ) მარცხენა წინაგულის გადილებისას
- გ) მარჯვენა წინაგულის გადილებისას
- დ) მარჯვენა პარკუჭის გადილებისას

822. მარჯვენა წინა ირიბ პროექციაში დიაფრაგმის ბევით რეგროკარდიალური სივრცის შევიწროვება ვლინდება

- ა) მარჯვენა პარკუჭის გადილებისას
- *ბ) მარჯვენა წინაგულის გადილებისას
- გ) მარცხენა პარკუჭის გადილებისას
- დ) მარცხენა წინაგულის გადილებისას

823. პირდაპირ პროექციაში გულის მარცხენა საბლვარი ნორმაში მდებარეობს

- ა) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით შიგნით
- ბ) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით გარეთ
- *გ) ლავიწშუა ხაზზე
- დ) პარასტერნალური ხაზის ღონებზე

824. მარჯვენა პარკუჭი ნორმაში არ არის კიდისწარმოქმნილი

- *ა) პირდაპირ პროექციაში
- ბ) მარჯვენა ირიბ პროექციაში
- გ) მარცხენა ირიბ პროექციაში
- დ) მარცხენა გვერდით პროექციაში

825. გულის საწყის რენგგენოლოგიურ კვლევას წარმოადგენს

- * ა) გულმკერდის ღრუს პოლიპოზიციური რენგენოსკოპია
- ბ) ფლუროგრაფია პირდაპირ პროექციაში
- გ) გულმკერდის ღრუს რენგენოგრაფია სამ სტანდარტულ პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით
- დ) გულმკერდის ღრუს რენგენოგრაფია პირდაპირ და მარცხენა გვერდით პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით

826. პერიკარდის ცელომური კისტების დიაგნოსტიკაში ძირითადი მეთოდია

- ა) რენგენოსკოპია
- ბ) ექოკარდიოგრაფია
- * გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- დ) რენგენოგრაფია

827. მუცლის აორტის შევიწროვების ლოკალიზაციის და კოლაგერალების მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

- ა) რენგენოგრაფია
- ბ) ულტრაბგერითი კვლევა
- * გ) აორტოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

828. გულის განივი ბომა მის სიგრძივზე მეტი შეიძლება იყოს

- ა) ჰიპერტონული დაავადებისას
- ბ) მიოკარდიტისას
- * გ) ექსუდაციური პერიკარდიტისას
- დ) ფილტვის არტერიის სტენოზისას

829. პერიკარდის ღრუში მცირე რაოდენობით სითხის გამოვლენისათვის შეღარებით ინფორმაციულია

- ა) რენგენოსკოპია
- ბ) რენგენოგრაფია
- * გ) ულტრაბგერითი კვლევა
- დ) ტომოგრაფია

830. ათეროსკლეროზის ღრუს აორტის კედლის გაკირვის დიაგნოსტირებისათვის ყველაზე ინფორმაციულია

- ა) ტომოგრაფია
- * ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) რენგენოგრაფია
- დ) რენგენოსკოპია საყლაპავის კონტრასტირებით

831. ასწვრივი აორტის ანევრიზმა პირდაპირ რენგენოგრაფიაზე ვლინდება ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

- * ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში
- ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში
- გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში
- დ) მუცლის ღრუში

832. გულმკერდის აორტის დასწვრივი ნაწილის ანევრიზმა პირდაპირ რენგენოგრაფიაზე ვლინდება

ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში

*ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში

გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში

დ) მუცლის ღრუში

833. დასწვრივი აორტის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

ა) წინ და მარცხნივ

*ბ) წინ და მარჯვნივ

გ) უკან და მარცხნივ

დ) უკან და მარჯვნივ

834. აორტის რკალის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

ა) წინ და მარცხნივ

ბ) წინ და მარჯვნივ

გ) უკან და მარცხნივ

*დ) მარჯვნივ და უკან

835. შუასაყრის კისტებისა და აორტის ანევრიზმების ლიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიულია

ა) რენტგენოგრაფია

ბ) ტომოგრაფია

გ) ექოკარდიოგრაფია

*დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

836. კორონარული ათეროსკლეროზის მუსტი დიაგნოსტიკისათვის კვლევის გადამწყვეტი

მეთოდია: 1) კორონაროგრაფია; 2) რენტგენოგრაფია; 3) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

*ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) სწორია 1 და 3

837. გულის სარქველოვანი აპარატის მდგომარეობის შესახებ ოპტიმალური ინფორმაცია შეიძლება მივიღოთ

ა) რენტგენოსკოპიით

ბ) რენტგენოგრაფიით

*გ) ულტრაბგერითი კვლევით

დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

838. გულის ზომების მნიშვნელოვან მაგებას თან ახლავს

ა) იზომეტრული ჰიპერტენზია

ბ) ადაპტაციური ჰიპერტროფია

გ) ტონოგენური დილატაცია

*დ) მიოგენური დილატაცია

839. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებისას ჰემოდინამიკის დარღვევა ხასიათდება

*ა) ვენური შეგუბებით

ბ) ჰიპერვოლემიით

- გ) ჰიპოვოლემიით
- დ) სისხლის ნორმალური ნაკადით

840. მარცხენა პარკუჭის ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევისთვის დამახასიათებელია ფილტვებში ჰემოდინამიკის ცვლილებები

- *ა) ვენური შეგუბება
- ბ) მცირე წრეში ნორმალური სისხლის ნაკადი
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია
- დ) ფილტვებში სისხლის მიმოქცევის გაღარიბება

841. სუბპლევრალური სითხის დაგროვება ვლინდება

- *ა) ვენური შეგუბებისას
- ბ) ჰიპერვოლემიისას
- გ) არტერიული ჰიპერტენზიისას
- დ) ჰიპოვოლემიისას

842. კერლის ხაზები მეტად დამახასიათებელია

- ა) ფილტვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევისას
- *ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვენური შეგუბებისას
- გ) ჰიპოვოლემიისას
- დ) ჰიპერვოლემიისას

843. კერლის ხაზების მორფოლოგიური საფუძველია

- ა) პერიფერიული ვენების გაფართოება
- *ბ) წილთაშუა ძგიდეებში ლიმფოსტაზი
- გ) ფილტვის ოლიგემია
- დ) პლევრის შეშუპება

844. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზია დამახასიათებელია

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზისათვის
- ბ) აორტის კოარქტაციისათვის
- გ) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიისათვის
- *დ) მიგრალური სტენოზისათვის

845. მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზიის არაპირდაპირ სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია
- გ) ჰემოსიდეროზი
- დ) წილაკებსშორისი შეშუპება

846. ჰემოსიდეროზი, როგორც გართულება გვხვდება

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზის დროს
- ბ) "ფილტვისმიერი" გულის დროს
- *გ) მიგრალური სტენოზის დროს
- დ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს

847. კერლის ხაზები შეიძლება გამოვლინდეს

- ა) აორტის კოარქტაციის დროს

- ბ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს
- *გ) მიგრალური სტენოზის დროს
- დ) ებშტეინის ანომალიის დროს

848. ფილტვის სისხლძარღვოვანი სურათის გოტალური ცალმხრივი გაიშვიათება შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) პნევმოსკლეროზის დროს
- ბ) მთავარ ბრონქში უცხო სხეული
- გ) ფალოს ტეტრადას დროს
- *დ) ფილტვის არტერიის ჰიპოპლაზიისას

849. პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობის სითხის არსებობისას ფილტვის სურათის დამახასიათებელი ცვლილებებია

- *ა) ვენური შეგუბება
- ბ) ცვლილებების გარეშე
- გ) ჰიპოვოლემია
- დ) ჰიპერვოლემია

850. ბრონქებისა და სისხლძარღვების "ცლომის" რენტგენოლოგიური ნიშანი აღინიშნება

- ა) პნევმონიის დროს
- ბ) ფილტვის ინფარქტის დროს
- გ) ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიის დროს
- *დ) ფილტვის კისტის არსებობის დროს

851. კერლის ხაზები აღინიშნება ფილტვებში სისხლის მიმოქცევის ცვლილებების დროს რომლებიც თავის მხრივ ვითარდება

- ა) ვენური შეშუპების ხარჯზე
- ბ) არტერიალური ჰიპერტენზიის ხარჯზე
- *გ) ინტერსტიციალური შეშუპების ხარჯზე
- დ) ალვეოლარული შეშუპების ხარჯზე

852. ფილტვებში ნორმალური სისხლის მიმოქცევა აღინიშნება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს
- ბ) ფალოს ტეტრადის დროს
- *გ) აორტის კოარქტაციის დროს
- დ) ეიზენმენგერის სინდრომის დროს

853. გულის იშემიური დაავადების დროს, ფილტვში ჰემოდინამიკის ცვლილებების ინგენსივობა დამოკიდებულია:

- ა) გულის ზომებზე
- ბ) დაავადების ხანგრძლივობაზე
- *გ) მიოკარდის დამიანების ზომებზე
- დ) ავადმყოფის ასაკზე

854. ფილტვის ალვეოლარული შეშუპება, რომელსაც წინ არ უძღვის ცვლილებები ფილტვის სისხლის მიმოქცევაში, შეიძლება განვითარდეს

- ა) მგულის მანკის დეკომპენსაციის დროს
- *ბ) მიოკარდის მწვავე ინფარქტის დროს

- გ) ფილგვის არგერიის თრომბოემბოლიის დროს
- დ) დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს

855. ციანობი - წამყვანი სიმპტომია

- ა) აორტის შესართავის სტენოზის
- *ბ) ფალოს ტეტრადის
- გ) მიტრალური უკმარისობის
- დ) პერიკარდის ცელომიური კისტების

856. მარცხენა პარკუჭში შეყვანილი კონტრასტული ნივთიერებით ერთდროულად კონტრასტირდება მარჯვენა პარკუჭი და აორტა

- ა) ღია არტერიული სადინრის არსებობისას
- ბ) ებშტეინის ანომალიის არსებობისას
- გ) ფალოს ტეტრადის არსებობისას
- *დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის არსებობისას

857. მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას აორტასთან ერთად კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტისას
- ბ) მიტრალური სტენოზისას
- *გ) მიტრალური უკმარისობისას
- დ) აორტალური უკმარისობისას

858. თუ მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული, მაშინ არის

- ა) აორტალური უკმარისობა
- ბ) ღია არტერიული სადინარი
- გ) ფალოს ტეტრადა
- *დ) მიტრალური უკმარისობა

859. არტერიული წნევა 130/0 მმ.ვერცხ.სვ. - ეს სიმტკობი დამახასიათებელია

- ა) მიოკარდიგისათვის
- ბ) პერიკარდიგისათვის
- გ) მარცხენა წინაგულის მიქსომისათვის
- *დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისათვის

860. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას ფილგვის არტერია კონტრასტირდება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტისას
- ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების გრნსპოზიციისას
- *გ) ღია არტერიული სადინრისას
- დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

861. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას მარცხენა პარკუჭი კონტრასტირდება

- ა) ფილგვის არტერიის სტენოზისას
- ბ) მიტრალური სარქველის უკმარისობისას
- გ) აორტის შესართავის სტენოზისას
- *დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

862. ფილგვების ფესვების "ასიმეტრიის" სიმპტომი აღინიშნება

- ა) ებშტეინის ანომალიისას
- *ბ) ფილგვის არტერიის სტენოზისას
- გ) წინაგულთაშუა ძგილის ლეფექტისას
- დ) პარაკუჭთაშუა ძგილის ლეფექტისას

863. მიგრალური სარქელის უკმარისობისათვის მარჯვენა ირიბ პროექციაში დამახასიათებელია კონგრასტირებული საყლაპავის ცლომის რკალის

- ა) მცირე რადიუსი
- ბ) საშუალო რადიუსი
- *გ) დიდი რადიუსი
- დ) საყლაპავის ცლომა არაა გამოხატული

864. მიგრალური სარქელის უკმარისობისათვის დამახასიათებელია მარცხენა წინაგულის კუმშვადობის ამპლიტუდა

- ა) შემცირებული
- *ბ) მომატებული
- გ) საშუალო
- დ) ამპლიტუდა არაა შეცვლილი

865. აორტის დიამეტრის შემცირება დამახასიათებელია

- ა) აორტალური სარქელის უკმარისობისათვის
- ბ) მარჯვენა აგრიო-ვენტრიკულარული ხერელის სტენოზისათვის
- გ) აორტის ათეროსკლეროზული დამიანებისათვის
- *დ) მარცხენა აგრიო-ვენტრიკულარული ხერელის სტენოზისათვის

866. ნეკნთა "უმურიება" აღინიშნება

- ა) აორტის მარჯვენამხრივი მდებარეობისას
- ბ) ორმაგი აორტის რკალისას
- *გ) აორტის კოარქტაციისას
- დ) აორტის შესართავის სტენოზისას

867. მარჯვენა პარაკუჭის ჰიპერტროფია აღინიშნება

- ა) აორტის შესართავის სტენოზისას
- ბ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას
- გ) აორტის კოარქტაციისას
- *დ) მიგრალური სტენოზისას

868. გულმკერდის ღრუს ჩონჩხში აგროფია ბეწოლისაგან შეიძლება აღინიშნებოდეს

- ა) მიგრალური მანკისას
- ბ) ღია არტერიული სადინრისას
- *გ) აორტის ანევრიზმისას
- დ) აორტალური სარქელის უკმარისობისას

869. აორტის რკალის დონეზე საყლაპავი (პირდაპირ პროექციაში) გადაიხრება მარცხნივ

- ა) აორტის კოარქტაციისას
- ბ) ჰიპერტონული დაავადებისას
- *გ) აორტის მარჯვენამხრივი მდებარეობისას

დ) აორგალური სარქელის უკმარისობისას

870. მარცხენა წინაგულის აუცილებელ გადიდება თან ახლავს

ა) აორგის კოარქტაციას

ბ) ფალოს ტეგრადას

*გ) მიგრალური სტენოზის

დ) აორგის ანევიზმისას

871. "ფილტვისმიერი" გული წარმოადგენს

ა) ჰიპერტონული დაავადების გართულებას

ბ) ჰიპერთირეოზის გართულებას

გ) მიოკარდიტის გართულებას

*დ) ქრონიკული პნევმონიის გართულებას

872. კონგრასტირებული საყლაპავის ცლომა რკალის დიდი რადიუსით (მარჯვენა წინა ირიბი პროექცია) დამახასიათებელია

ა) "ჯავშნიანი" გულისათვის

ბ) მიგრალური სტენოზისთვის

*გ) მიგრალური უკმარისობისთვის

დ) ტრიკუსპიდალური სტენოზისთვის

873. მარცხენა პარკუჭის კონტურის გასწვრივ კუმშვადობის არ არსებობა (აღინამიური ზონა) გვხვდება

ა) მიგრალური სტენოზისას

ბ) ფილტვისმიერი გულისას

გ) "ჰიპერტონული" გულისას

*დ) მიოკარდიუმის ინფარქტისას

874. გულის ჩრდილის ზომების სწრაფი ღინამიკა აღინიშნება

ა) მიოკარდიტისას

ბ) ფილტვისმიერი გულისას

*გ) ექსუდაციური პერიკარდიტისას

დ) მიოკარდიოპათიისას

875. შეხორცებითი პერიკარდიტის სიმპტომს წარმოადგენს

ა) გულის სიგრძის მომაგება

*ბ) გულის კონტურებზე გაკირული უბნებუ არსებობა

გ) გულის განივი ზომის მომაგება

დ) გულის კონტურებზე კუმშვადობის ამპლიტუდის მომაგება

876. პერიკარდის ცელომიური კისტებისათვის არაა ტიპური

ა) ლოკალიზაცია მარჯვენა გულ-ღიაფრაგმალური კუთხის მიდამოში

ბ) სუნთქვისას ჩრდილის ფორმის ცვლილება

*გ) ლოკალიზაცია მარცხენა წინაგულის საპროექციო მიდამოში

დ) გადაცემითი პულსაცია

877. მარჯვენა კარდიოღიაფრაგმალური კუთხის საპროექციო მიდამოში გამობერილობა დამახასიათებელია

- ა) მიგრალური უკმარისობისათვის
- ბ) აორტის შესართავის სტენოზისათვის
- *გ) პერიკარდის ცელომიური კისტებისათვის
- დ) აორტის კოარქტაციისათვის

878. გულის ჩრდილის კონტურების გაკირვა დამახასიათებელია

- ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზისათვის
- *ბ) შეხორცებითი პერიკარდიტისათვის
- გ) მიოკარდიტისათვის
- დ) მიგრალური სტენოზისათვის

879. გულის არასწორი, არამკაფიო კონტურები აღინიშნება

- ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზის დროს
- ბ) ჰიპერტონული დაავადების დროს
- გ) მიოკარდიტის დროს
- *დ) შეხორცებითი პერიკარდიტის დროს

880. მწვავე მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობისათვის უფრო მეტადაა დამახასიათებელი

- ა) ფილტვის არტერიული ჰიპერტენზია
- ბ) ფილტვის ჰემოდინამიკის ცვლილების შერეული ტიპი
- *გ) ფილტვის ვენური ჰიპერტენზია
- დ) ფილტვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევა

881. მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმისათვის დამახასიათებელია

- ა) გულის დიფუზური გაფართოება
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის კედლის შემოსაზღვრული გამობერილობა
- გ) პარკუჭის მომები ჩვეულებრივია
- დ) პარკუჭი შემცირებულია

882. ექსუდაციური პერიკარდიტისათვის დამახასიათებელია

- ა) მარცხენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება
- *გ) გულის ყველა რკალის წაშლა
- დ) ფილტვის არტერიის რკალის გაფართოება

883. ექსუდაციური პერიკარდიტისათვის დამახასიათებელია

- ა) პულსაციის ამპლიტუდის გაზრდა
- *ბ) პულსაციის ამპლიტუდის შემცირება
- გ) პულსაცია არაა შეცვლილი
- დ) პარადოქსული პულსაცია

884. გულის კუნთის დიფუზური დამიანებისას კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის:

- ა) მახვილი
- *ბ) ბლაგვი
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

885. ექსუდაციური პერიკარდიტისას (დიდი რაოდენობით სითხის არსებობისას)

კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის

*ა) მახვილი

ბ) ბლაგვი

გ) არ არის შეცვლილი

დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

886. შეგუბებითი დილატაციური კარდიომიოპათიისათვის დამახასიათებელია

ა) ფილტვის ვენური ჰიპერტენზია

ბ) ორივე პარკუჭის გადილება

გ) გულის ჩრდილის კონტურების წაშლა

*დ) ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი

887. ფილტვისმიერი გულისათვის დამახასიათებელია

ა) მარცხენა პარკუჭის გადილება

*ბ) მარჯვენა პარკუჭის გადილება

გ) მარცხენა წინაგულის გადილება

დ) მარცხენა წინაგულისა და მარცხენა პარკუჭის გადილება

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებათა რენტგენოლოგიკა

888. ძვლის სიმკვრივეს რენტგენოგრამაზე განსაზღვრავს:

*ა) ძვლის მინერალუბი

ბ) წყალი

გ) ძვლის ქსოვილის ორგანული ნივთიერებანი

დ) ძვლის ტვინი

889. ჩამოყალიბების პერიოდში არ გადიან ხრტილოვან სტადიას:

ა) ნეკნები

ბ) მალეები

*გ) ქალას სარქველის ძვლები

დ) თითის ფალანგები

890. ძვლების ნორმალურ თანწყობაზე მხრის სახსარში მიუთითებს: 1) მხრის რენტგენოლოგიური სასახსრე ნაპრალის თანაბარი სიგანე; 2) მხრის რენტგენოლოგიური სასახსრე ნაპრალის არათანაბარი სიგანე; 3) მხრის თავის ქვედა მედიალური კვადრანტის მდებარეობა სასახსრე ფოსოს ქვედა პოლუსის ზემოთ

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

891. ბოქვენის სიმფიზში ძვლების ნორმალურ ღგომამზე მიუთითებს:

ა) სიმფიზის შევიწროება

ბ) სიმფიზის გაფართოება

*გ) სიმფიზში შემავალი ძვლების ზედა კიდეზე გავლებულ ხაზის სისწორე (ტეხილი კიბისებრი ლეფორმაციის გარეშე)

892. მენჯ-ბარძაყის სახსრის პირდაპირ რენტგენოგრამაზე ბარძაყის გარეთა როტაციზე

მიუთითებს: 1) ბარძაყის ძვლის თავისა და დიდი ციბრუგის დაახლოება; 2) ბარძაყის ძვლის შიდა კონტურზე მცირე ციბრუგის სრული გამოვლენა; 3) ბარძაყის ძვლის შიდა კონტურზე მცირე ციბრუგის მწვერვალის გამოვლენა; 4) ბარძაყის ძვლის შიდა კონტურზე მცირე ციბრუგი არ ვლინდება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

893. ნორმალური ბარძაყის ძვლის თავს აქვს:

- *ა) სწორი მრგვალი ფორმა
- ბ) არასწორი მრგვალი ფორმა
- გ) ოვალური ფორმა
- დ) სოკოსებრი ფორმა

894. ტაბუხის ფოსოს სასახსრე მელაპირით დაფარულ ნაწილს ეკუთვნის

- ა) ტაბუხის ფოსოს მხოლოდ სახურავი
- ბ) ტაბუხის ფოსოს მხოლოდ ძირი
- გ) ტაბუხის ფოსოს სახურავი და ძირი
- *დ) ტაბუხის ფოსოს ნახევარმთვარისებრი მელაპირი

895. ბარძაყის ძვლის დიაფიზისათვის დამახასიათებელია :

- *ა) წინა რკალისებრი გამობერილობა
- ბ) უკანა რკალისებრი გამობერვა
- გ) შიგნითა რკალისებრი გამობერვა

896. ნეკნსა და მკერდის ძვალს შორის შესახსრებაა: 1) სინდესმოზი; 2) სინქონდროზი; 3) სახსარი; 4) სინოსტოზი

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

897. კისრის პირველ მალას (აგლანგს) არა აქვს: 1) სხეული; 2) რკალები; 3) გვერდითი მასები; 4) განივი მორჩები

- *ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 2;3

898. კისრის მალეების ნახევარმთვარისებრი მორჩების ორმხრივი გამოვლენისათვის ოპტიმალური პროექციაა:

- *ა) პირდაპირი-უკანა
- ბ) გვერდითი
- გ) ირიბი 15 გრადუსიანი ბრუნით

დ) ირიბი 45 გრადუსიანი ბრუნვით

899. ხერხემლის კისრის მიღამოს მწვავე ტრავმისას გვერდითი რენტგენოგრაფია მიზანშეწონილია ჩაგარდეს: 1) ავადმყოფის მჯლომარე პოზიციაში; 2) გვერდზე წოლისას; 3) ბურგზე მწოლირე მდგომარეობაში რენტგენის სხივის კონის ჰორიზონტალური მიმართულებისას (ლაგერო პოზიცია)

ა) 1

ბ) 2

*გ) 3

დ) 1;2

900. ხერხემლის კისრის მიღამოს რენტგენოგრაფიისას გვერდით პროექციაში ცენტრალური სხივი მიმართულია: 1) უშუალოდ წინამხრის მემოთ; 2) ხერხემლის კისრის მიღამოს შუაში; 3)

დერილისებრ მორჩბე

ა) 1

*ბ) 2

გ) 3

დ) 2;3

901. ყველაზე გრძელი წვეტიანი მორჩი აქვს:

*ა) კისრის მე-7 მალას

ბ) კისრის მე-5 მალას

გ) კისრის მე-3 მალას

დ) კისრის მე-2 მალას

902. ქვემოთ ჩამოთვლილ მტკიცებულებებს შორის სწორია:

*ა) კისრის მალეების უკანა ბელაპირებზე გავლებული ხაზის გასწვრივ გვერდით რენტგენოგრაფებზე -საფეხურების- გამოვლენა ყოველთვის პათოლოგიური პროცესის მიმანიშნებელია

ბ) ასეთი -საფეხურები- შესაძლოა ნორმაშიც არსებობდეს

გ) ორივე მტკიცებულება სწორია

დ) ორივე მტკიცებულება არასწორია

903. ჩამოთვლილ მტკიცებულებებს შორის სწორია:

ა) ყველა მალის რკალის ფესვები ვლინდება ოვალის სახით

ბ) კისრის მალეების რკალის ფესვები ვლინდება ოვალის სახით

გ) წელის ყველა მალის რკალის ფესვები ვლინდება ოვალის სახით

*დ) ყველა მალის რკალის ფესვები შესაძლოა არ გამოვლინდეს ოვალის სახით

904. ამოარჩიეთ სწორი მტკიცებულება:

*ა) ხერხემლის სვეტის წელის არეში გვერდით რენტგენოგრაფაზე სხეულთა უკანა ბელაპირზე ე. წ. კიბეები ყოველთვის პათოლოგიური მოვლენაა

ბ) აღნიშნული საფეხურები შესაძლოა ნორმაშიც იყოს

გ) ორივე ლებულება სწორია

დ) ორივე ლებულება არასწორია

905. L5-მ1 მალთაშუა დისკის ფორმა ნორმაში არის:

ა) ლენგის ფორმის

*ბ) სოლისებრი, ფართო ნაწილით წინ

- გ) სოლისებრი ფართო ნაწილით უკან
- დ) სოლისებრი ფართო ნაწილით ლაგერალურად

906. შეარჩიეთ სწორი დებულება:

- ა) გვერდით რენტგენოგრაფებზე წელის ყველა მალის სიმაღლე ერთნაირია წინა და უკანა ნაწილებში
- ბ) გვერდით რენტგენოგრაფებზე წელის ყველა მალთაშუა დისკის სიმაღლე ერთნაირია წინა და უკანა ნაწილებში
- *გ) წელის მეხუთე მალის სხეულის ფორმა სოლისებურია, ვიწრო ნაწილით უკან

907. ძვლების მოგებილობისას ყველაზე დამაჯერებელი სიმპტომია:

- ა) ძვლის სტრუქტურის გამკვრივება
- ბ) ძვლის დეფორმაცია
- *გ) კორტიკალური შრის დარღვევა
- დ) ნათელი ხაზის არსებობა

908. მოგებილი ფრაგმენტების კიდეების რენტგენოკონტრასტულობის მომატებას ადგილი აქვს:

- *ა) ფრაგმენტების შეცილებისას მათ პროექციული სუპერპოზიციას და ფრაგმენტების ჩაჭედვას
- ბ) ფრაგმენტების შეცილება კუთხით
- გ) ფრაგმენტების დაცილება

909. მგვენის პერილუნალური ამოვარდნისათვის დამახასიათებელია ცლომა:

- *ა) ნახევარმთვარისებრი ძვლის
- ბ) მაჯის ყველა ძვლის
- გ) მაჯის ყველა ძვლის გარდა ნახევარმთვარისებრი ძვლისა
- დ) მაჯის ყველა ძვლის გარდა ნავისებური ძვლისა

910. ჩაჭედილი მოგებილობა დამახასიათებელია ბარძაყის ძვლის ყელის მოგებილობისათვის:

- ა) სუბკაპიტალური აბლუქციური
- *ბ) სუბკაპიტალური აბლუქციური
- გ) ბაზალური
- დ) ციბრუტაშორისი

911. მენჯის ძვლის მოცეხილობაზე ეჭვისას დამაგებით აუცილებლად უნდა გამოვიყენოთ:

- ა) პროექცია ლაუნშტეინის მიხედვით განზიდვით
- *ბ) ირიბი პროექციები
- გ) წინა უკანა პროექცია ბარძაყის ძვლის როტაციით გარეთ

912. მუხლის სახსრის მენისკების დამიანებისას ინფორმაციულია

- ა) რენტგენოგრაფია გიპიურ პროექციებში
- ბ) რენტგენოგრაფია ირიბ პროექციებში
- გ) ტომოგრაფია
- *დ) მუხლის სახსრის ღრუს კონტრასტირება

913. იზოლირებული ამოვარდნილობები ჩვეულებრივ ვითარდებიან:

- *ა) ხერხემლის სვეგის კისრის მიდამოში
- ბ) ხერხემლის სვეგის გულმკერდის მიდამოში
- გ) ხერხემლის სვეგის წელის მიდამოში

დ) გავა-წელის შესახსრების მიდამოში

914. კისრის მალეების ამოვარდნილობის დასადგენად და ამოვარდნილობის სახეობის განსაზღვრისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ურთიერთობას:

- ა) მალთა სხეულების
- ბ) წვეტიანი მორჩების
- გ) მალთა რკალების
- *დ) სასახსრე მორჩების

915. აგლანგის ნამსხვროვანი მოგეხილობის (ჯეფერსონის მოგეხილობა) ძირითადი რენგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) ღია პირით შესრულებულ პირდაპირ რენგენოგრამებზე აგლანგის გვერდითი მასების ცლომა აქსისის გვერდითი სასახსრე ზედაპირის კიდიდან, ცალ მხარეს
- *ბ) იგივე ორივე მხარეს
- გ) აგლანგის გვერდითი მასიდან ძელოვანი ფრაგმენტის მოგლეჯა
- დ) აგლანგის გვერდითი მასებიდან აქსისის კბილისებრი მორჩამდე არათანაბარი მანძილი

916. კისრის მე-2 მალისათვის დამახასიათებელია:

- ა) კომპრესიული მოგეხილობა
- ბ) წვეტიანი მორჩის მოგეხილობა
- *გ) კბილისებრი მორჩის მოგეხილობა
- დ) რკალის წინა ნაწილის ორმხრივი მოგეხილობა

917. მალის სხეულის კომპრესიის თანმხლებ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) წინა კონგურის დეფორმაცია კიბის ან კუთხის სახით და ფირფიტის კუთხისებრი დეფორმაცია
- ბ) ზედა ფირფიტის კუთხისებრი დეფორმაცია
- გ) ძელოვანი სტრუქტურის გამკვრივება
- დ) სხეულის წინა-უკანა ზომის მომაგება
- *ე) სწორია ყველა პასუხი

918. წელის მალეების ნამსხვროვანი მოგეხილობისთვის არაა დამახასიათებელი:

- ა) სხეულის სოლისებრი დეფორმაცია
- ბ) ორივე ჩამკეტი ფირფიტის დარღვევა
- *გ) მიმდებარე მალთაშუა ღისკის სიმაღლის დაქვეითება
- დ) დაზიანებული მალის სხეულის ჰორიზონტალური ზომის მომაგება

919. ხერხემლის " სგაბილურ" დაზიანებას წარმოადგენს:

- *ა) მალის სხეულის სოლისებრი კომპრესია
- ბ) აქსისის რკალის ორმხრივი მოგეხილობა
- გ) აქსისის კბილისებრი მორჩის მოგეხილობა

920. მალთაშუა ღისკის მექანიკური დაზიანების რენგენოლოგიურ სიმპტომებს წარმოადგენენ: 1) მალთაშუა სივრცის გაფართოება; 2) მალთაშუა სივრცის შევიწროვება; 3) ზემოთ მდებარე მალის ცლომა; 4) მალთაშუა ნაპრაღის გაფართოება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

*ე) 2;3

921. მალის განივი მორჩის მოგეხილობა ხშირად აღინიშნება:

- ა) კისრის ნაწილში
- ბ) გულმკერდის ნაწილში
- *გ) წელის ნაწილში
- დ) კისრისა და გულმკერდის ნაწილში

922. გაავთვისებიანება შეიძლება განიცადოს:

- *ა) ძვლების ქონდრომატოზმა
- ბ) მარმარილოს დაავადებამ
- გ) არასრულყოფილი ოსტეოგენეზმა
- დ) სპონდილოეპიფიზარული დისპლაზიამ

923. კიბოს ოსტეობლასტური მეტასტაზების მსგავსი რენტგენოლოგიური სურათი შეიძლება გვექონდეს:

- *ა) ოსტეოპოიკილია
- ბ) ფიბროზული დისპლაზია
- გ) ღიაფიზარული ჰიპეროსტოზი
- დ) ეპიფიზარული დისპლაზია

924. პათოლოგიური მოგეხილობა შეიძლება წარმოიშვას :

- ა) ღიაფიზარული ჰიპეროსტოზისას
- *ბ) მარმარილოს დაავადებისას
- გ) მელორეოსტოზისას
- დ) სპონდილოეპიფიზარული დისპლაზიისას

925. სახსარში აღრეული დისტროფიული ცვლილებები ვითარდება:

- *ა) ეპიფიზარული დისპლაზიის დროს
- ბ) მარმარილოს დაავადების დროს
- გ) ფიბროზულ დისპლაზიის დროს
- დ) მელორეოსტოზის დროს

926. ძვლების სიმეტრიული დაზიანებით ხასიათდება:

- ა) ჩონჩხის ქონდრომატოზი
- *ბ) მრავლობითი ღიაფიზარული ჰიპეროსტოზები
- გ) ფიბროზული დისპლაზია
- დ) მელორეოსტოზი

927. ძვლის " შებერვის " სიმპტომი ახლავს:

- ა) სპონდილოეპიფიზარულ დისპლაზიას
- ბ) არაქნოდაქტილიას
- *გ) ფიბროზულ დისპლაზიას
- დ) არასრულყოფილ ოსტეოგენეზს

928. კორტიკალური შრე დაზიანების უბანში შეიძლება იყოს გათხელებული:

- ა) მელორეოსტოზისას
- *ბ) ძვლების ქონდრომატოზისას

- გ) მარმარილოს დაავადებისას
- დ) ღიაფიზარული ჰიპეროსტოზებისას

929. ძვალ-სახსართა სისტემის მხრივ პირველ ორ-სამ კვირაში რენტგენოლოგიური ცვლილებების არ არსებობა, სურათის შემდგომი სწრაფი დინამიკით დამახასიათებელია:

- *ა) მწვავე არასპეციფიური ანთებითი პროცესებისათვის
- ბ) ტუბერკულოზური დაზიანებისათვის
- გ) სიფილისისათვის

930. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის ყველაზე ადრეულ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) კორტიკალური შრის წვრილკეროვანი ღესტრუქცია
- ბ) ოსტეოსკლეროზი
- გ) პერიოსტალური რეაქცია
- *დ) ცვლილებები მიმდებარე რბილ ქსოვილებში

931. მოზრდილებში ჰემატოგენური ოსტეომიელიტისას ძელისა და ძელისაზრდელას მხრივ ცვლილებები გამოვლინდება შემდეგ ვალებში:

- ა) 7-10 დღე
- *ბ) ორი-სამი კვირა
- გ) ერთი-ერთნახევარი თვე
- დ) ორი თვე

932. ოსტეოსკლეროზი ჩირქოვანი ოსტეომიელიტისას ვითარდება:

- ა) 2-3 კვირის შემდეგ
- *ბ) 2-3 თვის შემდეგ
- გ) ნახევარი წლის შემდეგ
- დ) 1 წლის შემდეგ

933. ჰიპეროსტოზი დამახასიათებელია:

- ა) ოსტეომიელიტის მწვავე სტადიისათვის
- ბ) ოსტეომიელიტის ქვემწვავე სტადიისათვის
- *გ) ოსტეომიელიტის ქრონიკული სტადიისათვის

934. ძვლოვანი სეკვესტრი რენტგენოლოგიურად ხასიათდება

- ა) ჩრდილის ინტენსივობის მომატებით
- ბ) ჩრდილის ინტენსივობის დაქვეითებით
- გ) გარემომცველი ძვლოვანი ქსოვილისაგან უმნიშვნელო ნაწილობრივი გამოყოფით
- *დ) აუცილებელად გარემომცველი ძვლოვანი ქსოვილისაგან მთლიანად გამოყოფა

935. მოცემული მტკიცებულებებიდან სწორი არ არის:

- ა) ოსტეომიელიტისას ანგიბაქტერიალური მკურნალობის ფონზე ოსტეონეკროზი აუცილებლად არ სეკვესტრირდება
- *ბ) სეკვესტრის არსებობა მეტყველებს ოსტეომიელიტის გამწვაებაზე
- გ) სეკვესტრი არის ქრონიკული ოსტეომიელიტის ნიშანი

936. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის ყველაზე ხშირი გართულებაა:

- ა) ეპიფიზოლიზი
- ბ) ჩირქოვანი ართრიტი

გ) მალიგნიზაცია

*დ) ფისტულა

937. ოსტეომიელიტის ლოკალიზაციისას ბრტყელ და ღრუბლოვან ძვლებში არ ვითარდება:

ა) ლესტრუქცია

ბ) ოსტეოსკლეროზი

გ) სეკვესტრი

*დ) პერიოსტალური რეაქცია

938. ტუბერკულოზური ოსტიტი უფრო ხშირად ვითარდება:

*ა) ეპიფიზსა და მეტაფიზში

ბ) ღიაფიზში

გ) აპოფიზში

939. ტუბერკულოზური ოსტიტისათვის დამახასიათებელია:

*ა) ძვლოვანი ქსოვილის ლესტრუქცია

ბ) პერიოსტალური რეაქცია

გ) რეგიონარული ოსტეოპოროზი

დ) ძვლის აგროფია

940. მენჯ-ბარძაყის სახსრის მიდამოში ტუბერკულოზური ოსტიტი ლოკალიზდება: 1) ბარძყის ძვლის თავში; 2) ბარძაყის ძვლის ყელში; 3) ტაბუხის ფოსოს შექმნაში მონაწილე ძვლებში

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 2;3

941. როგორი სეკვესტრებია დამახასიათებელი ტუბერკულოზისათვის:

*ა) ღრუბლოვანი

ბ) კორტიკალური

გ) ცოტალური

დ) კორტიკალური და ცოტალური

942. ხერხემლის ანთებითი დაზიანებისათვის - სპონდილიტებისათვის, ნაკლებად არის დამახასიათებელი:

*ა) მალეების რკალების ფუძეების ლესტრუქცია

ბ) მალის სხეულის ჩამკეცი ფირფიტის ლესტრუქცია

გ) პროცესში მეზობლად მდებარე მალეების სხეულების ჩათრევა

943. ძვლების სიფილისისათვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) ოსტეოსკლეროზი

ბ) ჰიპეროსტოზი

გ) ლესტრუქციის კერები

*დ) რეგიონარული ოსტეოპოროზი

944. ქალას სარქვლის ძვლების კომპაქტური ოსტეომების რენტგენოლიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს:

ა) გომოგრაფიას

- *ბ) განგენციალურ (შემხებ) რენგენოგრაფიას
- გ) რენგენოგრაფიას პირდაპირი გადილებით
- დ) რენგენოგრაფიას სტანდარტულ პროექციებში

945. კომპაქტური ოსტეომები უფრო ხშირად მდებარეობს: 1) შუბლის ძვლის წიაღში; 2) ცხავის ძვლის ლაბირინთში; 3) ბელა ყბის წიაღებში

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

946. ძვლოვან ხრტილოვანი ეკბოსტომები არ გვხვდება:

- ა) მენჯის ძვლებში
- ბ) ნეკნებში
- გ) ხერხემალში
- *დ) ქალას სარქველისა და სახის ძვლებში

947. ძვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეებს არ ახასიათებთ:

- *ა) რბილი ქსოვილების გასქელება
- ბ) რბილი ქსოვილების ნორმალური სისქე
- გ) რბილი ქსოვილების ნორმალური სტრუქტურა
- დ) რბილი ქსოვილების გათხელება

948. ბრდასრულ პირებში გრძელ-ლულოვან ძვლებში, ოსტეობლასტოკლასტომა მდებარეობს:

- ა) ღიაფიზში
- *ბ) მეტაეპიფიზში
- გ) აპოფიზში
- დ) ეპიფიზში

949. ოსტეობლასტოკლასტომის დიფუზურ - ოსტეოკლასტური ტიპისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) კომპაქტური შრის გათხელება
- ბ) ძვლის შებერვა
- *გ) პერიოსტის აშრევა (კოლმენის სამკუთხელი)
- დ) სკლეროზული ყუათნის არ არსებობა

950. სიმსივნის სწრაფი ზრდა მალიგნიზაციის გარეშე შეიძლება აღინიშნოს:

- ა) ჰემანგიომის დროს
- *ბ) ოსტეობლასტოკლასტომის დროს
- გ) ძვლის კისტის დროს
- დ) ენქონდრომის დროს

951. ძვლოვანი სტრუქტურის თვითნებური აღდგენა არ აღინიშნება:

- ა) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტის დროს
- *ბ) ენქონდრომის დროს
- გ) ეოზინოფილური გრანულომის დროს
- დ) ძვლოვანი კისტის დროს

952. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან არ არის სწორი:

- ა) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი მღებარეობს გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზებში ინგრა ან სუბკორტიკალურად
- ბ) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტს, როგორც წესი, არ ახასიათებს კლინიკური გამოვლინება
- გ) დიდი წვივის ძვლის დისტალური მეტაფიზის კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი ამცირებს ძვლის სიმყარეს და შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოგეხილობა
- *დ) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი აგრძელებს განვითარებას ჩონჩხის ფორმირების დამთავრების შემდეგაც

953. ძვლებში ჰემანგიომის იშვიათ ლოკალიზაციაა:

- ა) ხერხემლის მალეები
- *ბ) გრძელი ლულოვანი ძვლები
- გ) ქალას სარქველის ძვლები
- დ) ნეკნები

954. პოლიოსალური დამიანება არ არის დამახასიათებელი:

- *ა) გიგანტურჯრელოვანი სიმსივნისათვის
- ბ) ეოზინოფილური გრანულომისათვის
- გ) ფიბროზული დისპლაზიისათვის
- დ) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტისათვის

955. ოსტეოიდ-ოსტეომა უფრო ხშირად მღებარეობს:

- *ა) გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზებისა და ღიაფიზების კორტიკალურ შრეში
- ბ) ქალას სარქველის ძვლებში
- გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების სასახსრე ბოლოების ღრუბლოვან ნივთიერებაში
- დ) მალეების სხეულებში

956. ოსტეოიდ-ოსტეომისა და კორტიკალური ოსტეომიელიგის საერთო სიმპტომები, მათი გრძელი ლულოვანი ძვლის ღიაფიზში ლოკალიზაციისას, არის: 1) ექსცენტრული ჰიპეროსტოზი; 2) დესტრუქციის კერა კორტიკალური შრის სისქეში; 3) სეკვესტრი; 4) პროცესის განვითარების სწრაფი დინამიკა

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

957. ოსტეოიდ-ოსტეომის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს:

- *ა) ტომოგრაფიას
- ბ) ტანგენციალურ (შემხებ) რენტგენოგრაფიას
- გ) რენტგენოგრაფიას პირდაპირი გადილებით
- დ) ანგიოგრაფიას

958. პათოლოგიური პროცესის მეზობლად მღებარე ძვლების კიდეების დესტრუქცია ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის
- ბ) პირველად ავთისებიანი სიმსივნეებისათვის
- გ) მეტასტაზური სიმსივნეებისათვის

*დ) ძვლებში სიმსივნის ჩაზრდა მეზობელი ორგანოებიდან ან ქსოვილებიდან

959. ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) არამკვეთრი კონტურების მქონე დესტრუქციის უბანი
- *ბ) მკვეთრი კონტურების მქონე დესტრუქციის უბანი
- გ) არამკვეთრი კონტურების მქონე გამკვრივებული უბანი
- დ) სკლეროზული ყაეითით შემოფარგლული დესტრუქციის უბანი

960. ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) კორტიკალური შრის გათხელება
- ბ) კორტიკალური შრის დარღვევა მისი თანდათანობითი გათხელებით რღვევის უბნისკენ
- გ) კორტიკალური შრის დარღვევა შებერვის ფონზე
- *დ) კორტიკალური შრის მკვეთრი დარღვევა

961. ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს პერიოსტალური რეაქციის რომელი სახეა დამახასიათებელი ყველაზე მეტად:

- ა) ხაზოვანი პერიოსტიტი
- ბ) ფენოვანი პერიოსტალური ნაღებები
- *გ) კოლმენის სამკუთხელი
- დ) მაქმანისებრი პერიოსტალური ნაღებები

962. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან არ არის სწორი:

- *ა) პერიოსტალური რეაქცია სპიკულების სახით პათოგნომურია ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის
- ბ) პერიოსტალური რეაქცია სპიკულებისა და კოლმენის სამკუთხელის სახით დამახასიათებელია მაგრამ არა პათოგნომური ძვლების ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის
- გ) პერიოსტალური სპიკულები აღინიშნება, ძირითადად, პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის
- დ) კოლმენის სამკუთხელი გვხვდება არა მარტო ოსტეოგენური სარკომის დროს, არამედ ძვლების სხვა პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეების დროსაც

963. სიმსივნური ძვალწარმოქმნა აღინიშნება:

- *ა) ოსტეოგენური სარკომის დროს
- ბ) იუნგის სარკომის დროს
- გ) მიელომის დროს
- დ) წინამღებარე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზების დროს

964. სიმსივნურ ძვალწარმოქმნაზე მიუთითებს:

- ა) კოლმენის სამკუთხელი
- ბ) აშრევებული პერიოსტალური რეაქცია
- *გ) ძვლოვანი სტრუქტურის გამკვრივება
- დ) რბილ ქსოვილებში უწესრიგო ოსიფიკაცია ლაქოვანი ან ბაბის ქულების მსგავსი ჩრდილების სახით

965. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან სწორი არ არის :

- ა) ოსტეოგენური სარკომის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა გრძელ ლულოვანი ძვლების მეტაფიზი
- ბ) ოსტეოგენური სარკომის 10%-ს აქვს დიაფიზარული ლოკალიზაცია
- გ) ოსტეოგენური სარკომისათვის არ არის დამახასიათებელი ეპიფიზზე გადასვლა ზრდის ზონის

ხრტილის გავლით

*დ) ოსტეოგენური სარკომისათვის დამახასიათებელია სხვა ძვლებში მეტასტაზირება

966. ოსტეოლიზური ფორმის ოსტეოგენური სარკომის დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ სიმპტომოკომპლექსში არ შედის:

ა) არამკვეთრი კონტურების მქონე დესტრუქციის უბანი

ბ) კორტიკალური შრის დესტრუქცია

გ) რბილი ქსოვილების გასქელება

*დ) დესტრუქციის უბანში უჯრედოვან-ტრაბეკულური სურათი

967. ძვლების ავთვისებიან სიმსივნეებს, რომლებიც გვხვდება 30 წელზე მეტი ასაკის ავადმყოფებში, მიეკუთვნება:

ა) ოსტეოგენური სარკომა

*ბ) ქონდროსარკომა და რეტიკულოსარკომა

გ) იუნგის სარკომა

968. ქონდროსარკომისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა:

ა) ძვლის შებერვა

ბ) სასახსრე ხრტილზე გადასვლა

გ) რბილ ქსოვილებში გაკირვის უბნები

*დ) სწრაფი მრდა და ადრეული მეტასტაზირება

969. ძვლების ჩამოთვლილი სიმსივნეებიდან, რომელი მოგვაცნობს ოსტეომიელიტს თავისი კლინიკური თავისებურებითა და რენტგენოლოგიური სურათით:

ა) ქონდროსარკომა

ბ) კიბოს მეტასტაზები

*გ) იუნგის სარკომა

970. განშრევებული პერიოსტალური რეაქცია ყველაზე მეტად ახასიათებს:

ა) ოსტეოგენურ სარკომას

ბ) ქონდროსარკომას

*გ) იუნგის სარკომას

დ) ფიბროსარკომას

971. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან სწორი არ არის:

ა) იუნგის სარკომა პირველად აღწერილ იქნა როგორც დიაფიზარული სარკომა

*ბ) იუნგის სარკომა მხოლოდ გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზებს ამიანებს

გ) გრძელი ლულოვანი ძვლების დიაფიზები იუნგის სარკომით მეტაფიზზე ხშირად არ ზიანდება

დ) იუნგის სარკომის ყველაზე უფრო ტიპური რენტგენოლოგიური სურათი მისი დიაფიზარული ლოკალიზაციის დროს გვხვდება

ე) იუნგის სარკომით შეიძლება დაზიანდეს ბრტყელ და ღრუბლოვანი ძვლები

972. ანთებითი პროცესის სასარგებლოდ, ძვლების ავთვისებიან სიმსივნეებთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებისას, ყველაზე დამაჯერებლად მეტყველებს:

ა) დესტრუქციისა და ოსტეოსკლეროზის შერწყმა

*ბ) კორტიკალური სეკვესტრი

გ) რბილი ქსოვილების გასქელება

დ) განშრევებული პერიოსტალური რეაქცია

973. ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმსივნეები საწყის სტადიაში გამოვლინდებიან ექსტრაოსალური კომპონენტით, გარდა:

*ა) იუნგის სარკომა

ბ) პერიოსალური ფიბროსარკომა

გ) პერიფერიული ქონდროსარკომა

დ) პარაოსალური ოსტეოსარკომა

974. მიელომური დაავადების მრავლობით - კეროვანი ფორმის დროს ყველაზე უფრო ხშირად მიახლოება:

ა) თავის ქალა

ბ) მენჯის ძვლები

გ) ხერხემალი

დ) ნეკნები

*ე) ყველა პასუხი სწორია

975. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან არ არის სწორი:

ა) დიფერენციალური რენტგენოლიაგნოსტიკა გენერალიზებულ მიელომასა და ძვლებში კიბოს მრავლობით მეტასტაზებს შორის, სშირად შეუძლებელია ლაბორატორიული მონაცემების გარეშე

ბ) მიელომური დაავადებისათვის დამახასიათებელია ძვლებში მცირე ზომის, მკვეთრად

შემოფარგლული დესტრუქციული კერების არსებობა

გ) მიელომური დაავადების დროს შესაძლებელია აღინიშნოს ძვლის ქსოვილის დესტრუქციის დიდი უბნები

*დ) მიელომური დაავადების დროს მკვეთრად გამოხატულია ძვლის წარმოქმნის პროცესები

976. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან სწორი არ არის:

ა) მიელომური დაავადებისათვის დამახასიათებელია ქალას სარქელის ძვლებში მრავლობითი, მცირე ზომის, მკვეთრად შემოსაზღვრული დესტრუქციის კერების არსებობა

ბ) ანალოგიური რენტგენოლოგიური სურათი შესაძლებელია კიბოს მეტასტაზების დროსაც აღინიშნოს

გ) მიელომის დროს ქალას სარქელის ძვლებში დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათი ყოველთვის არ აღინიშნება

*დ) მრავლობითი, მცირე ზომის, მკვეთრად შემოსაზღვრული დესტრუქციის კერები ქალას სარქელის ძვლებში, მიელომური დაავადებისათვის პათოგნომურია და ყოველთვის აღინიშნება

977. სოლიტარულ მიელომაზე ეჭვის შემთხვევაში ყველაზე დამაჯერებელ მონაცემებს მივიღებთ:

ა) სისხლის ცილების გამოკვლევით

ბ) შარდის ანალიზით ბენს-ჯონსის ცილაზე

გ) სტერნალური პუნქციით

*დ) ბიოფსიით დაზიანების კერიდან

978. ხერხემლის ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელი არ არის:

ა) მალის სხეულის დესტრუქცია

ბ) მალის რკალის დესტრუქცია

*გ) მალთაშუა დისკის დესტრუქცია

დ) პარავერტებრალური რბილი ქსოვილების გასქელება

979. ძვლებში კიბოს მეტასტაზების არსებობისას, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის დადგენა

ავადმყოფის სიცოცხლეში ვერ ხერხდება:

- ა) ყოველთვის
- *ბ) ზოგჯერ
- გ) ღვინდება ყოველთვის

980. რომელი ორგანოს კიბოს ახასიათებს ოსტეოპლასტური მეტასტაზები ძვლებში:

- ა) ფილტვების
- ბ) თირკმლების
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის
- *დ) წინამღებარე ჯირკვლის

981. რომელი მეთოდითაა შესაძლებელი, ყველაზე ადრე გამოვავლინოთ ძვლების მეტასტაზური დაზიანება:

- ა) რენტგენოგრაფიით
- ბ) ტომოგრაფიით
- *გ) ძვლების რადიოიზოტოპური სკანირებით
- დ) რენტგენოგრაფია გამოსახულების პირდაპირი გაღივებით

982. ოსტეოპოროზის ყველაზე ბუსტი განმარტებაა:

- ა) ძვლის მოცულობით ერთეულში ძვლოვანი ქსოვილის შემცირება
- ბ) ძვლის მოცულობის ერთეულში კალციუმის შემცველობის შემცირება
- გ) ძვლოვანი ქსოვილის მოცულობის ერთეულში კალციუმის შემცველობის შემცირება
- *დ) ძვლის მოცულობის ერთეულში ძვლოვანი ქსოვილის შემცირება, ნორმალური მინერალიზაციისა და პათოლოგიური ქსოვილის არ არსებობის დროს

983. ოსტეოპოროზის დროს ძვლოვანი ქსოვილის დანაკლისის შევსება ხდება:

- ა) ფიბროზული ქსოვილით
- ბ) სისხლმზადი ძვლის გვინით
- *გ) არამინერალიზებული ოსტეოიდური ქსოვილით
- დ) ძვლის ყვითელი გვინით

984. რამდენი პროცენტით უნდა შემცირდეს ძვლოვანი ქსოვილი, რომ სტანდარტულ რენტგენოგრაფიით შესაძლებელი გახდეს ოსტეოპოროზის გამოვლენა:

- ა) 10%-ით
- *ბ) 30%-ით
- გ) 70-80%-ით
- დ) ძვლოვანი ქსოვილის ნებისმიერი რაოდენობის დანაკლისის დროს

985. სისტემური ოსტეოპოროზის დროს ყველაზე მეტად ზიანდება:

- ა) თავის ქალა
- *ბ) ხერხემალი
- გ) ქვედა კიდურების გრძელი ლულოვანი ძვლები
- დ) ტერფის მოკლე ლულოვანი ძვლები

986. მძიმე ვერტებრული ოსტეოპოროზი მალეების სხეულების მრავლობითი სოლისებური ლეფორმაციით ყველაზე ხშირად ვითარდება:

- *ა) ქალებში პოსტკლიმაქტერულ პერიოდში
- ბ) 60 წელს გადაცილებულ მამკაცებში

- გ) 30-40 წლის ასაკის ქალებში
- დ) შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პირებში

987. კომპაქტური ნივთიერების შემცირება სისტემური ოსტეოპოროზის დროს ყველაზე უფრო ხშირად ვლინდება:

- *ა) ბარძაყის ძვლებში
- ბ) ტერფის ძვლებში
- გ) მარჯის ძვლებში
- დ) ღივი წვივის ძვლებში

988. სისტემური ოსტეოპოროზისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) სხივის ძვლის მოგეხილობა ტიპურ ადგილას
- ბ) მალეების სხეულების მოგეხილობა
- გ) ბარძაყის ძვლის ყელის მოგეხილობები
- *დ) წვივის ძვლების გოჯების მოგეხილობები

989. სისტემური ოსტეოპოროზისათვის არ არის დამახასიათებელი :

- ა) ძვლების სიმკვრივის დაქვეითება
- ბ) კორტიკალური შრის განლევა
- *გ) კორტიკალური შრის სიგრძივი განზოგადოება
- დ) მალეების სხეულების ჩამკეცი ფირფიტების მკვეთრი გამოხატვა

990. ქვემოთ ჩამოთვლილი ტიპებიდან ოსტეომალაციისათვის დამახასიათებელია:

- ა) მალეების მრავლობითი არათანაბარი დეფორმაცია სოლისებრი და "თევზის" მალეების ტიპით
- *ბ) მრავლობითი თანაბარი დეფორმაცია "თევზის" მალეების ტიპით
- გ) მრავლობითი თანაბარი დეფორმაცია "ბრტყელი" მალეების ტიპით
- დ) მრავლობითი სოლისებრი დეფორმაცია

991. ჰიპერპარათირეოიდული ოსტეოლისტროფია ყველაზე ხშირად განპირობებულია:

- ა) პარათირეოიდული ჯირკვლების დიფუზური ჰიპერპლაზიით
- *ბ) ჯირკვლის აღენომით
- გ) ჯირკვლის ანთებით
- დ) ჯირკვლის კიბოთი

992. ქვემოთჩამოთვლილი ცვლილებებიდან ჰიპერპარათირეოიდული ოსტეოლისტროფიის დროს თავის ქალას ძვლებში მეტადაა დამახასიათებელი:

- ა) კომპაქტური ფირფიტების განლევა დიპლოეს გაფართოებით
- ბ) ქალას სარქელის ძვლების სტრუქტურის (ნიველირება), ერთგვაროვნება
- *გ) ძვლოვანი ქსოვილის სტრუქტურის გაიშვიათების წვრილკეროვანი სურათი
- დ) მრავლობითი წვრილი მკაფიოდ გამოხატული დესტრუქციული კერები ძვლის სხვა მიდამოში ნორმალური სტრუქტურის შენახვით

993. ნეიროგენური ოსტეოართროპათიისთვის დამახასიათებელია ყველა შემოთხამოთვლილი, გარდა:

- ა) ძვლების სასახსრე შედაპირების ოსტეოლიზი
- ბ) პარაარტიკულარული პათოლოგიური ოსიფიკაცია
- *გ) შეზღუდვა და მკვეთრი ტკივილი სახსრებში მოძრაობისას
- დ) ქვეამოვარდნილობები

ე) ძვლების სასახსრე დაბოლოებების პათოლოგიური მოგეხილობა

994. კუნთოვანი დამბლის დროს, ძვლებში აღინიშნება შემდეგი ცვლილებები:

ა) აგროფია

*ბ) რეგიონალური ოსტეოპოროზი

გ) ჰიპეროსტოზი

დ) დესტრუქცია

995. ბურგის ტვინის დაზიანებისას, საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემაში შეიძლება განვითარდეს:

ა) ძვლების სასახსრე ბოლოების ოსტეოლიზი

ბ) ძვლების პათოლოგიური მოგეხილობები

გ) ჰიპეროსტოზი

*დ) რბილი ქსოვილების პარაარტიკულარული ოსიფიკაცია მათი ოსიფიცირებული მიოზიტის ხარჯზე

996. ანგიონევროლოგიური დისტროფიის წამყვან რენტგენოლოგიურ სიმპტომს წარმოადგენს:

ა) ძვლების აგროფია

ბ) ოსტეოლიზი

*გ) რეგიონალური ოსტეოპოროზი

დ) სასახსრე ნაპრაღის შევიწროვება

997. მსხვილი არტერიული სისხლძარღვების ანევრიზმის დროს ძვლებში ცვლილებების ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს:

ა) ოსტეოლიზი

ბ) ჰიპეროსტოზი

გ) პერიოსტოზი

*დ) ბეწოლის გამო ლოკალური აგროფია

998. კიდურების არტერიოვენოზური დისპლაზიის დროს ძვლებში ჩამოთვლილი ცვლილებებიდან ყველაზე მეტადაა დამახასიათებელი:

ა) ოსტეოსკლეროზი

ბ) ოსტეონეკროზი

გ) ოსტეოპოროზი

*დ) ძვლის ხარისხების ჰიპერტროფია და გაიშვიათება

999. ძვლებში ჩამოთვლილი ცვლილებებიდან ქრონიკული ვენური უკმარისობისათვის დამახასიათებელია:

ა) ოსტეოლიზი

ბ) ოსტეონეკროზი

გ) ჰიპერტროფია

*დ) ოსტეოპოროზი, შემდგომში ძვლის გასქელება და კორტიკალური შრის კომპაქტურობის დაქვეითება

1000. ჩონჩხის ქვემოთ ჩამოთვლილი ნაწილებიდან, ასეპტიური ნეკროზით უფრო ხშირად გიანდება:

ა) გრძელი ძვლების მეტაფიზი

ბ) აპოფიზი

*გ) სასახსრე თავები

დ) სასახსრე ფოსოები

1002. ძვლების ასეპტიური ნეკროზის განვითარებისათვის მნიშვნელობა არ აქვს:

- ა) მექანიკური დაზიანება
- ბ) გრავმა
- *გ) ფოსფორ-კალციუმის მეტაბოლიზმის დარღვევა
- დ) ცირკულატორული მოშლილობები
- ე) ჰორმონალური ბემოქმედება

1003. ტუბერკულოზური კოქსიგისათვის, განსხვავებით ბარძაყის ძვლის თავის ასეპტიური ნეკროზისაგან, დამახასიათებელია ჩამოთვლილი ნიშნები, გარდა:

- ა) სასახსრე ნაპრალის შევიწროება, დესტრუქციული ცვლილებები ტაბუხის ფოსოს წარმომქმნელ ძვლებში
- *ბ) ბარძაყის ძვლის თავის დიდი ნაწილის გამკვრივება
- გ) რეგიონალური ოსტეოპოროზი
- დ) კონტაქტური დესტრუქციის უბნები

1004. წინაგერფის ძვლის თავის ასეპტიური ნეკროზი ჩვეულებრივ ვითარდება:

- *ა) მოზარდებში
- ბ) ასაკოვან და მოხუც პირებში
- გ) 30-40 წლის ასაკში
- დ) 40-50 წლის ასაკში

1005. გერფის ძვლებიდან გოგალური ასეპტიური ნეკროზი ვითარდება:

- ა) კოჭის ძვალში
- ბ) კუბურ ძვალში
- *გ) ნავისებურ ძვალში
- დ) მე 2-ე სოლისებურ ძვალში

1006. მოგეხილობის შემდეგ ასეპტიური ნეკროზი უფრო ხშირად შეიძლება განვითარდეს ჩონჩხის ყველა ჩამოთვლილ ძვლებში, გარდა:

- ა) ბარძაყის ძვლის თავი
- *ბ) მხრის ძვლის თავი
- გ) მჯავის ნავისებური ძვალი
- დ) კოჭის ძვლის თავი

1007. ძვლებში ჩამოთვლილი ცვლილებებიდან ლეიკოზებისთვის დამახასიათებელია:

- ა) ოსტეონეკროზი
- ბ) ოსტეოსკლეროზი
- *გ) ძვლის ქსოვილის წვრილკეროვანი დესტრუქცია
- დ) ძვლის აგროფია

1008. ოსტეომიელოზისათვის ყველაზე დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ოსტეონეკროზი
- *ბ) ოსტეოსკლეროზი
- გ) ოსტეოპოროზი
- დ) ძვლის ქსოვილის წვრილკეროვანი დესტრუქცია

1009. ლიმფოგრანულომატოზის დროს, ძვლების დამიანების ყველაზე დამახასიათებელ

რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ოსტეონეკროზი
- *ბ) ოსტეოსკლეროზი ან დესტრუქციის კერები
- გ) ატროფია
- დ) ოსტეოპოროზი

1010. ლიმფოგრანულომატოზისათვის, ძვლის კონტაქტური დაზიანებისას, ყველაზე დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- *ა) ძვლის კიდის დესტრუქცია
- ბ) ოსტეონეკროზი
- გ) ოსტეოპოროზი
- დ) ჰიპეროსტოზი

1011. ჰემოლიზური ანემიისას ძვლებში ჰიპეროსტოზი და სპიკულები აღინიშნება:

- ა) მელა კიდეებში
- ბ) ქვემო კიდეში
- გ) ხერხემალში
- *დ) თავის ქალაში

1012. რეგიკულოჰისტოციტოზ-X-ის დროს ძვლებში აღინიშნება:

- *ა) დესტრუქციული უბნები
- ბ) ოსტეოსკლეროზის უბნები
- გ) ღრუბლოვანი ნივთიერების უბეში- გრაბეკულარული გარდაქმნა
- დ) პროცესში სახსრების ჩართვა

1013. ართროზებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ძვლების სასახრე მელაპირების კიდეების ეროზიები
- *ბ) ძვლოვანი წანაზარდები და სასახსრე ნაპრალის შევიწროება
- გ) სასახსრე ნაპრალის შევიწროება
- დ) რეგიონარული ოსტეოპოროზი

1014. ართროზების განვითარებაში მონაწილეობენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორები, გარდა:

- ა) სახსრის გრავმული დაზიანება
- *ბ) კალციუმის ცვლის მოშლა
- გ) სასახსრე მელაპირების არასწორი ფორმირება
- დ) გადატანული არტრიტი

1015. ართროზით ხშირად ბიანდება:

- ა) მენჯ-ბარძაყის სახსარი
- ბ) მუხლის სახსარი
- გ) მხრის სახსარი
- დ) იდაყვის სახსარი
- *ე) მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარი

1016. მხარში ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- ა) მხრის სახსრის ართროზი
- ბ) მხრის ძვლის ბორცვების მიდამოს გენდინოზი

- *გ) კისრის მალთა შუა დისკების ოსტეოქონდროზი
- დ) მხრის სახსრის ქონდრომაგოზი

1017. ტუბერკულოზური ართრიტისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ძვლების სასახსრე ზედაპირების კიდეების ეროზია
- ბ) ძვლების სასახსრე ზედაპირების ცენტრალური ნაწილების დესტრუქცია
- *გ) სასახსრე ნაპრალის მკვეთრი შევიწროვება, სახსარში შემავალი ძვლების კონტაქტური დესტრუქცია
- დ) ძვლების პარაარტიკულარულ ნაწილებში კისტოზური წარმონაქმნები

1018. ტუბერკულოზური ართრიტისაგან განსხვავებით, არასპეციფიური ართრიტის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები, გარდა:

- ა) ძვლების სასახსრე ზედაპირების დესტრუქციის გარეშე, სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება
- ბ) ლაქოვანი ოსტეოპოროზი
- *გ) სუბქონდრალური სეკვესტრი
- დ) სახსართან მიმდებარე მეტაფიზში პერიოსტალური რეაქცია

1019. რევმატოიდული პოლიართრიტის ყველაზე ადრეული ნიშანია:

- *ა) ოსტეოპოროზი
- ბ) სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება
- გ) პერიოსტიტი
- დ) სასახსრე ზედაპირების კიდეების უზურაცია

1020. რომელი სახსრები ზიანდება ყველაზე ადრე რევმატოიდული ართრიტის დროს:

- ა) კიდურების მსხვილი სახსრები
- *ბ) ხელის მტევნისა და გერფის სახსრები
- გ) ხერხემლის სახსრები
- დ) ქვედაბის სახსრები

1021. რევმატული დაავადების დროს ართრიტისაგან განსხვავებით, რევმატოიდული ართრიტის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) მსხვილი სახსრების მრავლობითი დამზიანება
- ბ) სასახსრე ზედაპირების კიდეების ეროზია
- *გ) ხელის მტევნისა და გერფის წვრილი სახსრების ორმხრივი დამზიანება, სიმეგრისული დამზიანებისაკენ ტენდენციით
- დ) სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება

1022. რომელი დაავადებებისათვის არ არის დამახასიათებელი გაგა-თეძოს შესახსრების დამზიანება:

- ა) ბუხტერევის დაავადება
- ბ) ფსორიაზული ართრიტი, რეიტერის სინდრომი
- *გ) რევმატოიდული ართრიტი

1023. რომელი სახსრების დამზიანებაა დამახასიათებელი მაანკილოზირებელი სპონდილოართრიტისათვის დაავადების საწყის პერიოდში:

- ა) ხელის მტევნისა და გერფის წვრილი სახსრები
- ბ) კიდურების მსხვილი სახსრები
- გ) მალთაშორისი სახსრები

*დ) გავა-თედოს შესახსრებები

1024. ბეხტერევის დაავადება უფრო ხშირად ემართებათ:

- *ა) ახალგაზრდა მამაკაცებს
- ბ) 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებს
- გ) 15-20 წლის ქალებს
- დ) 50 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებს

1025. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან არ არის სწორი:

- ა) ბეხტერევის დაავადება შესაძლებელია დაიწყოს ქვედა კიდურების სახსრების დაზიანებით
- ბ) ბეხტერევის დაავადების დროს აღინიშნება წინა გასწვრივი იოგის ოსიფიცირება
- *გ) ბეხტერევის დაავადება ყოველთვის იწყება გავა-თედოს შესახსრების დაზიანებით
- დ) ბეხტერევის დაავადების დროს ხერხემლის რენგგენოლოგიური გამოსახულება მოგვაგონებს ბამბუკის ჯოხს

1026. პოლაგრა უფრო ხშირად ემართებათ:

- ა) 15-25 წლის მამაკაცებს
- *ბ) 40 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებს
- გ) 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებს
- დ) 15-25 წლის ქალებს

1027. პოლაგრული ართრიტის ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა:

- ა) მჯახის წვრილი სახსრები
- *ბ) გერფის I წინაგერფ-ფალანგის სახსარი
- გ) ლისფრანკის სახსარი
- დ) შოპარის სახსარი

1028. სახსრის ძელოვანი ანკილოზის ყველაზე სარწმუნო რენგგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) რენგგენოლოგიური სასახსრე ნაპრაღის არ არსებობა
- ბ) რენგგენოგრამაზე შეუძლებელია შემოიხაზოს ძვლების სასახსრე ბოლოები
- *გ) ძელოვანი ხარიხების გადასვლა ერთი ძვლის სასახსრე ბოლოდან მეორე ძვლის სასახსრე ბოლოზე
- დ) სუბქონდრალური სკლეროზი

1029. მალთაშუა დისკოების სიმაღლის შემცირებას იწვევს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადება, გარდა:

- ა) ანთებითი დაავადებები - სპონდილიტები
- ბ) მალთაშუა დისკის ოსტეოქონდროზი
- *გ) მანკილოზირებელი სპონდილართრიტი
- დ) დისკის განუვითარებლობა

1030. ხერხემლის მალთან შუა დისკოების ოსტეოქონდროზისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) მალთაშუა დისკოს სიმაღლის შემცირება
- ბ) მალის ცლომა
- გ) მალის სხეულის დრუბლოვანი ნივთიერების სუბქონდრალური სკლეროზი
- *დ) მალის სხეულის ჩამკეტი ფირფიტის დესტრუქცია

1031. მალის ცლომას უკან იწვევს:

- ა) ხერხემლის მალთა შუა დისკოების ოსტეოქონდროზი
- ბ) მაფიქსირებული ჰიპეროსტოზი
- გ) სპონდილოართროზი
- დ) დისკოების ფიბროზი
- *ე) დისკის გრაფიული დაზიანება

1032. ხერხემლის ფარული არასტაბილურობის გამოსავლენად ნაჩვენებია:

- ა) გომოგრაფია
- ბ) ზრენტგენოგრაფია ირიბ პროექციებში
- *გ) რენტგენოგრაფია ფუნქციური დატვირთვით

1033. მალთა შუა დისკოების უკანა თიაქრების საიმედო დიაგნოსტიკა შესაძლებელია:

- ა) რენტგენოგრაფიით
- ბ) რენტგენოგრაფია ფუნქციური დატვირთვით
- *გ) კონტრასტული მიელოგრაფიით
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით

1034. მალეების თანდაყოლილი ბლოკის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- ა) გულმკერდის ნაწილში
- ბ) წელის ნაწილში
- *გ) ჩ2-ჩ3 მალეები
- დ) ჩ6-ჩ7 მალეები

1035. კლიპერ-ფაილის სინდრომს ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) კისრის მალეების მრავლობითი ბლოკისა
- *ბ) წელის მალეების რკალთა შეუძვალეობა
- გ) კისრის მალეების რკალთა შეუძვალეობა
- დ) ბეჭის მაღალი დგომა (შპრენგელის დეფორმაცია)

1036. აგლანგის ცდომას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ყველა ჩამოთვლილი დაავადებისა და დაზიანებების დროს, გარდა:

- ა) კისრის მე-2 მალის კბილის მოგეხილობა
- ბ) აგლანგო-აქსიალური ართრიტი
- გ) კისრის მე-2 მალის კბილის განვითარების თანდაყოლილი ანომალია
- *დ) აგლანგის ასიმეტრია
- ე) აქსისის რკალის მოგეხილობა

1037. ხერხემლის არხის გაფართოება ახასიათებს ყველა პათოლოგიურ პროცესს, გარდა:

- *ა) კიბოს მეტასტაზი
- ბ) სპინალური მენინგიომა
- გ) ნევრინომა
- დ) მენინგოცელე

1038. სიმპტომთა რომელი გრიადა ახასიათებს ქსანტომაოზს:

- ა) ეგზოფთალმი, სახის ქალას ძვლების განუვითარებლობა, ანემია
- ბ) უშაქრო დიაბეტი, თირკმლის დაზიანება, ანემია
- *გ) უშაქრო დიაბეტი, ბრტყელი ძვლების დაზიანება, ეგზოფთალმი
- დ) ბრტყელი ძვლების დაზიანება, თირკმლის ფუნქციების დარღვევა, ანემია

1039. ჩამოთვლილი დაავადებთაგან რომელს ახასიათებს სუბპერიოსტალური რემორბციის სინდრომი

- * ა) ჰიპერპარათირეოიდული ოსტეოლისტროფის
- ბ) ჰიპოპარათირეოზი
- გ) მეტასტაზური პროცესი
- დ) მიქსედემა

1040. მხრის სახსრის რენტგენოგრაფიისთვის სტანდარტული პროექციაა:

- * ა) პირდაპირი-უკანა მხრის როტაციით გარეთ (სუპინაცია)
- ბ) პირდაპირი-უკანა მხრის როტაციით შიგნით (პრონაცია)
- გ) პირდაპირი-უკანა სხეულის როტაციით 30 გრადუსით საკვლევ მხარეს
- დ) აქსიალური

1041. სტანდარტული პროექციები მხრის ძვლის გამოსაკვლევად შემდეგია:

- * ა) პირდაპირი- უკანა მხრის როტაციით გარეთ და შიგნით (სუპინაცია და პრონაცია)
- ბ) პირდაპირი- წინა
- გ) პირდაპირი- უკანა, როტაციის გარეშე
- დ) აქსიალური

1042. მხრის ძვლის სწორ პროექციაზე წინა-უკანა რენტგენოგრამაზე მიუთითებს:

- ა) მცირე ბორცვის პროექცია მხრის ძვლის შიგნითა კონტურზე
- * ბ) მცირე ბორცვის პროექცია მხრის ძვლის ყელის ფონზე
- გ) დიდი ბორცვის პროექცია მხრის ძვლის შიგნითა კონტურზე განცალკევებით თავისკენ
- დ) დიდი ბორცვის პროექცია მხრის ძვლის თავზე

1043. მაჯის პროქსიმალური რიგის ძვლებს ეკუთვნის ყველა, გარდა:

- * ა) კავიანი
- ბ) ნავისებური
- გ) ნახევარმთვარისებრი
- დ) სამწახნაგა

1044. ძვალსაბრღელას ყველაზე მეტი ოსტეობლასტური აქტივობა აქვს

- ა) გრძელი ძვლის ეპიფიზში
- ბ) გრძელი ძვლის მეტაფიზში
- * გ) გრძელი ძვლის დიაფიზში
- დ) ბრტყელ და ღრუბლისებრ ძვლებში

1045. მენჯ-ბარძაყის სახსრისათვის სტანდარტულ პროექციებს წარმოადგენს:

- ა) წინა-უკანა ბარძაყის გარეთა როტაციით
- * ბ) წინა-უკანა ბარძაყის შიგნითა როტაციით
- გ) განზიდვა ლაუნშტეინის მიხედვით
- დ) სახსარში 30 გრადუსიანი მოხრით

1046. მენჯ-ბარძაყის სახსარში ძვლების ნორმალურ ღვლოზაზე მიუთითებს ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) შენგონის ხაზის თანაბარი სვლა
- ბ) ნახევარმთვარის ფიგურის პროექცია ბარძაყის ძვლის თავის ქვედა-შიგნითა კვადრანტზე

- * გ) ნახევარმთვარის ფიგურის პროექცია ბარძაყის ძვლის თავის გამოსახულების გარეთ
- დ) მენჯ-ბარძაყის რენტგენოლოგიური სასახრე ნაპრალის თანაბარი სიმძალე

1047. შოპარის სახსარი არის

- ა) კოჭ-ნავისებრი და ქუსლ-კუბისებრი სახსრები
- ბ) ქუსლ-კუბისებრი სახსარი
- გ) კოჭქვეშა სახსარი
- * დ) კოჭ-ნავისებრი სახსარი და კუჭ-კუბისებრი სახსრები

1048. აგლანგსა და აქსისს შორის სწორი თანწყობის კრიტერიუმებია:

- ა) აგლანგის სიმეგრული გამოსახულება
- * ბ) აგლანგ-აქსილარული სახსრის სასახსრე ნაპრალის თანაბარი სიგანე, რომელიც არ აღემატება 3 მმ-ს
- გ) აგლანგისა და აქსისის გვერდითი სასახსრე მელაპირის გარეთა კელების შესაბამისობა
- დ) მანძილი აგლანგსა და აქსისის კბილისებრ მორჩს შორის არ აღემატება 5 მმ-ს

1049. ხერხემლის კისრის მიდამოს მალთაშუა ხვრელები უკეთ ვლინდება

- ა) პირდაპირ პროექციაში
- ბ) გვერდით პროექციაში
- გ) 15 გრადუსით მობრუნებისას
- * დ) 45 გრადუსით მობრუნებისას

1050. გაძლიერებული ლორღომის შემთხვევაში წელის მეხუთე მალის სხეულის გამოსახვისათვის პირდაპირ პროექციაში გამოიყენება:

- * ა) ქვემო კიდეების მოხრა მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში
- ბ) ავალმყოფისთვის მენჯის წამოწევა
- გ) რენტგენის მილის დახრა კრანიალურად
- დ) ბარძაყის ძვლების განზიდვა

1051. მაჯის ძვლების გრავმის ყველაზე ხშირი სახეობაა:

- ა) ნახევარმთვარისებრი ძვლის მოგეხილობა
- ბ) მგვენის პერილუნალური ამოვარდნილობა
- * გ) ნავისებრი ძვლის მოგეხილობა
- დ) სამწახნაგა ძვლის მოგეხილობა

1052. მაჯის ნავისებური ძვლის მოგეხილობის გამოვლენისათვის ოპტიმალურს წარმოადგენს

- ა) პირდაპირი პროექცია
- * ბ) ხელ-გულის პირდაპირი და ირიბი პროექცია
- გ) ხელ-მურგის პირდაპირი და ირიბი პროექცია
- დ) გვერდითი პროექცია

1053. განივი მორჩის მოგეხილობისათვის დამახასიათებელია ფრაგმენტების ცლომა:

- ა) კუთხით
- * ბ) ქვემოთ
- გ) ზემოთ

1054. ძვლის კორძის აღრეულ გამოვლენას დიაფიზალური მოგეხილობისას წარმოადგენს:

- * ა) ნაზი ღრუბლისებრი პარაოსგალური ჩრდილი

- ბ) მოგეხილი ფრაგმენტების კიდეების გადასაყვება
- გ) მოგეხილი ფრაგმენტების კიდეების გამკვრივება
- დ) მოგეხილობის ხაზის ვიზუალიზაციის გაუარესება

1055. ცრუ სახსრის სარწმუნო რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) პარაოსალური კორძის არსებობა
- ბ) მოგეხილი ხაზის დიდი ხნით ვიზუალიზაცია
- *გ) მოგეხილი ზედაპირების ჩამკეტი ფირფიტებით გამიჯვნა
- დ) გამოხატული რეგიონალური ოსტეოპოროზი

1056. ცრუ სახსრისთვის არაა დამახასიათებელი:

- ა) მოგეხილი კიდეების მომრგვალება და კიდეების გადასაყვება
- ბ) მოგეხილი ფრაგმენტების კიდეების სკლეროზი'
- გ) მოგეხილ კიდეებს შორის დიდხანს არსებული ნაპრალი
- *დ) მოგეხილი კიდეების დაკბილვა

1057. დიდი ფიზიკური დატვირთვისას ძვლების სტრუქტურის პათოლოგიური ფუნქციური გარდაქმნის მონები ყველაზე ხშირად აღინიშნება:

- ა) ბარძაყის ძვლის ყელში
- ბ) დიდი წვივის ძვალში
- *გ) წინაგერფის ძვლებში

1058. ღოიჩლენდერის დაავადების ადრეული ნიშანია:

- *ა) კორტიკალურ შრეში თხელი ირიბი განათებული ხაზი და ნაზი პერიოსტალური რეაქცია
- ბ) კორტიკალური შრის წვრილკეროვანი გაფაშრება
- გ) წინაგერფის ძვლის ლეფორმაცია
- დ) სპიკულები

1059. ჰიპეროსტომი დამახასიათებელია:

- ა) ძვლების ქონდრომატოზისათვის
- ბ) ოსტეოპოკილიისათვის
- გ) თავის ძვლების დისპლაზიისათვის
- *დ) მიელორეოსტოზისათვის

1060. მგენისა და ტერფის ლულოვანი ძვლების დაზიანება დამახასიათებელია:

- *ა) ძვლების ქონდრომატოზისათვის
- ბ) მეტაფიზარული დისპლაზიისათვის
- გ) ეპიფიზალური დისპლაზიისათვის
- დ) ეგზოსტომაზური დისპლაზიისათვის

1061. პეჯეტის მალეფორმირებელი ოსტეოლისტროფისათვის დამახასიათებელია ყველა ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) ლულოვანი ნივთიერების უხეში გრაბეკულური სურათისა
- ბ) კომპაქტური ნივთიერების უხეში გასწვრივი განბოჭკოება
- გ) კომპაქტური ნივთიერების გასქელება
- *დ) კომპაქტური შრის დარღვევა მთელ სისქეზე, აღინიშნება მისი წყვეტილობა

1062. პეჯეტის მალეფორმირებელი ოსტეოლისტროფისას არ აღინიშნება

- ა) ერთი ძვლის ნაწილობრივი დაზიანება
- ბ) ერთი ძვლის დაზიანება მთელ სიგრძეზე
- გ) პოლიოსალური დაზიანება
- *დ) ჩონჩხის სისტემური დაზიანება

1063. პეჯეგის მალეფორმირებელი ოსტეოდისტროფიისას არ აღინიშნება:

- ა) მალის სხეულის სტრუქტურის დიფუზური გამკვრივება
- ბ) მალის სხეულის ჩარჩოსმაგვარი სტრუქტურა
- გ) მალის სხეულის ვერტიკალური ტრაბეკულების გამოხატვა
- *დ) მალის სხეულის ნახევრის დესტრუქცია

1064. პეჯეგის მალეფორმირებელი ოსტეოდისტროფიისათვის არ არის დამახასიათებელი

- ა) მალის სხეულის სიმალის შემცირება ჩამკეგი ფიროფიების ჩაზნექის ხარჯზე
- ბ) მალის სხეულის ჰორიზონტალური მომების მომატება
- გ) მალის რკალისა და მორჩების გასქელება
- *დ) მალის სხეულის შებერვა

1065. გრძელ ლულოვან ძვლებში ჰემატოგენური ჩირქოვანი ოსტეომიელიტისათვის დამახასიათებელია დაზიანება:

- ა) ღიაფიზის
- ბ) ეპიფიზის
- *გ) მეტა-ღიაფიზის
- დ) ღიაფიზის და ეპიფიზის

1066. აღრეული პერიოსტალურ რეაქციას ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის დროს აქვს შემდეგი ფორმა:

- *ა) ხაზოვანი ჩრდილი
- ბ) შრეობრივი
- გ) სპიკულისმაგვარი

1067. ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის გადასვლისას ქრონიკულ სტადიაში პერიოსტალური ნაღები

- *ა) მაგულობს მოცულობაში და ერწყმის კორტიკალურ შრეს
- ბ) უკუგანვითარებას განიცდის
- გ) იწვევს სახსრების ანკილოზს

1068. ჩამოთვლილი მკვიცებულებიდან არასწორია:

- ა) ტუბერკულოზური ოსტიტის დროს დესტრუქციის კერა შესაძლებელია შემოფარგლული იყოს ვიწრო სკლეროზული ზოლით
- *ბ) ღრუბლოვანი ძვლების ტუბერკულოზი რენტგენოლოგიურად შესაძლებელია გამოიხატოს ძვლის სტრუქტურის გამკვრივებით (სკლეროზით)
- გ) პრეარტრიკულ და არტრიკულ სტადიებში ძვლოვანი სტუქტურის გამკვრივება (სკლეროზი) აღინიშნება
- დ) ძვლების ტუბერკულოზური დაზიანებისათვის დამახასიათებელია კეროვანი დესტრუქციისა და ჭრელი ოსტეოსკლეროზის მონაცვლეობა

1069. ტუბერკულოზს, როგორც წესი თან ახლავს პერიოსტალური რეაქცია

- ა) ბრტყელ და ღრუბლოვან ძვლებში
- ბ) გრძელი ლულოვანი ძვლის ეპიფიზში

- გ) გრძელი ლულოვანი ძვლის მეტაფიზში
- *დ) ლულოვანი ძვლის დიფიზში (ბავშვებში)

1070. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან რომელია სწორი:

- *ა) პარავერტებრალური რბილი ქსოვილების გაფართოება დამახასიათებელია მხოლოდ ხერხემლის ანთებითი დაავადებებისათვის და მოგეხილობებისათვის
- ბ) შესაძლებელია აღინიშნოს ოსტეოქონდროზის დროსაც
- გ) შესაძლებელია აღინიშნოს ბეხგერევის დაავადების დროსაც

1071. ძვლის შიგნით ლოკალიზირებული კეთილთვისებიანი სიმსივნეების და სიმსივნის მაგვარი წარმონაქმნისათვის დამახასიათებელია:

- ა) არამკვეთრი კონგურები
- *ბ) მკვეთრი კონგურები
- გ) ძვლის გვინის არხის შევიწროვება
- დ) ირგვლივ დიფუზური ოსტეოპოროზი

1072. მეტაეპიფიზარული მრდის მონის ორივე მხარეს შეიძლება მდებარეობდეს:

- ა) ქორღომა
- ბ) ძვლის კისტა
- გ) ქონდრობლასტომა
- *დ) ტუბერკულოზური ოტიტი და ქონდრობლასტომა

