

## ზოგადი ფარმაკოლოგია

- 1) ცნება "ფარმაკოკინეტიკა" გულისხმობს სამკურნალო ნივთიერებების:
  - 1) შეწოვის პროცესს
  - 2) განაწილებას
  - 3) ურთიერთქმედებას სპეციფიკურ რეცეპტორებთან
  - 4) ბიოტრანსფორმაციას
  - 5) დეპონირებას
  - 6) ფარმაკოლოგიურ ეფექტებს
  - 7) ელიმინაციას ორგანიზმიდან
  
- 2) აღნიშნეთ სამკურნალო პრეპარატების ორგანიზმში შეყვანის პარენტერალური გზები:
  - 1) ინტრავენური
  - 2) ინტრამუსკულარული
  - 3) სუბლინგვალური
  - 4) ინტრაარტერიული
  - 5) ინტრასტერნალური
  - 6) ინტრაკარდიალური
  - 7) სუბოქციპიტალური
  - 8) ინტრაპლევრალური
  - 9) რექტალური
  
- 3) სამკურნალო საშუალებების ძვალშიგა ინექციებს იყენებენ იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია პერიფერიული ან ცენტრალური ვენების კათეტერიზაცია (სხეულის მიმდებარეობა, ტრავმატიზაცია). რა გართულებები შეიძლება მოჰყვეს სამკურნალო პრეპარატების ორგანიზმში შეყვანის ამ მეთოდს?
  - 1) ოსტეომიელიტი
  - 2) ზრდის ეპიფიზარული ზონის დაზიანება
  - 3) ძვლის მოტეხილობა
  - 4) მხედველობის ნერვის (n. opticus) დაზიანება
  - 5) ბაქტერიემია
  - 6) ცხიმოვანი ემბოლია
  
- 4) ფილტვის არტერიების ემბოლიის დროს პაციენტს აღნიშნება:
  - 1) ქოშინი, ციანოზი, ძლიერი ტკივილები გულმკერდის არეში
  - 2) მწვავე მარჯვენა პარკუჭოვანი უკმარისობა
  - 3) ჟანგისფერი ნახველი, ჰიპერგლიკემია, დეჰიდრატაცია
  - 4) ადისონის კრიზი
  
- 5) ვენესექცია წარმოადგენს ვენაპუნქციის ალტერნატივას განსაკუთრებით შოკის დროს, ბავშვებში და სკლეროზირებული ვენების შემთხვევაში. რა სახის გართულებები არის მოსალოდნელი ვენესექციის განხორციელებისას?
  - 1) სისხლძარღვის გადაკვეთა, სისხლდენა
  - 2) ჰემატომის წარმოქმნა
  - 3) აპნოე
  - 4) ფლემბიტი
  - 5) თრომბოზი
  
- 6) ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიების ძირითადი წყაროა:
  - 1) მარცხენა წინაგული
  - 2) მარცხენა პარკუჭი
  - 3) ქვემო კიდურების ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენები
  
- 7) ვირუსული B-ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინები (ენჯერიქსი, ეუვაქსი, კომბიოტეხი) ოპტიმალური, სრულყოფილი იმუნური პასუხის მისაღებად შეჰყავთ:
  - 1) დუნდულა კუნთში (m. gluteus maximus)
  - 2) დელტისებრ კუნთში (m. deltoideus)
  - 3) კანში (cutis)

- 8) როგორი საინექციო ხსნარების გამოყენება არის დაუშვებელი ინტრასტერნალური და ინტრავენური ინექციებისას?
- 1) ემულსიები
  - 2) ზეთოვანი ხსნარები
  - 3) სუსპენზიები
  - 4) წყალხსნარები
- 9) კალციუმის ქლორიდის 10%-იანი 5მლ ხსნარის გაკეთება არ შეიძლება ინტრამუსკულარულად, რადგან გამოიწვევს:
- 1) სეფსისს
  - 2) ემბოლიას
  - 3) ჰიპერტონიულ კრიზს
  - 4) ნეკროზს
- 10) ანტიბიოტიკის ბიცილინ-3-ის საინექციო წყალში გახსნის შედეგად წარმოიქმნება თეთრი, რძისფერი სუსპენზია, რომლის გაკეთება ვენაში არ შეიძლება. რატომ?
- 1) განვითარდება სეფსისი
  - 2) პიროგენული რეაქციის გამო
  - 3) პაციენტი დაიღუპება ემბოლიის ფონზე
  - 4) პრეპარატი არის დეპო-ფორმა და ვენაში შეყვანისას ეფექტი იქნება ხანმოკლე
- 11) ასისტოლიის დროს კარდიორენიმაციული ღონისძიებების ეფექტურად განხორციელების მიზნით, სამკურნალო პრეპარატები ორგანიზმში შეჰყავთ:
- 1) ინტრამუსკულარულად
  - 2) ინტრავენურად (ლავიწქვეშა კათეტერით)
  - 3) ინტრასტერნალურად
  - 4) ინტრაკარდიალურად
  - 5) ინტრატეკალურად
- 12) ზეთოვანი საინექციო ხსნარების, ემულსიების ან სუსპენზიების ინტრავენურად შეყვანისას ვითარდება ფილტვის არტერიების ემბოლია. მცირე კალიბრის არტერიების დახშობა იწვევს ფილტვის ჰემორაგიულ ინფარქტს, ხოლო დიდი კალიბრის არტერიების კი – ელვისებურ სიკვდილს. რომელი რეფლექსის აქტივაციას უკავშირებენ ფილტვის არტერიების ემბოლიის დროს ბრონქოსპაზმის, ვაზოსპაზმის (განსაკუთრებით აღსანიშნავია კორონაროსპაზმის) და გულის გაჩერების (ასისტოლია) განვითარებას?
- 1) პულმოკორონარული რეფლექსის
  - 2) ვისცერო-ვისცერალური რეფლექსის
  - 3) აშნერ-დანინის რეფლექსის
- 13) როდესაც სხვადასხვა მიზეზების გამო შეუძლებელია ან ნაკლებეფექტურია პერიფერიულ ვენებში სამკურნალო პრეპარატების შეყვანა ახორციელებენ ცენტრალური ვენების კათეტერიზაციას. რა სახის გართულებები შეიძლება მივიღოთ ლავიწქვეშა ან საულლე ვენების კათეტერიზაციის დროს?
- 1) სისხლდენა
  - 2) ინფექცია
  - 3) პნევმოტორაქსი
  - 4) ჰემოტორაქსი
  - 5) გულის ტამპონადა
  - 6) ვენის თრომბოზი
  - 7) კათეტერის ფრაგმენტებით ემბოლიზაცია
  - 8) ნერვების დაზიანება
- 14) მოდიტენ-დეპოს ზეთოვანი ხსნარი (დეპო-ფორმა) გამოიყენება პარანოიდალური ფსიქოზის, მანიაკალური და ჰიპომანიაკალური მდგომარეობის, ფსიქომოტორული აგზნების სამკურნალოდ. ამ პრეპარატის ინტრავენური ინექცია დაუშვებელია, რადგან
- 1) სწრაფად განვითარდება ფარმაკოლოგიური ეფექტი და ასევე სწრაფად განხორციელდება მოქმედი ნივთიერების ელიმინაცია ორგანიზმიდან.
  - 2) ვენაში პრეპარატის შეყვანა გამოიწვევს ნეიროლევსიური საშუალებებისათვის დამახასიათებელ ექსტრაპირამიდულ დარღვევებს, რაც არაა სასურველი

- 3) ემბოლიის ფონზე შედეგი იქნება ფატალური
- 4) ფარმაკოლოგიური ეფექტი მოდიტენ–დეპოს ინტრავენურად ინექციის შემთხვევაში განვითარდება ნელა და ფსიქომოტორული აგზნების სწრაფი კუპირება აღარ მოხდება.
- 5) პრეპარატი იწვევს ფლებიტს ვენაში შეყვანის დროს და ამიტომ აუცილებელია პრეპარატის წინასწარ გაზავება ფიზიოლოგიური ხსნარით
- 15) პრეპარატის (მაგ. ნიტროგლიცერინის აბები) სუბლინგვალურად ან ბუკალურად მიღების შემთხვევაში:
- 1) ფარმაკოლოგიური ეფექტი განვითარდება სწრაფად, რადგან სამკურნალო ნივთიერება არ განიცდის პრესისტემურ ელიმინაციას (ღვიძლის ბარიერის გავლის გარეშე ხვდება სისხლის მიმოქცევაში) და ამიტომ მაღალია ბიომედიკალიზაცია.
  - 2) სამკურნალო ნივთიერება სისხლის სისტემურ მიმოქცევაში მოხვედრამდე გაივლის ღვიძლის ბარიერს, რაც გაზრდის ფარმაკოლოგიურ ეფექტს
  - 3) პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან, ქვედა და შუა ჰემორაიდალური ვენების (*venae rectales inferiores et mediae*) მეშვეობით გადადის ჯერ (*vena iliaca communis*), ხოლო შემდეგ ქვედა ღრუ ვენაში (*vena cava inferior*), ანუ არ გაივლის ღვიძლს, უშუალოდ ხვდება სისხლის სისტემურ მიმოქცევაში და არ განიცდის პრესისტემურ ელიმინაციას
- 16) აღნიშნეთ სამკურნალო პრეპარატების ორგანიზმში შეყვანის ენტერალური გზები:
- 1) ინტრავენური
  - 2) პერორალური
  - 3) ინტრამუსკულარული
  - 4) სუბლინგვალური
  - 5) ინტრატერეული
  - 6) სუბოქციპიტალური
  - 7) რექტალური
- 17) ბიომემბრანა მიეკუთვნება უჯრედის ფუნქციონალურად აქტიურ, მაღალ ორგანიზებულ სტრუქტურას, რომელიც შედგება ფოსფოლიპიდების ორი შრისაგან და მემბრანული ცილებისაგან. მემბრანული ცილები იყოფა 4 ჯგუფად: რეცეპტორები, ფერმენტები, იონ–სელექტიური არხები და ცილები–ტუმბოები. ამ ცილებიდან რომელი მათგანი ახორციელებს სამკურნალო ნივთიერებების გადატანას (აქტიურ ტრანსპორტს) ელექტროქიმიური და კონცენტრაციული გრადიენტის საწინააღმდეგო მიმართულებით:
- 1) რეცეპტორები
  - 2) იონსელექტიური არხები
  - 3) ფერმენტები
  - 4) ცილები–ტუმბოები
- 18) ადამიანის ორგანიზმში ფუნქციონირებენ ჰისტოჰემატური ბარიერები, რომელთა მეშვეობით იმუნოგენური (ანტიგენური) თვისებების მქონე ქსოვილები/ორგანოები დაცულნი არიან საკუთარი ორგანიზმის იმუნური სისტემისაგან. ამ ბარიერების გადალახვა გართულებულია დიდი მოლეკულური მასის მქონე ჰიდროფილური ნივთიერებებისათვის. აღნიშნეთ ჰისტოჰემატური ბარიერები?
- 1) ჰემატოენცეფალური
  - 2) ჰემატოტესტიკულარული
  - 3) ჰემატოპლაცენტარული
  - 4) ჰემატოოფთალმური
- 19) რომელი ნივთიერებები ზრდიან ჰისტოჰემატური ბარიერების განვლადობას?
- 1) ჰიალურონიდაზა
  - 2) ჰეპარინი
  - 3) ჰისტამინი
  - 4) გლუკოკორტიკოიდები
- 20) ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ლეიკოზური კერების პროფილაქტიკის და მკურნალობის მიზნით მეთოტრექსატის ნატრიუმის (*Methotrexate*) მარილის 0.25%-ანი ხსნარი შეჰყავთ ინტრატეკალურად დოზით 15 მგ (ინტერვალით 7 დღე). რა შემთხვევაში ვიყენებთ სამკურნალო პრეპარატების ინტრატეკალურ (სუბარაქნოიდალურ) ინექციებს?–

- 1) როდესაც პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზებულია ცნს-ში, ხოლო მაღალი მოლეკულური მასის მქონე ჰიდროფილური სამკურნალო ნივთიერებები ვერ გადაიანჰემატო-ენცეფალურ ბარიერს
- 2) ინტრატეკალური ინექციებისას შეგვყავს მხოლოდ და მხოლოდ ლიპოფილური ნივთიერებები, რადგან ამ პრეპარატების ინტრავენურად გამოყენებისას ისინი ვერ შეძლებენ ჰისტო-ჰემატური ბარიერის გავლით ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში გადასვლას.