1073. ტუბერკულოზური ძვლის მშრალი მჭამელასათვის (სუპერფიციალური კარიესი) განსხვავებით ქონდრობლასტომისაგან, მათ მხრის ძვლის პაროქსიმულ ბოლოში

- ლოკალიზაციისას, დამახასიათებელია
- ა) ძვლის დამიანების უბნების შებერვა
- ბ) სახსრის მიდამოს ოსტეოპოროზი
- *გ) მხრის ძვლის ანაგომიური ყელის მიდამოს კონგურის ეროზია
- დ) პერიოსტალური აშრევა

1074. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებებიდან არ არის სწორი:

- ა) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი მდებარეობს გრძელი ლულოვანი ძვლების მეტაფიზებში, ინგრა და სუბკორტიკალურად
- ბ) კორტიკალურ ფიბროზულ დეფექტს, როგორც წესი არ ახასიათებს კლინიკური გამოვლინება
- გ) დიდ წვივის ძვლის დისტალური მეტაფიზის კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი ამცირებს ძვლის სიმყარეს და შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოგეხილობა
- *დ) კორტიკალური ფიბროზული დეფექტი აგრძელებს განვითარებას ჩონჩხის ფორმირების დამთავრების შემდეგაც

1075. გრძელი ლულოვანი ძვლის ოსტეოიდოსტეომისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- *ა) უჯრედოვან გრაბეკულარული სურათი
- ბ) ჰიპეროსტოზი
- გ) ჰიპეროსტოზის ცენტრში 1,7-2,0 სმ ზომის განათებული უბანი
- დ) განათებული უბნის ფონზე უფრო მკვრივი ჩრდილის არსებობა

1076. რომელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია შესაძლებელია აღინიშნოს როგორც სიმსივნური ისე რეაქტიული ენდოსტალური ძვალწარმოქმნის დროს

- *ა) ძვლის სტრუქტურის გამკვრივება

- ბ) კოლმენის სამკუთხედი
- გ) სპიკულები
- დ) აშრევებული პერიოსგალური რეაქცია

1077. მიელომური დაავადების ყველაზე უფრო იშვიათ ფორმას წარმოადგენს:

- ა) მრავლობით კეროვანი
- ბ) ლიფუმურ პოროზული
- გ) სოლიგარული
- *დ) ოსტეოსკლეროზული
- ე) რენგგენონეგატიური

1078. მალეების სტრუქტურის ლიფუმური გაიშვიათება და მათი სხეულების სოლისებრი ლეფორმაცია, ლესტრუქციის კერების არ არსებობის დროს მალეების სხეულებსა და რკალებში, აღინიშნება:

- ა) კიბოს მეტასტაზები
- ბ) გენერალიზებული მიელომა
- *გ) ხერხემლის ოსტეოპოროზი

1079. ქვემოთ ჩამოთვლილი მტკიცებულებიდან სწორი არ არის:

- ა) მალის ავთვისებიანი სიმსივნე შეიძლება გამოიხატოს სხეულის ლესტრუქციით
- ბ) მალის ლესტრუქციული სიმსივნე შეიძლება გამოიხატოს მხოლოდ რკალის ლესტრუქციით
- გ) მალის ავთვისებიანი სიმსივნე შეიძლება გამოიხატოს მხოლოდ სხეულის პათოლოგიური კომპრესიით ხილული ლესტრუქციის გარეშე
- დ) მალის სხეულის ავთვისებიანი კომპრესია არ აღინიშნება კიბოს ოსტეობლასტური მეტასტაზების დროს
- *ე) სწორი პასუხი არ არის

1080. სისტემური ოსტეოპოროზისათვის არ არის დამახასიათებელი

- ა) ძვლების სიმკვრივის დაქვეითება
- ბ) კორტიკალური შრის განლევა
- გ) კორტიკალური შრის სიგრძივი განბოჭკოება
- *დ) მალეების სხეულებში სუბქონდრალური სკლეროზის გამოხატვა

1081. ოსტეომალაციის ყველაზე სწორ განმარტებას წარმოადგენს:

- ა) ძვლების დარბილება
- ბ) ძვლის მოცულობის ერთეულში კალციუმის შემცველობის შემცირება
- *გ) ახლადწარმოქმნილი ძვლოვანი ქსოვილის მინერალიზაციის დარღვევა ძვლებში არამინერალიზებული ოსტეოციტების დაგროვებით
- დ) ძვლებიდან კალციუმის გამორეცხვა

1082. ოსტეომალაციისთვის მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ძვლოვანი სტრუქტურის სისტემური გაიშვიათება
- *ბ) ძვლებში მრავლობითი ლოკოზერის ზონების არსებობა
- გ) მალეების სხეულის ლეფორმაცია
- დ) კორტიკალური შრის სიგრძივი განბოჭკოება

1083. ოსტეომალაციის დროს განვითარებული ლოკოზერის ზონებისათვის არ არის დამახასიათებელი შემდეგი ლოკალიზაცია

- * ა) თეძოს ძვლის ფრთა
- ბ) ბარბაყის ძვლის ყელი
- გ) ნეკნები
- დ) ღილი წვივის ძვლის ღიაფიში

1084. ოსტეომალაციის დროს ლოზომერის მონებისათვის დამახასიათებელია ყოველივე, გარდა

- ა) შეიძლება მთლიანად კვეთდეს განივად ძვალს
- ბ) შეიძლება გართულდეს ჭეშმარიტი მოგეხილობით ფრთების შეცილებით
- * გ) ახასიათებს სეკვესტრაცია
- დ) დროთა განმავლობაში მათი რაოდენობა მატულობს

1085. ჩონჩხის ქვემოთ ჩამოთვლილ დეფორმაციებს შორის ოსტეომალაციისას ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ლულოვანი ძვლების ღიაფიშების ღერძის რკალისებრი დეფორმაცია
- * ბ) მენჯის დეფორმაცია "ბანქოს გულის" ტიპით
- გ) გულმკერდის დეფორმაცია "ზარის" ფორმით
- დ) ქალას ფუძის ბაზალური იმპრესია

1086. ჰიპერპარათირეოიდული ფიბროზული ოსტეოლისტროფიის ყველაზე ხშირ რენტგენოლოგიურ სინდრომს წარმოადგენს:

- ა) კორტკალური შრის განლევა
- ბ) კორტიკალური შრის ენდოსტალური ბედაპირის არამკაფიო კონტურები
- გ) კორტიკალური შრის სიგრძივი განბოჭკოება
- * დ) წვრილკეროვანი ოსტეოპოროზი, მრავლობითი კისტოზური წარმონაქმნებით

1087. ჩონჩხის ქვემოთ ჩამოთვლილი მეტაბოლური დაზიანებებიდან ვერტებრალური ოსტეოსკლეროზი ყველაზე მეტად დამახასიათებელია:

- ა) ავიტამინოზის შედეგად განვითარებული ოსტეომალაცია
- ბ) ნეფროზული ოსტეოლისტროფია
- * გ) ჰიპერპარათირეოიდული ოსტეოლისტროფია

1088. ტერფის ძვლებიდან გოტალური ასეპტიური ნეჯროზი ვითარდება

- ა) კოჭის ძვალში
- ბ) კუბურ ძვალში
- * გ) ნავისებურ ძვალში
- დ) მეორე სოლისებრ ძვალში

1089. ოსტეომიელოფიბროზის დროს ცვლილებები აღინიშნება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ძვლებში, გარდა

- ა) გრძელ ლულოვან ძვლებში
- ბ) ხელის მტევნისა და ტერფის ძვლებში
- გ) მალეებში
- * დ) მენჯის ძვლებში

1090. ლიმფოგრანულომატოზისათვის ძვლის კონტაქტური დაზიანებისას, ყველაზე დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- * ა) ძვლის კიდის დესტრუქცია
- ბ) ოსტეონეკროზი

- გ) ოსტეოპოროზი
- დ) ჰიპეროსტოზი

1091. გერფის სახსრებიდან ართროზით უფრო ხშირად მიიჩნევა

- ა) ფალანგთაშორისი ხასრები
- *ბ) პირველი წინაგერფ-ფალანგის სახსარი
- გ) მეორე-მეოთხე წინაგერფ-ფალანგის სახსარი
- დ) ლის ფრანკის სახსარი

1092. ქვემოთ მოყვანილი სიმპტომებიდან, რომელი მიუთითებს ართრიტის შემდეგ განვითარებულ ართროზზე

- ა) სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება
- *ბ) სახსარში შემავალი ძვლის კიდეების დეფექტები
- გ) სახსარში შემავალი ძვლების პარაარტიკულარული მილამოს კისტოზური წარმოქმნი
- დ) სუბქონდრალური ოსტეოსკლეროზი

1093. მუხლის სახსრის არასპეციფიკური ართრიტის ყველაზე ადრეულ სიმპტომს წარმოადგენს:

- *ა) კვირისგავგება მილამოს რბილი ქსოვილების გაფართოება და ოსტეოპოროზი ძვლებში
- ბ) ანკილოზი
- გ) კიდეების დესტრუქცია
- დ) პერიოსტიტი

1094. ანთების გადასვლას სასახსრე კაუსულიდან ძვლების სასახსრე ბელაპირამდე ახასიათებს

- *ა) ძვლების სასახსრე ბელაპირების კიდეების ეროზია
- ბ) ძვლების სასახსრე ბელაპირების ცენტრალური ნაწილების დესტრუქცია
- გ) სახსარში შემავალი ძვლების კონტაქტური ("მკონნავი") დესტრუქციული კერები
- დ) ძვლების პარაარტიკულარულ ნაწილებში კისტოზური წარმოქმნები

1095. ტუბერკულოზურ ართრიტს არ ახასიათებს:

- ა) სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება
- ბ) ჩამკეტი ფირფიტების დესტრუქცია
- გ) ქვეამოვარდნილობა სახსარში
- *დ) სახსრის ახლოს მდებარე მეტაფიზში პერიოსტალური რეაქცია

1096. რევმატული დაავადების დროს საკროილეიტის ყველაზე ადრეულ რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ღრუბლოვანი ძვლის პარაარტიკულარული სკლეროზი
- ბ) სასახსრე ნაპრალის გაფართოება
- გ) სასახსრე ნაპრალის შევიწროვება
- *დ) გავა-თედოს შესახსრებაში შემავალი ჩამკეტი ფირფიტების სიმკვეთრის დაქვეითება

1097. ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან პარაარტიკულარული რბილი ქსოვილების ოსიფიცირება დამახასიათებელია

- ა) ასპირაციული ოსტეონეკროზისათვის
- *ბ) ნეიროგენული ართროპათიისათვის
- გ) არასპეციფიკური ართრიტისათვის
- დ) ტუბერკულოზური ართრიტისათვის

1098. რომელი დაავადებისთვისაა დამახასიათებელი წინა გასწვრივი იოგის ძვლისწარმოქმნელი რეაქცია

- ა) ხერხემლის ოსტეოქონდროზი
- ბ) არასპეციფიური სპონდილიტი
- *გ) ხერხემლის მათოსიფიცირებელი ჰიპეროსტოზი
- დ) მექანიკური დაზიანება

1099. მათოსიფიცირებელი ჰიპეროსტოზის განვითარების სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) მალთაშუა დისკოების ფიბროზული რგოლის პერიფერიული ნაწილების ოსიფიკაცია
- ბ) წინა გასწვრივი იოგის გაკირვა
- *გ) წინა გასწვრივი იოგის ძვლისწარმოქმნელი რეაქცია, რომელიც წარმოქმნის რა ძვლოვან ქსოვილს, თვითონ არ განიცდის გაკირვას

1100. ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს ოსტეოფიტებისათვის დამახასიათებელია

- *ა) კრანიალური და კაულალური ჩამკეტი ფირფიტების გაგრძელება
- ბ) ოსტეოფიტი იწყება ლიმბუსიდან მცირედ მოცილებით, მალის სხეულის შუა ნაწილისკენ
- გ) ოსტეოფიტის მიმართულება ხერხემლის სიგრძივი ღერძის პარალელურის
- დ) ახასიათებთ ხილაკების წარმოქმნის ტენდენცია

1101. ხერხემლის მათოსიფიცირებელი ჰიპეროსტოზი იწვევს:

- ა) ხერხემლის სტაბილურობის მოშლას
- ბ) მურგის ტვინის ფესვებსა და ნერვებზე ზეწოლას
- გ) ვერტებრო-ბაზალურ უკმარისობას
- *დ) ხერხემლის დაზიანებული სეგმენტების ფიქსაციას

1102. წელის მალეების ცლომას წინ იწვევს:

- *ა) ხერხემლის მალთაშუა დისკოების ოსტეოქონდროზი და სპონდილოზი
- ბ) სპონდილოართროზი
- გ) მადეფორმირებელი სპონდილოლიზი
- დ) ფორესტიეს დაავადება

1103. მალთაშუა დისკოების უკანა თიაქრების საიმელო დიაგნოსტიკა შესაძლებელია:

- ა) რენტგენოგრაფიით
- ბ) რენტგენოგრაფია ფუნქციური დატვირთვით
- *გ) კონტრასტული მიელოგრაფიით და კომპიუტერული ტომოგრაფიით

1104. წელის ქვედა მალთაშუა დისკოების თიაქრებზე ეჭვის მიგანა შესაძლებელია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების საფუძველზე, გარდა:

- ა) დისკის უკანა ზედაპირზე გაკირვის არსებობა
- ბ) უკანა ოსტეოფიტები
- გ) მალთაშუა დისკის სიმაღლის შემცირება
- *დ) მალეებს შორის ძვლოვანი წანაზარღები ხილაკების სახით

1105. მალეების თანდაყოლილი ბლოკის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- ა) გულმკერდის ნაწილში
- ბ) წელის ნაწილში
- *გ) ჩ2-ჩ3 მალეები
- დ) ჩ6-ჩ7 მალეები

1106. მალეების თანდაყოლილ ბლოკს შექნილისაგან ანსხვავებს

ა) მალეების წვეტიანი მორჩების შეზრდა

ბ) მალთაშუა დისკოს ნარცენის არსებობა

გ) ბლოკირებული სეგმენტის სიმალლეში მნიშვნელოვანი დაქვეითება

*დ) მალათა ნორმალური ძვლოვანი სტრუქტურა

1107. ერთი მალის სხეულის თანდაყოლილი სოლისებური დეფორმაციის ყველაზე სარწმუნო ნიშანია

ა) მიმდებარე მალთაშუა დისკოების სიმალლის დაქვეითება

*ბ) მალის სხეულის ნორმალური სტრუქტურა

გ) უფრო ხშირად კისრის ქვედა და გულმკერდის ზედა ნაწილში ლოკალიზაცია, სოლისებრი ფორმა, სკოლიოზი ან კიფოზი

1108. ხერხემლის არხიდან მომდინარე კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ახასიათებთ:

ა) მალათა რკალების ფესვების გათხელება, გაწევა და სტრუქტურის შეცვლა

ბ) რკალების ფეხების დესტრუქცია

*გ) მალათა სხეულების უკანა ზედაპირების გაღუნვა და მალათა რკალების ფესვების გათხელება და გაწევა

დ) მალათა სხეულის ჩამკეცი ფიფიგის დესტრუქცია

შარდსასქესო ორგანოების, რეგროპერიტონეული სივრცისა და მცირე მენჯის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

1109. წელის რომელი მალის ღონეზე მდებარეობს თირკმლის მენჯი ნეფროფტომის დროს:

ა) პირველი

ბ) მეორე

გ) მესამე

*დ) მეოთხე

1110. დისკოპიისა და ნეფროფტომის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს

ა) მენჯის განლაგების ღონე

ბ) შარდსაწვეთის სიგრძე

გ) თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე

დ) შარდსაწვეთის განლაგება

*ე) შარდსაწვეთის სიგრძე და თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე

1111. ექსკრეტორულ უროგრამაზე თირკმლის ჭვალი შეიძლება ვივარაუდოთ შემდეგი ნიშნის საფუძველზე

*ა) პიელოექტამბია

ბ) ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი

გ) ფიალების ზედა ჯგუფის გადახანაცვლება, გადაადგილება

დ) თირკმლის გარეთა კონტურების დეფორმაცია

1112. ტუბერკულოზური პაპილიტის შემთხვევაში ყველაზე დიდ ინფორმაციას იძლევა

ა) ექსკრეტორული უროგრაფია

*ბ) რეგროგრადული პიელოგრაფია

- გ) გომოგრაფია
- დ) ანგიოგრაფია

1113. ექსკრეტორული უროგრაფიის ნეფროგრაფიულ ფაზაში კავერნოზულ ტუბერკულოზზე მეტყველებს

- *ა) პარენქიმის კონტრასტირების დეფექტი
- ბ) "თეთრი" თირკმელი
- გ) თირკმლის კონტრასტირების არარსებობა
- დ) პარენქიმის ინტენსიური არათანაბარი კონტრასტირება

1114. თირკმლის სიმსივნის სიმპტომებს მიეკუთვნება

- *ა) ფიალის ამპუტაცია
- ბ) სუსტი ნეფროგრაფიული ფაზა
- გ) თირკმლის ზომების შემცირება
- დ) ფიალებისა და მენჯის ჰიპოტონია

1115. ზედა საშარდე გზების რენტგენოგრაფიული კონკრემენტების შემთხვევაში ყველაზე ინფორმატულია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- გ) გომოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1116. საშარდე გზების ტონუსის დაქვეითებაზე მეტყველებს შემდეგი ნიშნები

- ა) მენჯის კონტრასტირების არარსებობა
- ბ) პიელოექტაზია
- გ) ფიალების ამპუტაცია
- *დ) "ჰსოას"-სიმპტომი

1117. თირკმლის აპლაზიის შესახებ ყველაზე სარწმუნო ინფორმაციას იძლევა

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- *გ) არტერიოგრაფია
- დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1118. თირკმლის ჰიპოპლაზიის დადგენის ყველაზე სარწმუნო მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- *დ) არტერიოგრაფია

1119. მენჯისა და ფიალების მდგომარეობის შესაფასებლად "გამოთიშული (ფუნქციონალური ბლოკი) თირკმლის" შემთხვევაში უნდა გამოიყენონ

- ა) ინფუზიური უროგრაფია
- *ბ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1120. ნეფროფტოზის შემთხვევაში კვლევის წამყვანი მეთოდია

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- *ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია (რენტგენოგრაფია ვერტიკალურ მდებარეობაში)
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

1121. ჯანმრთელი ადამიანის თირკმელები მდებარეობს შემდეგ ღონებზე

- ა) გულმკერდის მე 8-10 მალეები
- *ბ) გულმკერდის მე-12 და წელის 1-2 მალეები
- გ) წელის 1-5 მალეები
- დ) წელის 4-5 მალეები

1122. ნორმაში მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი მარცხენასთან შედარებით განლაგებულია:

- *ა) 1-2 სმ-ით ქვემოთ
- ბ) 3-4 სმ-ით ქვემოთ
- გ) 5-6 სმ-ით ქვემოთ
- დ) 10 სმ-ით ქვემოთ

1123. შარდგამომყოფი გზების მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე შარდის ბუშტის ჩრდილი

- *ა) იშვიათად ვლინდება
- ბ) ყოველთვის ვლინდება
- გ) არასდროს არ ვლინდება
- დ) კარგად ისახება

1124. თირკმელი ნორმალური ზომის, ჩრდილი ჰომოგენური, მენჯი ზომიერად გადიდებული, მისი კონტურები მომრგვალო და მკაფიო, ფიალები დილაგაციის გარეშე. ეს უპირატესად ახასიათებს შემდეგ პათოლოგიას

- ა) თირკმლის ჰიპოპლაზია
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- *გ) პიელოექტაზია
- დ) თირკმლის სიმსივნე

1125. თირკმლის მენჯი და შარდსაწვეთი ცლომილია, ფიალები ხშირად დეფორმირებული (მიჭყლეტილი), მათ შორის მანძილი მომატებულია, ანგიოგრამებზე ისახება უსისხლძარღვო ზონა ულტრაბგერითი კვლევით პარენქიმის დეფექტი და ექონეგატიური ზონა მკვეთრი კონტურებით. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) სიმსივნე
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- *გ) სოლიტარული კისტა
- დ) ჰიდრონეფროზი

1126. თირკმლის მენჯისა და ფიალების გაგანიერება, თირკმლის პარენქიმის აგროფია, ზომებში გადიდება ლატერალური კონტურის გალღისებური გამოდრეკით, ფუნქციის მკვეთრი შემცირება ან არარსებობა - ეს ახასიათებს

- ა) სოლიტარული კისტა
- ბ) სიმსივნე
- *გ) ჰიდრონეფროზი
- დ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

1127. მიმოხილვით რენგენოგრაფიაზე თირკმლის გადილებული, არაერთგვაროვანი ჩრდილი არასწორი კონტურებით, რეგროგრადულ პიელოგრამაზე ფიალების გაგანიერება ან ამპუტაცია, მენჯის ავსების ღეფექტი არასწორი, უზურირებული კონტურებით უპირატესად ახასიათებს:

- ა) სოლიგარული კისგა
- ბ) ჰიდრონეფროზი
- *გ) სიმსივნე
- დ) ტუბერკულოზი

1128. თირკმლის არტერიისა და მისი სეგმენტური და სუბსეგმენტური ტოტების მკვეთრი შევიწროება, უსისხლძარღვო მონების არსებობა. თირკმლისშიდა არტერიული ტოტები ცლომილია უპირატესად პერიფერიისაკენ, თითქოს გაშლილია. ეს ნიშნები უპირატესად ახასიათებს

- ა) სოლიგარული კისგა
- *ბ) ჰიდრონეფროზი
- გ) სიმსივნე
- დ) პიელონეფრიტი

1129. თირკმლის ზომების შემცირება, მენჯ-ფიალათა სისგემის ღეფორმაცია, მცირე ფიალების არასწორი კონტურები, ქერქოვანი შრის წვრილი სისხლძარღვების ობლიტერაცია უპირატესად ახასიათებს

- ა) ტუბერკულოზი
- *ბ) შეჭმუხვნილი თირკმელი
- გ) ჰიპოპლაზია
- დ) სიმსივნე

1130. თირკმელების ორმხრივი დაზიანება, ზომებში მომაგება. პოლიციკლური კონტურები, მენჯი მიჭყლეტილი და დაგრძელებულია, ცლომილია, კონტურები სწორი, ფიალები დაგრძელებული, შევიწროვებული და რკალისებურად მოხრილია, ფიალების თაღის არეში ვლინდება ნახევრადოვალური ავსების ღეფექტები ან კოლბისმაგვარი გაფართოება - შარდსაწვეთი უცვლელია. თირკმლისშიდა არტერიები შევიწროვებულია, მათი რაოდენობა შემცირებულია, ისახება უსისხლძარღვო მონები. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) ჰიდრონეფროზი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) სიმსივნე
- *დ) პოლიკისტოზი

1131. ნეფროპტოზის გამოსავლენად აუცილებელია დამატებითად ჩაგარდეს

- ა) გამოკვლევა გრენდელენბურგის პოზიციისაში
- ბ) შარდსაწვეთის კომპრესია
- *გ) სურათი ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- დ) პიელოსკოპია

1132. ჰიდრონეფროზის შემთხვევაში უფრო რაციონალურია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) ანგიოგრაფია
- გ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა
- ე) ანგეგრადული პიელოგრაფია

1133. თირკმლის ფუნქციის არარსებობის შესახებ დასკვნა შეიძლება გამოგანილ იქნას შემდეგ შემთხვევაში

ა) ფიალები და მენჯი არ კონტრასტირდება

*ბ) არ ვლინდება ნეფროგრაფიული ფაზა

გ) მენჯ-ფიალოვანი სისტემა უცვლელია რეტროგრადული პიელოგრაფიის დროს

დ) თირკმლის სისხლძარღვოვანი სურათი უცვლელია

1134. საშარდე გზების რენტგენოკონტრასტულობის ინტენსივობაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ექსტრარენალური ფაქტორები

*ა) კონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა და კონცენტრაცია

ბ) ჰემატურია

გ) აღინამია

დ) თანმხლები დაავადებები

1135. ექსკრეტორული უროგრაფიის დროს საშარდე გზების გამოსახვის ხარისხზე გავლენას ახდენს შემდეგი

*ა) ხანდაზმული ასაკი

ბ) ბავშვთა ასაკი

გ) ორსულობა

დ) ნაკლემოდრაფი ცხოვრების წესი

ე) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა

1136. საშარდე გზების ჰიპოტონიის წარმოშობას ხელს უწყობს

ა) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა

ბ) ნაკლებად მოძრაფი ცხოვრების წესი

გ) ორსულობა

*დ) ასაკი

1137. თირკმელების ყველაზე ხშირ დაავადებებს ეკუთვნის

ა) გლომერულონეფრიტი

ბ) პიელონეფრიტი

*გ) ნეფროფტოზი

დ) სიმსივნეები

1138. შეჭმუხნული თირკმლის ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს

ა) მენჯ-ფიალათა სისტემის დეფორმაცია

ბ) თირკმლის ფორმის დეფორმაცია

*გ) თირკმლის ზომების შემცირება

დ) სუსტად გამოხატული ნეფროგრაფიული ფაზა

1139. დიფერენციალურ რენტგენოლიაგნოსტიკაში პირველად და მეორედ შეჭმუხნული თირკმლის შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს

ა) ნეფროგრაფიული ფაზის მდგომარეობა

ბ) თირკმლის ზომები

გ) მენჯ-ფიალათა სისტემის მდგომარეობა

დ) თირკმლის ფორმა

*ე) სისხლძარღვოვანი სურათი

1140. თირკმლის კისტისათვის ნეფროგრაფიულ ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) პარენქიმის არათანაბარი კონტრასტირება
- ბ) პარენქიმის სუსტი კონტრასტირება
- *გ) პარენქიმის ლეფექტი
- დ) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა

1141. კისტისთვის უროგრაფიის გამოყოფის ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) ფიალის ან ფიალათა ჯგუფის ამპუტაცია
- ბ) ფიალებზე გეწოლის სურათი
- გ) ფიალის ცლომა
- დ) ფიალებისა და მენჯის ინფილტრაცია
- *ე) ფიალებზე გეწოლა და ცლომა

1142. თირკმლისა და საშარდე გზების კიბოს ყველაზე ხშირ საწყის ლოკალიზაციას წარმოადგენს

- ა) მენჯი
- *ბ) თირკმლის პარენქიმა
- გ) ფიალები
- დ) შარდსაწვეთი
- ე) შარდის ბუშტი

1143. ქვემოთჩამოთვლილი დაავადებებიდან თირკმელში ყველაზე ხშირად გხვდება

- *ა) კისტა
- ბ) კიბო
- გ) პაპილომა
- დ) სარკომა
- ე) შერეული სიმსივნეები

1144. ქვემოთჩამოთვლილი სიმსივნური წარმონაქმნებიდან საშარდე გზებში ყველაზე ხშირად გხვდება

- *ა) კიბო
- ბ) პაპილომა
- გ) ხაოიანი სიმსივნეები
- დ) კისტა

1145. პოლიკისტოზის დროს აღინიშნება

- ა) თირკმლის ზომების მაგება
- ბ) თირკმლის ზომების შემცირება
- გ) ზომები უცვლელია
- დ) თირკმლის ლეფორმაცია
- *ე) თირკმლის გადიდება და ლეფორმაცია

1146. პოლიკისტოზის დროს თირკმლის სისხლძარღვოვან სურათს ახასიათებს

- ა) სისხლის მიმოქცევის გაღარიბება
- ბ) სისხლის მიმოქცევის გაზრდა
- გ) სისხლძარღვთა ლეფორმაცია
- დ) უცვლელია
- *ე) სისხლძარღვთა სურათის გაღარიბება და ლეფორმაცია

1147. პოლიკისგომის დროს ნეფროგრაფიული ფაზა

- ა) უცვლელია
- ბ) არ ისახება
- გ) პარენქიმა არათანაბრად კონტრასტირდება
- *დ) პარენქიმის კონტრასტირების მრავლობითი ღეფექტები

1148. პიელონეფრიტის დროს ზიანდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ინტერსტიციალური ქსოვილები
- ბ) მილაკები
- *გ) გორგლოვანი აპარატი
- დ) საშარღე გზების ლორწოვანი

1149. თირკმელებისა და საშარღე გზების ტუბერკულოზით ინფიცირება ყველაზე ხშირად ხდება

- ა) ლიმფოგენური გზით
- *ბ) ჰემატოგენური გზით
- გ) აღმავალი ინფექცია
- დ) დაღმავალი ინფექცია

1150. ურეთეროცელეს ირგვლივ ცისტოგრამებზე "განათებული რკალის" ანაგომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) შრეობრივი კონკრემენტი
- ბ) შარდის ბუშტის კედელი
- გ) პარავეზიკალური ან პარაურეთერალური ცხიმოვანის შეშუპება
- *დ) შარდსაწვეთის კედელი

1151. თირკმლის ჭვალზე მეტყველებს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა

- *ა) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა
- ბ) საშარღე გზების კონტრასტირების არ არსებობა
- გ) საშარღე გზებში კონტრასტული ნივთიერების დაგვიანებული გამოვლენა
- დ) საშარღე გზების დილატაცია

1152. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე თირკმლის ჭვალის არაპირდაპირ ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა

- ა) ლიაფრაგმის გუმბათის მაღალი დგომა
- ბ) შესაბამის მხარეზე ნაწლავებში აირების დიდი რაოდენობით დაგროვება
- გ) თირკმლის ზომების მაგება
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურის წაშლა
- *ე) თირკმლის ლეფორმაცია

1153. შეჭმუხნილი თირკმლის დროს სისხლძარღვოვანი სურათი

- ა) უცვლელია
- ბ) სისხლმომარაგება მომატებულია
- გ) სისხლმომარაგება შემცირებულია
- *დ) თირკმელშიდა სისხლძარღვების ლეფორმაცია

1154. სიმპტომებს, რომლებიც მიმოხილვით უროგრამაზე სიმსივნის არსებობის ეჭვს ბალებს მიეკუთვნება

- ა) თირკმლის არეში კალციფიკაციის არსებობა
- ბ) თირკმლის ჩრდილის ინტენსივობის მაგება
- *გ) თირკმლის დეფორმაცია და ზომების მომაგება, ზოგჯერ გაკირული ჩანართები
- დ) თირკმლის მღებარეობის ცვლილება

1155. თირკმლის მენჯის სიმსივნისა და რენტგენონეგატიურ კონკრემენტის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში წამყვანია

- ა) კონგრასტირების დეფექტი
- *ბ) მენჯის ღრუში ჩრდილის თავისუფალი მღებარეობა
- გ) კონგრასტირების დეფექტის ფორმა
- დ) მენჯის ღრუში არსებული დამაგებითი ჩრდილის გელაპირი

1156. თირკმლების ორმხრივ დისპლაზიას მიეკუთვნება

- ა) მულტიკისტოზური თირკმელი
- *ბ) პოლიკისტოზი
- გ) ღრუბლოვანი თირკმელი
- დ) მედულარული კისტოზური დაავადება

1157. დაავადების მემკვიდრეობითი ხასიათი აქვს

- *ა) პოლიკისტოზი
- ბ) მედულარულ კისტოზურ დაავადებას
- გ) მულტიკისტოზურ თირკმელს
- დ) სოლიტარულ კისტას

1158. თირკმლისა და საშარდე გზების ყველაზე ხშირ დაავადებას წარმოადგენს

- ა) უროლითიაზი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) გლომერულონეფრიტი
- *დ) პიელონეფრიტი
- ე) თირკმლის პათოლოგიური მობილობა

1159. თირკმლისა და საშარდე გზების ანომალიებს, რომლებიც ყველაზე ნაკლებად რთულდება სხვადასხვა დაავადებით, მიეკუთვნება

- ა) ნალისებური თირკმელი
- ბ) დისტოპია
- *გ) თირკმლის გაორება
- დ) დამაგებითი (მესამე, მეოთხე) თირკმელი
- ე) დისპლაზია

1160. თირკმლის კიბოს შორეული მეტასტაზირებისას ყველაზე იშვიათ ლოკალიზაციას წარმოადგენს

- ა) ძვლოვანი სისტემა
- ბ) გვინი
- გ) ღვიძლი
- დ) ფილტვები
- *ე) კონტრალატერალური თირკმელი

1161. ავთვისებიანი სიმსივნის სისხლმომარაგების ყველაზე ხშირ ტიპს წარმოადგენს

- ა) ავასკულარული მონა
- ბ) ჰიპერვასკულარიზაცია
- გ) ჰიპოვასკულარიზაცია
- დ) ვენური სისხლსავსეობა
- *ე) პათოლოგიური ვასკულარიზაცია

1162. ჰიდრონეფროზზე ეჭვის დროს ყველაზე რაციონალურ მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- გ) რეგროგრადული უროგრაფია
- დ) ანგიოგრაფია
- *ე) ულტრაბგერითი კვლევა

1163. თირკმლის ჭეშმარიტ ჭვალს ექსკრეტორულ უროგრამაზე მიუთითებს

- ა) ფიალებისა და მენჯის ღეფორმაცია
- ბ) მენჯის დილატაცია
- გ) მუღა საშარდე გზების კონტრასტირების შენელება
- დ) საშარდე გზების კონტრასტირების არარსებობა
- *ე) "თეთრი" თირკმლის არსებობა (ნეფროგრამა)

1164. ნეფროკალცინოზი ყველაზე ხშირად ახასიათებს

- ა) სიმსივნეს
- ბ) კისტას
- *გ) ტუბერკულოზს
- დ) პიელონეფრიტს
- ე) ლისპლაზიას

1165. შემდეგი მდებარეობა არ ახასიათებს ნალისებურ თირკმელს

- ა) თირკმელების სიგრძივი ღერძები იკვეთება კაუდალური მიმართულებით
- *ბ) სიგრძივი ღერძები პარალელურია
- გ) ფიალები მდებარეობენ მედიალურად
- დ) მენჯები განლაგებულია ლატერალურად
- ე) მენჯები განლაგებულია თირკმლის წინა ზედაპირზე

1166. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას მოკლე და განიერი ცერვიკალური არხი, რიგ შემთხვევაში გრძელი და ვიწრო, საშვილოსნოს გვერდითი კედლები კონტურები დაკბილულია და ღეფორმირებული, ხშირად საშვილოსნოს ღეფორმაცია, ზომებში შემცირება, ცერვიკალური არხის დაგრძელება და გაგანიერება მეტად ახასიათებს

- ა) ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ჰიპერპლაზია
- ბ) საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიფუზური ფორმა
- *გ) ქრონიკული ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი
- დ) ენდომეტრიოზი

1167. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას საშვილოსნოს დრუ არასწორი ფორმის, ერთი მილი წვრილი, რიგიდული, ისთმურ ნაწილში უმნიშვნელო კოლბისმაგვარი გაგანიერება მეთორე მილი ისთმურ ნაწილში გაფართოებული, რიგიდული, აღნიშნული რენტგენოლოგიური სურათი უმეგესად ახასიათებს

- *ა) მილების ტუბერკულოზური დაზიანება

- ბ) შეხორცებითი პროცესის
- გ) მილების ქრონიკულ არასპეციფიურ დაზიანებას
- დ) საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი

1168. საკვერცხის კიბოს გამოსავლენად ყველაზე სარწმუნო მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) ჰისტეროსალპინგოგრაფია
- *ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) პარიეტოგრაფია
- დ) ფლებოგრაფია

1169. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას აღინიშნება საშვილოსნოს კონტრასტული ბოლის დეფორმაცია და შემცირება, ცერვიკალური არხის დაგრძელება და გაფართოება, ფალოპის მილების შევიწროება ან გაფართოება, მათი გაუვალობა, კისტისმაგვარი წარმონაქმნები ზომიერი ჰიდროსალპინქსით - ეს სურათი ახასიათებს

- ა) საშვილოსნოს ფიბრომიომას
- *ბ) საშვილოსნოს და დანამატების ტუბერკულოზს
- გ) დანამატების სიმსივნეს
- დ) ენდომეტრიოზს

1170. შარდის ბუშტის კეთილთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს

- ა) წარმონაქმნი ფართო ფუძეზე არასწორი კონტურებით
- ბ) ბუშტის მნიშვნელოვანი ასიმეტრია მისი მოცულობის უმნიშვნელო ცვლილებით
- გ) არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურა ნეკროზისა და კალციფიკაციის უბნებით
- *დ) წარმონაქმნი კარგად გამოხატული ფეხით, კელის ინფილტრაციის გარეშე

1171. გლომერულონეფრიტის დროს რენალურ კორტიკალური ინდექსი

- ა) მაგულობს
- *ბ) მცირდება
- გ) არ იცვლება

1172. ჰიდრონეფროზის დროს რენალურ კორტიკალური ინდექსი

- ა) მცირდება
- *ბ) მაგულობს
- გ) არ იცვლება

1173. ნეფროგენული ჰიპერტენზიის დროს ვაზორენალური ფორმის ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი მიზეზია

- *ა) თირკმლის არტერიის ფიბრომუსკულარული დისპლაზია
- ბ) თირკმლის არტერიის ანევრიზმა
- გ) აორტის ანომალიები
- დ) პიელონეფრიტი

1174. ექსკრეტორული უროგრაფიის დროს საშარდე გზების გამოსახვის ინგენსიობაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ინტარენალური ფაქტორები

- *ა) ექსკრეტორული ფუნქციის მდგომარეობა
- ბ) საშარდე გზების დინამიკა
- გ) სისხლძარღვიოვანი ტონუსი
- დ) მენჯ-ფილოვანი სისტემის აგებულების ტიპი

1175. საშარღე გბების გაბოსახვის დაქვეითება ხღება

ა) შარღის ბუშგის ღიფერტიკუღის ღროს

*ბ) ათეროსკღერობისას

გ) სისტიმური დაავადებებისას (კოლაგენობის ტიპის საწყის სტადიაზე)

ღ) მწვავე პიეღონეფრიტის ღროს

1176. საშრღე გბების მაღალ ტონუსს ხელს უწყობს

ა) ხანღამბული ასაკი

ბ) ჰიპერტონული დაავადება

*გ) თირკმეღებსა და საშარღე გბებში არსებული მწვავე ანთებითი პროცესი

ღ) ბეღა საშრღე გბების ბლოკი

1177. ღიფერენციალურ ღიაგნოსტიკაში ჰიპოპღაბიისა და შეჭმუხენული თირკმღის შემთხვევაში ყვეღაზე მნიშენეღოვან სიმპტომს წარმოადგენს:

ა) მენჯ-ფიაღათა სისტიმის მღგომარეობა

ბ) თირკმღის ფორმის ბომები

*გ) სისხღმარღოვანი სურათის მღგომარეობა

ღ) თირკმღის ბომა

1178. პოღიკისტობის ღროს თირკმღის არტერია

ა) ღიაბეგრში ბომაგებულია

*ბ) ღიაბეგრში შემცირებულია

გ) უცვეღელია

ღ) ღეფორბირებულია

1179. თირკმეღში ტუბერკუღობური პროცესის ყვეღაზე ხშირი საწყისი ღოკალიბაციაა

ა) ტვინოვანი შრე

ბ) ქერქოვანი შრე

გ) მენჯი და ფიაღები

ღ) ღვრიღების ბონა

*ე) ტვინოვანი შრე და ღვრიღების ბონა

1180. თირკმეღების ჭემბარიტი ჭვალის ღროს ბეღა საშარღე გბების კონტრასტუღობის არ არსებობა მიუითებს

ა) ექსკრეგორული ფუნქციის არარსებობაზე

*ბ) ექსკრეგორული ფუნქციის ღროებით დაკნინებაზე

გ) თირკმეღშიღა სისხღის მიბოქცევის ბოშღაზე

ღ) ვენურ ”სისხღსავსეობაზე”

1181. რენტგენოსკოპიისას თირკმღის ჭვალის არაპირღაპირ ნიშნებს მიეკუთენება ყვეღა, გარღა

ა) თირკმეღი არ ისახება

ბ) ღაბიანების მხარეზე ღიაფრაგმის გუმბათის ბოძრაობის შემღუღვა (არ არსებობა)

გ) სუნთქვისას თირკმღის ბოძრაობის არარსებობა

ღ) ხერხემღის წეღის ნაწიღის სკოღიობი

*ე) თირკმღის ჰიპერბობიღობა

1182. შეჭმუხენული თირკმღის ღროს თირკმღის არტერიის ღერო

- ა) უცვლელია
- *ბ) შემცირებულია
- გ) გადიდებულია
- დ) ლეფორმირებულია

1183. თირკმლის სიმსივნის შემთხვევაში ”ავთვისებიანობის” ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომებს მიეკუთვნება:

- ა) ფიალებზე ბეწოლა
- ბ) ბეწოლა ფილებსა და მენჯზე
- გ) ფიალის ან მენჯთა ჯგუფის ამპუტაცია, მკვეთრი კონტურებით
- *დ) ფიალების, მენჯის ინფილტრაცია
- ე) თირკმლის შევიწროვება, დაგრძელება

1184. თირკმელშიდა წნევის მომატების შედეგს საწყის პერიოდში წარმოადგენს:

- ა) ბელა საშარდე გზების დაუკონტრასტირებლობა
- ბ) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა
- გ) ფიალებისა და მენჯისკონტრასტირების დაგვიანება
- *დ) მენჯის დილაგაცია

1185. სიმპტომები, რომლებიც ლატენტურად მიმდინარე პიელონეფრიტს მიეკუთვნება

- *ა) ბელა საშარდე გზების დისკინეზია
- ბ) ფსოას სიმპტომი
- გ) მენჯის დილაგაცია
- დ) თირკმლის ჩრდილის გადიდება

1186. სეროზული კისკის, აღენომის, ექინოკოკური კისკის საერთო რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს ყველა, გარდა:

- ა) ავასკულური ზონა
- ბ) პარენქიმის ლეფექტი
- გ) ფიალების ამპუტაცია
- დ) ფიალების ბეწოლა, გადაწევა
- *ე) ფიალების ინფილტრაცია

1187. ყველაზე ხშირ გართულებას საწყის პერიოდში, რომელიც ახლავს ნეფროპტოზს (შარდსაწვეთის ფიქსირებულ გადაღუნვას) წარმოადგენს

- *ა) პიელონეფრიტი
- ბ) ჰიდრონეფროზი
- გ) უროლითიაზი
- დ) შეჭმუნხილი თირკმელი
- ე) არტერიული ჰიპერტენზია

1188. თირკმლის კიბოს ოპერაბელობის დადგენა შესაძლებელია შემდეგი გამოკვლევის საფუძველზე

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- *გ) არტერიოგრაფია და ფლებოგრაფია
- დ) ექოსკოპია

1189. ექსკრეტორულ უროგრამებზე სიმპტომებს, რომლის საფუძველზე საფიქრებელია სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის არსებობა, მიეკუთვნება:

- ა) ფიალებისა და მენჯის დეფორმაცია
- ბ) ფიალებისა და მენჯის დილაგაცია
- *გ) სუსტი ნეფროგრაფიული ფაზა ან მისი არარსებობა
- დ) რეგროგრადული პიელოურეთეროგრაფიისას პათოლოგია არ ვლინდება

1190. პნევმოპიელვიოგრამაზე საშვილოსნოს ფორმა ასიმეტრიული, ვლინდება საშვილოსნოსთან მიმდებარე მომრგვალო წარმონაქმნები, რის გამოც მისი კონტურები გამობურცულია, თუმცა ინარჩუნებს სწორ კონტურებს. სურათი ყველაზე უფრო ახასიათებს:

- *ა) სუბსეროზულ მიომას
- ბ) საშვილოსნოს სიმსივნეებს (ავთვისებიანს)
- გ) საკვერცხის კიბოს
- დ) ლიფუზურ მიომას

ბავშვთა ასაკის დაავადებათა სხიური დიაგნოსტიკა

1191. სასუნთქ ორგანოთა რენტგენოლოგიური კვლევა აუცილებელია ჩაუტარდეს

- *ა) ღღენაკულ ბავშვს სასუნთქი დარღვევების სინდრომით
- ბ) ბავშვს მაღალი ტემპერატურით
- გ) ბავშვს ცვლილებებით სისხლში
- დ) ბავშვს გულის შუილებით

1192. ნეკნების მდებარეობა აღრეული ასაკის ბავშვებში დამოკიდებულია

- *ა) გულმკერდის ყაფაზის ფორმაზე
- ბ) ბავშვის ასაკზე
- გ) რენტგენის ფირის ხარისხზე
- დ) ცენტრალური რენტგენის სხივის მიმართულებაზე

1193. ფილგვების მთლიანად გაშლა ახალშობილებში ხდება

- ა) პირველ დღე-ღამეში
- *ბ) 48 სთ-ის განმავლობაში
- გ) კვირის განმავლობაში
- დ) თვის განმავლობაში

1194. ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრამაზე სისხლძარღვოვანი სურათი შეიძლება განისაზღვროს

- *ა) დაბალებისთანავე
- ბ) სიცოცხლის პირველი თვიდან
- გ) 1 წლიდან
- დ) 3 წლის შემდეგ

1195. გულმკერდის დეფორმაცია შესაძლებელია

- ა) პნევმონიის შემთხვევაში
- *ბ) რაქიგის შემთხვევაში
- გ) ბრონქიგის შემთხვევაში
- დ) ბრონქიოლიტის შემთხვევაში

1196. ახალშობილებში პლევრის ღრუში სითხის წარმოშობის ყველაზე ხშირი მიზეზია

- *ა) ქილოთორაქსი
- ბ) გულის უკმარისობა
- გ) გრავმული წარმოშობის ჰემოთორაქსი
- დ) ანთებითი ხასიათის ექსუდაციური პლევრიტი

1197. ქენეს სინდრომზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა გამოვიკვლიოთ ბავშვის:

- ა) გულმკერდის ორგანოები
- ბ) ძვლები
- გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემა
- *დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი

1198. დენაკლულ ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდება ცვლილებები, წოდებული "თეთრი გულმკერდის ღრუდ" ეს სურათი დამახასიათებელია:

- ა) ატელექტაზებისათვის
- *ბ) ჰიალინური მემბრანების გერმინალური სტადიისათვის
- გ) შეშუპებითი სინდრომისათვის
- დ) გაუშლელი ფილტვისათვის

1199. "თეთრი გულმკერდის ღრუს" სურათი ახალშობილებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიის წარმოებისას ვლინდება:

- ა) ასპირაციის ღროს
- *ბ) ფილტვებში ფეგალური სითხის არსებობის გამო
- გ) ქენეს სინდრომის ღროს
- დ) გაფანტული ატელექტაზების არსებობის შემთხვევაში

1200. ახალშობილებში გაფანტული ატელექტაზების რენტგენოლოგიურ სიმპტომს მიეკუთვნება:

- ა) სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება
- ბ) ფილტვების სრული შებერილობა
- გ) პერიბრონქული ცვლილებები
- *დ) წვრილკეროვანი უბნები

1201. აღრეული ასაკის ბავშვებში მწვავე რესპირატორულ-ვირუსული ინფექციით გამოშვეული ატელექტაზების გაშლა ხდება:

- ა) ერთ თვეში
- ბ) ორ კვირაში
- გ) ერთ კვირაში
- *დ) ორ-სამ დღეში

1202. აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქიტის ღროს სუნთქვითი უკმარისობა უფრო მეტადაა გამოხატული 7 ვიდრე პნევმონიის ღროს, რადგან:

- ა) ბრონქიტი ლოკალური პროცესია
- ბ) ბრონქიტი შერწყმულია პნევმონიასთან
- *გ) აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქიტი ყოველთვის დიფუზური გავრცელებით ხასიათდება
- დ) ბრონქიტის ღროს მიახლება მსხვილი ბრონქები

1203. დიფუზური ბრონქიტით დაავადებულ აღრეული ასაკის ბავშვებში ხშირი ლეგალობა გამოწვეულია თანმხლები:

- *ა) გულის თანდაყოლილი მანკით
- ბ) ღვიძლის დაავადებებით
- გ) ნაწლავების საერთო ჯორჯალით
- დ) თირკმლების განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების გამო

1204. რენტგენოლოგიური სიმპტომები, რომლებიც არ მიეკუთვნება "რაქიგული ფილგვის" სურათს არის:

- ა) სისხლძარღვოვან-ინტერსტიციული სურათის გაძლიერება
- ბ) აგელექტაზები
- გ) ბულოზური არეები
- *დ) ანთებითი კერები

1205. წილოვანი ემფიემის დროს ბრონქოლოგიური კვლევა შესაძლებელია:

- *ა) კომპენსირებულ ფორმაში
- ბ) პნევმონიასთან შერწყმის შემთხვევაში
- გ) დეკომპენსირებული ფორმის დროს
- დ) ნებისმიერ შემთხვევაში

1206. გულის და მსხვილი სისხლძარღვების დაავადებების დროს პნევმოქოლასტინოგრაფიით შესაძლებელია:

- *ა) აორტის ანევრიზმების და შუასაყრის სიმსივნეების დიფდიაგნოსტიკა
- ბ) გულის მიტრალური მანკების დიფდიაგნოსტიკა
- გ) გულის ღრუების რენტგენოფუნქციონალური ცვლილებების გამოვლენა
- დ) მსხვილი სისხლძარღვების ფუნქციონალური შეფასება

1207. ახალშობილებში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი კვლევა უმჯობესია ჩატარდეს:

- ა) რენტგენოსკოპიით
- *ბ) რენტგენოგრაფიით
- გ) ულტრაბგერითი კვლევით
- დ) მაგნიტურ-რეზონანსული მეთოდით

1208. ბავშვის დაბადების შემდეგ წვრილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- *ა) 15წთ-ის შემდეგ
- ბ) 30წთ-ის შემდეგ
- გ) 6-8სთ-ში
- დ) 1სთ-ში

1209. ბავშვის დაბადების შემდეგ მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- ა) 20წთ-ის შემდეგ
- *ბ) 1სთ-ში
- გ) 2სთ-ში
- დ) 5სთ-ში

1210. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოების კვლევისას გამოყენებულია ძირითადად შემდეგი რენტგენოლოგიური პრეპარატი:

- ა) წყალში ხსნადი იოდშემცველები პრეპარატები
- ბ) არაიონური პრეპარატები
- გ) აირისმაგვარი შენარევეები

*დ) ბარიუმის წყალხსნარი

1211. პირველი თვეების ასაკის ბავშვებში პერორალური საკონტრასტო ნივთიერების მიცემა სახიფათოა თუ ბავშვი დაბადებულია:

- ა) სამშობიარო გრავით
- ბ) ჰიდროცეფალით
- გ) ბავშვს აწუხებს შეკრულობა
- *დ) ბავშვი გაუწყლოებულია

1212. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი გრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევა უმჯობესია:

- ა) წყალში გახსნილი ბარიუმის ხსნარით
- ბ) სულფობარით
- *გ) გასტროგრაფიით
- დ) იოდშემცველი კონტრასტული პრეპარატებით

1213. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი გრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევისათვის აუცილებელი საკონტრასტო ნივთიერების მოცულობა შეადგენს ერთჯერადი საკვები პორციის:

- ა) 100%
- ბ) 50%
- *გ) 33%
- დ) 20%

1214. სუბდიაფრაგმალური და ნაწლავთშორისი აბსცესების გამოვლენისას უპირატესობა ენიჭება შემდეგ დიაგნოსტიკურ მეთოდს:

- ა) რენტგენოლოგიურს
- ბ) თერმოგრაფიულს
- *გ) კომპიუტერულ ტომოგრაფიას
- დ) მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიას

1215. მუცელში გაურკვეველი გენების მწვავე ტკივილების დროს სპეციალური გამოკვლევების დაწყება საჭიროა:

- ა) მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით
- ბ) მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფიით
- გ) მუცლის მიდამოს თერმოგრაფიით
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევით

1216. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში საყლაპავის კუჭთან შეერთების კუთხე შეადგენს:

- ა) 60 გრადუსს
- *ბ) 90 გრადუსს
- გ) 120 გრადუსს
- დ) 180 გრადუსს

1217. საყლაპავის აგრეზიის და საყლაპავ-გრაქტის ფისტულის გამოვლენის ყველაზე ზუსტი რენტგენოლოგიური მეთოდია:

- ა) გულმკერდის და მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერის საყლაპავში მოთავსება

გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის სულფატით

*დ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერით "2მლ წყალში ხსნადი საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა და ამავე დროს გულმკერდისა და მუცლის დრუს რენტგენოგრაფია

1218. მოკლე საყლაპავის განსხვავება ღიაფრაგმის აქსიალური თიაქრისაგან გამოიხატება:

ა) საყლაპავის აბლომინალური სეგმენტის ნორმალური მდებარეობით

ბ) საყლაპავის მუცლის ნაწილის ლორწოვანის შენების ცვლილებები

გ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში და დაგრძელებულია

*დ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში, არ არის კუჭის აიროვანი ბუშტი მუცლის დრუში, კუჭი როტირებულია გასწვრივი ღერძის გარშემო

1219. საყლაპავის თანდაყოლილი აქალაგის ძირითადი ნიშანია:

ა) საყლაპავში კონტრასტული ნივთიერების რამდენიმე საათს შეფერხება

ბ) საყლაპავის გაფართოება

გ) საყლაპავის დაგრძელება

*დ) საყლაპავის ღიაფრაგმის ბედა, ღიაფრაგმის და მუცლის ნაწილების გაფართოება და მასში კონტრასტის ხანგრძლივი შეფერხება

1220. საყლაპავის რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულების გამოკვლევის ყველაზე რაციონალური რენტგენოლოგიური მეთოდიკაა:

*ა) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია დამიმზებითი რენტგენოგრაფიით

ბ) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია

გ) გემცოვის მეთოდიკა

დ) ივანოვ-პოლობედის მეთოდიკა

1221. რენტგენოლოგიური კვლევით კუჭის გამოხატული პერისტალტიკა განისაზღვრება:

*ა) სამი თვის ასაკიდან

ბ) ერთი წლის ასაკიდან

გ) დაბადებისთანავე

დ) 6 თვის ასაკიდან

1222. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის პირდაპირი ნიშანია:

ა) კუჭის ზომების მომაგება

ბ) კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის შენელება კუჭიდან ნაწლავში

*გ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება

დ) ჰიპერპერისტალტიკა

1223. "ჭეშმარიტი ფრენოპილორული" სინდრომი მოიცავს:

ა) ღიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის სრული რელაქსაცია + პილოროსპაზმი

ბ) ღიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის ნაწილობრივი რელაქსაცია + პილოროსპაზმი

გ) პილოროსპაზმი + ღიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი

*დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი + ღიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი

1224. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის და პილოროსპაზმის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია:

ა) კუჭის პილორული ნაწილის შევიწროება

*ბ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება

გ) ნაწლავთა მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირები

დ) კუჭში არსებული კონტრასტული ნივთიერების ძირითადი მასა გადადის ნაწლავებში მიღებიდან

3 სთ-ის შემდეგ

1225. ახალშობილებში 12-გოჯა ნაწლავის თანდაყოლილი სრული გაუვალობის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის აგრემია
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის სტენოზი
- გ) გარედან ბეწოლა 12-გოჯა ნაწლავზე
- დ) ბექტისმაგვარი კუჭქვეშა ჯირკვავი

1226. 12-გოჯა ნაწლავის მაღალი აგრემიის ძირითად რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ნაწლავში აირების არარსებობა
- ბ) კუჭის დიდი ზომის აიროვანია ბუშტი
- გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- *დ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა

1227. 12-გოჯა ნაწლავის დაბალი აგრემიის ძირითადი სიმპტომებია:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- ბ) ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის ორი დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- დ) 12-გოჯა ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის მნიშვნელოვანი გაძნელება

1228. 12-გოჯა ნაწლავის შიდა სტენოზის სამი ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშანიან

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე + 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილების ზომების მომაგება + ნაწლავის გაფართოებული ნაწილის შევიწროებულში გადასვლის ადგილზე ნისკარტისებური გამობერილობა
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ღონე + დიდი რაოდენობით აირი ნაწლავის მარყუქებში + 12-გოჯა ნაწლავიდან მღივ ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების გადასვლა მცირე პორციებით
- გ) კუჭის ზომებში მომაგება + კუჭსა და 12-გოჯა ნაწლავში სითხის დიდი რაოდენობით არსებობა + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ღონე
- დ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირი + კუჭის ზომებში მომაგება + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე

1229. კუჭის ბემოარი არის:

- *ა) უცხო სხეული
- ბ) კეთილთვისებიანი სიმსივნე
- გ) ავთვისებიანი სიმსივნე
- დ) კუჭის ლორწოვანი გარსის ჰიპერტროფია

1230. ლიმფოიდური ქსოვილის ყველაზე მეტი თავმოყრაა:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში
- *ბ) თეძოს ნაწლავის გერმინალურ ნაწილში
- გ) მღივ ნაწლავში
- დ) სწორ ნაწლავში

1231. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში ილიოცეკალური ინვაგინაციის ყველაზე უცყუარი ნიშანია:

- ა) ნაწლავის მარყუქებში სითხის ჰორიზონტალური ღონეების არსებობა
- ბ) მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე "კლოიბერის ფიალების" და "თალების" არსებობა ნაწლავის მარყუქების არეში
- *გ) ირიგოსკოპიის წარმოებისას, მხოლოდ აირის გამოყენების შემთხვევაში ილიოცეკალური სარქელის მიდამოში მომრგვალო-ოვალური ფორმის დამატებითი ჩრდილის არსებობა
- დ) ბრმა ნაწლავიდან თედოს ნაწლავში ჰაერის გადასვლის შეფერხება ირიგოსკოპიის წარმოების დროს

1232. ჰირშპრუნგის დაავადების ძირითადი ნიშანია:

- ა) კოლინჯის სიგმური ნაწილის დიამეტრის მომატება
- ბ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით სითხის ჰორიზონტალური ღონეების დაფიქსირება
- *გ) სიგმური ნაწლავის სწორ ნაწლავში გადასვლის ადგილზე შევიწროების ზონის არსებობა
- დ) სიგმურ ნაწლავში პერისტალტიკის არარსებობა

1233. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის პოლიპების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- ა) კუჭი
- ბ) წვრილი ნაწლავი
- *გ) სწორი ნაწლავი
- დ) კოლინჯი

1234. გადაჭარბებულად მობილური ბრმა ნაწლავის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) ბრმა ნაწლავის თაღის გადანაცვლება ზემოთ
- ბ) აღმაავალი კოლინჯის დამოკლება
- *გ) ბრმა ნაწლავის პალპატორული გადანაცვლების შესაძლებლობა მისი გასწვრივი ღერძის ირგვლივ შემობრუნებით
- დ) ბრმა ნაწლავის მდებარეობის ცვლილება კონგრასტული ნივთიერებით მჭიდრო ავსებისა და მისგან განთავისუფლების შემდეგ

1235. პორტული ჰიპერტენზიის დროს ვარიკოზულად გაფართოებული ვენები ვლინდება:

- ა) საყლაპავში
- ბ) კუჭში
- *გ) საყლაპავში და კუჭში
- დ) წვრილ ნაწლავში

1236. ნაღვლის ბუშტის გამოსახულების მიღების ყველაზე რაციონალური მეთოდია:

- ა) პერორალური ქოლესისტოგრაფია
- ბ) სცინტიგრაფია
- გ) ქოლანგიოქოლესისტოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1237. ელენტის გამოსახულება ყველაზე ლეგალურად შეისწავლება:

- ა) რენტგენოლოგიური მეთოდით
- ბ) რადიოიზოტოპური მეთოდით
- *გ) ულტრაბგერითი მეთოდით
- დ) ანგიოგრაფიით

1238. როგორია ახალშობილებში აცეცაბულური ინდექსის მნიშვნელობა ნორმაში:

- *ა) 30 გრადუსამდე

- ბ) 35 გრაფულსამდე
- გ) 35 გრაფულიდან-დან 40 გრაფულსამდე
- დ) 40 გრაფულიდან 50 გრაფულსამდე

1239. როგორია ახალშობილებში კრიუველიეს სახსარში სასახსრე ნაპრალის სიფართე ნორმაში:

- * ა) 3მმ-მდე
- ბ) 2მმ-მდე
- გ) 4-5მმ
- დ) 5მმ

1240. რომელი სახსარი იწოდება კრიუველიეს სახსრად ჩამოთვლილი სახსრებიდან:

- * ა) შუა ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- ბ) ატლანტო-ოქციფიგალური შესახსრება
- გ) გვერდითი ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- დ) უნკოვერტებრალური შესახსრება

1241. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი სიმპტომია:

- ა) ტაბუხის ფოსოს განუვითარებლობა
- * ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილის დისლოკაცია
- გ) დაზიანების მხარეზე ბარძაყის თავში გაძვალეების წერტილის დაგვიანებით გაჩენა
- დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1242. ბავშვებში გრავმული ეპიფიზოლიზის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- * ა) სხივის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- ბ) იდაყვის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- გ) იდაყვის სახსარში
- დ) კოჭ-წვივის სახსარში

1243. რა იგულისხმება "ძვლოვანი ფრაგმენტის" სიმპტომის ქვეშ გრავმული ეპიფიზოლიზის დროს:

- * ა) მცირე ზომის ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტა მეტაფიზიდან
- ბ) ეპიფიზოლიზი მეტაფიზის კილითი მოტეხილობით
- გ) ეპიფიზოლიზი ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტით ეპიფიზიდან
- დ) ეპიფიზოლიზი ეპიფიზის და მეტაფიზის მოტეხილობით

1244. გრძელი ლულისებრი ძვლების როგორი სახის მოტეხილობები არის ხშირი ბავშვებში:

- ა) პათოლოგიური მოტეხილობები
- ბ) სახსარშიდა მოტეხილობები
- გ) ნამსხვროვანი მოტეხილობები
- * დ) ძვალსამრღელასქვეშა მოტეხილობები, გრავმული ეპიფიზოლიზი

1245. ოსტეომიელიტის დროს რომელ ავთვისებიან სიმსივნესთან არის საჭირო კლინიკური სურათის მიხედვით პირველ რიგში გაგარდეს დიფერენცირება:

- * ა) იუინგის სიმსივნე
- ბ) ფიბროსარკომა
- გ) ქონდროსარკომა
- დ) პირველადად ავთვისებიანი ოსტეობლასტოკლასტომა

1246. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ბროლის აბსცესს:

- ა) დესტრუქციული უბნის ირგვლის სკლეროზული რკალი
- *ბ) ეპიფიზარული ლოკალიზაცია
- გ) ჰემატოგენური გენები
- დ) ქსონიკული მიმდინარეობა

1247. რომელი რენგგენოლოგიური სიმპტომია გადამწყვეტი იუინგის სიმსივნის და ლიაფიზური ოსტეომიელიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის:

- ა) ხაზოვანი პერიოსტიტი
- ბ) რბილი ქსოვილების ჩრდილის ინტენსივობის მომატება
- *გ) კორტიკალური სეკვესტრის სიმპტომი
- დ) შრეობრივი პერიოსტოზი

1248. სიმსივნეთა რომელ ჯგუფს ახასიათებს "ლაქოვანობის" რენგგენოლოგიური სიმპტომი, რომელიც გამოწვეულია სიმსივნურ ქსოვილში გაკირული უბნების არსებობით:

- *ა) ხრტილოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- ბ) სისხლძარღვოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- გ) ნერვული ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- დ) შემაერთებული ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს

1249. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ოსტეოიდ-ოსტეომას:

- ა) პერიფერიულ ზონაში სკლეროზი, ცენტრალურად ბუდე
- ბ) ოსტეოიდის კალციფიკაცია
- გ) "ბუდეში კვერცხი"
- *დ) პარაოსალური რბილი ქსოვილების გაკირვა

1250. ძვლოვანი სისტემის დაავადებების რომელ ჯგუფს ახასიათებს სპიკულის მაგვარი პერიოსტიტი:

- ა) ოსტეომიელიტი
- *ბ) ავთვისებიანი სიმსივნეებს
- გ) კეთილთვისებიანი სიმსივნეებს
- დ) ფიბროზულ ოსტეოლისპლაზიას

1251. ოსტეოგენური სარკომის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია:

- *ა) ბარძაყის ძვლის დისტალური მეტადიაფიზი
- ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური მეტადიაფიზი
- გ) დიდი წვივის ძვლის დისტალური მეტადიაფიზი
- დ) მცირე წვივის ძვლის პროქსიმალური მეტადიაფიზი

ულტრაბგერის ფიზიკა

1. ულტრაბგერა არის ბგერა, რომლის სიხშირე არის არანაკლებ:

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

2. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე იზრდება, თუ:

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

3. რბილ ქსოვილებში ულტრაბგერის გავრცელების საშუალო სიჩქარე გოლია:

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

4. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე განისაზღვრება:

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

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

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

6. ულტრაბგერის სიხშირის გამრღასთან ერთად ტალღის სიგრძე:

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

7. ულტრაბგერის გავრცელების ყველაზე მაღალი სიჩქარე აღინიშნება:

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

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

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

9. ბგერა არის:

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

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

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

11. ულტრაბგერითი სიგნალის შესუსტება (ჩაქრობა) განპირობებულია:

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

12. გარემოს თვისებებს, რომელშიც გაივლის ულტრაბგერა, განსაზღვრავს:

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

13. უწყვეტი ტალღის დოპლერგრაფიის პარამეტრებს მიეკუთვნება:

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

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

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

15. ულტრაბგერითი სხივის პერპენდიკულარული დაცემისას არეკვლის ინგენსიურობა დამოკიდებულია:

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

16. სიხშირის მრღასთან ერთად უკუგაბნევა:

- *ა) იზრდება;
- ბ) მცირდება;

- გ) უცვლელია;
- დ) გარდაცვლება;
- ე) ქრება.

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

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

18. ულტრაბგერის გამგარებლობას გრანსდიუსერიდან ალამიანის ქსოვილებში აუმჯობესებს:

- ა) ღოპლერის ეფექტი;
- ბ) ქსოვილი, რომელიც აქრობს ულტრაბგერით რხევებს;
- გ) გარდაცეხა;
- დ) ულტრაბგერის მაღალი სიხშირე;
- *ე) შემაერთებელი (საკონტაქტო) გარემო.

19. მაქსიმალური ღოპლერული წანაცვლება აღინიშნება მაშინ, როდესაც ღოპლერის კუთხე გოლია:

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

20. სიხშირის ღოპლერული წანაცვლება არ არის დამოკიდებული:

- *ა) ამპლიტუდაზე;
- ბ) სისხლის ნაკადის სიჩქარეზე;
- გ) გრანსდიუსერის სიხშირეზე;
- დ) ღოპლერის კუთხეზე.

21. ღოპლერგრაფიის დროს სპექტრის დამახინჯება (ALIASING) არ აღინიშნება, თუ ღოპლერული წანაცვლება იმპულსების გამეორების სიხშირის:

- ა) ნაკლებია ან გოლია;
- ბ) მეტია;
- გ) ყველა პასუხი სწორია;
- *დ) სწორია ა.

22. 2-3 ციკლიანი იმპულსები გამოიყენება:

- ა) იმპულსური ღოპლერისათვის;
- ბ) უწყვეტ-გაღლისებური ღოპლერისათვის;
- *გ) შაფ-თეთრი გამოსახულების მისაღებად;
- დ) ფერადი ღოპლერისათვის;

23. გარემოში ულტრაბგერითი გაღლა ვრცელდება:

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

24. ულტრაბგერის გავრცელების სიჩქარე ჰაეროვან გარემოში კუნთოვან ქსოვილთან შედარებით:
ა) მაღალია;
*ბ) დაბალია;
გ) დამოკიდებულია ტალღის სიხშირეზე;
დ) დამოკიდებულია ბგერის სიმძლავრეზე.

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

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

26. გავრცელების სიჩქარე იზრდება, როდესაც: 1) სიმკვრივე იზრდება, ხოლო სიხისგე არ იცვლება;
2) სიმკვრივე მცირდება ან არ იცვლება და სიხისგე არ იცვლება ან იზრდება;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 2

27. გავრცელების სიჩქარე დამოკიდებულია:

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

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

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 2

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

- ა) სიხშირე;
- ბ) პერიოდი;
- *გ) ამპლიტუდა;
- დ) ტალღის სიგრძე;
- ე) გავრცელების სიჩქარე.

30. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი მაჩვენებელი არ შეიძლება განვსაზღვროთ დანარჩენების მიხედვით:

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

დ) სიმძლავრე;

31. თუ პერპენდიკულარულად ვარდნისას ორი გარემოს იმპედანსები გოლია, ადგილი არ ექნება:

ა) არეკვლას;

ბ) გარდატეხას;

*გ) სწორია ყველა

32. ულტრაბგერითი გადამწოდის მუშაობა განპირობებულია შემდეგი პრინციპით:

ა) ლოპლერის ეფექტი;

ბ) აკუსტიკურ-ოპტიკური ეფექტი;

გ) აკუსტიკურ-ელექტრული ეფექტი;

*დ) პიეზოელექტრული ეფექტი.

33. თუ იმპულსის განმეორების სიხშირე არის 10 კჰც, რომელი ლოპლერული წანაცვლება გამოიწვევს სპექტრის დამახინჯებას:

ა) 1 კჰც;

ბ) 2 კჰც;

გ) 3 კჰც;

დ) 4 კჰც;

*ე) ყველა პასუხი მცდარია.

34. აკუსტიკურ ცვლად სიდიდეს წარმოადგენს:

*ა) სიხშირე

ბ) წნევა

გ) სიჩქარე

დ) პერიოდი

ე) გალლის სიგრძე

35. გალლის პარამეტრების აღმწერ ფორმულაში არ შედის

ა) სიხშირე

*ბ) პერიოდი

გ) ამპლიტუდა

დ) გალლის სიგრძე

ე) გავრცელების სიჩქარე

36. ულტრაბგერის ფოკუსირება შესაძლებელია

*ა) ელემენტთა წყაროების გამრუდებით

ბ) მრუდე ამრეკვლის გამოყენებით

გ) ლინზის გამოყენებით

დ) ელემენტთა ფაზირების გამოყენებით

ე) ყველა პასუხი სწორია

37. ექოსიგნალის დისგალურ ფსევდოგაძლიერებას იწვევს:

ა) ძლიერ ამრეკვლი სტრუქტურა

ბ) ძლიერ მშთანთქმელი სტრუქტურა

*გ) სუსტი მშთანთქმელი სტრუქტურა

დ) შეცლომა სიჩქარის განსაზღვრაში

ე) გარდატეხა

38. არეკლილი დოპლერული სიგნალის სიმძლავრე პროპორციულია:

- ა) სისხლის ნაკადის მოცულობისა
- ბ) სისხლის ნაკადის სიჩქარისა
- გ) დოპლერული კუთხისა
- *დ) ქსოვილოვანი ელემენტების სიმკვრივისა
- ე) ყველა პასუხი სწორია

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა გასტროენტეროლოგიაში

39. ანაგომიურად ღვიძლში გამოყოფენ:

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

40. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს წილებს შორის ანაგომიურ ორიენტაციას არ წარმოადგენს:

- *ა) კარის ვენის ძირითადი ტოტი;
- ბ) ნაღვლის ბუშის სარეცელი;
- გ) ღვიძლის კარი;
- დ) მრგვალი იოგი.

41. ღვიძლის სტრუქტურა ნორმაში წარმოგვიდგება როგორც:

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

42. ღვიძლის ექოგენობის მომაგება მიგვანიშნებს:

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

43. ელენტის გახეთქვის დროს როგორც დამატებითი ნიშანი შეიძლება გამოვლინდეს:

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

44. ჩამოთვლილიდან რა არ ახასიათებს პანკრეასს:

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

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

- ა) არასწორკონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისგალურ ფსევდოგადღიერებას;
- ბ) არასწორი, მკაფიო კონტურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისგალურ შესუსტებას;
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნი კარგად გამოხატული სქელი კაფსულით;
- *დ) ანექოგენური წარმონაქმნი არასწორი ან სწორი კონტურებით დისგალური სიგნალის ფსევდოგადღიერებით.

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

- ა) წარმონაქმნში არსებული კალციფიკაციები;
- *ბ) წარმონაქმნში აირის არსებობა;
- გ) სითხე ღუგლასის ფოსოში;
- დ) სითხე ბაღექონის აბგაში;
- ე) 12-გოჯა ნაწლავის პერისტალტიკის დაქვეითება.

47. როგორ უნდა განისაზღვროს მარცხენა წილის სისქე:

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

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

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

49. ღვიძლის ცხიმოვანი დისგროფიის სხვა დიფუზური და კეროვანი დაზიანებისაგან ერთ-ერთი ძირითადი განმასხვავებელი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური ნიშანია:

- ა) ღვიძლის პარენქიმის დიფუზურ-კეროვანი არაერთგვაროვნება სტრუქტურების დარღვევით, სისხლძარღვოვანი სურათის ლეფორმაციით;
- ბ) ორივე წილის ქვედა კიდის კუთხის გადიდება;
- *გ) ექოგენობის მომაგება პარენქიმის სტრუქტურის და სისხლძარღვოვანი სურათის შენარჩუნებით;
- დ) დიფუზურ-კეროვანი არაერთგვაროვნება;
- ე) ერთეული მომაგებული ექოგენობის უბნების გამოვლენა ღვიძლის პარენქიმაში.

50. ღვიძლის არაინვაზიური ულტრაბგერითი გამოკვლევით შესაძლებელია სარწმუნოდ დავადგინოთ:

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

51. აღნიშნეთ ღვიძლის კარდიალური ფიბროზის დროს დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანი, რომელიც ვითარდება კარდიალური დეკომპენსაციის დროს სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში:

- ა) ღვიძლის ზომები მომაგებული არ არის, სისხლძარღვოვანი სურათი "მწირია";
- ბ) ღვიძლის ზომების 1,5-2-ჯერ შემცირება, ღვიძლის ვენების დეფორმაცია;
- *გ) ღვიძლის ზომების მომაგება, ღვიძლის ვენების გაგანიერება და დეფორმაცია;
- დ) კარის ვენის გაგანიერება და დეფორმაცია;
- ე) სანალვე სადინარების გაგანიერება.

52. შეადარეთ ჩამოთვლილი სტრუქტურების ექოგენობა და განალაგეთ ექოგენობის დაქვეითების მიხედვით (შუა ხნის ასაკის პირებისათვის):

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

53. რომელი მგვიცება არის მცდარი პლევრის დრუში სითხის ვიზუალიზაციისათვის?

- ა) სითხე არის ანექოგენური;
- ბ) სითხეში შეიძლება იყოს შეწონილი სტრუქტურები;
- გ) სითხე შეიძლება იყოს ჩაპარკული;
- დ) სითხე ისახება დიაფრაგმის გუმბათის ზემოთ;
- *ე) სითხე ისახება დიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ.

54. ციროზის ადრეულ სტადიაზე ღვიძლის ზომები უფრო ხშირად არის:

- ა) ნორმის ფარგლებში;
- ბ) შემცირებული;
- გ) შესამჩნევად შემცირებული;
- *დ) გადიდებული.

55. ციროზის გერმინალურ სტადიაში ღვიძლის ზომები უფრო ხშირად არის:

- ა) ნორმის ფარგლებში;
- ბ) მომაგებული მარჯვენა წილის ხარჯზე;
- *გ) შემცირებული მარჯვენა წილის ხარჯზე;
- დ) შემცირებული მარცხენა წილის ხარჯზე;
- ე) მომაგებული ორივე წილის ხარჯზე.

56. ციროზის კლასიკურ ულტრაბგერით სურათს შეესაბამება:

- ა) კონტურები სწორი, კიდე მახვილი;
- *ბ) კონტურები არასწორი, ამობურცული, კიდეები ბლაგვი;
- გ) კონტურები სწორი, კიდეები მომრგვალებული;
- დ) კონტურები არასწორი, დაკბილული, კიდე მახვილი;
- ე) კონტურები სწორი, კიდე ბლაგვი.

57. ღვიძლის ციროზის დროს მისი პარენქიმის სტრუქტურა ულტრაბგერითი გამოკვლევით უხშირესად:

- ა) ერთგვაროვანია;
- ბ) წვრილმარცვლოვანია;
- გ) მსხვილმარცვლოვანია;
- *დ) დიფუზურად არაერთგვაროვანია.

58. პორტული ჰიპერტენზიის ექოსკოპიურ ნიშანს არ წარმოადგენს:

- ა) ელენთის ვენის დიამეტრის გაფართოება 6 მმ-ზე მეტად;
- ბ) კარის ვენის დიამეტრის გაფართოება 14 მმ-ზე მეტად;
- *გ) ნაღვლის ბუშის გადიდება;
- დ) ელენთის გადიდება;
- ე) პორტო-კავალური ანასტომოზების გამოვლენა;

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

- ა) კონტურები უსწორმასწორო, ბორცვისებრი, მახვილი კიდეები;
- ბ) არასწორი კონტურები, ბლაგვი კიდეები;
- *გ) სწორი კონტურები, მომრგვალებული კიდეები;
- დ) ბორცვისებრი კონტურები, მომრგვალებული კიდეები;
- ე) სწორი კონტურები, მახვილი კიდეები.

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

- ა) 1
- *ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 3;4

61. მუცლის ბლაგვი გრავიმის დროს ღვიძლის გახეთქვის უმთავრეს ექოსკოპიურ ნიშნებს არ მიეკუთვნება:

- ა) ღვიძლის კონტურის (კაფსულის) ლოკალური დაზიანება;
- ბ) ღვიძლის პარენქიმაში ჰიპოანექოგენური, ხშირად არასწორკონტურებიანი წარმონაქმნი;
- *გ) მუცლის ღრუში თავისუფალი აირის არსებობა;
- დ) მუცლის ღრუში მზარდი ოლენობის თავისუფალი სითხის არსებობა;

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

- ა) კი;
- *ბ) არა;
- გ) ზოგჯერ.

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

- *ა) ღვიძლის ზომები;
- ბ) შეცვლილი უბნის კონტურები;
- გ) შეცვლილი უბნის სტრუქტურა;
- დ) სისხლძარღვოვანი სურათის მდგომარეობა;
- ე) ექოგენობის ხასიათი.

64. ღვიძლის კეროვანი დაზიანების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვან ნიშანს არ

წარმოადგენს:

- ა) შეცვლილი უბნის კონტურები;
- ბ) შეცვლილი უბნის სტრუქტურა;
- გ) სისხლძარღვოვანი სურათის მდგომარეობა;
- დ) ექოგენობის ხასიათი;
- *ე) ქვედა ღრუ ვენის შიგნითა ღიაშეკრები.

65. ღვიძლის ჰემანგიომის ექოგრაფიული სურათი საჭიროებს დიფერენცირებას:

- ა) ღვიძლის კეროვან ფიბროზთან;
- ბ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციის კეროვან ფორმასთან;
- გ) ღვიძლის მეტასტაზურ დაზიანებასთან;
- დ) ღვიძლის პირველად კიბოსთან;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

66. ღვიძლის კავერნოზული ჰემანგიომის ექოგრაფიული სურათი დიფერენცირებული უნდა იქნას:

- ა) ღვიძლის კისტებთან;
- ბ) ღვიძლის ექნოკოკომთან და ალვეოკოკომთან;
- გ) ღვიძლის მეტასტაზურ დაზიანებასთან;
- დ) ღვიძლის პირველად კიბოსთან;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია;

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

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

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

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

69. ღვიძლის არაინფლამური ექოგრაფია უმრავლეს შემთხვევაში საშუალებას გვაძლევს:

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

70. სიგნალის გავრცელების შემდგომ ღვიძლის უკანა ნაწილებში უფრო ხშირად მიუთითებს:

- ა) ულტრაბგერითი დანადგარის არასწორ დაყენებაზე;
- *ბ) ღვიძლის დიფუზურ დაზიანებაზე;
- გ) ღვიძლის კეროვანი დაზიანებაზე;
- დ) საკვებში ალსორბენტების არსებობაზე;

ე) პაციენტის მოუმზადებლობაზე გამოკვლევისათვის.

71. ჰეპატოლიენალური სინდრომისათვის დამახასიათებელია:

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

72. პორტული ჰიპერტენზიის საწყისი ეტაპისათვის დამახასიათებელია:

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

73. ცხიმოვანი ჰეპატომის დროს გვაქვს შემდეგი სურათი:

- *ა) ნორმალური ზომის ღვიძლი, პარენქიმის ექოგენობის მომაგებით და პერიფერიაზე ტუბულარულ (სისხლძარღვოვან) სტრუქტურათა რაოდენობის შემცირებით;
- ბ) ღვიძლის ზომები მომაგებულია, მისი ექოგენობა დაქვეითებული;
- გ) ღვიძლის ზომები შემცირებულია, ექოგენობა მომაგებული, პორტული სისტემა დილატირებულია.

74. ღვიძლის კისტის დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია:

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

75. ღვიძლის პირველადი კიბოსათვის დამახასიათებელია:

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

76. ღვიძლის ჰემანგიომისათვის დამახასიათებელია:

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

77. ღვიძლის მეტასტაზური დამიანებისათვის დამახასიათებელია:

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

78. ღვიძლის ექინოკოკისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) მომრგვალო, ინკაფსულირებული კისტა, კელისამყოლი წარმონაქმნებით;
- ბ) ღვიძლის სოლიდური წარმონაქმნი;
- გ) ღვიძლის არაერთგვაროვანი წარმონაქმნი;
- დ) ღვიძლის ზომების მომატება.

79. შეგუბებითი ღვიძლისათვის, გულის უკმარისობის დროს, დამახასიათებელია:

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

80. მწვავე ჰეპატიტისათვის დამახასიათებელია:

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

81. პორტო-პორტული ანასტომოზები წარმოადგენს:

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

82. მკვეთრად გამოხატული პორტული ჰიპერტენზია შეიძლება განვითარდეს შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) ღვიძლის პარენქიმის გამოხატული ლიფუბური დაზიანებისას (ციროზი) დიდი ზომის მოცულობითი წარმონაქმნის განლაგებისას ღვიძლ-თორმეგოჯა იოგის არეში მის კომპონენტებზე გეწოლით ან პანკრეასის ყელის არეში, მოცულობითი წარმონაქმნის განლაგებისას ღვიძლის კარში ;
- ბ) სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში დარღვევების დროს;
- გ) მოცულობითი წარმონაქმნის განლაგებისას ღვიძლის პერიფერიულ მიდამოებში, რომლებიც მდიდარია მცირე ზომის პორტული სისხლძარღვებით;
- *დ) სწორია ა;

83. სუბდიაფრაგმული აბსცესი ისახება:

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

84. ღვიძლქვეშა აბსცესი ისახება:

- ა) ფილგვის ქვედა კიდის კონტურსა და ლიაფრაგმის გუმბათის კონტურს შორის;
- ბ) ლიაფრაგმის გუმბათის კონტურსა და ღვიძლის ან ელენთის კაფსულას შორის;
- *გ) ღვიძლის ვისცერული გედაპირის ქვემოთ;

- დ) მუცლის ღრუს ნებისმიერ ადგილას ღიაფრაგმის ღონის ქვემოთ;
- ე) ღვიძლის (ან ელენთის) კაფსულის კონტურსა და პარენქიმის ძირითად მასას შორის;

85. კარის ვენის ღიაშეღები მერყეობს:

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

86. ღვიძლის ვენები ისახება როგორც:

- ა) მილოვანი სტრუქტურები მაღალი ექოგენური კელეებით;
- ბ) მილოვანი სტრუქტურები არამკაფიო კელეებით;
- *გ) მილოვანი სტრუქტურები არამკაფიო კელეებით და გამობაგული სანათურით;
- დ) ოვალური ექონეგატიური სტრუქტურები, რომელიც ღვიძლის მთელ ჭრილობა გაფანტული.

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

- ა) რეალურად შევაფასოთ ან განვსაზღვროთ ღვიძლის ზომები;
- ბ) შევაფასოთ ღვიძლის სტრუქტურა;
- *გ) შევაფასოთ ღვიძლის ფუნქციური მდგომარეობა;
- დ) გამოვაფიქროთ ღვიძლის სხვადასხვა ეგიოლოგიის დიფერენციალური დაზიანება;
- ე) გამოვაფიქროთ სხვადასხვა ეგიოლოგიის კეროვანი დაზიანება;

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

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

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1

90. ნაღვლის ბუშის კონკრემენტი უფრო ხშირად ისახება როგორც:

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

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

- *ა) ერთშიანი თხელი (წვრილი) ჰიპერექოგენური ექოსტრუქტურა;

- ბ) ორშრიანი ჰიპერექოგენური სტრუქტურა;
- გ) სამშრიანი შერეული ექოგენობის სტრუქტურა;
- დ) ხუთშრიანი შერეული ექოგენობის სტრუქტურა;
- ე) არათანაბრად გასქელებული ჰიპერექოგენური ხაზი.

92. ნალვლის ბუშტის ღრუს ექოსტრუქტურა ისახება როგორც:

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

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

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

94. ღვიძლის აღენომის ყველაზე სარწმუნო ექოსკოპიურ ნიშანს ჩამოთვლილთაგან წარმოადგენს:

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

95. ღვიძლის კვანძოვანი ჰიპერპლაზიის ექოსკოპიური სურათია:

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

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

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

97. ექოსკოპიური კვლევისას სიმსივნის ინვაზიური ზრდის ნიშანია:

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

98. ნალვლის ბუშტის კიბოს ექოსკოპიურ ნიშანს არ წარმოადგენს:

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

99. ნაღვლის ბუშტის პოლიპოზის ექოსკოპიურ ნიშნებს არ მიეკუთვნება:

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

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

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

102. ყველაზე უფრო ხშირად ანომალიებიდან გვხვდება:

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

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

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

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

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

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

- ა) ყველა შემთხვევაში;
- ბ) არასოდეს;
- *გ) მხოლოდ შესაბამისი მორფოლოგიური ცვლილებისას ნაღვლის ბუშტში;

დ) მხოლოდ შესაგყვისი ფუნქციური ცვლილებებისას ნაღვლის ბუშტში.

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

ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, თხელი, ერთშირიანი კედელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ;

ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ან მომაგებული ზომები, არაერთგვაროვანი, თხელი, ჰიპერექოგენური კედელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;

გ) ხშირად ნაღვლის ბუშტის გადილებული ზომები, გასქელებული, არაერთგვაროვანი კედელი, მომაგებული ექოგენობის ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;

*დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასვა ზომა, უსწორმასწოროდ გასქელებული, შრეობრივ-არაერთგვაროვანი კედლით, შერეული ექოგენობის ჰიპო-, იმო-, ჰიპერექოგენური უბნებით; არაერთგვაროვანი ან ღრუში ექოგენური ჩანართით;

ე) სხვადასვა ზომის ნაღვლის ბუშტი, უსწორმასწოროდ გასქელებული, არაერთგვაროვანი, კედელი ზომიერად და მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, არაერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნების მქონე ღრუ;

ვ) ნაღვლის ბუშტის ზომები მომაგებულია, კედელი ზოგჯერ თხელი, მომაგებული ექოგენობის, ზოგჯერ უმნიშვნელოდ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

107. დვიდღარეთა ნაღვლის სადინარების კიბოს ექოგრაფიული სურათი აუცილებელია ლიფერენცირებული იქნას შემდეგი პათოლოგიების ექოგრაფიულ სურათთან:

ა) ქოლელოქოლითიაზი;

ბ) ლიმფადენოპათია დვიდლ-თორმეგოჯას იოგის უბანში;

გ) პანკრეასის თავის კიბო;

*დ) ფაგერის დერილის კიბო;

ე) ყველა პასუხი სწორია;

108. ქრონიკული ქოლესისტიტისათვის, გამწვაგების სტადიაში, დამახასიათებელია შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნები:

ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშირიანი თხელი კედელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ;

ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ან მომაგებული ზომები, ჰიპერექოგენური, არაერთგვაროვანი თხელი კედელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;

გ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასვა ზომა, გასქელებული არაერთგვაროვანი კედელი მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;

*დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, არაერთგვაროვანი, ზოგჯერ შრეობრივ-ჰიპოექოგენური უბნებით, კედელი ზომიერად, მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნებით;

ე) მნიშვნელოვნად მომაგებული ნაღვლის ბუშტის ზომები, კედელი ზოგჯერ თხელი, მომაგებული ექოგენობის, ზოგჯერ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

109. ნაღვლის ბუშტის წყალმანკისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნები:

ა) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშირიანი თხელი კედელი, ერთგვაროვანი, ექონეგატიური ღრუ;

ბ) ნაღვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, არაერთგვაროვანი, ჰიპერექოგენური კედელი, ღრუ ხშირად ექოგენური ჩანართით;

გ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასვა ზომა, გასქელებული, არაერთგვაროვანი კედელი მომაგებული ექოგენობის, ღრუ ექონეგატიური ან ექოგენური ჩანართით;

- *დ) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, შრეობრივ-არაერთგვაროვანი კედელი შერეული ექოგენობის (ჰიპო-, იმო- და ჰიპერექოგენური უბნებით), ღრუ ერთგვაროვანი ან ექოგენური ჩანართით;
- ე) ნაღვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, არათანაბრად გასქელებული, არაერთგვაროვანი, მოგჯერ შრეობრივი კედელი ზომიერად და მნიშვნელოვნად მომაგებული ექოგენობის, ერთგვაროვანი ან ნაღვლის შეგუბების ნიშნები ღრუში;
- ვ) ნაღვლის ბუშტის მნიშვნელოვნად მომაგებული ზომები, კედელი მოგჯერ თხელია, მომაგებული ექოგენობის, მოგჯერ გასქელებული, ღრუ ექოგენური ნაღველით.

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

- ა) მათი ღიაშეგრის გამოძვრა იმის გათვალისწინებით, რომ ისინი კარის ვენის ტოტებზე გაცილებით უფრო წვრილია;
- *ბ) ვენების დათვალიერება მთელ სიგრძეზე, მათი ფორმირების ადგილიდან შესართავამდე;
- გ) ღვიძლის ვენების პულსაციის ვიზუალიზაცია;
- დ) ღვიძლის ვენების კედლების სისქის შეფასება იმის გათვალისწინებით, რომ ღვიძლის ვენებს სქელი კედლები აქვს.

111. ღვიძლის ცხიმოვანი დისკროფია შეიძლება ხშირად ისახებოდეს შემდეგ შემთბვევებში, გარდა:

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

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

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

114. დაავადების კლინიკური სურათი, რომლისთვისაც დამახასიავეებელია ცხელება, ტკივილები მარჯვენა ფერდქვეშა არეში და ლეიკოციტოზი, საშუალებას გვაძლევს, ღვიძლის ექოსკოპიური კვლევისას, ვივარაუდოთ შემდეგი პათოლოგიის აღმოჩენა:

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

115. ელენტაში ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები:

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

116. ნაღვლის ბუშტის გამოხატულ მწვავე ანთებით პროცესს აქვს შემდეგი დამახასიათებელი

ექოგრაფიული ნიშნები: 1) ნალვლის ბუშტის ნორმალური ზომები, ერთშრიანი თხელი კელელი, ერთგვაროვანი ექონეგატიური ღრუ; 2) ნორმალური ან გადილებული ნალვლის ბუშტი, არაერთგვაროვანი, თხელი, ჰიპერექოგენური კელელი, ღრუში არაერთგვაროვანი შიგთავსი; 3) ნალვლის ბუშტის სხვადასხვა ზომა, გასქელებული არაერთგვაროვანი კელელი, ღრუ ექონეგატიური ან არაერთგვაროვანი შიგთავსით;

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3

117. ნალვლის ბუშტის წყალმანკის ექოგრაფიულ სურათზე ჩვეულებრივ არ აღინიშნება:

- ა) ნალვლის ბუშტის ზომების მნიშვნელოვნად მომატება;
- *ბ) ღვიძლშიდა სანალვლე გზების გაფართოება;
- გ) ნალვლის ბუშტის ექოგრაფიული სურათის თანდათანობითი ცვლილება - ნალვლის ექოგენობის მომატება;
- დ) კონკრემენტების შესაძლებელი გამოვლენა, რომელიც ნალვლის ბუშტის ყელშია განლაგებული ან მნიშვნელოვნად გასქელებული კელეები ყელის ნაწილში.

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

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

119. პარავეზიკური აბსცესის ზოგიერთ ლიფერენციალურ ლიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს სხვა სითხოვანი სტრუქტურებისაგან წარმოადგენს: 1) ნალვლის ბუშტის ღრუსთან კავშირის გამოვლენა; 2) აბსცესის კელეების განსხვავების გამოვლენა ნალვლის ბუშტის კელეებისაგან სტრუქტურის და ექოგენობის მიხედვით, ექოგრაფიული სურათის დინამიკური ცვლილებები, ინფილტრაციის ზონის გამოვლენა პარავეზიკურად წარმონაქმნის ირგვლივ; 3) თვით აბსცესის მომატებული ექოგენობა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2

120. ნალვლის ბუშტის ლივერტიკულის პარავეზიკური აბსცესისაგან განმასვავებელ ერთ-ერთ ექოგრაფიულ ნიშანს წარმოადგენს:

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

121. ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი ღრუში უცვლელი სითხოვანი წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ნალვლის ბუშტის ქვედა მედიალურ ან ლატერალურ კელელთან, აქვს თხელი

და მკაფიო კედლები ექონევატიური შიგთავსით, რომელიც არ გადაადგილდება - უმრავლეს შემთხვევაში შეესაბამება:

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

122. მწვავე ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ნაღვლის ბუშის კედლის ლოკალური გამობერილობა;
- *ბ) ნაღვლის ბუშის კედლის არათანაბარი დაზიანება;
- გ) ნაღვლის ბუშის ღრუს ნაწიბუროვანი დეფორმაცია;
- დ) ნაღვლის ბუშის კედლის განლევა;
- ე) ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება.

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

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

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

- ა) ნაღვლის ბუშის გადიდება;
- ბ) სანაღვლე გზების გაგანიერება ობსტრუქციის შემთხვევაში;
- გ) ჰიპერექოგენური სტრუქტურის არსებობა ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების სანათურში;
- *დ) კონკრემენტის არსებობა ნაღვლის ბუშში ან ღვიძლშიდა სანაღვლე გზებში.

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

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

126. ნაღვლის ბუშის ადენომაგომურ პოლიპს გააჩნია შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

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

ვ) მომაგებული ექოგენობის სოლიდური წარმონაქმნი, ერთგვაროვანი სტრუქტურით, რომელიც არ გადაადგილდება პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს.

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1

128. ულტრაბგერითი სურათის სავარაუდო ცვლილებები ღვიძლისმიერი სიყვითლეების დროს დაკავშირებულია:

- *ა) ღვიძლის და ელენთის პარენქიმის შეცვლასთან;
- ბ) ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერებასთან და ნაღვლის ბუშის ზომების მომაგებასთან;
- გ) კონკრემენტის არსებობასთან სანაღვლე გზებში;

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

- *ა) სანაღვლე გზების დახშობასთან;
- ბ) ნაღვლის ბუშის ზომების მომაგებასთან;
- გ) ღვიძლის და ელენთის ზომების მომაგებასთან;
- დ) პორტულ სისტემაში ცვლილებებთან.

130. კურუაზიეს სიმპტომი გამოვლინდება:

- *ა) სიყვითლის დროს ნაღვლის ბუშის გადიდებით;
- ბ) სიყვითლის დროს ნაღვლის ბუშის შემცირებით და ლეფორმაციით;
- გ) ღვიძლის ზომების შემცირებით და ელენთის ზომების მომაგებით;
- დ) პორტული ჰიპერტენზიის სიმპტომით;

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

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

132. ნაღვლის ბუშის კონკრემენტები ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ისაბება როგორც:

- *ა) ჰიპერექოგენური მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი, სწორი, მკაფიო კონტურებით, რომელიც იძლევა აკუსტიკურ ჩრდილს;
- ბ) ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) მრავალკამერიანი არაერთგვაროვანი წარმონაქმნი;
- დ) სწორკონტურებიანი წარმონაქმნი, რომელიც იწვევს ნაღვლის ბუშის კედლის დეფორმაციას.

133. ლიმფოგრანულომატომის აბლომინალური ფორმის სიმპტომს წარმოადგენს:

- *ა) გადიდებული ლიმფური ჯირკვლების გამოვლენა პარააორგანულად და ღვიძლის კარის მიდამოში;
- ბ) ელენთის ზომების მომატება;
- გ) ღვიძლის კეროვანი დაზიანების გამოვლენა;
- დ) ნალვლის ბუშტის ზომების მომატება და ღვიძლშიდა სანალვლე გზების გაგანიერება.

134. ნალვლის ბუშტის კიბოს ექოგრაფიული სურათი შეიძლება წარმოადგენილი იყოს როგორც:

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

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

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

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

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

137. მწვავე პანკრეატიტის ექოგრაფიულ სურათს უმრავლეს შემთხვევაში არ მიეკუთვნება:

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

138. ღვიძლის იოგებს - მრგვალ იოგს, ნამგლისებურ იოგს და ვენურ იოგს დიდი მნიშვნელობა აქვს ულტრაბგერითი გამოკვლევების დროს. მრგვალი იოგი:

- ა) მდებარეობს მარცხენა სეგმენტში ღვიძლში;
- ბ) წარმოადგენს ჭიპის ვენის ნარჩენს;
- გ) ხდება მისი რეკანალიზაცია ღვიძლის ციროზის გერმინალურ ფაზაში;
- დ) არის ჰიპერექოგენური ოვალური ფორმის წარმონაქმნი განივ ჭრილში;
- ე) ყოველთვის ისახება კარის ვენის წინ;

*ვ) ყველა პასუხი სწორია.

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

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

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

- ა) მწვავე სპლენიტი;
- ბ) ინფექციური ღაფადებები;
- *გ) მარცხენამხრივი სუბდიაფრაგმული აბსცესი;
- დ) ელენთის მეგასტაზური დაზიანება;
- ე) ლიმფომები

141. სითხის ლოკალური დაგროვება დიაფრაგმასა და ელენთის კონტურს შორის შეიძლება შეესაბამებოდეს:

- ა) გამონაჟონს პლევრის ღრუში;
- ბ) სუბკაფსულურ ჰემატომას;
- *გ) სუბდიაფრაგმულ აბსცესს.

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

- *ა) აღენომიომატომი;
- ბ) ნაღვლის სადინარის ობსტრუქცია;
- გ) პანკრეასის აღენოკარციონმა;
- დ) შიმშილი;
- ე) ნაღვლის საერთო სადინარის ობსტრუქცია;
- ვ) ლიმფოაღენოპათია ღვიძლ-თორმეტიკოჯა იოგში ლოკალიზაციით.

143. ნორმალური ელენთის ექოგენობა არის:

- *ა) საშუალო, მაგრამ ღვიძლის ექოგენობაზე რამდენადმე ნაკლები;
- ბ) დაქვეითებული;
- გ) მომაგებული, რომელიც აღემატება ღვიძლის ექოგენობას;
- დ) შესამჩნევად აღემატება ღვიძლის ექოგენობას.

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

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

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

- ა) ლიმფური გადიდება, იშვიათად ლოკალური გადიდება ან ჯირკვლის ნორმალური ზომები;

- ბ) ჯირკვლის მკაფიო კონტურები;
- გ) ჯირკვლის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება;
- დ) ვირსუნგის სადინარის ზომიერი გაგანიერება;
- *ე) პარენქიმის ექოგენობა შეესაბამება თირკმლის ქერქოვანი შრის ექოგენობას.

146. მიუთითეთ პანკრეასის თავის კიბოს ძირითადი ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) კონტურები არასწორი, ჯირკვლის ზომების ლოკალური მომაგება;
- ბ) ჯირკვლის თავის კეროვანი დაზიანება;
- გ) თავის ექოსტრუქტურა არაერთგვაროვანი;
- დ) სისხლძარღვებზე გეწოლა და გადანაცვლება;
- ე) ღვიძლგარეთა ქოლესტაში, მეტასტაზები ღვიძლში;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია.

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

- ა) ქვემო დრუ ვენაზე გეწოლა;
- *ბ) ჯორჯლის ქვემო არტერიაზე გეწოლა და გადანაცვლება;
- გ) კარის ვენაზე, ელენთის ვენაზე გეწოლა და გადანაცვლება;
- დ) ელენთის ვენის ან ჯორჯლის გემო ვენის თრომბოზი.

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

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

149. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს პანკრეასის საორიენტაციო მარკერებს წარმოადგენს:

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

150. პანკრეასის სეგმენტური ან წილაკოვანი აგებულება წარმოადგენს:

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

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

- ა) პანკრეასის ზომების შენარჩუნება, ექოგენობის დაქვეითება, სტრუქტურის ერთგვაროვნება, სწორი კონტურები;
- *ბ) ზომების მომაგება, ექოგენობის დაქვეითება, ერთგვაროვნების დარღვევა, კონტურების შეცვლა;
- გ) კონტურები წაშლილია და ექოგენობა მომაგებულია;

- დ) ზომების მომაგება, ექოგენობის მომაგება, კონტურები გამოხატულია;
- ე) დამახასიათებელი ნიშნები არ არის.

152. პანკრეასის კისტას ახასიათებს:

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

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

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

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

- *ა) თავის ზომების მომაგება, მისი დეფორმაცია, ექოგენობის შეცვლა, ვირსუნგის და ნალვლის საერთო სადინარის გაგანიერება, კარის ვენაზე გეწოლა, მეგასტაზები ღვიძლში და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში;
- ბ) თავის ზომების მომაგება, კარის ვენის, ელენტის ვენისა და ქვემო ღრუ ვენის გეწოლა, მეგასტაზები ღვიძლში და რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში;
- გ) თავის ზომების შემცირება, სწორი კონტურები, ვირსუნგის და ნალვლის საერთო სადინარის გაგანიერება, გეწოლა ვენურ სისხლძარღვებზე, ექოგენობის მომაგება;
- დ) დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშნების არარსებობა;

155. პანკრეასის სხეულის კიბოსათვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) პანკრეასის სხეულის კეროვანი დაზიანება;
- ბ) დაზიანებული უბნის ექოგენობის შეცვლა;
- გ) ელენტის ვენაზე გეწოლა;
- დ) სხეულის ზომების ლოკალური მომაგება, როდესაც სიმსივნის ზომები აღემატება 1,5-2,0 სმ-ს;
- *ე) გეწოლა ნალვლის საერთო სადინარზე.

156. ჩამოთვლილი ნომოლოგიებიდან როლის არ გვხვდება ვირსუნგის სადინარის დილატაცია:

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

157. პანკრეასის სისქის გაზომვა სწორია:

- ა) წინა-უკანა მიმართულებით ჯირკვლის თითოეული ნაწილისათვის;
- *ბ) ჯირკვლის ყველა ნაწილის წინა გელაპირის სიბრტყის პერპენდიკულარულად;

- გ) ჰორიზონტალური მიმართულებით ჯირკვლის ყველა ნაწილისათვის;
- დ) გაბომვის მიმართულებას მნიშვნელობა არა აქვს.

158. პანკრეასის ექოგენობა ცხიმოვანი ინფილტრაციის დროს:

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

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

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

160. პანკრეასის არაინვაზიური ულტრაბგერითი გამოკვლევით შესაძლებლობა გვაქვს ღვადაღინით:

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

161. პანკრეასის არაინვაზიური ულტრაბგერითი გამოკვლევით შესაძლებლობა გვაქვს სარწმუნოდ ღვადაღინით:

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

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

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

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

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

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

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

165. პანკრეასის ლიფუზური დაავადების დიაგნოსტიკაში ექოგრაფიულ გამოკვლევას უმრავლეს შემთხვევაში ახასიათებს:

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

166. პანკრეასის კისგის ექოგრაფიული სურათის დროს საჭიროა ლიფერენციაციის გაგარება:

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

167. პანკრეასის ეგზოკრინული პროლუქტი მიიგანება "ლანიშნულების ალგილზე" შემდეგი გზებით:

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

168. ყველაზე უფრო ბშირად პანკრეასის პირველადი სიმსივნეებიდან გვხვდება:

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

169. პანკრეასის დამაგებით სადინარს წარმოადგენს:

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

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

- *ა) თორმეგგოჯა ნაწლავი;
- ბ) კარის ვენა;
- გ) რიდელის წილი;
- დ) კვადრაგული წილი.

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

- ა) ღვიძლის კარში;
- *ბ) ღვიძლის პარენქიმაში;
- გ) პანკრეასის თავის ღონებზე;

დ) ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების შემდეგ.

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

ა) რენგგენული კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ბ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია;

გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა;

დ) რადიონუკლიდური გამოკვლევა;

*ე) პუნქციური ბიოფსია (ულტრაბგერის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით).

173. პანკრეასის არაინვაზიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ბევრ შემთხვევაში საშუალებას გვაძლევს:

ა) დავადგინოთ დაზიანების ნომოლოგიური ხასიათი;

ბ) დავადგინოთ ქსოვილის ეისტოლოგიური ცვლილებების ხასიათი;

*გ) დავადგინოთ ლიფუზური ან კეროვანი დაზიანების არსებობა და განვსაზღვროთ მისი გავრცელება;

დ) დავადგინოთ კლინიკური ლიაგნოზი;

174. პანკრეასის ექოგენობის მომაგება სტანდარტულ პირობებში უფრო ხშირად მიგვანიშნებს:

ა) ულტრაბგერით აპარატზე კვლევის არასწორი რეჟიმის შერჩევაზე;

*ბ) პანკრეასის ლიფუზურ დაზიანებაზე;

გ) პანკრეასის კეროვან დაზიანებაზე;

დ) საკვებში ალსორბენგის გამოყენებაზე;

ე) ავადმყოფის მოუმზადებლობაზე გამოკვლევისათვის;

ვ) ყველა პასუხი მცდარია.

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

ა) არასწორკონტურებიანი და არაერთგვაროვანი შიგთავსის მქონე ღრუ;

ბ) ღრუს შიგთავსი არის სითხოვანი და სქელი, მასში შეწონილი ჰიპერექოგენური ნაწილაკები;

გ) ღრუში ჰიპერექოგენური ჩანართები;

*დ) თხელი ჰიპერექოგენური კაფსულის არსებობა;

ე) ღრუს ირგვლივ არათანაბარი სისქის მომაგებული ექოგენობის ზონის არსებობა.

176. პანკრეასის კეროვანი დაზიანების დროს ფერადი დოპლეროგრაფია საშუალებას გვაძლევს:

ა) სარწმუნოდ განვსაზღვროთ დაზიანებული უბნის ვასკულარიზაციის ხარისხი;

*ბ) გამოვავლინოთ სისხლძარღვოვანი სურათის აგებულების დარღვევა კეროვანი დაზიანების ადგილას და მის ირგვლივ;

გ) სოლიდური წარმონაქმნის არსებობის დროს სარწმუნოდ მოვახდინოთ ლიფერენცირება კეთილთვისებიან და ავთვისებიან წარმონაქმნებს შორის;

დ) ავთვისებიან წარმონაქმნში სარწმუნოდ გამოვავლინოთ პათოლოგიური ნეოვასკულარიზაცია;

177. ღვიძლის პარენქიმის ექოგენობის მომაგების მიზეზი შეიძლება იყოს:

ა) შაქრიანი დიაბეტი;

ბ) ალკოჰოლის ქრონიკული ჭარბი რაოდენობით მიღება;

გ) ქიმიოთერაპია;

დ) გოქსიკური დაზიანება;

*ე) ყველა პასუხი სწორია;

178. პანკრეასის პირველადი სიმსივნეებიდან ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება ალენოკარცინომა:

- ა) ხშირად გვხვდება პანკრეასის თავში;
- ბ) თან ახლავს ნაღვლის ბუშის მომების მომატება;
- გ) თან ახლავს წონაში დაკლება და უმტკივნეულო სიყვითლე;
- დ) მიფყავართ ჯირკვლის მომების მომატებამდე და მისი კონტურები ხდება არასწორი, ხორკლიანი;
- ე) თან ახლავს სანაღვლე გზების გაგანიერება;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია;

179. პანკრეასის გამოკვლევა რუხი შკალით ღროის რეალურ მასშტაბში ფერადი ლოპლეროგრაფიით არ გვაძლევს საშუალებას:

- ა) შეფასდეს პანკრეასის ფორმა;
- ბ) შეფასდეს პანკრეასის სტრუქტურა;
- *გ) შეფასდეს პანკრეასის ფუნქციური მდგომარეობა;
- დ) გამოვაფლინოთ სხვადასხვა ეტიოლოგიის ლიფუმური დაზიანება;
- ე) გამოვაფლინოთ პანკრეასის სხვადასხვა ეტიოლოგიის კეროვანი დაზიანება;
- ვ) ზოგიერთ შემთხვევაში მოვახდინოთ იმ მიზნების ლიფერენცირება, რის გამოც დარღვეულია ფერმენტების გამოყოფა.

180. ულტრაბერითი გამოკვლევის შედეგების მიხედვით გამოვიგანოთ დასკვნა პანკრეასის პარენქიმის გამკვრივების შესახებ მისი ექოგენობის მომატებისას:

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

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

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

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

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

183. ე. წ. "კალკულოზური პანკრეატიტი":

ა) ვითარდება ნაღვლის საერთო სადინარის და ვირსუნგის სადინარის შეერთების ნაღვლის კენჭით ობსტრუქციის გამო;

*ბ) თან ახლავს კალციფიკაციების ჩამოყალიბება პანკრეასის სადინარებში ქრონიკული პანკრეატიტის ხშირი გამწვავებების და ალკოჰოლის ჭარბად მიღების ფონზე;

გ) წარმოადგენს სინონიმს მწვავე პანკრეატიტის ან ქრონიკული პანკრეატიტის გამწვავებისა ნაღველკენაოვანი დაავადების დროს;

დ) წარმოადგენს პანკრეასის ქრონიკულ ანთებით პროცესს, რომლის შედეგად ვითარდება კონკრემენტები ნაღვლის ბუშტში;

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

ა) პანკრეასის დამატებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში და მისი დიფერენცირება შესაძლებელია;

ბ) პანკრეასის დამატებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში და მისი დიფერენცირება შეუძლებელია;

გ) პანკრეასის დამატებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში შესაძლებელია ყველა შემთხვევაში, დიფერენცირება შეუძლებელია;

*დ) პანკრეასის დამატებითი ქსოვილის გამოვლენა სხვა ორგანოებში შესაძლებელია თუ გავითვალისწინებთ მის ლოკალიზაციას, მისი ბოლო დიფერენცირება პრაქტიკულად შეუძლებელია.

185. ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ელენთის კარს ემიჯნება:

*ა) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი;

ბ) მარცხენა თირკმლის ქვედა პოლუსი;

გ) მარცხენა თირკმლის კარი.

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

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 3

187. ექოგრაფიული გამოკვლევის დროს ელენთის კარში ისახება:

*ა) ელენთის ვენა, ელენთის არტერია;

ბ) ელენთის ვენა;

გ) ელენთის არტერია;

დ) ელენთის ვენა, ელენთის არტერია და ლიმფური კვანძები.

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

ა) ელენთის კარი;

ბ) ელენთის ზედა და შუა მესამედის ღონებზე;

გ) ელენთის შუა და ქვედა მესამედის ღონებზე;

*დ) ელენთის ქვედა პოლუსის ქვემოთ;

ე) ელენთის ზედა პოლუსის ზემოთ.

189. ულტრაბგერითი კვლევით ელენთის სიმსივნის ჰისტოლოგიის განსაზღვრა:

ა) შეიძლება;

*ბ) არ შეიძლება.

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

ა) ანექოგენური გარსის არსებობა;

*ბ) არამკვეთრი საზღვრები;

გ) სიმსივნის სტრუქტურის მკვეთრი არაერთგვაროვნება;

დ) წარმონაქმნის ცენტრში არასწორკონტურებიანი ანექოგენური უბნის არსებობა.

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

ა) შესაძლებელია ნებისმიერ შემთხვევაში;

*ბ) შესაძლებელია, თუ არის ჯირკვლის სტრუქტურული ცვლილებები;

გ) შესაძლებელია, თუ არის ჯირკვლის ფუნქციური ცვლილებები;

დ) შეუძლებელია.

192. პანკრეასის სიმსივნეები უფრო ბშირად ლოკალიზდება:

*ა) პანკრეასის თავში;

ბ) პანკრეასის სხეულში;

გ) პანკრეასის კუდში;

დ) ფაგერის ღვრილის მიდამოში.

193. მწვავე პანკრეატიტისათვის დამახასიათებელია:

*ა) პანკრეასის ზომების მომატება და ექოგენობის დაქვეითება;

ბ) პარაპანკრეატიკულ სივრცეში სითბის (გამონაჟონის) არსებობა;

გ) პანკრეასის ღეფორმაცია;

დ) შეუძლებელია მისი ვიზუალიზაცია.

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

ა) კარის ვენა;

ბ) თორმეტიკოდა ნაწლავის ეორიზონტალური ტოტი;

გ) ბერბემლის სვეტი;

დ) გასტროდუოდენალური არტერია;

*ე) ქვემო დრუ ვენა.

195. ნორმალური პანკრეასის ულტრაბგერითი გამოკვლევით პარენქიმა წარმოდგენილია:

*ა) წვრილმარცვლოვანი

ბ) მსბვილმარცვლოვანი;

გ) მომატებული ექოგენობის მრავლობითი უბნებით;

დ) დაბალი ექოგენობის უბნებით;

ე) შერეული ექოგენობის უბნებით.

196. მუცლის დრუს სიგრძივი სკანირების დროს დიაფრაგმის კონტურის დონეზე ისაბება:

ა) ელენთის ზედა პოლუსი;

ბ) ელენთის ქვედა პოლუსი;

- გ) ელენთის კარი;
- *დ) ელენთის გარეთა კონტური
- ე) ელენთის შიგნითა კონტური;

197. ექოგრაფიულად მწვავე სპლენიგი ხასიათდება:

- *ა) ელენთის გადილებით, სტრუქტურის წვრილმარცვლოვნება შენარჩუნებულია, ექოგენობა დაქვეითებული;
- ბ) ელენთის გადილებით, მისი პოლუსები გამაბვილებულია, სტრუქტურის წვრილმარცვლოვნება შენარჩუნებულია, ექოგენობა მომატებული;
- გ) ელენთის გადილებით, მისი პოლუსის ბოლოები მომრგვალებულია, სტრუქტურა არაერთგვაროვანი, ექოგენობა მომატებული;
- დ) ელენთის გადილებით, პოლუსები მახვილისებური, არაერთგვაროვანი სტრუქტურა, ექოგენობა დაქვეითებული.

198. ქრონიკული სპლენიგი ხასიათდება:

- ა) ელენთის გადილებით, ექოგენობის დაქვეითებით;
- ბ) ელენთის გადილებით, მისი ბოლოები მახვილისებურია, ექოგენობა მომატებული;
- გ) ელენთის გადილებით, მისი ბოლოები ოვალურია, ექოგენობა მომატებული;
- *დ) ელენთის გადილებით, ექოგენობა მომატებულია.

199. თორმეტგოლა ნაწლავის ან კუჭის წყლულის პენეტრაციის მწვავე ფაზაში ულტრაბგერითი გამოკვლევით დამაბასიათებელი არ არის:

- ა) პანკრეასის უცვლელი ექოსურათი;
- ბ) პენეტრაციის ზონაში ექონეგატიური სითხოვანი წარმონაქმნის არსებობა;
- *გ) პენეტრაციის ზონაში ჰიპერექოგენური, არამკაფიო კონტურებიანი უბანი "თეთრი ლაქის" სახით;
- დ) პენეტრაციის ზონაში ჰიპერექოგენური სტრუქტურის არსებობა, რომელსაც ახასიათებს რევერბერაციის ეფექტი;
- ე) პენეტრაციის ზონაში არამკაფიო კონტურების მქონე ჰიპერექოგენური უბანი.

200. პანკრეასის კისტოზური ფიბროზი არის:

- ა) ხანგრძლივად მიმდინარე ანთებითი პროცესის შედეგი;
- ბ) სწრაფად მიმდინარე ანთებითი პროცესის შედეგი;
- გ) პანკრეასის სიმსივნური დაზიანების ნიშანი;
- *დ) პანკრეასის თანდაყოლილი ანომალია;
- ე) ხანგრძლივად მიმდინარე შაქრიანი დიაბეტის შედეგი.

201. პანკრეასის კიბოს ექოგრაფიული სურათის ყველაზე უფრო მეტად დამაბასიათებელი ნიშანია:

- ა) ჰიპერექოგენური მოცულობითი წარმონაქმნი;
- ბ) ზომიერი ექოგენობის მოცულობითი წარმონაქმნი;
- გ) საშუალო ექოგენობის მოცულობითი წარმონაქმნი;
- *დ) დაქვეითებული ექოგენობის მოცულობითი წარმონაქმნი;
- ე) ანექოგენური მოცულობითი წარმონაქმნი.

202. პანკრეასის ექოგენობის მომატება წარმოადგენს:

- ა) სპეციფიკურ ნიშანს, რომელიც გამოვლინდება პორტული ჰიპერტენზიის დროს;
- ბ) სპეციფიკურ ნიშანს, რომელიც გამოვლინდება ქრონიკული პანკრეატიტის დროს;
- გ) სპეციფიკურ ნიშანს, რომელიც გამოვლინდება მწვავე პანკრეატიტის დროს;

- დ) სპეციფიკურ ნიშანს, რომელიც გამოვლინდება პანკრეონეკროზის დროს;
- *ე) არასპეციფიკურ ნიშანს, რომელიც გამოვლინდება სხვადასხვა პათოლოგიის დროს.

203. ელენთის ინფარქტი მოგვიანებით სკალიაში ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს გამოისახება როგორც:

- ა) არამკვეთრ კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი;
- ბ) მკვეთრ კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი;
- *გ) მკვეთრ კონტურებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი;
- დ) არამკვეთრ კონტურებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი;

204. ელენთის აბსცესს მწვავე ფაზაში აქვს შემდეგი ნიშნები:

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

205. პაციენტს, რომელსაც აქვს ტკივილი მარდვენა ფერლქვეშა მილამოში ცხელება და ლეიკოციტოზი, ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღენიშნება გადილებული ნალვლის ბუშტი არაერთგვაროვანი შიგთავსით. ყველაზე უფრო სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) "ფაიფურის ნალვლის ბუშტი";
- ბ) ნალვლის ბუშტის წყალმანკი;
- *გ) ნალვლის ბუშტის ემპიემა;
- დ) ნალვლის ბუშტის კიბო.

206. ნალვლის ბუშტის ობსტრუქციას დროთა განმავლობაში მივყავართ შემდეგი ექოგრაფიული სურათის ჩამოყალიბებამდე:

- ა) "ფაიფურის ნალვლის ბუშტი";
- *ბ) ნალვლის ბუშტის წყალმანკი;
- გ) მრავლობითი გიხრები ნალვლის ბუშტის დრუში;
- დ) შეჭამუხნული ნალვლის ბუშტი.

207. ნალვლის ბუშტის კედლის გასქელება შეიძლება შეგვხვდეს შემდეგი მდგომარეობების დროს:

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

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

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

209. პაციენტს, რომელსაც აქვს კლინიკურად გამოხატული სიყვითლე, ულტრაბგერითი

გამოკვლევით აღენიშნება ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება და მცირე ზომის ნაღვლის ბუშტი. ასეთი მდგომარეობა შეესაბამება ობსტრუქციის შემდეგ ღონეს:

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარის შუა მესამედში;
- *ბ) ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების გემოთ;
- გ) ნაღვლის ბუშტის სადინარის შეერთების ქვემოთ;
- დ) ობსტრუქციის ღონეს არა აქვს მნიშვნელობა.

210. ნორმალური ზომების ღროს ღვიძლის მარცხენა ლაგერალური კიდე ვრცელდება:

- ა) მარცხენა ლავიწის შუა ბაზის იქით;
- ბ) არ ვრცელდება მარცხენა პარასტერნალური ბაზის იქით;
- *გ) არ ვრცელდება მარცხენა ლავიწის შუა ხაზის იქით;
- დ) მარცხენა ილღის წინა ხაზის იქით.

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

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

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

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

213. ღვიძლის აგროფიული ციროზის ულტრაბგერითი გამოსახულებისათვის დამახასიათებელია:

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

214. ღვიძლის პირველადი კიბოს ექოგრაფიული სურათისათვის დამახასიათებელია:

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

215. ღვიძლის ვენების ამპუტაცია დამახასიათებელია:

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

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

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) სცინტიგრაფია;

გ) ღამიზნებითი პუნქცია ულტრაბგერის კონტროლის ქვეშ;
*დ) ანგიოგრაფია.

217. კისტის კედლის ლოკალური გასქელება დამახასიათებელია:

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

218. ღვიძლის ციროზის დროს მისი კონტური არის:

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

219. ღვიძლის აღენომის დროს ყველაზე უფრო ინფორმატიულ მეთოდად ითვლება:

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

220. მწვავე ჰეპატიტისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

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

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

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

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

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

223. 52 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარჯვენა წილში სუბდიაფრაგმულად, სუბკაფსულარულად აღმოაჩნდა მოგრძო ფორმის ექონეგატიური წარმონაქმნი, რომელიც პოლიპომიციური გამოკვლევით არ იცვლის მდებარეობას. თქვენი

დასკვნა:

ა) ნაღვლის ბუშტის ატიპიური მღებარეობა;

*ბ) ღვიძლის ჰემატომა;

გ) ღვიძლის აბსცესი;

დ) ასციტური სითბე.

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

ა) კონსტიტუციური ნორმის ვარიანტით;

ბ) ღვიძლის ციროზით;

გ) ჰეპატომეგალიის არასპეციფიკური ნიშანი;

*დ) გულის უკმარისობის არაპირდაპირი ნიშნები.

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

ა) ღვიძლის ციროზით;

ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანებით;

*გ) გულის ქრონიკული უკმარისობით;

დ) ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაციით.

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

*ა) ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფია;

ბ) ღვიძლის ციროზი;

გ) გულის უკმარისობის ნიშნები;

დ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება.

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

ა) ქრონიკული ემპატიგის ნიშნები;

ბ) მწვავე ემპატიგის ნიშნები;

*გ) გულის მწვავე უკმარისობის ნიშნები;

დ) ღვიძლის აგროფიული ციროზი.

228. "ხარის თვალის" სიმპტომი არის ნიშანი:

ა) ღვიძლის ემპანგიომის;

ბ) ღვიძლის აბსცესის;

*გ) ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანების;

დ) ღვიძლის კისტის.

229. 26 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის პარენქიმაში აღმოაჩნდა

მრავლობითი ეიპოექოგენური ოვალური ფორმის წარმონაქმნები კარგად გამობაგული კელლებით, კელლებსა და შიგთავსში კალციფიკაციებით. მოცემული ცვლილებები შეიძლება შეფასდეს როგორც:

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

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

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

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

- ა) ღვიძლის კისტა;
- ბ) ღვიძლის ჰემანგიომა;
- *გ) ატიპიურად განლაგებული ნალვლის ბუშტი;
- დ) ღვიძლის აბსცესი.

232. ღვიძლის გადაადგილება განისაზღვრება:

- ა) მის ვენტრალურ ბელაპირზე გადაწოლით გეწოლის დროს;
- *ბ) გასწორივი სკანირების დროს ღრმა ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის დროს;
- გ) პაციენტის პოზიციის შეცვლის დროს;
- დ) განივი სკანირების დროს ღრმა ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის დროს.

233. რამდენი წილისაგან შედგება ღვიძლი ანატომიურად:

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

234. მარჯვენა და კვადრატულ წილს შორის ანატომიურ საზღვარს წარმოადგენს:

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

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

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

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

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

237. 36 წლის პაციენტს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ღვიძლის მარცხენა ნაწილის დორზალურ ბელაპირზე აღენიშნება არასწორი, არამკაფიო კონტურების მქონე ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი რამდენადმე არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურით. ღვიძლის დორზალური ბელაპირი არასწორი, არამკვეთრია. მცირე ბაღეჭონის მიდამოში ისაბება სითხე. მოცემული ცვლილებები შეიძლება შეუფაღეს, როგორც:

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

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

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

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

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

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

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

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

- ა) ნალღლის ბუშტის ანომალური მღებარეობა;
- *ბ) ღვიძლის კისტა;
- გ) ღვიძლის ემბანგიომა;
- დ) ღვიძლის აბსცესი.

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

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

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

- ა) ღვიძლის მეტასტაზური ღამბიანება;
- ბ) ღვიძლის კვანძოვანი ეიპერპლაზია;
- *გ) ღვიძლის კალციფიკატი;
- დ) ღვიძლის ჰემანგიომა.

244. პანკრეასი:

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

245. პანკრეასის თავი მღებარეობს:

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

246. ელენთის ვენა არის ორიენტირი პანკრეასის:

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

247. პანკრეასის კული ისახება შემდეგ ღონებზე:

ა) ელენთის კარი;

ბ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი;

გ) მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვალი;

*დ) მარცხენა თირკმლის ზედა პოლუსი ან ელენთის კარი ინდივიდური თავისებურებებიდან გამომდინარე.

248. პანკრეასის ლიპომატომის დროს ვირსუნგის სადინარი:

*ა) გაგანიერებული არ არის, კედლები გასქელებული არ არის;

ბ) გაგანიერებულია, კონტურები არასწორი, კედლები გასქელებული, დიამეტრი არათანაბარი;

გ) დიამეტრი მომატებულია, ზოგჯერ კედლები გასქელებული;

დ) დიამეტრი მომატებული არ არის, კედლები ბშირად გასქელებულია.

249. პანკრეასის ასაკობრივი ფიბროზის დროს მის პარენქიმაში კალციფიკაციები:

ა) აღინიშნება;

*ბ) არ აღინიშნება;

გ) შეუძლებელია მისი აღმოჩენა;

დ) ყოველთვის ისახება.

250. პანკრეასის მთავარ სადინარში ექოპოზიციური წარმონაქმნის არსებობა დამაბასიათებელია:

ა) ქრონიკული ანთებისათვის;

ბ) სადინარის ფიბროზისათვის;

გ) სიმსივნით გეწოლისათვის;

*დ) სადინარის პანკრეოლითიაზისათვის.

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

ა) ქრონიკული ქოლესისტიტი;

ბ) ნაღვლის ბუშტის აღენომიომატომი;

*გ) ნაღვლის ბუშტის ქოლესტერინული პოლიპი;

დ) ნაღვლის ბუშტის კონკრემენტი.

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

ა) ნაღვლის საერთო სადინარის, ნაღვლის ბუშტის, ღვიძლის საერთო სადინარის, და ღვიძლშიდა სადინარების გაგანიერება

ბ) ნაღვლის ბუშტის გაგანიერება

გ) ნაღვლის საერთო სადინარის გაგანიერება

*დ) სანაღველე გზებში ცელილებები არ არის

253. ნაღვლის ბუშტის თანდაყოლილი დივერტიკული უფრო ხშირად ლოკალიზდება:

ა) ნაღვლის ბუშტის ფუძეზე;

*ბ) ნაღვლის ბუშტის ყელში;

გ) ნაღვლის ბუშტის წინა კედელზე;

დ) ნაღვლის ბუშტის უკანა კედელზე. 296. ღვიძლშიდა ქოლესტაზის დროს, რომელიც ახასიათებს პარენქიმულ სიყვითლეს, პაციენტს აღინიშნება:

ე) ნაღვლის ბუშტის გაგანიერება;

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

ა) ღვიძლის საერთო სადინარში;

*ბ) ნაღვლის საერთო სადინარის დისტალურ ნაწილში;

გ) ნაღვლის ბუშტში;

დ) ღვიძლის პარენქიმაში.

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

ა) ნაღვლის ბუშტის ქოლესტეროზი;

*ბ) ნაღველკენჭოვანი დაავადება;

გ) ნაღვლის ბუშტის ანომალია;

დ) ნაღვლის ბუშტის კიბო.

256. ნაღვლის საერთო სადინარი მდებარეობს:

ა) გასტროდუოდენალურ იოგში;

ბ) ჰეპატოლიენალურ იოგში;

*გ) ჰეპატოდუოდენალურ იოგში;

დ) მრგვალ იოგში.

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

ა) ფუძის მიდამოში;

ბ) ტანის მიდამოში;

*გ) ყელის მიდამოში;

დ) ფუძის და ტანის მიდამოში.

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

ა) პაციენტის ეორიზონგალური მდგომარეობით;

ბ) პაციენტის ვერტიკალური მდგომარეობით;

გ) საცდელი საუზმის შემდეგ;

*დ) 12 საათის შიმშილის შემდეგ.

259. ნაღვლის ბუშტის კვლევისათვის ოპტიმალური სიხშირეა:

*ა) 3,5-5,0 მგე;

ბ) 5,0-7,5 მგე;

გ) 7,5-10,0 მგე;

დ) არა აქვს პრინციპული მნიშვნელობა.

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

ა) ნაღვლის ბუშტის დივერტიკული;

*ბ) ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების კისტები;

- გ) კაროლის დაავადება;
- დ) ქოლანგიოკარცინომა.

261. ნალვლის ბუშგის ფუძე ემიჯნება:

- *ა) განივ კოლინჯს, კუჭის პილორულ ნაწილს, თორმეგოჯა ნაწლავს;
- ბ) განივ კოლინჯს, კუჭის ანგრაღურ ნაწილს, თორმეგოჯა ნაწლავს;
- გ) განივ და დასწვრივ კოლინჯს;
- დ) დასწვრივ კოლინჯს, მარჯვენა თირკმლის კარს.

262. ღვიძლის საერთო საღინარი წარმოიქმნება:

- *ა) ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა საღინარების შეერთებით;
- ბ) წილაკთაშუა საღინარების შეერთებით;
- გ) ღვიძლის მარცხენა, მარჯვენა და ნალვლის ბუშგის საღინარების შეერთებით;
- დ) ნალვლის ბუშგის და ნალვლის მიმღები საღინარის შეერთებით.

263. ნალვლის საერთო საღინარი წარმოიქმნება:

- ა) ღვიძლის მარცხენა და მარღვენა საღინარების შეერთებით;
- ბ) ღვიძლის მარცხენა, მარღვენა და ნალვლის ბუშგის საღინარების შეერთებით;
- *გ) ღვიძლის საერთო და ნალვლის ბუშგის საღინარის შეერთებით
- დ) ბუშგის და წილთაშუა საღინარების შეერთებით.

264. ეღენთის სიგრძივი ზომა ნორმაში ექოგრაფიულად შეაღგენს:

- ა) 8 სმ-მღე
- ბ) 12 სმ-მღე;
- *გ) 14 სმ-მღე
- დ) 16 სმ-მღე.

265. ეღენთის განივი ზომა ნორმაში ექოგრაფიულად შეაღგენს:

- ა) 4 სმ-მღე;
- ბ) 5 სმ-მღე;
- გ) 6 სმ-მღე;
- *დ) 7 სმ-მღე.

266. კუჭქვეშა ჯირკვალი გამოიმუშავენს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ ნივთიერებას, გარღა

- ა) ინსულინი
- ბ) გლიკოგენი
- *გ) ნალველი
- დ) ლიპაზა

267. რა არ ახასიათებს პანკრეასს?

- *ა) ჯირკვალი მღებარეობს პერიგონეუმის ღრუში
- ბ) ჯირკვალს არ გააჩნია კარგად გამოხატული კაპსულა
- გ) ჯირკვალს აქვს წილაკოვანი აგებულება
- დ) ჯირკვალი მღებარეობს რეგროპერიგონეალურ სივრცეში
- ე) ჯირკვალი არის ზომით 15 სმ

268. ქრონიკული პანკრეატიგის ერთ-ერთი გართულება არის ფსევდოკისგის ჩამოყალიბება. გაურთულებელი ფსევდოკისგა ექოგრაფიულად წარმოგვიღგება, როგორც:

- ა) არასწორკონგურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისგალურ ფსევდოგადლიერებას
- ბ) არასწორი, მკაფიო კონგურებიანი ექოგენური წარმონაქმნი, რომელიც იძლევა ექოსიგნალის დისგალურ შესუსტებას
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნი კარგად გამოხატული სქელი კაფსულით
- *დ) ანექოგენური წარმონაქმნი არასწორი ან სწორი კონგურებით დისგალური სიგნალის გაძლიერებით

269. ელენთის ლიმფოსარკომა ისახება როგორც:

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

270. აგროფიული ციროზის დროს დამახასიათებელია:

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

271. ღვიძლის ფიბროზის ექოსკოპიური გამოსახულება წარმოადგენს:

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

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

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

273. ღვიძლის პარენქიმის პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში ფერადი დოპლერული კარტირებისას აღინიშნება:

- ა) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის სხვადასხვა მიმართულებითი და გურბულენგური ხასიათი
- ბ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის სხვადასხვა მიმართულებითი და ლამინარული ხასიათი
- გ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის ერთმიმართულებითი და გურბულენგური ხასიათი
- *დ) ღვიძლის ვენებში სისხლის ნაკადის ერთმიმართულებითი და ლამინარული ხასიათი

ე) არ შეიძლება სისხლის მიმოქცევის ხასიათის შეფასება

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

*ა) ერთმიმართულებითი ხასიათი

ბ) სხვადასხვა მიმართულებითი ხასიათი

გ) არ შეიძლება შეღარება და შეფასება

275. ფერადი სიგნალის არარსებობა მილოვანი სტრუქტურის სანათურში მიუთითებს, რომ

ა) მოცემული სტრუქტურა არ წარმოადგენს სისხლძარღვს

ბ) აპარატის მგრძნობელობა არ შეესაბამება სისხლის ნაკადის პარამეტრებს

გ) კონკრეტულ სიგუაციაში აპარატის კალიბრება არააღექვავტურია

ღ) აპარატის შესაძლებლობა და მეთოდიკა არ არის საკმარისი მოცემული წარმონაქმნის გამოსაკვლევაღ

*ე) შესაძლებელია ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ვარიანტი არ არი სშესაძლებელი ზემოთ ჩამოთვლილი ვარიანტები

276. ფერადი ღოპლეროგრაფია ღვიძლის კეროვანი დაზიანების ღროს საშუალებას გვაძლევს:

ა) განვსაზღვროთ კეროვანი დაზიანების ხარისხი და სტრუქტურა

*ბ) გამოვავლინოთ ღვიძლის სისხლძარღოვანი არქიტექტონიკის ღარღვევა კეროვანი დაზიანების მონაში

გ) სოლიღური წარმონაქმნის შემთხვევაში მოვახღინოთ ღიფერენცირება ავთვისებიან და კეთილთვისებიან წარმონაქმნებს შორის

ღ) გამოვავლინოთ პათოლოგიური ნეოვასკულარიზაცია ავთვისებიან წარმონაქმნში

277. საშუალო კლასის უღგარბგერით აპარატურაზე B-რეჟიმში შესაძლებელია ნაღვეღგამომყოფი სისტემის შემღეგი სტრუქტურების ვიზუალიზაცია:

ა) ნაღვლის ბუში, ნაღვლის ბუშის საღინარი, ღვიძლის საერთო საღინარი, ნაღვლის საერთო საღინარი, მთავარი წილოვანი საღინარები, სეგმენტური საღინარები, სუბსეგმენტური საღინარები, ნაღვლის კაპიღარები.

ბ) ნაღვლის ბუში, ნაღვლის ბუშის საღინარი, ღვიძლის საღინარი, ნაღვლის საერთო საღინარი, მთავარი წილოვანი საღინარები, სეგმენტური საღინარები, სუბსეგმენტური საღინარები.

გ) ნაღვლის ბუში, ნაღვლის ბუშის საღინარი, ღვიძლის საერთო საღინარი, ნაღვლის საერთო საღინარი, მთავარი წილოვანი საღინარები, სეგმენტური საღინარები.

*ღ) ნაღვლის ბუში, ღვიძლის საერთო საღინარი, ნაღვლის საერთო საღინარი, მთავარი წილოვანი საღინარები.

ე) ნაღვლის ბუში, ღვიძლის საერთო საღინარი, ნაღვლის საერთობი. საღინარი.

278. ღვიძლშიდა სანაღვლე გზებს განეკუთვნება:

ა) ნაღვლის საერთო საღინარი

*ბ) წილოვანი, სეგმენტური, სუბსეგმენტური საღინარები

გ) ღვიძლის საღინარი

ღ) სუბსეგმენტური, სეგმენტური, წილოვანი საღინარები, ნაღვლის ბუშის საღინარი.

ე) ნაღვლის საერთო საღინარი, ნაღვლის ბუშის საღინარი.

279. ღვიძღგარეთა სანაღვლე გზებს განეკუთვნება: 1) სეგმენტური, წილოვანი საღინარები; 2) წილოვანი საღინარები და ნაღვლის საერთო საღინარი; 3) ღვიძლის საერთო საღინარი, ნაღვლის საერთო საღინარი; 4) ნაღვლის საერთო საღინარი და ნაღვლის ბუში:

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4

280. ღვიძლის კვანძოვანი (კეროვანი) ჰიპერპლაზია წარმოადგენს:

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

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

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

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

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

283. მართებულია თუ არა იმის მტკიცება, რომ ექოგრაფიული გამოკვლევით შესაძლებელია ლიფერენციალური ღიაგნომის გაგარება კეთილთვისებიან ჰიპერპლასტიკურ პროცესსა (ფიბრომატოზი, ნეიროფიბრომატოზი, ლიმფომატოზი, ალენომატოზი) და ავთვისებიან სიმსივნის აღრეულ სგადიას შორის

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

284. ექოგრაფიული სურათი - ნაღვლის ბუშტის კელის გასქელება ძირითადად ლორწოვანი და ლორწოქვეშა გარსების ხარჯზე, მათში მცირე ზომის ჰიპერ-და ანექოგენური უბნების არსებობა, კელის შიგნითა გულაპირზე პოლიპის მაგვარი წანამარლების არსებობა და ბუშტის ყველა ნაწილის არეში კელის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება - დამახასიათებელია:

- ა) ქრონიკული ქოლეცისტიტისათვის
- ბ) მწვავე ქოლეცისტიტისათვის
- გ) მწვავე ფლეგმონოზური ქოლეცისტიტისათვის
- *დ) ნაღვლის ბუშტის გავრცელებული ალენომიომატოზისათვის
- ე) ნაღვლის ბუშტის პოლიპოზისათვის

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

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

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

- * ა) პარავეზიკურ აბსცესს
- ბ) წვრილი ნაწლავის მარყუქს სითხოვანი შიგთავსით
- გ) დვიძლის კისტას
- დ) ნაღვლის ბუშტის დივერტიკულს
- ე) პანკრეასის კისტას
- ვ) არ შეესაბამება ზემოთ ჩამოთვლილ არც ერთ პათოლოგიას

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

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

288. პანკრეასის თავის გადიდების დროს ირგვლის მდებარე ორგანოებსა და სტრუქტურებზე გეწოლის ექოგრაფიულ ნიშნებს არ განეკუთვნება

- ა) ნაღვლის საერთო სადინარზე გეწოლა პროქსიმალური ნაწილის გაგანიერებით
- ბ) «ორლულიანი» სიმპტომის გამოვლენა
- * გ) ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი
- დ) კარის ვენის დისგალური ნაწილის გაგანიერება
- ე) ვირსუნგის სადინარის გაგანიერება
- ვ) ელენთის და ელენთის ვენის გადიდება

289. პანკრეასის ფსევდოკისტის ყველაზე უფრო გავრცელებულ ექოგრაფიულ ნიშანს არ მიეკუთვნება

- ა) მრგვალი ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნის არსებობა
- ბ) ანექტოგენური წარმონაქმნი
- * გ) ჰიპერექტოგენური წარმონაქმნი
- დ) ექოსიგნალის დისგალური გაძლიერების ეფექტი
- ე) ექოგენური ჩანართების ან შეწონილი ელემენტების არსებობა

ვ) კარგად გამოხატული კაფსულის არ არსებობა

290. ღვიძლშიდა სანაღვლე გზების გაგანიერება ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების გაგანიერების გარეშე და ნაღვლის ბუშის გადილება შეიძლება გამოვლენილი იყოს ყველა ჩამოთვლილ მდგომარეობისა, გარდა

ა) კლასკინის სიმსივნეებში (ღვიძლის საერთო საღინარის კარცინომა

ბ) ქოლანგიოკარცინომები

გ) ღვიძლის კარის ლიმფური ჯირკვლების გადილება

*დ) პანკრეასის ალენოკარცინომები.

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

ა) ჰიპერექოგენური სოლიდური წარმონაქმნი (13სმ-ზე), რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის სხეულის ან კულის მიდამოში და აღვილად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით

ბ) გიგანტური სოლიდური წარმონაქმნი (15სმ-ზე), არაერთგვაროვანი აგებულების, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის კულში და აღვილად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით

გ) მცირე ზომის (12სმ-ზე) ჰიპოექოგენობის წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის თავის არეში და ძნელად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით

*დ) მცირე ზომის (12სმ-ზე) საშუალო ან რამდენაღმე მომაგებული პოექოგენობის წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს ჯირკვლის კულში და ძნელად დიფერენცირდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით

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

*ა) არამკვეთრ კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი

ბ) მკვეთრ კონტურებიანი დაქვეითებული ექოგენობის წარმონაქმნი. მკვეთრ კონტურებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი

გ) არამკვეთრ კონტურებიანი მომაგებული ექოგენობის წარმონაქმნი

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ურონეფროლოგიაში

293. თირკმლები განლაგებულია:

ა) მუცლის ღრუს ზედა სართულზე;

ბ) მუცლის ღრუს შუა სართულზე;

*გ) რეგროპერიტონეალურად;

დ) მუცლის ღრუს ლაგერალურ არხებში;

ე) მცირე მენჯში.

294. მე-12 ნეკნის ჩრდილი გადაკვეთს მარჯვენა თირკმელს:

ა) თირკმლის კარის ღონებზე;

*ბ) თირკმლის ზედა და შუა მესამედის საზღვრის ღონებზე;

გ) თირკმლის შუა და ქვედა მესამედის საზღვრის ღონებზე;

დ) ზედა პოლუსთან;

ე) ქვედა პოლუსთან.

295. მე-12 ნეკნის ჩრდილი გადაკვეთს მარცხენა თირკმელს:

*ა) თირკმლის კარის ღონებზე;

ბ) თირკმლის ზედა და შუა მესამედის საზღვრის ღონებზე;

- გ) თირკმლის შუა და ქვედა მესამედის საზღვრის ღონებზე;
- დ) ზედა პოლუსთან;
- ე) ქვედა პოლუსთან.

296. მუცლის მხრიდან ღვიძლის სიგრძივი დიაფრაგმული სკანირებისას ვიზუალიზდება:

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

297. ელენთის კარისაკენ მიმართულია:

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

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

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

299. თირკმლის პარენქიმულ შრეში ისახება:

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

300. თირკმლის ქერქოვანი და გვინოვანი ნივთიერების საზღვარზე ისახება:

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

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

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

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

- ა) შეიძლება;

- *ბ) არ შეიძლება;
- გ) შესაძლებელია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიგის არსებობისას;
- დ) შესაძლებელია ქრონიკული გლომერულონეფრიგის არსებობისას;
- ე) შესაძლებელია ანამნეზში სინუსის კისტების არსებობისას.

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

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

304. პაციენტის უბმოზე გამოკვლევისას ნორმალური თირკმლის კარში ისახება:

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

305. მარცხენა თირკმლის ვენა ჩვეულებრივ მდებარეობს:

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

306. თირკმლის სისხლძარღვების ყველაზე მეტად გავრცელებულ ანომალიად ითვლება:

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

307. ნორმალური თირკმლის ფორმა ულტრაბგერითი კვლევისას არის:

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

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

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

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

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

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

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

311. შარდსაწვეთში კონკრემენტის ვიზუალიზაცია დამოკიდებულია:

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

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

- ა) ყოველთვის;
- * ბ) ყოველთვის არა;
- გ) მხოლოდ პოლიპომიციური კვლევისას;
- დ) მხოლოდ შარდმქაფა კონკრემენტის არსებობისას

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

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

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

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

315. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სიმსივნის ჰისტოლოგიის განსაზღვრა:

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

ე) შესაძლებელია ანექოგენური ქობის არსებობისას.

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

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

317. სიმსივნის ინვაზიური ზრდის ულტრაბგერითი სიმპტომია:

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

318. ზრდასრულ ადამიანებში თირკმლის სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

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

319. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

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

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

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

321. ქვემო ღრუ ვენაში თრომბის არსებობის დადგენა ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

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

322. გრანსაბლომინალური და გრანსლუმბალური სკანირებით შეიძლება გამოვავლინოთ თირკმლის მენჯის ეპითელური სიმსივნე, რომლის მინიმალური ღიაზეგრია:

- ა) 0,3 სმ;

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

323. ბრდასრულ ავადმყოფებში ვილმსის სიმსივნის არსებობა ულტრაბგერითი გამოკვლევით შეიძლება ვივარუდოთ:

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

324. მოცულობითი წარმონაქმნის პერიფერიაზე ანექოგენური ქობის მორფოლოგიური სუბსტრატი არის:

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

325. ულტრაბგერითი კვლევით ანგიომიოლიპომა ისახება როგორც:

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

326. სიმსივნის ცენტრში არასწორკონტურებიანი ანექოგენური ზონის მორფოლოგიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) პერიფოკალური ანთება;
- *ბ) ნეკროზი;
- გ) ჰემატომა;
- დ) სიმსივნის სისხლძარღვების კალცინოზი;

327. ჰიდრონეფროზის მიზეზი არ შეიძლება იყოს:

- ა) უკანა ურეთრის სარქველი;
- *ბ) მწვავე გლომელონეფრიტი;
- გ) საკვერცხის კიბო;
- დ) რეტროპერიტონეალური სიმსივნე;

328. თქვენი პირველი მოქმედება თირკმლის სიმსივნის აღმოჩენისას:

- *ა) თირკმლის ვენის, მსხვილი სისხლძარღვების, კონტრალაგერალური თირკმლის, რეტროპერიტონეალური ლიმფური კვანძების, მცირე მენჯის ორგანოების, ფარისებრი ჯირკვლის, ღვიძლის, ელეთის ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ბ) ავადმყოფის გაგზავნა ვენურ უროგრაფიაზე;

- გ) ავადმყოფის გაგზავნა ონკოლოგთან;
- დ) ღვიძლის, ლიმფური კვანძების, ელენთის, თირკმელზედა ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ე) ავადმყოფის გაგზავნა ანგიოგრაფიულ გამოკვლევაზე.

329. ჰიპერნეფრომის ლოკალიზაციის "საყვარელი" აღვლია:

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

330. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმელს აქვს:

- ა) კისტოზურ-სოლიდური შენება;
- *ბ) სოლიდური შენება;
- გ) კისტოზური შენება;
- დ) კისტოზური შენება პაპილარული გამონაზარდებით;

331. პაციენტს თირკმლის ჭვალის სიმპტომებით არ აღენიშნება მემო საშარლე გზების დილაგაციის ულტრაბგერითი ნიშნები. ამ დროს:

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

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

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

333. თირკმლის სინუსის კისტების დიაგნოზის დასმისათვის ოპტიმალურად ითვლება:

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

334. ულტრაბგერითი კვლევით მრდასრულ ადამიანებში ნორმალ ითვლება:

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

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

ა) ნორმა;

ბ) პათოლოგია;

*გ) შეიძლება იყოს ნორმაც და პათოლოგიაც;

დ) ნორმა დიდი ნაყოფის არსებობისას;

ე) პათოლოგია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიგის არსებობისას.

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

ა) ნორმა;

ბ) პათოლოგია;

*გ) შეიძლება იყოს ნორმაც და პათოლოგიაც;

დ) ნორმა დიდი ნაყოფის არსებობისას;

ე) პათოლოგია ანამნეზში ქრონიკული პიელონეფრიგის არსებობისას.

337. თირკმლის დისტოპია არის:

ა) სხეულის მდგომარეობის შეცვლის დროს თირკმლის პათოლოგიური ცდომა;

*ბ) ემბრიოგენეზის პროცესის დროს თირკმლის არასწორი გადაადგილებით განპირობებული მდებარეობის ანომალია;

გ) თირკმლის ბოძების შემცირება მენჯ-ფიალოვანი სისტემისა და პარენქიმის ნორმალური განვითარებით;

დ) სუნთქვის დროს თირკმლის პათოლოგიური ცდომა;

ე) თირკმლების შეზრდა ქვედა პოლუსებით.

338. დისტოპიურ თირკმელს გააჩნია: 1) მოკლე შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის მსხვილი ღეროებიდან თირკმლის დონეზე; 2) თირკმლის ღერძების შემობრუნება და როტაცია; 3) თირკმლის ქვედა პოლუსით შეზრდა კონტრალატერალურ თირკმელთან;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1

339. მოძრავ თირკმელს ახასიათებს:

ა) მოკლე შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის მსხვილი გოტებიდან თირკმლის დონეზე;

*ბ) გრძელი შარდსაწვეთი, სისხლძარღვები გამოდის L1 L2 დონეზე;

გ) თირკმლის ღერძების შემობრუნება და როტაცია;

დ) თირკმლის ქვედა პოლუსით შეზრდა კონტრალატერალურ თირკმელთან;

340. ნალისებური თირკმლის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია :

*ა) ყველა შემთხვევაში;

ბ) ყოველთვის არა;

გ) შეუძლებელია, შესაძლებელია მხოლოდ კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევით;

დ) მხოლოდ უროსტაზის არსებობის შემთხვევაში;

341. ნალისებრი თირკმლის დიაგნოსტიკის ოპტიმალური მეთოდია:

*ა) ულტრაბგერითი კვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ბ) ინტრავენური უროგრაფია;

გ) შერჩევითი ანგიოგრაფია;

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

ა) ერთ-ერთი თირკმელი ვიზუალიზდება მცირე მენჯში;

*ბ) თირკმლის სიგრძივი ღერძები შემობრუნებულია;

გ) თირკმლის პოლუსები ნათლად მოჩანს ჩვეულებრივ ადგილას;

დ) თირკმელს გააჩნია გრძელი შარდსაწვეთი, ხოლო სისხლძარღვები გამოდის L1 L2 ღონებზე;

343. ნალისებური თირკმელი არის ანომალური თირკმელი შემრდილი უფრო ხშირად:

*ა) ქვედა პოლუსებით;

ბ) შუა სეგმენტებით;

გ) ზედა პოლუსებით;

დ) თირკმლის წინა ტუჩით;

344. ულტრაბგერითი კვლევით ჰიპოპლაზირებული თირკმელი არის:

*ა) ნორმალურთან შედარებით მცირე ზომის თირკმელი ნორმალური სტრუქტურის პარენქიმა და სინუსით;

ბ) ემბრიოგენების პროცესში ჩვეულებრივ ღონემდე აუსვლელი თირკმელი;

გ) მცირე ზომის თირკმელი მკვეთრად დარღვეული დიფერენციაციით "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი";

დ) თირკმლის შემრდა კონტრალატერალურ თირკმელთან ქვედა პოლუსით;

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

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) 3;4

346. ჰიპოპლაზირებული თირკმლის პარენქიმისა და სინუსის სისქის შეფარდება:

ა) დარღვეულია;

*ბ) არ არის დარღვეული;

გ) დარღვეულია ნეფროკალცინოზის არსებობისას;

დ) დარღვეულია შეფარდების შემცირებისაკენ;

ე) დარღვეულია ქრონიკული პიელონეფრიგის დართვისას.

347. ულტრაბგერითი კვლევით თირკმლის გაორების უცყუარი ნიშანია:

ა) პარენქიმული ძგიდის არსებობა, რომელიც თირკმლის სინუსს ორ ნაწილად ყოფს;

*ბ) პოლუსებით შემრდილი ორი თირკმლის ვიზუალიზაცია;

გ) ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაცია;

დ) პარენქიმისა და სინუსის სისქის შეფარდების შეცვლა;

ე) სისხლძარღვებისა და შარდსაწვეთების ურთიერთდამოკიდებულების დარღვევა.

348. თირკმლის მარტივი კისტა არის:

*ა) მილაკოვანი სტრუქტურებიდან განვითარებული პათოლოგია;

- ბ) მილაკოვნი სტრუქტურების ეპითელიუმის მეტაპლაზის შედეგი;
- გ) მზარდი სიმსივნით თირკმლის მილაკებზე გეწოლა;
- დ) თირკმლის "ცივი" აბსცესი.

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

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

350. თირკმლის მარტივი კისტები:

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

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

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

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2

353. ზრდასრულ ადამიანებში პოლიკისტოზის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

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

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

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

ე) ნეფროკალცინოზის დართვა.

355. თირკმლების პოლიკისტოზი უფრო ხშირად შერწყმულია შემდეგი ორგანოს პოლიკისტოზთან:

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

356. ქრონიკული პიელონეფრიგის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშნები:

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

357. ქრონიკული პიელონეფრიგის გვიან სტადიაზე განვითარებული ჰიდროკალიკოზი განპირობებულია:

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

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

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

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

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

360. მწვავე პიელონეფრიგის დროს შესაძლოა იყოს შემდეგი ულტრაბგერითი მონაცემები:

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

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

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

362. თირკმლის კარბუნკულის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

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

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

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

364. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით თირკმლის კარბუნკულის დიფერენცირება ყველაზე ხშირად გვიხდება: 1) თირკმლის აბსცესისგან; 2) თირკმლის სიმსივნისგან; 3) თირკმლის ტუბერკულოზისგან; 4) თირკმლის დაჩირქებული კისტისგან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

365. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიტი პირველ რიგში უნდა გავარჩიოთ:

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

366. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიტის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

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

367. თირკმლის ტუბერკულოზური დაზიანებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- *ა) პარენქიმაში მრავლობითი პეტრიფიკაციები, ფიალების გაგანიერება და დეფორმაცია, კისტოზური წარმონაქმნები სქელი და არასწორი კედლით;

- ბ) ჰიპერექოგენური პირამიდების სინდრომი;
- გ) პარენქიმის გასქელება, პირამიდების ექოგენობის მომაგება;

368. თირკმლის კარბუნკული არის შედეგი:

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

369. ექოგრაფიულად თირკმლის აბსცესი წარმოდგენილია:

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

370. პარანეფრიტის ექოგრაფიულ ნიშნებს არ განეკუთვნება:

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

371. თირკმლის პარენქიმის ნაწიბუროვანი ცვლილებების ექოგრაფიულ ნიშნებად ითვლება:

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

372. ქრონიკული პიელონეფრიტის ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკურა ხორციელდება:

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

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;3

374. თირკმლის კარბუნკული უკეთ ვლინდება:

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

375. ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი ქრონიკული პიელონეფრიტი უპირატესად არის:

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

376. ქსანტოგრანულომატოზური პიელონეფრიტის თანმხლებ დაავადებათა შორის ყველაზე ხშირია:

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

377. ქალებში მწვავე პიელონეფრიტი უპირატესად ვითარდება:

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

378. მამაკაცებში მწვავე პიელონეფრიტი უხშირესად ვითარდება:

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

379. ულტრაბგერით მონაცემებზე დაყრდნობით თერაპევტმა გამორიცხა მწვავე

გლომერულონეფრიტის დიაგნოზი:

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

380. ულტრაბგერით მონაცემებზე დაყრდნობით თერაპევტმა გამორიცხა ქრონიკული

გლომერულონეფრიტის დიაგნოზი:

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

381. სავარაუდო დიაგნოზია ქრონიკული გლომერულონეფრიტი. ულტრაბგერითი გამოკვლევა:

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

382. ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დიაგნოზის დამოწმება მიზანშეწონილია:

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

383. მწვავე გლომერულონეფრიტის პათოგნომური ექოგრაფიული ნიშნები:

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

384. თირკმლების ამილოიდოზის პათოგნომური ექოგრაფიული ნიშნები:

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

385. თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზი შეიძლება გამოვლინდეს:

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

386. თირკმლის ვენის თრომბოზის მწვავე ფაზაში ულტრაბგერითი კვლევისას ვლინდება:

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

387. თირკმლის არტერიის თრომბოზის მწვავე ფაზაში ულტრაბგერითი კვლევისას ვლინდება:

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

388. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით ლიფერენციაცია უნდა გაგარდეს თირკმლის ვენის მწვავე თრომბოზსა და:

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

389. ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებით ლიფერენციაცია უნდა გაგარდეს თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზსა და:

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

390. ულტრაბგერითი კვლევით ლიფერენცირების გაგარება თირკმლის ვენისა და თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზს შორის:

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

391. "გამოკვეთილი" პირამიდების ულტრაბგერითი სიმპტომი არის:

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

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

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

393. ქრონიკული გლომერულონეფრიტისას ქერქოვანი შრის ექოგენობის მომატების ძირითადი მიზეზია:

- *ა) სკლეროზი;
- ბ) ქერქოვანი ნივთიერების იშემია;
- გ) ინტერსტიციალური შემუპება;
- დ) კალციუმის მარილების დაგროვება;
- ე) ქერქოვანი ნივთიერების წვრილკისტოზური გრანსფორმაცია.

394. მედულარული ნეფროკალცინოზის ულტრაბგერითი ნიშანი არის:

- ა) პირამიდების თირკმლის სინუსის სტრუქტურებისგან ლიფერენციაციის არარსებობა;

- ბ) პარენქიმის მედულარული და ქერქოვანი ნივთიერების ლიფერენციაციის არარსებობა;
- *გ) პირამიდების ექოგენობის მომაგება აკუსტიკური ჩრდილის ეფექტით;
- დ) თირკმლის სინუსში მრავლობითი პარენქიმული ინვაგინაციების არსებობა.

395. მედულარული ნეფროკალცინოზის განვითარების ძირითადი მიზეზია:

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

396. თირკმლის გრანსპლანგაციის აღრეული პერიოდის ხშირ გართულებად ითვლება:

- ა) გრანსპლანგაციის მწვავე შეუთავსებლობა;
- ბ) ურინოზის წარმოქმნა;
- გ) მწვავე პიელონეფრიტი;
- *დ) სწორია ყველა

397. თირკმლის გრანსპლანგაციის მწვავე შეუთავსებლობის ულტრაბგერით სიმპტომად ითვლება:

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

398. ურინოზა - ეს არის:

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

399. ულტრაბგერითი სურათით ნეფროსკლეროზის მიზეზის დადგენა:

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

400. თირკმლის შეჭმუხვნისას პარენქიმის ექოგენობის მომაგების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს:

- 1) პარენქიმის პროლუქციული ანთება; 2) პარენქიმის სკლეროზი; 3) ინტერსტიციული შეშუპება; 4) უჯრედოვანი ინფილტრაცია;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;4

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

- ა) ანთეზალი ნალექი ან "სილა";
- ბ) რევერბერაცია;
- *გ) შარდსაწვეთიდან შარდის "შემხაპუნება";
- დ) სიმსივნე წვრილ ფეხზე;
- ე) შარდის ბუშგის კელლის გრაბეკულომა.

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 2

403. შარდის ბუშგის კიბოს სგადის უფრო ბუსტი დიაგნოსტიკა ხორციელდება:

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

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

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

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

- ა) შარდის ბუშგის შიგნითა კონგურის ლეფორმაცია;
- ბ) შარდის ბუშგის მოცულობის მკვეთრი შემცირება;
- *გ) სიმსივნის მდებარეობის ადგილზე შარდის ბუშგის კელლის გასქელება;
- დ) შარდსაწვეთების ორიფიციუმების დაზიანება;
- ე) შარდის ბუშგის ყელის დაზიანება.

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

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

407. შარდის ბუშგის დივერტიკული არის:

- ა) შარდსაწვეთის კელლის გომრისებრი გამომწევა შარდის ბუშგის სანათურში;
- *ბ) შარდის ბუშგის კელლის გომრისებრი გამომწევა ღრუს წარმოქმნით, რომელიც დაკავშირებულია შარდის ბუშგის ღრუსთან;
- გ) პოლიპის მაგვარი ჩაზრდა შარდსაწვეთის ორიფიციუმის მიდამოში;

დ) ურახუსის გაფართოება;

408. ურეთეროცელე - ეს არის:

- *ა) შარლსაწვეთის კელის გომრისებრი გამომწევა შარლის ბუშის სანათურში;
- ბ) შარლის ბუშის კელის გომრისებრი გამომწევა ღრუს წარმოქმნით, რომელიც დაკავშირებულია შარლის ბუშის ღრუსთან;
- გ) პოლიპის მაგვარი ჩაზრდა შარლსაწვეთის ორიფიციუმის მიდამოში;
- დ) ურახუსის გაფართოება;

409. ულტრაბგერითი გამოკვლევით დადგინდა შარლის ბუშის დივერტიკული. დამატებით აუცილებელია:

- ა) რეგროპერიტონელური და საზარდულის ლიმფური კვანძების გამოკვლევა;
- *ბ) შარლის ბუშში და დივერტიკულში ნარჩენი შარლის რაოდენობის განსაზღვრა;
- გ) თირკმლის მენჯში სითხის გადასროლის შესაძლებლობის გამო თირკმლის მენჯის გამოკვლევა;
- დ) "სამიზნე" ორგანოების გამოკვლევა;

410. მწვავე ცისტიტის ექოგრაფიული ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს შარლის ბუშში ნალექის გამოვლენისას;
- დ) არსებობს კელეების გასქელების გამოვლენისას;
- ე) არსებობს პოლიპისმაგვარი წარონაქმნების გამოვლენისას შარლის ბუშის შიდა კონტურზე.

411. ზრდასრულ ადამიანებში ქრონიკული ცისტიტის პათოგნომური ნიშნები:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს შარლის ბუშში ნალექის გამოვლენისას;
- დ) არსებობს კელეების გასქელების გამოვლენისას;
- ე) არსებობს შარლის ბუშის შიდა კონტურზე პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნების გამოვლენისას.

412. შარლის ბუშის ულტრაბგერითი კვლევისას ისახება მომრგვალო ფორმის კელისმიერი არამოდრაფი წარმონაქმნი მაღალი ექოგენობითა და მკაფიო აკუსტიკური ჩრდილით. სავარაუდო დიაგნოზია:

- ა) სიმსივნე;
- *ბ) შარლსაწვეთის ორიფიციუმის კონკრემენტი;
- გ) ურეთეროცელე;
- დ) ურახუსის დაჩირქებული კისტა;
- ე) ქრონიკული ცისტიტი.

413. MცNეალ-ის მონალური ანაგომიის თანახმად ნორმალურ წინამდებარე ჯირკვალში გამოყოფენ:

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

414. M₆N₇ეალ-ის მონალური ანაგომიის თანახმად ნორმალურ წინამდებარე ჯირკვალში გამოყოფენ:

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

415. წინამდებარე ჯირკვლის საკუთარი ჯირკვლები განლაგებულია:

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

416. წინამდებარე ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევის ოპტიმალურ მეთოდად ითვლება:

- ა) გრანსაბდომინალური სკანირება;
- *ბ) გრანსრექტალური სკანირება;
- გ) გრანსურეთრული სკანირება;
- დ) გრანსლუმბალური სკანირება;
- ე) ფარმაკოექოგრაფია.

417. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის სკრინინგ მეთოდად ითვლება:

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

418. წინამდებარე ჯირკვლის აღენომა არის:

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

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

- ა) კვანძოვანი წარმონაქმნები პერიფერიულ მონაში;
- ბ) რეტენგული კისტები ცენტრალურ მონაში და პერიფერიაზე;
- გ) ურეთრის პეგრიფიკაციები;
- *დ) კვანძოვანი ან ღიფუბური ცვლილებები ჯირკვლის შიგნით;
- ე) პარაურეთრული ფიბროზი.

420. წინამდებარე ჯირკვლის აღენომისას კვანძოვანი წარმონაქმნები უფრო ხშირად განლაგებულია:

- ა) ცენტრალურ მონაში;
- ბ) პერიფერიულ მონაში;

- *გ) გარდამავალ მონაში;
- დ) ქირურგიული კაფსულის გასწვრივ;
- ე) წინა ფიბრომუსკულარულ მონაში.

421. ულტრაბგერითი კვლევით წინამდებარე ჯირკვლის აღნომური კვანძი:

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

422. რექტალურად თითოთ კვლევისას აღნომური კვანძი:

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

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

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 4
- ე) 1;3

424. რექტალურად თითოთ გამოკვლევისას სიმსივნური კვანძი:

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

425. წინამდებარე ჯირკვალში პირველადი სიმსივნური კვანძი უფრო ხშირად ლოკალიზდება:

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

426. წინამდებარე ჯირკვალში სიმსივნური კვანძის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშანი:

- ა) არსებობს;
- *ბ) არ არსებობს;
- გ) არსებობს, მაღალდიფერენცირებული აღნოკარცინომისას;
- დ) არსებობს, ინფილტრირებადი პროცესის დროს;

427. წინამდებარე ჯირკვლის კიბო უფრო ხშირად არის შედეგი:

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

428. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

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

429. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა გრანსრექტალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

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

430. პერიფერიულ ზონაში პირველადი სიმსივნური კვანძი:

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

431. წინამდებარე ჯირკვლის გრანსურეთრული კვლევისათვის იყენებენ შემდეგი სიხშირის გადამწოდს:

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

432. მწვავე პროსტატიტის სპეციფიკური ულტრაბგერითი ნიშნები:

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

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

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

434. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით მწვავე პროსტატიტს ახასიათებს:

- *ა) ჯირკვლის ზომების მომაგება, შიდა და გარეთა ნაწილების დიფერენციაციის დარღვევა, ექოგენობის დაქვეითება;

- ბ) ჯირკვლის ზომების მომაგება, უპირატესად მისი ცენტრალური ზონისა, ცენტრალური ზონის მკვეთრი არაერთგვაროვნება, მასში რეგენციული კისტებისა და პეგრიფიკაციების არსებობით;
- გ) ჯირკვლის ზომების შემცირება, ექოგენობის მომაგება, პეგრიფიკაციების არსებობა;
- დ) წინამდებარე ჯირკვლის "შეჭმული" კონტური;
- ე) ჯირკვლის უცვლელი ზომები და შიდა სტრუქტურის არაერთგვაროვნება.

435. ქრონიკული პროსტატიტის პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშნები:

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

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

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

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

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

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

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

439. წინამდებარე ჯირკვალში აბსცესის არსებობის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

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

440. სათესლე ბუშტუკების მდგომარეობის შესაფასებლად პირველ რიგში უნდა განისაზღვროს:

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

441. მწვავე ვეზიკულიტის ულტრაბგერით ნიშნად ითვლება:

ა) სათესლე ბუშტუკების ექოგენობის მომაგება ან დაქვეითება;

*ბ) სათესლე ბუშტუკების ზომების მომაგება, ექოგენობის დაქვეითება და შესაძლებელი ანექოგენური წარმონაქმნები;

გ) სიმსივნური წარმონაქმნები სათესლე ბუშტუკების პროექციაში;

442. სათესლე ბუშტუკების სიმსივნური დამიანებისათვის დამახასიათებელია:

ა) სათესლე ბუშტუკების სიმეგრიულად გადიდება;

*ბ) სათესლე ბუშტუკების არასიმეგრიულად გადიდება;

გ) სათესლე ბუშტუკების ექოგენობის დიფერენციალური მომაგება;

დ) კალცინატების არსებობა სათესლე ბუშტუკების პროექციაში;

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

ა) 2,5 მგჰც;

ბ) 3,5 მგჰც;

*გ) 7,5 მგჰც;

დ) 10 მგჰც;

ე) 12 მგჰც.

444. მწვავე ორქოეპიდლიმიტის ექოგრაფიული ნიშანია:

*ა) ღანაშაგისა და სათესლე ჯირკვლის გადიდება, ღანაშაგისა და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითება მრავლობითი ჰიპო- და ანექოგენური ზონების ან დიდი ზომის ჰიპოექოგენური ზონების გაჩენის ხარჯზე;

ბ) სათესლე ჯირკვლის ღანაშაგის ზომების მომაგება და უჯრედული ინფილტრაციის ხარჯზე, სათესლე ჯირკვლისა და ღანაშაგის ექოგენობის მომაგება;

გ) სათესლე ჯირკვლისა და ღანაშაგის ზომების შემცირება ექოგენობის მომაგებით და აგროფიის მოვლენებით;

445. სათესლე ჯირკვლის მწვავე გადაგრეხვის ულტრაბგერითი ნიშანია:

*ა) ღანაშაგისა და სათესლე ჯირკვლის გადიდება, ღანაშაგისა და სათესლე ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის დაქვეითება მრავლობითი ჰიპო- და ანექოგენური ზონების ან დიდი ზომის ჰიპოექოგენური ზონების გაჩენის ხარჯზე;

ბ) სათესლე ჯირკვლის ღანაშაგის ზომების მომაგება და უჯრედული ინფილტრაციის ხარჯზე სათესლე ჯირკვლისა და ღანაშაგის ექოგენობის მომაგება;

გ) სათესლე ჯირკვლისა და ღანაშაგის ზომების შემცირება ექოგენობის მომაგებით და აგროფიის მოვლენებით;

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

ა) შესაძლებელია;

*ბ) არ არის შესაძლებელი;

გ) შესაძლებელია სათესლე ბაგირაკის გაფართოებისას;

დ) შესაძლებელია პერიპროსტატული ვენების გაგანიერების შემთხვევაში;

ე) შესაძლებელია სათესლე ჯირკვლის პერიფერიაზე ანექოგენური ქობის არსებობისას.

447. მწვავე ორქოეპიდლიმიტის სათესლე ჯირკვლის მწვავე გადაგრეხვისაგან დიფერენცირების მეთოდია:

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

448. ვარიკოცელე არის:

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

449. ჰიდროცელე არის:

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

450. სპერმატოცელე არის:

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

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

- *ა) რეტროპერიტონეულ ლიმფურ კვანძებში;
- ბ) პანკრეასში;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვალში;
- დ) წინამდებარე ჯირკვალში
- ე) .ლულოვან ძვლებში.

453. სათესლე ჯირკვლის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა:

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

454. სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე უნდა განვასხვავოთ:

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

455. ლეიდიგომის განმასხვავებელი ექოგრაფიული ნიშნებია:

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

456. თირკმელზედა ჯირკვლები განლაგებულია:

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

457. მარჯვენა თირკმელზედა ჯირკვლის ექოგრაფიული კვლევისათვის ოპტიმალური მიდგომაა:

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

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

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

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

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

460. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები:

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

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

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

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

- ა) მრავლობითი კალცინაციების არსებობა თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილში;
- ბ) არასწორი კონტურების მქონე ჰიპერექოგენური სიმსივნური მასის არსებობა ცენტრში ანექოგენური ზონით;
- გ) სიმსივნის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი კისტოზური კომპონენტის არსებობა ლისგალური

ფსევდოგადღიერებით.

*დ) ბილაგერალური დაზიანება.

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

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

*ბ) ფილგვები, სარძევე ჯირკვალი, მსხვილი ნაწლავი, პანკრეასი, საყლაპავი;

გ) თიმუსი, საკვერცხეები, სათესლე ჯირკვლები, წინამდებარე ჯირკვალი, სათესლე ბუშგუკები, ორბიგა.

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

*ა) მრავლობითი კალცინატების არსებობა თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილში;

ბ) არასწორი კონტურების მქონე ჰიპერექოგენური სიმსივნური მასის არსებობა ცენტრში ანექოგენური ზონით;

გ) სიმსივნის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი კისტოზური კომპონენტის არსებობა დისტალური ფსევდოგადღიერებით.

დ) ბილაგერალური დაზიანება.