21) სამკურნალო ნივთიერების მიერ ჰემატოენცეფალური ბარიერის გადალახვის უნარი დამოკიდებულია ამ ნივთიერების

- 1) მოლეკულურ მასაზე
- 2) დისოციაციის ხარისხზე (მუხტზე)
- 3) ლიპოფილურობაზე
- 4) მიკროსომალური ფერმენტების ინდუქციაზე
- 5) პლაზმის ცილებთან დაკავშირების ხარისხზე

22) სამკურნალო სუბსტანციის სტრუქტურაში შემავალი რომელი ქიმიური ჯგუფები განაპირობებენ ნივთიერების ლიპოფილურობას:

- 1) ბენზოლის ბირთვი  $C_6H_5-$
- 2) ნახშირწყალბადოვანი რადიკალები
- 3) სტეროიდული ბირთვი
- 4) ჰალოგენები (Cl, F, Br, I)
- 5) ჰიდროქსილური ჯგუფები  $-OH$

23) ასისტოლიის დროს 0.1 %-ანი ადრენალინის 1 მლ ხსნარს აზავებენ 10–15 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში და შეჰყავთ ინტრაკარდიალურად ან ლავიწქვეშა კათეტერით. როგორ ხორციელდება ინტრაკარდიალური ინექციები?

- 1) ვერტიკალურად, 10–12 სმ სიგრძის ნემსით, ახორციელებენ მე-3 ან მე-4 ნეკნთაშორისი სექტორის (დაშორება მკერდის ძვლიდან 2 სმ) პუნქტირებას და როგორც კი შპრიცში შემოვა სისხლი (ე.ი. ნემსი იმყოფება პარკუჭის ღრუში) იწყებენ პრეპარატების შეყვანას.
- 2) 10–12 სმ სიგრძის ნემსით სამკურნალო საშუალებები ყოველთვის შეჰყავთ მიოკარდიუმში

24) ლიპოფილური და ჰიდროფილური ნივთიერებების (უმეტესი ნაწილის) შეწევა წვრილ ნაწლავში ძირითადად ხორციელდება:

- 1) ფილტრაციით
- 2) აქტიური ტრანსპორტით
- 3) პასიური დიფუზიით
- 4) პინოციტოზით
- 5) გამარტივებული დიფუზიით

25) რომელი პარამეტრის მეშვეობით შეიძლება შეფასდეს სამკურნალო ნივთიერების შეწოვის ხარისხი პრეპარატის პერორალურად მიღების შემთხვევაში?

- 1) კლირენსი
- 2) ბიოშელწევადობა
- 3) იონიზაციის კონსტანტა
- 4) ნახევრად დაშლის პერიოდი  $T_{1/2}$
- 5) განაწილების მოცულობა

26) სამკურნალო ნივთიერებების პასიური ტრანსპორტის სახეებია:

- 1) დიფუზია
- 2) ოსმოსი
- 3) ფილტრაცია
- 4) პინოციტოზი

- 27) საჭმლის მომწელებელ სისტემაში მოხვედრილი ლიპოფილური ნივთიერებების პასიური დიფუზიის სიჩქარე დამოკიდებულია:
- 1) ჰიდროსტატურ წნევაზე
  - 2) ლიპოფილურობის ხარისხზე
  - 3) კონცენტრაციის გრადიენტზე
- 28) სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან ადვილად ხორციელდება როგორც, ლიპოფილური, ასევე ჰიდროფილური ნივთიერებების შეწოვა. რა უპირატესობა გააჩნია სამკურნალო ნივთიერებების ორგანიზმში შეყვანის რექტალურ გზას (Per rectum) პერორალურთან (Per os) შედარებით?
- 1) საკმაოდ მაღალია ბიომედიკაცია
  - 2) სწორი ნაწლავიდან სამკურნალო ნივთიერება სწორი ნაწლავის ქვედა და შუა ვენებიდან (*venae rectales inferiores et mediae*) გადადის ჯერ თემოს საერთო ვენაში (*vena iliaca communis*), ხოლო შემდეგ ქვედა ღრუ ვენაში (*vena cava inferior*), ანუ არ გაივლის ღვიძლს, უშუალოდ ხვდება სისხლის სისტემურ მიმოქცევაში და არ განიცდის პრესისტემურ ელიმინაციას.
  - 3) სამკურნალო ნივთიერება სწორი ნაწლავის ქვედა და შუა ვენებიდან (*venae rectales inferiores et mediae*) ხვდება კარის ვენაში (*vena portae hepatis*), ანუ არ გაივლის ღვიძლს. ამიტომ ბიომედიკაცია მაღალია
  - 4) სწრაფად ვითარდება ფარმაკოლოგიური ეფექტი
  - 5) არ აღიზიანებს კუჭის ლორწოვან გარსს.
- 29) როგორი კონცენტრაციის ეთანოლის ხსნარის გამოყენება შეიძლება ინტრავენურად:
- 1) 95 %-ანი სპირტხსნარის
  - 2) 70 %-ანი სპირტხსნარის
  - 3) 1–30%-ანი სპირტხსნარის
- 30) პრეპარატი – სუმამედი (აზითრომიცინი) პაციენტმა უნდა მიიღოს ჭამამდე 1 სთ–ით ადრე, ან საკვების მიღებიდან 2 სთ–ის შემდეგ. რატომ?
- 1) წამალი აღიზიანებს კუჭის ლორწოვან გარსს
  - 2) საკვები უარყოფითად მოქმედებს აბსორბციის (შეწოვის) ხარისხზე
- 31) არის თუ არა 100% ბიომედიკაცია სამკურნალო პრეპარატების რექტალურად (Per rectum) გამოყენების შემთხვევაში?
- 1) კი
  - 2) არა
- 32) სამხრეთამერიკელი ინდიელები კურარეთი მოწამლულ ისრებს იყენებდნენ ნადირობისას. საინტერესოა ის, რომ კურარეთი მოწამლული ცხოველის საკვებად გამოყენებისას თვითონ არ იწამლებოდნენ. რატომ?
- 1) ევოლუციის პროცესში ჩამოუყალიბდათ შხამის საწინააღმდეგო იმუნიტეტი
  - 2) საჭმლის მომწელებელი სისტემიდან არ ხდება საწამლავის აბსორბცია და მისი ბიომედიკაცია არის დაბალი
  - 3) კურარეთის დამახასიათებელია სელექტიურობა, ანუ მოქმედებს მხოლოდ ძუძუმწოვრებზე.
- 33) სამკურნალო ნივთიერება, რომელიც დაკავშირებულია პლაზმის ცილებთან, თავისუფალი ფრაქციისგან განსხვავებით:
- 1) არ ავლენს ფარმაკოლოგიურ აქტიურობას
  - 2) სწრაფად განიცდის ბიოტრანსფორმაციას
  - 3) მოქმედებს უფრო ხანგრძლივად
- 34) განაწილების მოცულობა გვიჩვენებს:
- 1) ვირტუალურ მოცულობას, რომელსაც იკავებს სამკურნალო ნივთიერება სისხლში მოხვედრის შემდეგ, იმ პირობით, რომ მისი კონცენტრაცია ქსოვილებში და სისხლის პლაზმაში არის თანაბარი.
  - 2) რუბრო-სპინალური სითხის მოცულობას, რომელსაც იკავებს სამკურნალო ნივთიერება სისხლში მოხვედრის შემდეგ, იმ პირობით, რომ მისი კონცენტრაცია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში და სისხლის პლაზმაში არის თანაბარი.

- 35) სამკურნალო საშუალების ნახევრად დაშლის პერიოდის ( $T_{1/2}$ ) გათვალისწინებით განისაზღვრება პრეპარატის;
- 1) სადღეღამისო დოზა
  - 2) ერთჯერადი დოზა
  - 3) მედიკამენტის მიღების სიხშირე
  - 4) ორგანიზმიდან ელიმინაციის (გამოყოფის) ინტენსივობა
- 36) სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში მოხვედრის შემდეგ სამკურნალო ნივთიერების დაკავშირება პლაზმის ცილებთან (ალბუმინებთან, გლობულინებთან, ლიპოპროტეიდებთან):
- 1) ამცირებს მის განაწილების მოცულობას
  - 2) ზრდის მის განაწილების მოცულობას
  - 3) საერთოდ არ მოქმედებს ამ პარამეტრზე
- 37) სამკურნალო საშუალების განაწილების მოცულობა დამოკიდებულია:
- 1) ნივთიერების ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებებზე
  - 2) ორგანოებში და ქსოვილებში სისხლის მიმოქცევის ინტენსივობაზე
  - 3) ნახევრად დაშლის პერიოდზე  $T_{1/2}$
- 38) სამკურნალო ნივთიერებით ინტოქსიკაციისას ეფექტურია ჰემოდიალიზი, თუ ამ ნივთიერების განაწილების მოცულობა
- 1)  $< 14$  ლ-ზე
  - 2)  $> 14$  ლ-ზე
- 39) სისხლიდან ქსოვილებში ჰისტოჰემატური ბარიერების გავლით ადვილად გადადიან:
- 1) არაპოლარული ლიპოფილური ნივთიერებები
  - 2) პოლარული ჰიდროფილური ნივთიერებები
- 40) კარბამაზეპინის (ფინლესინის), რიფამპინის, დიფენინის მიერ ღვიძლში მიკროსომალური ფერმენტების აქტიურობის გაზრდა (ინდუქცია) იწვევს სამკურნალო პრეპარატების:
- 1) ფარმაკოლოგიური ეფექტის გაძლიერებას
  - 2) მოქმედების ხანგრძლივობის შემცირებას
  - 3) კონცენტრაციის შემცირებას სისხლში
- 41) არის თუ არა ღვიძლის მიკროსომალური ფერმენტებისათვის დამახასიათებელი სუბსტრატული სპეციფიკა?
- 1) კი
  - 2) არა
- 42) სამკურნალო ნივთიერებების ჰეპატო-დუოდენალურ (ენტერო-ჰეპატურ) ცირკულაციაში იგულისხმება ამ სუბსტანციების ბიოტრანსფორმაციის შედეგად წარმოქმნილი პოლარული კონიუგატების ექსკრეცია ნაღველთან ერთად, ხოლო ჰიდროლიზის შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავიდან მათი რეაბსორბცია. ციკლი დღე-ღამის განმავლობაში მეორდება 6-8 ჯერ. კონიუგატების ჰიდროლიზი, საწყისი ფარმაკოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების წარმოქმნით, ხორციელდება ნაწლავის მიკროფლორის მეშვეობით. თქვენი აზრით, ქვემოთ ჩამოთვლილი, რომელი პათოლოგიური პროცესები ახდენენ ზეგავლენას ესტროგენების ჰეპატო-დუოდენალურ ცირკულაციაზე და შესაბამისად ამ პრეპარატების თერაპიულ ეფექტზე?
- 1) დისბაქტერიოზი
  - 2) დიარეა
  - 3) ღია კუთხოვანი გლაუკომა
  - 4) ღვიძლის ციროზი
- 43) ორგანიზმში სამკურნალო ნივთიერებების ბიოტრანსფორმაციის სიჩქარე იმატებს, თუ ადგილი აქვს:
- 1) მიკროსომალური ფერმენტების ინდუქციას
  - 2) მიკროსომალური ფერმენტების ინჰიბირებას
  - 3) ღვიძლის ციროზს