465. თირკმელზედა ჯირკვლების ჰიპერპლაზიები უფრო ხშირად:

*ა) ბილაგერალურია;

ბ) ჰომოლაგერალურია;

გ) გააჩნიათ ექსტრაორგანული ლოკალიზაცია.

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

ა) თირკმელზედა ჯირკვლის ტუბერკულოზურ დაზიანებასთან;

ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ჰემატომასთან;

გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ანთებად დაზიანებასთან;

*დ) თირკმელზედა ჯირკვლის ადენომასთან.

467. თირკმელზედა ჯირკვლის ორგანიზებული ჰემატომის ექოსტრუქტურა ხასიათდება:

*ა) კისტოზური და სოლიდური კომპონენტების არსებობით, კალცინირებით;

ბ) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური ზონის არსებობით;

გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქსოვილის ექოგენობის მკვეთრი მომატებით, კალცინირებული უბნების არსებობით.

468. ნორმალურად მდებარე თირკმელზედა ჯირკვლის პროექცია შეესაბამება:

ა) წელის მე-2-3 მალას;

ბ) გულმკერდის მე-3-10 მალას;

*გ) გულმკერდის მე-11-12 მალას;

469. ახალშობილის თირკმელზედა ჯირკვალში დომინირებს:

ა) თირკმელზედა ჯირკვლის გვინოვანი ნივთიერება;

ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი ნივთიერება;

*გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ემბრიონული ქერქოვანი ნივთიერება.

470. თირკმელზედა ჯირკვლის შეფარდებითი ზომები მეტია:

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

471. თირკმელზედა ჯირკვლის აღნოკარცინომის მეტასტაზები ჩნდება:

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

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

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

473. თირკმელების მღებარეობის შეფასების ორიენტირად ულტრაბგერითი კვლევისას იყენებენ:

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

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

- *ა) 3,5-5,0 მგჰც;
- ბ) 5,0 მგჰც;
- გ) 5,0-7,5 მგჰც;
- დ) 7,5 მგჰც.

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

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

476. თირკმელის სოლიტარულ კისტას ახასიათებს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

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

477. ჰიდრონეფროზის ექოგრაფიულ ნიშნად ითვლება:

- ა) თირკმელების მოცულობის გაზრდა, მენჯის გაფართოება 3 სმ-ზე მეტად, შარდსაწვეთის

ვიზუალიზაცია, ზედა მესამედის გაფართოება და შენარჩუნებული პარენქიმა;

*ბ) მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გაფართოება და პარენქიმის განლევა;

გ) ფიალების გაფართოება 1,5 სმ-მდე და მეტად, შენარჩუნებული პარენქიმა.

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

ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;

ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია;

გ) სცინტიგრაფია;

*დ) ულტრაბგერითი კვლევა დინამიკაში.

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

ა) ექსკრეტორული უროგრაფია;

ბ) სცინტიგრაფია;

გ) ჰელმინთოლოგიური გამოკვლევა;

*დ) სეროლოგიური სინჯები.

480. ჯანმრთელი მამაკაცების სათესლე ბუშტუკები გრანსაბლომინალური კვლევისას შემდეგნაირად ისახება:

*ა) ოვალური ფორმის, მკაფიო საზღვრებიანი, ჰიპოექოგენური სტრუქტურები, რომლებიც განლაგებულია შარდის ბუშტის ფუძესა და სწორი ნაწლავის წინა კედელს შორის;

ბ) ჯირკვლის გვერდით წილებში განლაგებული ჰიპერექოგენური წარმონაქმნები;

გ) ჯირკვლის შუა ზონაში მდებარე ჰიპოექოგენური წარმონაქმნები;

დ) არამკაფიო, არასწორ კონტურებიანი, არასწორი ფორმის წარმონაქმნი.

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

ა) 2,5 სმ-ს;

ბ) 3,5 სმ-ს;

*გ) 4,2 სმ-ს;

დ) 5,0 სმ-ს.

482. წინამდებარე ჯირკვლის რომელი ზონა ითვლება აღენომის წყაროდ:

ა) ცენტრალური;

ბ) პერიფერიული;

*გ) გარდამავალი;

დ) ყველა პასუხი სწორია.

483. წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულის მთლიანობის დარღვევა არის ნიშანი:

ა) მიულერის საღინარის თანდაყოლილი კისტის;

ბ) ქრონიკული პროსტატიტის;

გ) წინამდებარე ჯირკვლის აღენომის;

*დ) წინამდებარე ჯირკვლის კიბოსი.

484. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოზე ეჭვისას ყველაზე ინფორმატიულ მეთოდს წარმოადგენს:

ა) სცინტიგრაფია;

ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;

*გ) გრანსრექტალური ბიოფსია ულტრაბგერითი დამიზნებით.

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

ა) მენჯ-ფიალოვან სისტემაში "სილის არსებობაზე"

ბ) მენჯ-ფიალოვანი სტრუქტურების გამკვრივებაზე

გ) თირკმელებში მცირე ზომის კონკრემენტის არსებობაზე

დ) პირამიდის ღვრილების კალცინოზზე

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

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

ა) 0,5 სმ-ს

ბ) 1,0 სმ-ს

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

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

487. რეგროპერიტონეალური სივრცის ულტრაბგერითი გამოკვლევით აღმოჩნდა, რომ ორივე თირკმლის სივრძე არ აღემატება 5 სმ-ს, პარენქიმის ექოგენობა მომაგებულია. შესაძლებელია შემდეგი ვარინტები, გრადა:

ა) ქრონიკული გლომერულონეფრიტისა

ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტისა

გ) თირკმლის არტერიის ათროსკლეროზისა

*დ) თირკმლის ვენის თრომბოზისა

ე) ნიკრისის დაავადებისა (პოდაგრისა)

488. ხშირად თირკმლის ლომფომის კეროვანი ფორმის დიფერენცირება საჭიროა:

ა) ქრონიკული პიელონეფრიტისაგან

*ბ) მარტივი კისტისა და ტუბერკულოზური კავერნისაგან

გ) ჰემანჰიომიოლოლიპომისაგან

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

ა) თირკმლის გაორება

ბ) თირკმლის დისტოპია

*გ) ეგრეთ წოდებული ბერგინის ჰიპერტროფიული სვეტის არსებობა

დ) ჰემატომა

ე) თირკმლის ტუბერკულოზი

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

ა) პათოლოგიაა

ბ) ნორმაა

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

491. თირკმლის სინუსის კისტების ექოგრაფიულ თავისებებურებად ითვლება:

ა) მათი შიგთავსის ჰიპერექოგენურობა

ბ) მათ უკან არ აღინიშნება ფორსალური გაძლიერება

- *გ) გააჩნიათ დილაგირებული ფიალების, მენჯის ფორმა
- დ) კისტის კელეები არათანაბრად გასქელებულია
- ე) კისტაში აღინიშნება შინაგანი ექოსტრუქტურა

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

- ა) მოშარდვამდე
- *ბ) მოსარდვის შემდეგ
- გ) ვასლავის სინჯის ჩატარებისას
- დ) კისტის კელეები არათანაბრად გასქელებულია
- ე) კისტაში აღინიშნება შინაგანი ექოსტრუქტურა

493. თირკმლის პარენქიმა დისკლაზიის დროს წარმოდგენილია

- *ა) არაერთგვაროვანი სოლიდური, სოლიდურ-კისტოზური სტრუქტურის სახით, კორტიკომელულარული საზღვრის დიფერენცირება არ ხერხდება
- ბ) 5 მმ-მდე ჰიპერექოგენური სოლიდური სტრუქტურის სახით
- გ) 25 მმ ჰიპერექოგენური ერთგვაროვანი სტრუქტურის სახით
- დ) მელულარული ნივთიერების სკლეროზით და პირამიდების ღვრილების კალცინოზით
- ე) კორტიკალურ ნივთიერებაში წვრილი კისტოზური ცვლილებებით

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

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

495. აპოსტემატოზური პიელონეფრიტისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სიმპტომატიკა

- ა) თირკმლის გაღლოვანი კონგური, თირკმლის ზომებში შემცირება, პარენქიმის ნაწიბუროვანი ჩაზნექვა, ფიალების დეფორმაცია და გაგანიერება
- ბ) არამკაფიო საზღვრებიანი ჰიპერექოგენური ზონა, რომელიც იწვევს თირკმლის პარენქიმის გარეთა კონგურის დეფორმაციას
- *გ) თირკმლის მკვეთრი გადიდება, "პარენქიმა-თირკმლის სინუსი" დიფერენციაციის არსებობა, პარენქიმა და სინუსი წარმოდგენილია მცირე ზომის ჰიპო, იზო ა ანექოგენური უბნების მონაცვლეობით
- დ) ქერქის მკვეთრი გასქელება და ექოგენობის მომაგება, პირამიდების კვეტის ფართობის მომაგება და ექოგენობის დაქვეითება
- ე) ჰიპერექოგენული პირამიდების სინდრომი

496. მწვავე გლომერულონეფრიტი ულტრაბგერით კვლევისას უპირატესად იძლევა შემდეგ მონაცემებს:

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

497. თირკმელების ამილოიდოზის დროს შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ულტრაბგერითი სიმპტომები:

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

498. "გამოკვეთილი პირამიდები" დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

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

499. თირკმლის მწვავე უკმარისობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი

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

500. ქრონიკული პიელონეფრიტის დროს ნეფროსკლეროზი უხშირესად:

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

501. წინამდებარე ჯირკვლის ყველაზე დიდი ფიბრომუსკულარული მონაა:

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

502. ულტრაბგერითი კვლევისას ქრონიკულ პროსტატიტს ახასიათებს:

- ა) მთელი ჯირკვლის ექოგენობის დაქვეითება, შიდა და გარეთა ნაწილების დიფერენციაციის დარღვევით
- ბ) ცენტრალური მონის უპირატესი მრდა პერიფერიული მონის აგროფითა და მასზე გეწოლით
- * გ) ჯირკვლის ექოგენობის მომაგება, პეგრიფიკაციის მონის სტრუქტურის არაერთგვაროვნება და წინამდებარე ჯირკვლის "არასწორი" კონგური

503. შეუცვლელი სტრუქტურის სათესლე ჯირკვლის ცენტრალურ ნაწილში ვიზუალიზირდება

ხაზოვანი ფორმის ჰიპერექოგენური სტრუქტურა, რომელიც ჰყოფს სათესლე ჯირკვალს ორ სიმეტრიულ ნაწილად. ეს არის:

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

504. პაციენტთან სათესლე პარკის გრავიტიდან 10 დღის შემდეგ სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის ვიზუალირდება ანექოგენური წარმოანაქმნი პათოლოგიული მინარევების გარეშე, რომელიც ფორმას იცვლის გადამწოდით სათესლე პარკზე დაწოლის შედეგად; აღინიშნება სათესლე ჯირკვლისა და დანამაგის გადიდება. სავარუდო დიაგნოზია:

- ა) სათესლე პარკის ჰემატომა
- *ბ) პოსტგრაფიული ორქოეპიდიდიმიგი ჰიდროცელეთი
- გ) სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

505. მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვლის ექოგრაფიული კვლევისათვის ოპტიმალური მიდგომაა:

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

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

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

507. თირკმელების მწვავე უკმარისობა ხასიათდება შემდეგი ექოგრაფიული ნიშნებით:

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

508. წინამდებარე ჯირკვლის რომელი ზონა ითვლება ალენომის წყაროდ:

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

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა მეანობაში

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

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

510. საშვილოსნოს ორსულობის აღრეული დიაგნოსტიკა გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლოა:
ა) ორსულობის 3 კვირიდან;
ბ) 7 კვირიდან;
*გ) 5-6 კვირიდან;
დ) 8 კვირიდან.

511. ორსულობის აღრეულ ასაკში ულტრაბგერითი კვლევისას სავსე შარდის ბუშტი აუცილებელია:
*ა) გრანსაბლომინალური მიდგომისას;
ბ) გრანსვაგინალური მიდგომისას;
გ) ორივე პასუხი სწორია.

512. გრანსვაგინალური კვლევით სანაყოფე კვერცხის აღრეული ვიზუალიზაცია საშვილოსნოს ღრუში შესაძლოა:
ა) 5-6 კვირიდან;
*ბ) 4-5 კვირიდან;
გ) 2 კვირიდან;
დ) 7 კვირიდან.

513. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონი ვიზუალიზდება:
*ა) 6-7 კვირიდან;
ბ) 8-9 კვირიდან;
გ) 9-10 კვირიდან;
დ) 10-11 კვირიდან.

514. ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს გრანსაბლომინალური კვლევით ემბრიონის ვიზუალიზაცია აუცილებელია:
ა) 5 კვირიდან;
*ბ) 7 კვირიდან;
გ) 9 კვირიდან.

515. ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს გრანსვაგინალური კვლევით ემბრიონის ვიზუალიზაცია აუცილებელია:
*ა) 5-6 კვირიდან;
ბ) 7 კვირიდან;
გ) 3 კვირიდან.

516. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონის გულისცემის რეგისტრაცია შესაძლოა:
*ა) 7 კვირიდან;
ბ) 5 კვირიდან;
გ) 8 კვირიდან.

517. ულტრაბგერითი კვლევით ემბრიონის მოძრაობითი აქტიურობა ვლინდება:
*ა) 8 კვირიდან;
ბ) 10 კვირიდან;
გ) 12 კვირიდან;
დ) 6 კვირიდან.

518. ულტრაბგერითი კვლევით ყვითრის პარკი ვიზუალიზდება ორსულობის:

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

519. ულტრაბგერითი კვლევისას სანაყოფე კვერცხის დიამეტრი იზომება:

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

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

- ა) სანაყოფე კვერცხის საშუალო დიამეტრი;
- *ბ) ემბრიონის თხემ-კუდუსუნის ზომა;
- გ) საშვილოსნოს ზომები;
- დ) ემბრიონის თავის ბიპარიეტული ზომა.

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

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

522. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ტრანსაბდომინალური კვლევით რეტროქორიონული ჰემატომის ვიზუალიზაცია:

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

523. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში აბორტის საშიშროების ულტრაბგერითი ნიშანია:

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

524. არაპროგრესირებადი ორსულობის აბსოლუტურ ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

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

525. არასრული აბორტის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

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

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

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

527. ბუშგნამქერის ყველაზე დამახასიათებელ ულტრაბგერით სურათს წარმოადგენს:

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

528. ისთმურ-ცერვიკალური ნაკლოვანების სარწმუნო ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

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

529. გრანსვაგინალური სკანირებით ნაყოფის შარდის ბუშგის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

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

530. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევისას ემბრიონის თავი ვიზუალიზდება:

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

531. გრანსაბლომინალური კვლევისას ემბრიონის კიდურები ვიზუალიზდება:

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

532. გრანსაბლომინალური კვლევით თავის ტვინის შუამდებარე სტრუქტურების გამოვლენა შესაძლებელია:

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

533. ანენცეფალიის დიაგნოსტიკა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში:

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

534. ლიბენცეფალის დიაგნოსტიკა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში:

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

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

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

536. ორსულობის პირველი ტრიმესტრის ბოლოს ამელიის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

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

537. ორსულობის 12 კვირაზე ემბრიონის გული ნორმაში:

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

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

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

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

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

540. ფეგომეგრიისათვის აუცილებელ პარამეტრებს განეკუთვნება:

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

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

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

542. ცეფალური ინდექსის ნორმატიული მაჩვენებელი მერყეობს:

- ა) 30-40%;
- ბ) 40-55%;

*გ) 70-86%;

543. ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომა ისაზღვრება:

*ა) საფეთქლის ძვლების გარე და შიდა კონტურებს შორის;

ბ) საფეთქლის ძვლების გარეთა კონტურებს შორის;

გ) საფეთქლის ძვლების შიდა კონტურებს შორის;

დ) საფეთქლის ძვლების ყველაზე მკაფიოდ ვიზუალიზებად კონტურებს შორის.

544. ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომა ისაზღვრება:

ა) ნათხემის ჰემისფეროების ღონებზე;

ბ) თვალბუდის ღონებზე;

*გ) ოთხგორაკის და გამჭვირვალე ძგიდის ღრუს ღონებზე;

დ) გვერდითი პარაკუჭების საფეთქლის რქების ღონებზე;

545. ნაყოფის ბარძაყის ძვლის მუსკი გამომდისათვის ულტრაბგერითი გადამწოლი უნდა მოთავსდეს:

*ა) ბარძაყის ძვლის მიმართ სწორი კუთხით;

ბ) ბლაგვი კუთხით;

გ) კუთხეს არ აქვს მნიშვნელობა.

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

ა) კუჭი;

ბ) თირკმლები;

*გ) ჭიპლარის ვენა;

დ) თირკმელზედა ჯირკვლები;

ე) ელენთა.

547. ნაყოფის მუცელშიდა განვითარების შეფერხების სიმეტრიული ფორმის დამახასიათებელი ნიშანია:

ა) ძირითადი ფეგომეტრიული მაჩვენებლების არაპროპორციული ჩამორჩენა;

*ბ) ძირითადი ფეგომეტრიული მაჩვენებლების პროპორციული ჩამორჩენა.

548. ნაყოფის მუცელშიდა განვითარების შეფერხების ასიმეტრიული ფორმისათვის დამახასიათებელია:

*ა) ძირითადი ფეგომეტრიული მაჩვენებლების არაპროპორციული ჩამორჩენა;

ბ) ძირითადი ფეგომეტრიული მაჩვენებლების პროპორციული ჩამორჩენა.

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

ა) 3 სმ-ზე ნაკლები;

ბ) 5 სმ-ზე ნაკლები;

*გ) 7 სმ-ზე ნაკლები;

დ) 10 სმ-ზე ნაკლები.

550. პლაცენტის წინამდებარეობის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა წარმოებს:

ა) დაცლილ შარდის ბუშტზე;

ბ) გადავსებულ შარდის ბუშტზე;

- * გ) ზომიერად ავსებულ შარდის ბუშტბე;
- დ) შარდის ბუშტის ავსების ხარისხს არ აქვს მნიშვნელობა.

551. პლაცენტის წინამდებარეობის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

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

552. გასქელებული პლაცენტა უხშირესად ვლინდება:

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

553. ულტრაბგერითი კვლევისას პლაცენტის სისქე იზომება:

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

554. პლაცენტის ნაადრევი აცლის ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

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

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

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

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

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

557. გადამწიფებული ორსულობისათვის დამახასიათებელია პლაცენტის სიმწიფის პირველი ხარისხის არსებობა:

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

558. ნორმაში ჭიპლარის შემადგენლობაში შედის:

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

გ) ორი არტერია და ორი ვენა.

559. ჭიპლარის კისტების შიგთავსი უხშირესად:

*ა) კისტოზურია;

ბ) კისტოზურ-სოლიდურია;

გ) სოლიდურია;

დ) კისტოზურ-სოლიდურია სოლიდური კომპონენტის სიჭარბით.

560. ჭიპლარის კისტები უხშირესად ერწყმის:

ა) ანენცეფალიას;

ბ) შარდ-სასქესო სისტემის ანომალიებს;

*გ) ქრომოსომულ აბერაციებს;

დ) პლაცენტის წინამდებარეობას.

561. მცირეწყლიანობის დროს უხშირესად დიაგნოსტიკურ ღებვა შეძლევი ორგანოთა სისტემის განვითარების ანომალიები:

ა) გულ-სისხლძარღვთა;

ბ) კუჭ-ნაწლავის;

*გ) შარდის გამომყოფი;

დ) მუცლის წინა კედლის.

562. ჭარბწყლიანობა ხშირად ერწყმის:

*ა) წვრილი ნაწლავის აგრეზიას;

ბ) თირკმლების ორმხრივ აგრეზიას;

გ) პლაცენტის ნაადრევ მომწიფებას;

დ) ნაყოფის მუცლადყოფნის განვითარების შეფერხებას.

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

*ა) 16-22 კვირა;

ბ) 23-27 კვირა;

გ) 28-32 კვირა;

დ) 11-15 კვირა.

564. ნაყოფის მუცლად ყოფნის პერიოდში სიკვდილის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმებია:

*ა) ნაყოფის გულისცემის არარსებობა;

ბ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის არარსებობა;

გ) ნაყოფის სუნთქვითი მოძრაობის არარსებობა;

დ) თავის გვინის სტრუქტურების ცვლილება.

565. თავის გვინის დიდი ცისტერნა ულტრაბგერითი კვლევით ვლინდება:

ა) ქალას წინა ორმოში;

ბ) ქალას შუა ორმოში;

*გ) ქალას უკანა ორმოში;

დ) შუა და უკანა ორმოს საზღვარზე.

566. პარაკუჭ-ჰემისფეროს ინდექსი წარმოადგენს:

*ა) გვერდითი პარაკუჭის სხეულის სიგანის შეფარდებას ბიპარიეტული ზომის ნახევართან;

- ბ) გვერდითი პარკუჭის სხეულის სიგანის შეფარლებას ბიპარიეტულ ზომასთან;
- გ) გვერდითი პარკუჭების სხეულების სიგანის შეფარლებას ბიპარიეტულ ზომასთან;
- დ) გვერდითი პარკუჭების სხეულების სიგანის შეფარლებას ბიპარიეტული ზომის ნახევართან.

567. გამჭვირვალე ტიხრის ღრუ ვიზუალიზდება როგორც:

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

568. ნაყოფის თავის გვინის გვერდითი პარკუჭების სისხლძარღვოვანი წნული ტრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით მკაფიოდ ვლინდება:

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

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

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

570. დაუნის სინდრომის სავარაუდო ულტრაბგერითი ნიშანია კისრის ნაოჭის გასქელება:

- ა) 3 მმ-ზე მეტად;
- ბ) 4 მმ-ზე მეტად;
- გ) 5 მმ-ზე მეტად;
- *დ) 6 მმ-ზე მეტად.

571. თავის გვინის წყალსადენის სტრუქტურის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

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

572. ნაყოფის თავის ორმაგი კონტური დამახასიათებელია:

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

573. გარეთა ჰილროცეფალიის ძირითადი ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

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

574. ღენდი-უოკერის სინდრომის ძირითადი ულგრებგერითი კრიტერიუმი:

- ა) მესამე და გვერდითი პარკუჭების გაგანიერება;
- ბ) სუბარაქნოიდული სივრცის გაგანიერება;
- *გ) კისტომური წარმონაქმნის არსებობა ქალას უკანა ფოსოში;
- დ) ზურგის ტვინის თიაქარი.

575. მიუთითეთ ანენცეფალის ძირითადი ულგრებგერითი კრიტერიუმები:

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

576. მენინგოენცეფალოცელეს დროს ქალა-ტვინის თიაქრის შემადგენლობაში შედის:

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

577. ქალა-ტვინის თიაქარი უხშირესად ლოკალიზდება:

- ა) საფეთქლის მიდამოში;
- *ბ) კეფის მიდამოში;
- გ) შუბლის მიდამოში.

578. მეკელის სინდრომში შედის:

- *ა) ქალა-ტვინის თიაქარი და თირკმლების პოლიკისტოზი;
- ბ) ქალა-ტვინის თიაქარი და ღვიძლის კისტა;
- გ) ქალა-ტვინის თიაქარი და ურახუსის კისტა;
- დ) ქალა-ტვინის თიაქარი და საკვერცხის კისტა;
- ე) ქალა-ტვინის თიაქარი და პოლისპლენია.

579. ანენცეფალის აკრანისაგან განმასხვავებელი ძირითადი ნიშანია:

- ა) ქალა-სარქელის ძელების არარსებობა;
- *ბ) თავის ტვინის ღიდი ჰემისფეროების არარსებობა;
- გ) ტვინის ღეროს არარსებობა;
- დ) ნათხემის და ზოლიანი სხეულის არარსებობა.

580. გამოხატული ჰიდროცეფალის და ჰიდროანენცეფალის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია:

- ა) ვენტრიკულომეგალიის ხარისხი;
- ბ) უკანა ფოსოში ღიდი კისტის არსებობა;
- *გ) თავის ტვინის ღიდი ჰემისფეროების არარსებობა;
- დ) ღიდი ზომის, საერთო, ცენტრალურად განლაგებული პარკუჭის არსებობა.

581. მიკროცეფალის ყველაზე დამახასიათებელი ულგრებგერითი კრიტერიუმი:

- ა) თავის ბიპარიეტული ზომის რიცხობრივი მაჩვენებლების შემცირება;
- *ბ) ბარძაყის ძვლის სიგრძის თავის შემოწერილობასთან შეფარდების რიცხობრივი მაჩვენებლის გაზრდა;
- გ) თავისა და მუცლის გარშემოწერილობის შეფარდების რიცხობრივი მაჩვენებლის გაზრდა;
- დ) ცეფალური ინდექსის რიცხობრივი მაჩვენებლის შემცირება 75%-ზე მეტად.

582. ჰოლოპრობენცეფალიის (წილის განუვითარებლობის) ულტრაბგერით ნიშნებს მიეკუთვნება:

- *ა) საერთო, ცენტრალურად განლაგებული პარაკუჭის არსებობა, თავის გვინის შუა სტრუქტურის არარსებობის ფონზე;
- ბ) ორმხრივი ქალასშიდა კისტების არსებობა, რომლებიც უერთდება გვერდით პარაკუჭებს;
- გ) ნახევარსფეროებისა და ნათხემის ჭიის გამოხატული ჰიპოპლამბია;
- დ) დიდი ჰემისფეროების მრავლობითი კისტები.

583. ჰოლოპრობენცეფალია უხშირესად ერწყმის განვითარების ანომალიებს:

- ა) გულის;
- ბ) თირკმლების;
- გ) კიდურების;
- *დ) სახის.

584. ბოლიანი სხეულის აგენებია უხშირესად ერწყმის:

- *ა) დენდი-უოკერის სინდრომს;
- ბ) მეკელის სინდრომს;
- გ) პორენცეფალიას;
- დ) არაქნოიდულ კისტებს.

585. ლისენცეფალიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) გვინის ნამგლის არარსებობა;
- ბ) ნათხემის არარსებობა;
- გ) მხედველობის ბორცვების არარსებობა;
- დ) დიდი ცისტერნის არარსებობა;
- *ე) გვინის ნახევარსფეროების ხვეულების არარსებობა.

586. მაგარი სასის და ზედა ტუჩის გახლეჩვის პრენატალური ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ფერადი დოპლერგრაფიის გარეშე:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) შეუძლებელია.

587. შPINA BIFIDA ჩYშთჩჩA-ს და შლINA BIFIDA OჩჩULA-ს პრენატალური ულტრაბგერითი დიფერენციალური დიაგნოზი ისმება შემდეგი ნიშნის მიხედვით:

- *ა) ხერხემლის დეფექტის მიდამოში თიაქრის არსებობა;
- ბ) ხერხემლის დეფექტი;
- გ) თიაქრის შიგთავსი;
- დ) თიაქრის ზომები და ლოკალიზაცია.

588. ჰიპერტელორიზმი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი სურათით:

- ა) თვალის კაკლებს შორის მანძილის შემცირება;
- *ბ) თვალის კაკლებს შორის მანძილის გაზრდა;
- გ) ყურის ნიჟარებს შორის მანძილის შემცირება;
- დ) ყურის ნიჟარებს შორის მანძილის გაზრდა.

589. არინია დიაგნოსტიკირდება:

- ა) ყურის ნიჟარების არარსებობით;
- ბ) თვალის კაკლების არარსებობით;
- გ) ენის არარსებობით;

*დ) ცხვირის არარსებობით.

590. ემბრიონის კისრის მიდამოს გამოხატული შეშუპება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში მეგყველებს:

ა) ხერხემლის გახლეჩვაზე (გაორება);

ბ) კისრის მიდამოს სიმსივნეზე;

*გ) ქრომოსომულ აბერაციებზე;

დ) პირველი ტრიმესტრის ბოლოსათვის კისრის მიდამოს შეშუპება წარმოადგენს ემბრიონის ნორმალურ ანაგომიას.

591. ემბრიონის კისრის მიდამოში შეშუპება პათოლოგიურია, როცა მისი წინა-უკანა ზომა აღემატება:

ა) 1 მმ-ს;

ბ) 2 მმ-ს;

*გ) 3 მმ-ს;

დ) 5 მმ-ს.

592. კისრის გიგრომის გიპური ულტრაბგერითი გამოსახულებაა:

*ა) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი;

ბ) ერთკამერიანი წარმონაქმნი;

გ) სოლიდური წარმონაქმნი;

დ) კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნი.

593. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში ნაყოფის ღვიძლის ექოგენობის პრევალირება ფილგვის ექოგენობაზე მიუთითებს:

ა) ფილგვის ქსოვილის სიმწიფეზე;

*ბ) ფილგვის ქსოვილის უმწიფრობაზე;

გ) მუცელშიდა ინფიცირებაზე;

დ) ფილგვის ქსოვილის ჰიპოპლაზიაზე.

594. ღიაფრაგმული თიაქრის პრენატალური ულტრაბგერითი ღიაგნოსტიკა:

*ა) შესაძლებელია;

ბ) შეუძლებელია;

გ) შესაძლებელია მხოლოდ ორსულობის მესამე ტრიმესტრში.

595. თანდაყოლილი ღიაფრაგმული თიაქრის დროს ნაყოფის გულმკერდის ღრუში ერთკამერიანი ანექოგენური წარმონაქმნის ვიზუალიზაცია შეესაბამება:

ა) ნაწლავს;

*ბ) კუჭს;

გ) ღვიძლს;

დ) ელენტას;

ე) თირკმლებს.

596. ცალმხრივი ჰიდროთორაქსის ექოგრაფიული კრიტერიუმია:

ა) ფილგვის ქსოვილში ჰიპოექოგენური კისტოზური ჩანართების არსებობა;

ბ) გულმკერდის ღრუში მრავალკამერიანი კისტოზური წარმონაქმნის არსებობა;

*გ) დაზიანების მხარეს, პლევრის ღრუში ანექოგენური შიგთავსის არსებობა;

დ) დაზიანების მხარეს ფილგვის ექოგენობის დაქვეითება.

597. ნაყოფის თავით წინამდებარეობის დროს გულმკერდის განივი კვეთისას გული ლოკალიზდება:

- ა) წინა მარჯვენა კვადრანტში;
- *ბ) წინა მარცხენა კვადრანტში;
- გ) უკანა მარჯვენა კვადრანტში;
- დ) უკანა მარცხენა კვადრანტში.

598. სკრინინგული ულტრაბგერითი კვლევისას ნაყოფის გულის კვლევისათვის საჭიროა შემდეგი ჭრილი:

- ა) მარცხენა პარაკუჭის მოკლე ღერძზე;
- ბ) ფილგვის ღერძზე გამავალი;
- გ) აორტის რკალზე გამავალი;
- *დ) ოთხკამერიან ჭრილზე გამავალი;

599. ნაყოფის გულის ძგიდე ნორმაში მდებარეობს საგიგალურად შემდეგი კუთხით:

- ა) 10 გრადუსი;
- *ბ) 30 გრადუსი;
- გ) 90 გრადუსი;
- დ) 120 გრადუსი.

600. გულის განივი ჭრილის ფართობი ნორმაში არ აღემატება გულმკერდის დრუს ფართობის:

- ა) 1/6-ს;
- ბ) 1/5-ს;
- გ) 1/4-ს;
- *დ) 1/3-ს.

601. პერიკარდიალურ გამონაჟონად ითვლება ჰიპოქოგენური ზონა სახით პერი- და მიოკარდიუმს შორის, რომლის სისქე აღემატება:

- *ა) 2 მმ-ს;
- ბ) 4 მმ-ს;
- გ) 5 მმ-ს;
- დ) 6 მმ-ს.

602. პარაკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

- *ა) შესაძლებელია;
- ბ) არ არის შესაძლებელი;
- გ) შესაძლებელია დიდი ზომის მემბრანული ღეფექტის შემთხვევაში;
- დ) შესაძლებელია მხოლოდ ორივე პარაკუჭის დილაგაციის შემთხვევაში;
- ე) შესაძლებელია მხოლოდ ფერადი დოპლერგრაფიით.

603. ებშტეინის ანომალიის პრენატალურ ექოგრაფიულ კრიტერიუმს წარმოადგენს:

- ა) ერთკამერიანი გული ორი აგრიოვენტრიკულური სარქველით;
- ბ) აორტის კოარქტაცია შერწყმული პარაკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტთან;
- *გ) სამკარიანი სარქველის კარელების გაღანაცვლება მარჯვენა პარაკუჭის სიღრმეში და დიდი მარჯვენა წინაგული;
- დ) გამოხატული ჰიპოპლაზია ან მარჯვენა პარაკუჭის მიოკარდიუმის არარსებობა.

604. ნაყოფის დექსტროკარდია უხშირესად გამოწვეულია:

- ა) მიგრალური სისხლძარღვების გრანსპოზიციით;
- ბ) ფილტვის ვენების ანომალური მიერთებით;
- გ) საყლაპავის აგრეზიით;
- *დ) ღიაფრაგმული თიაქრით.

605. ერთიანი წინაგულ-პარკუჭოვანი არხის სრული ფორმის ექოგრაფიულ კრიტერიუმებს წარმოადგენს:

- ა) გულის ორივე პარკუჭის ჰიპოპლაზია;
- ბ) მიგრალური სარქველის აგრეზია და წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი;
- *გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ქვემო და პარკუჭთაშუა ძგიდის ზემო ნაწილის დეფექტი;
- დ) აორტის კოარქტაცია და პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი.

606. ნაყოფის გულის სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- *ა) რაბდომიომა;
- ბ) პერიკარდიალური გერაგომა;
- გ) ფიბრომა;
- დ) მიქსომა.

607. ნაყოფის ღიაფრაგმული თიაქრის ექოგრაფიული ნიშნებია:

- ა) მუცლის ღრუს ორგანოების ვიზუალიზაცია გულმკერდის ღრუში;
- ბ) დექსტროკარდია;
- გ) ჭარბწყლიანობა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

608. ნაყოფის საყლაპავის აგრეზიის დიაგნოზს კუჭის ჩრდილის ვიზუალიზაცია:

- ა) გამოორიცხავს;
- *ბ) არ გამოორიცხავს.

609. საყლაპავის აგრეზიისთვის (გრაქეა-საყლაპავის ხვრელ-მილის გარეშე) დამახასიათებელია:

- *ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) მცირეწყლიანობა;
- გ) სანაყოფე წყლების ნორმალური რაოდენობა.

610. ნაყოფის თორმეტიჯოჯა ნაწლავის აგრეზიისათვის ულტრაბგერითი კვლევისას დამახასიათებელია:

- ა) მსხვილი ნაწლავის მარყუქების გაფართოება;
- ბ) ასციტი;
- *გ) ორმაგი ბუშტი მუცლის ღრუში;
- დ) მცირეწყლიანობა.

611. პრენატალური დიაგნოსტიკური თორმეტიჯოჯა ნაწლავის აგრეზიის შემთხვევაში 21-ე ქრომოსომის გრისომიის ალბათობა:

- *ა) მაღალია;
- ბ) არ არის მაღალი.

612. ომფალოცელესათვის თიაქრის პარკის არსებობა:

- *ა) დამახასიათებელია;
- ბ) არ არის დამახასიათებელი.

613. გასტრომიზისის პრენატალურ ულტრაბგერით დიაგნოსტიკურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) კუჭის ზომების გაზრდა;
- ბ) კუჭის ზომების შემცირება;
- გ) მუცლის ღრუს ორგანოების ევენტრაცია თიაქრის პარკში;
- *დ) მუცლის ღრუს ორგანოების ევენტრაცია თიაქრის პარკის გარეშე;
- ე) კუჭის ჩრდილის არარსებობა.

614. გასტრომიზისის ღროს ქრომოსომული აბერაციები აღინიშნება:

- ა) ხშირად;
- *ბ) იშვიათად.

615. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით ნაყოფის თირკმლების ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

- ა) 12 კვირიდან;
- *ბ) 16 კვირიდან;
- გ) 20 კვირიდან;
- დ) 24 კვირიდან;

616. ნაყოფის თირკმლისა და ხერხემლის უბნის განივი კვეთის ფართობი ნორმაში არ აღემატება მუცლის განივი კვეთის ფართობის:

- ა) 1/2-ს;
- *ბ) 1/3-ს;
- გ) 1/5-ს;
- დ) 1/6-ს.

617. საშუალო კლასის ულტრაბგერით სკანერებზე შეუცვლელი შარდსაწვეთები ვიზუალიზდება:

- ა) დაკლაკნილი ანექოგენური მილაკოვანი წარმონაქმნის სახით;
- ბ) წვრილი ჰიპოექოგენური წარმონაქმნის სახით;
- გ) 5 მმ დიამეტრის ჰიპოექოგენური წარმონაქმნის სახით;
- *დ) არ ვიზუალიზდება.

618. ნაყოფის შარდის ბუშტის ვიზუალიზაცია გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) ორსულობის 10 კვირიდან;
- ბ) 12 კვირიდან;
- *გ) 14 კვირიდან;
- დ) 20 კვირიდან;
- ე) 22 კვირიდან.

619. ნაყოფის კუჭის ჩრდილის არარსებობა ორსულობის მეორე ტრიმესტრში უხშირესად თან სდევს:

- ა) ღიაფრაგმულ თიაქარს;
- *ბ) საყლაპავის აგრეზიას;
- გ) კარდიოსპლენარულ სინდრომს;
- დ) მსხვილი ნაწლავის აგრეზიას.

620. "ორმაგი ბუშტის" ულტრაბგერითი ნიშანი ყველაზე დამახასიათებელია:

- ა) თირკმლების პოლიკისტოზისთვის;
- ბ) საყლაპავის აგრეზიისთვის;
- გ) საკვერცხის კისტისთვის;
- *დ) თორმეტგოჯა ნაწლავის აგრეზიისთვის;
- ე) ორმხრივი ჰიდრონეფროზისთვის.

621. ჰიპერექტოგენური გადილებული თირკმლების არსებობა უხშირესად დამახასიათებელია:

- *ა) ინფანტილური ტიპის თირკმლების პოლიკისტოზური დაავადებისთვის;
- ბ) თირკმლების მულტიკისტოზური დაავადებისთვის;
- გ) ორმხრივი ჰიდრონეფროზისთვის;
- დ) უკანა ურეთრალური სარქველისათვის.

622. ნიშანი, რომელიც არ შეესაბამება ნაყოფის წყალმანკის ულტრაბგერით სურათს:

- ა) ჰიდროპერიკარდიუმი;
- ბ) ჰიდროთორაქსი;
- გ) ასციტი;
- *დ) ჰიდროცეფალია;
- ე) კანქვეშა შეშუპება.

623. ასციტის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის კრიტერიუმია ნაყოფის მუცლის ღრუში ექონეგაგიური სივრცის არსებობა, რომლის სისქე აღემატება:

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

624. გასქელებული პლაცენტა ითვლება ნაყოფის წყალმანკის ულტრაბგერით ნიშნად:

- ა) ღიახ;
- ბ) არა;
- *გ) მხოლოდ კანქვეშა შეშუპებასთან, ასციტთან და ჰიდროთორაქსთან ერთად.

625. ჩონჩხის დისპლაზიისთვის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისას არ არის დამახასიათებელი:

- ა) კიდურების ძვლების ზომების შემცირება;
- ბ) გულმკერდის ღრუს დეფორმაცია;
- *გ) მუცლის ზომების შემცირება;
- დ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის შემცირება;

626. კიდურების დამოკლების რომელი ტიპია დამახასიათებელი აქონდროგენეზისთვის:

- ა) რიზომელიური
- ბ) მეზომელიური;
- *გ) მიკრომელიური;
- დ) აკრომელიური.

627. კიდურების დამოკლების რომელი ტიპია დამახასიათებელი განატორორმული დისპლაზიისთვის:

- *ა) რიზომელიური;
- ბ) მეზომელიური;

- გ) მიკრომელიური;
- დ) აკრომელიური.

628. გრძელი ლულოვანი ძვლების გამრუდება დამახასიათებელია:

- ა) აქონდროპლაზიისთვის;
- *ბ) კამპომელიური დისპლაზიისთვის;
- გ) თანდაყოლილი მრავლობითი ართროგრიპოზისთვის.

629. მიუთითეთ მრავალნაყოფიანი ორსულობის ყველაზე ხშირი ტიპი:

- ა) მონოქორიონული, მონოამნიონური;
- *ბ) დიქორიონული, მონოამნიონური;
- გ) დიქორიონული, დიამნიონური;
- დ) მონოქორიონული, დიამნიონური.

630. როცა ულტრაბგერითი კვლევით ვლინდება ერთი პლაცენტა და ამნიონური ძგიდე, ეს მიუთითებს მრავალნაყოფიანი ორსულობის შემდეგ ტიპზე:

- ა) მონოქორიონულ, მონოამნიონურ;
- ბ) დიქორიონულ, მონოამნიონურ;
- გ) დიქორიონულ, დიამნიონურ;
- *დ) მონოქორიონულ, დიამნიონურ.

631. პიგოპაგი დიაგნოსტიკა გყუპების შერწყმისას:

- ა) კრანიალურ მიდამოში;
- ბ) თორაკალურ მიდამოში;
- გ) აბდომინალურ მიდამოში;
- *დ) ღუნდულების მიდამოში.

632. კრანოპაგი დიაგნოსტიკა გყუპების შერწყმისას:

- *ა) კრანიალურ მიდამოში;
- ბ) თორაკალურ მიდამოში;
- გ) აბდომინალურ მიდამოში;
- დ) ღუნდულების მიდამოში.

633. ომფალოპაგი დიაგნოსტიკა გყუპების შერწყმისას:

- ა) კრანიალურ მიდამოში;
- ბ) თორაკალურ მიდამოში;
- *გ) აბდომინალურ მიდამოში;
- დ) ღუნდულების მიდამოში.

634. გავა-კუდუსუნის ტერატომის ექოსტრუქტურა შეიძლება იყოს:

- ა) კისტოზური;
- ბ) სოლიდური;
- გ) კისტოზურ-სოლიდური;
- დ) სოლიდურ-კისტოზური;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

635. ორსულობის 20 კვირის შემდგომ საშვილოსნოს არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარის ნორმალური მრუდები ხასიათდება:

- ა) სისგოლა-დიასგოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- ბ) სისხლის ნაკადის დიასგოლური კომპონენტის დაბალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- *გ) სისხლის ნაკადის დიასგოლური კომპონენტის მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლებით;
- დ) აღრეული დიასგოლის ფაზაში დიკროტული ორმოს არსებობით.

636. ორსულობის მესამე ტრიმესტრში ნაყოფის კრიტიკული მდგომარეობის დოპლერმეტრიული მაჩვენებლებია:

- ა) საშვილოსნოს არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდების სისგოლა-დიასგოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები;
- *ბ) ჭიპლარის არტერიაში დიასგოლური სისხლის ნაკადის ნულოვანი და უარყოფითი მაჩვენებლები;
- გ) ჭიპლარის არტერიაში დიასგოლური სისხლის ნაკადის მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები;
- დ) ჭიპლარის არტერიაში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდების სისგოლა-დიასგოლური შეფარდების მაღალი რიცხოვრივი მაჩვენებლები.

637. მაღალი პერინატალური რისკის ორსულებში პირველი დოპლერმეტრიული კვლევის (სისხლის ნაკადის შეფასება საშვილოსნოს არტერიებსა და ჭიპლარის არტერიაში) ჩატარების ოპტიმალური პერიოდია:

- ა) 10-13 კვირა;
- ბ) 14-16 კვირა;
- *გ) 20-24 კვირა;
- დ) 28-32 კვირა.

638. დროული და გადამწიფებული ორსულობის შემთხვევაში საშვილოსნო-პლაცენტური და ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის შესწავლას მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულება:

- ა) აქვს;
- *ბ) არ აქვს.

639. ჰესტომის პროგნოზირების და სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისთვის სისხლის მიმოქცევის დოპლერომეტრიულ კვლევას აქვს მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულება:

- *ა) ორსულის საშვილოსნოს არტერიაში;
- ბ) თეძოს გარეთა არტერიაში;
- გ) ჭიპლარის არტერიაში;
- დ) ნაყოფის აორტაში;
- ე) ნაყოფის თავის ტვინის შუა არტერიაში.

640. ნაყოფის სქესის განსაზღვრა ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია:

- ა) 2-4 კვირიდან;
- ბ) 4-6 კვირიდან;
- გ) 8-10 კვირიდან;
- *დ) 18-20 კვირიდან;
- ე) ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში

641. საშვილოსნოს გარე ორსულობის წამყვანი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის გაჩენა;
- ბ) საშვილოსნოს განის წინა-უკანა ზომის გაზრდა;
- გ) "M-ექოს" სისქის მაგება 15 მმ-ზე მეტად;
- *დ) პათოგნომური ულტრაბგერითი ნიშანი არ არის.

642. ნაყოფის მუცელშიდა სიკვდილის ძირითადი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) მცირეწყლიანობა;
- ბ) ნაყოფის მოძრაობითი აქტიურობის არარსებობა;
- გ) ქალას ძვლების დეფორმაცია;
- *დ) გულისცემის არარსებობა;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

643. ფეტომეტრიის აუცილებელი მაჩვენებლებია:

- ა) თავის ბიპარიეტული ზომა;
- ბ) მუცლის წინა-უკანა ზომა;
- გ) ბარძაყის ძვლის სიგრძე;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია;

644. ნაყოფის შარდის გამომყოფი გზების ობსტრუქციის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) მცირეწყლიანობა;
- გ) საშარდე გზების შევიწროება ობსტრუქციის გემთით;
- დ) საშარდე გზების შევიწროება ობსტრუქციის ქვემოთ;
- *ე) საშარდე გზების გაფართოება ობსტრუქციის პროქსიმალურად.

645. ნაყოფის არაიშუნიური წყალმანკის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) გამოხატული კანქვეშა შეშუპება;
- გ) პლაცენტის გასქელება;
- დ) ასციტი, ჰიდროთორაქსი, ჰიდროპერიკარდიუმი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

646. ქორიონის ულტრაბგერითი ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

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

647. ნორმალურად განლაგებული პლაცენტის ნაალრევი აცლის (აშრეების) ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) ჭარბწყლიანობა;
- ბ) პლაცენტის წინამდებარეობა;
- გ) პლაცენტის გათხელება;
- *დ) რეტროპლაცენტარული ჰემატომის წარმოქმნა;

648. ჭიპლარის სისხლძარღვები ნორმაში წარმოდგენილია:

- ა) ერთი არტერიით და ერთი ვენით;
- ბ) ერთი არტერიით და ორი ვენით;
- გ) ორი არტერიით და ორი ვენით;
- *დ) ორი არტერიით და ერთი ვენით;

649. მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს ინვოლუციის ულტრაბგერითი შეფასებისთვის ყველაზე ნიშანდობლივია შემდეგი განზომილება:

- ა) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომა;
- ბ) საშვილოსნოს პერიმეტრი;
- *გ) საშვილოსნოს მოცულობა;
- დ) საშვილოსნოს ყელის სიგრძე;
- ე) საშვილოსნოს განის სიგრძე.

650. რომელი კისტები შეიძლება გამოვლინდეს საკვერცხეში ბუშგნამქერის დროს?

- ა) ფოლიკულური;
- ბ) ენდომეტრიული;
- გ) ერთმხრივი ლუთეინური;
- *დ) ორმხრივი თეკალუთეინური;
- ე) ჰიდატიდი.

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა გინეკოლოგიაში

651. გრანსაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევისას შარდის ბუშგის ავსება საჭიროა: 1) მცირე მენჯის დრუდან აირებით სავსე ნაწლავის მარყუქების გამოსაღვინად; 2) აკუსტიკური ფანჯრის შესაქმნელად; 3) შიდა სასქესო ორგანოების ნორმალური ანაგომიური ურთიერთგანლაგების შესაფასებლად; 4) სავსე შარდის ბუშგის გამოყენება კისტომური წარმონაქმნის ეგალონის სახით;

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

652. გრანსვაგინალური კვლევისათვის გამოყენებული გადამწოდის სიხშირეა:

- ა) 3,5-5,0 მგჰ;
- *ბ) 5,0-7,0 მგჰ;
- გ) 2,5-3,5 მგჰ.

653. რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი გრანსვაგინალური გამოკვლევისათვის პაციენტის მომზადებაში:

- ა) პაციენტის მდებარეობა;
- ბ) შარდის ბუშგის აღქვატური ავსება;
- გ) დაბალსიხშირიანი გადამწოდის არჩევა;
- *დ) შარდის ბუშგის დაცლა.

654. გრანსვაგინალური გამოკვლევის ძირითადი ნაკლია:

- ა) გადამწოდის დამცველი გარსის გამოყენების აუცილებლობა;
- *ბ) სკანირების ზონის შემზღვევა;
- გ) გადამწოდის უშუალო კონტაქტი გამოსაკვლევ ორგანოსთან.

655. გრანსვაგინალური ექოგრაფია ნაკლებ ინფორმატიულია:

- ა) ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების დროს;
- ბ) საშვილოსნოს გარე ორსულობისას;
- გ) სუბსეროზული მიომისას;

დ) შიდა ენდომეგრიობისას;

*ე) საკვერცხის ღილი ზომის წარმონაქმნების არსებობისას.

656. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს განის სიგრძის ნორმატიული მაჩვენებელია:

ა) 20-41 მმ;

ბ) 30-59 მმ;

*გ) 40-60 მმ;

დ) 50-80 მმ;

ე) 50-90 მმ.

657. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს განის წინა-უკანა ზომის ნორმატიული მაჩვენებელია:

ა) 15-30 მმ;

ბ) 20-40 მმ;

*გ) 30-42 მმ;

დ) 40-50 მმ;

ე) 45-55 მმ.

658. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში საშვილოსნოს განივი ზომის ნორმატიული მაჩვენებელია:

ა) 30-42 მმ;

ბ) 35-50 მმ;

გ) 40-75 მმ;

*დ) 45-62 მმ;

ე) 40-80 მმ.

659. საშვილოსნოს განის ზომები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე და ანამნეზში ორსულობების არსებობაზე. ჩამოთვლილი მაჩვენებლებიდან რომელი შეესაბამება 19 წლის ქალის (რომელიც ორსულად არ ყოფილა) საშვილოსნოს ზომებს:

ა) 60x40x55 მმ;

ბ) 55x38x50 მმ;

*გ) 48x35x45 მმ;

660. რეპროდუქციული ასაკის მრავალჯერ ნამშობიარები ნორმალური მიომეგრიუმის მქონე ქალის საშვილოსნოს სიგრძეა 73 მმ:

ა) საშვილოსნოს განის სიგრძე გაზრდილია;

ბ) შემცირებულია;

*გ) შეესაბამება ასაკს და მდგომარეობას.

661. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შეფარდება განის სიგრძესთან არის:

ა) 1:1;

*ბ) 1:2;

გ) 1:4;

დ) 1:5.

662. მცირე მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნის რეციდივის ძირითადი ულტრაბგერითი

ლიანოსტიკური კრიტერიუმია:

ა) მცირე მენჯის ღრუში სითხის გამოვლენა

*ბ) მცირე მენჯის ღრუში დამაგებითი მოცულობითი წარმონაქმნის გამოვლენა

გ) შარდის ბუშტის ლეფორმაცია

დ) შარდის ბუშტის კედლების გასქელება

663. საკვერცხის ენდომეტრიული კისტის დიფერენცირება ულტრაბგერითი კვლევისას საჭიროა

ა) ბადექონის ფსევდომიქსომისაგან

ბ) თირკმლის მენჯში ლისტოპიისაგან მისი ჰიდრონეფროზული გრანსფორმაციით

გ) შიდა დამხურავი კუნთის ულტრაბგერითი გამოსახულებისაგან

*დ) ყველა პასუხი სწორია

664. გოფობლასტური დაავადების მკურნალობის დაწყებიდან რა დროში განიცდის რეგრესიას თეკალუთეინური კისტები

ა) 1-2 კვირა

ბ) 4-5 კვირა

გ) 6 კვირა

*დ) 2-4 კვირა

665. გავრცელებული რეტროცერვიკალური ენდომეტრიოზი ვლინდება როგორც:

*ა) საშუალო ექოგენობის წარმონაქმნი არსწორი კონტურებით და ფიჭისებრი სტრუქტურით

ბ) სოლიდური სტრუქტურის წარმონაქმნი

გ) კისტოზური სტრუქტურის წარმონაქმნი

დ) სითხე მცირე მენჯის ღრუში

666. საშვილოსნოს M-ექსცენტრული განლაგება ვლინდება:

ა) სეკრეტორულ ფაზაში

ბ) მენსტრუაციის დროს

*გ) შინაგანი ენდომეტრიუმის დროს

დ) ყველა პასუხი სწორია

667. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში მენსტრუაციის წინ შეუცვლელი საშვილოსნოს M-ექოს მაქსიმალური რიცხობრივი მაჩვენებელი გრანსაბდომინალური კვლევით შეადგენს:

ა) 7 მმ-ს

ბ) 10 მმ-ს

*გ) 15 მმ-ს

დ) 20 მმ-ს

668. აღრული პროლიფერაციის ფაზაში ნორმალური საშვილოსნოს M-ექის სისქე არ აღემატება

ა) 2 მმ-ს

*ბ) 6 მმ-ს

გ) 10 მმ-ს

დ) 12 მმ-ს

669. საშვილოსნოს ფიზიოლოგიური მდებარეობის ვარიანტებია:

ა) ანტევერსიო;

ბ) ანტეფლექსიო;

გ) ლეტროვერსიო

- დ) ლეგროფლები;
- ე) შუალედური მდებარეობა;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია.

670. გრანსამლომინალური კვლევით შეუცვლელი საშვილოსნოს მილები ვლინდება:

- ა) ჰიპოქოგენური წარმონაქმნების სახით;
- ბ) ჰიპერქოგენური წარმონაქმნების სახით;
- გ) ანექოგენური წარმონაქმნების სახით;
- დ) საშუალო ექოგენობის წარმონაქმნების სახით;
- *ე) არ ვიმუშაობდება.

671. საშვილოსნოს ტანის გვერდით კიდესთან სისხლძარღვოვანი წნულის ვიზუალიზაცია შეესაბამება:

- ა) არკუაგულ სისხლძარღვებს;
- *ბ) საშვილოსნოს არტერიებს და ვენებს;
- გ) თედოს გარეთა არტერიებს;
- დ) თედოს შიგნითა ვენებს.

672. მცირე მენჯის ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევისას საკვერცხეები ჩვეულებრივ ვიზუალიზირდება:

- ა) საშვილოსნოს და მენჯის გვერდით კელელს შორის;
- ბ) საშვილოსნოს უკან;
- გ) საშვილოსნოს ფუძის მიდამოში;
- *დ) სწორია ყველა

673. ულტრაბგერითი კვლევისას რეპროდუქციული ასაკის ქალის საკვერცხეების სიგრძივი ზომა ნორმაში არ აღემატება:

- *ა) 40 მმ-ს;
- ბ) 45 მმ-ს;
- გ) 50 მმ-ს;
- დ) 55 მმ-ს.

674. ულტრაბგერითი კვლევისას პრეოვულაციური ფოლიკულის საშუალო დიამეტრია:

- ა) 10-14 მმ;
- ბ) 12-15 მმ;
- გ) 14-16 მმ;
- *დ) 25-32 მმ.

675. ოვულაციის პროგნოზულ ულტრაბგერით ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) 17 მმ და მეტი დიამეტრის მქონე ლომინანტური ფოლიკულის არსებობა;
- ბ) ლომინანტურ ფოლიკულში კვერცხუჯრედის შემცველი ბორცვაკის არსებობა;
- გ) ორმაგი კონტური ლომინანტური ფოლიკულის გარშემო;
- დ) ლომინანტური ფოლიკულის ფრაგმენტული გასქელება, არასწორი შიდა კონტური;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

676. ოვულაციის ექოგრაფიულ ნიშნად ითვლება:

- *ა) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში თავისუფალი სითხის ვიზუალიზაცია;
- ბ) 10მმ და მეტი დიამეტრის მწიფე ფოლიკულის გამოვლენა;

- გ) ენდომეტრიუმის გასქელება;
- დ) საშვილოსნოს ზომების შემცირება.

677. საშვილოსნოს უკანა სივრცეში თავისუფალი სითხის გამოვლენა ნორმაში უხშირესად შეესაბამება:

- ა) პროლიფერაციულ ფაზას;
- *ბ) პერიოფულაციურ პერიოდს;
- გ) სეკრეტორულ ფაზას;
- დ) სისხლდენის ფაზას;

678. ულტრაბგერითი კვლევით საკვერცხის ფოლიკულური აპარატი არ ვლინდება:

- ა) ქალებში, რომელთა პოსტმენოპაუზური პერიოდი 5 წელს აღემატება;
- ბ) პაციენტებში მშობიარობის შემდგომი ჰიპოპიგუიტიზმით;
- გ) პაციენტებში საკვერცხეების განლევის სინდრომით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

679. გრანსვაგინალური ულტრაბგერითი კვლევით რომელი სტრუქტურების ფრონტალური გამოსახულების დიფერენცირებაა საჭირო საკვერცხის ფოლიკულურ აპარატთან:

- ა) თეძოს შიგნითა სისხლძარღვები;
- ბ) საკვერცხის სისხლძარღვები;
- გ) საშვილოსნოს არტერიები და ვენები;
- დ) წვრილი ნაწლავის მარყუქი თხიერი შიგთავსით;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

680. პოსტმენოპაუზური პაციენტების ულტრაბგერითი კვლევისას ყველაზე რთულია შემდეგი შეუცვლელი ორგანოს ვიზუალიზაცია:

- ა) საშვილოსნოს ყელი;
- ბ) საშვილოსნოს განი;
- *გ) საკვერცხეები.

681. საშვილოსნოს განვითარების ანომალიის გამოვლენის შემთხვევაში აუცილებელია გამოვიკვლიოთ:

- ა) ღვიძლი;
- ბ) ელენთა;
- *გ) თირკმლები;
- დ) სხვა ორგანოების დამატებითი გამოკვლევა საჭირო არ არის, რადგან აღნიშნული მანკი იზოლირებულია.

682. მიუთითეთ მიუღერის აგენეზიის ვარიანტები:

- ა) ორრქიანი საშვილოსნოს;
- ბ) საშვილოსნოს გიხრის არსებობა;
- გ) უნაგირისებრი საშვილოსნო;
- *დ) საშოს აგრეზია.

683. არამოფუნქციონირე რულიმენტური რქის დიფერენცირება საჭიროა:

- *ა) სუბსეროზული მიომეოტიკური კვანძისაგან;
- ბ) საკვერცხის მწიფე გერატომისაგან;
- გ) ენდომეტრიული კისტისაგან;

დ) ყვითელი სხეულის კისტისაგან.

684. მოფუნქციონირე, მაგრამ საშვილოსნოს ღრუსთან დაუკავშირებელი რუდიმენტული რქის ულტრაბგერითი დიფერენცირება სააიროა:

- ა) ყვითელი სხეულის კისტისაგან;
- ბ) ენდომეტრიული კისტისაგან;
- გ) ტუბო-ოვარიული აბსცესისაგან;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

685. გენიტალური ინფანტილიზმის და საშვილოსნოს ჰიპოპლაზიის ძირითადი ულტრაბგერითი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) სწორად ფორმირებული საშვილოსნოს განის და ყელის ზომების შემცირება;
- *ბ) საშვილოსნოს განის და ყელის სიგრძის შეფარდების ცვლილება მათი ზომების შემცირებასთან ერთად;
- გ) დიფერენციული დიაგნოსტიკის ჩატარება აუცილებელი არ არის, რადგან ეს ორი პათოლოგია სინონიმებია.

686. სუბმუკოზური და ინტერსტიციური (ცენტრიპეტალური ზრდით) მიომაგოზური კვანძის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისათვის კვლევის ჩატარება სააიროა:

- ა) პროლიფერაციულ ფაზაში;
- ბ) პერიოფულაციურ პერიოდში;
- *გ) სეკრეტორულ ფაზაში;
- დ) სისხლდენის ფაზაში.

687. მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი მიომეტრიუმში, ერთგვაროვანი, ჰიპოექოგენური სტრუქტურით, ჰიპერექოგენური არშიით, მიუთითებს შემდეგი პათოლოგიის არსებობაზე:

- ა) ლიპომა;
- ბ) ნაბოგის კისტა;
- გ) აღენომაგოზური სიმსივნე;
- *დ) მიომა.

688. საშვილოსნოს გაზრდის უხშირესი მიზეზია:

- ა) ქრონიკული ენდომეტრიტი;
- ბ) საშვილოსნოს შიგა კონტრაცეპტივის არსებობა;
- გ) შიგა ენდომეტრიოზი;
- *დ) მიომა.

689. მიუთითეთ მოიმაგოზური კვანძის ნეკროზის ულტრაბგერითი ნიშნები:

- *ა) კვანძში ანექოგენური და ჰიპოექოგენური ზონების არსებობა;
- ბ) ერთეული ჰიპერექოგენური ჩანართების არსებობა;
- გ) ჰიპერექოგენური არშია მიომაგოზური კვანძის გარშემო;
- დ) მიომაგოზური კვანძის მომაგებული ექოგენობა.

690. ლიპომაგოზური კვანძი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი სურათით:

- *ა) მკვეთრად შემოსაზღვრული, მრგვალი ფორმის ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;
- ბ) ოვალური ფორმის ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) წარმონაქმნი ერთეული ჰიპოექოგენური ჩანართებით;
- დ) ჰიპერექოგენური არშიის არსებობა წარმონაქმნის ირგვლივ.

691. შინაგანი ენდომეტრიოზის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

- ა) მიომეტრიუმში ექონეგაგიური ღრუს არსებობა;
- ბ) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომის გაზრდა;
- გ) მიომეტრიუმის წინა და უკანა კედლის სისქის ასიმეტრია;
- დ) მიომეტრიუმში არსებული ღრუების ირგვლივ ჰიპერექოგენური ქსოვილის არსებობა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

692. მიუთითეთ შინაგანი ენდომეტრიოზის კვანძოვანი ფორმის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშნები:

- ა) საშვილოსნოს კედლის სისქეში მრგვალი ან ოვალური ფორმის მომატებული ექოგენობის ზონის არსებობა;
- ბ) უმნიშვნელო ზომის ანექოგენური ჩანართების ან კისკომური ღრუების არსებობა, რომლებიც შეიცავს წვრილდისპერსიულ შენაწონს;
- გ) წარმონაქმნი სწორი, მაგრამ ყოველთვის არამკაფიო კონტურები;
- დ) პათოლოგიურ კერაში საშუალო ან დაბალი ექოგენობის ახლოს განლაგებული ხაზოვანი სტრუქტურები, რომლებიც ორიენტირებულია სკანირების სიბრტყის პერპენდიკულარულად;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

693. ქრონიკული ენდომეტრიტის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება;
- ბ) საშვილოსნოს ღრუს ჰიპოექოგენური შიგთავსის ფონზე ჰიპერექოგენური ჩანართების არსებობა;
- გ) M-ექოს არასწორი გარეთა კონტური ჰიპერექოგენური ჩანართებით პერიფერიაზე;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

694. M-ექოს სისქის ნორმატიული მაჩვენებელი პოსტმენსტრუალური ასაკის ქალებში (5 წელზე მეტი) არ აღემატება:

- ა) 1 მმ-ს;
- ბ) 3 მმ-ს;
- *გ) 5 მმ-ს;
- დ) 7 მმ-ს;

695. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიისათვის დამახასიათებელია:

- ა) M-ექოს გასქელება;
- ბ) M-ექოს არაერთგვაროვანი სტრუქტურა;
- გ) M-ექოს წყვეტილი კონტური;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

696. ენდომეტრიუმის შუალედური M-ექოს სისქის მაგება შესაძლებელია:

- ა) ექოტოპიური ორსულობის დროს;
- ბ) საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპციისას პროგესტერონით;
- გ) ყვითელი სხეულის პერსისტირებული კისტის დროს;
- დ) გროფობლასტური დაავადების დროს;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

697. საშვილოსნოს ღრუში საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპციის არსებობაზე (ლიპსის მარყუქის სახით) მიუთითებს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშანი:

- ა) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება ჰიპოქოგენური შიგთავსით;
- ბ) ენდომეტრიუმის გასქელება;
- *გ) M-ექოს უკან შთანთქმის ხაზოვანი ეფექტები;
- დ) ოვალური ფორმის საშვილოსნოს M-ექო.

698. საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივის ვიზუალიზაცია ცერვიკალურ არხში მიუთითებს:

- ა) მის ნორმალურ განლაგებაზე;
- ბ) მის დაბალ განლაგებაზე;
- გ) პერფორაციაზე;
- *დ) მის ექსპულსიაზე.

699. აქ ჩამოთვლილი რომელი დაავადების ულტრაბგერით გამოსახულებასთან არ საჭიროებს გროფობლასტური დაავადება დიფერენცირებას:

- *ა) აღენომიომი;
- ბ) ჰემატომეტრა;
- გ) სუბმუკოზური მიომური კვანძი ლეგენერაციული ცვლილებებით;
- დ) გროფობლასტის ნარჩენი ქსოვილები არასრული აბორტის შემდგომ.

700. საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიუმის და ნაბოგის კისტის ძირითადი დიაგნოსტიკური ნიშანია:

- ა) საშვილოსნოს შიგნითა პირის მიდამოში ანექოგენური სტრუქტურის არსებობა;
- ბ) ანექოგენური ჩანართის გარშემო ჰიპერექოგენური ზოლის არსებობა;
- *გ) ჩანართის წვრილდისპერსიული შიგთავსი.

701. ტრასნაბლომინალური ულტრაბგერითი კვლევით საშვილოსნოს დანამატების რეგენციული წარმონაქმნები ხასიათდება:

- *ა) უმნიშვნელო ზომებით, სწორი კონტურებით;
- ბ) დიდი ზომებით, არასწორი კონტურებით;
- გ) არაერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურა;
- დ) მრგვალი წარმონაქმნი პერიფოკალური ცვლილებებით.

702. საკვერცხის რეგენციული კისტის დამახასიათებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) თხელი კაფსულა;
- ბ) ბადისებრი შენება;
- გ) ანექოგენური შიგთავსი;
- დ) ქრება დინამიკური მეთვალყურეობის პერიოდში;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

703. ყვითელი სხეულის კისტის ულტრაბგერითი გამოსახულების დიფერენცირება საჭიროა:

- ა) საკვერცხისეული ორსულობისაგან;
- ბ) ენდომეტრიოიდული კისტისაგან;
- გ) საკვერცხის მწიფე გერატომისაგან;
- დ) პაპილური ცისტადენომისაგან;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

704. საკვერცხის რომელი კისტები ერწყმის გროფობლასტურ დაავადებას:

- *ა) თეკალუთეინური
- ბ) ყვითელი სხეულის;
- გ) პარაოვარიული;

დ) ფოლიკულური.

705. საკვერცხის პარაოვარიულ კისტასა და ფოლიკულურ კისტას შორის ძირითადი ულტრაბგერითი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმია:

- ა) წარმონაქმნის ზომები;
- ბ) კელისმიერი კომპონენტის არსებობა;
- გ) კაფსულის არარსებობა;
- *დ) ინგაქტური საკვერცხის ვიზუალიზაცია.

706. სერომოცელეს ულტრაბგერითი გამოსახულება შემდეგნაირია:

- ა) წარმონაქმნი სქელი კელებით, წვრილდისპერსიული შიგთავსით;
- *ბ) ანექოგენური თხელკელისანი წარმონაქმნი, რომლის გარეთა კონტური იმეორებს მემობელი ორგანოების ფორმას;
- გ) წარმონაქმნი მრავლობითი ძგიდეებით და სოლიდურ-კისტოზური შინაგანი სტრუქტურით.

707. სერომოცელეს და პარაოვარიულ კისტას შორის ძირითადი დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური ულტრაბგერითი კრიტერიუმია:

- ა) წარმონაქმნის ზომები;
- ბ) კელისმიერი კომპონენტების არსებობა;
- *გ) კაფსულის არ არსებობა;
- დ) ინგაქტური საკვერცხის ვიზუალიზაცია;
- ე) წარმონაქმნის სტრუქტურა.

708. საკვერცხის ენდომეგრიული უისტის ყველაზე დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) ანექოგენური, თხელი ძგიდეებით;
- ბ) ჰიპერექოგენური;
- *გ) ჰიპოექოგენური, წვრილდისპერსიული შენაწონი;
- დ) ჰიპოექოგენური, კელისმიერი კომპონენტებით;
- ე) კისტოზურ-სოლიდური.

709. ენდომეგრიული კისტების ულტრაბგერითი გამოსახულების ვარიანტებია: 1) ჰიპოექოგენური შინაგანი სტრუქტურა წვრილდისპერსიული შენაწონით; 2) ერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურა მომაგებული ექოგენობით; 3) დისგალური გაძლიერების ეფექტი; 4) კელის ფრაგმენტული გასქელება; 5) შერეული შინაგანი სტრუქტურა;

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

710. საკვერცხეების სიმსივნეები ულტრაბგერითი კვლევით უხშირესად ვლინდება, როგორც:

- *ა) გადიდებული საკვერცხეების სოლიდურ-კისტოზური წარმონაქმნი;
- ბ) საკვერცხეების მრავლობითი კისტოზური წარმონაქმნები;
- გ) საკვერცხის სოლიდურ-კისტოზური წარმონაქმნი უცვლელი ზომებით;
- დ) პროცესები, რომლებიც ცვლის საკვერცხის ზომებს და თან ახლავს მცირე მენჯის ღრუში სითხოვანი შიგთავსის გაჩენა.

711. საკვერცხეების კეთილთვისებიანი წარმონაქმნებისათვის დამახასიათებელია:

- *ა) ღაავადების კლინიკური ნიშნების არარსებობა წარმონაქმნის დიდი ზომების შემთხვევაში;
- ბ) სწრაფი გაავთვისებიანება და ადრეული მეტასტაზირება;
- გ) მცირე მენჯის ორგანოების ფუნქციის გამოხატული დარღვევა;
- დ) მათი გაჩენა მენოპაუზის პერიოდში.

712. ჩამოთვლილი ულტრაბგერითი ნიშნებიდან რომელია დამახასიათებელი საკვერცხის სეროზული სიმსივნისათვის:

- ა) თხელი კედლები;
- ბ) ძგიდეების არსებობა;
- გ) ზომები 10-15 სმ დიამეტრში;
- *დ) მრავლობითი ძგიდეების არსებობა;

713. 10 სმ დიამეტრის, მრგვალი ფორმის, ერთკამერიანი წარმონაქმნი ანექოგენური შიგთავსით ლოკალიზდება საკვერცხესა და კვერცხსავალს შორის. აღნიშნული სურათი შეესაბამება:

- ა) გლუვეკელიან ცისტადენომას;
- ბ) სეროზულ ცისტადენოკარცინომას;
- *გ) პარაოვარიულ კისტას;
- დ) სეროზოცელეს.

714. გლუვეკელიანი სეროზული ცისტადენომა უხშირესად ვლინდება, როგორც:

- *ა) ერთკამერიანი წარმონაქმნი გლუვი შიგა ზედაპირით;
- ბ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი ექოპოზიციური შენაწონით;
- გ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი პაპილარული წანაზარღებით;
- დ) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი სქელი გიბრებით;

715. მუცინომური კისტომის განმასხვავებელი ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) პაპილარული წანაზარღები;
- *ბ) მრავლობითი გიბრები და ექოპოზიციური შენაწონი;
- გ) სოლიდური კომპონენტი;
- დ) ერთკამერიანი შენება.

716. ჩამოთვლილი ულტრაბგერითი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი საკვერცხის მუცინომური ცისტადენომისათვის:

- ა) სიმსივნის დიამეტრი 15-20 სმ;
- ბ) მრავლობითი სხვადასხვა სისქის ძგიდეების არსებობა;
- გ) კამერების ექოპოზიციური შინაგანი შენება;
- *დ) ერთკამერიანი წარმონაქმნი არაერთგვაროვანი შინაგანი სტრუქტურით.

717. საკვერცხის სოლიდური შენების წარმონაქმნის ულტრაბგერითი ნიშანია:

- ა) დისტალური აკუსტიკური გაძლიერება;
- ბ) თხელი, კარგად დიფერენცირებადი კედლები;
- *გ) დისტალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- დ) ყველა პასუხი მცდარია.

718. საკვერცხის კიბოს ულტრაბგერითი სტრუქტურა შეიძლება წარმოგვნილი იყოს:

- ა) კისტომური ერთკამერიანი წარმონაქმნით;
- ბ) კისტომური მრავალკამერიანი წარმონაქმნით;

გ) კისტოზურ-სოლიდური წარმონაქმნით;

*დ) ყველა პასუხი სწორია.

719. საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საკვერცხის არტერიებში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდები ხასიათდება გამობზავლი:

ა) სისგოლური სიჩქარის შემცირებით;

ბ) რემისგენგობის ინდექსის რიცობობრივი მაჩვენებლების გაზრდით;

*გ) რემისგენგობის მაჩვენებლების შემცირებით;

დ) ლიასგოლური სიჩქარის შემცირებით.

720. ითვლება თუ არა სიმსივნისშილა სისხლმომარაგების გამოვლენის ფაქტი საკვერცხეების სიმსივნეებში კეთილთვისებიანი პროცესის არსებობის კრიგერიუმად:

ა) ითვლება;

*ბ) არ ითვლება.

721. საკვერცხის კიბოს შორეული მეგასგამები უხშირესად ვლინდება:

ა) ძვლებში;

ბ) ფილგვებში;

გ) თავის გვინში;

*დ) ნაწლაგში.

722. ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი ლისგერმინომისათვის:

ა) საკვერცხის სოლიდური შენების ავთვისებიანი გერმინოგენული სიმსივნე;

ბ) საკვერცხის ერთმხრივი 90%-იანი დამიანება;

*გ) საკვერცხის შერეული სგრუქგურის კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

723. საკვერცხის მწიფე გერაგომას შესაძლოა ექონდეს შემდეგი შენება:

ა) კისტოზური, კელისმიერი ექოპოზიციური კომპონენტით;

ბ) სოლიდური;

გ) კისტოზურ-სოლიდური;

*დ) ყველა პასუხი სწორია.

724. ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელი არ არის დამახასიათებელი მწიფე გერაგომისათვის:

ა) აკუსტიკური ჩრდილის არსებობა;

ბ) ერთმხრივი 80%-იანი დამიანება;

გ) ყველაზე ხშირად შემბველრი კეთილთვისებიანი გერმინოგენული სიმსივნე;

*დ) ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

725. მწიფე გერაგომის ყველაზე დამახასიათებელი ულგრაბგერითი გამოსახულებაა:

ა) მრავალკამერიანი წარმონაქმნი ერთგვაროვანი ჰიპოექოგენური შინაგანი სგრუქგურით;

ბ) წარმონაქმნი ანექოგენური შინაგანი სგრუქგურით;

*გ) ეიპოექოგენური, მრგვალი ფორმის წარმონაქმნი ჰიპერექოგენური ჩანართით და ლისგალური აკუსტიკური ჩრდილით.

726. ზოგჯერ მწიფე გერაგომის ულგრაბგერითი დიფერენცირება საჭიროა შემდეგი ექსტრაგენიგალური პათოლოგისაგან:

ა) პრესაკრალური გერაგომა;

ბ) ცხიმოვანი ქსოვილის ლიპომა;

გ) ნევრინომა;

*დ) ყველა პასუხი სწორია.

727. საშვილოსნოს სარკომის დროს სიმსივნურ კვანძში სისხლის ნაკადის სიჩქარეების მრუდები ხასიათდება:

ა) დიასტოლური სიჩქარის შემცირებით;

ბ) რემისგენგობის ინდექსის რიცხობრივი მაჩვენებლების გაზრდით;

გ) სისტოლური სიჩქარის გაზრდით;

*დ) რემისგენგობის ინდექსის რიცხობრივი მაჩვენებლების შემცირებით.

728. საკვერცხის მეტასტაზურ სიმსივნეს შეიძლება თან ახლდეს:

ა) ასციტი;

ბ) მეტასტაზები ბაღექონზე;

გ) მეტასტაზები ღვიძლში;

*დ) ყველა პასუხი სწორია.

729. კვერცხსავალების დაავადების ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია: 1) მათში შიგთავსის არსებობის შემთხვევაში; 2) ყოველთვის; 3) ასციტის დროს; 4) მათი სიმსივნური ღამიანების შემთხვევაში;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) 1;3;4

730. ულტრაბგერითი კვლევისას საქტოსალპინქსის დიფერენცირება აუცილებელია:

ა) პარაოვარიული კისტისაგან;

ბ) სერომოცელესაგან;

გ) სერომული ცისტადენომისაგან;

დ) პერიტუბარული კისტისაგან;

ე) მენჯის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებისაგან;

*ვ) ყველა პასუხი სწორია.

731. საშვილოსნოს გარე ორსულობის უცქუარი ულტრაბგერითი ნიშანია:

ა) საშვილოსნოს ზომების გაზრდა;

ბ) ცრუ სანაყოფე კვერცხი;

გ) თავისუფალი სითხე საშვილოსნოს უკანა სივრცეში;

*დ) სანაყოფე კვერცხი ემბრიონით საშვილოსნოს ღრუს გარეთ;

732. გუბოვარიული აბსცესის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია:

ა) საკვერცხის ზომების გაზრდა;

*ბ) ღანამატების მიდამოში რთული წარმონაქმნის არსებობა კისტოზური კომპონენტის სიჭარბით;

გ) თავისუფალი სითხე ღუგლასის სივრცეში;

დ) საშვილოსნოს ზომების ზრდა.

733. ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან რომლის დიფერენცირებაა საჭირო გუბოვარიული აბსცესისაგან:

ა) ენდომეტრიული კისტა;

- ბ) განუვითარებადი ექტოპიური ორსულობა;
- გ) ყვითელი სხეულის კისტა;
- დ) საკვერცხის კიბო;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

734. შარდის ბუშტის დივერტიკული ვლინდება, როგორც:

- *ა) კისტოზური ღრუ, რომელიც ინტიმურად უერთდება შარდის ბუშტს;
- ბ) შარდის ბუშტის ზომების შემცირება;
- გ) შარდის ბუშტის კედლების არათანაბარი გასქელება;
- დ) შარდის ბუშტის ღრუში კონკრემენტების არსებობა.

735. საშვილოსნოს ტანის კიბოს III სტადია ვლინდება, როგორც:

- *ა) სიმსივნური პროცესი რეგიონული მეტასტაზებით;
- ბ) სიმსივნე, რომელიც ცდება საშვილოსნოს შიგნითა პირის ფარგლებს;
- გ) პროცესის ინვაზია მიომეტრიუმის სისქის 2/3-ში;
- დ) სიმსივნე, რომელიც მოიცავს მთელ მიომეტრიუმს სეროზულ გარსამდე;
- ე) სიმსივნური პროცესი შორეული მეტასტაზებით.

736. მენსტრუალური ციკლის რომელ პეროდში ხასიათდება ენდომეტრიუმი სამი ჰიპერექტოგენური ხაზის არსებობით:

- ა) მენსტრუაციის პერიოდში;
- ბ) მენსტრუაციის დასრულების შემდეგ;
- *გ) პერიოფულაციურ პერიოდში;
- დ) მენსტრუაციის წინ.

737. პოლიკისტოზური საკვერცხეების დამახასიათებელი ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) საკვერცხის გაზრდილი ზომები;
- ბ) პერიფერიაზე განლაგებული ანექტოგენური, 2-8 მმ ზომის ჩანართები;
- გ) საკვერცხის სტრომის ჰიპერპლაზია, რომლის ექოგენობა აღემატება მიომეტრიუმის ექოგენობას;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია.

738. საკვერცხეების ენდომეტრიული კისტების ულტრაბგერითი სურათია:

- ა) ანექტოგენური, ნაბი ძგიდეებით;
- *ბ) ჰიპოექტოგენური, წვრილდისპერსიული შენაწონით;
- გ) ჰიპოექტოგენური, კელისმიერი წანაზარდებით;
- დ) კისტოზურ-სოლიდური.

739. მუცინოზური ცისტადენომის განმასხვავებელი თავისებურებაა:

- ა) პაპილარული წანაზარდები;
- *ბ) მრავლობითი გიხრები და ჰიპერექტოგენური შენაწონი;
- გ) სოლიდური კომპონენტი;
- დ) ერთკამერიანი შენება;

740. საკვერცხის კიბოსათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- ა) მრავლობითი, არათანაბარი სისქის გიხრები;
- ბ) არამკაფიო კონტურებთან შერწყმული კელისმიერი სტრუქტურები;
- გ) საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის არსებობა;

დ) საკვერცხის ერთმხრივი გაზრდა;

*ე) ყველა პასუხი სწორია.

741. საკვერცხის კიბოს ექოგრაფიული სტრუქტურა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს:

ა) კისტოზური ერთკამერიანი წარმონაქმნით;

ბ) კისტოზური მრავალკამერიანი წარმონაქმნით;

გ) კისტოზური სოლიდური წარმონაქმნით;

დ) სოლიდური წარმონაქმნით;

*ე) ყველა პასუხი სწორია.

742. ოვულაციის ულტრაბგერითი სურათია:

ა) საკვერცხის ზომების გაზრდა;

ბ) საკვერცხის ზომების შემცირება;

*გ) ფოლიკულის ზომების შემცირება, საშვილოსნოს უკანა სივრცეში სითხის გაჩენა;

დ) ფოლიკულის ორმაგი ჰიპერექოგენური კონტური;

ე) საკვერცხეში ფოლიკულის ზომების გაზრდა.

743. ჰემატომეგრის ულტრაბგერითი ნიშნებია:

ა) საშვილოსნოს ზომების გაზრდა;

ბ) საშვილოსნოს მრგვალი ფორმა და ზომების გაზრდა;

გ) "M-ექოს" ცლომა;

*დ) საშვილოსნოს ღრუს გაფართოება ჰიპოექოგენური ან შერეული ექოგენობის შიგთავსით;

744. "M-ექოს" დეფორმაცია დამახასიათებელია შემდეგი ლოკალიზაციის მიომებისათვის:

ა) სუბსეროზული;

ბ) ინტრამურული;

გ) სუბსეროზულ-ინტრამურული;

*დ) სუბმუკოზური;

ე) ნებისმიერი ლოკალიზაციის მიომების ღროს.

745. სუბმუკოზური მიომისათვის ყველაზე დამახასიათებელია:

ა) საშვილოსნოს ცლომა წინ;

ბ) საშვილოსნოს კონტურების დეფორმაცია;

გ) საშვილოსნოს გადახრა მცირე მენჯის შუა ხაზიდან;

*დ) "M-ექოს" დეფორმაცია და ცლომა;

ე) საშვილოსნოს წინა-უკანა ზომის გაზრდა.

746. მიომატოზური კვანძის შეშუპებაზე ეჭვი უნდა მივიგანოთ შემდეგ სიტუაციაში:

ა) საშვილოსნოში არსებული წარმონაქმნის ექოგენობის მომატება;

ბ) მიომატოზურ კვანძში ჩანართის არსებობა;

გ) წარმონაქმნის გარეთა კონტურის გაქრობა;

დ) "M-ექოს" გაგანიერება;

*ე) ექოგენობის შემცირება და წარმონაქმნის გარეთა კონტურის გაძლიერება.

747. ნეკროზის უბანი მიომატოზურ კვანძში ვლინდება, როგორც:

ა) ჰიპერექოგენური სტრუქტურა;

ბ) ჰიპერექოგენური სტრუქტურა გაძლიერების აკუსტიკური ეფექტით;

*გ) ანექოგენური სტრუქტურა;

დ) არ აქვს აკუსტიკური სპეციფიკა.

748. "თოვლის ნამქერის" ულტრაბგერითი სიმპტომი დამახასიათებელია შემდეგი პათოლოგიისათვის:

- ა) ენდომეტრიუმის კიბო;
- ბ) სუბმუკოზური მიომა;
- გ) ენდომეტრიუმის ეიპერპლაზია;
- *დ) ბუშგნამქერი;
- ე) არ გვხვდება.

749. შარდის ბუშგის სწრაფი ავსების მიზნით ოპტიმალურია კათეტერით შემდეგი სითხის შეყვანა

- ა) 300მლ ონკანის წყალი
- ბ) 600მლ ფიზიოლოგიური ხსნარი
- *გ) 250 მლ ფურუცილინი

750. აღრეული პროლეფერაციის ფაზაში ნორმალური საშვილოსნოს M-ექოს სისქე არ აღემატება

- ა) 2მმ-ს
- *ბ) 6მმ-ს
- გ) 10-მმ-ს
- დ) 12მმ-ს

751. რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებში მენსტრუაციის წინ შეუცვლელი საშვილოსნოს M-ექოს მაქსიმალური რიცხობრივი მაჩვენებელი გრანსაბლომინალური კვლევით შეადგენს:

- ა) 7მმ
- ბ) 10მმ
- *გ) 15მმ
- დ) 20მმ
- ე) 25მმ

752. რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონებში შეუცვლელ საკვერცხის მოცულობა არ აღემატება

- ა) 2სმ3
- ბ) 5სმ3
- *გ) 8სმ3
- დ) 10სმ3

753. საშვილოსნოს M-ექოს ექსცენტრიული განლაგება ისაზღვრება

- ა) სეკრეტორულ ფაზაში
- ბ) მენსტრუაციის დროს
- *გ) შინაგანი ენდომეტრიუმის დროს
- დ) სწორია ყველა

754. ენდომეტრიუმის ექოგენობის მომაგება ისაზღვრება: 1) სეკრეტორულ ფაზაში; 2) ენდომეტრიუმის დროს; 3) პოსტმენოპაუზის პირველ 5 წელს; 5) ქალებში, რომელთაც აქვთ ქრონიკული ანოვულაცია

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4

ე) 1;3

ვ) 1;2;4

*გ) სწორია ყველა ჩამოთვლილი

755. გავრცელებული რეგროცერვიკალური ენდომეტრიოზი ვლინდება როგორც

*ა) საშულო ექოგენობის წარმონაქმნი არასწორი კონტურებით და ფიჭისებური სტრუქტურით

ბ) სოლიდური სტრუქტურის წარმონაქმნი

გ) კისტოზური სტრუქტურის წარმონაქმნი

დ) სითხე მცირე მენჯის ღრუში

756. თროფობლასტური დაავადების დროს მკურნალობის დაწყებიდან რა დროში განიცდიან რეგრესიას თეკალუთეინური კისტები

ა) 1-2 კვირა

ბ) 4-5 კვირა

გ) 6 კვირა

*დ) 2-4 კვირა

757. შტეინ-ლევენგალის სინდრომი ხასიათდება შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნებით: 1)

საკვერცხეების მოცულობის გაზრდა 12სმ³ -ზე მეტად; 2) სკანირების ერთ სიბრტყეში 10-ზე მეტი

ფოლიკულის ვიზუალიზაცია ღიაშეგრით 5მმ; 3) მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში

ფოლიკულის და ყვითელი სხეულის არარსებობა; 4) ფოლიკულური აპარატი არ ვლინდება

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

*ე) 1, 2, 3,

პერიფერიაზე განლაგებული ორგანოებისა და ლიმფური სისტემის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა

758. 35-40 წლამდე ასაკის ქალებში სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა რეკომენდებულია დავიწყოთ:

ა) რენტგენომამოგრაფიით;

*ბ) სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევით;

გ) ყველა პასუხი სწორია.

759. 45 წელზე მეტი ასაკის ქალებში სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა რეკომენდებულია დავიწყოთ:

*ა) რენტგენომამოგრაფიით;

ბ) სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევით;

გ) ყველა პასუხი სწორია.

760. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციური პროცესი:

ა) ზრდის ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას;

*ბ) ამცირებს ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას;

გ) არ ცვლის ექომამოგრაფიის ინფორმატიულობას.

761. სარძევე ჯირკვლის სკრინინგული ულტრაბგერითი კვლევისას გადამწოდის სიხშირის ოპტიმალური ღიაპაზონია:

- ა) 10-15 მგჰ;
- *ბ) 5-10 მგჰ;
- გ) 3,5-5 მგჰ.

762. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა უმჯობესია ჩატარდეს:

- *ა) ციკლის 1-ლ ფაზაში;
- ბ) ციკლის მე-2 ფაზაში;
- გ) ნებისმიერ პერიოდში.

763. ჩამოთვლილ ქსოვილთაგან სარძევე ჯირკვლის შედგენილობაში არ არის:

- ა) შებენიანი;
- ბ) ჯირკვლოვანი;
- *გ) კუნთოვანი;
- დ) ცხიმოვანი.

764. სარძევე ჯირკვლის ფუნქციური ერთეულია:

- ა) აცინუსი;
- *ბ) ჯირკვლოვანი წილაკი;
- გ) ჯირკვლოვანი წილი;
- დ) ცხიმოვანი წილაკი;
- ე) კვადრანტი.

765. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას სარძევე ჯირკვალის თვალსაჩინოებელი:

- ა) ღვრილიდან პერიფერიისაკენ კვადრანტების მიხედვით;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის გასწვრივ და განივად;
- გ) ნებისმიერი მიმართულებით;
- *დ) სექტორების მიხედვით საათის ისრის მიმართულებით.

766. ახალგაზრდა ასაკის ქალის სარძევე ჯირკვლის ჯირკვლოვანი ქსოვილის სტრუქტურაში ექოგრაფიულად არ დიფერენცირდება: 1) მცირე კალიბრის სისხლძარღვები; 2) ნაზი ფიბრილური ბოჭკოები; 3) კუპერის იოგები; 4) სარძევე სალინარები;

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

767. სარძევე ჯირკვლში ცვლილების აღწერისას, კვადრანტების გარდა, ორიენტირად მიღებულია:

- ა) ქვედა და ზედა სეგმენტები;
- *ბ) სექტორები საათის ციფერბლაგის ციფრების ანალოგიურად;
- გ) გულმკერდის წინა კედლის ანატომიური არეების მიხედვით.

768. სარძევე ჯირკვლის ცენტრალურ ნაწილებში ძირითადად განლაგებულია:

- ა) ცხიმოვანი ქსოვილი;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილი;
- გ) შებენიანი ქსოვილი;
- *დ) სალინარები და ჯირკვლოვანი ქსოვილი.

769. რეგრომამური სივრცე არ მოიცავს:

- ა) რეგრომამურ ცხიმოვან ჩანთას;
- ბ) მკერდის კუნთებს;
- გ) ნეკნებს;
- *დ) სარბევე ჯირკვლის უკანა ნაწილებს.

770. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი არ არის სარბევე ჯირკვლის:

- ა) ბელა გარეთა კვადრანტში;
- ბ) ბელა შიგნითა კვადრანტში;
- *გ) არეოლის მიდამოში;
- დ) ქველა კვადრანტების საპროექციო არის კანის ნაკეცში.

771. ნორმაში სარბევე ჯირკვლის დერილი ულტრაბგერითი გამოკვლევით შეიძლება ისახებოდეს:

- ა) ჰიპოექოგენური სტრუქტურის სახით, გამოხატული აკუსტიკური ჩრდილით;
- ბ) ჰიპოექოგენური სოლიდური წარმონაქმნის სახით, სიმეტრიული გვერდითი აკუსტიკური ჩრდილით;
- *გ) სწორია ა და ბ;
- დ) ყველა პასუხი მცდარია.

772. ბავშვთა ასაკში სარბევე ჯირკვალის შედგება ძირითადად:

- ა) შემაერთებული ქსოვილისაგან;
- *ბ) ცხიმოვანი ქსოვილისაგან;
- გ) ფორმირებადი ჯირკვლოვანი ქსოვილისა და სადინარების ელემენტებისაგან.

773. სარბევე სადინარები, ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფუნქციურად მშვიდ სარბევე ჯირკვალში ისახება:

- ა) მენსტრუალური ციკლის პირველ ნახევარში;
- *ბ) მენსტრუალური ციკლის მე-12-14 დღის შემდეგ;
- გ) მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე არ არის დამოკიდებული.

774. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სარბევე ჯირკვლის სადინარები ისახება:

- ა) ჰიპერექოგენური ხაზოვანი სტრუქტურების სახით;
- ბ) არ განსხვავდება სტრომის ქსოვილისაგან;
- *გ) ჰიპო- და ანექოგენური მილისებრი, მომრგვალო და დაკლაკნილი სტრუქტურების სახით.

775. სარბევე ჯირკვლის შენებაში ასაკობრივი თავისებურებები:

- *ა) არის;
- ბ) არ არის.

776. სარბევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოსახულება არ არის დამოკიდებული:

- ა) სარბევე ჯირკვლის ზომაზე;
- ბ) ჰორმონულ სტატუსზე;
- გ) ასაკზე;
- *დ) სარბევე ჯირკვლის ფორმასა და განლაგებაზე.

777. ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობა ციკლის მეორე ფაზაში არის:

- ა) ისეთივე, როგორც პირველ ფაზაში;
- ბ) პირველ ფაზასთან შედარებით მომაგებული;

*გ) პირველ ფაზასთან შედარებით დაქვეითებული.

778. 30-45 წლის ასაკის ქალებს ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

ა) უხვი ჯირკვლოვანი ჰიპერექოგენური ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექოგენური შრის სახით;

*ბ) უხვი ჯირკვლოვანი ქსოვილი სარძევე ჯირკვლის ცენტრში ჰიპერექოგენური შრის სახით, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ ჰიპოექოგენური შრისა და ჯირკვლოვან ქსოვილში ჰიპოექოგენური ჩანართების სახით;

გ) უხვი ჰიპოექოგენური ცხიმოვანი ქსოვილი, ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება ცხიმოვან ქსოვილს შორის, მცირე ზომის ჰიპერექოგენური ჩანართების სახით;

დ) ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად არის გამოხატული კანქვეშ ჰიპოექოგენური შრის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვან ქსოვილს შორის. ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება ჰიპერექოგენური შრის სახით სარძევე ჯირკვლის ცენტრში.

779. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებს ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

ა) ჭარბად არის გამოხატული ჰიპერექოგენური ჯირკვლოვანი ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექოგენური შრის სახით;

ბ) უხვი ჯირკვლოვანი ქსოვილი, რომელიც ისახება სარძევე ჯირკვლის ცენტრში ჰიპერექოგენური შრის სახით. ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ ჰიპოექოგენური შრისა და ჯირკვლოვან ქსოვილში ჰიპოექოგენური ჩანართების სახით;

*გ) უხვი ცხიმოვანი ქსოვილი წინა ჰიპოექოგენური ფენის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფრაგმენტებს შორის ერთეული ჩანართების სახით;

დ) ცხიმოვანი ქსოვილი იკავებს მთელ ჯირკვალს.

780. 25 წლამდე ასაკის ქალების ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლის შემდეგი ულტრაბგერითი სურათი:

*ა) ჭარბად გამოხატული ჰიპერექოგენური ჯირკვლოვანი ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში თხელი ჰიპოექოგენური შრის სახით;

ბ) ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება კანქვეშ სხვადასხვა სისქის ჰიპოექოგენური ფენის სახით, ჯირკვლოვანი ქსოვილი მცირედ არის გამოხატული;

გ) ჭარბად არის გამოხატული ცხიმოვანი ქსოვილი, ჯირკვლოვანი ქსოვილი ისახება მცირედ, ჰიპოექოგენური ჩანართების სახით ცხიმოვან ქსოვილს შორის;

დ) ჭარბი ცხიმოვანი ქსოვილი, კანქვეშ ჰიპოექოგენური ფენის სახით, აგრეთვე, ჯირკვლოვან ქსოვილს შორის ჩანართების სახით. ჯირკვლოვანი ქსოვილი გამოხატულია ჯირკვლის ცენტრში თხელი ჰიპერექოგენური შრის სახით.

781. ჩვეულებრივ, ასაკის მაგებასთან ერთად, სარძევე ჯირკვალში ცხიმის რაოდენობა:

*ა) მაგულობს;

ბ) მცირდება;

გ) უცვლელია.

782. 25 წლამდე ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით კუპერის იოგები:

*ა) პრაქტიკულად არ ღიფერენცირდება;

ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის ჰიპერექოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით);

გ) ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

783. 30-40 წლის ქალებში კუპერის იოგები:

ა) პრაქტიკულად არ ღიფერენციონდება;

*ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის) ჰიპერექოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით;

გ) ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

784. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებში კუპერის იოგები ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

ა) პრაქტიკულად არ ღიფერენციონდება;

ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ისახება ნაზი (1 მმ-მდე სისქის) ჰიპერექოგენური ხაზოვანი სტრუქტურის სახით;

*გ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ცხიმოვანი ქსოვილის ირგვლივ ისახება ჰიპერექოგენური (3 მმ-ზე მეტი სისქის) ჭიმების სახით.

785. 25 წლამდე ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

*ა) თხელი ჰიპოექოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციაციის გარეშე;

ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექოგენური სტრუქტურების სახით;

გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექოგენური "კაფსულით".

786. 50 წელზე მეტი ასაკის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

ა) თხელი, ჰიპოექოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციაციის გარეშე;

ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექოგენური სტრუქტურების სახით;

*გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექოგენური "კაფსულით".

787. 30-45 წლის ქალებში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ცხიმოვანი ქსოვილი ისახება:

ა) თხელი ჰიპოექოგენური ფენის სახით, ცალკეულ სტრუქტურებად ღიფერენციონების გარეშე;

*ბ) სარძევე ჯირკვლის წინა ნაწილებში ერთ რიგად განლაგებული მრგვალი ჰიპოექოგენური სტრუქტურების სახით;

გ) რამდენიმე რიგად განლაგებული ჰიპოექოგენური წარმონაქმნების სახით, კარგად გამოხატული ჰიპერექოგენური "კაფსულით".

788. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციისთვის არ არის დამახასიათებელი:

ა) ცხიმოვანი ინფილტრაცია;

ბ) შემაერთებული ქსოვილის განვითარება;

*გ) სადინროვანი პროლიფერაცია;

დ) სადინრების სკლეროზი კისტებისა და ჯიბეების ჩამოყალიბებით;

ე) წვრილი სისხლძარღვების სკლეროზი.

789. ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას ცხიმოვანი ინვოლუციისთვის არ არის დამახასიათებელი: 1)

ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მატება ჯირკვლოვანი სტრუქტურის შემცირების ფონზე; 2)

ცხიმოვანი ქსოვილის ზოგადი ექოგენობის დაქვეითება; 3) ცხიმოვანი ქსოვილის გროვების

ირგვლივ შემაერთებულქსოვილოვანი "კაფსულის" ჩამოყალიბება; 4) ცალკეულ ცხიმოვან გროვებს შორის საზღვრის წაშლა, გენდენციით ერთიანი მასის ჩამოყალიბებისკენ;

ა) 1

- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 2;3

790. რომელი ექოსკოპიური ნიშანი არ არის დამახასიათებელი სარძევე სადინარების ინვოლუციისთვის:

- ა) სარძევე სადინარების რაოდენობის შემცირება;
- ბ) ზოგიერთი სადინარის კისტოზური გაფართოება, მცირე ზომის კისტების ჩამოყალიბებით;
- გ) ერთეული დიდი კისტების ფორმირება;
- *დ) ყველა სადინარის გაფართოება კელის კონტურების წაშლით.

791. სარძევე ჯირკვალში ინვოლუციური პროცესები ხდება:

- *ა) თანდათანობით;
- ბ) ნახტომისებურად.

792. "კიბოსწინარე" მდგომარეობად ითვლება სარძევე ჯირკვლის შემდგომი ცვლილებები:

- ა) მასტიტის დიფუზური ფორმა;
- ბ) მასტიტის კვანძოვანი ფორმა;
- *გ) ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათიის დიფუზური ფორმა;
- დ) ინვოლუციური პროცესი;
- ე) სტეატონეკროზი.

793. ულტრაბგერითი კონტროლისთვის გაძნელებულია შემდეგი რეგიონული ზონები:

- ა) ლავიწბედა;
- ბ) ლავიწქვედა;
- გ) ილიისქვეშა;
- დ) მკერდისწინა;
- *ე) მკერდისუკანა.

794. სარძევე ჯირკვლის ჭეშმარიტი ჰიპერტროფიისას ზომიერ მომაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- *ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის მომაგების ხარჯზე;

795. სარძევე ჯირკვლების ცრუ ჰიპერტროფიისას ზომიერ მომაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- *გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის მომაგების ხარჯზე;

796. სარძევე ჯირკვლის "წითელი ქართი" გამოწვეული ზომიერ მაგება ხდება:

- ა) შემაერთებული ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის განვითარების ხარჯზე;
- გ) ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- დ) სარძევე ჯირკვლის შემადგენელი ყველა ქსოვილის რაოდენობის მომაგების ხარჯზე;
- *ე) შემაერთებული ქსოვილის განვითარებისა და შეშუპების ხარჯზე.

797. მასტიტი არის:

- * ა) ანთებითი პროცესი სარძევე ჯირკვლის ქსოვილში;
- ბ) მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული უსიამოვნო შეგრძნება სარძევე ჯირკვალში;
- გ) ნებისმიერი პათოლოგიური პროცესი სარძევე ჯირკვალში.

798. მასტიტის " კვანძოვანი ფორმის" ქვეშ იგულისხმება:

- * ა) აბსცესი მომწიფების სხვადასხვა პერიოდში;
- ბ) ნებისმიერი პალპირებადი გამკვრივება სარძევე ჯირკვალში.

799. ფორმირების სხვადასხვა ეტაპზე სარძევე ჯირკვლის აბსცესს ულტრაბგერითი გამოკვლევით აქვს:

- * ა) სხვადასხვა ექოგრაფიული სურათი;
- ბ) დაახლოებით ერთნაირი სურათი.

800. მასტიტი შეიძლება ჰქონდეთ:

- ა) ორსულ და მეტუქურ ქალებს;
- * ბ) ნებისმიერი ასაკის ქალებს;
- გ) პოსტრეპროდუქტიული პერიოდის ქალებს.

801. ულტრაბგერითი გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის ტიპური კისტა:

- * ა) ყოველთვის მრგვალი ფორმისაა დორსალური გაძლიერებით;
- ბ) შეიძლება იყოს არასწორი ფორმის დორსალური გაძლიერებით ან მის გარეშე;
- გ) შეიძლება იყოს არასწორი ფორმის და არამკაფიო კონტურით.

802. ფიბრომულ- კისტოზურ მასტოპათიას საფუძვლად უდევს:

- ა) სარძევე ჯირკვლის სტრომის შეშუპება;
- ბ) სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის შემაერთებელქსოვილოვანი გადაგვარება;
- * გ) ერთდროულად შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება, ჯირკვლოვანი ქსოვილის და სადინარის ელემენტების პროლიფერაცია.

803. ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას ლიფუზური ფიბრომულ- კისტოზური მასტოპათიისთვის არ არის დამახასიათებელი:

- ა) მრავლობითი მცირე ზომის კისტების ჩამოყალიბება;
- ბ) ჰიპერექოგენური კუპერის იოგების გასქელება;
- გ) შემაერთებელი ქსოვილის გამკვრივება სარძევე სადინარის კონტურების გამოკვეთის სახით;
- დ) ჯირკვლოვან ელემენტებს შორის ჰიპერექოგენური წერტილოვანი ჩანართების გაჩენა;
- * ე) ჯირკვალში არამკაფიო კონტურებისა და საზღვრების მქონე ჰიპოექოგენური უბნებისა და სტრუქტურების გაჩენა.

804. ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას ფიბრომულ- კისტოზური მასტოპათიის ექოგრაფიული სურათი:

- ა) მძიმდება მენსტრუალური ციკლის I ფაზაში;
- * ბ) მძიმდება მენსტრუალური ციკლის II ფაზაში;
- გ) არ იცვლება მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში.

805. კვანძოვანი ფიბრომულ- კისტოზური მასტოპათიისთვის ულტრაბგერითი გამოკვლევით დამახასიათებელია:

- ა) მკაფიო ულტრაბგერითი მახასიათებლები არ გააჩნია;
- *ბ) არასწორი ფორმის, არამკაფიო კონტურების და საზღვრების მქონე დაქვეითებული ექოგენობის უბნების გაჩენა;
- გ) სარძევე ჯირკვლის ქსოვილების მკაფიო ლიფერენცირება შეუძლებელია.

806. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ლიპომა;
- ბ) ცისტადენომა;
- გ) ლიმფანგიომა;
- *დ) ფიბროადენომა;
- ე) ფილოიდური სიმსივნე.

807. სარძევე ჯირკვლის ფიბროადენომა შეიძლება იყოს:

- ა) ერთეული;
- ბ) მრავლობითი;
- *გ) ორივე პასუხი სწორია.

808. ტიპიური ფიბროადენომის ულტრაბგერითი სურათია:

- *ა) ოვალური ფორმის, მკაფიო კონტურებიანი, მოძრავი ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;
- ბ) ოვალური ფორმის, მკაფიო კონტურებიანი, მოძრავი ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;
- გ) არაერთგვაროვანი აგებულებისა და დაქვეითებული ექოგენობის, მომრგვალო ფორმის წარმონაქმნი არამკაფიო კონტურებით.

809. 2,0 სმ-მდე ზომის ფიბროადენომას ახასიათებს:

- *ა) სწორი, მომრგვალო ფორმა, შიდა ერთგვაროვანი სტრუქტურა, დაქვეითებული ექოგენობა, სოლიდური შენება, არამკაფიო კონტური;
- ბ) არასწორი ფორმა, არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურა, სითხის შემცველი ჩანართების არსებობა, მკაფიო კონტური.

810. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეს აქვს შემდეგი ულტრაბგერითი ნიშნები:

- ა) მრგვალი ფორმა, არასწორი კონტური, დაქვეითებული ექოგენობა, ღორსალური შესუსტება ან გაძლიერება;
- *ბ) ოვალური ფორმა, სწორი მკაფიო/არამკაფიო კონტური, ერთგვაროვანი ექოსტრუქტურა, სხვადასხვა ექოგენობა;
- გ) ნებისმიერი ფორმა, მკაფიო/არამკაფიო კონტური, ღორსალური შესუსტება.

811. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ლიპომას აქვს შემდეგი შენება:

- *ა) სოლიდური ჰიპოექოგენური სტრუქტურა, ირგვლივ განლაგებული ცხიმოვანი ქსოვილის ილენგური შენება;
- ბ) სოლიდური ჰიპოექოგენური სტრუქტურა, ატიპიური ირგვლივ განლაგებული ქსოვილისგან;
- გ) შერეული კისტოზურ-სოლიდური სტრუქტურა.

812. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ხშირად აქვს:

- ა) მრგვალი ფორმა;
- *ბ) გაურკვეველი ფორმა;
- გ) ოვალური ფორმა;
- დ) სწორია ა და ბ;

813. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნე ულტრაბგერითი გამოკვლევით გამოისახება როგორც წარმონაქმნი:

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

814. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს:

- ა) ღორსალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- *ბ) სიმეგრული ლაგერალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- გ) ასიმეგრული ლაგერალური აკუსტიკური ჩრდილი;
- დ) ღორსალური შესუსტება.

815. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნისთვის დამახასიათებელია:

- ა) კაფსულის არსებობა ან არარსებობა;
- ბ) კაფსულის არარსებობა;
- *გ) კაფსულის არსებობა;
- დ) ნიშანს არ აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა.

816. ღორსალური გაძლიერება წარმოადგენს:

- ა) კეთილთვისებიანი პროცესის ნიშანს;
- ბ) ავთვისებიანი პროცესის ნიშანს;
- *გ) არ წარმოადგენს პროცესის კეთილთვისებიანობისა და ავთვისებიანობის ნიშანს.

817. კეთილთვისებიანი პროცესისთვის დამახასიათებელია სივრცული განლაგება:

- *ა) ჰორიზონტალური ორიენტაციით;
- ბ) ვერტიკალური ორიენტაციით;
- გ) გაურკვეველი ორიენტაციით.

818. ავთვისებიანი პროცესისთვის დამახასიათებელია სივრცული განლაგება:

- ა) ჰორიზონტალური ორიენტაციით;
- *ბ) ვერტიკალური ორიენტაციით;
- გ) გაურკვეველი ორიენტაციით.

819. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს:

- ა) არამკაფიო წინა კედელი, უკანა არ ისახება;
- ბ) მკაფიო წინა და არამკაფიო უკანა კედელი;
- *გ) წინა და უკანა კედლის კონტური არამკაფიოა ან არ ისახება.

820. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს შემდეგი ექოსტრუქტურა:

- ა) საშუალო ექოგენობა;
- *ბ) დაბალი ექოგენობა;
- გ) ნებისმიერი ექოგენობა;
- დ) მაღალი ექოგენობა.

821. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს: 1) ღორსალური გაძლიერება; 2) ღორსალური შესუსტება და ჩრდილი;

- ა) 1

- ბ) 2
- *გ) 2

822. ყველაზე მეტი შემაერთებული ქსოვილი ახასიათებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემდეგ ფორმას:

- *ა) სკიროზულ;
- ბ) მეღულარულ;
- გ) ცისგაღენოკარცინომას;
- დ) პაპილარულ;
- ე) შერეულ.

823. მცირე რაოდენობით შემაერთებული ქსოვილი ახასიათებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემდეგ ფორმას:

- ა) სკიროზულ;
- *ბ) მეღულარულ;
- გ) ცისგაღენოკარცინომას;
- დ) პაპილარულ;
- ე) შერეულ.

824. ფიბროაღენომის ულტრაბგერითმა სურათმა შეიძლება მოგვცეს იმიტაცია: 1) ცხიმოვანი წილაკის; 2) ავთვისებიანი სიმსივნის; 3) კისტის; 4) აბსცესის;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

825. სარძევე ჯირკვლის შემუშებით-ინფილტრაციული ფორმა ულტრაბგერითი გამოკვლევით:

- *ა) არ ღიფერენცირდება მასტიტის ღიფუბური ფორმისგან;
- ბ) ღიფერენცირდება მასტიტის ღიფუბური ფორმისგან.

826. ექოსკოპია საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ:

- ა) სარძევე ჯირკვლის კიბოს როგორც კვანძოვანი, ასევე ღიფუბური ფორმა;
- *ბ) სარძევე ჯირკვლის კიბოს მხოლოდ კვანძოვანი ფორმა;
- გ) სარძევე ჯირკვლის კიბოს მხოლოდ ღიფუბური ფორმა.

827. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევისას სიხშირით 7,5 მგჰ და მეტი შეიძლება შეგვხვდეს სირთულეები: 1) მთელი ჯირკვლის ქსოვილების ღიფერენციაში; 2) ჯირკვლის ღრმა ნაწილის გამოკვლევაში; 3) კანისა და კანქვეშა ქსოვილის მდგომარეობის შეფასებაში;

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

828. წარმონაქმნის არასწორი, ვარსკვლავისებური კონფიგურაცია დამახასიათებელია:

- ა) დისპორმონული ჰიპერპლაზიის კვანძოვანი ფორმისთვის;
- *ბ) კიბოს სკიროზული ფორმისთვის;

- გ) ფიბროაღენომისტვის;
- დ) ატიპიური კისტისთვის.

829. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს:

- ა) საშუალო ექოგენობის ერთგვაროვანი სოლიდური სტრუქტურა;
- ბ) დაქვეითებული ექოგენობის კისტოზურ-სოლიდური სტრუქტურა;
- გ) სითხის დიდი რაოდენობით შემცველი, პრაქტიკულად ანექოგენური სტრუქტურა;
- *დ) ერთგვაროვანი ან არაერთგვაროვანი, შერეული ან სოლიდური ექოსტრუქტურა.

830. ფარისებრი და ფარისებრაზლო ჯირკვლების ულტრაბგერით გამოკვლევას ატარებენ: 1) 5,0-7,5 მგჰ-იანი წყლიანი კამერით, მაღალსიხშირიანი გადამწოდით; 2) 7,5-12 მგჰ-იანი, მაღალსიხშირიანი გადამწოდით წყლიანი კამერის გარეშე; 3) 10 მგჰ-იანი გრანსემოფაგური გადამწოდით; 4) 5,0 მგჰ-იანი გრანსემოფაგური გადამწოდით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

831. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევას აუცილებელია გაიზომოს:

- ა) წილის სიგრძე, ირიბი ზომა, ყელის სისქე;
- ბ) ყოველი წილის ერთი ზომა;
- *გ) ყოველი წილის სიგრძე, სისქე, სიგანე და ყელის სისქე;
- დ) გარდიგარდმო ტომოგრაფიაზე ფარისებრი ჯირკვლის პერიმეტრი;
- ე) მთელი ჯირკვლის ფართობი.

832. განივი ულტრაბგერითი გამოსახვისას ფარისებრი ჯირკვლის ტიპური ფორმაა:

- ა) ნახევარმთვარისებრი;
- ბ) ნალისებრი;
- *გ) მოხრილი ჰანგელის;
- დ) პეპელა.

833. ფარისებრი ჯირკვლის წილთან განლაგებულია შემდეგი სისხლძარღვები:

- *ა) A. ცაროტის ცომმუნის და ვ. ჯუგულარის;
- ბ) A. ცაროტის ინტერნა და ვ. ჯუგულარის;
- გ) Aორტა და გრუნცუს ბრაცპიოცეპჰალიცა.

834. რომელი ექოგრაფიული ნიშანი არ არის დამახასიათებელი ვენისათვის?

- ა) გადამწოდის გეწოდით სისხლძარღვის სანათურის ცვლილება;
- *ბ) სისხლძარღვის სამშრიანი კედელი;
- გ) სარქვლოვანი აპარატის ვიზუალიზაცია.

835. რომელი ექოგრაფიული ნიშანი არ არის დამახასიათებელი არტერიისათვის?

- ა) სამშრიანი კედელი;
- *ბ) სისხლძარღვის სანათურის ცვლილება გადამწოდის გეწოდით;
- გ) გულისცემასთან ერთად სისხლძარღვის კედლის პულსაცია.

836. ფარისებრი ჯირკვლის ყელის წინ განლაგებულია შემდეგი კუნთები:

- ა) ფარისებრწინა;
- ბ) მკერდ-ლავიწ-ღვრილისებრი;
- *გ) კანქვეშა;
- დ) არ არის კუნთი.

837. ფარისებრი ჯირკვლის ზომები უდიდესია შემდეგ ასაკში:

- ა) 1-15 წელი;
- *ბ) 15-25 წელი;
- გ) 25-40 წელი.

838. კისრის დიდ სისხლძარღვოვან კონას წინიდან ფარავს შემდეგი კუნთი:

- *ა) მკერდ-ლავიწ-ღვრილისებრი;
- ბ) მკერდ-ფარისებრი;
- გ) მკერდ-ენისქვეშა.

839. ნორმაში ფარისებრი ჯირკვლის წილებისა და ყელის შეფარდება:

- ა) თანაბარია;
- ბ) ყელი შეადგენს ჯირკვლის ძირითად მასას;
- *გ) წილები შეადგენს ჯირკვლის ძირითად მასას.

840. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურა შეიძლება მივაკუთვნოთ:

- ა) წყლის შემცველ ორგანოს;
- *ბ) პარენქიმულ ორგანოს;
- გ) ორგანოს შერეული, კისტოზურ-სოლიდური შენებით.

841. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრაზლო ჯირკვლები შეიძლება გამოვავლინოთ ფარისებრი ჯირკვლის შემდეგ ნაწილებში:

- ა) ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულასთან, წილის უკანა ნაწილში;
- ბ) ნებისმიერ ადგილას ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულის ქვეშ;
- გ) ორგანოს სისქეში;
- *დ) ნებისმიერ ადგილას.

842. ულტრაბგერითი გამოკვლევით საყლაპავი ხშირად ისახება:

- *ა) გრაქეის მარცხნივ;
- ბ) გრაქეის მარჯვნივ.

843. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის აპლაზიაზე მოწმობს:

- ა) სისხლძარღვოვანი კონის (წნულის) ცლომა;
- ბ) კუნთების ცლომა;
- *გ) ჯირკვლის ქსოვილის გამოსახულების არარსებობა.

844. ფარისებრი ჯირკვლის დიფუზური დაზიანების შემთხვევაში ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- *ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა;
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა და სკანირება;
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- დ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

845. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი დაზიანების შემთხვევაში ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა;
- *ბ) ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ პუნქციური ბიოფსია შემდგომი მორფოლოგიური ვერიფიკაციით;
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება ჰორმონების განსაზღვრით;
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის ექოსკოპია და სკანირება;

846. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი პროცესზე ეჭვისას ოპტიმალურია შემდეგი დიაგნოსტიკური მეთოდების კომპლექსის გამოყენება:

- ა) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება;
- ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა და კისრის ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- *დ) ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ პუნქციური ბიოფსია შემდგომი მორფოლოგიური ვერიფიკაციით.

847. ულტრაბგერითი გამოკვლევით გამოვლენილი ერთგვაროვანი ექოსტრუქტურის ლიფუზურად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი შეიძლება შეესაბამებოდეს:

- *ა) ლიფუზურ გოქსიკურ ჩიყვს, არაგოქსიკურ ლიფუზურ ჩიყვს (მცირე და საშუალო ხარისხის ჰიპერპლაზიით), თირეოიდიტს;
- ბ) ლიფუზურ გოქსიკურ ჩიყვს, ჰიპერპლაზიის ყველა ხარისხის არაგოქსიკურ ლიფუზურ ჩიყვს, თირეოიდიტს;
- გ) შერეულ ლიფუზურ-კვანძოვან ჩიყვს;
- დ) კვანძოვან ჩიყვს;
- ე) ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიან სიმსივნეს;

848. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს:

- ა) კისტოზური ლეგენერაციისას;
- ბ) კვანძოვანი ჩიყვის დროს;
- გ) თირეოიდიტის დროს;
- დ) შერეული, ლიფუზურ-კვანძოვანი ჩიყვის დროს;
- ე) ავთვისებიანი სიმსივნის დროს;
- *ვ) ყველა პასუხი სწორია;

849. ლიფუზური ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ზომები:

- *ა) გაზრდილია;
- ბ) შემცირებულია;
- გ) ნორმალურია;
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

850. ლიფუზური ჩიყვის (მცირე ჰიპერპლაზიის) დროს ვლინდება:

- *ა) მარცვლოვანების შეცვლა;
- ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ლიფუზურ-არაერთგვაროვანი ცვლილებები კისტის, ფიბროზის ზონისა და კალცინაციის სახით;
- გ) განსხვავებული ექოგენობის ზონების გაჩენა, არამკაფიო კონტურებით და საზღვრებით.

851. ლიფუზური ჩიყვის (მკვეთრი ჰიპერპლაზია) დროს ვლინდება:

ა) მარცვლოვანების შეცვლა;

*ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ღიფუმურ-არაერთგვაროვანი ცვლილებები კისტის, ფიბროზის ზონისა და კალცინაციის სახით;

გ) განსხვავებული ექოგენობის ზონების გაჩენა, არამკაფიო კონტურითა და სამღვრებით.

852. თირეოიდიგის ღროს ფარისებრი ჯირკვლის ზომები შეიძლება იყოს:

ა) შემცირებული;

ბ) მომაგებული;

გ) ნორმალური;

*დ) ნებისმიერი.

853. ღიფუმური ჩიყვისთვის ექოსკოპიურად დამახასიათებელია მომაგება:

ა) ჯირკვლის ყველა ზომის;

*ბ) ჯირკვლის წილის ზომების მომაგების უპირატესობით;

გ) ყელის ზომების მომაგების უპირატესობით.

854. თირეოიდული ქსოვილის ჰიპერპლაზიას ექოსკოპიურად ახასიათებს:

ა) მხოლოდ ჯირკვლის ზომების მომაგება;

*ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ზომის მომაგება, ჯირკვლის მარცვლოვანი სტრუქტურის გამსხვილება;

გ) მხოლოდ ჯირკვლის მარცვლოვანი სტრუქტურის გამსხვილება.

855. ფარისებრი ჯირკვლის რომელი წარმონაქმნია ექოსკოპიურად რთული გამოსავლენი?

ა) ჰიპერექოგენური;

ბ) ჰიპოექოგენური;

*გ) იზოექოგენური;

დ) შერეული ექოგენობის.

856. ფორმირებადი კვანძოვანი ჩიყვის არაპირდაპირი ექოსკოპიური ნიშანი შეიძლება იყოს:

ა) ჯირკვლის პარენქიმაში დეგენერაციული ცვლილებების არსებობა;

*ბ) ორგანოს ასიმეტრია;

გ) მთელი ჯირკვლის ღიფუმური გადიდება.

857. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნისთვის ექოსკოპიურად დამახასიათებელია:

ა) ჰიპერექოგენური წარმონაქმნი;

*ბ) ჰიპოექოგენური წარმონაქმნი;

გ) იზოექოგენური წარმონაქმნი;

დ) ანექოგენური წარმონაქმნი;

ე) ყველა პასუხი სწორია.

858. აუგოიმუნური თირეოიდიგის დამახასიათებელი ექოსკოპიური სურათია:

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

ე) სხვადასხვა ზომის დაქვეითებული ექოგენობის უბნების გაჩენა არამკაფიო კონტურითა და სამღვრებით; 2) ჯირკვლის ზომის მომაგება არაერთგვაროვანი ღიფუმური შენებით; 3) ჯირკვლის ზოგადი ექოგენობის დაქვეითება;

859. ექოსკოპიურად ფარისებრი ჯირკვლის ერთ-ერთი ნაწილის შემცირება მოწმობს:

*ა) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოპლაზიას;

ბ) ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას.

860. ფარისებრი ჯირკვალი შესაძლებელია იყოს განლაგებული ენის ძირის მიდამოში:

*ა) ღიახ;

ბ) არა.

861. თირეოიდული ქსოვილი შეიძლება იყოს განლაგებული ენის ქვეშ:

*ა) ღიახ;

ბ) არა.

862. ულტრაბგერითი კვლევისას შესაძლებელია ნ.რეცურენცე-ის დიფერენცირება:

*ა) შესაძლებელია;

ბ) შეუძლებელია.

863. ულტრაბგერითი კვლევისას შესაძლებელია ნ.ვაგუს-ის დიფერენცირება:

*ა) შესაძლებელია;

ბ) შეუძლებელია.

864. დაბალი და საშუალო ხარისხის დიფუზურ ჩიყვს ულტრაბგერითი გამოკვლევით ახასიათებს მომაგება:

ა) წილის სიგრძის;

ბ) ყელის;

გ) წილის სიგანის;

დ) წილის წინა-უკანა ზომის;

*ე) ყველა პასუხი სწორია.

865. ქალისა და მამაკაცის ფარისებრი ჯირკვლის ზომები:

ა) ერთნაირია;

ბ) ქალებისა მეტია;

*გ) მამაკაცებისა მეტია.

866. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის დამაგებითი წილის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია:

ა) ნებისმიერ ასაკში;

ბ) მოხუცებში;

*გ) ძირითადად ბავშვებში.

867. ფარისებრი ჯირკვლის ვასკულარიზაციის გაძლიერება ფარისებურ არტერიებში ნაკადის აჩქარებით გვხვდება:

ა) ჯირკვლის ნებისმიერი ჰორმონული აქტიურობისას;

*ბ) ჯირკვლის ჰორმონული აქტიურობის მომაგებისას;

გ) ჯირკვლის ჰორმონული აქტიურობის დაქვეითებისას.

868. ფარისებრი ჯირკვლის ექოგენობის დაქვეითება შეიძლება იყოს შედეგი:

ა) პარენქიმული სისხლის მიმოქცევის გაძლიერების;

ბ) ჯირკვლის ფოლიკულებში კოლოიდის რაოდენობის მომაგების;

გ) ნორმალური თირეოიდული ქსოვილის ჩანაცვლებისა სიმსივნური ქსოვილით;

*დ) ყველა პასუხი სწორია;

869. თირეოიდული ქსოვილის ექოგენობის მომაგება შეიძლება მოწმობდეს:

ა) ჯირკვლის ფოლიკულებში კოლოიდის რაოდენობის შემცირებას;

ბ) ჯირკვლის შიგნითა შემაერთებელქსოვილოვანი ტიხარების განვითარებასა და გამკვრივებას;

*გ) ყველა პასუხი სწორია.

870. ულტრაბგერითი გამოკვლევით რომელი ასაკიდან არის შესაძენვეი ფარისებრი ჯირკვლის ინვოლუციური ცვლილებები?

*ა) 45-50 წლის შემდეგ;

ბ) 60 წლის შემდეგ;

გ) ნებისმიერ ასაკში.

871. ლიმფური სისტემის ძირითადი ფუნქციაა:

*ა) ქსოვილების ღრენაჟი და ლიმფის გადაგანა ვენური კოლექტორის სისტემაში;

ბ) ადამიანის ორგანიზმის პერიფერიულ ნაწილებში ჟანგვითი პროცესების განხორციელება;

გ) ქსოვილების ჟანგბადით გამდიდრება;

დ) პერიფერიული ქსოვილებიდან ნივთიერებათა ცვლის პროლუქტების გამოგანა.

872. ლიმფურ სისტემას შეადგენს:

ა) რეგიონული ლიმფური კვანძები, ელენთა, თიმუსი, ნუშურები;

*ბ) ლიმფური კვანძები, ლიმფური სადინარები, ელენთა, ნუშურები, ლიმფოიდური ფოლიკულების ცალკეული გროვები;

გ) ლიმფური კვანძები, ძვლის გვინი, თიმუსი, ელენთა.

873. ლიმფური კვანძები ამთავრებენ ჩამოყალიბებას:

ა) ბავშვის დაბადების მომენგისათვის;

*ბ) 12-13 წლისათვის;

გ) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში;

დ) 25-30 წლისათვის.

874. ულტრაბგერითი კვლევისას კისრის გედაპირული ლიმფური კვანძების ზომები ნორმაში არის:

ა) 0,5 მმ;

*ბ) 10 მმ;

გ) 15 მმ.

875. გედაპირული ლიმფური კვანძების რომელი ზომებია მიღებული კლინიკურ ნორმად?

ა) 0,5 მმ;

*ბ) 10 მმ;

გ) 15 მმ.

876. ულტრაბგერითი გამოკვლევით აუცილებელია ვაწარმოთ ლიმფური კვანძის შემდეგი გამოძვები:

*ა) სიგანე, სიგრძე და წინა-უკანა ზომა;

ბ) საკმარისია 2 ზომის განსაზღვრა;

გ) საკმარისია ერთი ზომის განსაზღვრა.

877. ლიმფური კვანძების ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩვენებაა:

ა) ლიმფური კვანძების პალპატორული გამოვლენა;

*ბ) ლიმფური კვანძების პალპატორული გამოვლენა და ეჭვი ავთვისებიან პროცესზე;

გ) ნებისმიერი დაავადება.

878. მაღალსიხშირიანი, 10-12 მგჰ-იანი გაღამწოდებით აღჭურვილი უკანასკნელი თაობის აპარატურის გამოყენება არ იძლევა საშუალებას:

ა) გამოვავლინოთ გელაპირული, ნორმალური ლიმფური კვანძები;

*ბ) გამოვავლინოთ რეგროპერიტონული სივრცისა და მუცლისშიგნითა ლიმფური კვანძები როგორც ნორმალურ, აგრეთვე, კეთილთვისებიანი აღენოპათიის ფონზე;

გ) გავაგაროთ ლიმფურენციალური დიაგნოზი გელაპირული ლიმფური კვანძების კეთილთვისებიან და ავთვისებიან აღენოპათიებს შორის.

879. ლიმფური კვანძის ექოანაგოზია ხასიათდება: 1) თხელი პერიფერიული ქერქოვანი ნაწილით; 2) ფართო პერიფერიული ქერქოვანი ნაწილით; 3) კარის მიდამო ისახება კვანძის ერთ-ერთი პოლუსის მახლობლად; 4) ცენტრალური ნაწილი ისახება ელიფსოიდური ფართო ჰიპერექოგენური ნაწილით; 5) ცენტრალურ ნაწილს აქვს დაბალი ექოგენობა და ცალკე არ ლიმფურენციირდება;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

დ) 4

ე) 5

*ვ) 1;4

880. ფერადი დოპლერული კარტირებით ლიმფურ კვანძში ნორმალური ვასკულარიზაცია:

*ა) შეიძლება არ გამოვლინდეს, ან გამოვლინდეს ლიმფური კვანძის კარის მიდამოში;

ბ) შეიძლება გამოვლინდეს ყველგან;

გ) ყველა პასუხი სწორია;

881. ულტრაბგერითი გამოკვლევით გელაპირული ლიმფური კვანძების დათვალიერება მოიცავს:

ა) კისრის გვერდითა გელაპირების, ლავიწბელა და ლავიწქვედა ლიმფური კვანძების დათვალიერებას;

ბ) ლავიწბელა, ლავიწქვედა, ილიისქვეშა ლიმფური კვანძების დათვალიერებას;

*გ) კისრის გვერდითი გელაპირების, ლავიწბელა, ლავიწქვედა, ილიისქვეშა და საზარდულის ლიმფური კვანძების დათვალიერებას;

დ) ლავიწბელა, ლავიწქვედა, ილიისქვეშა და საზარდულის ლიმფური კვანძების დათვალიერებას.

882. პერიფერიული ლიმფური სადინარები ნორმაში:

*ა) ექოსკოპიით არ ისახება;

ბ) შესაძლებელია მათი ვიზუალიზაცია.

883. კეთილთვისებიან და ავთვისებიან აღენოპათიებს შორის ლიმფურენციალურ კრიტერიუმს არ წარმოადგენს:

ა) ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის ფონზე ლიმფური კვანძის ულტრაბგერით სურათში დინამიკის არარსებობა;

*ბ) ლიმფური კვანძის ზომის მომაგება;

გ) ტიპური ექოსტრუქტურის აღდგენა.

884. რისგან არის აუცილებელი სარძევე ჯირკვლის გადილებული ლიმფური სადინარების ლიმფურენცირობა?

- *ა) სარძევე სადინარების გამოსახულებისგან;
- ბ) მცირე კალიბრის სისხლძარღვების თრომბოზისგან;
- გ) ქსოვილების გრაფიული დაზიანებისგან.

885. გელაპირულად განლაგებული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის ექოსკოპიური შეფასება ხდება შემდეგი სიხშირის გადამწოდით:

- *ა) 5,0 - 10 მგჰ;
- ბ) 7,5 - 12 მგჰ;
- გ) 3,5 - 7,5 მგჰ.

886. სარძევე ჯირკვლის ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობა:

- ა) ყოველთვის მაღალია;
- ბ) ყოველთვის დაბალია;
- *გ) ცვალებადობს.

887. სარძევე ჯირკვლის ცხიმოვანი ქსოვილის ექოგენობა:

- ა) მაღალია;
- *ბ) დაბალია.

888. შესაძლებელია თუ არა ცალკეული ჯირკვლოვანი წილაკის ან წილის ვიზუალიზაცია?

- ა) დიახ;
- *ბ) არა.

889. შესაძლებელია თუ არა რეპროდუქციული პერიოდის ქალებში რეგრომამური ცხიმოვანი ჩანთის ვიზუალიზაცია?

- ა) დიახ;
- *ბ) არა.

890. სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის ეფექტიანობას ფერადი დოპლერული კარტირებით კვლევისას მოწმობს შემდეგი კრიტერიუმი:

- ა) სარძევე ჯირკვლის პარენქიმის ვასკულარიზაციის გაძლიერება;
- *ბ) ჯირკვლის სტრუქტურაში სისხლძარღვების რაოდენობის შემცირება ან სრული გაქრობა.

891. სარძევე ჯირკვლის კიბოზე ეჭვის დროს ექოსკოპიური კვლევის ალგორითმში არ შედის:

- ა) სარძევე ჯირკვალი;
- ბ) ილღისქვეშა, ლავიწზედა, ლავიწქვედა, მკერდისუკანა, პექტორალური ლიმფური კვანძები;
- გ) ღვიძლი;
- დ) რეგროპერიტონეული ლიმფური კვანძები;
- ე) დაზიანების მხარეს საზარღულის ლიმფური კვანძები;
- ვ) მცირე მენჯის ორგანოები;
- *გ) ფარისებრი ჯირკვალი.

892. ფარისებრი ჯირკვლის გამოსაკვლევად ოპტიმალური გადამწოდია:

- ა) მექანიკური სექტორული;
- ბ) ელექტრული სექტორული;
- გ) კონვექსი;

*დ) ხაზოვანი.

893. ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურის შესასწავლად ულტრაბგერითი კვლევისას ოპტიმალური სიხშირეა:

- ა) 3,5-5 მგჰ;
- *ბ) 5-10 მგჰ;
- გ) 10-13 მგჰ.

894. ფარისებრი ჯირკვლის წილის სიგანეს საზღვრავენ:

- *ა) განივი სკანირებისას;
- ბ) სიგრძივი სკანირებისას;
- გ) ირიბი სკანირებისას;
- დ) პოლიპოზიციური სკანირებისას.

895. ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობა 30-40 წლის შემდეგ ასაკის მაგებასთან დაკავშირებით:

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

896. ფარისებრი ჯირკვლის ყელის სისქე იზომება:

- *ა) განივი სკანირებისას;
- ბ) სიგრძივი სკანირებისას;
- გ) ირიბი სკანირებისას;
- დ) პოლიპოზიციური სკანირებისას.

897. ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ექოსტრუქტურა შემდეგია:

- ა) არაერთგვაროვანი, მსხვილი ჰიპერექოგენური ჩანართებით;
- ბ) ერთგვაროვანი, მსხვილი ჰიპერექოგენური ჩანართებით;
- *გ) ერთგვაროვანი, უმნიშვნელოდ გამოხატული მარცვლოვანებით;
- დ) ერთგვაროვანი, ღვიძლის პარენქიმის მსგავსი ექოგენობით.

898. ჰაშიმოტოს ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობა:

- ა) გაზრდილია;
- ბ) შემცირებულია;
- გ) ნორმალურია;
- *დ) არა აქვს მნიშვნელობა.

899. ჰიპოექოგენური სტრუქტურის კვანძში ქაოტურად განლაგებული მრავლობითი კალციფიკატები დამახასიათებელია:

- *ა) ავთვისებიანი პროცესისათვის;
- ბ) კეთილთვისებიანი პროცესისათვის;
- გ) ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი პროცესებისათვის;
- დ) ლეგენერაციული ცვლილებებისათვის.

900. მწვავე თირეოიდიტის, სტრუმიტის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ექოგენობა:

- ა) არაერთგვაროვნად მომაგებულია;
- *ბ) არაერთგვაროვნად დაქვეითებულია;

- გ) ერთგვაროვნად მომაგებულია;
- დ) ერთგვაროვნად დაქვეითებულია.

901. ფარისებრი ჯირკვლის გარეთა კაფულას ქმნის წინიდან:

- ა) კანი;
- ბ) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი;
- *გ) ყელის ფასციები;
- დ) კუნთი.

902. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას პაციენტი იმყოფება:

- *ა) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ბურგზე უკან გადაწეული თავით;
- ბ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში;
- გ) ვერტიკალურ მდგომარეობაში;
- დ) თავი გვერდით აქვს გადაწეული, გამოსაკვლევი მხარის მოპირდაპირედ.

903. აღენომის ირგვლივ 1-2 მმ-იანი დაბალი ექოგენობის გარსი ("ქობა") წარმოადგენს ანარეკლს:

- ა) შემჭიდროვებული ფოლიკულების;
- ბ) შემჭიდროვებული სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების;
- *გ) კვანძის კარგად ფორმირებული კაფსულის, შემჭიდროვებული ფოლიკულების, შემჭიდროვებული სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების.

904. ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი კვლევის ნაკლია:

- ა) მეთოდის სიძვირე;
- *ბ) დაზიანებული ადგილის ქსოვილოვანი დიფერენციაციის შეუძლებლობა;
- გ) შესრულების სირთულე;
- დ) ინვაზიურობა.

905. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ზედა შიგნითა კვადრანტში ლოკალიზაციისას ყველაზე ადრე
გიახლოება ლიმფური კვანძი:

- ა) მოპირდაპირე მხარეს ილღისქვეშა;
- *ბ) წინა შუასაყარის;
- გ) იმავე მხარეს წინა ილღისქვეშა;
- დ) იმავე მხარეს წინა და ცენტრალური ილღისქვეშა.

906. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ზედა გარეთა კვადრანტში ლოკალიზაციისას ყველაზე ადრე
გიახლოება ლიმფური კვანძი:

- ა) წინა შუასაყარის;
- ბ) წინა ილღისქვეშა;
- გ) ცენტრალური ილღისქვეშა;
- *დ) წინა და ცენტრალური ილღისქვეშა;
- ე) მოპირდაპირე მხარეს.

907. სარძევე ჯირკვლის ინვოლუციური პროცესები იწყება:

- *ა) პირველი ორსულობის დამთავრების შემდეგ;
- ბ) 35-40 წლის ასაკში;
- გ) 40-45 წლის ასაკში;
- დ) 45-50 წლის ასაკში;
- ე) 50 წლის შემოთ.

908. ღიფუბური მასტიგის ექოგრეფიული ნიშანი:

- ა) კანის გასქელება;
- ბ) პრემამური ცხიმოვანი ქსოვილისა და ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის მომაგება სგრუქტურების ღიფერენციაციის წაშლით;
- გ) რძის საღინარების ჯიბისებური ღილაგაცია;
- ღ) ყველა პასუხი მცღარია;
- *ე) სწორია ყველა

909. სარბევე ჯირკვლის ფორმირებადი აბსცესისათვის დამახასიათებელია: 1) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური სგრუქტურის უბანი; 2) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის ფრაგმენტული მომაგება, გაღილებული სარბევე საღინარების არსებობა; 3) არაერთგვაროვანი აგებულების კისტოზური წარმონაქმნი, არასწორი, ზოგჯერ გასქელებული კელლებით;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *ღ) 1;2

910. სარბევე ჯირკვლის ჩამოყალიბებული აბსცესისათვის დამახასიათებელია:

- ა) არამკაფიო კონტურებიანი ჰიპოექოგენური სგრუქტურის უბანი;
- ბ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ექოგენობის მომაგება, საღინარების გაგანიერება;
- *გ) არაერთგვაროვანი აგებულების კისტოზური წარმონაქმნი, არასწორი, ზოგჯერ გასქელებული კელლებით;

911. სარბევე ჯირკვლის კისტის ღისგალური ფსევდოგადღიერება არ აღინიშნება:

- ა) მცირე ზომის კისტების ღროს;
- ბ) მკერღის კუნთთან განლაგებული კისტის შემთხვევაში;
- გ) მაღალი ექოგენობის სგრუქტურების ფონზე განლაგებული კისტის უკან;
- ღ) კისტის კაფსულის გამოხატული ფიბროზის შემთხვევაში;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია.

912. კისტას აქვს ატიპური შენება:

- ა) ხანგრძლივად არსებობის შემთხვევაში;
- ბ) მორეციღივეს;
- გ) კალციუმის შემცველ კისტას;
- *ღ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) ყველა პასუხი მცღარია.

913. საღინარშიღა პაპიღომის უღტრაბგერითი ნიშანი:

- ა) საღინარის იმოღირებული გაფართოება;
- ბ) სხვაღასხვა ექოგენობის, მომრგვალო ფორმის სოღიღური წარმონაქმნი;
- *გ) სწორია ორივე

914. სარბევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე ხშირად ღოკალიბებულია:

- ა) ზეღა-შიგნითა კვაღრანგში;
- ბ) ქვეღა შიგნითა კვაღრანგში;
- გ) ქვეღა გარეთა კვაღრანგში;
- *ღ) ზეღა გარეთა კვაღრანგში;

ე) არეოლის უკან.

915. სარძევე ჯირკვლის 6 სმ-ზე მეტი ზომის ფიბროაღენოზას ახასიათებს:

- ა) მარჯნისებური პეგრიფიკაციის არსებობა;
- ბ) გამოხატული არათანაბარი აკუსტიკური ჩრდილის არსებობა;
- გ) წარმონაქმნის არსებობა სხვადასხვა ექოგენობით;
- *დ) სწორია ყველა პასუხი

916. ჰიპოექოგენური წარმონაქმნის უკან აკუსტიკური ჩრდილის არსებობისას უნდა ვივარაუდოთ:

- 1) ფიბროაღენოზა; 2) კისტა; 3) ავთვისებიანი სიმსივნე;
- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1;2
- ე) ყველა პასუხი მცდარია.

917. რა არ წარმოადგენს დისფუნქციური სარძევე ჯირკვლის დამახასიათებელ ნიშანს

- ა) მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურებს სახით
- *ბ) მენსტრუაციული ციკლის მეორე ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურების სახით
- გ) მენსტრუალური ციკლის პირველ და მეორე ფაზაში ყველა სადინრის ვიზუალიზაცია 2,55 მმ-ზე მეტი ღიაშტრის ჰიპოექოგენური მილაკოვანი სტრუქტურების სახით

918. სარძევე ჯირკვლის ფიბროაღენოზა შეიძლება იყოს:

- ა) ერთეული
- ბ) მრავლობითი
- *გ) ორივე პასუხი სწორია

919. მცირე ზომის ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევისთვის უმჯობესია:

- ა) 5,0 მგჰ-იანი გადამწოდი
- *ბ) 10,0 მგჰ-იანი გადამწოდი
- გ) 7,5 მგჰ-იანი გადამწოდი

920. სითხის შემცველი ჩანართები შეიძლება იყოს ნიშანი:

- *ა) ლიმფური ჩიყვის კისტოზური დეგენერაციის ან აღენოზაში სისხლჩაქცევის
- ბ) თირეოიდიტის გამოვლენის
- გ) ყველა პასუხი სწორია

921. ავთვისებიანი აღენოპათიის ექოსკოპიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ლიმფური კვანძის ზომების მომატება
- *ბ) სფერული ფორმა, ლიმფური კვანძის შემადგენელი ნაწილების ლიმფრენციაციის არარსებობა, ლიმფური კვანძის ექოგენობის ზოგადი დაქვეითება
- გ) ლიმფური კვანძის შემადგენელი ნაწილების თანაფარდობის შეცვლა
- დ) ლიმფური კვანძის ექოგენობის ზოგადი მომატება

922. პირველი და მეორე რიგის გალაქტოფორიების ღიაშტრია:

- *ა) არაუმეტეს 2,0 მმ-ისა

- ბ) 2,0-3,0 მმ
- გ) 3,0-4,0 მმ
- დ) 4,0 მმ-ზე მეტი
- ე) არა აქვს მნიშვნელობა

923. სარძევე ჯირკვალში რევოლუციური პროცესები იწყება:

- *ა) პირველი ორსულობის შემდეგ
- ბ) პრელმენოპაუზურ პერიოდში
- გ) მენოპაუზაში
- დ) პოსტმენოპაუზურ პერიოდში

924. 2 სმ-ზე მეტი ზომის ფიბროადენომას ულტრაბგერითი გამოკვლევით ახასიათებს:

- ა) სწორი მრგვალი ფორმა, შიდა სტრუქტურა ერთგვაროვანია, ჰიპოექოგენური, კაფსულა ყოველთვის არ ისახება.
- *ბ) არასწორი მომრგვალო ფორმა, შიდა სტრუქტურა ხშირად არაერთგვაროვანია, ჰიპოექოგენური, როგორც წესი მკაფიოდ ისახება კაფსულა

925. კეთილთვისებიან სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს:

- *ა) სწორი, კარგად დიფერენცირებული წინა კედელი
- ბ) არასწორი, წაშლილი კედელი
- გ) წინა კედლის ვიზუალიზაცია არ თამაშობს გადამწყვეტ როლს

926. ავთვისებიანი პროცესისათვის დამახასიათებელია:

- ა) რეგიონალურ ზონებში აღენოპათია
- ბ) ერთ-ერთ რეგიონალურ ზონაში აღენოპათია
- გ) აღენოპათიას არ ენიჭება კლინიკური მნიშვნელობა
- *დ) სწორია ყველა
- ე) სწორია 1 და 2

928. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებური ჯირკვლის ფორმა დამახასიათებელია:

- ა) ლიფუზური ჩიყვისთვის
- ბ) მრავალკვანძოვანი ჩიყვისთვის
- *გ) თირეოდიტისთვის

930. ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ, რა დროში შეიძლება გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს რეციდივსა და პოსტოპერაციულ ცვლილებებს შორის:

- ა) 2 კვირის შემდეგ
- *ბ) 4 კვირის შემდეგ
- გ) არა უადრეს 3 თვისა

931. ორგანიზმში რომელი ცვლილებების დროსაა ფარისებური ჯირკვალი რეაქტიულად შეცვლილი: 1) აღენოვირუსული ინფექციის ფონზე; 2) ორსულობის ფონზე; 3) მწვავე სისხლის დაკარგვის ფონზე; 4) იმუნოსტიმულაციის დროს

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

932. კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე დადებითი ეფექტის ექოსკოპიურ კრიტერიუმად ითვლება: 1) ლიმფური კვანძების ზომებში შემცირება; 2) ფორმის გაბრტყელება; 3) ფორმის დამრგვალება; 4) ლიმფური კვანძების შემადგენელი ნაწილების დიფერენციაციის შესაძლებლობა; 5) ლიმფური კვანძების ექოგენობის დაქვეითება; 6) მაღალი და საშუალო ინტენსივობის ანარეკვლების მომატება

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5
- *ვ) 6
- ზ) 1;2;4;6
- თ) 1;3;5

933. ზომის განსაკუთრებული ნორმაა დადგენილი: 1) საულლე დიგასტრული ლიმფური კვანძი; 2. მკურდუკანა ლიმფური კვანძისათვის; 3) რეტროპერიტონეალური ლიმფური კვანძისათვის; 4) მენჯისლიმფური კვანძისათვის; 5) ილღის ქვეშა და საზარდუღის ლიმფური კვანძისათვის

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) 5
- ვ) სწორია ყველა
- *ზ) სწორია 1,2 და 3
- თ) სწორია 1,4 და 5

934. სხვადასხვა ჯგუღის ლიმფური კვანძების ექოსკოპიური გამოსახუღების თავისებურებები დაკავშირებულია: 1) მათი განლაგების სიღრმეზე; 2) ზომამზე; 3) განლაგების თავისებურებებზე; 4) პაციენღის ასაკზე;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- ე) ყველა სწორია
- ვ) არ არის სწორი 2 და 4
- *ზ) არ არის სწორი 4

935. საშუალო კლასის აპარაღურამზე 5,0 მგჰ-იანი გაღამწოღით, ნორმაღური ლიმფური კვანძების გამოვღენა:

- ა) შესაღლებელია ხანღახან
- ბ) შეუღლებელია
- *გ) შესაღლებელია გეღაპირული ლიმფური კვანძების შეფასება

936. სარბევე ჯირკღის ავთვისებიანი სიმსიენეების ღროს რომელი სისხლღარღოვანი სურათი გათხვღება ყვეღამზე მეღად:

- ა) პერიფერიული
- *ბ) ცენღრალური

გ) შერეული

937. ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს რომელი სისხლძარღვოვანი სურათი გვხვდება ყველაზე მეტად:

ა) პერიფერიული

*ბ) ცენტრალური

გ) შერეული

938. ფარისერი ჯირკვლის რომელ პროცესს შეიძლება ახასიათებლეს სისხლის მიმოქცევის კვანძშიდა გიპი;

ა) კიბოს

ბ) ტოქსიურ აღენომას

*გ) პარაფარისებური ჯირკვლის აღენომას

დ) სწორია ყველა

939. მწვავე სტრუმიგისა და თირეოდიგისათვის დამახასიათებელია:

ა) ფარისებური ჯირკვლის ზომების გადიდება

ბ) ფარისებური ჯირკვლის ზომების შემცირება

გ) ფარისებური ჯირკვლის ზომები უცვლელია

*დ) ფარისებური ჯირკვლის ზომების ცვლილებას არ აქვს მნიშვნელობა.

940. მთავარი რძის სადინრების დიამეტრია:

*ა) 3 მმ-მდე

ბ) 3-4 მმ

გ) 4-5 მმ

დ) 4 მმ-ზე მეტი

ე) არა აქვს მნიშვნელობა

941. სარძევე სადინრების დილაგაცია მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში გვხვდება:

ა) დისფუნქციურ სარძევე ჯირკვალში

ბ) მასგალგის დროს

გ) მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებებისას

*დ) ყველა მითითებული მდგომარეობისას

ე) ველა ჩამოთვლილი არ შეესაბამება ჭეშმარიტებას

სისხლძარღვოვანი სისგემის დოპლეროგრაფია

942. ნორმის პირობებში დოპლერგრაფიის დროს სისხლძარღვში რეგისტრირდება შემდეგი სახის ნაკადი:

*ა) ლამინარული;

ბ) ტურბულენტური.

943. ტურბულენტური ნაკადი ხასიათდება:

*ა) ქაოტურად შეცვლილი სიჩქარეების მქონე სხვადასხვა სიფართის ჭავლების დიდი რაოდენობით;

ბ) სითხის შრეების პარალელური გადაადგილებით მათი შერევის გარეშე.

944. ტურბულენტური ნაკადი წარმოიქმნება სისხლძარღვში:

ა) ნორმალური სანათურით;

ბ) 60%-ზე ნაკლებად შევიწროებული სანათურით;

*გ) 60%-ზე მეტად შევიწროებული სანათურით.

945. იმპულსური ღოპლერის რეჟიმში გადამწოდი გამოასხივებს:

*ა) მოკლე ხანგრძლივობის სინუსოიდურ იმპულსებს;

ბ) ულტრაბგერითი ტალღა გამოსხივლება უწყვეტად.

946. ღოპლერის რეჟიმის საფუძველს წარმოადგენს:

*ა) გამოსხივებულ ულტრაბგერასა და მიღებულ ექოსიგნალებს შორის სიხშირეთა სხვაობის ანალიზს;

ბ) ექოსიგნალების ამპლიტუდისა და ინტენსიურობის ანალიზს.

947. შუნგები - არტერიულ-ვენური ანასტომოზები უზრუნველყოფს სისხლის შუნგირებას არტერიებიდან ვენებში:

*ა) კაპილარების გვერდის ავლით;

ბ) კაპილარების გავლით.

948. მიმოცვლის სისხლძარღვებს წარმოადგენს:

*ა) კაპილარები;

ბ) ვენები;

გ) არტერიები.

949. მოცულობით სისხლძარღვებს წარმოადგენს:

ა) მაგისტრალური არტერიები;

*ბ) ვენები;

გ) წინაღობის სისხლძარღვები.

950. ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე არის:

*ა) სისხლის ის რაოდენობა, რომელიც გაედინება სისხლძარღვის განივკვეთში ღროის გარკვეულ მონაკვეთში, ლ/წთ ან მლ/წმ;

ბ) სისხლის კონკრეტული ნაწილაკებისა და მათ მიერ გადატანილი ნივთიერებების მოძრაობის სიჩქარე.

951. ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარე არის:

*ა) ნაკადის ნაწილაკების გადაადგილება ღროის ერთეულში - მ/წმ, გაზომილი კონკრეტულ წერტილში;

ბ) სისხლის მასა კგ/წთ-ში ან გ/წმ-ში.

952. ნორმაში ღვიძლის საერთო არტერიაში აღინიშნება ნაკადის პერიფერიული წინაღობა:

ა) მაღალი;

*ბ) დაბალი.

953. შიგნითა საძილე არტერიის პირველი ტოტი არის:

ა) წინა შემაერთებელი არტერია;

*ბ) თვალბუდის არტერია;

გ) საფეთქლის ზედაპირული არტერია.

954. ნაკადის ულტრაბგერითი ლოკაციისთვის მისაწვდომია: 1) საფეთქლის ზედაპირული არტერია;

2) ზედაყბის არტერია; 3) სახის არტერია;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

955. მარჯვენა და მარცხენა ვერტებრული არტერია ნორმაში ქმნიან:

*ა) ბაზალურ არტერიას;

ბ) ტვინის უკანა არტერიებს;

გ) ნათხემის ზედა არტერიას.

956. ნორმაში ვერტებრული არტერია გამოდის:

*ა) ლაფიწქვეშა არტერიიდან;

ბ) მხარ-თავის ღეროდან;

გ) აორტის რკალიდან.

957. ნორმაში შიგნითა საძილე არტერია კვებავს:

*ა) თავის ტვინს;

ბ) სახისა და კისრის კანს.

958. ნორმაში ქვედა კიდურების სისხლის მიმოქცევაში მონაწილეობს:

*ა) თეძოს გარეთა არტერია;

ბ) თეძოს შიგნითა არტერია.

959. მუხლქვეშა არტერია წარმოადგენს შემდეგი არტერიის გაგრძელებას:

ა) ბარძაყის ღრმა არტერია;

*ბ) ბარძაყის არტერია.

960. დიდი საჩინო ვენა ერთვის:

*ა) ბარძაყის ვენას;

ბ) მუხლქვეშა ვენას.

961. ქვედა კიდურის ზედაპირული ვენების სისტემას მიეკუთვნება: 1) მცირე საჩინო ვენა; 2) წვივის უკანა ვენები; 3) დიდი საჩინო ვენა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

962. ათეროსკლეროზი უფრო ხშირად აზიანებს:

ა) გარეთა საძილე არტერიას;

ბ) საერთო საძილე არტერიას;

*გ) შიგნითა საძილე არტერიას.

963. ქვედა კიდურების ღრმა ვენების სისტემაში შედის:

ა) წვივის უკანა ვენები;

ბ) მუხლქვეშა ვენა;

გ) ბარძაყის ვენა;

*დ) სწორია ყველა პასუხი

964. ნორმაში გრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს საფეთქლის "ფანჯრიდან" ლოკაციისას შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) გადამწოდისაკენ;
- ბ) გადამწოლიდან.

965. ნორმაში გრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს წინა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- ა) გადამწოდისაკენ;
- *ბ) გადამწოლიდან.

966. ნორმაში გრანსკრანიული დოპლერგრაფიის დროს უკანა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) გადამწოდისაკენ;
- ბ) გადამწოლიდან.

967. არტერიის სტენოზის ჰემოდინამიკური მნიშვნელობა განისაზღვრება:

- *ა) ლისგალური პერფუზიული წნევის სიდიდით;
- ბ) კოლაგერალების განვითარების ხარისხით;
- გ) სტენოზის ხარისხით;
- დ) გულის წუთმოცულობით.

968. ნორმის პირობებში მარჯვენა თირკმლის არტერიის გამოსავალი მდებარეობს:

- *ა) მარცხენა თირკმლის არტერიის გამოსავლის ქვემოთ;
- ბ) მარცხენა თირკმლის არტერიის გამოსავლის ზემოთ.

969. ანგიოდისპლაზიის (მაკროფისგულური ფორმა) დროს ნაკადის დიასტოლური სიჩქარე:

- ა) რჩება ნორმის ფარგლებში;
- *ბ) იზრდება;
- გ) მცირდება.

970. ღიაშეგრის მიხედვით 50%-ზე მეტი სტენოზის უბანში აღინიშნება:

- *ა) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მაგება;
- ბ) ხაზოვანი სიჩქარის შემცირება;
- გ) ხაზოვანი სიჩქარე არ იცვლება.

971. ნორმაში სუპრაორბიტალურ არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) ანტეგრადული;
- ბ) რეტროგრადული.

972. ნორმაში ლავიწქვეშა არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- *ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

973. ვენური უკუდინების სიდიდეზე გავლენას ახდენს:

- ა) ნაკადის მოცულობითი სიჩქარე;

- ბ) სისხლის სიბლანტე;
- *გ) სუნთქვითი ტუმბოს მოქმედება.

974. სრული ლავიწქვეშა გაქურდვის ფენომენი ვითარდება შემდეგი პათოლოგიის დროს:

- *ა) ლავიწქვეშა არტერიის პროქსიმალური სეგმენტის ოკლუზია;
- ბ) ლავიწქვეშა არტერიის დისტალური სეგმენტის ოკლუზია.

975. ლავიწქვეშა გაქურდვის გარდამავალი სინდრომი ვითარდება შემდეგ შემთხვევაში:

- ა) ლავიწქვეშა არტერიის ოკლუზია;
- *ბ) ლავიწქვეშა არტერიის 60%-ზე მეტი სტენოზი;
- გ) ლავიწქვეშა არტერიის 60%-ზე ნაკლები სტენოზი.

976. სრული ლავიწქვეშა გაქურდვის სინდრომის დროს იფსილატერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის მიმართულება არის:

- ა) ანტეგრადული;
- *ბ) რეტროგრადული.

977. სრული ლავიწქვეშა გაქურდვის სინდრომის დროს ნაკადის ტიპი ლავიწქვეშა არტერიაში არის:

- ა) მაგისტრალური;
- *ბ) კოლატერალური.

978. ნორმაში პერიფერიული ვენების კედლები:

- ა) პულსირებს;
- *ბ) არ პულსირებს.

979. შიგნითა საძილე არტერიის ოკლუზიის დროს სუპრაგროქლეარულ არტერიაში რეტროგრადული ნაკადი მომდინარეობს:

- *ა) გარეთა საძილე არტერიიდან;
- ბ) შიგნითა საძილე არტერიიდან;
- გ) ვერტებრობაზალური აუზიდან.

980. ექსტრაკრანიალური მაგისტრალური არტერიების ულტრაბგერითი დოპლერგრაფია ახდენს შიგნითა საძილე არტერიის შემდეგი ტიპის სტენოზის დიაგნოსტიკას:

- ა) ჰემოდინამიკურად უმნიშვნელო;
- *ბ) ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი.

981. ლავიწქვეშა არტერიის დისტალური სეგმენტის ოკლუზიის დროს ნაკადის მიმართულება ჰომოლატერალურ ხერხემლის არტერიაში არის:

- *ა) ანტეგრადული;
- ბ) რეტროგრადული.

982. ნორმაში ქვედა კიდურების არტერიებში ნაკადს ახასიათებს:

- *ა) მაღალი პერიფერიული წინალობა;
- ბ) დაბალი პერიფერიული წინალობა.

983. ნორმაში ქვედა კიდურების არტერიებში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- *ა) მაგისტრალური;

- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

984. წვივის არტერიის იზოლირებული ოკლუზიის პირობებში ნაკადი ბარძაყის საერთო არტერიაში არის:

- *ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

985. ნორმაში გოჯ-მხრის ინდექსი არის:

- *ა) 1,0 და მეტი;
- ბ) 1,0-ზე ნაკლები.

986. აორტა-ბარძაყის სეგმენტში არტერიის ოკლუზიის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- *გ) კოლაგერალური.

987. აორტა-ბარძაყის სეგმენტის არტერიის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი სტენოზის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- ა) მაგისტრალური;
- *ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- გ) კოლაგერალური.

988. აორტა-ბარძაყის სეგმენტის კრიტიკული სტენოზის დროს ბარძაყის საერთო არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- *გ) კოლაგერალური.

989. ბარძაყის არტერიის იზოლირებული ოკლუზიის დროს მუხლქვეშა არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- ა) მაგისტრალური;
- ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;
- *გ) კოლაგერალური.

991. ნაკადის კოლაგერალური ტიპი ხასიათდება:

- ა) ნაკადის სისტოლური პიკის გაფართოებითა და გახლეჩით, დიასტოლაში რევერსიული ნაკადის გაქრობით;
- *ბ) სისტოლური პიკის დადაბლებითა და მომრგვალებით, ნაკადის აჩქარებისა და შენელების გახანგრძლივებით.

992. ნორმაში პულსაციის ინდექსი ბარძაყის საერთო არტერიაში:

- *ა) მეტია 4,0-ზე;
- ბ) ნაკლებია 3,0-ზე.

993. ნორმაში დოპლერის სპექტრის მრუდი მსხვილ პერიფერიულ ვენებში არის:

- ა) მონოფაზური;
- *ბ) პოლიფაზური.

994. რომელი მაჩვენებელი ასახავს ნაკადის გურბულენციის ხარისხს?

- ა) პერიფერიული წინალობის ინდექსი;
- *ბ) სპექტრული გაფართოების ინდექსი;
- გ) სისტოლო-დიასტოლური კოეფიციენტი.

995. სისხლძარღვოვანი სისტემების კვლევაში ულტრაბგერითი მეთოდის რეფერენცულია:

- ა) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ბ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია;
- *გ) ანგიოგრაფია;
- დ) რენტგენოგრაფია.

996. სტენოზის რაოდენობრივ მაჩვენებელს წარმოადგენს:

- ა) სტენოზის განვრცობა;
- *ბ) სტენოზის ხარისხი.

997. პუპარგის იოგის ღონებე ბარძაყის ვენაში ნაკალი ისაზღვრება:

- *ა) ბარძაყის არტერიის მედიალურად;
- ბ) ბარძაყის არტერიის ლატერალურად.

998. ნორმაში ქვედა კიდურების ვენებში ნაკალი სინქრონიზებულია:

- ა) გულისცემასთან;
- *ბ) სუნთქვასთან.

999. ნორმაში კიდურის დისგალური კომპრესია იწვევს ვენის სანათურში:

- *ა) ნაკადის მაგებას (გაზრდას);
- ბ) ნაკადის შემცირებას (დაქვეითებას).

1000. ვენის სარქველოვანი აპარატის უკმარისობის დროს რეგისტრირდება:

- *ა) ღინება სისხლის რეგროგრადული მიმართულებით;
- ბ) ღინება სისხლის ანტეგრადული მიმართულებით.

1001. ნორმაში ვენური ნაკალი არის:

- *ა) ფაზური, სინქრონული სუნთქვასთან;
- ბ) მონოფაზური, სინქრონული გულისცემასთან.
- გ)

1002. მათკლუმირებელი თრომბის უბანში ნაკადის სიგნალი

- *ა) არ რეგისტრირდება
- ბ) რეგისტრირდება

1003. ვილიზიის წრის არტერიების გრანსკრანიული ლოკლერგრაფია წარმოებს შემდეგი სიხშირის გადამწოდით:

- *ა) 2 მგჰ;
- ბ) 4 მგჰ;
- გ) 8 მგჰ.

1004. ნორმაში გადამწოლით ვენის კომპრესიის დროს:

ა) სისხლძარღვის სანათური არ იცვლება;

*ბ) კელლები იჩუგება და სანათური ქრება.

1005. ვენის მაოკლუმირებელი თრომბოზის დროს გადამწოლით მისი კომპრესიისას:

*ა) კელლები არ იჩუგება, სანათური არ ქრება;

ბ) კელლები იჩუგება, სანათური ქრება.

1006. ინგიმა-მეღიალური შრის ცვლილების თვისებრივ მახასიათებელს წარმოადგენს: 1)

ინგიმა-მეღიალური შრის ექოსტრუქტურის შეცვლა; 2) ინგიმა-მეღიის კომპლექსის სისქე; 3)

ინგიმა-მეღიის კომპლექსის ბელაპირის ფორმა;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;3

1007. დიდი საჩინო ვენის სარქველოვანი აპარატის იზოლირებული ნაკლოვანება მიგვითითებს:

*ა) ვარიკოზულ დაავადებაზე;

ბ) ღრმა ვენების თრომბოზზე.

1008. საერთო საძილე არტერიის ინგიმა-მეღიალური შრის სისქე ნორმაში შეადგენს:

*ა) 1 მმ-მდე;

ბ) 1,5 მმ-მდე;

გ) 2,0 მმ-მდე.

1009. ულტრაბგერითი კრიტერიუმების მიხედვით ჰეგეროგენული ათეროსკლეროზული ფოლაქი არის: 1) ფოლაქი სისხლჩაქცევით; 2) ფოლაქი დაწყლულებით; 3) რბილი ფოლაქი;

ა) 1

ბ) 2

გ) 3

*დ) 1;2

1010. კალცინირებული ათეროსკლეროზული ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

ა) გარეთა საძილე არტერიაში;

ბ) ხერხემლის არტერიაში;

*გ) თეძოსა და ბარძაყის არტერიებში.

1011. ჰეგეროგენული ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

ა) ბარძაყის არტერიაში;

*ბ) შიგნითა საძილე არტერიაში.

1012. ფაშვის ღეროში ნორმაში აღინიშნება შემდეგი პერიფერიული წინალობის ნაკალი:

ა) მაღალი;

*ბ) დაბალი.

1013. ჯორჯლის ბემო არტერიაში ნორმაში აღინიშნება შემდეგი პერიფერიული წინალობის ნაკალი:

*ა) მაღალი;

ბ) დაბალი.

1014. მუცლის აორტაში ნორმაში აღინიშნება ნაკადის შემდეგი ტიპი:

*ა) მაგისტრალური;

ბ) შეცვლილი მაგისტრალური;

გ) კოლატერალური.

1015. ნორმაში თირკმლის არტერიაში პერიფერიული წინაღობის ინდექსის მნიშვნელობა:

*ა) ნაკლებია 0,7-ზე;

ბ) 0,7-1,0;

გ) მეტია 1,0-ზე.

1016. მუცლის აორტის ანევრიზმის დროს აორტის დიამეტრი შეადგენს:

ა) 20-30 მმ-ს;

*ბ) მეტია 30 მმ-ზე.

1017. თირკმლის არტერიის ათეროსკლეროზული დაზიანებისას ფოლაქი უხშირესად ლოკალიზდება:

*ა) გამოსავალსა და არტერიის I სეგმენტში;

ბ) დისტალურ სეგმენტში.

1018. თირკმლის არტერიის ოკლუზიის დროს:

*ა) თირკმლის არტერიაში ულტრაბგერითი სიგნალი არ ვლინდება, რეგისტრირდება კოლატერალური ნაკადი;

ბ) პიკ-სისტოლური სიჩქარეების ფარლობა ნაკლებია 3,5-ზე ნაკადის სიჩქარის ლოკალური მრდის გარეშე;

გ) პიკ-სისტოლური სიჩქარეების ფარლობა მეტია 3,5-ზე ნაკადის სიჩქარის ლოკალურ მაგებასთან ერთად.

1019. შიგნითა საძილე არტერიის ოკლუზიის ან სუბტოგალური სტენოზის დროს ნაკადი ჰომოლატერალურ შუა ცერებრალურ არტერიაში არის:

*ა) კოლატერალური ტიპის;

ბ) მაგისტრალური ტიპის.

1020. ულტრაბგერითი კრიტერიუმებით ჰომოგენური ფოლაქი არის:

ა) ფოლაქი სისხლჩაქცევით;

ბ) ფოლაქი დაწყლულებით;

*გ) რბილი ფოლაქი.

1021. ბაზალური არტერიის ოკლუზიისას აღინიშნება:

ა) ნაკადის დაქვეითება და პერიფერიული წინაღობის მაგება ერთ ვერტებრულ არტერიაში (ცალმხრივად);

*ბ) ნაკადის დაქვეითება და პერიფერიული წინაღობის მაგება ვერტებრულ არტერიებში ორმხრივ;

გ) ნაკადის დაქვეითება საერთო საძილე არტერიაში.

1022. ხერხემლის არტერიის ჰიპოპლაზიისთვის დამახასიათებელია:

ა) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 3 მმ-მდე და ნაკლებად;

*ბ) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 2 მმ-მდე და ნაკლებად;

გ) ხერხემლის არტერიის დიამეტრის შემცირება 2,5 მმ-მდე და ნაკლებად.

1023. თავის გვინის არტერიულ-ვენური მალფორმაციის დროს მალფორმაციის მკვებავ არტერიაში პერიფერიული წინალობა:

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

1024. უკანა შემაერთებული არტერიის ფუნქციონირების შემთხვევაში ჰომოლატერალური საერთო საძილე არტერიის კომპრესია იწვევს:

- *ა) ჰომოლატერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის მომატებას;
- ბ) ჰომოლატერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადის დაქვეითებას;
- გ) ჰომოლატერალურ ხერხემლის არტერიაში ნაკადი არ იცვლება.

1025. ქვედა კიდურების ღრმა ვენების პოსტრომბოფლებიგური დაავადების ულტრაბგერით კრიტერიუმებს წარმოადგენს: 1) ქვედა კიდურის ბელაპირული ვენების გაფართოება; 2) ქვედა კიდურის ღრმა და ბელაპირული ვენების სარქვლოვანი აპარატის უკმარისობა; 3) დისტალური კომპრესიის დადებითი სინჯი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

1026. ქვედა კიდურების ღრმა ვენების სრული თრომბოზის ნიშანს წარმოადგენს: 1) გადამწოდით ვენის სახნათურის სრული კომპრესიის შეუძლებლობა; 2) დისტალური კომპრესიის უარყოფითი ცდა; 3) ვალსალვას დადებითი სინჯი;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1;2

1027. ქვედა კიდურების ვენური განგრენა ვითარდება შედეგად:

- ა) ქვედა კიდურების ღრმა ვენების თრომბოზის;
- ბ) ქვედა კიდურების ბელაპირული ვენების თრომბოზის;
- *გ) ქვედა კიდურების ღრმა და ბელაპირული ვენების თანმხველრი თრომბოზის.

1028. არტერიის მნიშვნელოვანი (>70%) ხარისხის სტენოზის დროს ხშირად გვხვდება:

- ა) ჰომოგენური სტრუქტურის ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- *ბ) არაჰომოგენური სტრუქტურის ათეროსკლეროზული ფოლაქები.

1029. არტერიის მცირე (<50%) ხარისხის სტენოზის დროს ხშირად გვხვდება:

- *ა) ჰომოგენური ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- ბ) არაჰომოგენური ათეროსკლეროზული ფოლაქები.

1030. არასპეციფიკური აორტა-არტერიის დროს გვხვდება:

- ა) ათეროსკლეროზული ფოლაქები;
- *ბ) ინგიმა-მედიალური შრის დიფუზური გასქელება და გამკვრივება;
- გ) ცვლილებები არ აღინიშნება.

1031. ფერადი ღოპლერის რეკიმიში ნაკადი ხერხემლის არტერიაში არ ვლინდება:

- * ა) ხერხემლის არტერიის გამოსავლის ოკლუზიის დროს;
- ბ) ლავიწქვეშა არტერიის გამოსავლის ოკლუზიის დროს;
- გ) მხარ-თავის ღეროს ოკლუზიის დროს.

1032. ბარძაყის ზედაპირული არტერიის ოკლუზიის დროს კოლაგერალური კომპენსაცია ხდება შემდეგი არტერიების ხარჯზე: 1) ბარძაყის ღრმა არტერია; 2) თირკმლის არტერია; 3) თეძოს ღრმა არტერიები;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- * დ) 1;3

1033. ვილიზიის წრის შენების ვარიანტებს განეკუთვნება: 1) შიგნითა საძილე არტერიის წინა ტრიფურკაცია; 2) შიგნითა საძილე არტერიის უკანა ტრიფურკაცია; 3) ხერხემლის არტერიის გამოსავლის მიახლოება ფარისებრ-ყელის ღეროსთან;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- * დ) 1;2

1034. ვენური ნაკადის არტერიალიზაცია წარმოადგენს ნიშანს:

- ა) არტერიული ანევრიზმის;
- ბ) ვენური ანევრიზმის;
- * გ) არტერიულ-ვენური შუნტირების.

1035. ხერხემლის არტერიის თავის ქალაში შესვლის დონეზე ოკლუზიისას ვლინდება:

- * ა) ოკლუზიის პროქსიმალურად ხერხემლის არტერიაში ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის დაქვეითება და პერიფერიული წინაღობის მაგება;
- ბ) ოკლუზიის პროქსიმალურად ხერხემლის არტერიაში ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მომაგება და პერიფერიული წინაღობის დაქვეითება;
- გ) ოკლუზიის პროქსიმალურად ნაკადი არ იცვლება.