- 44) სამკურნალო ნივთიერებების მეტაბოლიზმის სიჩქარე დაბალია:
- 1) ახალშობილებში
  - 2) ღვიძლის ციროზის ფონზე
  - 3) მოხუცებში
  - 4) ჰიპოთირეოზის ფონზე
- 45) ღვიძლის ციროზი იწვევს პრეპარატების შემდეგი ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრების ცვლილებებს:
- 1) ქვეითდება პრესისტემური ელიმინაცია
  - 2) იზრდება სამკურნალო ნივთიერებების  $T_{1/2}$
  - 3) მცირდება პლაზმის ცილებთან დაკავშირების ხარისხი
  - 4) მცირდება სამკურნალო ნივთიერების განაწილების მოცულობა
  - 5) იზრდება ბიოშელწვეადობა
- 46) ჩვილებში მიკროორგანიზმ *Haemophilus influenzae*-ს მიერ გამოწვეული მენინგიტების სამკურნალოდ ლევომიციტინის (ქლორამფენიკოლის) გამოყენება იწვევს ტოქსიკური გრესის სინდრომის (ე.წ. \*რუხი სინდრომის\*) განვითარებას. მოზრდილებში პრეპარატის დეტოქსიკაცია ხორციელდება ლევომიციტინის კონიუგაციის გზით გლუკურონიდის წარმოქმნით (ფერმენტ გლუკურონილტრანსფერაზას მონაწილეობით). ჩვილებში დაბალია არა მარტო ამ ფერმენტის აქტივობა, არამედ ორგანიზმის მიერ არაკონიუგირებული ლევომიციტინის ელიმინაციის უნარიც. ამიტომ ნივთიერება გროვდება ორგანიზმში და იწვევს მოწამვლას. როგორი სიმპტომები არის დამახასიათებელი გრესის სინდრომისათვის?
- 1) პირღებინება, წოვის რეფლექსის დათრგუნვა, ზედაპირული ხშირი სუნთქვა, აპნოე, ხშირი მწვანე ფერის განავალი, კანი ღებულობს რუხ-მომწვანო შეფერილობას, ჰიპოთერმია და სიკვდილი.
  - 2) საერთო სისუსტე, მაღალი სიცხე, ცხვირცემინება, ხველა, ცრემლდენა, ხახისა და პირის ლორწოვანი გარსების შემუპება და ლოყის შიგნით ზედაპირებზე ჩნდება წვრილი არშიით შემოვლებული თეთრი წერტილები, მე-4 დღიდან აღინიშნება ლაქოვან-კვანძოვანი ღია ფერის სხვადასხვა ზომის გამონაყარი კანზე. გამონაყარი იწყება სახიდან მერე ვრცელდება სხეულზე, შემდეგ კიდურებზე..
  - 3) ტემპერატურის სწრაფი მომატება, პირღებინება, ზოგი ბავშვი დამახასიათებელ პოზაშია: წევს გვერდზე, უკან გადადებული თავით, მუხლისა და ბარძაყის სახსრებში მოხრილი ფეხებით, თავისა და ფეხების გასწორება არ ხერხდება, ხშირად ვითარდება კრუნჩხვები, პირველი დღე-ღამის ბოლოს კანზე ჩნდება სისხლჩაქცევები, პირველად კიდურებზე, შემდეგ ბარძაყებზე, დუნდულებზე, მუცლის არეში, პირისახეზე, თვალის სკლერებზე.
- 47) გულის ქრონიკული უკმარისობის ფონზე ადგილი აქვს დიგოქსინის შემდეგი ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრების ცვლილებებს:
- 1) ქვეითდება პლაზმის ცილებთან დაკავშირების ხარისხი
  - 2) მცირდება 30%-ით პრეპარატის აბსორბცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან
  - 3) ძლიერდება ღვიძლში პრეპარატის მეტაბოლიზმი
  - 4) იზრდება  $T_{1/2}$
  - 5) ჩქარდება თირკმლების მეშვეობით პრეპარატის ელიმინაცია
- 48) რომელი პათოლოგიური პროცესების დროს არის მოსალოდნელი სამკურნალო საშუალების ნახევრად დაშლის პერიოდის ( $T_{1/2}$ ) გაზანგრძლივება?
- 1) ღვიძლის, გულის, თირკმლების ფუნქციური უკმარისობა
  - 2) ჰიპოთირეოზი
  - 3) შოკი და ჰიპოპერფუზია
  - 4) მიკროსომალური ფერმენტების ინდუქცია (მაგ. ფენობარბიტალით)
  - 5) თირეოტოქსიკოზი
- 49) ორგანიზმში სამკურნალო ნივთიერებების კონიუგაციის პროცესებს განეკუთვნება:
- 1) ჰიდროლიზი
  - 2) აცეტილირების რეაქციები
  - 3) მეთილირება
  - 4) სულფატირება

## 5) გლუკურონიდების წარმოქმნა

- 50) შესაძლებელია თუ არა, რომ სამკურნალო ნივთიერების ბიოტრანსფორმაციის შედეგად ორგანიზმში წარმოიქმნას ფარმაკოლოგიურად უფრო აქტიური ნივთიერება?
- 1) კი
  - 2) არა
- 51) თირკმლებში შეზღუდულია ფილტრაცია:
- 1) ლიპოფილური ნივთიერებებისათვის
  - 2) ჰიდროფილური ნივთიერებებისათვის
  - 3) სუსტი ორგანული მჟავებისათვის
  - 4) ფუძე თვისებების მქონე ორგანული ნაერთებისათვის
  - 5) სისხლის პლაზმის ცილებთან დაკავშირებული სამკურნალო ნივთიერებებისათვის
- 52) რას გვიჩვენებს კლირენსი?
- 1) სამკურნალო ნივთიერებისგან პლაზმის გაწმენდის სიჩქარეს
  - 2) ლიპოფილურობას
  - 3) ბიომეღწევადობას
- 53) სამკურნალო ნივთიერების საერთო კლირენსზე გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები:
- 1) დოზა
  - 2) ბიოტრანსფორმაციის სიჩქარე
  - 3) ბიომეღწევადობა
  - 4) ექსკრეციის სიჩქარე
- 54) თირკმლის მილაკებში პასიური რეაბსორბცია დამახასიათებელია:
- 1) არაპოლარული ლიპოფილური ნივთიერებებისათვის
  - 2) პოლარული ჰიდროფილური ნივთიერებებისათვის
- 55) თირკმლების მეშვეობით ეფექტურად ხორციელდება იმ სამკურნალო ნივთიერებების ელიმინაცია, რომლებიც მიეკუთვნებიან:
- 1) პოლარულ ნაერთებს
  - 2) ჰიდროფილურ ნივთიერებებს
  - 3) არაპოლარულ ნივთიერებებს
  - 4) ლიპოფილურ ნაერთებს
- 56) სამკურნალო ნივთიერებების ელიმინაცია თირკმლების მეშვეობით დამოკიდებულია:
- 1) სამკურნალო ნივთიერების ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებებზე (ჰიდროფილურობაზე)
  - 2) პლაზმის ცილებთან დაკავშირების ხარისხზე
  - 3) დიურეზის სიჩქარეზე
  - 4) პირველადი შარდის pH-ზე (ნივთიერების დისოციაციის ხარისხზე)
- 57) როგორ იმოქმედებს შარდის შემჟავება, ეფედრინით ინტოქსიკაციის დროს, ორგანიზმიდან ამ ალკალოიდის ელიმინაციის პროცესზე?
- 1) შეანელებს
  - 2) დააჩქარებს
- 58) ცხრილში მოცემული პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკური მაჩვენებლების გათვალისწინებით უპასუხეთ შემდეგ კითხვებს:

მაჩვენებელი	ტეტრაციკლინი	დოქსიციკლინი
აბსორბცია ბიომეღწევადობა (%)	77–80	95
პლაზმის ცილებთან დაკავშირების ხარისხი	50–60	80



T1/2, სთ	6-10	24
კლირენსი (თირკმ) მლ/წთ	50-100	33

კუმულირების (ორგანიზმში დაგროვების) საშიშროება თუ ემუქრება რომელიმე მათგანს თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში და რაციონალურად რამდენჯერ დღეში უნდა დაინიშნოს თქვენი აზრით ტეტრაციკლინი და დოქსიციკლინი?

- 1) კუმულირების საშიშროება თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში ემუქრება ტეტრაციკლინს, რადგან მისი ელიმინაცია ორგანიზმიდან ხორციელდება ძირითადად თირკმლების მეშვეობით. ხოლო დოქსიციკლინის გამოყოფა ხდება უპირატესად ღვიძლის მეშვეობით, რადგან თირკმლ. კლირენსი დაბალია. თერაპიული კონცენტრაციის მისაღებად საკმარისი იქნება დოქსიციკლინი დაინიშნოს დღეში 1-ჯერ, ხოლო ტეტრაციკლინი დღეში 4-ჯერ.
- 2) არც დოქსიციკლინს და არც ტეტრაციკლინს არ ემუქრებათ კუმულირების საშიშროება, რადგან ორივე მათგანის ცილებთან დაკავშირების ხარისხი 80%-ზე დაბალი აქვს. საკმარისია დოქსიციკლინი დაინიშნოს დღეში 1-ჯერ, ხოლო ტეტრაციკლინი დღეში 4-ჯერ.
- 3) კუმულირების საშიშროება თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში ემუქრება დოქსიციკლინს, რადგან ცილებთან დაკავშირების ხარისხი უფრო მაღალი აქვს. თერაპიული კონცენტრაციის მისაღებად საკმარისია დოქსიციკლინი დაინიშნოს დღეში 1-ჯერ, ხოლო ტეტრაციკლინი დღეში 4-ჯერ.

59) გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 1956-1963 წლებში ახალშობილებში დაფიქსირდა ფოკომელიის (სელაპის მოკლე კიდურების მსგავსი კიდურების ჰიპოპლასტიკური/აპლასტიკური დეფორმაცია) მაღალი სიხშირე. სულ მსოფლიოში ამ პათოლოგიით დაინვალიდდა და გარდაიცვალა 10000-მდე ბავშვი. როგორც შემდგომში ცხადყო გამოკვლევებმა ეს ტერატოგენული ეფექტი გამოწვეული იყო ორსულების მიერ "უსაფრთხო" საძილე პრეპარატ – თალიდომიდის (Kontergan, Kevadon) მიღებით. საინტერესოა ის, რომ ორსულების ნაწილმა, მიუხედავად იმისა, რომ იყენებდა თალიდომიდს, დაბადა სრულიად ჯანმრთელი ბავშვები. თქვენი აზრით ორსულობის რომელ პერიოდში ვლინდება ყველაზე მკვეთრად პრეპარატების ემბრიოტოქსიკური (ტერატოგენული) ეფექტი?

- 1) ორსულობის 1-4 კვ. (საწყისი პერიოდი)
- 2) ორსულობის 4 - 9 კვ (ემბრიონალური პერიოდი)
- 3) ორსულობის 9 - 40 კვ (ფეტალური პერიოდი)
- 4) პოსტნატალური პერიოდი

60) რომელი პრეპარატებისათვის არის დამახასიათებელი ფეტოტოქსიკური ეფექტები ორსულობის III ტრიმესტრში?

- 1) ჰეპარინი
- 2) ფოლიუმის მჟავა
- 3) სულფანილამიდები (ბისეპტოლი, სეპტრინი, სულფადიმეტოქსინი)
- 4) ამინოგლიკოზიდები (გენტამიცინი, კანამიცინი, სტრეპტომიცინი, ამიკაცინი, ლიკაცინი)
- 5) პერორალური ანტიკოაგულანტები (ვარფარინი)
- 6) აფგ-ინჰიბიტორები (ენაპი, კაპოტენი, პრესტარიუმი, ინჰიბისი)
- 7) ანტიკონვულსანტი - დიფენინი
- 8) ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები
- 9) ქლორამფენიკოლი (ლევომიციტინი)
- 10) ასპირინი, დიკლოფენაკი
- 11) გლუკოკორტიკოიდები (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი)

61) ამინოგლიკოზიდების (ამიკაცინი-ლიკაცინი, გენტამიცინი, კანამიცინი, სტრეპტომიცინი და ა.შ.) დანიშვნა ორსულებში და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში უკუნაჩვენებია, რადგან

- 1) ჩვილებში კონიუგატების წარმოქმნის დარღვევის გამო ადგილი ექნება გრეის სინდრომის (ე.წ. \*რუხი სინდრომის\*) – კარდიოვასკულარული კოლაფსის განვითარებას, გვერდითი ეფექტებიდან ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ასევე ჰემოპოეზის დათრგუნვა (აპლასტიკური ანემია), დისბაქტერიოზი და მეორადი სოკოვანი ინფექციების განვითარება
- 2) ახასიათებთ ულცეროგენული ეფექტი და იქმნება სისხლდენის საშიშროება
- 3) კალციუმის იონებთან წარმოქმნიან კომპლექსურ ნაერთებს და აღარ ხორციელდება ძვლოვანი ქსოვილისა და კბილების ნორმალური ფორმირება (ემალის ჰიპოპლაზია)