1036. არტერიის დეფორმაცია უხშირესად ლოკალიზდება: 1) არტერიის გამოსავალში; 2) არტერიის გასწვრივ; 3) ბიფურკაციის უბანში;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- * დ) 1;3

1037. შეუცვლელი აორტის ექოგრაფიული სურათი განივ ჭრილში არის:

- * ა) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური მთლიანად ერთგვაროვანი, დამატებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია გულისცემასთან;
- ბ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური მთლიანად ერთგვაროვანი, დამატებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია სუნთქვასთან;
- გ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათური ზომიერად არაერთგვაროვანი, დამატებითი ჩანართების გარეშე, პულსაცია სინქრონულია გულისცემასთან;

დ) მომრგვალო, ანექოგენური წარმონაქმნი, სანათურში ვიზუალიზაცია დამატებითი ჩანართები, პულსაცია სინქრონულია გულსცემასთან.

1038. მუცლის აორტის ანევრიზმამე მიგვითითებს დიამეტრის ბრღა მეგად, ვიღრე:

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

1039. ანევრიზმული გაფართოების პულსაცია გამობხატულია:

- ა) მეგად, ვიღრე შეუცვლელ აორტაში;
- *ბ) ნაკლებად, ვიღრე შეუცვლელ აორტაში;
- გ) არ განსხვავდება;
- დ) პულსაცია არ აღინიშნება.

1040. ბაბალური არტერიის ვიზუალიზაცია ხდება:

- ა) ტრანსორბიტალური ფანჯრიდან;
- *ბ) სუბოქციპიტალური ფანჯრიდან;
- გ) ტრანსტემპორალური ფანჯრიდან;
- დ) სუბმანდიბული ფანჯრიდან.

1041. . ცერებრული ვაბოსპაზმისთვის დამახასიათებელია:

- *ა) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მკვეთრი მატება;
- ბ) ნაკადის ხაზოვანი სიჩქარის მკვეთრი კლება;
- გ) რევერსიული ნაკადი;
- დ) შუნგის ტიპის ნაკადი.

1042. ნაკადის მაღალი სიჩქარის ბუსტი განსაზღვრის საშუალებას იძლევა:

- ა) იმპულსური დოპლერის რეჟიმი;
- *ბ) მუღმიეგალღოვანი დოპლერი;
- გ) ფერადი დოპლერის რეჟიმი;
- დ) დუპლექს-სკანირება.

1043. მაღალი პერიფერიული წინაღობის მქონე ორგანოებსა და ქსოვილებს განეკუთვნება:

- ა) ღვიღლი;
- *ბ) კიღურების კუნთები;
- გ) თავის ტვინი;
- დ) ეღენთა.

1044. მარჯვენა ლავიწქვეშა არტერია გამოღის:

- ა) აორტიდან;
- *ბ) მხარ-თავის ღეროდან;
- გ) საერთო საძიღე არტერიიდან;
- დ) ხერხემლის არტერიიდან.

1045. მარცხენა ლავიწქვეშა არტერია გამოღის:

- *ა) აორტიდან;
- ბ) საერთო საძიღე არტერიიდან;

- გ) ხერხემლის არტერიიდან;
- დ) მხარ-თავის ღეროდან.

1046. მარჯვენა ხერხემლის არტერია გამოდის:

- ა) აორტიდან;
- ბ) საერთო საძილე არტერიიდან;
- *გ) ლავიწქვეშა არტერიიდან;
- დ) მხარ-თავის ღეროდან.

1047. "საფეთქლის ფანჯარა" მღებარეობს:

- *ა) საფეთქლის ძვლის ყველაზე მეტად გათხელებულ უბანში;
- ბ) საფეთქლის ძვლის პირამიდის არეში;
- გ) ყურის ნიქარის უკან;
- დ) ყვრიმალის წინ.

1048. სტენოზის "ჰემოდინამიკური მნიშვნელობა" განისაზღვრება:

- *ა) პერფუზიული წნევის დაქვეითების დონით;
- ბ) სისხლძარღვის სანათურის დახშობის ხარისხით;
- გ) კოლაგერალური მიმოქცევის ხარისხით;
- დ) ფოლაქის დაწყლულების ხარისხით.

1049. ხერხემლის არტერიის საწყისი სეგმენტის ოკლუზიას ახასიათებს: 1) ვერტებრული არტერიის გამოსავალში სიგნალის არარსებობა, ნარჩენი ნაკადი სუბკრანიულ სეგმენტში, კუნთოვანი კოლაგერალების ფუნქციონირების ნიშნები; 2) ხერხემლის არტერიის "სიმუნჯე" მთელ სიგრძეზე; 3) ხერხემლის არტერიის მთელ სიგრძეზე გართულებული პერფუზია; 4) ხერხემლის არტერიის აუზში პერიფერიული წინაღობის გაზრდა;

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- დ) 4
- *ე) 1;2

1050. ლავიწქვეშა გაქურდვის სინდრომის მიზეზს წარმოადგენს:

- ა) ხერხემლის არტერიის I სეგმენტის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- *ბ) ლავიწქვეშა არტერიის I სეგმენტის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- გ) ხერხემლისა და ლავიწქვეშა არტერიის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება;
- დ) სხივის არტერიის დაზიანება.

1051. თვალბუდის არტერია წარმოადგენს გოგს:

- *ა) შიგნითა საძილე არტერიის;
- ბ) შუა ცერებრული არტერიის;
- გ) გარეთა საძილე არტერიის;
- დ) საფეთქლის ბელაპირული არტერიის.

1052. შიგნითა საძილე არტერია საწყის სეგმენტში ჩვეულებრივ მღებარეობს:

- *ა) გარეთა საძილე არტერიის ლაგერალურად;
- ბ) გარეთა საძილე არტერიის მედიალურად;
- გ) ქვედა ყბის უკან;

დ) შიგნითა საუღლე ვენის ლაგერალურად.

1053. ნაკადის კვლევა როზენგალის ბაზალურ ვენაში ხდება შემდეგი ფანჯრიდან:

- *ა) საფეთქლის;
- ბ) სუბმანდიბულური;
- გ) სუბოქციპიტალური;
- დ) გრანსორბიტალური.

1054. ელასტიურ რეზერვუარში ნაკადის მოცულობითი სიჩქარის სიდიდე დამოკიდებულია:

- *ა) რეზერვუარის კედლების ჭიმვალობაზე
- ბ) რეზერვუარის კედლის სიქეზე
- გ) გრადიციული პოტენციური ენერჯის მარჯვენებელზე

1055. საერთო საძილე არტერიის ოკლუზიის დროს ჰემოლაგერალურ სუპრაგროქლეარულ არტერიაში აღინიშნება შემდეგი ტიპის ნაკადი:

- *ა) ანგეროგრაფული ნაკადი კონგრალაგერალური საძილე არტერიდან და/ან ვერტებრობაზალური აუზიდან
- ბ) ანგეროგრაფული ნაკადი ჰემოლაგერალური საერთო საძილე არტერიიდან

1056. გოჯ-მხრის ინდექსის მარჯვენებელი 0,3-ის და ქვემოთ დიაპაზონში მიგვითითებს კოლაგერალური მიმოქცევის შემდეგ მდგომარეობაზე

- ა) კომპენსაცია
- ბ) სუბკომპენსაცია
- *გ) დეკომპენსაცია

1057. გოჯ-მხრის ინდექსის 1-ზე ნაკლები მნიშვნელობა მიგვითითებს

- *ა) ქვედა კიდურის არტერიაში მარკლუმირებული პროცესის არსებობაზე
- ბ) აზუსტებს დაზიანების სეგმენტს (აორგა-ბარძაყის, ბარძაყ-მუხლქვეშა, დისგალური)

1058. თირკმლის არტერიის 60%-ზე მეტი სტენოზის დროს, პიკ-სისტემური სიჩქარეების ფარდობა

- ა) ნაკლებია 3,5-ზე ნაკადის სიჩქარის ლაგერალური მაგების გარეშე
- *ბ) მეტია 3,5-ზე ნაკადის სიჩქარის ლოკალურ მაგებასთან ერთად

1059. ლამინალური ნაკადის დროს სიჩქარის პროფილი

- *ა) პარაბოლურია
- ბ) უახლოვდება ბრტყელ პარალელურს

1060. შიგნითა საძილე არტერიის მარყუქისებური დაკლანკილობის დროს ლოპლეროგრაფიული სურათი არ განსხვავდება

- *ა) შიგნითა საძილე არტერიის სტენოზისაგან
- ბ) გარეთა საძილე არტერიის სტენოზისაგან
- გ) საერთო საძილე არტერიის ჰიპოპლაზიისაგან

1061. შიგნითა საძილე არტერიის 80%-იანი სტენოზის დროს, რომელიც ლოკალიზირებულია თვალბუდის არტერიის გამოსავლის დისგალურად, ჰემოლაგერალურ თვალბუდის არტერიაში, ნაკადის მიმართულება არის:

- *ა) ანგერალური
- ბ) რეგროგრაფული

1062. დადებითი რეაქტიული ჰიპერემიის ტესტის დროს ხერხემალ-ლავიწქვეშა გაქურდვის ფენომენის მქონე პაციენტებში ხერხემლის არტერიაში პიკური სისტოლური სიჩქარე

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

1063. კოლაგერალური მიმოქცევის რეზერვები მალე განილევა ოკლუზიის დროს, რომელიც ლოკალიზირებულია

- ა) ქვედა კიდურის არტერიული სისტემის აორტა-ბარძაყის სეგმენტში
- ბ) ქვედა კიდურის არტერიული სისტემის ბარძაყ-მუხლქვეშა სეგმენტში
- *გ) წვივის არტერიაში

1064. საერთო საძილე არტერიის ინტიმა-მედიალური რის გამოშვება (გალამწოლი ბელაპირების მიმართ) ხდება

- ა) წინა კელელზე
- *ბ) უკანა კელელზე
- გ) გვერდით კელელზე

1065. ცერებრო-ვასკულარული რეაქტივობის შემოწმებისას ფუნქციური დაგვირთვის სტიმულს წარმოადგენს:

- ა) პირაცეტამინის ინტრავენური შეყვანა
- *ბ) აცეტამოლამიდის ინტრავენური შეყვანა
- გ) ვასილევას ცლა

1066. ჰიპოკაპნიური დაგვირთვის დროს ხდება

- ა) რემისტიული სისხლძარღვების გაფართოება
- *ბ) რემისტიული სისხლძარღვების შევიწროვება
- გ) მაგისტრალური სისხლძარღვების ვაზოსპაზმი
- დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების ტონუსის დაქვეითება

1067. გრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიის მეშვეობით დინამიური კვლევა გამოიყენება შემდეგი პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში

- *ა) ემბოლია
- ბ) ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი სტენოზი
- გ) ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია

1068. სწორი სინუსშინაკადი განისაზღვრება

- *ა) გრანსოქციპიტალური ფანჯრიდან
- ბ) გრანსორბიტალური ფანჯრიდან
- გ) სუბმანდიბულარული ფანჯრიდან
- დ) სუბოქციპიტალური ფანჯრიდან

1069. ორთოსტატიკული დაგვირთვის დროს ხდება

- *ა) შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის დაქვეითება 10%-ზე ნაკლებად
- ბ) შუა ცერებრულ არტერიაში ნაკადის მაგება, რაც აღემატება 10%-ს
- გ) ნაკადი არ იცვლება
- დ) ნაკადის შემცირება 50%-ით

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა კარდიოლოგიაში

1070. დილატაციური კარდიომიოპათიით დაავადებულ ავადმყოფებში მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის კედლის სისქე:

- ა) გადიდებულია;
- ბ) გადიდებული ან ნორმალურია;
- გ) შემცირებულია;
- *დ) შემცირებული ან ნორმალურია

1071. დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს მარცხენა პარკუჭის დრუს ზომა დიასტოლის ბოლოს შეადგენს:

- ა) 45-56 მმ;
- *ბ) 56 მმ-ზე მეტი;
- გ) 40-35 მმ;
- დ) 30-35 მმ

1072. დილატაციური კარდიომიოპათიის ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია:

- ა) გულის ყველა კამერის დილატაცია;
- ბ) კუმშვადობის დიფუზური დაქვეითება;
- გ) მანძილის გაზრდა E წერტილის პიკიდან მაქსიმალური დიასტოლური გაღება - პმძ-მდე;
- დ) მიგრალური და ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის არსებობა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1073. მარცხენა პარკუჭის კედლების სისქე გამოხატული ჰიპერტროფიის დროს არის:

- ა) 10-12 მმ;
- ბ) 12-14 მმ;
- გ) 14-16 მმ;
- *დ) 16-20 მმ;
- ე) 20 მმ-ზე მეტი

1074. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ჯანმრთელი ადამიანის მარჯვენა პარკუჭის კედლის სისქე დიასტოლის ბოლოს არის:

- *ა) 5 მმ-მდე;
- ბ) 10 მმ-მდე;
- გ) 2 მმ-მდე;
- დ) 12 მმ-მდე

1075. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას სისტოლური ნაკადის სიჩქარე მარცხენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში ობსტრუქციული ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს ხასიათდება:

- ა) სიჩქარის პიკის ცთომით სისტოლის პირველ ნახევარში;
- *ბ) სიჩქარის პიკის ცთომით სისტოლის მეორე ნახევარში;
- გ) ნაკადის ჩვეულებრივი ფორმით;
- დ) ნაკადის სიჩქარის დაქვეითებით

1076. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მნიშვნელოვანი სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრადიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ სვ ;
- ბ) 10-30 მმ ვწყ სვ ;
- გ) 30-50 მმ ვწყ სვ ;
- *დ) 50 მმ ვწყ სვ-ზე მეტი

1077. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის კარელების კომისურების მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციას წარმოადგენს:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1078. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილტვის ღეროსა და ფილტვის არტერიის გოგების მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციას წარმოადგენს:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1079. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა და მარჯვენა კორონარული არტერიების ღეროს მდგომარეობის შესაფასებლად ოპტიმალურ პოზიციად ითვლება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1080. დოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას სისხლის ნაკადს მარჯვენა პარკუჭის გამომგანტრაქში აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის დონეზე;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ხუთკამერიანი პოზიცია;
- ე) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1081. დოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას გრიკუსპიდალური რეგურგაციის ნაკადს აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარელების ბოლოების დონეზე;
- *ბ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- გ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების დონეზე;
- დ) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია

1082. წინაგულთაშუა ძვირის მდგომარეობას ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აფასებენ შემდეგ სტანდარტულ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- გ) სუბკოსტალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1083. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მიგრალური სარქველის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- *დ) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;

1084. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის სარქველის კარედების ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მათი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება: 1) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე; 2) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი; 3)

სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი; 4) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი; 5) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე;

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

1085. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილგვის არტერიაში სისხლის ნაკადის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- *ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- დ) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- ე) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1086. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილგვისმიერი რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ შემდეგი სტანდარტული პოზიციებიდან:

- *ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი;
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი;
- დ) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი;
- ე) მარცხენა პარაკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1087. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფილგვისმიერი რეგურგიტაციის ნაკადს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარაკუჭში;

- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- გ) მარცხენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- *დ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- ე) მარცხენა წინაგულში

1088. ღოპლერექოკარლიოგრაფიული კვლევისას მიგრალური რეგურგიტაციის ნაკაღს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარკუჭში;
- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- გ) მარცხენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- ღ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- *ე) მარცხენა წინაგულში

1089. ექოკარლიოგრაფიული კვლევისას ღიასტოლური ტრანსმიგრალური ნაკაღის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისა ღა მისი მღგომარეობის შეფასებისთვის გამოიყენება შემდეგი პოზიცია:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერიღი აორტის ფუღის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერიღი;
- *გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- ღ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერიღი;
- ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერიღი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1090. ღოპლერექოკარლიოგრაფიული კვლევისას აორტული რეგურგიტაციის ნაკაღს აფასებენ საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილში:

- ა) მარჯვენა პარკუჭში;
- ბ) მარჯვენა წინაგულში;
- *გ) მარცხენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- ღ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან გრაქტში;
- ე) მარცხენა წინაგულში

1091. ექოკარლიოგრაფიული კვლევისას მუცლის აორტის მღგომარეობას აფასებენ შემდეგ სტანღარტულ პოზიციაში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერიღი აორტის ფუღის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერიღი;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- ღ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერიღი;
- *ე) სუბკოსტალური პოზიცია

1092. ექოკარლიოგრაფიული კვლევისას ქვემო ღრუს ვენის მღგომარეობას აფასებენ შემდეგ სტანღარტულ პოზიციაში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერიღი აორტის ფუღის ღონებზე;
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერიღი;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- ღ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერიღი;
- *ე) სუბკოსტალური პოზიცია

1093. ქვემო ღრუ ვენის ღიამეგრი ნორმაში შეაღგენს:

- ა) არა უმცირეს 12 მმ;

- ბ) 12-20 მმ;
- *გ) არა უმეტეს 25 მმ;
- დ) 25-30 მმ

1094. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის კუმშვადი ფუნქცია შეიძლება შეფასდეს შემდეგ პოზიციებში:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი მიგრალური სარქველის კარედების ბოლოების დონეზე;
- ბ) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების დონეზე;
- გ) აპიკალური ოთხკამერიანი პოზიცია;
- დ) აპიკალური ორკამერიანი პოზიცია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1095. მარცხენა პარკუჭის გლობალური კუმშვადობის დარღვევა დამახასიათებელია:

- ა) პოსტინფარქტული კარდიოსკლეროზისთვის;
- ბ) დილატაციური კარდიომიოპათიისთვის;
- გ) დეკომპენსირებული მანკისთვის;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1096. მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- ა) ჰიპოკინეზია;
- *ბ) აკინეზია;
- გ) დისკინეზია;

1097. მიოკარდიუმის ინგრამურული ინფარქტისთვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- *ა) ჰიპოკინეზია;
- ბ) აკინეზია;
- გ) დისკინეზია

1098. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმისთვის დამახასიათებელია ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა შემდეგი სახით:

- ა) ჰიპოკინეზია;
- ბ) აკინეზია;
- *გ) დისკინეზია

1099. მიოკარდიუმის დისკინეზიის შემთხვევაში ავლენენ მარცხენა პარკუჭის კედლის მოძრაობის შემდეგ ვარიანტებს:

- ა) კუმშვადობის არარსებობას;
- ბ) ერთმიმართულ მოძრაობას;
- *გ) სისგოლურ გამოზნექვას;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1100. მიოკარდიუმის აკინეზიის შემთხვევაში ავლენენ მარცხენა პარკუჭის კედლის მოძრაობის შემდეგ ვარიანტებს:

- *ა) კუმშვადობის არარსებობას;
- ბ) ერთმიმართულ მოძრაობას;

გ) სისტოლურ გამოზნეკვას

1101. მწვავე მსხვილკეროვან ინფარქტს შეიძლება თან ახლდეს:

- ა) გულის მარცხენა ნაწილების დილაგაცია;
- ბ) მიგრალური რეგურგიტაცია;
- გ) კელის ამჟოლი თრომბოზი;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1102. მარჯვენა პარკუჭის მწვავე ინფარქტის ექოკარდიოგრაფიულ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) ქვემო ღრუ ვენის დილაგაცია;
- ბ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გლობალური და ლოკალური კუმშვადობის დარღვევა;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის დილაგაცია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1103. მიგრალური სარქვლის წინა კარელს M მოდალურ რეჟიმში კვლევისას აქვს შემდეგი ფორმა:

- ა) ჭ-მაგვარი;
- ბ) V-მაგვარი;
- *გ) M-მაგვარი;
- დ) პლატოს ფორმა

1104. მიგრალური სარქვლის სტენოზისთვის დამახასიათებელია:

- ა) კომისურებზე შეხორცებების არსებობა;
- ბ) კარელების მოძრაობის შემლუღვა;
- გ) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;
- დ) მიგრალური ხერელის ფართობის შემცირება;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1105. მიგრალური ხერელის ფართობს სტენოზის დროს გამოითვლიან:

- ა) პლანიმეტრიული მეთოდით;
- ბ) წნევის გრადიენტის ნახევრადშემცირების დროით;
- გ) მაქსიმალური და საშუალო წნევის გრადიენტით მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შორის დიასტოლაში;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1106. მიგრალური ხერელის ფართობი ნორმაში შეადგენს:

- *ა) 4-6 სმ²;
- ბ) 1,5-2 სმ²;
- გ) 2-4 სმ²;
- დ) 1,0 სმ²;
- ე) 1,0 სმ²-ზე ნაკლებს

1107. მნიშვნელოვანი მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხერელის ფართობი შეადგენს:

- *ა) 1,1-1,5 კვ სმ;
- ბ) 2,0 კვ სმ-ზე მეტს;
- გ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- დ) 0,8 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- ე) 0,8-1,0 კვ სმ

1108. კრიტიკული მიგრალური სტენოზის დროს მიგრალური ხვრელის ფართობი შეადგენს:

- ა) 1,1-1,5 კვ სმ;
- ბ) 2,0 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- გ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- *დ) 0,8 კვ სმ-ზე ნაკლებს;
- ე) 0,8-1,0 კვ სმ

1109. მიგრალურ სარქველზე დამატებითი ნაღებების არსებობა შეიძლება მეტყველებდეს:

- ა) ინფექციურ ენდოკარდიტზე;
- ბ) ქორლის გაწყვევაზე;
- გ) კარულების კალციფიკაციაზე;
- დ) მიქსომაგოზურ დეგენერაციაზე;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1110. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს მცირე ზომის ვეგეტაციების დიამეტრი შეადგენს:

- *ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს;
- ბ) 5-10 მმ;
- გ) 10 მმ-ზე მეტს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1111. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს დიდი ზომის ვეგეტაციების დიამეტრი შეადგენს:

- ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს;
- ბ) 5-10 მმ;
- *გ) 10 მმ-ზე მეტს;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1112. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ინფექციური ენდოკარდიტით დაავადებულ პირებში დიდი ზომის ვეგეტაციებით შეიძლება იყოს:

- ა) გულის კამერების დილატაცია;
- ბ) რეგურგიტაციის არსებობა;
- გ) პერიკარდიუმში გამონაჟონის არსებობა;
- დ) დამზინებული სარქველის ქორლული აპარატის მთლიანობის დარღვევა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1113. მიგრალური რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) მიგრალური სარქველის პროლაფსი;
- ბ) გულის იშემიური დაავადება;
- გ) რევმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1114. უმნიშვნელო სტენოზის დროს აორტის სარქველის კარულების გაღება გოლია:

- ა) 10-12 მმ;
- ბ) 10 მმ-ზე ნაკლები;
- გ) 12 მმ;
- დ) 12-14 მმ;
- *ე) 15-17 მმ

1115. უმნიშვნელო სტენოზის დროს აორტის ხვრელის ფართობი გოლია:

- ა) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები;
- ბ) 1,1-1,6 კვ სმ;
- *გ) 1,7 კვ სმ და მეტი;
- დ) ყველა პასუხი სწორია;
- ე) ყველა პასუხი მცდარია

1116. გამოხატული სტენოზის დროს აორტის ხვრელის ფართობი გოლია:

- *ა) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები;
- ბ) 1,1-1,6 კვ სმ;
- გ) 1,7 კვ სმ და მეტი

1117. აორტული რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ორკარდიანი აორტული სარქველი;
- ბ) ასწვრივი აორტის ანევრიზმა;
- გ) რევმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1118. აორტული სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) აორტის სარქველის ათეროსკლეროზული დაზიანება;
- ბ) მიქსომატოზური დეგენერაცია;
- გ) რევმატიზმი;
- დ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1119. ასწვრივი აორტის ანევრიზმას ინგიმის განშრეგებით თან სდევს:

- *ა) აორტული რეგურგიტაცია;
- ბ) აორტის სტენოზი;
- გ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- დ) მიტრალური სტენოზი;
- ე) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია

1120. ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტი;
- გ) ელექტროლი მარჯვენა პარკუჭში;
- დ) ებშტეინის ანომალია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1121. კარცინოიდული სინდრომის დროს რომელი სარქველი მიახლება პირველ რიგში:

- ა) აორტული;
- ბ) მიტრალური;
- *გ) ტრიკუსპიდალური;
- დ) ფილტვის არტერიის;
- ე) ყველა პასუხი სწორია

1122. გრიკუსპიდალური სარქელის სტენოზის დროს დამახასიათებელია:

- ა) მასში სისხლის ნაკადის შენელება;
- *ბ) მასში სისხლის ნაკადის აჩქარება;
- გ) აორტული რეგურგიტაცია;
- დ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- ე) ფილგვისმიერი რეგურგიტაცია

1123. ფილგვის არტერიის სარქელის სტენოზის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) რევმატიზმი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) თანდაყოლილი სტენოზი;
- დ) თრომბოემბოლია;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1124. ფილგვისმიერი რეგურგიტაციის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია;
- ბ) რევმატიზმი;
- გ) კარელების კალცინოზი;
- დ) კარცინოიდული სინდრომი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1125. აორტის სარქელოვანი სტენოზის საწყისი სტადიისთვის დამახასიათებელია:

- ა) მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური და სისტოლური ზომების გაზრდა;
- *ბ) სიმეტრიული ჰიპერტროფია;
- გ) მარცხენა წინაგულის ზომის გადიდება;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის ზომის გადიდება;
- ე) აორტის სარქელის კარელების პროლაფსი მარცხენა პარკუჭში

1126. M რეჟიმში გამოკვლევა აორტის სარქელოვანი სტენოზის დროს ავლენს:

- *ა) აორტის სარქელის კარელების გაღების ხარისხის შემცირებას;
- ბ) აორტის სარქელის კარელების დიასტოლურ სეპარაციას;
- გ) აორტის სარქელის კარელების თრთოლვას;
- დ) მიტრალური სარქელის წინა კარედის დიასტოლურ ციმციმს;
- ე) მიტრალური სარქელის აღრეულ დახურვას

1127. სისხლის ნაკადის ლოპლერგრაფიული გამოკვლევა მარჯვენა პარკუჭის გამომგან ტრაქტში და ფილგვის არტერიის სარქელზე პარასტერნალური პოზიციიდან იძლევა სპექტრს:

- ა) სამკუთხა ფორმის იმოხაზის ბემოთ დიასტოლაში;
- *ბ) სამკუთხა ფორმის იმოხაზის ქვემოთ სისტოლაში;
- გ) M მსგავსი იმოხაზის ქვემოთ;
- დ) M მსგავსი იმოხაზის ბემოთ;
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იმოხაზის ქვემოთ და ბემოთ

1128. ფილგვის არტერიაში სისხლის ნაკადის სიჩქარე:

- ა) 0,3-0,6 მ/წმ;
- *ბ) 0,6-1,1 მ/წმ;
- გ) 1,1-1,5 მ/წმ;

1129. ორგანზომილებიანი გამოკვლევა ფილგვის არტერიის სარქველის იზოლირებული სტენოზის დროს ავლენს:

- ა) ფილგვის არტერიის დეროს შევიწროებას სარქველის დონეზე და პოსტსტენოზურ ნაწილში;
- ბ) ფილგვის არტერიის სარქველის კარელების პროლაბირებას მარჯვენა პარკუჭის გამომგანტრაქტში;
- *გ) ფილგვის არტერიის დეროს პოსტსტენოზურ გაფართოებას, მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიას;
- დ) მარჯვენა პარკუჭის დიასტოლური და სისტოლური მოძების გაზრდას, მისი კედლების განლევას;
- ე) ფილგვის არტერიის დეროს სისტოლური პულსაციის გაძლიერებას

1130. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის არაპირდაპირი ნიშნებია:

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების მოძების პრევალირება მარცხენა ნაწილებზე;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების მოძების პრევალირება მარჯვენა ნაწილებზე;
- გ) აორტის მოძის პრევალირება ფილგვის არტერიის მოძაზე;
- დ) მარცხენა წინაგულის მოძების გადიდება;
- ე) აჩქარებული ტურბულენტური ნაკადი მიტრალურ სარქველზე

1131. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს M და B მოდალურ რეკიმში ვლინდება:

- ა) გულის მარცხენა ნაწილების დილაგაცია;
- *ბ) გულის მარჯვენა ნაწილების დილაგაცია;
- გ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ჰიპერტროფია;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმია;
- ე) ყველა პასუხი სწორია

1132. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დამახასიათებელ ნიშნად ფერადი დოპლერის რეკიმში ითვლება:

- *ა) შუნტი მარცხნიდან მარჯვნივ;
- ბ) შუნტი მარჯვნიდან მარცხნივ;
- გ) მიტრალური ნაკადის აჩქარება;
- დ) აორტული ნაკადის აჩქარება

1133. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი ყველაზე ხშირად გვხვდება:

- ა) ქვემო მესამედის მიდამოში;
- *ბ) შუა მესამედის მიდამოში;
- გ) ზემო მესამედის მიდამოში

1134. მარფანის სინდრომის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) ასწვრივი აორტის ანევრიზმული გაგანიერება ინგამის განშრეგებით;
- ბ) აორტის რეგურგიტაცია;
- გ) მიტრალური რეგურგიტაცია;
- დ) ფილგვისმიერი ჰიპერტენზია;
- *ე) სწორია ა და ბ

1135. ტრანსემოფაგური ექოკარდიოგრაფიის ჩატარებისათვის ჩვენებას წარმოადგენს ეჭვი შემდეგ პათოლოგიებზე:

- ა) მარცხენა წინაგულის ყურის თრომბოზი;
- ბ) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- გ) მიქსომა;

- დ) წინაგულთშუა ძგილის ღეფექტი;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1136. ჩვენებას სტრეს-ექოკარდიოგრაფიის ჩატარებისათვის წარმოადგენს;

- ა) მანკი;
- ბ) მიქსომა;
- გ) პერიკარდიტი;
- *დ) გულის იშემიური დაავადება

1137. მარცხენა წინაგულის ზომა პარასტერნალურ პოზიციაში შეადგენს:

- ა) არა უმეტეს 30 მმ;
- ბ) არა უმეტეს 20 მმ;
- გ) არა უმეტეს 60 მმ;
- *დ) არა უმეტეს 40 მმ

1138. მარჯვენა წინაგულის ზომები აპიკალურ 4-კამერიან პოზიციაში ღიასტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- ა) არა უმეტეს 14 მმ;
- ბ) 25 მმ-ზე ნაკლებს;
- *გ) არა უმეტეს 38 მმ;
- დ) 14-25 მმ

1139. მარჯვენა პარკუთის ზომები აპიკალურ 4-კამერიან პოზიციაში ღიასტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- *ა) არა უმეტეს 36 მმ;
- ბ) 26-36 მმ;
- გ) 26 მმ-ზე ნაკლებს;
- დ) 36 მმ-ზე მეტს

1140. მარჯვენა პარკუჭის იმოლირებული დილატაციის არსებობისას პათოლოგიური შუნტის გარეშე მარცხნიდან მარჯვნივ და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის არსებობის შეკმთხვევაში ანამნეზში შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- *ა) მარჯვენა პარკუჭის არითმოგენული დისპლაზია;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგილის ღეფექტი;
- გ) ეპსტეინის ანომალია;
- დ) წინაგულთაშუა ძგილის ღეფექტი

1141. მიგრალური სარქველის კარელების მაქსიმალური დაშორება ღიასტოლისას ნორმაში შეადგენს:

- ა) 30 მმ-ზე მეტს;
- ბ) 25 მმ-ზე ნაკლებს;
- გ) არა უმეტეს 35 მმ;
- *დ) არა უმცირეს 25 მმ

1142. აორტის სარქველების კარელების მაქსიმალური გაღება სისტოლაში ნორმაში შეადგენს:

- *ა) არა უმცირეს 17 მმ;
- ბ) 30 მმ-ზე მეტს;
- გ) 25 მმ-ზე მეტს;

დ) არა უმცირეს 15 მმ

1143. მარცხენა პარკუჭის მიოკარდის გლობალური კუმშვადობა დარღვევა შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ა) მიოკარდიუმის ინფარქტით;
- ბ) ლეკომპენსირებული მანკით;
- გ) გულის იშემიური დაავადებით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1144. ავადმყოფებს დილაგაციური კარდიომიოპათიით აღენიშნებათ:

- ა) მარცხენა წინაგულის დილაგაცია;
- ბ) გულის კამერების მოცულობის შემცირება;
- გ) გულის კედლების ჰიპერტროფია;
- *დ) გულის ყველა კამერის დილაგაცია

1145. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა დამახასიათებელია ავადმყოფებისათვის:

- ა) არასტაბილური სტენოკარდიით;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტით;
- გ) ეიპერტონული დაავადებით;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1146. მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის უბანი აკინეზიის სახით დამახასიათებელია:

- *ა) მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის;
- ბ) ჰიპერტონული კარდიომიოპათიისათვის;
- გ) გულის თანდაყოლილი მანკისათვის;
- დ) მიოკარდიუმის წვრილკეროვანი ინფარქტისათვის

1147. მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის უბანი დისკინეზიის სახით დამახასიათებელია:

- ა) მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი ინფარქტისათვის;
- ბ) ჰიპერტროფული კარდიომიოპათიისათვის;
- *გ) გულის ანევრიზმისათვის;
- დ) მიოკარდიუმის წვრილკეროვანი ინფარქტისათვის

1148. მიგრალური სარქელის წინა კარედის იალქნისებური გამოღრეკა დიასტოლაში და მისი მოძრაობის შეზღუდვა დამახასიათებელია:

- *ა) მიგრალური სტენოზისათვის;
- ბ) აორტული სტენოზისათვის;
- გ) არის ნორმა;
- დ) მიგრალური სარქელის პროლაფსისათვის;
- ე) მიგრალური უკმარისობისათვის

1149. მიგრალური სტენოზის შემთხვევაში, ტრანსმიგრალური ნაკადის დოპლერგრაფიული კვლევით შეიძლება გამოვავლინოთ:

- ა) ნაკადის საჩქარის შემცირება;
- ბ) მიგრალური რეგურგიტაციის ნაკადი;

- *გ) ნაკადის სიჩქარის გაზრდა;
- დ) ღიასკოლური ფუნქციის დარღვევა

1150. ბაქტერიული ენდოკარდიტის დროს მიგრალური სარქველის კარელებზე დიდი ზომის ვეგეტაციების შემთხვევაში შეიძლება გამოვავლინოთ:

- ა) ქორლული აპარატის მთლიანობის დარღვევა;
- ბ) გრანსმიგრალური ნაკადის აჩქარება;
- გ) რეგურგიტაციის არსებობა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1151. ავადმყოფებს იზოლირებული აორტული სტენოზით ღოპლეგრაფიული კვლევით შეიძლება აღენიშნებოდეთ:

- ა) გრანსმიგრალური ნაკადის აჩქარება;
- *ბ) გრანსაორტული ნაკადის აჩქარება;
- გ) მიგრალური რეგურგიტაციის არსებობა;
- დ) აორტული რეგურგიტაციის არსებობა

1152. აორტული რეგურგიტაციის ნაკადის დაფიქსირება ხდება საკონტროლო მოცულობის მოთავსებით შემდეგ წერტილებში:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის გამომტან ტრაქტში;
- გ) მარცხენა წინაგულში;
- დ) აორტაში

1153. სამკარიანი სარქველის იზოლირებული სტენოზის შემთხვევაში გამოავლენენ:

- ა) ტრიკუსპიდალურ რეგურგიტაციას;
- ბ) გრანსკუსპიდალური ნაკადის შენელებას;
- *გ) გრანსტრიკუსპიდალური ნაკადის აჩქარებას;
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1154. აორტული სტენოზის ნიშნად M მოღალურ რეჟიმში ითვლება:

- ა) აორტის სარქველის კარელების პროლაფსი;
- ბ) აორტის ფუძის გადიდება;
- *გ) აორტის სარქველის კარელების გაღების შემცირება;

1155. მიგრალური სტენოზის ნიშნად M მოღალურ რეჟიმში ითვლება:

- ა) მიგრალური სარქველის წინა კარედის პროლაფსი;
- ბ) მიგრალური სარქველის უკანა კარედის პროლაფსი;
- *გ) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;

1156. ასწვრივი აორტის განშრევებად ანევრიზმაზე შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ შემდეგი ნიშნების არსებობისას:

- ა) მიგრალური რეგურგიტაცია;
- *ბ) აორტის ინტიმის განშრევებული უბანი;
- გ) აორტის კედლების კალცინოზი;

1157. გულის პროთემირებული სარქველების ხშირ გართულებას წარმოადგენს:

- ა) თრომბოზი;

- ბ) ბაქტერიული ენდოკარდიტი;
- გ) სარქველის ახლოს არსებული ფისტულა;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1158. გულის სიმსივნის დიფერენცირება უნდა მოეახდინოთ:

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდესთან;
- *ბ) მარჯვენა პარაკუჭის მოღერაგორის კონასთან;
- გ) პაპილარულ კუნთთან;
- დ) მიგრალური სარქველის ქორლებთან

1159. მარცხენა წინაგულის ღრუში უფრო ხშირად გვხვდება:

- ა) ლიპომა;
- ბ) სარკომა;
- *გ) მიქსომა;
- დ) ლიმფომა;
- ე) პაპილომა

1160. პერიკარდიუმის ღრუში მცირე რაოდენობის სითბოს არსებობისას:

- ა) გულის წინა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ;
- ბ) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0;
- *გ) გულის უკანა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0სმ

1161. პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობის სითხის არსებობისას:

- *ა) გულის ირგვლივ არსებული ექო-თავისუფალი სივრცის უმცირესი ზომაა 1,0 სმ;
- ბ) გულის უკანა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ;
- გ) გულის წინა კედლიდან ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ

1162. მარჯვენა წინაგულის კოლაბირება დიასტოლაში ექსუდაციური პერიკარდიტის დროს წარმოადგენს ნიშანს:

- ა) კონსტრიქციის;
- ბ) მარჯვენა პარაკუჭის ინფარქტის;
- გ) მარჯვენა პარაკუჭის არითმოგენული დისპლაზიის;
- დ) თრმბოემბოლიის;
- *ე) გულის გამპონადის

1163. გულის მარჯვენა კამერების იმოლირებული დილატაცია პათოლოგიური შუნგის გარეშე მარცხნიდან მარჯვნივ შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) სითხის არსებობისა პერიკარდიუმში;
- ბ) გულის გამპონადის;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის;
- *დ) მაღალი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის

1164. ქვემო ღრუ ვენის დილატაცია და რეაქციის არარსებობა მისგან ჩასუნთქვაზე პერიკარდიუმში სითხის არსებობის დროს შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) სითხის არსებობისა პერიკარდიუმში;
- *ბ) გულის გამპონადის;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის

1165. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის შესაფასებლად იმპულსური დოპლერის რეჟიმში ანალიზი უკეთდება სისხლის შემდეგ ნაკადს:

- ა) დიასტოლური გრანსტრიკუსპიდალური;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- *დ) დიასტოლური გრანსმიგრალური

1166. მარჯვენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის შესაფასებლად იმპულსური დოპლერის რეჟიმში ანალიზი უკეთდება სისხლის შემდეგ ნაკადს:

- *ა) დიასტოლური გრანსტრიკუსპიდალური;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- გ) მარჯვენა პარკუჭის გამომგან გრაქტში;
- დ) დიასტოლური გრანსმიგრალური

1167. რომელი სტრუქტურები შეიძლება შეცლომით მიჩნეული იქნას სითხედ პერიკარდიუმის ღრუში:

- ა) ეპიკარდიალური ცხიმი;
- ბ) გულმკერდის დასწვრივი აორტა;
- გ) დილატირებული კორონარული სინუსი;
- *დ) ყველა პასუხი სწორია

1168. ქვემოთ ჩამოთვლილმა რომელმა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს გამონაქონი პერიკარდიუმის ღრუში:

- ა) კრიტიკული მიგრალური სტენოზი;
- ბ) მოიკარდიუმის მწვავე გრანსმურალური ინფარქტი;
- გ) ურემია;
- დ) სისტემური წითელი მგლურა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1169. წინაგულთაშუა ძგიდის რომელი დეფექტი გვხვდება ყველაზე ხშირად:

- ა) მაღალი;
- *ბ) ოვალური ფოსოს მიდამოში;
- გ) დაბალი;

1170. რომელი მიმართულებით ხდება სისხლის შუნტირება წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის ან პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის ღროს მაღალი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის ფორმირებამდე:

- ა) შუნტირება არ არსებობს;
- ბ) მარჯვნიდან მარცხნივ;
- *გ) მარცხნიდან მარჯვნივ;

1171. რომელი მიმართულებით ხდება სისხლის შუნტირება წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის ან პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის ღროს მაღალი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის ფონზე (სისტოლური წნევა ფილტვის არტერიაში 100 მმ ვწყ სვ-ზე მეტი):

- ა) შუნტირება არ არსებობს;
- *ბ) მარჯვნიდან მარცხნივ;
- გ) მარცხნიდან მარჯვნივ;

1172. როგორი ხასიათის ნაკადები არის დამახასიათებელი პარკუჭთაშუა ძგიდის და წინაგულთაშუა

ძგიდის ლეფექტის დროს:

ა) სისგოლური;

ბ) სისგოლურ-დიასგოლური მაქსიმალური გადასროლით დიასგოლაში;

*გ) სისგოლურ-დიასგოლური მაქსიმალური გადასროლით სისგოლაში;

დ) დიასგოლური

1173. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ებშტეინის ანომალიისათვის:

ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქველის სტენოზი;

ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქველის წინა კარედის გახლეჩა;

*გ) ტრიკუსპიდალური სარქველის კარედების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის აგრიალიზაცია, წინაგულთშუა ძგიდის ლეფექტი

1174. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი გულის თანდაყოლილი

მანკისათვის - საერთო აგრიოვენტრიკულური არხი:

ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქველის სტენოზი;

*ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქველის წინა კარედის გახლეჩა;

გ) ტრიკუსპიდალური სარქველის კარედების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის აგრიალიზაცია, წინაგულთშუა ძგიდის ლეფექტი

1175. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ფალოს ტეგრადისათვის:

*ა) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, მარჯვენა პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფია, ფილტვის არტერიის სარქველის სტენოზი;

ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის მაღალი ლეფექტი, წინაგულთშუა ძგიდის დაბალი ლეფექტი, მიგრალური სარქველის წინა კარედის გახლეჩა;

გ) ტრიკუსპიდალური სარქველის კარედების განვითარების ანომალია, მარჯვენა პარკუჭის ნაწილის აგრიალიზაცია, წინაგულთშუა ძგიდის ლეფექტი;

დ) "ზემოდან მჯდომარე" აორტა;

1176. რას ნიშნავს აორტის კოარქტაცია?

ა) მემბრანა ასწვრივ აორტაში;

ბ) მემბრანა გამომავალ აორტაში;

გ) აორტის ორკარიანი სარქველი;

*დ) აორტის თანდაყოლილი შევიწროება

1177. რა ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი აორტის კოარქტაციისათვის?

ა) აორტის შევიწროება გულმკერდის აორტის დასწვრივ გოტში;

ბ) მარცხენა პარკუჭის კედლების ჰიპერტროფია;

გ) შევიწროების ადგილში ნაკადის აჩქარება;

*დ) ყველა პასუხი სწორია

1178. რომელ მეთოდს იყენებენ მცირე ზომის წინაგულთშუა ძგიდის ლეფექტის ეჭვის დროს:

*ა) გულის მარჯვენა ნაწილების კონტრასტირება;

ბ) სტრეს-ტესტი;

გ) სისხლძარღვის შიგნითა (ინტრავასკულარული) ულტრაბგერის მეთოდი;

1179. გულმკერდის წინა კედლის გრავმის შედეგი შეიძლება იყოს:

- ა) პერიკარდიტი;
- ბ) გულმკერდის აორტის ანევრიზმა;
- გ) მარცხენა პარკუჭის ცრუ ანევრიზმა;
- დ) ქორდის მოწყვეტა;
- *ე) ყველა პასუხი სწორია

1180. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მორეციდივე თრომბოემბოლიის დროს ფილტვის არტერიის სისტემაში?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია;
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1181. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტისათვის?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია;
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია;
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1182. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნები გვაძლევს საშუალებას დავსვათ მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის დიაგნოზი?

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია და მარჯვენა პარკუჭის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის ზონის არსებობა;
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია და მარცხენა პარკუჭის ლოკალური კუმშვადობის დარღვევის ზონის არსებობა;
- გ) გულის ღრუების შემცირება

1183. რომელი პროთემბი რთულდება ყველაზე ხშირად ინფექციური ენდოკარდიტით?

- ა) ბურთისებური;
- *ბ) ბიოლოგიური;
- გ) დისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით;
- დ) დისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1184. ქვემოთ ჩამოთვლილი დოპლერის მაჩვენებლებიდან რომელი ასრულებს მნიშვნელოვან როლს პროთემბირებული სარქველის ფუნქციის შეფასებაში?

- ა) განღვენის დრო;
- ბ) ხაზოვანი სიჩქარის ინტეგრალი;
- *გ) წნევის გრადიენტი;
- დ) ნაკადის აჩქარების დრო

1185. როგორი გართულებებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის პროთემბირებული სარქველებით?

- ა) ინფექციური ენდოკარდიტი;
- ბ) თრომბოზი;
- გ) ფისტულა;

დ) სარქველ მიმღებარე რეგურგიცაცია;

*ე) ყველა პასუხი სწორია

1186. პროთემის თრომბოზის დოპლერექოკარდიოგრაფიის ნიშნებია:

ა) პათოლოგიური რეგურგიცაციის არსებობა;

ბ) პათოლოგიური რეგურგიცაციის არარსებობა;

გ) წნევის გრადიენტის შემცირება;

*დ) წნევის გრადიენტის მომატება

1187. რა შეიძლება იყოს მაღალი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის არაპირდაპირი ნიშანი?

ა) ქვემო ღრუ ვენის დიამეტრის შემცირება;

*ბ) ქვემო ღრუ ვენის დილატაცია;

გ) მუცლის აორტის დილატაცია

1188. ჭრილი, რომელშიც M-რეჟიმში წარმოებს გაზომვების დიდი რაოდენობა?

*ა) პარასტერნალური სიგრძივი;

ბ) პარასტერნალური განივი, აორტის ღონეზე;

გ) აპიკალური ოთხკამერიანი;

დ) აპიკალური ხუთკამერიანი

1189. მიღგომა, რომლიდანაც წარმოებს პაციენტების გამოკვლევა ფილტვის ემფიზემით:

ა) მარცხენა პარასტერნალური;

ბ) აპიკალური;

*გ) სუბკოსტალური;

დ) სუპრასტერნალური;

ე) მარჯვენა პარასტერნალური

1190. მარცხენა პარკუჭის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითება ხასიათდება:

*ა) სისტოლური და დიასტოლური ზომის გაზრდით;

ბ) სისტოლური და დიასტოლური ზომის შემცირებით;

გ) დიასტოლური ზომის გაზრდით და სისტოლური ზომის შემცირებით;

დ) დიასტოლური ზომის შემცირებით და სისტოლური ზომის გაზრდით;

ე) მხოლოდ სისტოლური ზომის გაზრდით

1191. მიგრალური სტენოზის დამახასიათებელ ნიშანს მიგრალური სარქველის M-რეჟიმში გამოკვლევისას წარმოადგენს:

ა) მაქსიმალური დიასტოლური გაღების ამპლიტუდის მომატება;

ბ) კარელების სისტოლური სეპარაცია;

*გ) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;

დ) აღრეული დიასტოლური გაღების სიჩქარის შემცირება;

ე) აღრეული დიასტოლური დახურვის სიჩქარის მომატება

1192. კვეთა, რომელშიც შეიძლება გაიზომოს მიგრალური ხერხელის ფართობი არის:

ა) პარასტერნალური სიგრძივი;

ბ) პარასტერნალური განივი აორტის ღონეზე;

*გ) პარასტერნალური განივი მიგრალური სარქველის ღონეზე;

დ) აპიკალური ოთხკამერიანი;

ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1193. მიგრალური ხერელის ფართობი კრიტიკული მიგრალური სტენობის დროს არის:

- ა) 2-3 კვ სმ;
- ბ) 1,6-2,0 კვ სმ;
- გ) 1,2-1,6 კვ სმ;
- დ) 1,0-1,2 კვ სმ;
- *ე) 1,0 კვ სმ-ზე ნაკლები

1194. კვეთა, რომლიდანაც უნდა შესრულდეს გრანსმიგრალური სისხლის ნაკადის დოპლეროგრაფიული გამოკვლევა არის:

- ა) პარასტერნალური სიგრძივი;
- ბ) პარასტერნალური განივი მიგრალური სარქელის ღონებზე;
- გ) პარასტერნალური განივი აორტის ღონებზე;
- *დ) აპიკალური ოთხკამერიანი;
- ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1195. მიგრალური ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელია:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მცირე ზომები;
- *ბ) მარცხენა წინაგულისა და პარკუჭის ზომების გადიდება;
- გ) მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა პარკუჭის ზომების გადიდება;
- დ) მიგრალური ხერელის ფართობის შემცირება;
- ე) ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია

1196. მიგრალური ნაკლოვანების ნიშანს მიგრალური სარქელის M-რეჟიმში გამოკვლევისას წარმოადგენს:

- ა) კარელების ერთმიმართული მოძრაობა;
- ბ) მიგრალური სარქელის გადაბრაზ მემოთ პარკუჭთაშუა ძგიდისაკენ;
- *გ) კარელების სისტოლური სეპარაცია და მაქსიმალური დიასტოლური გალების ამპლიტუდის გაზრდა;
- დ) მაქსიმალური დიასტოლური გალების ამპლიტუდის შემცირება;
- ე) აღრეული დიასტოლური არასრული დახურვის სიჩქარის გაზრდა

1197. სისხლის ნაკადის დოპლეროგრაფიული გამოკვლევა აპიკალური პოზიციიდან აორტის სარქველზე იძლევა სპექტრს:

- *ა) სამკუთხა ფორმის იმოხაზის ქვემოთ სისტოლაში;
- ბ) სამკუთხა ფორმის იმოხაზის მემოთ დიასტოლაში;
- გ) M-ის მსგავსი იმოხაზის მემოთ;
- დ) M-ის მსგავსი იმოხაზის ქვემოთ;
- ე) ფართო, წაშლილ კიდეებიანი იმოხაზების ქვემოთ და მემოთ

1198. აორტის ნაკადის სიჩქარე ასწერივ აორტაში ნორმაში არის:

- ა) 0,5-1,0 მ/წმ;
- *ბ) 1,0-1,8 მ/წმ;
- გ) 1,8-2,0 მ/წმ;
- დ) 2,0-2,5 მ/წმ;
- ე) 2,5-3,0 მ/წმ

1199. მიგრალური სტენობის შემთხვევაში, გრანსმიგრალური ნაკადის დოპლეროგრაფიული

კვლევით შეიძლება გამოვაყვლინოთ

- ა) ნაკადის სიჩქარის შემცირება
- ბ) მიგრალური რეგისტრაციის ნაკადი
- *გ) ნაკადის სიჩქარის გაზრდა
- დ) დიასტოლური ფუნქციის დარღვევა

1200. ფილგვისმიერი ჰიპერტენზიის ნიშნად M მოდალურ რეჟიმში გამოკვლევისას ფილგვის არტერიის სარქველის უკანა კარედის მოძრაობა წარმოადგენს: 1) სარქველის უკანა კარედის პროლაბირებას; 2) სარქველის უკანა კარედის M-ის მაგვარ მოძრაობას; 3) სარქველის უკანა კარედის N-ის მაგვარ მოძრაობას

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1;2

1201. პერიკარდიუმის ღრუში საშუალო რაოდენობის სითხის არსებობისას

- ა) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცე მეტია 1,0 სმ-ზე
- *ბ) გულის ირგვლივ ექო-თავისუფალი სივრცე ნაკლების ან გოლია 1,0 სმ-ზე
- გ) გულის წინა კედლის ექო-თავისუფალი სივრცეა 1,0 სმ

1202. კონსტრიქციული პერიკარდიტის ნიშნად ითვლება:

- *ა) პერიკარდიტის გავრცელების კლასიფიკაცია
- ბ) პერიკარდიუმის ფურცლების განღვევა
- გ) პერიკარდიუმის ფურცლების დაშორების არარსებობა
- დ) პერიკარდიუმის ღრუში სითხის არსებობა

1203. გამოხატული დამოკიდებულება ინტრაკრანიალური სისხლის ნაკადისა სუნთქვის ფაზებზე სითხის არსებობის დროს პერიკარდიუმის ღრუში შეიძლება იყოს ნიშანი:

- ა) კონსტრიქციის
- *ბ) გულის გამჟონადის
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტის

1204. დოპლეროექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფიზიოლოგიური სისტოლის ხანგრძლივობას მომავენ როგორც:

- ა) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- ბ) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნამდე
- *გ) დროს, მიგრალური სარქველის დახურვის ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს, აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე

1205. დოპლეროკარდიოგრაფიული კვლევისას მარცხენა პარკუჭის იმოვოლუმეტრიული მოღუნების ხანგრძლივობას მომავენ როგორც

- ა) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნამდე
- *ბ) დროს, აორტის სარქველის დახურვის ტკაცუნიდან მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნამდე
- გ) დროს, მიგრალური სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს, აორტის სარქველის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე

1206. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი გრანსმიგრალური დიასტოლური ნაკადის პარამეტრებია

დამახასიათებელია მარცხენა პარაკუჭის II ტიპის დიასტოლური ფუნქციისათვის:

- ა) E და A პიკის სიჩქარეების შემცირება, პიკის შენელების დროის შემცირება
- *ბ) E პიკის სიჩქარის გაზრდა, A პიკის სიჩქარის შემცირება
- გ) E და A სიჩქარის პიკების და E პიკის შენელების დროის გაზრდა

1207. როგორია შუნგის მიმართულება ბოგალის საღინრის შეუხორცებლობის დროს:

- ა) ფილგვის არტერიიდან აორტაში
- ბ) აორტიდან ფილგვის არტერიაში ბიფურკაციის მხარეს
- *გ) აორტიდან ფილგვის არტერიაში მარჯვენა პარაკუჭის გამომტანი ტრაქტის მხარეს
- დ) მარცხენა წინაგულიდან მარჯვენაში

1208. როგორი ფორმა აქვს ნაკადს აორტის კოარქტაციის დროს (მულტივგალლოვანი დოპლერი)

- *ა) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით სისტოლაში
- ბ) სისტოლური ნაკადი
- გ) დიასტოლური ნაკადი
- დ) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით დიასტოლაში

1209. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის მულტივი ელექტროსტიმულაციით:

- ა) ტრიკუსპიდალური სარქველის სტენოზი, მარჯვენა წინაგულის დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) აორტული რეგურგიტაცია, მარცხენა პარაკუჭის სფერული ფორმა
- *დ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია, პარაკუჭთაშუა ძგიდის პარადოქსული მოძრაობა

1210. პარაკუჭის არითმოგენული დისპლაზიისთვის დამახასიათებელია

- *ა) გულის მარჯვენა კამერების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1211. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი პერიკარდიუმის თანდაყოლილი არარსებობის დროს

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1212. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის, რომელთაც გადაიტანეს პერიკარდექტომია კონსტრიქციული პერიკარდიტის გამო

- *ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1213. მექანიკური პროთეზების რომელი სახეობა გამოიყენება იშვიათად ამჟამად

- *ა) ბურთისებური
- ბ) დისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით
- გ) დისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1214. პარკუჭთაშუა ძგიდის და მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქის თანაფარდობა შეადგენს:

*ა) 0,8-1,0

ბ) 0,5

გ) 1,5

დ) 2,0

ე) 0,2

1215. მარცხენა პარკუჭის ენდოასტოლური ზომა მომრღილებში არ აღემატება:

ა) 4,0 სმ

ბ) 0,5 სმ

*გ) 5,7 სმ

დ) 6,0-7,0 სმ

1216. აღრეული გრანსმიტრალური სისხლის ნაკადის სიჩქარე ნორმაში არის:

*ა) 0,6-1,3 მ/წმ

ბ) 1,3-1,5 მ/წმ

გ) 1,5-2,0 მ/წმ

დ) 2,0-2,5 მ/წმ

1217. კვეთა, რომელშიც ხდება აორტის ვიზუალიზაცია მისი სამივე კარელით არის:

ა) პარასტერნალური სიგრძივი

*ბ) პარასტერნალური განივი აორტის სარქველის ღონებზე

გ) პარასტერნალური განივი მიტრალური სარქველის ღონებზე

დ) აპიკალური ოთხკამერიანი

ე) აპიკალური ხუთკამერიანი

1218. დილაგაციური კარდიომიოპათიის დროს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის მაჩვენებელი აღექვატური თერაპიის ჩაგარების ფონზე შემდეგნაირად იცვლება:

ა) რჩება უცვლელი;

ბ) შეადგენს 50-70%

გ) მცირდება

*დ) იზრდება

1219. მარცხენა პარკუჭის კედლების სისქე მაღალი ხარისხის ჰიპერტროფიის დროს არის:

ა) 10-12 მმ

ბ) 12-14 მმ

გ) 14-16 მმ

დ) 16-20 მმ

*ე) 20 მმ-ზე მეტი

1220. ობსტრუქციული ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს სისტოლური ნაკადის სიჩქარე მარცხენა პარკუჭის გამომგან გრაფტში იცვლება შემდეგნაირად:

ა) არ იცვლება

*ბ) იზრდება

გ) მცირდება

დ) არ იცვლება ან მცირდება

1221. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას უმნიშვნელო სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრადიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ. სვ.
- *ბ) 10-30 მმ ვწყ. სვ.
- გ) 30-50 მმ ვწყ. სვ.
- დ) 50 მმ ვწყ. სვ-ზე მეტი

1222. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მომიერი სუბაორტული სტენოზის დიაგნოსტიკა ხდება წნევის გრადიენტის მიხედვით აორტასა და მარცხენა პარკუჭს შორის სისტოლაში, რომელიც გოლია:

- ა) 5-10 მმ ვწყ. სვ.
- ბ) 10-30 მმ ვწყ. სვ.
- *გ) 30-50 მმ ვწყ. სვ.
- დ) 50 მმ ვწყ. სვ-ზე მეტი

1223. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის რკალის ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მისი მდგომარეობის შესფასებლად გამოიყენება: 1) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე; 2) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი; 3) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი; 4) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი; 5) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების მოლოების ღონებზე

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

1224. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას პაპილარული კუნთების ოპტიმალური ვიზუალიზაციისათვის და მათი მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- ა) პარასტერნალური პოზიცია - მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე
- ბ) სუპრასტერნალური მოკლე ღერძი
- გ) სუპრასტერნალური გრძელი ღერძი
- დ) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური გრძელი ღერძი
- *ე) მარცხენა პარკუჭის პარასტერნალური მოკლე ღერძი პაპილარული კუნთების ბოლოების ღონებზე

1225. ნორმაში მარცხენა პარკუჭის მოკლე ღერძის წინა-უკანა ზომა სისტოლაში მცირდება:

- ა) 10%-ით და უფრო ნაკლებად
- ბ) 20%-ით
- გ) 15%-ით
- *დ) 30%-ით და უფრო მეტად

1226. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას მიტრალური სარქველის წინა კარედის გაღების E პიკის დაშორება წინაგულთაშუა ძგიდებზე უნდა აღემატებოდეს:

- ა) 2მმ
- *ბ) 5-10მმ

- გ) 10-15 მმ
- დ) 15-20მმ

1227. ექოკარდიოგრაფიული კვლევისას აორტის ფუძის მოძრაობის ამპლიტუდა სისტოლაში შეადგენს:

- ა) 5-7 მმ
- ბ) 2-5 მმ
- გ) 2 მმ-ზე ნაკლები
- *დ) 7 მმ-ზე მეტი

1228. მარჯვენა პარკუჭის ზომების შემცირება შეიძლება იყოს ნიშანი: 1) დეკომპენსირებული მანკის; 2. ბაქტერიული ენდოკარდიტის; 3) თრომბოემბოლიის; 4) ჰიპოვოლემიის; 5) თანდაყოლილი პათოლოგიის

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

1230. გამოხატული მიტრალური სტენოზის დროს მიტრალური ხერელის ფართობი შეადგენს:

- ა) 1,1 - 1,5 კვ. სმ
- ბ) 2,0 კვ. სმ-ზე ნაკლებს
- გ) 1,6 - 2,0 კვ. სმ
- დ) 0,8 კვ. სმ-ზე ნაკლებს
- *ე) 0,8 - 1,0 კვ. სმ

1231. კრიტიკული მიტრალური სტენოზის დროს მიტრალური ხერელის ფართობი შეადგენს:

- ა) 1,1 - 1,5 კვ. სმ
- ბ) 2,0 კვ. სმ-ზე ნაკლებს
- გ) 1,6 - 2,0 კვ. სმ
- *დ) 0,8 კვ. სმ-ზე ნაკლებს
- ე) 0,8 - 1,0 კვ. სმ

1232. ინფექციური ენდოკარდიტის დროს ზომიერი ზომის ვეგეტაციების დიაგნოზი შეადგენს:

- ა) 5 მმ-ზე ნაკლებს
- *ბ) 5-10 მმ
- გ) 10 მმ-ზე მეტს
- დ) ყველა პასუხი სწორია

1233. გამოხატული სტენოზის დროს აორტის ხერელის ფართობი გოლია:

- *ა) 1,0 კვ. სმ-ზე ნაკლები
- ბ) 1,1 - 1,6 კვ. სმ
- გ) 1,7 კვ. სმ და მეტი

1234. ფილგვის არტერიაში დიასტოლური წნევის გამოძვრა შეიძლება როგორც:

- *ა) საბოლოო დიასტოლური წნევის გრადიენტი ფილგვის არტერიასა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.

- ბ) სისგოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.
- გ) სისგოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.
- დ) ღიასგოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.
- ე) ღიასგოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის.

1235. სისგოლური წნევა ფილგვის არტერიაში შეიძლება გაიზომოს როგორც:

- ა) ღიასგოლური წნევის გრადიენტი ფილგვის არტერიასა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში
- ბ) სისგოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის
- *გ) სისგოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის პლუს წნევა მარჯვენა წინაგულში.
- დ) ღიასგოლური წნევის გრადიენტი მარცხენა წინაგულსა და მარცხენა პარკუჭს შორის.
- ე) ღიასგოლური წნევის გრადიენტი მარჯვენა წინაგულსა და მარჯვენა პარკუჭს შორის.

1236. ნორმაში ღოპლერგრაფიული გამოკვლევის ნაკადი ასწვრივ აორტაში სუპრასტერნალური პოზიციიდან იძლევა შემდეგი ტიპის სპექტრს:

- ა) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ქვემოთ ღიასგოლის სტადიაში.
- *ბ) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ზემოთ სისგოლაში
- გ) M მსგავსი იზოხაზის ზემოთ
- დ) M მსგავსი იზოხაზის ქვემოთ
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იზოხაზის ზემოთ და ქვემოთ.

1237. ნორმაში ღოპლეროგრაფიული გამოკვლევისას ნაკადი დასწვრივ აორტაში სუპრასტერნალური პოზიციიდან იძლევა შემდეგი ტიპის სპექტრს:

- *ა) სამკუთხა ფორმის იზოხაზის ქვემოთ
- ბ) ამკუთხა ფორმის იზოხაზის ზემოთ
- გ) M მსგავსი იზოხაზის ზემოთ
- დ) M მსგავსი იზოხაზის ქვემოთ
- ე) ფართო წაშლილი კონტურები იზოხაზის ზემოთ და ქვემოთ.

1238. მიგრალური რეგურგიტაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუღინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

- ა) 20-30%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 30-40%
- *დ) 20%-ზე ნაკლები

1239. ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუღინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

- ა) 20-40%
- ბ) 40%-ზე მეტი
- გ) 10%-ზე ნაკლები
- *დ) 20%-ზე ნაკლები

1240. აორტული რეგურგიტაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს

როგორც უმნიშვნელო, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუჭის გამომგანი გრაქის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

ა) 25-45%

ბ) 63%-ზე მეტი

გ) 45-63%

*დ) 25%-ზე ნაკლები

1241. მიგრალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

*ა) 20-40%

ბ) 40%-ზე მეტი

გ) 10%-ზე ნაკლები

დ) 20%-ზე ნაკლები

1242. გრიკუსპიდალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

*ა) 20-40%

ბ) 40%-ზე მეტი

გ) 10%-ზე ნაკლები

დ) 20%-ზე ნაკლები

1243. აორგული რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო სიმძიმის, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუჭის გამომგანი გრაქის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

*ა) 25-45%

ბ) 40%-ზე მეტი

გ) 10%-ზე მეტი

დ) 20%-ზე ნაკლები

1244. გრიკუსპიდალური რეგურგიაციის ხარისხი ფერადი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც მძიმე, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარჯვენა წინაგულის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

ა) 20-40%

*ბ) 40%-ზე მეტი

გ) 10%-ზე ნაკლები

დ) 20%-ზე ნაკლები

1245. აორგული რეგურგიაციის ხარისხი ღოპლერის რეჟიმში შეიძლება განისაზღვროს როგორც მძიმე, თუ უკუდინების ნაკადის ფართობს უჭირავს მარცხენა პარკუჭის გამომგანი გრაქის მოცულობის შემდეგი პროცენტი:

ა) 20-40%

*ბ) 63%-ზე მეტი

გ) 10%-ზე ნაკლები

დ) 20%-ზე ნაკლები

1246. აორგის ზომა პარასგერნალურ პოზიციაში აორგის სარქელის კარელების ბოლოების ღონეზე

ნორმაში შეადგენს:

- ა) 30 მმ-ზე ნაკლებს
- *ბ) არა უმეტეს 40 მმ
- გ) 40 მმ-ზე მეტს
- დ) 25 მმ-ზე ნაკლებს

1247. მარცხენა პარკუჭის ზომები პარასტერნალურ პოზიციაში მიგრალური სარქელის კარელების ბოლოების დონეზე დიასტოლის ბოლოში ნორმაში შეადგენს:

- *ა) არა უმეტეს 56 მმ
- ბ) არა უმეტეს 46 მმ
- გ) 26 მმ-ზე ნაკლებს
- დ) 40 მმ-ზე ნაკლებს.

1248. ფილგვისმიერი ჰიპერტენზიის ნიშნად M მოდალურ რეჟიმში გამოკვლევისას ფილგვის არტერიის სარქელის უკანა კარელის მოძრაობა წარმოადგენს: 1) სარქელის უკანა კარელის პროლაბირებას; 2) სარქელის უკანა კარელის M -ის მსგავს მოძრაობას; 3) სარქელის უკანა კარელის N-ის მსგავს მოძრაობას

- ა) 1
- ბ) 2
- *გ) 3
- დ) 1;2

1249. გამოხატული დამოკიდებულება ინტრაკარდიალური სისხლის ნაკადისა სუნთქვის ფაზებზე სითხის არსებობის დროს პერიკარდიუმის დრუში შეიძლება იყოს:

- ა) კონსტრიქციის
- *ბ) გულის გამჟონადის
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტის

1250. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფიზიოლოგიური დიასტოლის ხანგრძლიობას მომავენ როგორც:

- *ა) დროს აორტის სარქელის დახურვის ტკაცუნიდან მიგრალური სარქელის დახურვის ტკაცუნამდე
- ბ) დროს მიგრალური სარქელის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქელის დახურვის ტკაცუნამდე
- გ) დროს აორტის სარქელის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს მიგრალური სარქელის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე.

1251. ლოპლერექოკარდიოგრაფიული კვლევისას ფიზიოლოგიური სისტოლის ხანგრძლიობას მომავენ როგორც:

- ა) დროს მიგრალური სარქელის გაღების ტკაცუნიდან აორტის სარქელის დახურვის ტკაცუნამდე
- ბ) დროს მიგრალური სარქელის გაღების ტკაცუნიდან, აორტის სარქელის გაღების ტკაცუნამდე
- *გ) დროს მიგრალური სარქელის დახურვის ტკაცუნიდან აორტის სარქელის დახურვის ტკაცუნამდე
- დ) დროს აორტის სარქელის გაღების ტკაცუნიდან დახურვის ტკაცუნამდე.

1252. გრანსმიგრალური დიასტოლური ნაკადის სიჩქარეების როგორი თანაფარდობა არის ნორმალური (ხანშიშესული ასაკის გარდა) სინუსური რიგმის არსებობის და ტაქიკარდიის არარსებობის დროს (სიჩქარეთა პიკების თანაფარდობა არის E A - სთან :

- ა) ნაკლებია ან გოლი 1;
- *ბ) მეტია ან გოლი 1;
- გ) მეტია 2,5;

დ) გოლია 2,5.

1253. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი გრანსმიგრაული დიასტოლური ნაკადის პარამეტრებია დამახასიათებელი მარცხენა პარკუჭის 6 გიპის დიასტოლური დისფუნქციისათვის:

ა) E და A სიჩქარის პიკების შემცირება, E პიკის შენელების დროს შემცირება.

ბ) E სიჩქარის პიკის შემცირება, E პიკის შენელების დროს შემცირება

გ) E და A სიჩქარის პიკების და E პიკის შენელების დროს გაზრდა

*დ) E პიკის სიჩქარის შემცირება, A პიკის სიჩქარის გაზრდა, E პიკის შენელების დროის გაზრდა

1254. რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი გრანსმიგრაული დიასტოლური ნაკადის პარამეტრებია დამახასიათებელი მარცხენა პარკუჭის 66 გიპის დიასტოლური დისფუნქციისათვის:

ა) E და A პიკის სიჩქარეების შემცირება, E პიკის შენელების დროს შემცირება.

*ბ) E პიკის სიჩქარის გაზრდა, A პიკის სიჩქარის შემცირება, E პიკის შენელების დროის შემცირება

გ) E და A სიჩქარის პიკების და E პიკის შენელების დროის გაზრდა.

1255. რომელი ექოკარდიოლოგიური პოზიციაა ოპტიმალური საერთო არტერიული სადინარის დიაგნოსტიკისათვის (ბოგალის სადინარი):

*ა) პარასგერნალური მოკლე ღერძი აორტის ფუძის ღონებზე

ბ) მარცხენა პარკუჭის პარასგერნალური გრძელი ღერძი

გ) აპიკალური ოთხკამერიანი

დ) აპიკალური ორკამერიანი

1256. როგორია შუნგის მამართულება ბოგალის სადინარის შეუხორცებლობის დროს:

ა) ფილტვის არტერიიდან აორტაში

ბ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში ბიფურკაციის მხარეს

*გ) აორტიდან ფილტვის არტერიაში მარჯვენა პარკუჭის გამომტანი ტრაქტის მხარეს

დ) მარცხენა წინაგულიდან მარჯვენაში

1257. როგორი ფორმა აქვს ნაკადს აორტის კოარქტაციის დროს (მულტივტალლოვანი ღოპლერი) ?

*ა) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით სისტოლაში

ბ) სისტოლური ნაკადი

გ) დიასტოლური ნაკადი

დ) სისტოლურ-დიასტოლური ნაკადი მაქსიმალური სიჩქარით დიასტოლაში

1258. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის მულტივტალლოვანი კარდიოსტიმულატორით?

ა) ტრიკუსპიდალური სარქველის სტენოზი. მარჯვენა წინაგულის დილატაცია

ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია

გ) აორტული რეგურგიტაცია, მარცხენა პარკუჭის სფერული ფორმა

*დ) ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია, პარკუჭთაშუა ძგიდის პარადოქსული მოძრაობა

1259. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი მარჯვენა პარკუჭის არითმოგენული დისპლაზიისათვის:

*ა) გულის მარჯვენა კამერების დილატაცია

ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია

გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია

დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1260. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი პერიკარდიუმის თანდაყოლილი არარსებობის დროს?

- * ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) აორტის დილატაცია გულმკერდის აორტის ასწვრივ ნაწილში
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1261. რომელი ექოკარდიოგრაფიული ნიშნებია დამახასიათებელი ავადმყოფებისათვის, რომელთაც გადაიტანეს პერიკარდექტომია კონსტრიქციული პერიკარდიტის გამო?

- * ა) გულის მარჯვენა ნაწილების დილატაცია
- ბ) გულის მარცხენა ნაწილების დილატაცია
- გ) ასწვრივი აორტის დილატაცია
- დ) მუცლის აორტის დილატაცია

1262. მექანიკური პროთეზების რომელი სახეობა გამოიყენება იშვიათად ამჟამად?

- * ა) ბურთისებრი
- ბ) დისკური, ერთი ჩამკეტი ელემენტით
- გ) დისკური, ორი ჩამკეტი ელემენტით

1263. ადრეული გრანსმიგრალური სისხლის ნაკადის სიჩქარე ნორმაში არის:

- * ა) 0,6-1,3 მ/წმ
- ბ) 1,3-1,5 მ/წმ
- გ) 1,5-2,0 მ/წმ
- დ) 2,0-2,5 მ/წმ
- ე) 2,5-3,0 მ/წმ

რენგგენოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია

1264. ექიმ-რენგგენოლოგის დასაქმება პირდაპირი ფუნქციონალური ვალდებულებების შესრულებისას შეადგენს:

- ა) მუშაობის ცვლის დროის 40% ;
- ბ) მუშაობის ცვლის დროის 50%;
- * გ) მუშაობის ცვლის დროის 80%;
- დ) მუშაობის ცვლის დროის 100%;

1265. ოლქის საავადმყოფოს (რაიონის, რესპუბლიკის) რენგგენოლოგიური განყოფილების ექიმის შტაგის რიცხოვნობა 1000 საწოლზე შეადგენს:

- ა) 4 თანამდებობა
- ბ) 5 თანამდებობა
- * გ) 6 თანამდებობა
- დ) 8 თანამდებობა

1266. დაგვირთვის თვალსაზრისით, რა კატეგორიებად არის დაქოფილი მოსახლეობა, რომელიც გადის რენგგენოლოგიურ გამოკვლევას:

- ა) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით
- * ბ) სასიცოცხლო ჩვენებით, კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
- გ) კლინიკური ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა
- დ) სასიცოცხლო ჩვენებით, პროფილაქტიკური გამოკვლევა

1267. როგორია ფლუოროგრაფიული გამოკვლევის პერიოდულობა 15-40 წლამდე პირებში, რომლებიც არ შედიან მაღალი რისკის ჯგუფები და რომლებიც არ მიეკუთვნებიან აუცილებელ კონგინგენსს

- ა) 3 წელიწადში ერთხელ
- *ბ) 2 წელიწადში ერთხელ
- გ) წელიწადში ერთხელ
- დ) წელიწადში 2-ჯერ

1268. როგორია რენტგენოგრაფიის შენახვის ვადა: პათოლოგიის არარსებობის, პათოლოგიური ცვლილებების არსებობის და დაავადებული ბავშვების (შესაბამისად)

- *ა) 2 წელი, 5 წელი, 10 წელი
- ბ) 1 წელი, 3 წელი და 5 წელი
- გ) 3 წელი, 6 წელი, 8 წელი
- დ) 5 წელი, 10 წელი, 15 წელი

1269. რენტგენოლოგიური განყოფილების მუშაობის მაჩვენებლების შესაფასებლად აუცილებელია

- ა) გამოკვლევების შედეგების სისტემატიური ანალიზის გატარება
- ბ) ექიმ-რენტგენოლოგების მონაწილეობა საექიმო-სამკურნალო კომისიის მუშაობაში
- გ) პათოლოგ ანატომიურ კონფერენციაზე ღიაგნობებში ამრთა სხვაობის შემთხვევების განხილვა
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1270. ექიმ-რენტგენოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლება უნდა ხდებოდეს

- ა) ყოველწლიურად
- ბ) 2 წელიწადში ერთჯერ
- გ) 3 წელიწადში ერთჯერ
- *დ) 5 წელიწადში ერთჯერ

1271. პაციენტის რომელი ორგანოები და ქსოვილები უნდა ღვიცვით მაიონიზირებელი გამოსხივებისგან პირველ რიგში

- ა) ფარისებრი ჯირკვალი
- ბ) სარძევე ჯირკვლები
- *გ) ძვლის ტვინი, გონალები
- დ) კანი

1272. აკრძალულია ჩატარება

- ა) ბავშვებში მასობრივი პროფილაქტიკური რენტგენოლოგიური და ფლუოროგრაფიული გამოკვლევები
- ბ) სარძევე ჯირკვლების ფლუოროგრაფია
- გ) სხვადასხვა ორგანოების რენტგენოსკოპია პროფილაქტიკისათვის
- *დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1273. რა სიხშირით უნდა დადასტურდეს სპეციალისტის სერტიფიკატები

- ა) არ უნდა დადასტურება
- ბ) 3 წლის შემდეგ
- *გ) 5 წლის შემდეგ
- დ) 10 წლის შემდეგ

1274. აქვთ თუ არა პროფესიული მოღვაწეობის უფლება ექიმებს, რომლებსაც არ ჩაუბარებთ საკვალიფიკაციო გამოცდა

ა) შეუძლიათ

ბ) არ შეუძლიათ

*გ) შეუძლიათ სტაჟორის თანამდებობაზე

დ) აღმინისტრაციის დადგენილებით

1275. შეიძლება თუ არა რენტგენოლოგიური კაბინეტის მოთავსება საცხოვრებელ სახლში

ა) შეიძლება

*ბ) არ შეიძლება

გ) ნახევრად სარდაფიან დაწესებულებაში

დ) კარგი დაცვის პირობებში შეიძლება

1276. რა სიხშირით უნდა ხდებოდეს სამედიცინო გამოკვლევა იმ პირებისთვის, რომლებიც მაიონიზირებელი გამოსხივების სფეროში მუშაობენ

ა) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

ბ) 2-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში

*გ) 1-ჯერ წელიწადში, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში და 1-ჯერ წელიწადში პროფპათოლოგიის ცენტრში

დ) ყოველწლიურად პროფ-პათოლოგიის ცენტრში

1277. ექიმ-რენტგენოლოგის და რენტგენო-ლაბორანტის სამუშაო კვირის ხანგრძლივობა რენტგენო-დიაგნოსტიკურ კაბინეტში

*ა) არა უმეტეს 30 სთ-ის (2000 წთ)

ბ) არ ნორმირდება

გ) 41,6 სთ (2500 წუთი)

დ) 50 სთ (3000 წუთი)

რენტგენოლოგიის ზოგადი საკითხები

1278. რენტგენოლოგიის განვითარება დაკავშირებულია რენტგენის სახელთან, რომელმაც გამოსხივება აღმოაჩინა

ა) 1890 წელს

*ბ) 1895 წელს

გ) 1900 წელს

დ) 1905 წელს

1279. მრავალპროექციული გამოკვლევა შეიძლება იქნას ნაწარმოები

ა) ორთოპომიციაში

ბ) გროქოპომიციაში

გ) ლაგეროპომიციაში

*დ) ყველა სწორია

1280. რენტგენოგრაფის გეომეტრიული არასიმკვეთრე დამოკიდებულია ყველა ჩამოთვლილზე, გარდა

ა) ფოკუსური ლაქის ზომებზე

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილზე

გ) ობიექტ-ფირის მანძილზე

*დ) ობიექტის მოძრაობაზე გაღაღებისას

1281. ლაგეროგრაფიისას შეიძლება სურათების მიღება მარგო

ა) პირდაპირ პროექციაში

ბ) გვერდით პროექციაში

გ) ირიბ პროექციაში

*დ) ნებისმიერ პროექციაში

1282. გამოსახულების პირდაპირი გადიდება მიიღება

ა) ფოკუს-ობიექტის მანძილის გადილებით

ბ) ფოკუს-ფირის მანძილის გადილებით

გ) ფოკუსური ლაქის ზომის გადილებით

*დ) ობიექტ-ფირის მანძილის გადილებით

1283. სიბნელეში თვალის ადაპტაციისთვის საჭირო დრო მიახლოებით არის

ა) 5 წთ

ბ) 15 წთ

*გ) 30 წთ

დ) 1 სთ

1284. სამედიცინო რადიოლოგია ეს არის მეცნიერება სამედიცინო მიზნით გამოსხივების გამოყენებისა, მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილებია:

ა) დაავადების ამოცნობა (სხივური დიაგნოსტიკა)

ბ) დაავადების მკურნალობა (სხივური თერაპია)

გ) მასობრივი გამოკვლევები, ფარულად მიმდინარე დაავადებების გამოსაგვლენად (სხივური სკრინინგი)

*დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

1285. რენტგენული გამოსხივების სპექტრი ძღებარეობს:

ა) რადიოგალღებსა და მაგნიტურ ველს შორის

ბ) ინფრაწითელ და უღგრათისფერ გამოსხივებას შორის

*გ) უღგრათისფერ და გამა გამოსხივებას შორის

დ) რადიოგალღებსა და ინფრაწითელ გამოსხივებას შორის

1286. რენტგენული გამოსხივების რომელი თვისება განსაზღვრავს მის ბიოლოგიურ მოქმედებას

ა) შეღწევაღობის უნარი

ბ) ბიოლოგიურ ქსოვიღებსღი გარღაღება

გ) გამოსხივების გავრცეღების სისწრაფე

*დ) აღომების იონიზაციის უნარი

1287. რომელი ქსოვიღია ყვეღაღზე მეღად მღრძღობიარე მაიონიზირებელი გამოსხივების მიღართ:

ა) კუნთოღანი ქსოვიღი

ბ) მიოკარღიღში

გ) ეპითელური ქსოვიღი

*დ) სისღღმბაღი ქსოვიღი

1288. შI-სისღღმაღი ექვივაღენღური ღომის ერთეულია:

ა) გრეი

- ბ) რადი
- გ) ბერი
- *დ) ზივერტი

1289. ერთეული ზივერტი უდრის:

- ა) 100 რადს
- *ბ) 10 ბერის
- გ) 0,1 გრეის
- დ) 100 მილი რენგგენს

1290. ში-სისტემაში შთანთქმული დოზის ერთეულია გვევლინება:

- ა) რენგგენი
- ბ) რადი
- *გ) გრეი
- დ) ზივერტი

1291. ერთი გრეი უდრის:

- *ა) 100 რად-ს
- ბ) 10 000 რად-ს
- გ) 1000 რად-ს
- დ) 10 რად-ს

1292. რომელი დოზა იზომება რენგგენებში:

- ა) ექვივალენტური
- ბ) შთანთქმული
- გ) ბიოლოგიური
- *დ) ექსპოზიციური

1293. თბიექტ- რენგგენის მილი მანძილის ორჯერ გაზრდისას გამოსხივების დოზა მცირდება:

- *ა) 4-ჯერ
- ბ) 1,42-ჯერ
- გ) 2-ჯერ
- დ) 16-ჯერ

1294. რომელი ელექტრონული დენი გამოიყენება სტაციონარში რენგგენოლოგიურ აპარატებში?