- 4) განეკუთვნებიან ტრანსპლაცენტარულ კანცეროგენებს
- 5) ახასიათებთ ოტოტოქსიკურობა (სმენის დაქვეითება შეუქცევად სიყრუემდე (ბავშვი დარჩება ყრუ-მუნჯი)), ნეფროტოქსიკური მოვლენები (ოლიგურია, პროტეინურია), ჰეპატოტოქსიკურობა (ღვიძლის ტრანსამინაზების და ბილირუბინის შემცველობის მომატება სისხლში) და ა. შ..
- 6) იწვევენ ართროპათიებს (აზიანებენ ხრტილოვანი ქსოვილის წარმოქმნას)
- 62) ასპირინი (აცეტილსალიცილის მჟავა) ბავშვებში არ ინიშნება, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს რეის სინდრომი — მძიმე ენცეფალოპათია ღვიძლის და თირკმლების ცხიმოვანი დეგენერაციის ფონზე. რეის სინდრომისთვის დამახასიათებელია: ღრმა ლეტარგია, დელირია, ჰიპერვენტილაცია, ჰიპერრეფლექსია, დეკორტიკაციული რიგიდულობა, კონვულსიები, დეცერებრაციული რიგიდულობა, ფიქსირებული გუგები, კომა და აპნოე . როგორია ამ სინდრომის პათოგენეზი?
- 1) ასპირინი კალციუმის იონებთან წარმოქმნის კომპლექსურ ნაერთებს და ირღვევა ძვლოვანი ქსოვილის ნორმალური ფორმირება
  - 2) არ ხდება ამიაკის გადასვლა ციტრულინში, შესაბამისად ვითარდება ჰიპოციტრულინემია, ჰიპოგლიკემია, ჰიპერამონიემია (>300 მკმოლ/ლ, ნორმა 20–50 მკმოლ/ლ) და თავის ტვინის ციტოტოქსიკური შეშუპება
  - 3) ახასიათებს ოტოტოქსიკურობა (სმენის დაქვეითება შეუქცევად სიყრუემდე (ბავშვი დარჩება ყრუ-მუნჯი)), ნეფროტოქსიკური მოვლენები (ოლიგურია, პროტეინურია), ჰეპატოტოქსიკურობა (ღვიძლის ტრანსამინაზების და ბილირუბინის შემცველობის მომატება სისხლში) და ა. შ..
- 63) გლუკოკორტიკოიდების – პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი, ტრიამცინოლონი, ბეტამეტაზონი (განსაკუთრებით ფთორირებულების) გამოყენებისას ორსულობის დროს იზრდება შემდეგი პათოლოგიების განვითარების ალბათობა:
- 1) ვირილიზაცია
  - 2) კანის აპლაზია და ჰიპოთირეოზი
  - 3) მგლის ხახა და გულის მანკი
  - 4) ართროპათიები
- 64) რომელი ქალა-ტვინის ნერვის დაზიანება შესაძლოა განვითარდეს ამინოგლიკოზიდების დანიშვნისას ჩვილებში და ორსულებში?
- 1) I – n. olfactorius
  - 2) II – n. opticus
  - 3) III – n. oculomotorius
  - 4) IV – n. trochlearis
  - 5) V – n. trigeminus
  - 6) VI – n. abducens
  - 7) VII – n. facialis
  - 8) VIII – n. vestibulocochlearis
  - 9) IX – n. glossopharyngeus
  - 10) X – n. vagus
  - 11) XI – n. accessorius
  - 12) XII – n. hypoglossus
- 65) ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკების დანიშვნა ორსულებში და 8 წლამდე ასაკის ბავშვებში არ შეიძლება, რადგან
- 1) ჩვილებში კონიუგატების წარმოქმნის დარღვევის გამო ადგილი ექნება გრეის სინდრომის (ე.წ. \*რუხი სინდრომის\*) – კარდიოვასკულარული კოლაფსის განვითარებას, ამ ჯგუფის პრეპარატების გვერდითი ეფექტებიდან ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ასევე ჰემოპოეზის დათრგუნვა (აპლასტიკური ანემია), დისბაქტერიოზი და მეორადი სოკოვანი ინფექციების განვითარება
  - 2) ახასიათებთ ულცეროგენული ეფექტი და იქმნება სისხლდენის საშიშროება
  - 3) კალციუმის იონებთან წარმოქმნიან კომპლექსურ ნაერთებს და აღარ ხორციელდება ძვლოვანი ქსოვილისა და კბილების ნორმალური ფორმირება (ემალის ჰიპოპლაზია)
  - 4) განეკუთვნებიან ტრანსპლაცენტარულ კანცეროგენებს
  - 5) იწვევენ ართროპათიებს (აზიანებენ ხრტილოვანი ქსოვილის წარმოქმნას)
  - 6) ახასიათებთ ოტოტოქსიკურობა (სმენის დაქვეითება შეუქცევად სიყრუემდე (ბავშვი დარჩება ყრუ-მუნჯი)), ნეფროტოქსიკური მოვლენები (ოლიგურია, პროტეინურია), ჰეპატოტოქსიკურობა (ღვიძლის ტრანსამინაზების და ბილირუბინის შემცველობის მომატება სისხლში) და ა. შ..

- 66) აღნიშნეთ პრეპარატები, რომელთა გამოყენებისას არის მოსალოდნელი გინეკომასტიის განვითარება?
- 1) საგულე გლიკოზიდები
  - 2) ვეროშპირონი
  - 3) ნეიროლეგსიური საშუალებები
  - 4) ციმეტიდინი
- 67) ციმეტიდინის (გასტალი) მიერ ღვიძლში მიკროსომალური ფერმენტების აქტიურობის დაქვეითება (ინჰიბირება) იწვევს სამკურნალო პრეპარატების:
- 1) ფარმაკოლოგიური ეფექტის გაძლიერებას
  - 2) მოქმედების ხანგრძლივობის შემცირებას
  - 3) კონცენტრაციის შემცირებას სისხლში
  - 4) ფარმაკოლოგიური ეფექტის შემცირებას
- 68) ქლორამფენიკოლის (ლევომიციტინი) დანიშვნა ორსულებში და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში არ შეიძლება, რადგან
- 1) ჩვილებში კონიუგატების წარმოქმნის დარღვევის გამო ადგილი ექნება გრეის სინდრომის (ე.წ. \*რუხი სინდრომი\*) – კარდიოვასკულარული კოლაფსის განვითარებას, გვერდითი ეფექტებიდან ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ასევე ჰემოპოეზის დათრგუნვა (აპლასტიკური ანემია), დისბაქტერიოზი და მეორადი სოკოვანი ინფექციების განვითარება
  - 2) ახასიათებთ ულცეროგენული ეფექტი და იქმნება სისხლდენის საშიშროება
  - 3) კალციუმის იონებთან წარმოქმნიან კომპლექსურ ნაერთებს და აღარ ხორციელდება ძვლოვანი ქსოვილისა და კბილების ნორმალური ფორმირება (ემალის ჰიპოპლაზია)
  - 4) განეკუთვნებიან ტრანსპლაცენტარულ კანცეროგენებს
  - 5) იწვევენ ართროპატიებს (აზიანებენ ხრტილოვანი ქსოვილის წარმოქმნას)
  - 6) ახასიათებთ ოტოტოქსიკურობა (სმენის დაქვეითება შეუქცევად სიყრუემდე (ბავშვი დარჩება ყრუ-მუნჯი)), ნეფროტოქსიკური მოვლენები (ოლიგურია, პროტეინურია), ჰეპატოტოქსიკურობა (ღვიძლის ტრანსამინაზების და ბილირუბინის შემცველობის მომატება სისხლში) და ა. შ..
- 69) საინფუზიო ხსნარი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:
- 1) იყოს სტერილური, აპროგენული, იზოტონური, იზოიონური
  - 2) არ უნდა შეიცავდეს მექანიკურ მინარევებს
  - 3) pH სასურველია იყოს ნეიტრალური (pH =7)
  - 4) pH სასურველია იყოს მჟავე (pH<7)
- 70) ინფუზიის სახით ჰიპოტონური ხსნარების დიდი რაოდენობით გამოყენებისას, განვითარდება –
- 1) ანაფილაქსიური შოკი
  - 2) ჰემოლიზი და ჰიპერკალიემია
  - 3) პიროგენული რეაქცია
  - 4) ფილტვის არტერიების ემბოლია
- 71) სტერილური საინფუზიო ხსნარი, რომელიც შეიცავს პიროგენებს, ინტრავენურად შეყვანისას გამოიწვევს:
- 1) სეფსისს
  - 2) ემბოლიას
  - 3) ნეკროზს
  - 4) ტემპერატურის მომატებას
  - 5) ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპებას
- 72) როგორი კონცენტრაციის გლუკოზის ხსნარი ითვლება იზოტონურად?
- 1) 5 %
  - 2) 10 %
  - 3) 20 %
  - 4) 40 %
- 73) შესაძლებელია თუ არა, რომ ხსნარი იყოს სტერილური და შეიცავდეს პიროგენებს?

- 1) კი
- 2) არა

- 74) **ფარმაკოგენეტიკა შეისწავლის:**
- 1) პრეპარატების მემკვიდრეობით გენეტიკური დაავადებების მკურნალობის ეფექტურობას
  - 2) მემკვიდრეობის ზეგავლენას სამკურნალო ნივთიერებების ფარმაკოკინეტიკურ პარამეტრებზე და ფარმაკოლოგიურ ეფექტებზე
  - 3) გენური ინჟინერიით მიღებულ სამკურნალო პრეპარატებს
- 75) **რა იგულისხმება ფარმაკოდინამიკაში?**
- 1) სამკურნალო ნივთიერებების მოქმედების მექანიზმი
  - 2) ბიოტრანსფორმაცია
  - 3) ფარმაკოლოგიური ეფექტები
  - 4) სამკურნალო ნივთიერებების განაწილება
  - 5) მოქმედების ლოკალიზაცია
- 76) **შინაგანი აქტიურობა (მიმეტური მოქმედება) გულისხმობს სამკურნალო ნივთიერების:**
- 1) უნარს დაუკავშირდეს სპეციფიკურ რეცეპტორებს
  - 2) თვისებას სპეციფიკურ რეცეპტორებთან დაკავშირების შემდეგ მოახდინოს მათი სტიმულაცია ფარმაკოლოგიური ეფექტის განვითარებით
  - 3) მიერ სპეციფიკური რეცეპტორების ბლოკირებას
- 77) **აფინიტეტი ეს არის სამკურნალო ნივთიერების თვისება:**
- 1) დაუკავშირდეს სპეციფიკურ რეცეპტორებს
  - 2) მოახდინოს სპეციფიკური რეცეპტორების სტიმულაცია
  - 3) სპეციფიკურ რეცეპტორებთან დაკავშირების შემდეგ გამოიწვიოს ფარმაკოლოგიური ეფექტი
- 78) **ნივთიერებებს, რომლებიც ხასიათდებიან აფინიტეტით სპეციფიკურ რეცეპტორებთან მიმართებაში, არ ავლენენ შინაგან აქტიურობას და ხელს უშლიან ენდოგენური ლიგანდების და აგონისტების ურთიერთქმედებას რეცეპტორებთან, ეწოდებათ –**
- 1) ანტაგონისტები (ბლოკატორები)
  - 2) პარციალური აგონისტები
  - 3) აგონისტ-ანტაგონისტები
- 79) **რა არის ED<sub>50</sub> ?**
- 1) სამკურნალო ნივთიერების ის დოზა, რომელიც იწვევს თერაპიულ ეფექტს პაციენტების 50%-ში
  - 2) განაწილების მოცულობა
  - 3) საერთო კლირენსი
- 80) **რა არის LD<sub>50</sub> ?**
- 1) სამკურნალო ნივთიერების ის დოზა, რომელიც იწვევს ლეტალურ შედეგს ექსპერიმენტალური ცხოველების 50%-ში
  - 2) განაწილების მოცულობა
  - 3) ბიოშედწევადობა
  - 4) სამკურნალო ნივთიერების ნახევრად დაშლის პერიოდი
- 81) **ორგანიზმის უჩვეულო, სპეციფიკურ, ანომალურ რეაქციას სამკურნალო ნივთიერებებზე, რომელსაც საფუძვლად უდევს გენეტიკური ენზიმოპათიები და ვლინდება ამ სუბსტანციების ორგანიზმში მოხვედრისთანავე ეწოდება -**
- 1) სენსიბილიზაცია
  - 2) ტაქიფილაქსია
  - 3) იდიოსინკრაზია
  - 4) აბსტინენცია

- 82) როგორი არასასურველი მოვლენები შეიძლება განვითარდეს სამკურნალო ნივთიერებების განმეორებით გამოყენების შემთხვევაში?
- 1) მიჩვევა
  - 2) ტაქიფილაქსია
  - 3) კუმულაცია
- 83) რა არის ტოქსიდრომი?
- 1) სინდრომი გამოწვეული ტოქსინით (შხამით)
  - 2) მემბრანოტოქსიკური ალერგიული რეაქცია
  - 3) სინერგიზმის ერთ-ერთი სახე
- 84) აბსტინენციის სინდრომი ეს არის:
- 1) ფიზიკური დამოკიდებულების გამომწვევი წამლის, მიღების შეწყვეტით განპირობებული ფსიქო-სომატური დარღვევები
  - 2) სამკურნალო ნივთიერების ფარმაკოლოგიური ეფექტის დაქვეითება პრეპარატის ხშირი და ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში
  - 3) საერთო მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესება, გამოწვეული პრეპარატის მიღების შეწყვეტით
- 85) ტაქიფილაქსია არის:
- 1) სამკურნალო ნივთიერების ფარმაკოლოგიური ეფექტის დაქვეითება პრეპარატის ხშირი და ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში
  - 2) საერთო მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესება, გამოწვეული პრეპარატის მიღების შეწყვეტით
  - 3) ფსიქიკური დამოკიდებულების გამომწვევი წამლის მიღების შეწყვეტით განპირობებული ფსიქო-სომატური დარღვევები
- 86) სამკურნალო პრეპარატის ფეტოტოქსიკური ეფექტი მკვეთრად არის გამოხატული ორსულობის:
- 1) I ტრიმესტრში
  - 2) II-III ტრიმესტრში
  - 3) IV ტრიმესტრში
- 87) სამკურნალო პრეპარატების კომბინირებისას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს:
- 1) სინერგიზმს
  - 2) ანტაგონიზმს
  - 3) პოტენცირებას
  - 4) სენსიბილიზაციას
  - 5) მიჩვევას
  - 6) იდიოსინკრაზიას
- 88) ბაქტერიციდული და ბაქტერიოსტატული ანტიბიოტიკების ერთად დანიშვნა (მაგ. ცეფტრიაქსონი + სულფადიმეტოქსინი, პენიცილინი+დოქსიციკლინი, ამოქსიცილინი + კლავულონის მჟავა (აუგმენტინი) + დოქსიციკლინი, ცეფტრიაქსონი + ლევომიცეტინი) არარაციონალურია, რადგან
- 1) ძლიერდება ოტოტოქსიკური ეფექტი
  - 2) ადგილი ექნება ფარმაკოლოგიურ ანტაგონიზმს
  - 3) ქიმიური ანტაგონიზმის გამო მოხდება პრეპარატების ინაქტივაცია
  - 4) ცეფტრიაქსონი, პენიცილინი, ამოქსიცილინი არ განიცდიან ბიოტრანსფორმაციას, ხოლო ბაქტერიოსტატული ანტიბიოტიკები წარმოქმნიან არააქტიურ მეტაბოლიტებს
  - 5) ასეთი კომბინაცია იწვევს პაციენტის სიცოცხლისათვის საშიშ ფსევდო მემბრანოზულ კოლიტს
  - 6) ბაქტერიოსტატულ და ბაქტერიციდულ ანტიბიოტიკებისათვის დამახასიათებელია ფიზიკური ანტაგონიზმი
- 89) შხამების პერორალურად მიღებისას ადსორბენტების გამოყენება ამცირებს მათ ბიოშეწვეადობას. იქნება თუ არა ეფექტური გააქტივირებული ნახშირის დანიშვნა იმ შემთხვევაში თუ ტოქსიკური ნაერთი ორგანიზმში მოხვდა პარენტრალური გზით?

- 1) არა, რადგან ადსორბენტი მოქმედებს მხოლოდ ნაწლავის სანათურში არსებულ ნივთიერებებზე
  - 2) კი, რადგან ტოქსიკური ნაერთები სისხლიდან პასიური დიფუზიით გადადიან ნაწლავის სანათურში (გასტროინტესტინალური დიალიზი), სადაც ნახშირის მიერ განხორციელება მათი შთანთქმა და შესაბამისად დაჩქარდება ელიმინაცია
- 90) როგორი ტერმინით აღინიშნება თერაპიული დოზებით სამკურნალო პრეპარატების გამოყენებისას გამოწვეული არასასურველი მოქმედება ორგანიზმზე?
- 1) გვერდითი ეფექტები
  - 2) ტოქსიკური ეფექტები
- 91) პრეპარატის მუტაგენური ეფექტი გულისხმობს:
- 1) ისეთ არასასურველ ზემოქმედებას ემბრიონზე, რომელიც იწვევს სიმახინჯეებს
  - 2) გენეტიკური აპარატის დაზიანებას თაობის გენოტიპის ცვლილებით
  - 3) სუბკაფსულარული კატარაქტის განვითარებას
- 92) რა არის დამახასიათებელი სამკურნალო ნივთიერებებით გამოწვეული ალერგიული რეაქციებისათვის?
- 1) ალერგიული რეაქცია არ არის დამოკიდებული დოზაზე და ვითარდება სამკურნალო პრეპარატის განმეორებით გამოყენებისას (ორგანიზმი სენსიბილიზირებულია)
  - 2) პრეპარატის პირველივე კონტაქტი ორგანიზმთან სრულდება ალერგიული რეაქციით
- 93) თერაპიული ინდექსი (LD<sub>50</sub>/ED<sub>50</sub>) არის:
- 1) მინიმალური და მაქსიმალური დოზების ჯამი
  - 2) სხვაობა მაქსიმალურ უსაფრთხო და მინიმალურ ეფექტურ დოზებს შორის
  - 3) თანაფარდობა მაქსიმალურ უსაფრთხო და მინიმალურ ეფექტურ დოზებს შორის
- 94) რა იგულისხმება პრეპარატის ულცეროგენულ ეფექტში?
- 1) სამკურნალო პრეპარატის მიერ წყლულის გამოწვევის შესაძლებლობა
  - 2) აბსტინენციის სინდრომი
  - 3) ფსიქო-სომატური დარღვევები
- 95) სანარკოზე საშუალება თიოპენტალ ნატრიუმის (იყენებენ მხოლოდ ინტრავენურად) კანკეშ მობვედრისას ვითარდება ქსოვილების ნეკროზი. რომელი პრეპარატის მეშვეობით შეიძლება დაჩქარდეს ნივთიერების გადასვლა სისხლში და შესაბამისად შემცირდეს ქსოვილების დაზიანების ფართობი?
- 1) ამ დროს რაციონალურია ბილიდაზას (ლიდაზას) გახსნა ფიზიოლოგიურ ხსნარში და დაზიანების კერაში შეყვანა, რადგან ჰიალურონიდაზა იწვევს ჰიალურონის მჟავას დეპოლიმერიზაციას და ხელს უწყობს აგრესიული სუბსტანციის გაწოვას. დასაშვებია ასევე, ჩვენებების გათვალისწინებით დამატებით სტეროიდული ან არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენება.
  - 2) იყენებენ ვაზოკონსტრიქტორებს ადრენალინს, ნორადრენალინს, რომლებიც სისხლძარღვების შევიწროების ფონზე ამცირებენ ნივთიერების გადასვლას სისხლის სისტემურ მიმოქცევაში.
  - 3) დაზიანების კერაში ახორციელებენ 20% გლუკოზის 20 მლ ხსნარის ინექციას. გლუკოზა აჩქარებს ელექტროლიტების შეწოვას და მათთან ერთად აგრესიული ნივთიერებების ტრანსპორტირებასაც.
- 96) ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების (ლიდოკაინი, ნოვოკაინი, ბუპივაკაინი) ხსნარებს, ფარმაკოლოგიური ეფექტის გახანგრძლივების მიზნით, საკმაოდ ხშირად უმატებენ ადრენალინს ან ნორადრენალინს, რადგან ისინი იწვევენ ინექციის ადგილზე სისხლძარღვების შევიწროებას და აფერხებენ ანესთეტიკების გადასვლას სისხლში. რატომ არ შეიძლება ადრენალინის ან ნორადრენალინის შემცველი საანესთეზიო ხსნარების გამოყენება თითების და ცხვირის გაუტკივარების დროს?
- 1) ამ პრეპარატებით გამოწვეული ვაზოკონსტრიქცია განაპირობებს ქსოვილების ხანგრძლივ იშემიას და შესაძლოა განვითარდეს განგრენა
  - 2) ადრენალინი და ნორადრენალინი პერიფერიულ ორგანოებში ინექციის შედეგად სწრაფად გადადიან სისხლის სისტემურ მიმოქცევაში, რის გამოც იზრდება პარკუჭების ფიბრილაციის განვითარების ალბათობა

- 3) ვაზოკონსტრიქტორები მოქმედებენ ცხვირსა და თითებში მოთავსებულ ბარორეცეპტორებზე რაც ხელს უწყობს ორთოსტატური ჰიპოტენზიის ფორმირებას.

97) სამკურნალო ნივთიერებებით გამოწვეული ალერგიული რეაქციებისას შესაძლებელია შემდეგი ორგანოების დაზიანება:

- 1) კანი
- 2) სასუნთქი გზები
- 3) საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი
- 4) გული
- 5) სისხლი
- 6) სისხლძარღვები

98) ქსენობიოტიკების (მაგ. სულფანილამიდები) ორგანიზმში შეყვანამ შესაძლოა გამოიწვიოს საკმაოდ მძიმე, ალერგიული გენეზის ლაიელას სინდრომი. რა არის დამახასიათებელი ამ სინდრომისთვის?

- 1) ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი (წარმოიქმნება ნეკროტიზირებული ეპიდერმისის ფართო და მტკივნეული უბნები, რომლებიც შეხებით მარტივად შორდებიან სხეულს, ადგილი აქვს ეროზიების ფორმირებას და კანი გამოიყურება, როგორც ძლიერი დამწვრობისას. აღინიშნება ასევე კერატიტი, მხედველობის დარღვევა, პირის ღრუს დაწყლულება და კანზე კელოიდური ნაწიბურების წარმოქმნა
- 2) ძირითადად სპეციფიკურია სტომატიტის (ლორწოვანი გარსის დაწყლულება, სისხლის შედედება ტუჩებში იწვევს მათ გაშავებას, საკვების მიღებას თან ახლავს ძლიერი ტკივილი), კონიუნქტივიტის, ურეთრიტის და კანის ექსუდაციური ერითემის სიმპტომოკომპლექსი. ასევე დამახასიათებელია: პნევმონიების, მიოკარდიტების, პერიკარდიტების, ენტერიტების, ენცეფალიტების და ართრიტების განვითარებაც.

99) აღნიშნეთ ალერგიული გენეზის სინდრომები:

- 1) ლაიელას სინდრომი
- 2) ადამსი-სტოქსი-მორგანის სინდრომი
- 3) ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი
- 4) სტივენს ჯონსონის სინდრომი

100) სამკურნალო პრეპარატებით (მაგ. β-ლექტამური ანტიბიოტიკებით, ნოვოკაინით), გამოწვეული ანაფილაქსიური შოკის დროს, ადგილი აქვს პოხიერი უჯრედებიდან და ბაზოფილებიდან ალერგიის მედიატორების (ჰისტამინი, სეროტონინი, ლეიკოტრინები, პროსტაგლანდინები, კინინები) გამოთავისუფლებას. ეს ნივთიერებები იწვევენ: ვაზოდილატაციას შესაძლო კოლაფსით, კაპილარების განვლადობის მომატებას, ჰიპოვოლემიას, ქსოვილების შემუშებას და ბრონქოსპაზმს. რომელ მედიკამენტებს და როგორი სქემით იყენებენ ანაფილაქსიური შოკის დროს?

- 1) ადრენალინის 0.1%-1მლ (2მლ) ხსნარს აზავენენ 5%-500მლ გლუკოზის ან 0.9%-250მლ ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარში და იწყებენ ინფუზიას 0.5-2.5 მლ/წთ-ში სიჩქარით (ინტრამუსკულარული და კანქვეშა ინექციები შოკის შემთხვევაში არაეფექტურია). ჰიპოვოლემიის კორექციის მიზნით იყენებენ კოლოიდურ ხსნარებს, 5% ალბუმინს. რაციონალურია ასევე H<sub>1</sub>-ჰისტამინობლოკატორების (დიმედროლი, სუპრასტინი) და გლუკოკორტიკოიდების (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი) გამოყენება..
- 2) რაციონალურია კოლოიდური ხსნარების 5% ალბუმინის, H<sub>1</sub>-ჰისტამინობლოკატორების და გლუკოკორტიკოიდების (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი). გამოყენება
- 3) ფუროსემიდის 20მგ-2მლ ხსნარს აზავენენ 5%-500მლ გლუკოზის ან 0.9%-250მლ ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარში და იწყებენ ინფუზიას 0.5-2.5 მლ/წთ-ში სიჩქარით (ინტრამუსკულარული და კანქვეშა ინექციები შოკის შემთხვევაში არაეფექტურია). ჰიპოვოლემიის კორექციის მიზნით იყენებენ კოლოიდურ ხსნარებს 5% ალბუმინს, H<sub>1</sub>-ჰისტამინობლოკატორებს და გლუკოკორტიკოიდებს (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი).