- ა) ცვლადი
- *ბ) გასწორებული
- გ) მუდმივი
- დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილიდან

1295. რომელი ხელსაწყოთი ხდება რენგგენოლოგიურ კაბინეტში ქსელში ძაბვის განსაზღვრა

- ა) კილოვოლტმეტრით
- ბ) მილიამპერმეტრით
- *გ) ვოლტმეტრით
- დ) ნებისმიერი ჩამოთვლილი

1296. რენგგენის მილის კოლბა ავსებულია

- ა) კრიპტონით

*ბ) შექმნილია ვაკუუმი

გ) წყალბადით

დ) ჰაერით

1297. რენტგენის სხივის ენერჯის სიხისგე დამოკიდებულია

ა) კათოდზე მიწოდებული დენის ძალაზე

ბ) მასალაზე, რომლისგანაც დამზადებულია ანოდი

გ) მილის გაგრილების სისტემაზე

*დ) მაღალი ძაბვის სიდიდეზე

1298. რა შემთხვევაში უნდა მოხდეს პალატის რენტგენოლოგიური აპარატის დამიწება

*ა) ელექტრულ ქსელში ნებისმიერი ჩართვის დროს

ბ) დამიწება არ არის აუცილებელი

გ) რენტგენოგრაფიის შესრულების დროს

დ) რენტგენოსკოპიის ჩატარების დროს

1299. გომოგრაფიის მოძრავი ნაწილის როგორი კუთხით რხევისას გამოიყოფა ყველაზე თხელი შრე

*ა) 60-გრადუსით

ბ) 45-გრადუსით

გ) 30-გრადუსით

დ) 15-გრადუსით

1300. მენსტრუაციული ციკლის რომელ პერიოდშია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კერძოდ მამოგრაფია ყველაზე უსაფრთხო

*ა) მენსტრუაციის დამთავრებიდან მეორე კვირაში

ბ) ნებისმიერ პერიოდში

გ) მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ კვირაში

დ) შემდგომი მენსტრუაციის მოსვლამდე

1301. თავის ქალას ფიზიოლოგიური ჰორიზონტალური სიბრტყე

*ა) პერპენდიკულარულია საგიტალური და ფრონტალური სიბრტყეების, რომელიც გადის გარეთა სასმენ ხერხელსა და თვალბუდის შესავლის ქვედა კიდეზე

ბ) ყოფს თავს წინა და უკანა ნაწილებად

გ) პერპენდიკულარულია საგიტალურის და პარალელურია ფრონტალური სიბრტყის

დ) ასწორია ყველა ჩამოთვლილი

1302. როგორ უნდა იყოს მოთავსებული ფიზიოლოგიური ჰორიზონტალის სიბრტყე თავის ქალას რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ უკანა პროექციაში

ა) მაგიდის სიბრტყესთან 45 გრადუსით

*ბ) მაგიდის სიბრტყის პერპენდიკულარულად

გ) მაგიდის სიბრტყის პარალელურად

დ) მაგიდის სიბრტყესთან 20 გრადუსიანი კუთხით

1303. საყრდენი წერტილები ყვრიმალის ძვლების რენტგენოგრაფიისას

*ა) ნიკაპი

ბ) ცხვირ-ნიკაპი

გ) ცხვირ-შუბლი

დ) ცხვირ-შუბლ-ნიკაპი

1304. როგორია ძირითადი სტანდარტული პროექციები გულის რენტგენოგრაფიისას

- ა) პირდაპირი წინა და მარცხენა გვერდითი
- ბ) წინა პირდაპირი, პირველი და მეორე წინა ირიბი
- *გ) წინა პირდაპირი, I და II წინა ირიბი, გვერდითი
- დ) წინა პირდაპირი და ნებისმიერი გვერდითი

1305. ცენტრალური სხივის მიმართულება გულმკერდის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

- *ა) გულმკერდის მე-6, მაღა
- ბ) გულმკერდის მე-8 მაღა
- გ) გულმკერდის მე-10 მაღა
- დ) გულმკერდის მე-3 მაღა

1306. ფილგვის დამიზნებითი სურათის გადაღებისას, ფილგვის რენტგენოგრაფიისგან განსხვავებით, აუცილებელია

- ა) მილზე ძაბვის შემცირება
- *ბ) მილზე ძაბვის გაზრდა
- გ) არ შეეცვალოს მილზე ძაბვა
- დ) ექსპოზიციის შეცვლა

1307. მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში, ცენტრალური გამოსხივების კონა მიმართულია

- ა) გულმკერდის მე-9 მაღაზე
- ბ) გულმკერდის მე-12 მაღაზე
- გ) მკერდის მახვილისებრ მორჩზე
- *დ) თეძოს ძვლის ქელების შემაერთებელი ხაზიდან 1-2 სმ-ით ზემოთ

1308. რა მდგომარეობაში უნდა იქნას ნაწარმოები მუცლის ღრუს ორგანოების რენტგენოგრაფია თავისუფალი გაზის აღმოსაჩენად

- *ა) ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- ბ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გვერდზე მწოლიარე
- გ) ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ზურგზე

1309. ტერფის როტაცია მენჯ-ბარძაყის რენტგენოგრაფიისას პირდაპირ პროექციაში

- *ა) 10-12 გრადუსით შიგნით
- ბ) როტაციას არ საჭიროებს
- გ) 10-12 გრადუსით გარეთ
- დ) 30 გრადუსით შიგნით

1310. გამაძლიერებელი ეკრანი დაბინძურებისას მუშავდება

- ა) აცეტონით
- ბ) სუსტი საპნიანი ხსნარით
- გ) ძმარმუცავით
- *დ) სპირტით

1311. როგორი დეტექტორები გამოიყენება კტ-ში

- ა) მხოლოდ ნახევრად გამჭარი ელემენტები
- *ბ) ნახევრად გამჭარი ელემენტები და კსენონური დეტექტორები
- გ) მხოლოდ ქსენონური დეტექტორები
- დ) გამაძლიერებელი რენტგენის ეკრანი

1312. როგორ უნდა მომზადდეს ავადმყოფი კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის

- ა) დიეტა
- *ბ) უმომბე ყოფნით
- გ) გამწმენდი ოყნა
- დ) ოყნა საღამოს და ღილით

1313. როგორ მზადდება ავადმყოფი ჰისტეროსალპინგოსკოგრაფიისას

- *ა) ნაწლავების გაწმენდა და შარდის ბუშგის დაცლა
- ბ) მომზადებას არ საჭიროებს
- გ) შიმშილი
- დ) შარდის ბუშგის დაცლა

1314. რომელ ორგანოში (ქსოვილში) ხდება ყველაზე ნაკლებად შთანთქმა რენტგენის სხივების

- ა) ძვალი
- ბ) ღვიძლი
- *გ) ცხიმოვანი ქსოვილი
- დ) კუნთები

1315. რა მიზანს ისახავს რენტგენოგრაფია პირდაპირი გაღილებით

- *ა) მცირე დეტალების უკეთ გამოსახვა
- ბ) ჩვეულებრივ რენტგენოგრაფიაზე უხილავი დეტალების ვიზუალიზაცია
- გ) პაციენტზე სხივური დატვირთვის შემცირება
- დ) გამოსახულების გეომეტრიული სიმკვეთრის მომატება

1316. რა უპირატესობები აქვს დიგიტალურ ფლუოროგრაფიას ჩვეულებრივ ფლუოროგრაფიასთან შედარებით

- ა) სხივური დატვირთვის შემცირება გამოსაკვლევ პირზე
- ბ) ფოტოპროცესის არ არსებობა
- გ) რენტგენის ფირის საჭიროების არ არსებობა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

რენტგენოლოგიისა და სხივური დიაგნოსტიკის ფიზიკურ-ტექნიკური საფუძვლები

1317. რენტგენის გამოსხივების ღომის სიმძლავრის ერთეულია

- ა) რენტგენი
- ბ) რადი
- *გ) რენტგენ/წთ
- დ) გრეი

1318. ელექტრომაგნიტურ გამოსხივებას არ მიეკუთვნება

- ა) ინფრაწითელი სხივები
- *ბ) ულტრაბგერა
- გ) რადიოგალღები

დ) რენტგენის სხივები

1319. რენტგენის გამოსხივების ინდივიდუალური დოზიმეტრის ჩვენება დამოკიდებულია

- ა) გამოსხივების სიმძლავრეზე
- ბ) გამოსხივების სიხისტეზე
- გ) დასხივების ხანგრძლივობაზე
- *დ) ყველა სწორია

1320. კლასიკურ შემთხვევაში გაფანტულ გამოსხივებას აქვს

- ა) უფრო მაღალი ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- *ბ) უფრო ნაკლები ენერგია, ვიდრე პირველად გამოსხივებას
- გ) იგივე ენერგია, რაც გამოშავალი გამოსხივებას
- დ) სწორი პასუხი არ არის

1321. რაც უფრო მცირეა რენტგენის მილის ფოკუსი, მით უფრო

- ა) მცირეა სურათზე ღეგალების გარჩევადობის უნარი
- ბ) მეტია გეომეტრიული ღეფორმაციები
- *გ) მკვეთრია გამოსახულება რენტგენის ფირზე
- დ) მცირეა ღეგალების სიმკვეთრე

1322. დიაგნოსტიკური რენტგენის მილის ჭეშმარიტ ფოკუსს აქვს ფორმა

- ა) მრგვალი
- ბ) სამკუთხედის
- *გ) მართკუთხედის
- დ) ტრაპეციის

1323. სტაციონალური რენტგენის მილის გამოსხივება არის

- ა) მონოენერგეტიკული
- ბ) გააჩნია ფართო სპექტრი
- გ) დამოკიდებულია მკვებაზე ღენის ძაბვაზე
- *დ) ყველა სწორია

1324. რენტგენის მილის მცირე ფოკუსად ითვლება ფოკუსი⁷ რომლის ზომები მიახლოებით ტოლია

- *ა) 0,2x0,2 მმ
- ბ) 1x1 მმ
- გ) 2x2 მმ
- დ) 4x4 მმ

1325. რენტგენის მილში სხივების მისაღებად ელექტრონების წყაროდ გვევლინება

- ა) მბრუნავი ანოდი
- *ბ) ვარვარების ძაფი
- გ) ფოკუსირებადი ფიალა
- დ) ვოლფრამის სამიზნე

1326. რენტგენის სურათის სიმკვეთრეზე გავლენას არ ახდენს

- ა) გამაძლიერებელი ეკრანის ფლუოროცენგული შრის სისქე
- ბ) ლუმინოფორის კრისტალების ზომა
- *გ) გამაძლიერებელი ეკრანის ქვესაფენის სისქე

დ) ეკრანის კონტაქტი რენტგენის ფირთან

1327. ექსპოზიციის რენტგენული რელეს მართვისას აუცილებელია ყველა ჩამოთვლილი პირობის დაცვა, გარდა

- ა) მანძილი ფოკუს-ფირი
- ბ) გამოსხივების სიმკვეთრე
- გ) რენტგენის ფირის ტიპი
- *დ) კასეტის ზომა

1328. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან, რომლებიც ეხება რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებლის უპირატესობას რენტგენოსკოპიულ ეკრანთან შედარებით არასწორია

- *ა) ფლუოროსკოპიულ ეკრანზე გამოსახულების დასანახად საჭიროა სიბნელესთან ადაპტაციის მეტი დრო, საგელევიზიო მონიტორის ეკრანთან შედარებით
- ბ) პაციენტის დასხივების დოზა კლებულობს
- გ) გამოსახულების კონტრასტულობა და დეტალების გარჩევადობა მაგულობს
- დ) მეტია აპარატურის გამძლეობა

1329. რენტგენის მილში ტყვიის დიაფრაგმის გამოყენების მიზანს წარმოადგენს

- ა) ექსპოზიციის დროს შემცირება
- *ბ) რენტგენის სხივის კონის შემოსაზღვრა
- გ) გამჟღავნების დროის შემცირება
- დ) რბილი გამოსხივების ფილტვრილება

1330. გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება საშუალებას იძლევა ექსპოზიცია შემცირდეს სულ მცირე

- ა) 1,5-ჯერ
- ბ) 3-ჯერ
- *გ) 10-ჯერ
- დ) 100-ჯერ

1331. ყველაზე დიდ სხივურ დატვირთვას იძლევა

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ფლუოროგრაფია
- *გ) რენტგენოსკოპია ლუმინისცენტური ეკრანით
- დ) რენტგენოსკოპია რენტგენის გამოსახულების გამაძლიერებელით

1332. ტომოგრაფიის ინფორმატულობა განისაზღვრება: 1) გამომსხივებლის გადახრის ამპლიტუდით; 2) მანძილით ფოკუსი-ფირი; 3) გამოსხივების სიმძლავრით

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

1333. რენტგენოგრაფიის ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებელი დაკავშირებულია ფოტოდაზღვევის პირობებთან, გარდა

- ა) კონტრასტულობა
- ბ) გარჩევადობა

- *გ) გამოსახულების სიდიდე
- დ) გაშვების ხარისხი

1334. რენტგენის ფირის მგრძობელობა დამოკიდებულია

- ა) ფოტოლამუშავებაზე
- ბ) გამოყენებული ეკრანის ტიპზე
- გ) შენახვის ხანგრძლივობასა და პირობებზე
- *დ) ყველა სწორია

1335. ვიზუალური კონტროლით გამკლავებულ რენტგენოგრაფებს აქვს ყველა ჩამოთვლილი ნაკლი, გარდა

- ა) არასაკმარისად გამოყენებული გამამკლავებელი
- ბ) ფირის დაქვეითებული კონტრასტულობა
- გ) ფირის გაშვების გადამეგებული ხარისხი
- *დ) ვერ კონტროლდება რენტგენოგრაფიის რეჟიმების არაზუსტი დაყენება

1336. რენტგენოლოგიაში ხელოვნური კონტრასტირებისათვის გამოიყენება

- ა) ბარიუმის სულფატი
- ბ) იოდის ორგენული შენაერთი
- გ) აირები (უანგბადი, ნახშირორჟანგი, ამოცის ქვეუანგი)
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი

საჭმლის მომნელების სისტემისა და მუცლის ღრუს ორგანოების სხივური დიაგნოსტიკა

1337. საყლაპავის ლორწოვანის ნაოჭები უკეთ გამოისახება:

- ა) ბარიუმის ფაფით სრული ავსებით.
- *ბ) საყლაპავში კონტრასტის გავლის მე-3 ფაზაში, ე.წ. ლორწოვანის ფაზაში.
- გ) ორმაგი კონტრასტირების ღროს.
- დ) რელაქსანტების გამოყენებისას.

1338. ოპტიმალური პროექციები, ვერტიკალურ მდგომარეობაში, საყლაპავის დისგალური სეგმენტის რენტგენოლოგიური კვლევისას:

- ა) პირდაპირი.
- ბ) გვერდითი.
- გ) II ირიბი.
- *დ) I ირიბი.

1339. საყლაპავის კედლის გასქელების გამოვლენა შესაძლებელია, მხოლოდ:

- *ა) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.
- ბ) საყლაპავის სრული (მჭიდრო) ავსებით ბარიუმის ფაფით.
- გ) პნევმომედიასტინოსკოპიით.
- დ) პარიეტოგრაფიით.

1340. საყლაპავის პერისტალტიკის ობიექტური შეფასება შესაძლებელია:

- ა) რენტგენოსკოპიით.
- ბ) რენტგენოგრაფიით.
- გ) ფუნქციური სინჯებით.
- *დ) რენტგენოკინემატოგრაფიით (ვიდეოჩანაწერით).

1341. საყლაპავის ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებაზე ეჭვის შემთხვევაში მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) სგანდარგული ბარიუმის ფაფა.
- ბ) სქელი ბარიუმის ფაფა.
- გ) სინჯი დექსტრანით.
- *დ) ფუნქციური სინჯები.

1342. საყლაპავის ორმაგი კონტრასტირებისათვის საყლაპავში აირის შეყვანის ყველაზე მარტივი მეთოდია:

- ა) წვრილი მონლით შეყვანა.
- ბ) პაციენტის მიერ ჰაერის ყლაპვა.
- *გ) პაციენტის მიერ მონაცვლეობით ჰაერისა და ბარიუმის ფაფის გადაყლაპვა.
- დ) პაციენტის მიერ სოდისა და ლიმონმჟავას ხსნარების მიღება.

1343. ხახის ორგანული დაზიანების დროს, რენტგენოლიაგნოსტიკური კვლევისას, ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) კისრის რბილი ქსოვილების რენტგენოგრაფია გვერდით პროექციაში.
- ბ) ხახის კონტრასტული კვლევა ბარიუმის ფაფით.
- *გ) რელაქსაციური კონტრასტული ფარინგოგრაფია.
- დ) ტომოგრაფია.

1344. ხახის ფუნქციური დაავადების დასადგენად ყველაზე ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია (ზემცოვის მიხედვით).
- ბ) რენტგენოგრაფია ბარიუმის ფაფით ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში.
- *გ) კონტრასტული ფარინგოგრაფია ფუნქციური სინჯების გამოყენებით (ყლაპვა, მიულერის, ვალვასლავის და სხვა).
- დ) რელაქსაციური ფარინგოგრაფია.

1345. ხახისა და საყლაპავის კისრის ნაწილის უკონტრასტო გვერდითი რენტგენოგრაფია რომელი დაავადების დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება უფრო ხშირად:

- ა) ხახის და საყლაპავის სიმსივნეების დროს.
- *ბ) საყლაპავის უცხო სხეულების დროს.
- გ) ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეების დროს.
- დ) ყლაპვის აქტის დარღვევისას.

1346. ივანოვ-პაბელოვის მეთოდია მდგომარეობს:

- ა) გამოკვლევა ბარიუმის პასტის გამოყენებით.
- ბ) საყლაპავის ორმაგ კონტრასტირებაში.
- *გ) ჩაის კოვზით სქელი ბარიუმის ფაფის მიღება, მისი შემდგომი ჩამორეცხვით საყლაპავის კედლიდან წყლის მიღებით.
- დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბის გადაყლაპვა.

1347. კარდიის (გასტრო-ემოფაგეალური რეფლუქსი) ფუნქციური უკმარისობის გამოსავლენად ავადმყოფთა გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

- ა) მიულერის ცდის პირობებში.
- *ბ) პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას მარცხენა ირიბ პოზიციაში
- გ) ფარმაკოლოგიური რელაქსანტების გამოყენებით.

დ) მაქსიმალური ამოსუნთქვის დროს.

1348. კუჭის პროქსიმალური ნაწილის კვლევის ოპტიმალურ მეთოდიკას წარმოადგენს გამოკვლევა პირდაპირ და გვერდით პროექციებში:

- ა) ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ზურგზე წოლისას, კუჭის სრული შევსებისას.
- ბ) ორმაგი კონტრასტირება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მუცელზე წოლისას.
- გ) კუჭის სრული შევსებისას საყლაპავის კონტრასტირებით.
- *დ) ავადმყოფის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

1349. კუჭის ნაგიფი რელიეფის (კუჭის ველების) ვიზუალიზაციის ყველაზე ხელსაყრელი ტექნიკური და მეთოდური ხერხია:

- ა) რენტგენოსკოპია რენტგენოტელევიზიის გამოყენებით.
- ბ) პნევმორელიეფის პირობებში სპეციალური გამაძლიერებელი ეკრანების გამოყენება.
- გ) რენტგენის მილის მიკროფოკუსი, ხისტი გამოსხივება.
- *დ) რენტგენოგრაფია მოკლე ექსპოზიციით, წვრილდისპერსიული ბარიუმის ფაფა, ღობირებული კომპრესია.

1350. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ორგანოთა კედლის სისქის შეფასება შესაძლებელია:

- ა) ექოსკოპიით.
- ბ) ორმაგი კონტრასტირებით.
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.
- დ) ანგიოგრაფიით.

1351. გასტრო-ემოფაგეალური მილამოს ფუნქციური და ორგანული შევიწროების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის, რომელი ჯგუფის პრეპარატები იძლევა საუკეთესო ეფექტს:

- ა) ქოლინოლიზური - აგროპინი, მეგაცინი.
- *ბ) ნიგრაგები - ამილნიგრიტი, ნიგროგლიცერინი.
- გ) განგლიობლოკატორები - ბუსკოპანი და სხვა.
- დ) ქოლინომიმეტიკური ჯგ. - მორფინი და სხვა.

1352. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის რელაქსაციისათვის გამოიყენება:

- ა) მორფინი.
- ბ) პილოკარპინი.
- გ) აციკლიდინი, პროპერინი.
- *დ) აგროპინი, მეგაცინი, აერონი.

1353. კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ეგზოფიგური წარმონაქმნების დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიული მეთოდიკაა:

- *ა) სტანდარტული რენტგენოლოგიური კვლევა ნახევრადსრული და სრული შევსების ფაზაში.
- ბ) პირველი ორმაგი კონტრასტირება.
- გ) პნევმოგრაფია.
- დ) პნევმოპერიტონიუმი.

1354. კუჭქვეშა ჯირკვლის ქსოვილით შემოსაზღვრული მოცულობითი წარმონაქმნების გამოვლენის ყველაზე ინფორმატიული მეთოდიკაა: 1) ულტრაბგერითი და კომპიუტერული ტომოგრაფიული გამოკვლევა; 2) რელაქსაციური ლუოლენოგრაფია; 3) რეგროგრადული პანკრეატოგრაფია.

- ა) 1
- ბ) 2
- გ) 3
- *დ) 1

1355. კოლინჯის რენტგენოლოგიური კვლევის ძირითადი მეთოდებია:

- ა) პერორალური ავსება.
- *ბ) ირიგოსკოპია.
- გ) წყლის ოყნა და სუპერვოლტური (ხისტი) რენტგენოგრაფია.
- დ) შერიქეს მეთოდები.

1356. მსხვილი ნაწლავის რომელი დაავადების დროს გამოიყენება კომპიუტერული ტომოგრაფია, როგორც დამატებითი მეთოდი.

- ა) არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს.
- ბ) ნაწლავის საერთო ჯორჯლის დროს.
- *გ) სიმსივნური დაავადების დროს.
- დ) გირშპრუნგის დაავადების დროს.

1357. ილეოცეკალური უბნისა და წვრილი ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთის ლეგალური შესწავლისათვის, უფრო მიზანშეწონილია:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) კონტრასტული ენტეროოყნის მეთოდი.
- *გ) შერიქეს მეთოდი

1358. საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გამოკვლევა ბარიუმის მილებიდან 24 საათის შემდეგ გამოიყენება:

- ა) მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიის შესასწავლად.
- ბ) ილეოცეკალური უბნის გამოსაკვლევად.
- *გ) საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში ბარიუმის პასაჟის ვადების შესწავლის მიზნით. მსხვილი ნაწლავის მდებარეობის დადგენის მიზნით.
- დ) წვრილი ნაწლავის პათოლოგიის შესწავლის მიზნით.

1359. წვრილი ნაწლავის დისგალური ნაწილის გამოკვლევა მიზანშეწონილია:

- ა) პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში.
- ბ) ჰორიზონტალურში მურგზე.
- გ) ჰორიზონტალურში მუცელზე.
- *დ) ჰორიზონტალურში, მურგზე კომპრესიით.

1360. პანკრეასის თავის კიბოზე ეჭვის დროს, რომელიც ჩამრდილია ქოლელექტუსში ან დიდი დუოდენალური დვრილის სიმსივნის შემთხვევაში, დამაზუსტებელი მეთოდების სახით მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ:

- ა) ინტენსიური ქოლევრაფია.
- ბ) ინფუზიური ინტრავენური ქოლევრაფია.
- გ) რეტროგრადული ენდოსკოპიური ქოლანგიოგრაფია.
- *დ) ტრანსსპარიეტალური ქოლანგიოგრაფია.

1361. სანაღველე გზებზე ოპერაციის შემდეგ დრენაჟიდან ნაღველის ხანგძლივი გამოყოფის დროს, ნაჩვენებია:

- ა) ლაპარასკოპია.
- *ბ) ფისგულოგრაფია.
- გ) პერორალური ქოლესისტოგრაფია.
- დ) ინგრავენური ქოლეგრაფია.

1362. ნაღველ კენჭოვანი დაავადების დროს ბილიარული სისტემის ყველაზე ინფორმატიულ გამოკვლევას წარმოადგენს:

- ა) ერქპე.
- *ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- გ) ინგრავენური ქოლესისტოქოლანგიოგრაფია.
- დ) ინფუზიური ქოლეგრაფია.

1363. პანკრეასში მოცულობითი პროცესის არსებობისას, რომელიც გართულებულია მექანიკური სიყვითლით, დაავადების ხასიათის დამაბუსტებელ მეთოდიკას წარმოადგენს:

- ა) კუჭისა და ნაწლავების - ბარიუმის ფაფით გამოკვლევა.
- ბ) რელაქსაციური დუოდენოგრაფია.
- გ) ინფუზიური ინგრავენური ქოლეგრაფია.
- *დ) რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია.

1364. ნაღვლის ბუშგის რენტგენოლოგიური კვლევისას საკონტრასტო ნივთიერების მიღებიდან გამოკვლევის დაწყებამდე ოპტიმალურ დროს წარმოადგენს:

- ა) 8-10 სთ.
- ბ) 10-12 სთ.
- *გ) 12-15 სთ.
- დ) 15-20 სთ.

1365. ნაღვლის ბუშგის დაკონტრასტირება პერორალური ქოლესისტოგრაფიის დროს ხორციელდება:

- *ა) ორგანიზმის უნარით გამოჰყოს საკონტრასტო ნივთიერება, ნაღველთან ერთად და ნაღვლის ბუშგის უნარით, მოახდინოს კონტრასტირებული ნაღვლის შესქელება (კონცენტრირება).
- ბ) ნაღვლის ბუშგის კედლის მიერ საკონტრასტო ნივთიერების გამოყოფის ხარჯზე.
- გ) კონტრასტირებული ნაღვლიდან ცილის ამორჩევითი აბსორბციის ხარჯზე.
- დ) გემთო ხსენებული პროცესების შერწყმის ხარჯზე.

1366. მუცლის ნებისმიერ ნაწილში არსებული ნაჭუჭისმაგვარი, მოზაიკური ხასიათის გაკირვა, არასწორი მომრგვალო ან სფერული ფორმის დამახასიათებელი ნიშანია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- *გ) პარაზიტიკული კისტის.
- დ) ტერატოლერმოიდული სიმსივნის.

1367. მუცლის დრუს ქვემო ნაწილში პალპირებული სიმსივნური წარმონაქმნის შესაბამისად კომპაქტური უსწორმასწორო ფორმის გაკირული უბნის არსებობა დაჩრდილვის ფონზე დამახასიათებელია:

- ა) ორგანიზებული ჰემატომის.
- ბ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნის.
- გ) პარაზიტიკული კისტის.
- *დ) ტერატოლერმოიდული კისტის.

1368. კომპაქტურად განლაგებული, ერთგვაროვანი გაკირული უბნების არსებობა ბოქვენის სიმფიზის გემოთ განპირობებულია:

ა) შარდის ბუშტის ქვევით.

ბ) ტერატოლერმოილული კისვით.

*გ) საშვილოსნოს ფიბრომით ან წინამღებარე ჯირკვლის აღენომით.

1369. წერილი, მკვეთრად შემოსაზღვრული ბეჭდისებური ან ხაზოვანი ფორმის, სადა კონტურიანი ჩრდილები, მცირე მენჯის ძვლოვანი კელლების გაყოლებით, განპირობებულია:

ა) გაკირული ლიმფური კვანძებით.

ბ) შარდსაწვეთის ქვევით.

*გ) ფლებოლითებით.

დ) საკვერცხის კიბოთი.

1370. გაკირული ხაზოვანი ჩრდილები, რომლებიც, პირდაპირ პროექციაში ლოკალიზებულია ხერხემლის გასწვრივ, ხოლო გვერდით პროექციაში მის წინ, დამახასიათებელია:

*ა) მაგისტრალური სისხლძარღვების კელლების გაკირვის.

ბ) პარაზიგების.

გ) გაკირული ლიმფური ჯირკვლების.

დ) ჩამონაწვეთი აბსცესის.

1371. სოლიტარული, 1 სმ-მდე სწორმასწორო ფორმის გაკირული ჩრდილის მღებარეობა მუცლის ღრუს მარჯვენა გემო სართულში, გვერდით პროექციაში ხერხემლის წინ, განპირობებულია:

*ა) ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის საერთო სადინრის ქვით.

ბ) თირკმლის ქვით.

გ) გაკირული ლიმფური კვანძით.

დ) გაკირული უბნით პანკრეასის თავში.

1372. ელენთის მღგომარეობის შესახებ ყველაზე სარწმუნო დიაგნოსტიკური მონაცემები მიიღება:

ა) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენგენოგრაფიით.

ბ) პნევმოპერიტონეუმის პირობებში მუცლის ღრუს რენგენოგრაფიით.

*გ) ულტრაბგერითი კვლევით.

დ) ანგიოგრაფიით.

1373. ელენთის განვითარების ანომალიების (ფორმის შეცვლა, კულიანი ელენთა) და მისი უჩვეულო მღებარეობის დაღგენაში სარწმუნო მეთოლია:

ა) მიმოხილვითი რენგენოგრაფია.

ბ) რენგენოგრაფია პნევმოპერიტონეუმის პირობებში.

*გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1374. ელენთაში მიკროკალცინატების არსებობა და მათი ბუნება უკეთ გამოვლინდება:

ა) მუცლის რენგენოგრაფიით.

ბ) პნევმოპერიტონეუმი.

გ) ულტრაბგერით.

*დ) კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

1375. საყლაპავის აბლომინალური ნაწილი პერიტონეუმთან ურთიერთობაში მღებარეობს:

- ა) ინგრაპერიტონეალურად.
- *ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მეზოპერიტონეალურად.

1376. კუჭი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

- *ა) ინგრაპერიტონეალურად.
- ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მეზოპერიტონეალურად.

1377. 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილი პერიტონეუმთან მიმართებაში მდებარეობს:

- *ა) ინგრაპერიტონეალურად.
- ბ) ექსტრაპერიტონეალურად.
- გ) მეზოპერიტონეალურად.

1378. საყლაპავში კონგრასტის ნორმალურ მსვლელობას არ ცვლის:

- ა) აორტა.
- ბ) მარცხენა მთავარი ბრონქი.
- გ) მარცხენა წინაგული.
- *დ) კენტი ვენა.

1379. თუ პაციენტი შეშინებული ან ემოციურად აშლილია, მისი კუჭი:

- *ა) ჰიპოტონურია.
- ბ) ჰიპერტონურია.
- გ) გაძლიერებულად პერისტალტირებს.
- დ) კუჭის ფუნქცია არ იცვლება.

1380. კუჭის გამოკვლევისას ზომიერი გაბერვისას ნორმალურ პირობებში მისი კვლები:

- ა) სწორდება.
- ბ) ჩაიდრიკება.
- *გ) გამოიბერება.
- დ) პოლიგონალური ხდება.

1381. კუჭის გადახრების დროს მისი თალი გადაადგილდება:

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

1382. კუჭის ანტრალური ნაწილის ლორწოვანის ნაოჭების ნორმალური მიმართულებაა:

- ა) გრძივი.
- ბ) განივი.
- გ) ირიბი.
- *დ) ნებისმიერი გემოთ ჩამოთვლილიდან, მოგორიკის ფაზის გათვალისწინებით.

1383. პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში კვლევისას კუჭის პერისტალტიკა იწყება:

- ა) კარდის ღონებზე.
- ბ) სხეულის მემო ნახევრის ღონებზე.
- *გ) სხეულის ქვემო ნახევრის ღონებზე.

დ) ანგრაღური ნაწილის ღონეზე.

1384. ნორმალურ პირობებში ბარიუმის პირველი ულუფის პასაჟი წვრილ ნაწლავებში შეადგენს:

ა) ერთ საათს.

*ბ) სამ საათს.

გ) ხუთ საათს.

დ) შვიდ საათს.

1385. ლორწოვანის ნაოჭები ყველაზე მკაფიოდ გამოხატულია:

ა) მღივ ნაწლავში.

ბ) თემოს ნაწლავში.

გ) 12-გოჯა ნაწლავში.

*დ) მღივსა და 12-გოჯა ნაწლავში.

1386. წვრილი ნაწლავის ხაოები საჭიროა:

ა) საკვებისა და ფერმენტების უკეთესი შერევისათვის.

*ბ) შემწოვი ბელაპირის ფართის გასაზრდელად.

გ) ნაწლავის დაგრძელებისათვის.

დ) უბრუნველყოფენ სანათურის უფრო მეტ სიგანეს.

1387. ილეოცეკალური სარქველის ფუნქციებია:

ა) საკვების მონელებამდე წვრილი ნაწლავიდან მისი შიგთავის ნააღრევი გადასვლის თავიდან აცილება.

ბ) მსხვილნაწლავოვანი ფლორის წვრილში მოხვედრის თავიდან აცილება.

*გ) ორივე ბემოთხსენებული.

დ) არცერთი ბემოთხსენებულიდან.

1388. ნაწლავის ჩამოთვლილი ნაწილებიდან ჯორჯალი არა აქვს:

*ა) 12-გოჯა ნაწლავს.

ბ) მღივ ნაწლავს.

გ) თემოს ნაწლავს.

დ) ჭია ნაწლავს.

1389. შემთხვევათა 75% -ში დიდი ღეოღენალური ღვრილი ლოკალიზლება 12-გოჯა ნაწლავის მეღიაღურ კეღელზე:

ა) მის ბემო ჰორიბონგალურ ნაწილში.

*ბ) დასწვრივ ნაწილში.

გ) ქვემო მუხლში.

დ) ქვემო ჰორიბონგალურ გოგში.

1390. ეღენთის ფორმა უმეგესად:

ა) მომრგვალოა.

ბ) ოვალურია.

*გ) ცერცვისებურია.

დ) ეღიფსოიდურია.

1391. ნორმაში ეღენთის კონგურები:

ა) მკაფიოა.

ბ) გალღისებური.

გ) არამკაფიო.

*დ) მკაფიო და სწორია, მხოლოდ დიაფრაგმისაკენ მიმართულ ზედაპირზე.

1392. დიაფრაგმის მარცხენა გუმბათი მარჯვენასთან შედარებით მდებარეობს:

ა) იგივე დონეზე.

*ბ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ქვემოთ.

გ) ერთი ნეკნით - ნეკნთაშუა სივრცით ზემოთ.

დ) ჩასუნთქვისას ქვემოთ, ამოსუნთქვისას ზემოთ.

1393. ბავშვებში, მოზრდილებთან შედარებით, დიაფრაგმა მდებარეობს:

*ა) მაღლა.

ბ) დაბლა.

გ) იგივე დონეზე.

დ) არ არის გარკვეული კანონზომიერება.

1394. ხანშიშესულებში, შედარებით ახალგაზრდებთან, დიაფრაგმა ჩვეულებრივ მდებარეობს:

ა) იგივე დონეზე.

ბ) ზემოთ.

*გ) ქვემოთ.

დ) არ არის კანონზომიერება.

1395. დიაფრაგმის ექსკურსია ნორმალურ პირობებში ზომიერი და ღრმა ჩასუნთქვისას შეადგენს შესაბამისად:

*ა) 1-2 სმ და 3-5 სმ.

ბ) 1,0 და 2,0 სმ.

გ) 2,0-3,0 და 4,0 სმ.

დ) 4,0 და 5,0 სმ.

1396. საყლაპავის აგრემიის წამყვან რენტგენოლოგიურ სიმტომს წარმოადგენს:

ა) საყლაპავის შევიწროება.

*ბ) ყრულ დახურული პარკის არსებობა.

გ) საყლაპავის დეფორმაცია.

დ) საყლაპავის გაგანიერება.

1397. საყლაპავის კისტის დამახასიათებელი ფორმაა:

ა) მომრგვალო.

*ბ) ოვალური ან წვეთის.

გ) უსწორმასწორო - არასწორი.

დ) „ქვიშის საათის“ ფორმის.

1398. გულმკერდისმიერი კუჭის ღროს საყლაპავი:

ა) გაგანიერებულია.

*ბ) დამოკლებულია.

გ) დეფორმულია.

დ) დაკლაკნილია.

1399. ცვლილებებს კუჭ-ნაწლავის გრაქტის სხვადასხვა უბანში, გამოწვეულს ლორწოქვეშა შრეში

ფიბროზული ქსოვილის განვითარებით და გლუვი მუსკულატურის ატროფიით, უპირატესად ადგილი აქვს:

- ა) სისტემური წითელი მგლურას დროს.
- ბ) კვანძოვანი პერიარტერიტის დროს.
- *გ) სკლეროდერმიის დროს.
- დ) როგორც ანთებითი პროცესის გამოსავალი.

1400. ჰირშპრუნგის დაავადება - თანდაყოლილი მეგაკოლონი განპირობებულია:

- ა) კუნთოვანი შრის განუვითარებლობით.
- ბ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განგლიური უჯრედების ჭარბი განვითარებით.
- *გ) ნაწლავის კუნთოვან შრეში განგლიური უჯრედების არარსებობით.
- დ) ნაწლავის სეგმენტური აირემიით.

1401. აბერანტული კუჭქვეშა ჯირკვალი ხშირად ლოკალიზდება:

- ა) ღვიძლში.
- ბ) კუჭში.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავში.
- დ) მღივ ნაწლავში.

1402. ტერმინი „სპირალური საყლაპავი“ ასახავს:

- ა) განვითარების ანომალიას.
- ბ) განვითარების მანკს.
- *გ) ნერვოკუნთოვან დაავადებას.
- დ) ანთებით დაავადებას.

1403. საყლაპავის აბდომინალურ ნაწილს „თაგვის კულის“ ფორმით, აღწერენ როგორც დამახასიათებელ სიმპტომს:

- ა) სკლეროდერმიის დროს.
- ბ) კარდიოემოფაგური კიბოს დროს.
- *გ) კარდიის აქალაზიის დროს.
- დ) ეპიფრენალური ღივრტიკულის დროს.

1404. მძივის, კრიალოსნის, სპირალის ფორმის საყლაპავი - გამოხატავენ ერთიანი მავე დაავადების მიერ გამოწვეულ ცვლილებებს საყლაპავში, სახელდობრ:

- ა) მრავლობითი ღივრტიკულები.
- *ბ) ემოფაგოსპაზმი.
- გ) მასკლერომირებული მედიასტინიტის შედეგად განვითარებული მეორადი ცვლილებები.
- დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.

1405. პარადოქსული დისფაგია - თხიერი საკვების ყლაპვის გაძნელება - შეიძლება შეგვხვდეს:

- ა) საყლაპავის ღივრტიკულის დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობისას.
- გ) ემოფაგოკარდიალური კიბოს დროს.
- *დ) კარდიის აქალაზიის დროს.

1406. ხახის ფუნქციის დარღვევა და საკონტრასტო ნივთიერების ასპირაცია გრაქეაში, აღინიშნება:

- ა) საყლაპავის ღივრტიკულის დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობის დროს.

- გ) ემოფაგიგის დროს.
- *დ) ხახის პარემის დროს.

1407. კუჭის აიროვანი ბუშტი მესამე ხარისხის აქალაბიის დროს:

- ა) ლეფორმულია.
- ბ) არ არსებობს.
- გ) შემცირებულია.
- დ) გადიდებულია.
- *ე) შემცირებულია ან არ არსებობს.

1408. რეფლუქს-ემოფაგიტი შედეგია: 1) საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსისა და საყლაპავის კლირენსის დაქვეითების. 2) საყლაპავის და კუჭის მოტორიკის მოშლის. 3) კუჭის პროპულსური აქტივობის დაქვეითების.

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

1409. ემოფაგიგის რენტგენოლოგიური სიმპტომების გამოვლენა შესაძლებელია:

- ა) საყლაპავის ბარიუმის ფაფით სრული ავსებისას.
- ბ) ორმაგი კონტრასტირებისას.
- *გ) ლორწოვანის რელიეფის შესწავლისას.
- დ) ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენებისას.

1410. საყლაპავის ქიმიური დამწვრობისას ნაწიბუროვანი შევიწროება ხშირად ვითარდება:

- ა) ბემო მესამედში.
- ბ) შუა მესამედში.
- გ) დისგალურ მესამედში.
- *დ) ფიზიოლოგიური შევიწროების მიდამოში.

1411. საყლაპავის წყლულები ხშირია:

- ა) კისრის ნაწილში.
- ბ) ბემო მესამედში - 1-3 სეგმენტები.
- გ) შუა მესამედში - 4-6 სეგმენტები.
- *დ) ქვემო მესამედში - 7-9 სეგმენტები.

1412. საყლაპავის წყლულის უხშირესი გართულებაა:

- ა) მალიგნიზაცია.
- *ბ) სანათურის ნაწიბუროვანი შევიწროება.
- გ) საყლაპავის კედლის პერფორაცია.
- დ) სისხლდენა.

1413. საყლაპავის შუა და ქვემო მესამედში მყარი ცირკულარული შევიწროება 6 სანტიმეტრზე მეტ მანძილზე, სუპრასტენოზური გაგანიერებითა და კედლის ჯიბისებრი წარმონაქმნების ჩამოკიდებით შევიწროების საზღვარზე დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

- ა) ენდოფიგური კიბოსათვის.
- *ბ) დამწვრობის შემდგომ განვითარებული ნაწიბუროვანი შევიწროებისათვის.
- გ) ემოფაგოსპაზმისათვის.

დ) მასკლერომირებელი მედიასტინიტისათვის.

1414. საყლაპავის პერფორაცია ხშირად შედეგია:

*ა) ქიმიური ღამწვრობის.

ბ) სკლეროდერმიის.

გ) აქალაზიის.

დ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.

1415. რენტგენოლოგიური სიმპტომები: უკანა შუასაყარში ღამაგებითი ჩრდილი, საყლაპავის ორი ან მეტკონტურებიანი კიბური ავსების დეფექტები, კედლების რიგილობა არ აღინიშნება, ლორწოვანი უცვლელია, ღამახასიათებელია:

ა) საყლაპავის პოლიპომური კიბოსათვის.

ბ) ბიფურკაციული ლიმფური კვანძების გადილებისათვის.

*გ) არაეპითელური სიმსივნეებისათვის.

დ) ანომალურად მდებარე მარჯვენა ღამიწვეშა არტერიისათვის.

1416. საყლაპავის მყარი შევიწროება 5 სანტიმეტრის მანძილზე, არასწორი კონტურებითა და რიგიდული კედლებით, საყლაპავის გარღამავალი გამავლობის დარღვევა, ლორწოვანის რელიეფის წაშლა ნაოჭების წყვეტილობით - ასეთი რენტგენოლოგიური სიმპტომები ღამახასიათებელია:

ა) ემოფაგოსპაზმისათვის.

ბ) ნაწიბუროვანი სტუქტურებისათვის.

*გ) ენლოფიგური კიბოსათვის.

დ) ქრონიკული მედიასტინიტით გამოწვეული მეორადი ცვლილებები საყლაპავში.

1417. საყლაპავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

ა) აღენომა.

ბ) პაპილომა.

*გ) ლეიომიომა.

დ) ფიბრომა.

1418. საყლაპავის სუპრასტენოზული გაგანიერება უფრო ხშირად გვხვდება:

ა) პოლიპისებური კიბოს დროს.

ბ) საყლაპავის ზემო მესამედის ენლოფიგური კიბოს დროს.

*გ) საყლაპავის ქვემო მესამედის ენლოფიგური კიბოს დროს.

დ) ფინჯნისებური კარცინომის დროს.

1419. საყლაპავის კიბო ხშირად გვხვდება.

ა) საყლაპავის ზედა მესამედში.

*ბ) საყლაპავის შუა მესამედში.

გ) საყლაპავის ქვედა მესამედში.

დ) აბლომინურ ნაწილში.

1420. საყლაპავის კედელში სიმსივნური ინფილტრაციის გავრცელების ღამაზუსტებელი მეთოდია:

ა) ბარიუმის ფაფით პოლიპომბიციური კვლევა.

ბ) ორმაგი კონტრასტირება.

*გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია.

დ) საყლაპავის კვლევა ფარმაკოლოგიური რელაქსანტებით.

1421. გრაქციული დივერტიკულები ხშირად გვხვდება:

- ა) კისრის ნაწილში.
- ბ) საყლაპავის ამპულარულ ნაწილში.
- გ) აბდომინურ ნაწილში.
- *დ) გრაქციის ბიფურკაციის ღონებზე.

1422. საყლაპავის დივერტიკულებს, წარმოქმნილებს ქრონიკული მედიასტინიგის ნიადაგზე, ჰქვიათ:

- ა) ცენკერის.
- ბ) ეპიფრენალური.
- გ) პულსური.
- *დ) გრაქციული.

1423. ცენკერის დივერტიკულები წარმოიქმნებიან

- ა) საყლაპავის წინა კედელზე.
- *ბ) საყლაპავის უკანა კედელზე.
- გ) საყლაპავის გვერდით კედელზე.
- დ) საყლაპავის წინა და გვერდით კედელზე.

1424. პეპტიურ ემოფაგიგს ახასიათებს:

- ა) დაძინილი კონტურები შუა და ქვედა მესამელებში. შეიძლება აღინიშნებოდეს დაწყლულებები და ავსების დეფექტები.
- ბ) დეფექტებს აქვთ სერპანტინის ფორმა, იცვლიან მომასა და ფორმას ავადმყოფის მდებარეობისა და სუნთქვის ფაზების შესაბამისად. მკაფიოდან გამოხატული შუა და ქვემო მესამელებში.
- *გ) ცვლილებები ჩვეულებრივ გამოხატულია საყლაპავის ქვედა მესამელებში.

1425. საყლაპავის ვენების ვარიკოზი გამოიხატება:

- ა) საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის შუა და ქვედა მესამელებში დაძინილი კონტურებით, შეიძლება იყოს დაწყლულებები.
- *ბ) დეფექტს აქვს სერპანტინის ფორმა, იცვლის მომასა და ფორმას ავადმყოფის სუნთქვის აქტისა და მდებარეობის შეცვლის შესაბამისად. ლოკალიზდება შუა და ქვემო მესამელებში.
- გ) ხშირია საყლაპავის ქვედა მესამელებში და ხშირად შეუღლებულია ღიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქართან.

1426. შუასაყრის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური ღონე არ აღინიშნება საყლაპავში შემდეგი ცვლილებების დროს:

- ა) დივერტიკული.
- *ბ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერება.
- გ) თანდაყოლილი მოკლე საყლაპავი.
- დ) კარდიის აქალაზია.

1427. საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება უმეტესად აღინიშნება:

- ა) ზემო მესამელებში.
- *ბ) ქვემო მესამელებში.
- გ) შუა მესამელებში.
- დ) ქვედა სიგრძეზე.

1428. საყლაპავის ცვლილებები, გამოწვეული შუასაყრის ლიმფური ჯირკვლების გადილებით, უხშირესად გამოვლინდება:

ა) გრაქეალურ სეგმენტში.

ბ) აორგალურ სეგმენტში.

*გ) ბრონქიალურ და ბრონქემა სეგმენტებში.

დ) რეგროკარდიალურ და კარდიოლიაფრაგმულ სეგმენტებში.

1429. ემოფაგო-ბრონქული ხერეღმილების გიპიური ლოკალიზაცია:

*ა) გრაქეის ბიფუკაციის ღონე.

ბ) აორგალური სეგმენტი.

გ) რეგროკარდიალური სეგმენტი.

დ) საყლაპავის დისგალური ნაწილი.

1430. საყლაპავის უკანა ცლომა გიპიურია.

ა) ფარისებური ჯირკვლის კიბოსათვის.

ბ) მარჯვნივ მდებარე აორგისათვის.

*გ) შუასაყრის ბიფურკაციული ლიმფური ჯირკვლების გადილებისათვის.

დ) აორგის დაწვრივი გოგის ანევრიზმისათვის.

1431. საყლაპავის ცლომა უკან არ არის დამახასიათებელი.

ა) ფარისებრი ჯირკვლის კიბოსათვის.

ბ) ბიფურკაციული ლიმფური ჯირკვლების გადილებისათვის.

*გ) მარჯვნივმდებარე აორგისათვის.

დ) მარცხენა წინაგულის გადილებისათვის.

1432. საყლაპავის გვერდითი ცლომა დამახასიათებელია

ა) საყლაპავის კიბოსათვის.

ბ) ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერელის ფიქსირებული თიაქარისათვის.

*გ) მასკლეროზირებული მედიასტინისათვის

დ) სკლეროლერმიისათვის.

1433. ავადმყოფის საკვების მიღებისას მკერდის უკან აქვს ტკივილი, პერიოდულად დისფაგია.

რენგგენოლოგიურად საყლაპავის ღიაფრაგმისზედა სეგმენტში დიფერენცირდება ნიშა კონგურსა და რელიეფზე ზომით 0-3 სმ. სანათური ამ ღონეზე ცირკულარულადაა შევიწროებული, ბარიუმის გამავლობა შენახულია. აღინიშნება ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერელის ფიქსირებული თიაქარი.

კლინიკო-რენგგენოლოგიური სურათით შეიძლება დაისვას ღიაგნოზი.

ა) ენდოფიგური კიბო დაწყლულებით.

ბ) ფინჯნისებური კიბო.

გ) საყლაპავის წყლული.

დ) ემოფაგიტი.

*ე) წყლულოვან-ნაწიბუროვანი ემოფაგიტი.

1434. საყლაპავის სანათურის დავიწროება არ არის დამახასიათებელი:

ა) ენდოფიგური კიბოსათვის.

ბ) საყლაპავის წყლულისათვის.

*გ) ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისათვის.

დ) კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის.

1435. საყლაპავის პათოლოგიით გამოწვეული შუასაყარის ჩრდილის გაფართოება შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- ა) საყლაპავის შუა მესამედის კიბოს დროს.
- ბ) საყლაპავის დამწვრობისას.
- *გ) საყლაპავის აქალაზიის დროს.
- დ) რეფლექს-ემოფაგიტის დროს.

1436. კარდიის აქალაზიის, კარდიოსპაზმის, კარდიოემოფაგიული კიბოსა და სკლეროფერმის საერთო რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

- ა) საყლაპავის ცლომა.
- *ბ) საყლაპავის გაგანიერება.
- გ) საყლაპავის დამოკლება.
- დ) საყლაპავის დაგრძელება.

1437. მელორი-ვეისის სინდრომი ასოცირდება ცვლილებებთან საყლაპავის დისგალურ მესამედში, რომლებიც განპირობებული არიან:

- ა) კელის პერფორაციით.
- ბ) სანათურში გიხრების არსებობით.
- *გ) ლორწოვანის მცირე ნახეთქებით.
- დ) საყლაპავის სტრუქტურით.

1438. ბრტყელი უცხო სხეული - მონეტა - საყლაპავის ზემო ნაწილში თავსდება:

- ა) ჰორიზონტალურად.
- ბ) საგიგალურ სიბრტყეში.
- გ) ფრონტალურ სიბრტყეში.
- *დ) დამოკიდებულია პაციენტის მდებარეობაზე კვლევის მომენტში.

1439. საყლაპავის გულმკერდის ნაწილში უცხო სხეულის გამოვლენის მიზნით გამოიყენება:

- ა) ფარმპრეპარატებით კვლევა.
- *ბ) ივანოვა-პოდობედის მეთოდიკა.
- გ) საყლაპავის ორმაგი კონტრასტირება.
- დ) ბარიუმის ფაფაში დასველებული ბამბა.

1440. კუჭის მცირე სიმრუდის მახვილწვერიანი ნიშა 1სმ-მდე ღიაშეგრით, გამოსული კონტურზე, სიმეტრიული ლილვაკით, ირგვლივ ელასტიური კელლით, შეიძლება იყოს:

- *ა) კეთილთვისებიანი წყლულის დროს.
- ბ) პენეტრირებული წყლულის დროს.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულის დროს.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოს დროს.

1441. სამფენოვანი ნიშა, გამოსული კუჭის კონტურის გარეთ, კუჭის ნაწიბუროვანი დეფორმაცია და ლორწოვანის ანთებითი ხასიათის ცვლილებებით დამახასიათებელია:

- ა) მწვავე წყლულისათვის.
- *ბ) პენეტრირებული წყლულისათვის.
- გ) გაავთვისებიანებული წყლულისათვის.
- დ) ინფილტრაციულ-წყლულოვანი კიბოსათვის.

1442. კუჭის ანგრაულურ ნაწილში ბრტყელი ნიშა, არასწორი კონტურებითა და ვრცელი

აპერისგალგიკური მონით ირგვლივ, 2,5 სმ ღიაზეგრით ღამახასიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეგრირებული წყლულისათვის.
- *გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- ღ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

1443. კუჭის მცირე სიმრუდზე „შგრისის“ ფორმის ნიშა, ირგვლივ გადასწორებული ლორწოვანით, გასწორებული და დამოკლებული მცირე სიმრუდე ცვლილებების ლოკალიზაციის შესაბამისად, ღამახსიათებელია:

- ა) კეთილთვისებიანი წყლულისათვის.
- ბ) პენეგრირებული წყლულისათვის.
- გ) დაწყლულებული კიბოსათვის.
- *ღ) დაწყებითი ეროზიული კიბოსათვის.

1444. კუჭის პოსტწყლულოვანი დეფორმაციის სახეებია:

- ა) ქვიშის საათის მაგვარი.
- ბ) ლოკოკინასმაგვარი.
- გ) მცირე სიმრუდის დამოკლება
- *ღ) ყველა პასუხის სწორია

1445. პილორო-ლეოდენალური ნაწილში წყლულოვან-ნაწიბუროვანი სტენოზი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება:

- ა) კუჭის პრეპილორულ ნაწილში.
- ბ) გასავალში.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში.
- ღ) პოსტულბარულ ნაწილში.

1446. კუჭის ქრონიკული პენეგრიგებული და მწვავე წყლულის რენგენოლოგიური დიფერენციალური ღიაგნოსტიკა შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთერთზე დაყრდნობით:

- ა) კუჭის ნაწიბუროვანი დეფორმაცია დანაწიბურების ცენტრით შესაბამისად წყლულის ლოკალიზაციასთან.
- ბ) წყლულის კრაგერი აღემაგება 2 სმ-ს.
- *გ) წყლულოვან ნიშაში სამფენოვანობის სიმპტომის არსებობა.
- ღ) ნაკეცების კონვერგენცია წყლულისაკენ.

1447. ქვიშის საათის მაგვარი დეფორმაცია - ეს არის კუჭის სანათურის ასიმეტრიული ღავიწროება:

- *ა) კუჭის სხეულში.
- ბ) ანგრალურ ნაწილში.
- გ) პრეპილორულ ნაწილში.
- ღ) კუჭის ნებისმიერ მონაკვეთში.

1448. კუჭის ლოკოკინისებური დეფორმაცია მცირე სიმრუდის ქრონიკული წყლულის დანაწიბურების შედეგია:

- ა) კუჭის ბემო მესამედში.
- *ბ) შუა მესამედში.
- გ) ანგრალურ ნაწილში.
- ღ) გასავალში.

1449. უზმოზე კუჭი გადიდებულია ზომებში, აღინიშნება სითხე, კუჭის მცირე სიმრუდე ანგრაღურ ნაწილში დამოკლებულია, პილოროდუოდენალური სეგმენტი ჰიპერმოზილურია, გასავალი დავიწროებულია, ასიმეტრიულია, 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმირებულია. კუჭის დაცლა შენელებულია. ეს სიმპტომები ახასიათებს:

- ა) ენდოფიგურ კიბოს.
- *ბ) გასავლის ნაწიბუროვან-წყლულოვან სტენოზს.
- გ) რიგიდულ ანგრუმ გასგრიგს.
- დ) თანდაყოლილ პილოროსტენოზს.

1450. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმულია: ლაგერალური ჯიბე დაგრძელებულია, წყლულოვანი ნიშა უნდა ვეძებოთ:

- *ა) უკანა კედელზე
- ბ) დიდ სიმრუდეზე.
- გ) ლაგერალურ ჯიბეში.
- დ) ბოლქვის ფუძეზე.

1451. 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვი დეფორმულია სამეურას ფორმით. წყლულოვანი ნიშა ანუ ე.წ. მკოცნავი წყლულები უნდა ვეძებოთ:

- ა) ბოლქვის ფუძეზე.
- *ბ) ბოლქვის ცენტრში.
- გ) ბოლქვის მწვერვალში.
- დ) ბოლქვის ჯიბეებში.

1452. კუჭის სხეულსა და სინუსში არასწორი ოვალური ფორმის რამდენიმე ავსების დეფექტი, გამოკვლევის პროცესში მათი კონფიგურაცია შენახულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია.

- ა) ვენების ვარიკოზულ გაგანიერების.
- ბ) კუჭის ლორწოვანის ჰიპერპლაზიისათვის.
- *გ) პოლიპებისათვის.
- დ) კუჭის კიბოსათვის.

1453. კუჭის შეცვლილი ლორწოვანის ფონზე 0,5-2,0 სმ დიამეტრის მრავლობითი სწორი მომრგვალო ფორმის მკვეთრი კონგურების მქონე ავსების დეფექტები. რენტგენოლოგიური სიმპტომებია.

- ა) ვენების ვარიკოზული გაგანიერების.
- ბ) ჭარბი ლორწოვანის პოლიპების.
- *გ) პოლიპოზური გასგრიგის.

1454. კუჭის ენდოფიგური - ინფილტრაციული - კიბოს განმსაზღვრელი სიმპტომებია:

- ა) კუჭის აიროვანი ბუშტის შემცირებული ზომები, პერისტალტიკის არარსებობა.
- ბ) ავსების ცენტრალური დეფექტი, დეფექტი რელიეფზე, კუჭის აიროვანი ბუშტის ფონზე დამატებითი ჩრდილი.
- *გ) კუჭის მცირე სიმრუდის დამოკლება, მისი კედლების რიგილობა, ნაოჭების გაქრობა, მიკროგასგრიგა.
- დ) ავსების დეფექტი, ატიპური რელიეფი, პერისტალტიკის დარღვევა.

1455. კუჭის აღრეული - დაწყებითი - კიბო ეს არის:

- ა) 4 სმ-მდე ზომის პოლიპისმაგვარი წარმონაქმნი.

- *ბ) ლორწოვანი და ლორწოქვეშა შრეების კიბო.
- გ) სიმსივნური ინფილტრაცია 1,0-3,0 სმ-მდე ზომის.
- დ) სიმსივნის კელელშიდა ზრდა.

1456. კუჭის აღრეული კიბო - ეს არის მცნება:

- ა) რენგენოლოგიური.
- ბ) ენდოსკოპიური.
- გ) ქირურგიული.
- *დ) მორფოლოგიური.

1457. კუჭის აღრეული კიბოს უხშირეს მორფოლოგიურ სახეს წარმოადგენს:

- ა) ფუნგოზური.
- ბ) ინფილტრაციული.
- *გ) ეროზიულ-წყლულოვანი.
- დ) პერფორაციული.

1458. კუჭის ანგრალური ნაწილი ცირკულარულად შევიწროებული და დამოკლებულია, დიდი სიმრუდის კონტურები დაკბილული, პერისგალტიკა ზომიერად გამოხატული, ეს არის რენგენოლოგიური სურათი:

- ა) ენდოფიტური კიბოს.
- ბ) გასაველის წყლულოვან ნაწიბუროვანი სტენოზის.
- *გ) რიგიდული ანგრუმ გასტრიტის.
- დ) ლოკოკინისებური დეფორმაციის.

1459. კუჭის ანგრალური ნაწილი კონცენტრულადაა შევიწროებული, კონტურები უსწორმასწორო, კედლები რიგიდული, ლორწოვანის ნაოჭები წაშლილი. ეს სურათი დამახასიათებელია:

- *ა) ენდოფიტური კიბოსათვის.
- ბ) პილორუსის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზისათვის.
- გ) რიგიდული ანგრალური გასტრიტისათვის.
- დ) კუჭზე გარედან ზეწოლისათვის.

1460. კუჭი ზომებში მომაგებული, პილორული არხი დიდაა და დაგრძელებული, ბოლქვის ფუძე ბრტყლად შეზნეჭილი, ანგრუმსა და პრეპილორულ ნაწილში ლორწოვანის რელიეფი წაშლილია. თქვენი დასკვნა:

- ა) ანგრუმის ნაწიბუროვან-წყლულოვანი სტენოზი.
- ბ) რიგიდული ანგრუმ-გასტრიტი.
- *გ) ანგრუმის კიბოვანი სტენოზი.
- დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი.

1461. კუჭის ერთეული ავსების დეფექტი არასწორი მომრგვალო ფორმის, 2,0 სმ და მეტი ზომის, ფართე ფუძითა და სტრუქტურული ზედაპირით - ასეთი რენგენოლოგიური სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელური სიმსივნისათვის.
- *გ) პოლიპისმაგვარი კიბოსათვის.
- დ) ბეზოარისათვის.

1462. კუჭში ბეზოარები უფრო ხშირად წარმოიქმნებიან:

- ა) დაბალი სიმკვავის დროს.
- ბ) ჭარბი ლორწოს დროს
- *გ) ნორმალური სიმკვავის დროს.
- დ) აქლორჰიდრიის დროს.

1463. ცოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს მეტწილად აღინიშნება შერყვმა:

- ა) ბოლქვის წყლულისა პანკრეატიტთან.
- *ბ) ბოლქვის წყლულისა კუჭქვეშა ჯირკვლის აღენომასთან.
- გ) კუჭის წყლულისა ქოლეცისტიტთან.
- დ) კუჭის წყლულისა აპენდიციტთან.

1464. კუჭის ბემო ნაწილისა და საყლაპავის დისგალური მონაკვეთის მრავლობითი დეფექტები რელიეფზე ზომით 1-2 სმ, შერწყმული გაფართოებულ ნაკეცებთან და კედლების შენახულ ელასტიურობასთან. დამახასიათებელია:

- *ა) ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებისათვის.
- ბ) ლორწოვანის ჰიპერტროფიისათვის.
- გ) პოლიპებისათვის.
- დ) უნივერსალური გასტრიტისათვის.

1465. 3 სმ-ზე მეტი ზომის არასწორი მომრგვალო ფორმის ერთეული ავსების ცენტრალური დეფექტი, ადვილად გადაადგილებადი 10,0 და მეტ სანტიმეტრზე, დამახასიათებელი სიმპტომია.

- ა) პოლიპისათვის.
- ბ) არაეპითელიური სიმსივნისათვის.
- გ) პოლიპომური კიბოსათვის.
- *დ) ბემოარისათვის.

1466. კუჭის ლორწოვანი პროლაფსი 12-გოჯას ბოლქვში:

- ა) დამახასიათებელია კიბოსათვის.
- ბ) შერწყმულია აქლორჰიდრიასთან.
- გ) თან ახლავს ქრონიკულ გასტრიტს.
- *დ) წარმოადგენს მენენგრიეს დაავადების სიმპტომს.

1467. კუჭის რეზექციის შემდეგ ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება.

- ა) წყლულის გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - I.
- ბ) კიბოს გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - I.
- *გ) წყლულის გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - II.
- დ) კიბოს გამო წარმოებული რეზექცია ბილროთ - II.

1468. ანასტომოზის პეპტიური წყლული უმეტეს შემთხვევაში ლოკალიზდება:

- ა) კუჭის ტაკვის კიდეზე.
- ბ) მომგან გოტში.
- *გ) წამლებ გოტში.
- დ) ბემოთ ჩამოთვლილიდან ნებისმიერ მიდამოში.

1469. გასტრექტომიის შემდეგ დემპინგ სიმპტომი გამოვლინდება:

- ა) კუნთოვანი კრუნჩხვებით საკვების მიღებიდან ხანმოკლე დროის შემდეგ.
- ბ) ხელის მტევნებისა და ტერფების სპაზმით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ.
- *გ) სისუსტით, ოფლიანობით, გაქიკარლით, თავბრუსხვევით, წამოწოლის გადაულახავი

სურვილით საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ, ჩივილებს აქვთ შემცირების გენდენცია ჰორიზონტალურ მდებარეობაში გადასვლის შემდეგ.

დ) ყველა პასუხი სწორია.

1470. კუჭის რეზექციის შემდეგ განვითარებული სუბლიაფრაგმული აბსცესის, როგორც ადრეული გართულების რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკის ყველაზე ხელსაყრელი მეთოდოლოგიური პირობაა:

ა) ლაგეროგრაფია მარცხენა სუბლიაფრაგმული სივრცის შესწავლის მიზნით.

ბ) რენტგენოგრაფია პირდაპირსა და გვერდით პროექციებში.

*გ) რენტგენოლოგიური კვლევა კუჭის ტაკვის კონტრასტირებით.

დ) რენტგენოლოგიური კვლევა მსხვილი ნაწლავის ელენთის ნაკეცის კონტრასტირებით.

1471. 12-გოჯა ნაწლავის გონუსის დაქვეითება ქვემო ჰორიზონტალურ გოგში ბარიუმის სტაბით და გამავლობის შენარჩუნებით, ჰიპერსეკრეცია, ლორწოვანის ნაოჭების გაფართოება - რენტგენოლოგიური სიმპტომია:

*ა) ლუოლენიგის.

ბ) პანკრეატიტის.

გ) რკალისებური კუჭქვეშა ჯირკვლის.

დ) ქრონიკული არტერიო-მეზენტერიალური გაუვალობის.

1472. 15-25 სმ-ის მანძილზე თედოს ნაწლავის გერმინალური ნაწილის კრიალოსნისმაგვარი შევიწროება, ლორწოვანი შეცვლილი ანთებითი გიპით, დაწყლულებებითა და ფსევდოპოლიპებით, ღია ილიოცეკალური სარქველი, დაზიანებული ზონის ჰიპერმოგილურობა - ეს არის რენტგენოლოგიური სურათი:

ა) ენტერიტის.

ბ) კიბოს.

*გ) კრონის დაავადების.

დ) ლიმფოგრანულომატოზის.

1473. 12-გოჯა ნაწლავში ბოლქვსგარეთა წყლულები უმეტესწილად ლოკალიზდებიან:

ა) ბემო ჰორიზონტალურ ნაწილსა და ბემო ნაკეცში.

*ბ) დასწვრივ გოგში.

გ) ქვედა ნაკეცში.

დ) ქვემო ჰორიზონტალურ გოგში.

1474. წვრილი ნაწლავის სანათურის შევიწროება რიგიდული არხის სახით, ნაოჭების გაქრობითა და სუპერასტენომური გაფართოებით, დაზიანებული სეგმენტის ფიქსაციით, ბრტყელი კილური ღეფექტები - დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სიმპტომებია:

ა) კრონის დაავადების.

ბ) ტუბერკულოზის - ინფილტრაციული ფორმის.

*გ) მასტენომირებული კიბოსი.

დ) სარკომის.

1475. 12-გოჯა ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირია

ა) ლიმფომა.

ბ) მეტასტაზები.

გ) ლეიომიოსარკომა.

*დ) კიბო.

1476. მექანიკური სიყვითლიან ავადმყოფს 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივ ტოტში აღენიშნება არასწორი ფორმის 2,0+2,5 სმ ზომის ავსების დეფექტი ნაწლავი გაღიზიანებულია. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია:

- ა) სარკომისათვის.
- *ბ) დიდი დუოდენალური ღვრილის კიბოსათვის.
- გ) ლეიომიომისათვის.
- დ) პოლიპისათვის.

1477. 12-გოჯა ნაწლავის მარყუქი გაშლილია, გარკვეულ უბანზე ნაწლავის კონტური დეფორმირებულია, რიგიდულია, გამოხატულია ნახევარწრილის - (კულისის) - სიმპტომი და ლორწოვანის რღვევის ნიშნებით. თქვენი დასკვნაა:

- ა) პანკრეატიტი.
- *ბ) პანკრეასის თავის კიბო.
- გ) დუოდენიტი.
- დ) პერიდუოდენიტი.

1478. გაუვალობის ნიშნები, ჰიპერტერმია, ბარიუმით რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას ისახება მყარი ცირკულარული შევიწროება, ნაწლავის სიგრძივი ღერძის გამრუდება. 24 საათის შემდეგ კუჭი თავისუფალია საკონტრასტო ნივთიერებისაგან - თქვენი დასკვნა:

- ა) ბეჭდისებური კუჭქვეშა ჯირკვალი.
- ბ) პანკრეატოდუოდენალური კიბო.
- *გ) ნაწლავური ინფილტრატი.
- დ) ქრონიკული ცრუ კისტა.

1479. ავადმყოფი გარდამავალი მექანიკური სიყვითლით. რეგროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიით გამოვლინდა ნაღვლის საერთო სადინრის დისგალური ნაწილის შევიწროება საწერი კალამის ფორმით და ნაწლავის მედიალური კედლის გლუვი, გვერდითი შეზღვეულობა სადინრის შესვლის ადგილას. ეს გამოვლინებაა:

- ა) კონკრემენტის არსებობისა თორმეტგოჯა ნაწლავის ამპულაში.
- *ბ) მასგენომირებელი პაპილიტის.
- გ) ფაგერის ღვრილის სიმსივნის.
- დ) პარაფაგერალური დივერტიკულის.

1480. წვრილი ნაწლავის ყველაზე ხშირი კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია:

- *ა) ლეიომიომა.
- ბ) ლიპომა.
- გ) გლანდულარული სიმსივნე.

1481. მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური დარღვევების რენტგენოლოგიის საფუძველად დაედო:

- ა) ნაწლავის მღებარეობა და ზომა.
- *ბ) ჰაუსტრაცია, სანათურის დიამეტრი და ბარიუმის პასაჟის დრო.
- გ) ლორწოვანის რელიეფი.
- დ) ნაწლავის კედლის ელასტურობა.

1482. განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის რენტგენოლოგიური კვლევისას ვლინდება ნაწლავის სანათურის შევიწროება, წვრილი დაკბილვა და ნაწლავის კედლის ორმაგი კონტური, ჰაუსტრების არარსებობა, მოტორიკის დარღვევა, ლორწოვანის ნაოჭების შეშუპება. ეს ნიშნები

დამახასიათებელია:

- ა) გოქსიკური მეგაკოლონისათვის.
- ბ) დივერტიკულოზისათვის.
- *გ) წყლულოვანი კოლიგისათვის.
- დ) ავთვისებიანი ლიმფომებისათვის.

1483. ლორწოვანის წერტილოვანი ჰემორაგიები, მათი ინფიცირება, დაჩირქება და წვრილი აბსცესების წარმოქმნა გვხვდება:

- ა) გრანულომატოზური კოლიტების დროს.
- ბ) ამებური კოლიტების დროს.
- *გ) წყლულოვანი კოლიტების დროს.
- დ) სხივური კოლიტების დროს.

1484. ექსუდაციური ანთება, კელის კუნთოვანი შრის ჩათრევით, ლორწოვან შრეში ეპითელიოიდური გრანულომების წარმოქმნით, ახასიათებს:

- ა) სეგმენტურ კოლიტს.
- ბ) წყლულოვან კოლიტს.
- *გ) გრანულომატოზურ კოლიტს.
- დ) სპასტიურ კოლიტს.

1485. კოლინჯის პირველადი ორმაგი კონტრასტირებისას აღინიშნება ბარიუმის ბეჭდისებური ბოლი 1,5 სმ დიამეტრით, მკვეთრი გარეთა და არამკაფიო შიგნითა კონტურით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) პოლიპისათვის.
- *ბ) დივერტიკულისათვის.
- გ) კოპროლიტისათვის.
- დ) სანათურგარე წარმონაქმნისათვის.

1486. ბრმა ნაწლავის ქვემო მედიალურ ნაწილში აღინიშნება 4-5 სმ დიამეტრის, სადა მკაფიო კიდეებიანი ავსების კიდეური დეფექტი, ნაწლავის დაცლის შემდეგ მოჩანს ლორწოვანის ნაკეციები, რომლებიც განიცდიან ცლომას სიმსივნური წარმონაქმნის გეწოლით. ნაწლავი გაღიზიანებულია, აღინიშნება სუბფებრილიტეტი. ეს არის გამოვლინება:

- ა) ეკზოფიგური კიბოსი, ნაწლავის კედელში ჩაზრდით.
- *ბ) აპენდიკულარული ინფილტრატის .
- გ) ავთვისებიანი ლიმფომის.
- დ) არაეპითელიური ლორწოვან შრეში სიმსივნის.

1487. სიგმურ ნაწლავში 1,5 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ავსების დეფექტი გაღიზიანებული კონტურებით და უჯრედული სტრუქტურით, რომელიც ფორმას იცვლის ნაწლავშილა წნევის მომატებისას - არის რენტგენოლოგიური ნიშანი:

- ა) აღენომატოზური პოლიპის.
- ბ) იუვენილური პოლიპის.
- *გ) ხაოიანი სიმსივნის.
- დ) არაეპითელიური სიმსივნის.

1488. კოლინჯის მარცხენა ნახევარში მომრგვალო დეფექტი, დიამეტრით 2 სმ-მდე, უფრო მეტად დამახასიათებელია:

- ა) დივერტიკულისათვის.

- ბ) ეგზოფიგური კიბოსათვის.
- *გ) პოლიპისათვის.
- დ) გარედან ზეწოლისათვის.

1489. მსხვილი ნაწლავის კიბო პოლიპისაგან ფეხზე წარმოიქმნება:

- ა) ხშირად.
- *ბ) იშვიათად.
- გ) შემთხვევითა ნახევარში.
- დ) შემთხვევით.

1490. შეუცვლელი ლორწოვანის ფონზე კოლინჯის მრავალრიცხოვანი მომრგვალო ავსების ღეფექტები, მკვეთრი კონტურებით - დამახასიათებელია:

- ა) კიბოსათვის.
- ბ) დივერტიკულისათვის.
- *გ) მრავლობითი (ჯგუფური) პოლიპებისათვის.
- დ) კრონის დაავადებისათვის.

1491. ერთეული მრგვალი ავსების ღეფექტი მსხვილ ნაწლავში, ხორკლიანი ზედაპირით ზომით 3 სმ-ზე მეტი. ეს რენტგენოლოგიური ნიშანია:

- ა) დივერტიკულის.
- *ბ) ეგზოფიგური კიბოს.
- გ) პოლიპის.
- დ) ხაოიანი სიმსივნის.

1492. განივი კოლინჯის მყარი ცირკულარული შევიწროება, არასწორი დაკბილული კონტურებით ვლინდება:

- ა) დივერტიკულოზის დროს.
- *ბ) მასგენოზირებული კიბოს დროს.
- გ) წყლულოვანი კიბოს დროს.
- დ) ჰირშპრუნგის დაავადების დროს.

1493. ცენტრალური ოვალური ავსების ღეფექტი, ლოკალიზებული სიგმური ნაწლავის დისგალურ ნაწილში, დიამეტრით 8 სმ, „ღეფექტის“ ღონეზე და მის მაღლა ნაწლავის სანათური მნიშვნელოვნად გაგანიერებულია. „ღეფექტის“ ლოკალიზაციის შესაბამისად ისინჯება მკვერივი წარმონაქმნი, მოძრავი ნაწლავთან ერთად. ნაწლავის გამავლობა დარღვეულია, ავადმყოფი უჩივის ყაბზობას. ყველაზე ხშირი მიზეზი ამისა არის:

- ა) კიბო.
- ბ) კეთილთვისებიანი ეპითელური სიმსივნე.
- გ) კეთილთვისებიანი არაეპითელური სიმსივნე.
- *დ) განავლოვანი ქვა.

1494. ოპერირებული მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას პირველ რიგში ყურადღება ექცევა:

- ა) ნაწლავის ფორმასა და მდებარეობას.
- *ბ) შექმნილი ანასტომოზის მდგომარეობას.
- გ) ნაწლავის გამავლობას.
- დ) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის რელიეფს.

1495. ლეონალური ფანჯარა უფრო მკვეთრად გამოხატულია:

- ა) ფაგერის ღვრილის კიბოს დროს.
- ბ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოს დროს.
- *გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის კისტების დროს.
- დ) პანკრეატიტების დროს.

1496. კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას კუჭის წვენის მქაფიანობის მაღალი ციფრები, მრავლობითი წყლულები, გამოხატული ჰიპერსეკრეცია; კუჭქვეშა ჯირკვლის ანგიოგრაფიისას, სიმსივნე ჭარბად გამოხატული ვასკულარიზაციით. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- *გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

1497. ანამნეზში პაციენტს აქვს ობგურაციული სიყვითლე, კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოლოგიური კვლევისას - კუჭის ანტრალური ნაწილის გადაქაჩვა წინ და ბემოთ, 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი გოგის მედიალური კედლის რიგილობა და ლორწოვანის აგიპიური რელიეფი. აღნიშნული გრიადა დამახასიათებელია:

- *ა) კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბოსათვის.
- ბ) პანკრეატიტისათვის.
- გ) ცოლინგერ-ელისონის სინდრომისათვის.
- დ) კარცინოიდული სინდრომისათვის.

1498. სამი თვის წინ პაციენტმა გადაიტანა ოპერაცია კუჭქვეშა ჯირკვლისათვის კიბოს გამო, მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევისას ნაღვლის საერთო და ვირბუნგის სადინრების პროექციაზე ისახება დრენაჟის მიღები, აღინიშნება ჰაერი სახალვლე გზებში, ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ვაწარმოოთ შემდეგი სახის ოპერაცია:

- ა) ბილიოდიგესტური ანასტომოზი.
- *ბ) პანკრეატოლონალური რეზექცია.
- გ) კუჭქვეშა ჯირკვლის რეზექცია.
- დ) ბალექონის ჩანთის დრენირება.

1499. გადილებული ხორკლიანი ღვიძლი, მრავლობითი გაკირული უბნებით ბელგებისა და რგოლების სახით.

- ა) ღვიძლის აბსცესების დროს.
- ბ) ღვიძლის მეტასტაზური დამიანების დროს.
- *გ) ღვიძლის ექინოკოკოზის დროს.
- დ) რეგროპერიგონეალურად განლაგებული კონკრემენტების და გაკირული უბნების არსებობის დროს.

1500. კუჭის კარდიალური ნაწილის და სხეულის ცლომა უკან და მარცხნივ, ხოლო გასავალი ნაწილისა ქვემოთ, აღინიშნება:

- ა) პორტალური ჰიპერტენზიის დროს.
- ბ) ნაღვლის ბუშგის წყალმანკის დროს.
- *გ) ღვიძლის მარცხენა წილის გადილებისა დროს.
- დ) კუჭქვეშა ჯირკვლის გადილების დროს.

1501. ღვიძლის ჩრდილის გადიდება შემოსამღვრული ნახევარსფეროები გამოზნეჭვით, სწორი კონტურებითა და გაკირული უბნებით, ნამგლის ან ბელგის სახით. დამახასიათებელია:

ა) ღვიძლის კიბოსათვის.

*ბ) ღვიძლის ექინოკოკური კისტისათვის.

გ) ღვიძლის ნაწილობრივი რელაქსაციისათვის.

დ) ნეკნების ხრტილოვანი ნაწილების გაკირვისათვის.

1502. მასკლეროზირებული ქოლანგიტების განვითარება განპირობებულია სანაღვლე სადინრების შევიწროებით. ამ დროს:

ა) პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ღვიძლისა და ნაღვლის საერთო სადინრები.

ბ) ადგილი აქვს მხოლოდ ნაღვლის საერთო სადინრის შევიწროებას.

გ) ცვლილებები ვლინდება ღვიძლის სეგმენტურ სადინრებში.

*დ) ბილიარული ხის ყველა მონაკვეთში.

1503. ნაღვლის ბუშგის სფინქტერების, მუსკულატურის და ნაღვლის საერთო სადინრის მუშაობის მოშლა, რაც ვლინდება ქოლანგიტოგრაფიისას ნაღვლის ბუშგის დაცლის ნორმალური რითმის ცვალებადობით, დამახასიათებელია:

ა) სიმსუქნისათვის.

ბ) ჰეპატიტისათვის.

*გ) ნაღვლის ბუშგის და სანაღვლე გზების დისკინეზიისათვის.

დ) ნაღვლის ბუშგის კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის.

1504. კონტრასტირებული ნაღვლის ბუშგის ზომებია: 3 ხ 5 სმ ან 4 ხ 6 სმ ნაღვლმდენი საუზმის მიღების შემდეგ 15 წუთში მისი ზომები შემცირდება 3/4-ით, 1 საათში მისი ჩრდილი საერთოდ არ ვლინდება. ადგილი აქვს:

*ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერმოტორულ დისკინეზიას.

ბ) ჰიპოტონურ, ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.

გ) მირისის სფინქტერის ბლოკადას.

დ) ნაღვლის ბუშგის წყალმანკს.

1505. ნაღვლის ბუშგი დიდი ზომისაა, ჩრდილი ნაკლებინტენსიური, ნაღვლმდენი საუზმის მიღებიდან 3-4 საათის შემდეგ ნაღვლის ბუშგში აღინიშნება კონტრასტირებული ნაღვლის 70-80%. ადგილი აქვს:

ა) ჰიპერტონულ, ჰიპერკინეტიურ დისკინეზიას.

*ბ) ჰიპოტონურ ჰიპოკინეტიურ დისკინეზიას.

გ) ოდის სფინქტერის სპაზმს.

დ) ნაღვლის ბუშგის წყალმანკს.

1506. ნაღვლის ბუშგისა და სანაღვლე გზების გაუკირავი კენჭების აღმოჩენა ბილიარული სისტემის კონტრასტირების გარეშე:

*ა) შეუძლებელია.

ბ) შესაძლოა ნებისმიერ შემთხვევაში.

გ) შესაძლოა მრავლობითი წვრილი კონკრემენტების არსებობისას.

დ) შესაძლოა 2 სმ-ზე მეტი ღვიძლის ან წახნაგოვანი ფორმის კონკრემენტის არსებობისას.

1507. კონტრასტირებულ ნაღვლის ბუშგში აღინიშნება მომრგვალო ფორმის კილითი ავსების ღეფექტი, ზომით 1,5 = 2,0 სმ. რომელიც არ იცვლის მდებარეობას პოლიპოზიციური კვლევიტით, ეს სიმპტომი არის:

- ა) კონკრემენტი.
- ბ) პერიქოლესისტიგის,
- *გ) კეთილთვისებიანი სიმსივნის.
- დ) კიბოსი.

1508. ნაღვლის ბუშტის კიბო.

- *ა) ჩვეულებრივ ვლინდება აფუქციურ ნაღვლის ბუშტში.
- ბ) ყოველთვის ვლინდება ავსების დეფექტით.
- გ) იშვიათად შერწყმულია ნაღვლის ბუშტის კენჭთან.
- დ) თან სდევს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი.

1509. ნაღვლის ბუშტის კენჭების წარმოქმნა განპირობებულია შემდეგი პროცესით.

- ა) მექანიკური.
- ბ) ქიმიური.
- *გ) ფიზიკო-ქიმიური.
- დ) ინფექციური.

1510. ნაღვლის ბუშტის კენჭების 80% შედგება:

- ა) ქოლესისტერინისაგან.
- ბ) ნახშირმჟავა კალციუმისაგან.
- გ) კალციუმის ბილირუბინისაგან.
- *დ) შერეულია.

1511. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების რენტგენოკონტრასტული კონკრემენტები გვხვდება შემთხვევათა

- ა) 65%.
- ბ) 50%.
- გ) 35%.
- *დ) 20%.

1512. ნაღვლის ბუშტის თხელი ლორწოვანი სეკრეტით გაგანიერება-გადავსებას აღილი აქვს:

- ა) ემპიემის დროს.
- ბ) ფლეგმონოზური ქოლესისტიგის დროს.
- *გ) წყალმანკის დროს.
- დ) ლიმფორეის დროს.

1513. ბავშვებსა და მოზარდებში ნაღვლის ბუშტის რენტგენოკონტრასტული კენჭების არსებობა დაკავშირებულია:

- ა) ლაქტამის დეფიციტთან.
- ბ) რძის ზომავზე მეტად მოხმარებასთან.
- გ) ქოლესისტერინის ცვლის მოშლასთან.
- *დ) კალციუმის მეტაბოლიზმის მოშლასთან.

1514. ავადმყოფს, ქოლესისტექტომიიდან 8 დღის შემდეგ ღიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის ქვეშ ღვიძლის ფონზე აღენიშნება სითხის ფართე ღონე. გუმბათი უმოძრაოა, მისი კონტური არამკაფიოა, მის გემოთ დისკოსებური აგელექტამი, კოსტოღიაფრაგმულ სინუსში სითხე. თქვენი დასკვნაა:

- ა) ღვიძლის აბსცესი.
- *ბ) ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესი.

- გ) მსხვილი ნაწლავის ინგერპოზიცია.
- დ) სწორი პასუხი არ არის.

1515. კალკულოზური ქოლეცისტიტისა და ქოლედოქოლითიაზის გამო ქოლეცისტექტომიისა და ნაღვლის საერთო სადინრის ღრენირების, შემდეგ ღრენაჟიდან აღინიშნება ჭარბი რაოდენობით ნაღვლის გამოყოფა, განავალი გაუფერულებულია, ფისტულოგრაფიის დროს სადინარი გაგანიერებულია, მისი ტერმინალი ნაწილი ობტურირებულია, ობტურაციის ფორმა მენისკისებურია. ობტურაციის მიზეზია:

- ა) კიბო.
- *ბ) კენჭი.
- გ) ნაწიბუროვანი სტრიქტურა.
- დ) სპაზმი.

1516. ელენტის გადილების დროს ტიპურია ცლომა:

- ა) ღიაფრაგმის.
- ბ) კუჭის.
- *გ) კოლინჯის.
- დ) 12-გოჯა ნაწლავის.

1517. ყველაზე ხშირად ელენტაში გაკირვა აღინიშნება.

- ა) ელენტის ინფარქტისას.
- ბ) ბაქტერიული ინფექციისას.
- გ) სუბკაფსულარული კისტებისას.
- *დ) პარაზიტული კისტებისას.

1518. სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესებით ელენტაში კირის მარილების ჩალაგება გვაძლევს შემდეგ რენტგენოლოგიურ სურათს:

- ა) ვრცელი უწესრიგო გაკირვა.
- ბ) წვრილი, დაწინწკლული გაკირვა.
- გ) ბეჭდისებური ჩრდილები.
- *დ) ბემოთჩამოთვლილი ნებისმიერი კომბინაცია.

1519. ღიაფრაგმის მოძრაობის გამოხატული დარღვევა არ არის დამახასიათებელი:

- ა) პანკრეატიტისათვის.
- ბ) ქოლეცისტიტისათვის დროს.
- გ) ღვიძლის ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესისათვის.
- *დ) ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობისათვის.

1520. ღიაფრაგმის ანთებითი პროცესისთვის დამახასიათებელი არ არის:

- ა) გამონაჟონი პლევრალურ სინუსში.
- ბ) ღიაფრაგმის გასქელება.
- *გ) ღიაფრაგმის გუმბათის ნორმალური ექსკურსია.
- დ) ღიაფრაგმის გუმბათების უძრაობა-მოძრაობის არ არსებობა.

1521. ღიაფრაგმის პირველადი კეთილთვისებიანი სიმსივნეები რენტგენოლოგიურად ხშირად გამოვლინდება:

- ა) მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვით.
- ბ) ერთ-ერთი ღიაფრაგმის გუმბათების გასქელებით.

- *გ) მომრგვალო ან ოვალური ფორმის ჩრდილი სწორი ან გალღისებური კონტურებით.
- დ) არასწორი ფორმის ჩრდილი, უსწორმასწორო ზედაპირით და არამკვეთრი კონტურებით.

1522. საყლაპავის აბდომინალური და კუჭის ნაწილები პაციენტის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში რენტგენოლოგიური კვლევისას, იმყოფება დიაფრაგმის ზემოთ, საყლაპავი კუჭის შესასვლელთან აკეთებს მუხლს, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) საყლაპავის ხვრელის პარაემოფაგეალური თიაქრისათვის.
- *ბ) საყლაპავის ხვრელის აქსიალური არაფიქსირებული კარდიოფუნდალური თიაქრისათვის.
- გ) დიაფრაგმის რელაქსაციისათვის.
- დ) პარასტერნალური თიაქრისათვის.

1523. ავადმყოფის კარგი თვით შეგრძნების დროს, შუასაყრის ფონზე ჰორიზონტალური დონის, სითხის აღმოჩენისას, დიაგნოსტიკური მიზნით პირველ რიგში უნდა ჩაგარდეს:

- ა) შუასაყრის ლაგეროსკოპია.
- ბ) შუასაყრის გომოგრაფია.
- *გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.