101) ალერგიული რეაქციების რომელ ტიპს მიეკუთვნება ქსენობიოტიკებით ინდუცირებული ლაიელას სინდრომი?

- 1) I ტიპი - ანაფილაქსიური
- 2) II ტიპი - ციტოტოქსიკური (მემბრანოაქტიური)
- 3) III ტიპი - იმუნოკომპლექსური
- 4) IV ტიპი - T-უჯრედული

**კერძო ფარმაკოლოგია**  
(სინაპტოტროპული საშუალებები)

- 102) ვეგეტატიური ნერვული სისტემა არის ნერვული სისტემის ნაწილი, რომელიც არეგულირებს შინაგანი ორგანოების მოქმედებას, ნივთიერებათა ცვლას და შესაბამისად ყველა ქსოვილის ფუნქციურ მდგომარეობას. ვეგეტატიური ნერვული სისტემა შედგება: პარასიმპათიკური (კრანიალ-საკრალური – წარმოდგენილია შუა, მოგრძო ტვინიდან და ზურგის ტვინის გავის ნაწილიდან გამოსული ნერვული ბოჭკოებით) და სიმპათიკური (ტორაკო-ლუმბალური – ზურგის ტვინის გულმკერდ-წელის ნაწილიდან გამომავალი ნერვული ბოჭკოები) ნერვული სისტემებისგან. ქალა-ტვინის რომელი წყვილი ნერვები მიეკუთვნებიან პარასიმპათიკურ ნერვულ სისტემას?
- 1) I – n. olfactorius
  - 2) II – n. opticus
  - 3) III – n. oculomotorius
  - 4) IV – n. trochlearis
  - 5) V – n. trigeminus
  - 6) VI – n. abducens
  - 7) VII – n. facialis
  - 8) VIII – n. vestibulocochlearis
  - 9) IX – n. glossopharyngeus
  - 10) X – n. vagus
  - 11) XI – n. accessorius
  - 12) XII – n. hypoglossus
- 103) მედიატორ აცეტილქოლინის სინთეზი მიმდინარეობს ნეირონების ციტოპლაზმაში, ხოლო დეპონირება ხორციელდება ვეზიკულებში (ერთი ვეზიკულა საშუალოდ შეიცავს მედიატორის 3000-მდე მოლეკულას). როგორც კი მოქმედების პოტენციალი მიაღწევს ნერვულ დაბოლოებებს,  $Ca^{2+}$  –ის იონების მოქმედებით, ვეზიკულები იწყებენ უჯრედის მემბრანისკენ გადაადგილებას და ადგილი აქვს, კვანტების სახით, აცეტილქოლინის ეგზოციტოზს. ეს პროცესი მგრძნობიარეა  $Ca^{2+}$  –ის იონების კონცენტრაციის მიმართ. რომელ ორვალენტთან იონებს ( $Ca^{2+}$  –ის იონების ანტაგონისტებს) შეუძლიათ დათრგუნონ ქოლინერგულ სინაპსში ნერვული იმპულსის გადაცემა?
- 1)  $Mg^{2+}$
  - 2)  $Co^{2+}$
  - 3)  $Mn^{2+}$
  - 4)  $Fe^{2+}$
  - 5)  $Zn^{2+}$
- 104) ეგზოციტოზის შედეგად სინაპსურ ნაპრალში გამოსროლილი მედიატორ აცეტილქოლინის ინაქტივაციას ახორციელებს ფერმენტი –
- 1) მონოამინოოქსიდაზა
  - 2) აცეტილქოლინესტერაზა
  - 3) ქოლინაცეტილტრანსფერაზა
  - 4) კატეხოლორთომეთილტრანსფერაზა
- 105) აღნიშნეთ N-ქოლინორეცეპტორების ლოკალიზაცია:
- 1) ვეგეტატიური ნერვული სისტემის განგლიები (როგორც სიმპათიკურის, ასევე პარასიმპათიკურის)
  - 2) ნეიროჰიპოფიზი, ჰიპოთალამუსი, ჰიპოკამპი, რეტიკულური ფორმაცია
  - 3) სინოკაროტიდული ზონა (glomus caroticum)
  - 4) თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი ნივთიერება
  - 5) ნერვულ-კუნთოვანი სინაპსი
- 106) ანაერობული ბაცილა *Clostridium botulinum* გამოყოფს საკმაოდ ძლიერ ბოტულოტოქსინს, რომელიც იწვევს: ქსეროსტომიას (პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე), დიზართრიას, დისფაგიას, აფონიას, პერისტალტიკის დათრგუნვას და სპეციფიკურ ოფთალმოპლოგიურ სინდრომს (მწვავე ჰიპერმეტროპიას, ორმხრივ ბლევაროპტოზს, მიდრიაზს, დიპლოპიას, სტრობიზმს და ვერტიკალურ ნისტაგმს). მედიცინაში ამ ნივთიერებას იყენებენ სხვადასხვა სახის დისტონიების (ბლევაროპიაში, სტრობიზმი) სამკურნალოდ. პრეპარატი შეჰყავთ შესაბამის კუნთში და ვითარდება კუნთის დამბლა ხანგრძლივობით 12 კვირა. როგორია ამ ტოქსინის მოქმედების მექანიზმი?



- 1) ბოტულოტოქსინი ხელს უშლის პრესინაპსური მემბრანიდან აცეტილქოლინის ეგზოციტოზს
- 2) პრეპარატი ახდენს პოსტინაპსური N-ქოლინორეცეპტორების დეპოლარიზაციას
- 3) ბოტულოტოქსინი ბლოკავს ფერმენტს – აცეტილქოლინესთერაზას

107) აღნიშნეთ M<sub>1</sub>-ქოლინორეცეპტორების ლოკალიზაცია –

- 1) ცენტრალური ნერვული სისტემა და კუჭის პარიეტალური უჯრედები
- 2) გული
- 3) გლუვი მუსკულატურა და ეგზოკრინული ჯირკვლები

108) როგორი სახის ფარმაკოლოგიური ეფექტები ვითარდება გულში მოთავსებული M<sub>2</sub>-ქოლინორეცეპტორების სტიმულაციის შედეგად ან ცთომილი ნერვის (n. vagus) გააქტიურების ფონზე?

- 1) უარყოფითი ქრონოტროპული
- 2) დადებითი ქრონოტროპული
- 3) უარყოფითი დრომოტროპული
- 4) დადებითი დრომოტროპული
- 5) უარყოფითი ინოტროპული

109) გლაუკომის დროს პირდაპირი მოქმედების M – ქოლინომიმეტიური საშუალება – პილოკარპინის ჰიდროქლორიდი (1–2% 10 მლ. თვ. წვ) თვალშია წნევას აქვეითებს იმიტომ, რომ

- 1) ფერად გარსში არსებული M – ქოლინორეცეპტორების სტიმულაცია განაპირობებს ფერადი გარსის ცირკულარული კუნთის შეკუმშვას, რაც იწვევს მიოზს (გუგის შევიწროებას). ამასთან ერთად პილოკარპინის მიერ წამწამოვანი კუნთის (m. ciliaris) შეკუმშვისას (აკომოდაციის სპაზმი) ხორციელდება ცინის იოგის მოდუნება, ბროლი იცვლის ფორმას და თვალი ხდება ახლომხედველი. ამ ცვლილებების ფონზე ადგილი აქვს თვალის წინა საკნიდან სითხის ინტენსიურ გადასვლას სკლერის ვენურ სინუსში, რაც დაბლა წევს მომატებულ თვალშია წნევას, როგორც ღია ასევე დახურულკუთხოვანი გლაუკომის დროს.
- 2) ფერად გარსში არსებული M – ქოლინორეცეპტორების სტიმულაცია განაპირობებს ფერადი გარსის ცირკულარული კუნთის შეკუმშვას, რაც იწვევს მიდრიაზს (გუგის გაფართოებას). ამასთან ერთად პილოკარპინის მიერ წამწამოვანი კუნთის (m. ciliaris) შეკუმშვისას (აკომოდაციის სპაზმი) ხორციელდება ცინის იოგის მოდუნება, ბროლი იცვლის ფორმას და თვალი ხდება შორსმხედველი. ამ ცვლილებების ფონზე ადგილი აქვს თვალის წინა საკნიდან სითხის ინტენსიურ გადასვლას სკლერის ვენურ სინუსში, რაც დაბლა წევს თვალშია წნევას, როგორც ღია ასევე დახურულკუთხოვანი გლაუკომის დროს.

110) როგორია ოფთან-პილოკარპინის (1–2% 10 მლ. თვ. წვ) დოზირების რეჟიმი?

- 1) 2წვ. 2–6-ჯერ დღეში
- 2) 2წვ. 1-ჯერ დღეში ძილის წინ
- 3) 1წვ. 1-ჯერ დღეში ძილის წინ

111) ბიოლოგიური სიკვდილის დადგომიდან შეუქცევადი პროცესების განვითარებამდე უჯრედებში გადის საშუალოდ 20 სთ-ი. ამ პერიოდის განმავლობაში ორგანოები და ქსოვილები ინარჩუნებენ გარეშე ფაქტორებთან (მექანიკურ-, ქიმიურ გამლიზიანებლებზე) რეაგირების უნარს, რაც საფუძვლად დაედო კრიმინალისტიკაში სუპრავიტალურ რეაქციებს. თუ გვამის თვალის წინა საკანში (სივრცე რქოვანასა და ფერად გარსს შორის) 1%-ანი პილოკარპინის თვალის წვეთების, წვრილი შპრიცით შეყვანის შემდეგ მიოზი განვითარდა 3–5 წმ-ში, რაზე მიგვითითებს ეს რეაქცია?

- 1) ობიექტი ცოცხალი იყო 10 სთ-ის წინ
- 2) \_\_\_\_\_ 20 სთ-ის წინ
- 3) ----- 5 სთ-ის წინ

112) აღნიშნეთ M<sub>2</sub>-ქოლინორეცეპტორების ლოკალიზაცია –

- 1) ცენტრალური ნერვული სისტემა და კუჭის პარიეტალური უჯრედები
- 2) გული
- 3) გლუვი მუსკულატურა და ეგზოკრინული ჯირკვლები