1524. დიაფრაგმის სიმსივნური წარმონაქმნის, რელაქსაციისა და სუბდიაფრაგმული პათოლოგიური პროცესების დიფ. დიაგნოსტიკისას, ყველაზე მეტად ინფორმაციული რენტგენო-დიაგნოსტიკური მეთოდია:

- ა) უკონტრასტო რენტგენოგრაფია.
- ბ) გომოგრაფია.
- *გ) კტ.
- დ) პნევმოთორაქსი.

1525. დიაფრაგმისა და გულმკერდის პათოლოგიური წარმონაქმნების რენტგენოლოგიური დიფ. დიაგნოსტიკის დროს ყველაზე მეტად ინფორმატიული მეთოდია:

- ა) გულმკერდის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) გომოგრაფია.
- გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- *დ) კტ.

1526. მუცლის წინა კედლის თიაქრის შიგთავსის განსაზღვრისათვის ხშირად საკმარისია:

- ა) მუცლის დრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.
- ბ) გამოკვლევა ლაგეროპოზიციამში.
- გ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა პირდაპირ პროექციაში.
- *დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა გვერდით პროექციაში.

1527. მუცლის დრუში თავისუფალი სითხის არსებობის დადასტურების ყველაზე მარტივი მეთოდია:

- ა) მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
- ბ) ლაპარასკოპია.
- *გ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- დ) კტ.

1528. მუცლის დრუში შეხორცებითი პროცესების რენტგენოლოგიური სურათი მიიღება შემდეგი გამოკვლევებისას:

- ა) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის კონტრასტული გამოკვლევა ბარიუმის ფაფით.
- ბ) პნევმოგასტროკოლონოგრაფიით.

- * გ) პნევმოპერიტონეუმით.
- დ) მუცლის ღრუს მიმოხილვითი გამოკვლევა.

1529. შემოსაზღვრული პერიტონიტი (მუცლის ღრუს აბსცესი) ხშირად გვხვდება და რენგგენოლოგიურად ხშირად ვლინდება:

- * ა) ღიაფრაგმის ქვემოთ.
- ბ) ღვიძლის ქვემოთ.
- გ) მარჯვენა თეძოს ფოსოში.

1530. მუცლის ღრუს აბსცესის პირდაპირი რენგგენოლოგიური ნიშნებია:

- ა) მუცლის ღრუს შემოსაზღვრული დაჩრდილვა.
- ბ) დაჩრდილული უბნის მეზობელ ორგანოთა ცლომა.
- გ) ნაწლავის მარყუქების შემოსაზღვრული პარეზი.
- * დ) ჰორიზონტალური სითხის დონე შემოსაზღვრულ ღრუში.

1531. რეგროპერიტონეული სივრცის პათოლოგიური პროცესის ყველაზე მეტად სარწმუნო სიმპტომია:

- ა) განივი კოლინჯის ცლომა გემოთ.
- * ბ) ასწვრივი და დასწვრივი კოლინჯის ცლომა წინ.
- გ) შარდსაწვეთის გაგანიერება და მასზე გეწოლა.
- დ) წვრილი ნაწლავის მარყუქების ფიქსაცია.

1532. რეგროპერიტონეულ პათოლოგიურ ორგანოსგარეშე წარმონაქმნებს შორის, ყველაზე ხშირია:

- ა) კეთილთვისებიანი სიმსივნეები.
- * ბ) ავთვისებიანი სიმსივნეები.
- გ) კისტები.
- დ) ანთებითი ინფილტრაციები.

1533. ღრუ ორგანოების პერფორაციის სარწმუნო საიმპტომია:

- ა) ღიაფრაგმის მდებარეობის შეცვლა და ფუნქციის დარღვევა.
- * ბ) თავისუფალი აირის არსებობა მუცლის ღრუში.
- გ) თავისუფალი სითხის არსებობა მუცლის ღრუს გვერდით ღარებში.
- დ) მეტეორიზმი.

1534. კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორირებულ წყლულზე ეჭვის დროს უპირველეს ყოვლისა უნდა ჩაგარდეს:

- * ა) მუცლის ღრუს გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე.
- ბ) კუჭის ორმაგი კონტრასტირება.
- გ) კუჭის გამოკვლევა წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერებით.

1535. ნაწლავის ნებისმიერი ტიპის მექანიკური გაუვალობის საერთო რენგგენოლოგიურ ნიშნებად მიჩნეულია:

- ა) თავისუფალი აირი მუცლის ღრუში.
- ბ) თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში.
- * გ) თაღებისა და სითხის ჰორიზონტალური დონეების არსებობა ნაწლავში კლოიბერის ფიალები და თაღები.
- დ) კუჭ-ნაწლავის გრაქტის გოპოგრაფიის დარღვევა.

1536. მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენგენოგრაფიაზე ისახება გაზით გადაბერილი ნაწლავის მარყუქები, რომელთა სანათურში, პაციენტის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნისას, აღინიშნება სითხე ჰორიზონტალური დონით, ასეთი სურათი დამახასიათებელია:

- ა) მუცლის ღრუს დახურული გრავმისათვის.
- ბ) ნაწლავის კედლის დარღვევისათვის.
- *გ) ნაწლავის მექანიკური გაუვალობისათვის.
- დ) ქრონიკული აპენდიციტისათვის.

1537. წვრილი ნაწლავის და კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის მექანიკური გაუვალობის მთავარ განმსაზღვრელ რენგენოლოგიურ ნიშნებს წარმოადგენს:

- ა) სხვადასხვა სიმაღლის თაღები, კერკინგის ნაოჭებით.
- ბ) სითხის ჰორიზონტალური დონის არსებობა, რომლის სიგანე აღემატება სიმაღლეს.
- გ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში და კოლინჯში.
- დ) აირის არსებობა წვრილ ნაწლავში.
- *ე) კლოიბერის ფიალების არსებობა

1538. ნაწლავის გაუვალობის პირველი რენგენოლოგიური ნიშნები გამოვლინდება:

- ა) 1-1,5 სთ-ის შემდეგ.
- ბ) 1,5-2,5 სთ-ის შემდეგ.
- *გ) 2,5-3 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 4-5 სთ-ის შემდეგ.

1539. ნაწლავის ფუნქციური და მექანიკური გაუვალობის დიფერენციალური რენგენოლიაგნოსტიკის საფუძველს შეადგენს:

- ა) გაუვალობის ლოკალიზაციის დონის განსაზღვრა.
- ბ) ასციტის გამოვლენა.
- გ) აირისა და სითხის თანაფარდობა ნაწლავში, ცვლილებები ლოკალური ან გავრცელებული ხასიათი.
- *დ) პაციენტის მდგომარეობის შეცვლისას, ნაწლავის მარყუქების მდგომარეობის ნელი ცვლილება, ღიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა.

1540. კუჭ-ნაწლავის გრაქტიდან მწვავე სისხლდენისას, კოლაფსის არ არსებობის დროს რენგენოლოგიური კვლევა შეიძლება ჩატარდეს:

- *ა) კლინიკაში პაციენტის შემოსვლისთანავე.
- ბ) 3-4 სთ-ის შემდეგ.
- გ) 4 სთ-ის შემდეგ.
- დ) 3-4 დღის შემდეგ.

1541. მუცლის ღრუს დახურული გრამის დროს 12-გოჯა ნაწლავის დასწვრივი ტოტის გასკლომის, ძირითადი სიმტომებს წარმოადგენს:

- ა) ღიაფრაგმის, კუჭისა და მსხვილი ნაწლავის ცლომა.
- ბ) მარცხენა ღიაფრაგმის ქვედა სივრცის დაჩრდილვა.
- გ) თავისუფალი აირი მუცლის ღრუში.
- *დ) რეგროპერიტონეალური ემფიზემა.

1542. მუცლის ღრუს ყრუ გრავმის დროს, მიმოხილვითი რენგენოგრაფიაზე ისახება მუცლის ღრუს მარჯვენა ნახევრის დაჩრდილვა, ღიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის მაღალი დგომა, ღვიძლის ქვედა

კიდე არ ღიფერენცირდება, კუჭი და მსხვილი ნაწლავები ცლომილია და გადაბერილია აირით, თქვენი დასკვნა:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის ჰემაგომა.
- ბ) მუცლის ღრუშიდა სისხლდენა.
- *გ) ღვიძლის გახეთქვა.
- დ) ელენთის სუბკაფსულარული დაზიანება.

1543. მუცლის ღრუს გრაფმის ღროს ყველაზე ხშირად ბიანდება:

- ა) ემოფაგო-კარდიალური ნაწილი.
- ბ) პილორუსი.
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავი.
- დ) განივი კოლინჯი.

1544. პაციენტს, მენჯის ძვლების მოგეხილობის ღროს, შარდის შეკავებისა და ჰემატურიის თანხლებით, პირველ ყოვლისა უნდა ჩაუგარდეს:

- ა) ირიგოსკოპია.
- ბ) აორტოგრაფია.
- გ) ექსკრეტორული უროგრაფია.
- *დ) ცისტოგრაფია.

1545. მალლა მღგომი და უმოდრაო მარჯვენა ღიაფრაგმის გუმბათი, გამონაქონი მარჯვენა ღიაფრაგმულ სინუსში, ღვიძლის ჩრდილის ფონზე სითხის ჰორიზონტალური ღონე-ჩამოთვლილი რენგგენოლოგიური ცვლილებები ახასიათებს:

- ა) ქოლანგიგს.
- ბ) ღვიძლის აბსცესს.
- *გ) მარჯვენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესს.
- დ) ღვიძლის სიმსივნეს.

1546. რენგგენოლოგიური ნიშნები: მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის მალლა ღგომა და მოძრაობის შეზღუდვა, რეაქტიული ცვლილებები პლევრის ღრუში და ფილგვის ბაზალურ სეგმენტებში, არაერთგვაროვანი დაჩრდილვა სითხის ჰორიზონტალური ღონით მარცხენა ღიაფრაგმის გუმბათის ქვემოთ, კუჭისა და კოლინჯის ელენთის ნაკეცის ცლომა - დამახასიათებელია:

- ა) ელენთის გახეთქვისთვის.
- ბ) თრომბოფლებიგური სპლენომეგალიისათვის.
- *გ) მარცხენამხრივი ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესისათვის.
- დ) პანკრეასის კულის სიმსივნისათვის, რღვევის ფაზაში.

1547. ღვიძლის პროექციაზე, სხვადასხვა ზომის ღრუ წარმონაქმნის არსებობა სითხით და აირით, რომლებიც ისახებიან პირდაპირ და გვერდით პროექციებში, რეაქტიული, პლევრალური ცვლილებების გარეშე, მეტყველებს:

- ა) მსხვილი ნაწლავის ინგერპომიციაზე.
- ბ) შემოსამღვრულ ჩირქოვან პერიტონიგზე.
- გ) ღიაფრაგმისქვეშა აბსცესზე.
- *დ) ღვიძლის აბსცესზე.

1548. საყლაპავის ჭრილობისას, უკონტრასტო გამოკვლევით, ყველაზე დამაჯერებელი რენგგენოლოგიურ სიმპტომად გვევლინება ყველა გარდა:

- *ა) აირი საყლაპავის სანათურში.

- ბ) პნევმოქოქიასტინუმი, კისრის რბილი ქსოვილების ემფიზემა.
- გ) კისრის ლორღომის გასწორება.
- ღ) შუასაყრის ჩრდილის გაფართოება.

გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების დავალებათა სხივური იაგნოსტიკა

1549. რენტგენოუნქციონალური სიმპტომების გამოსავლენად ყველაზე მეტად ინფორმატიულია

- *ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- გ) სონოგრაფია
- ღ) ტომოგრაფია

1550. მარცხენა წინაგულის დილაგაციისას (დიასტოლური გადატვირთვა) კონტრასტირებული საყლაპავის გადახრის რადიუსია

- ა) მცირე
- *ბ) დიდი
- გ) საშუალო
- ღ) საყლაპავის გადახრა არ აღინიშნება

1551. რომელ პროექციაში არ გამოდის კიდეზე მარჯვენა წინაგული

- ა) პირღაპირში
- ბ) მარჯვენა ირიბში
- გ) მარცხენა ირიბში
- *ღ) მარცხენა გვერღითში

1552. აღმაავალი აორტის განივი ზომის დასადგენად ყველაზე ოპტიმალურ პროექციას წარმოადგენს

- ა) პირღაპირი
- ბ) მარჯვენა ირიბი
- გ) მარცხენა გვერღითი
- *ღ) მარცხენა ირიბი

1553. ნორმაში, პირღაპირ პროექციაში, გულის მარჯვენა სიზღვარი ხერხემლის კიდე სციღდება

- ა) 4-5 სმ-ით
- *ბ) 2-3 სმ-ით
- გ) 6-7 სმ-ით
- ღ) 8-10 სმ-ით

1554. მარცხენა წინა ირიბ პროექციაში რეგროკარღიალური სივრცის შევიწროვება აღინიშნება

- ა) აორტის ასწვრივი ნაწილის დიამეტრის მომატებისას
- *ბ) მარცხენა წინაგულის გაღიღებისას
- გ) მარჯვენა წინაგულის გაღიღებისას
- ღ) მარჯვენა პარკუჭის გაღიღებისას

1555. მარჯვენა წინა ირიბ პროექციაში დიაფრაგმის ზევით რეგროკარღიალური სივრცის შევიწროვება ვღინდება

- ა) მარჯვენა პარკუჭის გაღიღებისას
- *ბ) მარჯვენა წინაგულის გაღიღებისას

- გ) მარცხენა პარკუჭის გადილებისას
- დ) მარცხენა წინაგულის გადილებისას

1556. პირდაპირ პროექციაში გულის მარცხენა საზღვარი ნორმაში მდებარეობს

- ა) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით შიგნით
- ბ) ლავიწშუა ხაზიდან 1 სმ-ით გარეთ
- *გ) ლავიწშუა ხაზზე
- დ) პარასტერნალური ხაზის ღონებზე

1557. მარჯვენა პარკუჭი ნორმაში არ არის კიდისწარმომქმნელი

- *ა) პირდაპირ პროექციაში
- ბ) მარჯვენა ირიბ პროექციაში
- გ) მარცხენა ირიბ პროექციაში
- დ) მარცხენა გვერდით პროექციაში

1558. გულის საწყის რენტგენოლოგიურ კვლევას წარმოადგენს

- *ა) გულმკერდის ღრუს პოლიპომბიციური რენტგენოსკოპია
- ბ) ფლუროგრაფია პირდაპირ პროექციაში
- გ) გულმკერდის ღრუს რენტგენოგრაფია სამ სტანდარტულ პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით
- დ) გულმკერდის ღრუს რენტგენოგრაფია პირდაპირ და მარცხენა გვერდით პროექციაში საყლაპავის კონტრასტირებით

1559. პერიკარდის ცელომური კისტების ღიაგნოსტიკაში ძირითადი მეთოდია

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) ექოკარდიოგრაფია
- *გ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- დ) რენტგენოგრაფია

1560. მუცლის აორტის შევიწროვების ლოკალიზაციის და კოლაგერალების მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

- ა) რენტგენოგრაფია
- ბ) ულტრაბგერითი კვლევა
- *გ) აორტოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1561. გულის განივი ზომა მის სიგრძივზე მეტი შეიძლება იყოს

- ა) ჰიპერტონული დაავადებისას
- ბ) მიოკარდიტისას
- *გ) ექსუდაციური პერიკარდიტისას
- დ) ფილტვის არტერიის სტენოზისას

1562. პერიკარდის ღრუში მცირე რაოდენობით სითხის გამოვლენისათვის შედარებით ინფორმატიულია

- ა) რენტგენოსკოპია
- ბ) რენტგენოგრაფია
- *გ) ულტრაბგერითი კვლევა
- დ) ტომოგრაფია

1563. ათეროსკლეროზის დროს აორტის კედლის გაკირვის დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე ინფორმატიულია

- ა) გომოგრაფია
- *ბ) კომპიუტერული გომოგრაფია
- გ) რენგენოგრაფია
- დ) რენგენოსკოპია საყლაპავის კონტრასტირებით

1564. ასწვრივი აორტის ანევრიზმა პირდაპირ რენგენოგრაფიაზე ვლინდება ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

- *ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში
- ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში
- გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში
- დ) მუცლის ღრუში

1565. გულმკერდის აორტის დასწვრივი ნაწილის ანევრიზმა პირდაპირ რენგენოგრაფიაზე ვლინდება ჩრდილის სახით, რომელიც ლოკალიზდება

- ა) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა ნახევარში
- *ბ) გულმკერდის ღრუს მარცხენა ნახევარში
- გ) გულმკერდის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში
- დ) მუცლის ღრუში

1566. დასწვრივი აორტის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

- ა) წინ და მარცხნივ
- *ბ) წინ და მარჯვნივ
- გ) უკან და მარცხნივ
- დ) უკან და მარჯვნივ

1567. აორტის რკალის ანევრიზმისას კონტრასტირებული საყლაპავი გადაიხრება

- ა) წინ და მარცხნივ
- ბ) წინ და მარჯვნივ
- გ) უკან და მარცხნივ
- *დ) მარჯვნივ და უკან

1568. შუასაყრის კისტებისა და აორტის ანევრიზმების დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის მეტად ინფორმატიულია

- ა) რენგენოგრაფია
- ბ) გომოგრაფია
- გ) ექოკარდიოგრაფია
- *დ) კომპიუტერული გომოგრაფია

1569. კორონარული ათეროსკლეროზის მუსტი დიაგნოსტიკისათვის კვლევის გადამწყვეტი მეთოდია: 1) კორონაროგრაფია; 2) რენგენოგრაფია; 3) მაგნიტურ-რეზონანსული გომოგრაფია

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

1570. გულის სარქველოვანი აპარატის მდგომარეობის შესახებ ოპტიმალური ინფორმაცია შეიძლება მივიღოთ

- ა) რენტგენოსკოპიით
- ბ) რენტგენოგრაფიით
- *გ) ულტრაბგერითი კვლევით
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1571. გულის ზომების მნიშვნელოვან მაგებას თან ახლავს

- ა) იზომეტრული ჰიპერტენზია
- ბ) ადაპტაციური ჰიპერტროფია
- გ) ტონოგენური დილატაცია
- *დ) მიოგენური დილატაცია

1572. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებისას ჰემოდინამიკის დარღვევა ხასიათდება

- *ა) ვენური შეგუბებით
- ბ) ჰიპერვოლემიით
- გ) ჰიპოვოლემიით
- დ) სისხლის ნორმალური ნაკადით

1573. მარცხენა პარკუჭის ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევისთვის დამახასიათებელია ფილგვებში ჰემოდინამიკის ცვლილებები

- *ა) ვენური შეგუბება
- ბ) მცირე წრეში ნორმალური სისხლის ნაკადი
- გ) არტერიული ჰიპერტენზია
- დ) ფილგვებში სისხლის მიმოქცევის 3გადარიბება48

1574. სუბპლევრალური სითხის დაგროვება ვლინდება

- *ა) ვენური შეგუბებისას
- ბ) ჰიპერვოლემიისას
- გ) არტერიული ჰიპერტენზიისას
- დ) ჰიპოვოლემიისას

1575. კერლის ხაზები მეტად დამახასიათებელია

- ა) ფილგვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევისას
- *ბ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვენური შეგუბებისას
- გ) ჰიპოვოლემიისას
- დ) ჰიპერვოლემიისას

1576. კერლის ხაზების მორფოლოგიური საფუძველია

- ა) პერიფერიული ვენების გაფართოება
- *ბ) წილთაშუა ძგიდეებში ლიმფოსტაზი
- გ) ფილგვის ოლიგემია
- დ) პლევრის შეშუპება

1577. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზია დამახასიათებელია

- ა) ფილგვის არტერიის სტენოზისათვის
- ბ) აორტის კოარქტაციისათვის
- გ) ფილგვის არტერიის თრომბოემბოლიისათვის

*დ) მიგრალური სტენობისათვის

1578. მცირე წრეში არტერიული ჰიპერტენზიის არაპირდაპირ სიმპტომს წარმოადგენს

ა) მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია

*ბ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია

გ) ჰემოსიდეროზი

დ) წილაკებსმორისი შეშუპება

1579. ჰემოსიდეროზი, როგორც გართულება გვხვდება

ა) ფილტვის არტერიის სტენოზის დროს

ბ) "ფილტვისმიერი" გულის დროს

*გ) მიგრალური სტენოზის დროს

დ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს

1580. კერლის ხაზები შეიძლება გამოვლინდეს

ა) აორტის კოარქტაციის დროს

ბ) წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს

*გ) მიგრალური სტენოზის დროს

დ) ებშტეინის ანომალიის დროს

1581. ფილტვის სისხლძარღვოვანი სურათის გოგალური ცალმხრივი გაიშვიათება შეიძლება გამოვლინდეს:

ა) პნევმოსკლეროზის დროს

ბ) მთავარ ბრონქში უცხო სხეული

გ) ფალოს ტეტრადას დროს

*დ) ფილტვის არტერიის ჰიპოპლაზიისას

1582. პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობის სითხის არსებობისას ფილტვის სურათის დამახასიათებელი ცვლილებებია

*ა) ვენური შეგუბება

ბ) ცვლილებების გარეშე

გ) ჰიპოვოლემია

დ) ჰიპერვოლემია

1583. ბრონქებისა და სისხლძარღვების "ცლომის" რენტგენოლოგიური ნიშანი აღინიშნება

ა) პნევმონიის დროს

ბ) ფილტვის ინფარქტის დროს

გ) ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიის დროს

*დ) ფილტვის კისტის არსებობის დროს

1584. კერლის ხაზები აღინიშნება ფილტვებში სისხლის მიმოქცევის ცვლილებების დროს რომლებიც თავის მხრივ ვითარდება

ა) ვენური შეშუპების ხარჯზე

ბ) არტერიალური ჰიპერტენზიის ხარჯზე

*გ) ინტერსტიციალური შეშუპების ხარჯზე

დ) ალვეოლარული შეშუპების ხარჯზე

1585. ფილტვებში ნორმალური სისხლის მიმოქცევა აღინიშნება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტის დროს
- ბ) ფალოს ტეგრადის დროს
- *გ) აორგის კოარქტაციის დროს
- დ) ეიმენმენგერის სინდრომის დროს

1586. გულის იშემიური დაავადების დროს, ფილგეში ჰემოდინამიკის ცვლილებების ინტენსივობა დამოკიდებულია:

- ა) გულის ზომებზე
- ბ) დაავადების ხანგრძლივობაზე
- *გ) მიოკარდის დამიანების ზომებზე
- დ) ავადმყოფის ასაკზე

1587. ფილგვის ალვეოლარული შეშუპება, რომელსაც წინ არ უძღვის ცვლილებები ფილგვის სისხლის მიმოქცევაში, შეიძლება განვითარდეს

- ა) მგულის მანკის დეკომპენსაციის დროს
- *ბ) მიოკარდის მწვავე ინფარქტის დროს
- გ) ფილგვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს
- დ) დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს

1588. ციანოზი - წამყვანი სიმპტომია

- ა) აორგის შესართავის სტენოზის
- *ბ) ფალოს ტეგრადის
- გ) მიგრალური უკმარისობის
- დ) პერიკარდის ცელომიური კისტების

1589. მარცხენა პარკუჭში შეყვანილი კონტრასტული ნივთიერებით ერთდროულად კონტრასტირდება მარჯვენა პარკუჭი და აორგა

- ა) ღია არტერიული სადინრის არსებობისას
- ბ) ებშტეინის ანომალიის არსებობისას
- გ) ფალოს ტეგრადის არსებობისას
- *დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტის არსებობისას

1590. მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას აორგასთან ერთად კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტისას
- ბ) მიგრალური სტენოზისას
- *გ) მიგრალური უკმარისობისას
- დ) აორგალური უკმარისობისას

1591. თუ მარცხენა პარკუჭში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას კონტრასტირდება მარცხენა წინაგული, მაშინ არის

- ა) აორგალური უკმარისობა
- ბ) ღია არტერიული სადინარი
- გ) ფალოს ტეგრადი
- *დ) მიგრალური უკმარისობა

1592. არტერიული წნევა 130/0 მმ.ვერცხ.სვ. - ეს სიმტომი დამახასიათებელია

- ა) მიოკარდიგისათვის

- ბ) პერიკარდიგისათვის
- გ) მარცხენა წინაგულის მიქსომისათვის
- *დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისათვის

1593. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას ფილტვის არტერია კონტრასტირდება

- ა) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტისას
- ბ) მაგისტრალური სისხლძარღვების გრნსპომიციისას
- *გ) ღია არტერიული სადინრისას
- დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

1594. აორტაში კონტრასტული ნივთიერების შეყვანისას მარცხენა პარკუჭი კონტრასტირდება

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზისას
- ბ) მიგრალური სარქველის უკმარისობისას
- გ) აორტის შესართავის სტენოზისას
- *დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

1595. ფილტვების ფესვების "ასიმეტრიის" სიმპტომი აღინიშნება

- ა) ებშტეინის ანომალიისას
- *ბ) ფილტვის არტერიის სტენოზისას
- გ) წინაგულთაშუა ძგიდის ღეფექტისას
- დ) პარკუჭთაშუა ძგიდის ღეფექტისას

1596. მიგრალური სარქველის უკმარისობისათვის მარჯვენა ირიბ პროექციაში დამახასიათებელია კონტრასტირებული საყლაპავის ცლომის რკალის

- ა) მცირე რადიუსი
- ბ) საშუალო რადიუსი
- *გ) დიდი რადიუსი
- დ) საყლაპავის ცლომა არაა გამოხატული

1597. მიგრალური სარქველის უკმარისობისათვის დამახასიათებელია მარცხენა წინაგულის კუმშვადობის ამპლიტუდა

- ა) შემცირებული
- *ბ) მომატებული
- გ) საშუალო
- დ) ამპლიტუდა არაა შეცვლილი

1598. აორტის დიამეტრის შემცირება დამახასიათებელია

- ა) აორტალური სარქველის უკმარისობისათვის
- ბ) მარჯვენა ატრიო-ვენტრიკულარული ხვრელის სტენოზისათვის
- გ) აორტის ათეროსკლეროზული დაზიანებისათვის
- *დ) მარცხენა ატრიო-ვენტრიკულარული ხვრელის სტენოზისათვის

1599. ნეკნთა "უზურირება" აღინიშნება

- ა) აორტის მარჯვენამხრივი მღებარეობისას
- ბ) ორმაგი აორტის რკალისას
- *გ) აორტის კოარქტაციისას
- დ) აორტის შესართავის სტენოზისას

1600. მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია აღინიშნება

- ა) აორტის შესართავის სტენოზისას
- ბ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას
- გ) აორტის კოარქტაციისას
- *დ) მიტრალური სტენოზისას

1601. გულმკერდის ღრუს ჩონჩხში აგროფია გეწოლისაგან შეიძლება აღინიშნებოდეს

- ა) მიტრალური მანკისას
- ბ) ღია არტერიული სადინრისას
- *გ) აორტის ანევრიზმისას
- დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

1602. აორტის რკალის დონეზე საყლაპავი (პირდაპირ პროექციაში) გადაიხრება მარცხნივ

- ა) აორტის კოარქტაციისას
- ბ) ჰიპერტონული დაავადებისას
- *გ) აორტის მარჯვენამხრივი მღებარეობისას
- დ) აორტალური სარქველის უკმარისობისას

1603. მარცხენა წინაგულის აუცილებელ გადიდება თან ახლავს

- ა) აორტის კოარქტაციას
- ბ) ფალოს ტეტრადას
- *გ) მიტრალური სტენოზის
- დ) აორტის ანევრიზმისას

1604. "ფილტვისმიერი" გული წარმოადგენს

- ა) ჰიპერტონული დაავადების გართულებას
- ბ) ჰიპერთირეოზის გართულებას
- გ) მიოკარდიტის გართულებას
- *დ) ქრონიკული პნევმონიის გართულებას

1605. კონგრასტირებული საყლაპავის ცლომა რკალის დიდი რადიუსით (მარჯვენა წინა ირიბი პროექცია) დამახასიათებელია

- ა) "ჯაეშნიანი" გულისათვის
- ბ) მიტრალური სტენოზისთვის
- *გ) მიტრალური უკმარისობისთვის
- დ) ტრიკუსპიდალური სტენოზისთვის

1606. მარცხენა პარკუჭის კონტურის გასწვრივ კუმშვალობის არ არსებობა (აღინამიური ზონა) გვხვდება

- ა) მიტრალური სტენოზისას
- ბ) ფილტვისმიერი გულისას
- გ) "ჰიპერტონული" გულისას
- *დ) მიოკარდიუმის ინფარქტისას

1607. გულის ჩრდილის ზომების სწრაფი ღინამიკა აღინიშნება

- ა) მიოკარდიტისას
- ბ) ფილტვისმიერი გულისას
- *გ) ექსუდაციური პერიკარდიტისას

დ) მიოკარდიოპათიისას

1608. შეხორცებითი პერიკარდიგის სიმპტომს წარმოადგენს

ა) გულის სიგრძის მომაგება

*ბ) გულის კონტურებზე გაკირული უბნებუს არსებობა

გ) გულის განივი ზომის მომაგება

დ) გულის კონტურებზე კუმშვადობის ამპლიტუდის მომაგება

1609. პერიკარლის ცელომიური კისტებისათვის არაა ტიპიური

ა) ლოკალიზაცია მარჯვენა გულ-ღიაფრაგმალური კუთხის მიდამოში

ბ) სუნთქვისას ჩრდილის ფორმის ცვლილება

*გ) ლოკალიზაცია მარცხენა წინაგულის საპროექციო მიდამოში

დ) გადაცემითი პულსაცია

1610. მარჯვენა კარდიოღიაფრაგმალური კუთხის საპროექციო მიდამოში გამოხეროილობა დამახასიათებელია

ა) მიგრალური უკმარისობისათვის

ბ) აორგის შესართავის სტენოზისათვის

*გ) პერიკარლის ცელომიური კისტებისათვის

დ) აორგის კოარქტაციისათვის

1611. გულის ჩრდილის კონტურების გაკირვა დამახასიათებელია

ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზისათვის

*ბ) შეხორცებითი პერიკარდიგისათვის

გ) მიოკარდიგისათვის

დ) მიგრალური სტენოზისათვის

1612. გულის არასწორი, არამკაფიო კონტურები აღინიშნება

ა) ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზის დროს

ბ) ჰიპერტონული დაავადების დროს

გ) მიოკარდიგის დროს

*დ) შეხორცებითი პერიკარდიგის დროს

1613. მწვავე მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობისათვის უფრო მეტადაა დამახასიათებელი

ა) ფილგვის არტერიული ჰიპერტენზია

ბ) ფილგვის ჰემოდინამიკის ცვლილების შერეული ტიპი

*გ) ფილგვის ვენური ჰიპერტენზია

დ) ფილგვის ნორმალური სისხლის მიმოქცევა

1614. მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმისათვის დამახასიათებელია

ა) გულის დიფუზური გაფართოება

*ბ) მარცხენა პარკუჭის კედლის შემოსამღვრული გამოხეროილობა

გ) პარკუჭის ზომები ჩვეულებრივია

დ) პარკუჭი შემცირებულია

1615. ექსუდაციური პერიკარდიგისათვის დამახასიათებელია

ა) მარცხენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება

ბ) მარჯვენა პარკუჭის რკალის დაგრძელება

- *გ) გულის ყველა რკალის წაშლა
- დ) ფილგვის არტერიის რკალის გაფართოება

1616. ექსულაციური პერიკარდიტისათვის დამახასიათებელია

- ა) პულსაციის ამპლიტუდის გაზრდა
- *ბ) პულსაციის ამპლიტუდის შემცირება
- გ) პულსაცია არაა შეცვლილი
- დ) პარადოქსული პულსაცია

1617. გულის კუნთის დიფუზური დაზიანებისას კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის:

- ა) მახვილი
- *ბ) ბლაგვი
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

1618. ექსულაციური პერიკარდიტისას (დიდი რაოდენობით სითხის არსებობისას) კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის

- *ა) მახვილი
- ბ) ბლაგვი
- გ) არ არის შეცვლილი
- დ) მარჯვენა კარდიოლიაფრაგმალური კუთხე არის მახვილი

1619. შეგუბებითი დილატაციური კარდიომიოპათიისათვის დამახასიათებელია

- ა) ფილგვის ვენური ჰიპერტენზია
- ბ) ორივე პარკუჭის გადიდება
- გ) გულის ჩრდილის კონტურების წაშლა
- *დ) ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი

1620. ფილგვისმიერი გულისათვის დამახასიათებელია

- ა) მარცხენა პარკუჭის გადიდება
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის გადიდება
- გ) მარცხენა წინაგულის გადიდება
- დ) მარცხენა წინაგულისა და მარცხენა პარკუჭის გადიდება

სარძევე ჯირკვლის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

1621. მასიური პროფილაქტიკური გასინჯვისას სარძევე ჯირკვლის რენტგენოლოგიური კვლევა უმჯობესია ჩატარდეს

- ა) პირდაპირ ან გვერდით პროექციაში.
- ბ) პირდაპირ და გვერდით პროექციაში.
- გ) პირდაპირ და ირიბ პროექციაში.
- *დ) ირიბ პროექციაში.

1622. რენტგენოგრაფია გამოსახულების პირდაპირი გადილებით გამოიყენება

- ა) პათოლოგიური კერის კონტურის ხასიათის დასაზუსტებლად.
- *ბ) მიკროკალცინატების არსებობის დასადგენად.
- გ) მიმოხილვითი მამოგრაფიისას, მკვრივი სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში, პათოლოგიური წარმონაქმნის გამოსაფლენად.

დ) ინვოლუციური სარძევე ჯირკვლის შემთხვევაში პათოლოგიური წარმონაქმნის გამოსავლენად.

1623. ლექტოგრაფიის ჩაგარების აბსოლუტური ჩვენებაა გამონადენი ღვრილიდან

ა) ნებისმიერი ხასიათის

ბ) სეროზული ხასიათის

გ) სისხლიანი ხასიათის

*დ) სეროზული და სისხლიანი ხასიათის.

1624. სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა მეტად ინფორმატიულია

ა) სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამოსავლენად

ბ) სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და კეთილთვისებიან სიმსივნეს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში

*გ) კისტოზურ და სოლიდურ წარმონაქმნებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში

დ) კისტას, კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

1625. მამოგრაფიის ჩაგარება რეკომენდირებულია

ა) მენსტრუალური ციკლის 1-5 დღეს

*ბ) მენსტრუალური ციკლის მე-6-12 დღეს

გ) მენსტრუალური ციკლის მე-2 ფაზაში

დ) არ აქვს მნიშვნელობა.

1626. სარძევე ჯირკვლის რეგრომამალური სივრცისა და აქსილარული წანაზარდის მდგომარეობის შეფასებისათვის ოპტიმალურია

ა) პირდაპირი პროექცია

*ბ) ირიბი პროექცია

გ) გვერდითი პროექცია

დ) პირდაპირი და ირიბი პროექცია.

1627. სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევის რომელ კონტრასტულ მეთოდს აქვს თერაპიული ეფექტი.

ა) პნევმომაგნოგრაფია

ბ) ლექტოგრაფია

*გ) პნევმოკისტოგრაფია

დ) სალინრების ორმაგი კონტრასტირება.

1628. პათოლოგიური პროცესი ყველაზე ხშირად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის

*ა) ზედა გარეთა კვადრანტში

ბ) ზედა შიგნითა კვადრანტში

გ) ქვედა გარეთა კვადრანტში

დ) ქვედა შიგნითა კვადრანტში.

ე) გამოკვეთილი კანონზომიერება არ არის.

1629. შერეული ფორმის მასტოპათიის გამოხატული ფორმის შემთხვევაში საკონტროლო მამოგრაფია უნდა ჩაგარდეს

ა) 6 თვეში

*ბ) 1 წელიწადში

გ) 1,5-2 წლის შემდეგ

დ) 3 წლის შემდეგ.

1630. მასკოპათიის კვანძოვან ფორმასა და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ლიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება მეტად

ა) არამკაფიო კონგურს

ბ) ჰიპერვასკულარიზაციის სიმპტომს

*გ) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებით წარმონაქმნის ზომების ცვალებადობას

დ) ბელგისებური კალცინაგების არსებობა.

1631. პნევმოკისტოგრაფიის ჩატარების შემდეგ ოპერაციული მკურნალობა არ არის ნაჩვენები თუ

ა) კისტის შიგნითა კონგურები სწორია, ჰემორაგიული შიგთავსით

ბ) კედელთან ქსოვილოვანი წარმონაქმნი, სეროზული შიგთავსით

გ) კისტის სრული დაცლა, პუნქტაგში პროლიფერირებადი უჯრედები

*დ) კისტის კედლები სწორი, სეროზული შიგთავსით.

1632. სარძევე ჯირკვლის კისტასა და ფიბროადენომას შორის ლიფერენცირების საშუალებას იძლევა

*ა) მსხვილი ბელგისებური გაკირული უბნების არსებობა

ბ) პერიფერიაზე თხელი ნათელი არშია

გ) კონგურების პოლიციკლურობა

დ) კაფსულის არსებობა.

1633. ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე სარძევე ჯირკვლის ლიპომა გამოვლინდება, როგორც

ა) მკაფიო, სწორკონგურებიანი დაჩრდილვა

*ბ) მკაფიო, სწორკონგურებიანი ნათელი უბანი

გ) ჯირკვლოვანი ქსოვილის ფონზე ლიპომა არ ისახება

დ) მკაფიო, სწორკონგურებიანი დაჩრდილვა, პერიფერიაზე ნათელი არშიით.

1634. ინვოლუციურ სარძევე ჯირკვალში ლიპომა შეიძლება გამოვლინდეს

ა) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-მდე

ბ) როცა წარმონაქმნის ზომაა 2 სმ-ზე მეტი

*გ) კაფსულის არსებობის შემთხვევაში

დ) ინვოლუციური ცვლილებების ფონზე ლიპომა არ ვლინდება.

1635. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ინფილტრაციული ფორმის პროგრესირებადი ზრდის შემთხვევაში დაზიანებული სარძევე ჯირკვლის ზომები

*ა) იზრდება

ბ) მცირდება

გ) შეიძლება შემცირდეს ან გაიზარდოს

დ) არ იცვლება

1636. სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის სკიროზული გიპი, რომელიც პალპირებადია ზომებით

ა) შეესაბამება მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებას

ბ) მცირეა მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

*გ) მეტია მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე

დ) შეიძლება იყოს როგორც მეტი, ასევე ნაკლები მის რენტგენოლოგიურ გამოსახულებაზე.

1637. სარძევე ჯირკვლის სარკომასა და ლოკალურად ინფილტრირებულ კიბოს შორის

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გარღება:

- *ა) კონტურის ხასიათის მიხედვით
- ბ) ჰიპერვასკულარიზაციის მიხედვით
- გ) ორგანოს დეფორმაციის მიხედვით
- დ) დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გაძნელებულია.

1638. ლექტოგრაფიის ჩატარება უკუნაჩვენებია

- ა) ღვრილიდან ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში
- ბ) ღვრილიდან სეროზული გამონადენის შემთხვევაში
- *გ) სარძევე ჯირკვალში მწვავე ანთებითი პროცესის დროს
- დ) უკუჩვენებია არ არის.

1639. სარძევე ჯირკვლის კიბოსა და მასგოპათიის კვანძოვან ფორმას შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარების საშუალებას გვაძლევს

- *ა) მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან დაკავშირებული წარმონაქმნის ზომის ცვლილება
- ბ) წარმონაქმნის ჩრდილის ინტენსივობა
- გ) კალცინატების არსებობა
- დ) წარმონაქმნის კონტურის ხასიათი.

1640. ჭეშმარიტ გინეკომასტიას ახასიათებს

- ა) გულმკერდის ზომაში მაგება
- *ბ) მამოგრამაზე ჯირკვლოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი კომპლექსის არსებობა
- გ) ღვრილიდან გამონადენი
- დ) გულმკერდის ჰიპერვასკულარიზაციის არსებობის ნიშნები.

1641. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დროს ჰიპერვასკულარიზაცია ვლინდება.

- ა) სისხლძარღვების დიამეტრის გაზრდით
- ბ) სისხლძარღვოვანი განგოტებების რაოდენობრივი მომატებით
- *გ) სისხლძარღვების დიამეტრისა და რაოდენობის მომატებით, მათი დაკლაკნილობით.
- დ) სისხლძარღვების დაკლაკნილობით.

შარდ სასქესო ორგანოების რეგროპერიტონეალური სივრცისა და მცირე მენჯის დაავადებათა სხივური დიაგნოსტიკა

1642. წელის რომელი მალის ღონეზე მდებარეობს თირკმლის მენჯი ნეფროფტომის დროს:

- ა) პირველი
- ბ) მეორე
- გ) მესამე
- *დ) მეოთხე

1643. დისგოპიისა და ნეფროფტომის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს

- ა) მენჯის განლაგების ღონე
- ბ) შარდსაწვეთის სიგრძე
- გ) თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე
- დ) შარდსაწვეთის განლაგება
- *ე) შარდსაწვეთის სიგრძე და თირკმლის არტერიის გამოსვლის ღონე

1644. ექსკრეტორულ უროგრამაზე თირკმლის ჭვავი შეიძლება ვივარაუდოთ შემდეგი ნიშნის საფუძველზე

- * ა) პიელოექტაზია
- ბ) ბუშგ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი
- გ) ფიალების ზელა ჯგუფის გადანაცვლება, გადაადგილება
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურების დეფორმაცია

1645. ტუბერკულოზური პაპილიტის შემთხვევაში ყველაზე დიდ ინფორმაციას იძლევა

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- * ბ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- გ) ციმოგრაფია
- დ) ანგიოგრაფია

1646. ექსკრეტორული უროგრაფიის ნეფროგრაფიულ ფაზაში კავერნოზულ ტუბერკულოზზე მეტყველებს

- * ა) პარენქიმის კონტრასტირების დეფექტი
- ბ) "თეთრი" თირკმელი
- გ) თირკმლის კონტრასტირების არარსებობა
- დ) პარენქიმის ინტენსიური არათანაბარი კონტრასტირება

1647. თირკმლის სიმსივნის სიმპტომებს მიეკუთვნება

- * ა) ფიალის ამპუტაცია
- ბ) სუსტი ნეფროგრაფიული ფაზა
- გ) თირკმლის ზომების შემცირება
- დ) ფიალებისა და მენჯის ჰიპოტონია

1648. ზელა საშარდე გზების რენტგენოგრაფიული კონკრემენტების შემთხვევაში ყველაზე ინფორმატულია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- გ) ციმოგრაფია
- * დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1649. საშარდე გზების ტონუსის დაქვეითებაზე მეტყველებს შემდეგი ნიშნები

- ა) მენჯის კონტრასტირების არარსებობა
- ბ) პიელოექტაზია
- გ) ფიალების ამპუტაცია
- * დ) "ჰსოას"-სიმპტომი

1650. თირკმლის აპლაზიის შესახებ ყველაზე სარწმუნო ინფორმაციას იძლევა

- ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია
- * გ) არტერიოგრაფია
- დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1651. თირკმლის ჰიპოპლაზიის დადგენის ყველაზე სარწმუნო მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა
- ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია

- გ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- *დ) არტერიოგრაფია

1652. მენჯისა და ფიალების მდგომარეობის შესაფასებლად "გამოთიშული (ფუნქციონალური ბლოკი) თირკმლის" შემთხვევაში უნდა გამოიყენონ

- ა) ინფუზიური უროგრაფია
- *ბ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- გ) მიმოხილვითი რენგენოგრაფია
- დ) კომპიუტერული ტომოგრაფია

1653. ნეფროფტოზის შემთხვევაში კვლევის წამყვანი მეთოდია

- ა) ულტრაბგერითი კვლევა ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- *ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია (რენგენოგრაფია ვერტიკალურ მდებარეობაში)
- გ) რეგროგრადული პიელოგრაფია
- დ) მიმოხილვითი რენგენოგრაფია

1654. ჯანმრთელი ადამიანის თირკმელები მდებარეობს შემდეგ ღონებზე

- ა) გულმკერდის მე 8-10 მალეები
- *ბ) გულმკერდის მე-12 და წელის 1-2 მალეები
- გ) წელის 1-5 მალეები
- დ) წელის 4-5 მალეები

1655. ნორმაში მარჯვენა თირკმლის ზედა პოლუსი მარცხენასთან შედარებით განლაგებულია:

- *ა) 1-2 სმ-ით ქვემოთ
- ბ) 3-4 სმ-ით ქვემოთ
- გ) 5-6 სმ-ით ქვემოთ
- დ) 10 სმ-ით ქვემოთ

1656. შარდგამომყოფი გზების მიმოხილვით რენგენოგრაფიაზე შარდის ბუშგის ჩრდილი

- *ა) იშვიათად ვლინდება
- ბ) ყოველთვის ვლინდება
- გ) არასდროს არ ვლინდება
- დ) კარგად ისახება

1657. თირკმელი ნორმალური ზომის, ჩრდილი ჰომოგენური, მენჯი ზომიერად გადიდებული, მისი კონტურები მომრგვალო და მკაფიო, ფიალები დილაგაციის გარეშე. ეს უპირატესად ახასიათებს შემდეგ პათოლოგიას

- ა) თირკმლის ჰიპოპლაზია
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი
- *გ) პიელოექტაზია
- დ) თირკმლის სიმსივნე

1658. თირკმლის მენჯი და შარდსაწვეთი ცლომილია, ფიალები ხშირად დეფორმირებული (მიჭყლეტილი), მათ შორის მანძილი მომაგებულია, ანგიოგრაფებზე ისახება უსისხლძარღვო ზონა ულტრაბგერითი კვლევით პარენქიმის დეფექტი და ექონეგატიური ზონა მკვეთრი კონტურებით. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) სიმსივნე
- ბ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

- * გ) სოლიგარული კისგა
- დ) ჰიდრონეფროზი

1659. თირკმლის მენჯისა და ფიალების გაგანიერება, თირკმლის პარენქიმის აგროფია, ზომებში გადიდება ლაგერალური კონტურის გალღისებური გამოლრეკით, ფუნქციის მკვეთრი შემცირება ან არარსებობა - ეს ახასიათებს

- ა) სოლიგარული კისგა
- ბ) სიმსივნე
- * გ) ჰიდრონეფროზი
- დ) ქრონიკული პიელონეფრიტი

1660. მიმოხილვით რენგენოგრამაზე თირკმლის გადილებული, არაერთგვაროვანი ჩრდილი არასწორი კონტურებით, რეგროგრადულ პიელოგრამაზე ფიალების გაგანიერება ან ამპუტაცია, მენჯის ავსების ღეფექტი არასწორი, უზურირებული კონტურებით უპირატესად ახასიათებს:

- ა) სოლიგარული კისგა
- ბ) ჰიდრონეფროზი
- * გ) სიმსივნე
- დ) ტუბერკულოზი

1661. თირკმლის არგერიისა და მისი სეგმენტური და სუბსეგმენტური გოგების მკვეთრი შევიწროება, უსისხლძარღვო მონების არსებობა. თირკმლისშიდა არგერიული გოგები ცლომილია უპირატესად პერიფერიისაკენ, თითქოს გაშლილია. ეს ნიშნები უპირატესად ახასიათებს

- ა) სოლიგარული კისგა
- * ბ) ჰიდრონეფროზი
- გ) სიმსივნე
- დ) პიელონეფრიტი

1662. თირკმლის ზომების შემცირება, მენჯ-ფიალათა სისგემის ღეფორმაცია, მცირე ფიალების არასწორი კონტურები, ქერქოვანი შრის წვრილი სისხლძარღვების ობლიგერაცია უპირატესად ახასიათებს

- ა) ტუბერკულოზი
- * ბ) შეჭმუხვნილი თირკმელი
- გ) ჰიპოპლაზია
- დ) სიმსივნე

1663. თირკმელების ორმხრივი დაზიანება, ზომებში მომაგება. პოლიციკლური კონტურები, მენჯი მიჭყლეტილი და დაგრძელებულია, ცლომილია, კონტურები სწორი, ფიალები დაგრძელებული, შევიწროვებული და რკალისებურად მოხრილია, ფიალების თაღის არეში ვლინდება ნახევრადოვალური ავსების ღეფექტები ან კოლბისმაგვარი გაფართოება - შარდსაწვეთი უცვლელია. თირკმლისშიდა არგერიები შევიწროვებულია, მათი რაოდენობა შემცირებულია, ისახება უსისხლძარღვო მონები. ეს უპირატესად ახასიათებს

- ა) ჰიდრონეფროზი
- ბ) ტუბერკულოზი
- გ) სიმსივნე
- * დ) პოლიკისტოზი

1664. ნეფროპოზომის გამოსავლენად აუცილებელია დამატებითად ჩაგარდეს

- ა) გამოკვლევა ტრენდლენბურგის პოზიციისაში

- ბ) შარდსაწვეთის კომპრესია
- *გ) სურათი ვერტიკალურ მდგომარეობაში
- დ) პიელოსკოპია

1665. ჰიდრონეფროზის შემთხვევაში უფრო რაციონალურია

- ა) ექსკრეტორული უროგრაფია
- ბ) ანგიოგრაფია
- გ) რეტროგრადული პიელოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა
- ე) ანტიგრადული პიელოგრაფია

1666. თირკმლის ფუნქციის არარსებობის შესახებ დასკვნა შეიძლება გამოგანილ იქნას შემდეგ შემთხვევაში

- ა) ფიალები და მენჯი არ კონტრასტირდება
- *ბ) არ ვლინდება ნეფროგრაფიული ფაზა
- გ) მენჯ-ფიალოვანი სისტემა უცვლელია რეტროგრადული პიელოგრაფიის დროს
- დ) თირკმლის სისხლძარღვოვანი სურათი უცვლელია

1667. საშარდე გზების რენტგენოკონტრასტულობის ინტენსივობაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ექსტრარენალური ფაქტორები

- *ა) კონტრასტული ნივთიერების რაოდენობა და კონცენტრაცია
- ბ) ჰემატურია
- გ) აღინამია
- დ) თანმხლები დაავადებები

1668. ექსკრეტორული უროგრაფიის დროს საშარდე გზების გამოსახვის ხარისხზე გავლენას ახდენს შემდეგი

- *ა) ხანდაზმული ასაკი
- ბ) ბავშვთა ასაკი
- გ) ორსულობა
- დ) ნაკლებმოდრაფი ცხოვრების წესი
- ე) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა

1669. საშარდე გზების ჰიპოტონიის წარმოშობას ხელს უწყობს

- ა) მძიმე ფიზიკური დატვირთვა
- ბ) ნაკლებად მოძრაფი ცხოვრების წესი
- გ) ორსულობა
- *დ) ასაკი

1670. თირკმელების ყველაზე ხშირ დაავადებებს ეკუთვნის

- ა) გლომერულონეფრიტი
- ბ) პიელონეფრიტი
- *გ) ნეფროფტოზი
- დ) სიმსივნეები

1671. შეჭმუხნული თირკმლის ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს

- ა) მენჯ-ფიალათა სისტემის დეფორმაცია
- ბ) თირკმლის ფორმის დეფორმაცია

- * გ) თირკმლის ზომების შემცირება
- დ) სუსტად გამოხატული ნეფროგრაფიული ფაზა

1672. დიფერენციალურ რენტგენოლიაგნოსტიკაში პირველად და მეორედ შეჭმუხნული თირკმლის შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს

- ა) ნეფროგრაფიული ფაზის მდგომარეობა
- ბ) თირკმლის ზომები
- გ) მენჯ-ფიალათა სისტემის მდგომარეობა
- დ) თირკმლის ფორმა
- * ე) სისხლძარღვოვანი სურათი

1673. თირკმლის კისტისათვის ნეფროგრაფიულ ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) პარენქიმის არათანაბარი კონტრასტირება
- ბ) პარენქიმის სუსტი კონტრასტირება
- * გ) პარენქიმის ლეფექტი
- დ) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა

1674. კისტისთვის უროგრაფიის გამოყოფის ფაზაში დამახასიათებელია

- ა) ფიალის ან ფიალათა ჯგუფის ამპუტაცია
- ბ) ფიალებზე გეწოლის სურათი
- გ) ფიალის ცლომა
- დ) ფიალებისა და მენჯის ინფილტრაცია
- * ე) ფიალებზე გეწოლა და ცლომა

1675. თირკმლისა და საშარღე გზების კიბოს ყველაზე ხშირ საწყის ლოკალიზაციას წარმოადგენს

- ა) მენჯი
- * ბ) თირკმლის პარენქიმა
- გ) ფიალები
- დ) შარდსაწვეთი
- ე) შარდის ბუშტი

1676. ქვემოთჩამოთვლილი დაავადებებიდან თირკმელში ყველაზე ხშირად გხვდება

- * ა) კისტა
- ბ) კიბო
- გ) პაპილომა
- დ) სარკომა
- ე) შერეული სიმსივნეები

1677. ქვემოთჩამოთვლილი სიმსივნური წარმონაქმნებიდან საშარღე გზებში ყველაზე ხშირად გხვდება

- * ა) კიბო
- ბ) პაპილომა
- გ) ხაოიანი სიმსივნეები
- დ) კისტა

1678. პოლიკისტოზის დროს აღინიშნება

- ა) თირკმლის ზომების მაგება
- ბ) თირკმლის ზომების შემცირება

- გ) ზომები უცვლელია
- დ) თირკმლის დეფორმაცია
- *ე) თირკმლის გადიდება და დეფორმაცია

1679. პოლიკისგომის დროს თირკმლის სისხლძარღვოვან სურათს ახასიათებს

- ა) სისხლის მიმოქცევის გაღარიბება
- ბ) სისხლის მიმოქცევის გაზრდა
- გ) სისხლძარღვთა დეფორმაცია
- დ) უცვლელია
- *ე) სისხლძარღვთა სურათის გაღარიბება და დეფორმაცია

1680. პოლიკისგომის დროს ნეფროგრაფიული ფაზა

- ა) უცვლელია
- ბ) არ ისახება
- გ) პარენქიმა არათანაბრად კონტრასტირდება
- *დ) პარენქიმის კონტრასტირების მრავლობითი დეფექტები

1681. პიელონეფრიტის დროს ზიანდება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა

- ა) ინტერსტიციალური ქსოვილები
- ბ) მილაკები
- *გ) გორგლოვანი აპარატი
- დ) საშარდე გზების ლორწოვანი

1682. თირკმელებისა და საშარდე გზების ტუბერკულოზით ინფიცირება ყველაზე ხშირად ხდება

- ა) ლიმფოგენური გზით
- *ბ) ჰემატოგენური გზით
- გ) აღმავალი ინფექცია
- დ) დაღმავალი ინფექცია

1683. ურეთეროცელეს ირგვლივ ცისტოგრამებზე "განათებული რკალის" ანაგომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს:

- ა) შრეობრივი კონკრემენტი
- ბ) შარდის ბუშგის კედელი
- გ) პარავეზიკალური ან პარაურეთერალური ცხიმოვანის შეშუპება
- *დ) შარდსაწვეთის კედელი

1684. თირკმლის ჭვალზე მეტყველებს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი სიმპტომი, გარდა

- *ა) ნეფროგრაფიული ფაზის არარსებობა
- ბ) საშარდე გზების კონტრასტირების არ არსებობა
- გ) საშარდე გზებში კონტრასტული ნივთიერების დაგვიანებული გამოვლენა
- დ) საშარდე გზების დილატაცია

1685. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე თირკმლის ჭვალის არაპირდაპირ ნიშნებს მიეკუთვნება ყველა, გარდა

- ა) ლიაფრაგმის გუმბათის მაღალი დეგომა
- ბ) შესაბამის მხარეზე ნაწლავებში აირების დიდი რაოდენობით დაგროვება
- გ) თირკმლის ზომების მაგება
- დ) თირკმლის გარეთა კონტურის წაშლა

*ე) თირკმლის ლეფორმაცია

1686. შეჭმუხნილი თირკმლის ღროს სისხლძარღვოვანი სურათი

ა) უცვლელია

ბ) სისხლმომარაგება მომაგებულია

გ) სისხლმომარაგება შემცირებულია

*დ) თირკმელშიდა სისხლძარღვების ლეფორმაცია

1687. სიმპტომებს, რომლებიც მიმოხილვით უროგრამაზე სიმსივნის არსებობის ეჭვს ბალებს მიეკუთვნება

ა) თირკმლის არეში კალციფიკაციის არსებობა

ბ) თირკმლის ჩრდილის ინტენსივობის მაგება

*გ) თირკმლის ლეფორმაცია და ზომების მომაგება, ზოგჯერ გაკირული ჩანართები

დ) თირკმლის მღებარეობის ცვლილება

1688. თირკმლის მენჯის სიმსივნისა და რენტგენონეგატიურ კონკრემენტის დიფერენციალურ ღიაგნოსტიკაში წამყვანია

ა) კონგრასტირების ლეფექტი

*ბ) მენჯის ღრუში ჩრდილის თავისუფალი მღებარეობა

გ) კონგრასტირების ლეფექტის ფორმა

დ) მენჯის ღრუში არსებული დამაგებითი ჩრდილის გელაპირი

1689. თირკმლების ორმხრივ დისპლაზიას მიეკუთვნება

ა) მულტიკისტოზური თირკმელი

*ბ) პოლიკისტოზი

გ) ღრუბლოვანი თირკმელი

დ) მედულარული კისტოზური დაავადება

1690. დაავადების მემკვიდრეობითი ხასიათი აქვს

*ა) პოლიკისტოზს

ბ) მედულარულ კისტოზურ დაავადებას

გ) მულტიკისტოზურ თირკმელს

დ) სოლიტარულ კისტას

1691. თირკმლისა და საშარღე გზების ყველაზე ხშირ დაავადებას წარმოადგენს

ა) უროლითიაზი

ბ) ტუბერკულოზი

გ) გლომერულონეფრიტი

*დ) პიელონეფრიტი

ე) თირკმლის პათოლოგიური მობილობა

1692. თირკმლისა და საშარღე გზების ანომალიებს, რომლებიც ყველაზე ნაკლებად რთულდება სხვადასხვა დაავადებით, მიეკუთვნება

ა) ნალისებური თირკმელი

ბ) დისტოპია

*გ) თირკმლის გაორება

დ) დამაგებითი (მესამე, მეოთხე) თირკმელი

ე) დისპლაზია

1693. თირკმლის კიბოს შორეული მეტასტაზირებისას ყველაზე იშვიათ ლოკალიზაციას წარმოადგენს

ა) ძვლოვანი სისტემა

ბ) ტვინი

გ) ღვიძლი

დ) ფილტვები

*ე) კონტრალატერალური თირკმელი

1694. ავთვისებიანი სიმსივნის სისხლმომარაგების ყველაზე ხშირ ტიპს წარმოადგენს

ა) ავასკულარული მონა

ბ) ჰიპერვასკულარიზაცია

გ) ჰიპოვასკულარიზაცია

დ) ვენური სისხლსავსეობა

*ე) პათოლოგიური ვასკულარიზაცია

1695. ჰიდრონეფროზზე ეჭვის დროს ყველაზე რაციონალურ მეთოდიკას წარმოადგენს

ა) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია

ბ) ექსკრეტორული უროგრაფია

გ) რეტროგრადული უროგრაფია

დ) ანგიოგრაფია

*ე) ულტრაბგერითი კვლევა

1696. თირკმლის ჭეშმარიტ ჭვალს ექსკრეტორულ უროგრამაზე მიუთითებს

ა) ფიალებისა და მენჯის ღეფორმაცია

ბ) მენჯის დილატაცია

გ) მელა საშარდე გზების კონტრასტირების შენელება

დ) საშარდე გზების კონტრასტირების არარსებობა

*ე) "თეთრი" თირკმლის არსებობა (ნეფროგრამა)

1697. ნეფროკალცინოზი ყველაზე ხშირად ახასიათებს

ა) სიმსივნეს

ბ) კისტას

*გ) ტუბერკულოზს

დ) პიელონეფრიტს

ე) დისპლაზიას

1698. შემდეგი მდებარეობა არ ახასიათებს ნალისებურ თირკმელს

ა) თირკმელების სიგრძივი ღერძები იკვეთება კაუდალური მიმართულებით

*ბ) სიგრძივი ღერძები პარალელურია

გ) ფიალები მდებარეობენ მედიალურად

დ) მენჯები განლაგებულია ლატერალურად

ე) მენჯები განლაგებულია თირკმლის წინა ზედაპირზე

1699. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას მოკლე და განიერი ცერვიკალური არხი, რიგ შემთხვევაში

გრძელი და ვიწრო, საშვილოსნოს გვერდითი კედლები კონტურები დაკბილულია და

ღეფორმირებული, ხშირად საშვილოსნოს ღეფორმაცია, ზომებში შემცირება, ცერვიკალური არხის

დაგრძელება და გაგანიერება მეტად ახასიათებს

- ა) ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ჰიპერპლაზია
- ბ) საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიფუზური ფორმა
- *გ) ქრონიკული ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი
- დ) ენდომეტრიოზი

1700. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას საშვილოსნოს ღრუ არასწორი ფორმის, ერთი მილი წვრილი, რიგიდული, ისთმურ ნაწილში უმნიშვნელო კოლბისმაგვარი გაგანიერება მეთორე მილი ისთმურ ნაწილში გაფართოებული, რიგიდული, აღნიშნული რენგენოლოგიური სურათი უმეგესად ახასიათებს

- *ა) მილების ტუბერკულოზური დაზიანება
- ბ) შეხორცებითი პროცესის
- გ) მილების ქრონიკულ არასპეციფიურ დაზიანებას
- დ) საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი

1701. საკვერცხის კიბოს გამოსავლენად ყველაზე სარწმუნო მეთოდიკას წარმოადგენს

- ა) ჰისტეროსალპინგოგრაფია
- *ბ) კომპიუტერული ტომოგრაფია
- გ) პარიეტოგრაფია
- დ) ფლებოგრაფია

1702. ჰისტეროსალპინგოგრაფიისას აღინიშნება საშვილოსნოს კონტრასტული ბოლის დეფორმაცია და შემცირება, ცერვიკალური არხის დაგრძელება და გაფართოება, ფალოპის მილების შევიწროება ან გაფართოება, მათი გაუვალობა, კისტისმაგვარი წარმონაქმნები ზომიერი ჰიდროსალპინქსით - ეს სურათი ახასიათებს

- ა) საშვილოსნოს ფიბრომიომას
- *ბ) საშვილოსნოს და დანამაგების ტუბერკულოზს
- გ) დანამაგების სიმსივნეს
- დ) ენდომეტრიოზს

1703. შარდის ბუშტის კეთილთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს

- ა) წარმონაქმნი ფართო ფუძეზე არასწორი კონტურებით
- ბ) ბუშტის მნიშვნელოვანი ასიმეტრია მისი მოცულობის უმნიშვნელო ცვლილებით
- გ) არაერთგვაროვანი შიდა სტრუქტურა ნეკროზისა და კალციფიკაციის უბნებით
- *დ) წარმონაქმნი კარგად გამოხატული ფეხით, კელის ინფილტრაციის გარეშე

ბავშვთა ასაკის დაავადებათა სხიური დიაგნოსტიკა

1704. სასუნთქ ორგანოთა რენგენოლოგიური კვლევა აუცილებელია ჩაუტარდეს

- *ა) ღღენაკულ ბავშვს სასუნთქი დარღვევების სინდრომით
- ბ) ბავშვს მაღალი ტემპერატურით
- გ) ბავშვს ცვლილებებით სისხლში
- დ) ბავშვს გულის შუილებით

1705. ნეკნების მღებარეობა აღრეული ასაკის ბავშვებში დამოკიდებულია

- *ა) გულმკერდის ყაფაზის ფორმაზე
- ბ) ბავშვის ასაკზე
- გ) რენგენის ფირის ხარისხზე
- დ) ცენტრალური რენგენის სხივის მიმართულებაზე

1706. ფილგვების მთლიანად გაშლა ახალშობილებში ხდება

- ა) პირველ დღე-ღამეში
- *ბ) 48 სთ-ის განმავლობაში
- გ) კვირის განმავლობაში
- დ) თვის განმავლობაში

1707. ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე სისხლძარღვოვანი სურათი შეიძლება განისაზღვროს

- *ა) დაბადებისთანავე
- ბ) სიცოცხლის პირველი თვიდან
- გ) 1 წლიდან
- დ) 3 წლის შემდეგ

1708. გულმკერდის დეფორმაცია შესაძლებელია

- ა) პნევმონიის შემთხვევაში
- *ბ) რაქიტის შემთხვევაში
- გ) ბრონქიტის შემთხვევაში
- დ) ბრონქიოლიტის შემთხვევაში

1709. ახალშობილებში პლევრის ღრუში სითხის წარმოშობის ყველაზე ხშირი მიზეზია

- *ა) ქილოთორაქსი
- ბ) გულის უკმარისობა
- გ) ტრავმული წარმოშობის ჰემოთორაქსი
- დ) ანთებითი ხასიათის ექსუდაციური პლევრიტი

1710. ქენეს სინდრომზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა გამოვიკვლიოთ ბავშვის:

- ა) გულმკერდის ორგანოები
- ბ) ძვლები
- გ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემა
- *დ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი

1711. დენაკლულ ბავშვებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდება ცვლილებები, წოდებული "თეთრი გულმკერდის ღრუდ" ეს სურათი დამახასიათებელია:

- ა) ატელექტაზებისათვის
- *ბ) ჰიალინური მემბრანების გერმინალური სტადიისათვის
- გ) შეშუპებითი სინდრომისათვის
- დ) გაუშლელი ფილგვისათვის

1712. "თეთრი გულმკერდის ღრუს" სურათი ახალშობილებში გულმკერდის რენტგენოგრაფიის წარმოებისას ვლინდება:

- ა) ასპირაციის დროს
- *ბ) ფილგვებში ფეგალური სითხის არსებობის გამო
- გ) ქენეს სინდრომის დროს
- დ) გაფანტული ატელექტაზების არსებობის შემთხვევაში

1713. ახალშობილებში გაფანტული ატელექტაზების რენტგენოლოგიურ სიმპტომს მიეკუთვნება:

- ა) სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება

- ბ) ფილგვების სრული შებერილობა
- გ) პერიბრონქული ცვლილებები
- *დ) წვრილკეროვანი უბნები

1714. აღრეული ასაკის ბავშვებში მწვავე რესპირატორულ-ვირუსული ინფექციით გამოწვეული ატელექტაზების გაშლა ხდება:

- ა) ერთ თვეში
- ბ) ორ კვირაში
- გ) ერთ კვირაში
- *დ) ორ-სამ დღეში

1715. აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქის დროს სუნთქვითი უკმარისობა უფრო მეტადაა გამოხატული 7 ვიდრე პნევმონიის დროს, რადგან:

- ა) ბრონქიგი ლოკალური პროცესია
- ბ) ბრონქიგი შერწყმულია პნევმონიასთან
- *გ) აღრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქიგი ყოველთვის დიფუზური გავრცელებით ხასიათდება
- დ) ბრონქიგის დროს მიახლება მსხვილი ბრონქები

1716. დიფუზური ბრონქიგით დაავადებულ აღრეული ასაკის ბავშვებში ხშირი ლეგალობა გამოწვეულია თანმხლები:

- *ა) გულის თანდაყოლილი მანკით
- ბ) ღვიძლის დაავადებებით
- გ) ნაწლავების საერთო ჯორჯალით
- დ) თირკმლების განვითარების თანდაყოლილი ანომალიების გამო

1717. რენტგენოლოგიური სიმპტომები, რომლებიც არ მიეკუთვნება "რაქიგული ფილგვის" სურათს არის:

- ა) სისხლძარღვოვან-ინტერსტიციული სურათის გაძლიერება
- ბ) ატელექტაზები
- გ) ბულოზური არეები
- *დ) ანთებითი კერები

1718. წილოვანი ემფიემის დროს ბრონქოლოგიური კვლევა შესაძლებელია:

- *ა) კომპენსირებულ ფორმაში
- ბ) პნევმონიასთან შერწყმის შემთხვევაში
- გ) დეკომპენსირებული ფორმის დროს
- დ) ნებისმიერ შემთხვევაში

1719. გულის და მსხვილი სისხლძარღვების დაავადებების დროს პნევმოპედიასტინოგრაფიით შესაძლებელია:

- *ა) აორტის ანევრიზმების და შუასაყრის სიმსივნეების დიფდიაგნოსტიკა
- ბ) გულის მიტრალური მანკების დიფდიაგნოსტიკა
- გ) გულის დრუების რენტგენოფუნქციონალური ცვლილებების გამოვლენა
- დ) მსხვილი სისხლძარღვების ფუნქციონალური შეფასება

1720. ახალშობილებში მუცლის დრუს მიმოხილვითი კვლევა უმჯობესია ჩატარდეს:

- ა) რენტგენოსკოპიით
- *ბ) რენტგენოგრაფიით

- გ) ულტრაბგერითი კვლევით
- დ) მაგნიტურ-რეზონანსული მეთოდით

1721. ბავშვის დაბადების შემდეგ წვრილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- *ა) 15წთ-ის შემდეგ
- ბ) 30წთ-ის შემდეგ
- გ) 6-8სთ-ში
- დ) 1სთ-ში

1722. ბავშვის დაბადების შემდეგ მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირი ჩნდება:

- ა) 20წთ-ის შემდეგ
- *ბ) 1სთ-ში
- გ) 2სთ-ში
- დ) 5სთ-ში

1723. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოების კვლევისას გამოყენებულია ძირითადად შემდეგი რენტგენოლოგიური პრეპარატი:

- ა) წყალში ხსნადი იოდშემცველი პრეპარატები
- ბ) არაიონური პრეპარატები
- გ) აირისმაგვარი შენარევეები
- *დ) ბარიუმის წყალხსნარი

1724. პირველი თვეების ასაკის ბავშვებში პერორალური საკონტრასტო ნივთიერების მიცემა სახიფათოა თუ ბავშვი დაბადებულია:

- ა) სამშობიარო გრავით
- ბ) ჰილროცეფალიით
- გ) ბავშვს აწუხებს შეკრულობა
- *დ) ბავშვი გაუწყლოებულია

1725. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი გრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევა უმჯობესია:

- ა) წყალში გახსნილი ბარიუმის ხსნარით
- ბ) სულფობარით
- *გ) გასტროგრაფიით
- დ) იოდშემცველი კონტრასტული პრეპარატებით

1726. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი გრაქტის ზემო ნაწილების გამოკვლევისათვის აუცილებელი საკონტრასტო ნივთიერების მოცულობა შეადგენს ერთჯერადი საკვები პორციის:

- ა) 100%
- ბ) 50%
- *გ) 33%
- დ) 20%

1727. სუბდიაფრაგმალური და ნაწლავთშორისი აბსცესების გამოვლენისას უპირატესობა ენიჭება შემდეგ დიაგნოსტიკურ მეთოდს:

- ა) რენტგენოლოგიურს
- ბ) თერმოგრაფიულს

- *გ) კომპიუტერულ ტომოგრაფიას
- დ) მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიას

1728. მუცელში გაურკვეველი გენების მწვავე ტკივილების დროს სპეციალური გამოკვლევების დაწყება საჭიროა:

- ა) მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით
- ბ) მუცლის კომპიუტერული ტომოგრაფიით
- გ) მუცლის მიდამოს თერმოგრაფიით
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევით

1729. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში საყლაპავის კუჭთან შეერთების კუთხე შეადგენს:

- ა) 60° -ს
- *ბ) 90° -ს
- გ) 120° -ს
- დ) 180° -ს

1730. საყლაპავის ატრეზიის და საყლაპავ-ტრაქეის ფისტულის გამოვლენის ყველაზე მუსტი რენტგენოლოგიური მეთოდიკაა:

- ა) გულმკერდის და მუცლის დრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია
- ბ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერის საყლაპავში მოთავსება
- გ) საყლაპავის გამოკვლევა ბარიუმის სულფატით
- *დ) რენტგენოკონტრასტული კათეტერით "2მლ წყალში ხსნადი საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანა და ამავე დროს გულმკერდისა და მუცლის დრუს რენტგენოგრაფია

1731. მოკლე საყლაპავის განსხვავება დიაფრაგმის აქსიალური თიაქრისაგან გამოიხატება:

- ა) საყლაპავის აბდომინალური სეგმენტის ნორმალური მდებარეობით
- ბ) საყლაპავის მუცლის ნაწილის ლორწოვანის შენების ცვლილებები
- გ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში და დაგრძელებულია
- *დ) საყლაპავის მუცლის სეგმენტი მდებარეობს გულმკერდში, არ არის კუჭის აიროვანი ბუშტი მუცლის დრუსი, კუჭი როტირებულია გასწვრივი ღერძის გარშემო

1732. საყლაპავის თანდაყოლილი აქალაზიის ძირითადი ნიშანია:

- ა) საყლაპავში კონტრასტული ნივთიერების რამდენიმე საათს შეფერხება
- ბ) საყლაპავის გაფართოება
- გ) საყლაპავის დაგრძელება
- *დ) საყლაპავის დიაფრაგმის ბედა, დიაფრაგმის და მუცლის ნაწილების გაფართოება და მასში კონტრასტის ხანგრძლივი შეფერხება

1733. საყლაპავის რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულების გამოკვლევის ყველაზე რაციონალური რენტგენოლოგიური მეთოდიკაა:

- *ა) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია დამიზნებითი რენტგენოგრაფიით
- ბ) მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია
- გ) გემცოვის მეთოდიკა
- დ) ივანოვ-პოლობედის მეთოდიკა

1734. რენტგენოლოგიური კვლევით კუჭის გამოხატული პერისტალტიკა განისაზღვრება:

- *ა) სამი თვის ასაკიდან
- ბ) ერთი წლის ასაკიდან

- გ) დაბადებისთანავე
- დ) 6 თვის ასაკიდან

1735. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის პირდაპირი ნიშანია:

- ა) კუჭის ზომების მომაგება
- ბ) კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის შენელება კუჭიდან ნაწლავში
- *გ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება
- დ) ჰიპერპერისტალტიკა

1736. "ჭეშმარიტი ფრენოპილორული" სინდრომი მოიცავს:

- ა) ღიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის სრული რელაქსაცია + პილოროსპაზმი
- ბ) ღიაფრაგმის მარცხენა გუმბათის ნაწილობრივი რელაქსაცია + პილოროსპაზმი
- გ) პილოროსპაზმი + ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერხელის თიაქარი
- *დ) თანდაყოლილი პილოროსტენოზი + ღიაფრაგმის საყლაპავის ხერხელის თიაქარი

1737. თანდაყოლილი პილოროსტენოზის და პილოროსპაზმის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია:

- ა) კუჭის პილორული ნაწილის შევიწროება
- *ბ) კუჭის პილორული ნაწილის დაგრძელება
- გ) ნაწლავთა მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირები
- დ) კუჭში არსებული კონტრასტული ნივთიერების ძირითადი მასა გადადის ნაწლავებში მიღებიდან 3 სთ-ის შემდეგ

1738. ახალშობილებში 12-გოჯა ნაწლავის თანდაყოლილი სრული გაუვალობის ყველაზე ხშირი მიზეზია:

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის აგრეზია
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის სტენოზი
- გ) გარედან ბეწოლა 12-გოჯა ნაწლავზე
- დ) ბეჭდისმაგვარი კუჭქვეშა ჯირკვავალი

1739. 12-გოჯა ნაწლავის მაღალი აგრეზიის ძირითად რენტგენოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს:

- ა) ნაწლავში აირების არარსებობა
- ბ) კუჭის დიდი ზომის აიროვანია ბუშტი
- გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- *დ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა

1740. 12-გოჯა ნაწლავის დაბალი აგრეზიის ძირითადი სიმპტომებია:

- ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე
- ბ) ნაწლავის მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- *გ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის ორი დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების მარყუქებში აირის სრული არარსებობა
- დ) 12-გოჯა ნაწლავში კონტრასტული ნივთიერების გადასვლის მნიშვნელოვანი გაძნელება

1741. 12-გოჯა ნაწლავის შიდა სტენოზის სამი ძირითადი რენტგენოლოგიური ნიშანიან

- *ა) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ჰორიზონტალური ღონე + 12-გოჯა ნაწლავის საწყისი ნაწილების ზომების მომაგება + ნაწლავის გაფართოებული ნაწილის შევიწროებულში გადასვლის ადგილზე ნისკარგისებური გამობერილობა
- ბ) 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამატებითი ღონე + დიდი რაოდენობით

აირი ნაწლავის მარყუქებში + 12-გოჯა ნაწლავიდან მლივ ნაწლავში კონგრასტული ნივთიერების გადასვლა მცირე პორციებით

გ) კუჭის ზომებში მომაგება + კუჭსა და 12-გოჯა ნაწლავში სითხის დიდი რაოდენობით არსებობა + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამაგებითი ღონე

დ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით აირი + კუჭის ზომებში მომაგება + 12-გოჯა ნაწლავის საპროექციო მიდამოში სითხის დამაგებითი ჰორიზონტალური ღონე

1742. კუჭის ბეზოარი არის:

*ა) უცხო სხეული

ბ) კეთილთვისებიანი სიმსივნე

გ) ავთვისებიანი სიმსივნე

დ) კუჭის ლორწოვანი გარსის ჰიპერტროფია

1743. ლიმფოიდური ქსოვილის ყველაზე მეტი თავმოყრაა:

ა) 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვში

*ბ) თედოს ნაწლავის გერმინალურ ნაწილში

გ) მლივ ნაწლავში

დ) სწორ ნაწლავში

1744. ერთი წლის ასაკამდე ბავშვებში ილიოცეკალური ინვაგინაციის ყველაზე უცყუარი ნიშანია:

ა) ნაწლავის მარყუქებში სითხის ჰორიზონტალური ღონეების არსებობა

ბ) მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიაზე "კლობერის ფიალების" და "თალების"

არსებობა ნაწლავის მარყუქების არეში

*გ) ირიგოსკოპიის წარმოებისას, მხოლოდ აირის გამოყენების შემთხვევაში ილიოცეკალური

სარქელის მიდამოში მომრგვალო-ოვალური ფორმის დამაგებითი ჩრდილის არსებობა

დ) ბრმა ნაწლავიდან თედოს ნაწლავში ჰაერის გადასვლის შეფერხება ირიგოსკოპიის წარმოების დროს

1745. ჰირშპრუნგის დაავადების ძირითადი ნიშანია:

ა) კოლინჯის სიგმური ნაწილის დიამეტრის მომაგება

ბ) ნაწლავის მარყუქებში დიდი რაოდენობით სითხის ჰორიზონტალური ღონეების დაფიქსირება

*გ) სიგმური ნაწლავის სწორ ნაწლავში გადასვლის ადგილზე შევიწროების ზონის არსებობა

დ) სიგმურ ნაწლავში პერისტალტიკის არარსებობა

1746. ბავშვებში საჭმლის მომნელებელი სისტემის პოლიპების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

ა) კუჭი

ბ) წვრილი ნაწლავი

*გ) სწორი ნაწლავი

დ) კოლინჯი

1747. გადაჭარბებულად მობილური ბრმა ნაწლავის რენტგენოლოგიური ნიშნებია:

ა) ბრმა ნაწლავის თაღის გადანაცვლება ზემოთ

ბ) აღმაავალი კოლინჯის დამოკლება

*გ) ბრმა ნაწლავის პალპატორული გადანაცვლების შესაძლებლობა მისი გასწვრივი ღერძის

ირგვლივ შემობრუნებით

დ) ბრმა ნაწლავის მღებარეობის ცვლილება კონგრასტული ნივთიერებით მჭიდრო ავსებისა და მისგან განთავისუფლების შემდეგ

1748. პორტული ჰიპერტენზიის დროს ვარიკოზულად გაფართოებული ვენები ვლინდება:

- ა) საყლაპავში
- ბ) კუჭში
- *გ) საყლაპავში და კუჭში
- დ) წვრილ ნაწლავში

1749. ნაღვლის ბუშტის გამოსახულების მიღების ყველაზე რაციონალური მეთოდია:

- ა) პერორალური ქოლეცისტოგრაფია
- ბ) სცინტიგრაფია
- გ) ქოლანგიოქოლეცისტოგრაფია
- *დ) ულტრაბგერითი კვლევა

1750. ელენტის გამოსახულება ყველაზე დეტალურად შეისწავლება:

- ა) რენტგენოლოგიური მეთოდით
- ბ) რადიოიზოტოპური მეთოდით
- *გ) ულტრაბგერითი მეთოდით
- დ) ანგიოგრაფიით

1751. როგორია ახალშობილებში აცეტაბულური ინდექსის მნიშვნელობა ნორმაში:

- *ა) 30 გრადუსამდე
- ბ) 35 გრადუსამდე
- გ) 35 გრადუსიდან-დან 40 გრადუსამდე
- დ) 40 გრადუსიდან 50 გრადუსამდე

1752. როგორია ახალშობილებში კრიუველიეს სახსარში სასახსრე ნაპრალის სიფართო ნორმაში:

- *ა) 3მმ-მდე
- ბ) 2მმ-მდე
- გ) 4-5მმ
- დ) 5მმ

1753. რომელი სახსარი იწოდება კრიუველიეს სახსრად ჩამოთვლილი სახსრებიდან:

- *ა) შუა ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- ბ) ატლანტო-ოქციფიგალური შესახსრება
- გ) გვერდითი ატლანტო-აქსიალური შესახსრება
- დ) უნკოვერტებრალური შესახსრება

1754. ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი სიმპტომია:

- ა) ტაბუხის ფოსოს განუვითარებლობა
- *ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილის დისლოკაცია
- გ) დაზიანების მხარეზე ბარძაყის თავში გაძვალეების წერტილის დაგვიანებით გაჩენა
- დ) არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

1755. ბავშვებში გრავმული ეპიფიზოლიზის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა:

- *ა) სხივის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- ბ) იდაყვის ძვლის დისტალურ ნაწილში
- გ) იდაყვის სახსარში
- დ) კოჭ-წვივის სახსარში

1756. რა იგულისხმება "ძვლოვანი ფირფიცის" სიმპტომის ქვეშ გრავმული ეპიფიზიოლიზის დროს:

- *ა) მცირე ზომის ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტა მეტაფიზიდან
- ბ) ეპიფიზიოლიზი მეტაფიზის კიდითი მოტეხილობით
- გ) ეპიფიზიოლიზი ძვლოვანი ფრაგმენტის მოწყვეტით ეპიფიზიდან
- დ) ეპიფიზიოლიზი ეპიფიზის და მეტაფიზის მოტეხილობით

1757. გრძელი ლულისებრი ძვლების როგორი სახის მოტეხილობები არის ხშირი ბავშვებში:

- ა) პათოლოგიური მოტეხილობები
- ბ) სახსარშიდა მოტეხილობები
- გ) ნამსხვროვანი მოტეხილობები
- *დ) ძვალსამრდელასქვეშა მოტეხილობები, გრავმული ეპიფიზიოლიზი

1758. ოსტეომიელიტის დროს რომელ ავთვისებიან სიმსივნესთან არის საჭირო კლინიკური სურათის მიხედვით პირველ რიგში გაგარდეს დიფერენცირება:

- *ა) იუინგის სიმსივნე
- ბ) ფიბროსარკომა
- გ) ქონდროსარკომა
- დ) პირველადად ავთვისებიანი ოსტეობლასტოკლასტომა

1759. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ბროლის აბსცესს:

- ა) დესტრუქციული უბნის ირგვლის სკლეროზული რკალი
- *ბ) ეპიფიზარული ლოკალიზაცია
- გ) ჰემატოგენური გენები
- დ) ქსონიკული მიმდინარეობა

1760. რომელი რენგენოლოგიური სიმპტომია გადამწყვეტი იუინგის სიმსივნის და ლიაფიზური ოსტეომიელიტის დიფერენციალური დიფერენციალური:

- ა) ხაზოვანი პერიოსტიტი
- ბ) რბილი ქსოვილების ჩრდილის ინტენსივობის მომატება
- *გ) კორტიკალური სეკვესტრის სიმპტომი
- დ) შრეობრივი პერიოსტოზი

1761. სიმსივნეთა რომელ ჯგუფს ახასიათებს "ლაქოვანობის" რენგენოლოგიური სიმპტომი, რომელიც გამოწვეულია სიმსივნურ ქსოვილში გაკირული უბნების არსებობით:

- *ა) ხრტილოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- ბ) სისხლძარღვოვანი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- გ) ნერვული ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს
- დ) შემაერთებელი ქსოვილიდან განვითარებულ სიმსივნეებს

1762. ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან რომელი არ ახასიათებს ოსტეოიდ-ოსტეომას:

- ა) პერიფერიულ ზონაში სკლეროზი, ცენტრალურად ბუდე
- ბ) ოსტეოიდის კალციფიკაცია
- გ) "ბუდეში კვერცხი"
- *დ) პარაოსალური რბილი ქსოვილების გაკირვა

1763. ძვლოვანი სისტემის დაავადებების რომელ ჯგუფს ახასიათებს სპიკულის მაგვარი პერიოსტიტი:

- ა) ოსტეომიელიტის

- *ბ) ავთვისებიან სიმსივნეებს
- გ) კეთილთვისებიან სიმსივნეებს
- დ) ფიბროზულ ოსტეოდისპლაზიას

1764. ოსტეოგენური სარკომის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია:

- *ა) ბარძაყის ძვლის დისტალური მეტაღიაფიზი
- ბ) ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური მეტაღიაფიზი
- გ) დიდი წვივის ძვლის დისტალური მეტაღიაფიზი
- დ) მცირე წვივის ძვლის პროქსიმალური მეტაღიაფიზი