- 113) არაპირდაპირი მოქმედების M, N – ქოლინომიმეტიური საშუალებების (პროზერინი, ფიზოსტიგმინის სალიცილატი, არმინი, კალიმინი, ნეირომიდინი, ნივალინი) ორგანიზმში შეყვანისას ადგილი აქვს შემდეგი ფარმაკოლოგიური ეფექტების განვითარებას:
- 1) თვალი – მიოზი, აკომოდაციის სპაზმი (თვალი ხდება ახლომხედველი), კლებულობს მომატებული თვალშიგა წნევა. წამწამოვანი კუნთის (*m. ciliaris*) შეკუმშვა იწვევს თავის ტკივილს
  - 2) გულ-სისხლძარღვთა სისტემა – ბრადიკარდია (შესამლებელია ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა, ასისტოლია), სისხლძარღვების გაფართოება და ჰიპოტენზია
  - 3) ეგზოკრინული ჯირკვლები – სეკრეციის გაძლიერება (სალივაცია, რინორეა, ბრონქორეა, ჰიპერჰიდროზი, ცრემლდენა, კუჭის-, ნაწლავის-, პანკრეასის წვენის გამოყოფა)
  - 4) საჭმლის მომნელებელი სისტემა – პერისტალტიკის გაძლიერება, სფინქტერების მოდუნება → დიარეა, დეფეკაცია
  - 5) ბრონქები – ბრონქოსპაზმი, ბრონქორეა
  - 6) შარდის გამომყოფი სისტემა – შარდის ბუშტის დეტრუზორის ტონუსი იმატებს, ხოლო სფინქტერის იკლებს → შარდის უნებლიე გამოყოფა
  - 7) საშვილოსნო – გლუვი მუსკულატურის ტონუსი იმატებს
  - 8) მიო-ნევრალური (ნერვულ-კუნთოვანი) სინაპსი – სინაპსში დაგროვებული აცეტილქოლინი ამარტივებს ნერვული იმპულსის გადაცემას, ზრდის კუნთების ძალას მიასტენიის დროს, მაგრამ დიდ დოზებში იწვევს პოსტინაპსური მემბრანის ჰიპერპოლარიზაციას და განივზოლიანი მუსკულატურის დამბლას (ქოლინერგული კრიზი)
  - 9) ცენტრალური ნერვული სისტემა – აგზნება, ცნობიერების დაბინდვა, მოსვენობა, უძილობა, კომპარული სიზმრები, ტრემორი, დიზარტრია, კლონურ-ტონური კრუნჩხვები და კომა.
- 114) რომელ ორგანოებში არიან ლოკალიზებული M<sub>3</sub>-ქოლინორეცეპტორები? –
- 1) ცენტრალური ნერვული სისტემა და კუჭის პარიეტალური უჯრედები
  - 2) გული
  - 3) გლუვი მუსკულატურა და ეგზოკრინული ჯირკვლები
- 115) აღნიშნეთ აცეტილქოლინესთერაზას შექცევადი ინჰიბიტორების (პროზერინი, უბრეტიდი, კალიმინი, ნეირომიდინი) დანიშვნის უკუჩვენებები
- 1) ოპერაციის შემდგომი ნაწლავების ატონია, ნაწლავთა პარალიზური გაუვალობა
  - 2) შარდის ბუშტის სფინქტერის ფუნქციური უკმარისობა და შარდის ბუშტის ჰიპოტონია
  - 3) გლაუკომა
  - 4) განივზოლიანი კუნთების პერიფერიული დამბლა
  - 5) ალცჰაიმერის დაავადება იმ ინჰიბიტორებისათვის რომლებიც გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს
  - 6) ეპილეფსია
  - 7) პარკინსონის დაავადება
  - 8) ორსულობა, ლაქტაცია
  - 9) მიასტენია – Myasthenia gravis (კუნთების სისუსტე)
  - 10) ბრონქული ასთმა
  - 11) თირეოტოქსიკოზი
  - 12) კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება
  - 13) ვაგოტონია (ნერვული სისტემის პარასიმპათიკური ტონუსის სიჭარბე)
- 116) პილოკარპინის (M – ქოლინომიმეტიური საშუალება) და ფიზოსტიგმინის (აცეტილქოლინესთერაზას შექცევადი ინჰიბიტორი) კომბინირებისას ფარმაკოლოგიური ეფექტი:
- 1) გაძლიერდება
  - 2) შემცირდება
- 117) ფოსფორორგანული ნაერთებით მოწამვლისას იყენებენ:
- 1) M-ქოლინობლოკატორებს
  - 2) M-ქოლინომიმეტიკებს
  - 3) აცეტილქოლინესთერაზას რეაქტივატორებს
- 118) რომელი პრეპარატის მოქმედი ნივთიერებაა დისტიგმინის ბრომიდი?
- 1) Ubretid
  - 2) Kalymin

- 3) Mestinson
- 4) Neiromidin

- 119) როგორია უბრეტიდის (A-სია) საინექციო ხსნარის დოზირების რეჟიმი?
- 1) 1მლ (0.5მგ) ინტრამუსკულარულად დღეში 1-ჯერ
  - 2) 1მლ (0.5მგ) ინტრამუსკულარულად დღეში 4-ჯერ
  - 3) 1მლ (0.5მგ) ინტრამუსკულარულად კვირაში 1-ჯერ
- 120) აცეტილქოლინესტერაზას შეეცვადი ინჰიბიტორების (პროზერინი, უბრეტიდი, კალიმინი, ნეირომიდინი) დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:
- 1) ოპერაციის შემდგომი ნაწლავების ატონია, ნაწლავთა პარალიზური გაუვალობა
  - 2) შარდის ბუშტის სფინქტერის ფუნქციური უკმარისობა და შარდის ბუშტის ჰიპოტონია
  - 3) განივზოლიანი კუნთების პერიფერიული დამბლა
  - 4) ალცჰაიმერის დაავადება იმ ინჰიბიტორებისათვის რომლებიც გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს
  - 5) ეპილეფსია
  - 6) პარკინსონის დაავადება
  - 7) მიასთენია – Myasthenia gravis (კუნთების სისუსტე, პტოზი, დიპლოპია, დისფაგია, დისართრია)
  - 8) ბრონქული ასთმა
  - 9) თირეოტოქსიკოზი
  - 10) კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება
  - 11) ვაგოტონია (ნერვული სისტემის პარასიმპათიკური ტონუსის სიჭარბე)
- 121) პროზერინით მოწამვლისას იყენებენ:
- 1) N-ქოლინომიმეტიურ საშუალებებს
  - 2) M-ქოლინობლოკატორებს
  - 3) M-ქოლინომიმეტიკებს
  - 4) აცეტილქოლინესტერაზას რეაქტივატორებს
- 122) M – ქოლინობლოკატორის ატროპინის სულფატის ორგანიზმში შეყვანისას ადგილი აქვს შემდეგი ფარმაკოლოგიური ეფექტების განვითარებას:
- 1) თვალი – მიდრიაზი, ფოტოფობია, აკომოდაციის დამბლა – ციკლოპლეგია (თვალი ხდება შორსმხედველი), იმატებს თვალშიაგა წნევა დახურულკუთხოვანი გლაუკომის დროს.
  - 2) გულ-სისხლძარღვთა სისტემა – ტაქიკარდია
  - 3) ეგზოკრინული ჯირკვლები – სეკრეციის დათრგუნვა, ქსეროსტომია, ქსეროფტალმია
  - 4) საჭმლის მომწელებელი სისტემა – პერისტალტიკის შესუსტება – ყაბზობა
  - 5) ბრონქები – ბრონქოდილატაცია
  - 6) შარდის გამომყოფი სისტემა – შარდის ბუშტის დეტრუზორის ტონუსი იკლებს, ხოლო სფინქტერის იმატებს → შარდის გამოყოფა გართულებულია
  - 7) ცენტრალური ნერვული სისტემა – აგზნება, ცნობიერების დაბინდვა, მოსვენობა, უძილობა, კომმარული სიზმრები, მხედველობითი ჰალუცინაციები, ამნეზია, კლონურ-ტონური კრუნჩხვები და კომა.
- 123) რომელი ჯირკვლების სეკრეტორულ ფუნქციაზე არ ახდენენ ზეგავლენას M-ქოლინობლოკატორები?
- 1) სანერწყვე
  - 2) ტრაქეო-ბრონქიალური
  - 3) სარძევე
  - 4) საცრემლე
  - 5) საოფლე
- 124) 1% 5მლ ატროპინის სულფატის თვალის წვეთების გამოყენებისას მიდრიაზი მაქსიმალურად არის გამოხატული წვეთების ინსტილაციიდან 30–40 წთ–ის შემდეგ და ფარმაკოლოგიური ეფექტი ნარჩუნდება 7–10 დღის განმავლობაში, ხოლო აკომოდაციის დამბლა (ციკლოპლეგია) ვითარდება 1–2

სთ-ში და ფარმაკოლოგიური ეფექტი გრძელდება 8–12 დღე. ციკლოპლეგიისას თვალი ხდება შორსმხედველი, ხანგრძლივი მიდრიაზი კი ხელს უწყობს ფოტოფობიას, რაც არ არის სასურველი. რა უპირატესობა გააჩნია 0.5–1% 5მლ ტროპიკამიდის თვალის წვეთებს ატროპინთან შედარებით?

- 1) ფარმაკოლოგიური ეფექტები (მიდრიაზი, ციკლოპლეგია) ნარჩუნდება არაუმეტეს 6 სთ-ისა
- 2) \_\_\_\_\_ 24 სთ-ისა
- 3) \_\_\_\_\_ 36 სთ-ისა

125) M-ქოლინობლოკატორების დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:

- 1) სანერწყვე ჯირკვლების ჰიპერსეკრეცია
- 2) ჰიპერაციდული გასტრიტი
- 3) ბრონქული ასთმა
- 4) ღვიძლის კოლიკა
- 5) აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორებით ინტოქსიკაცია
- 6) ტაქიკარდია
- 7) პრემედიკაცია (n. vagus-ის ბლოკადა)
- 8) პარკინსონის დაავადება

126) ოფთალმოლოგიაში M-ქოლინობლოკატორებს იყენებენ:

- 1) დახურულკუთხვანა გლაუკომის დროს
- 2) ბროლის რეფრაქციის დადგენის მიზნით სათვალეების შერჩევისას
- 3) ირიდოციკლიტის დროს, რადგან იწვევს ციკლოპლეგიას
- 4) თვალის ფსკერის გამოკვლევის მიზნით

127) რატომ იყენებენ ოპერაციის დაწყებამდე, პრემედიკაციის მიზნით, ატროპინის სულფატს?

- 1) ატროპინის სულფატი ახორციელებს რეფლექტორული ბრონქოსპაზმის და ბრადიკარდიის პროფილაქტიკას
- 2) თრგუნავს სანერწყვე და ტრაქეო-ბრონქიალური ჯირკვლების რეფლექტორულ ჰიპერსეკრეციას
- 3) აძლიერებს პერისტალტიკას

128) ნაწლავის პერისტალტიკას აქვეითებენ:

- 1) ატროპინი
- 2) სკოპოლამინი
- 3) ჰიოსცინი
- 4) ბენზოჰექსონი
- 5) ჰიგრონი
- 6) დითილინი

129) მხატვრულ ლიტერატურაში საკმაოდ ზუსტად არის აღწერილი ძალღ-ყურძენას ნაყოფით მოწამვლის სიმპტომო-კომპლექსი: დამურასავით ბრმა, ჭარხალივით წითელი, ძვალვით მშრალი, კურდღელივით ცხელი და მამალივით აგზნებული (მიდრიაზი, ციკლოპლეგია, ფოტოფობია, ჰიპერთერმია, ოფლის გამოყოფის შემცირება, მოტორული და ფსიქიკური აგზნება, ჰალუცინაციები). ინტოქსიკაცია შესაძლოა დასრულდეს ატროპინული კომით. სასიკვდილო დოზა შეადგენს 100მგ-ს., ზავშვებისთვის 10 წლამდე \_\_\_\_\_ 10მგ-ს. რომელ მედიკამენტებს იყენებენ ატროპინით მოწამვლისას?

- 1) საჭიროა ზონდის მეშვეობით კუჭის ამორეცხვა. კომის შემთხვევაში რაციონალურია პროცედურის განხორციელება ინტუბაციის შემდეგ, რადგან არსებობს პირნალები მასებით სასუნთქი გზების ასპირაციის საშიშროება. ადსორბენტები (ნახშირი გააქტივირებული) კუჭის ამორეცხვამდე და ამორეცხვის შემდეგ. აცეტილქოლინესთერაზას ინჰიბიტორი პროზერინი 0.05% – 1მლ კანქვეშ, ანტიკონვულსანტი დიაზეპამი 10მგ – 2მლ ინტრავენურად ყოველ 8 სთ-ში, ფსიქომოტორული აგზნების მოხსნის მიზნით კუნთში 2.5%-2მლ ამინაზინი ან ჰალოპერიდოლი, ხოლო კანქვეშ. 2% – 1მლ პრომედოლი. ტაქიკარდიის დროს – პროპრანოლოლი ინტრავენურად.
- 2) საჭიროა ზონდის მეშვეობით კუჭის ამორეცხვა. კომის შემთხვევაში რაციონალურია პროცედურის განხორციელება ინტუბაციის შემდეგ, რადგან არსებობს პირნალები მასებით სასუნთქი გზების ასპირაციის საშიშროება. ადსორბენტები (ნახშირი გააქტივირებული) კუჭის ამორეცხვამდე და ამორეცხვის შემდეგ. აცეტილქოლინესთერაზას რეაქტივატორები

(დიპიროქსიმი, პრალიდოქსიმი, ობიდოქსიმი, იზონიტროზინი) კანქვეშ, კუნთში, ვენაში, ენაში (ეფექტურია მოწამვლიდან 12 სთ-ის განმავლობაში). სუნთქვის აქტში მონაწილე კუნთების ბლოკადისას აუცილებელია პაციენტის ხელოვნურ სუნთქვაზე გადაყვანა.

- 130) **ორთოსტატიკურ ჰიპოტენზიას იწვევენ:**
- 1) M-ქოლინობლოკატორები
  - 2) განგლიობლოკატორები
  - 3) ა – ადრენობლოკატორები
- 131) **რომელი მიორელაქსანტის გამოყენება არის რაციონალური განივზოლიანი კუნთების მოდუნების მიზნით ისეთი ხანმოკლე კლინიკური მანიპულაციებისას, როგორიცაა: ინტუბაცია, ამოვარდნილობების გასწორება და ძვლოვანი ფრაგმენტების რეპოზიცია?**
- 1) ლისტენონი
  - 2) პავულონი
  - 3) არდუანი
  - 4) ტრაქრიუმი
- 132) **კურარეს მსგავსი მიორელაქსანტების დანიშვნის ჩვენებებია:**
- 1) ჩონჩხის (განივზოლიანი) კუნთების მოდუნება ქირურგიული ოპერაციების დროს
  - 2) ტრაქეის ინტუბაცია
  - 3) ამოვარდნილობების გასწორება და ძვლოვანი ფრაგმენტების რეპოზიცია
  - 4) ტეტანუსის დროს კონვულსიების კუპირება
  - 5) გლუვი კუნთების მოდუნება ოპერაციის დროს
- 133) **რა არის დამახასიათებელი ლისტენონისთვის (დიტილინისთვის)?**
- 1) არის კურარეს მსგავსი ხანგძლივი მოქმედების (60წთ) მიორელაქსანტი
  - 2) პრეპარატი წარმოადგენს დეპოლარიზაციული ტიპის ხანმოკლე მოქმედების (5–10წთ) მიორელაქსანტს
  - 3) ამ პრეპარატის ფარმაკოლოგიური ეფექტი ძლიერდება ანტიქოლინესთერაზული საშუალებებით (პროზერინით, ნივალინით და ა.შ.)
- 134) **როგორ მოქმედებს გუგების დიამეტრზე ადრენალინი?**
- 1) ფერადი გარსის რადიალური კუნთის  $\alpha_1$  – ადრენორეცეპტორებთან ურთიერთქმედებისას ვითარდება მიდრიაზი
  - 2) ფერადი გარსის ცირკულარული კუნთის  $\alpha_1$  – ადრენორეცეპტორების სტიმულაცია იწვევს მიოზს.
  - 3) ფერადი გარსის ცირკულარული კუნთის  $\alpha_1$  – ადრენორეცეპტორების სტიმულაცია იწვევს მიდრიაზს.
- 135) **გუგებს აფართოებენ და არ ახდენენ ზეგავლენას აკომოდაციაზე:**
- 1)  $\alpha_1$  – ადრენომიმეტიკები
  - 2)  $\alpha_2$  – ადრენომიმეტიკები
  - 3)  $\beta_1$  – ადრენომიმეტიკები
  - 4)  $\beta_2$  – ადრენომიმეტიკები
  - 5) აბ – ადრენომიმეტიკები
- 136)  **$\alpha_1$  – ადრენომიმეტიკების (ნაზივინი, ჰალაზოლინი, გუტრონი) ტოქსიკური დოზებით გამოყენებისას, ძლიერი ვაზოსპაზმის ფონზე, შესაძლებელია განვითარდეს:**
- 1) ჰიპერტონული კრიზი, ინსულტი
  - 2) ღვიძლის ციროზი
  - 3) ფილტვების შეშუპება
  - 4) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი
- 137) **სხვა ადრენომიმეტიკებისაგან განსხვავებით რა სპეციფიკა ახასიათებს ეფედრინით გამოწვეულ ინტოქსიკაციას?**

- 1) თუ მიდრიაზი გამოწვეულია მეზატონით ან ადრენალინით, მაშინ თვალეზი ინტენსიურ შუქზე რეაგირებენ გუგების შევიწროვებით, ხოლო ეფედრინის შემთხვევაში შუქის ზემოქმედებით მიოზი არ ვითარდება
- 2) ეფედრინის ტოქსიკური დოზების მიღებისას ადგილი აქვს ოფთალმოტონუსის მომატებას და აკომოდაციის სპასმს.

138) როგორი სიმპტომებია დამახასიათებელი სიმპტომიმეტიკური ტოქსიდრომისათვის?

- 1) ფსიქომოტორული აგზნება
- 2) ტაქიკარდია
- 3) ჰიპერტენზია
- 4) ჰიპერპირექსია
- 5) ჰიპერჰიდროზი
- 6) მიდრიაზი
- 7) ჰიპერსალივაცია
- 8) მიოზი
- 9) ტრემორი
- 10) კონვულსიები
- 11) რეფლექსური ბრადიკარდია
- 12) არითმიების განვითარება

139) ქვემოთ ჩამოთვლილი მედიკამენტებიდან, რომელი მათგანი ითვლება სელექტიურ  $\beta_1$  – ადრენომიმეტიკურ საშუალებად და ხასიათდება დადებითი ინოტროპული, ქრონოტროპული, და ბატმოტროპული ეფექტებით:

- 1) ომნიკი
- 2) ნაზივინი
- 3) ადრენალინი
- 4) დობუტამინი
- 5) ქსენიკალი

140) როგორ მოქმედებენ ჰემოსტაზის სისტემაზე  $\alpha_2$  – ადრენომიმეტიკები (კლოფელინი, გუანფაცინი)?

- 1) აძლიერებენ თრომბოციტების აგრეგაციას
- 2) ხასიათდებიან ფიბრინოლიზური მოქმედებით
- 3) ზრდიან სისხლში ჰეპარინის კონცენტრაციას

141) რა სხვაობაა  $\alpha_2$  – ადრენომიმეტიკებს გუანფაცინსა და კლოფელინს შორის?

- 1) კლოფელინს არ ახასიათებს მოხსნის სინდრომი
- 2) გუანფაცინი მოქმედებს უფრო ხანგრძლივად 16–20 სთ–ის განმავლობაში და ამიტომ ინიშნება დღეში 1–ჯერ
- 3) კლოფელინი ეფექტურად ამცირებს ალკოჰოლური და ოპიატური აბსტინენციის სომატოვეგეტატიურ გამოვლინებებს

142) აღნიშნეთ 0.025%-ანი ნაზივინის (ოქსიმეტაზოლინის ჰიდროქლორიდი) ცხვირის წვეთების დანიშვნის უკუჩვენებები:

- 1) თირეოტოქსიკოზი
- 2) გამოხატული ათეროსკლეროზი
- 3) გულის უკმარისობა და გულის რიტმის დარღვევა
- 4) ცხვირის ლორწოვანი გარსის შემუშება, გამოწვეული გაცივებით ან ალერგიული რინიტით
- 5) 1–წლამდე ასაკის ბავშვები
- 6) ორსულობა
- 7) პროსტატის (ჰიპერტროფია) ადენომა
- 8) ჰიპერტონული დაავადება

143) სელექტიური  $\beta_2$ -ადრენომიმეტიკური საშუალების ჰექსოპრენალინის (გინაპრალის) დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია

- 1) გულ–სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, განსაკუთრებით ტაქიკარდიით მიმდინარე გულის რიტმის დარღვევა

- 2) ჩონჩხის კუნთების რელაქსაცია სხვადასხვა ქირურგიული ჩარევისას და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ჩატარება
- 3) ტოკოლიზური მოქმედება (მშობიარობის დროს სამშობიარო შეტევების შეკავება, საშვილოსნოსშიდა ასფიქსია, საკეისრო კვეთის წინ საშვილოსნოს იმობილიზაცია, ნაადრევი მშობიარობის პროფილაქტიკა)
- 4) ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპება, გამოწვეული გაცივებით ან ალერგიული რინიტი
- 5) სამედიცინო ჩვენებით ორსულობის შეწყვეტა ნაყოფის მძიმე პათოლოგიების შემთხვევაში, რომელიც დადასტურებულია ულტრაბგერითი და სხვა გამოკვლევებით.

144) ამ პრეპარატების მეშვეობით β<sub>2</sub>-ადრენორეცეპტორების სტიმულაცია იწვევს პოხიერი უჭრედებიდან ანთების მედიატორების (ჰისტამინი, ლეიკოტრინები, პროსტაგლანდინები,) გამოთავისუფლების ინჰიბირებას, პარალელურად ადგილი აქვს ბრონქოდილაციასაც. ქვემოთ ჩამოთვლილი მედიკამენტებიდან რომელი მათგანი გამოიყენება ბრონქული ასთმისა და ობსტრუქციული ბრონქიტის ბაზისური თერაპიისათვის?

- 1) გრანდაქსინი
- 2) სერვენტი
- 3) უბრეტიდი
- 4) ფენოტეროლი
- 5) სალბუტამოლი
- 6) ტეტურამი
- 7) კალიფსოლი

145) სალმეტეროლი (Serevent) სალბუტამოლისგან განსხვავებით ინიშნება შემდეგი სქემით:

- 1) 2 ინჰალაცია 2-ჯერ დღეში (ინტერვალი 12სთ)
- 2) 2 ინჰალაცია 3-4-ჯერ დღეში (ინტერვალი 6-8სთ)
- 3) 2 ინჰალაცია 6-ჯერ დღეში (ინტერვალი 4 სთ)

146) რომელ ფარმაკოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს შეიცავს ბრონქული ასთმის სამკურნალო კომბინირებული პრეპარატი ბეროდუალი (აეროზოლი)?

- 1) ფენოტეროლი + ნატრიუმის ქრომოგლიკატი
- 2) სალმეტეროლი + ფლუტიკაზონი
- 3) ფენოტეროლი + იპრატროპიუმის ბრომიდი

147) პრეპარატ ბეროტეკის (Berotec) დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია: ბრონქული ასთმის მწვავე შეტევების სიმპტომატური მკურნალობა; ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ასთმის პროფილაქტიკა; სასუნთქი გზების შექცევადი ობსტრუქციით გამოწვეული მდგომარეობები. რომელ მოქმედ ნივთიერებას შეიცავს ეს პრეპარატი?

- 1) სალმეტეროლი
- 2) ფლუტიკაზონი
- 3) სალბუტამოლი
- 4) ფენოტეროლი
- 5) ატენოლოლი

148) ამ პრეპარატის გამოყენებისას არტერიული წნევა იმატებს, ბრონქების ტონუსი არ იცვლება, იყენებენ ასისტოლიის და კოლაფსის დროს. რომელ მათგანზეა საუბარი?

- 1) იზადრინი
- 2) ნორადრენალინი
- 3) ადრენალინი
- 4) მეზატონი

149) მეზატონის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:

- 1) ვაზომოტორული რინიტი
- 2) ჰიპოტენზია
- 3) ბრონქული ასთმა
- 4) ატრიოვენტრიკულარული ბლოკადა
- 5) ღიაკუთხოვანი გლავუკომა
- 6) დახურულკუთხოვანი გლავუკომა

- 150) ალნიშნეთ დოფამინის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?
- 1) კარდიოგენური ან ენდოტოქსინით ინდუცირებული ჰიპოტენზია, ჰიპოვოლემიური შოკი სისხლის მოცულობის კორექციის ფონზე
  - 2) პარკინსონის დაავადება განპირობებული ცნს-ის სტრუქტურებში დოფამინის დეფიციტით
  - 3) ფეოქრომოციტომა, ჰიპერტენზია, ტაქიკარდია
  - 4) პარკუჭების ფიბრილაცია
- 151) წყალში ხსნადი (ჰიდროფილური) β – ადრენობლოკატორები ვერ გადიან ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და შესაბამისად ნაკლებად იწვევენ არასასურველ ეფექტებს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან (მაგ. კომპარულ სიზმრებს). ალნიშნეთ წყალში ხსნადი β – ადრენობლოკატორები:
- 1) ატენოლოლი
  - 2) პრაქტოლოლი
  - 3) სოტალოლი
  - 4) ნადოლოლი
  - 5) პროპრანოლოლი
  - 6) მეტოპროლოლი
  - 7) თიმოლოლი
  - 8) ბისოპროლოლი
  - 9) ნებივოლოლი
- 152) β-ადრენობლოკატორების ხანგრძლივად გამოყენების ფონზე რენინის, ანგიოტენზინის და ალდოსტერონის შემცველობა სისხლში
- 1) მცირდება
  - 2) იზრდება
- 153) შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტებში β –ადრენობლოკატორების მიღებამ შესაძლოა გამოიწვიოს
- 1) ჰიპერგლიკემიური კომა გლიკოგენოლიზის სტიმულაციის ხარჯზე
  - 2) ჰიპოგლიკემიური კომა, გლიკოგენოლიზის ბლოკადის გამო
  - 3) ჰიპეროსმოლარული კომა
- 154) ატენოლოლის და ტალინოლოლის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია
- 1) სინუსური ტაქიკარდია, სუპრავენტრიკულური და ვენტრიკულური არითმიები
  - 2) ბრონქული ასთმა
  - 3) დამაბვის (სტაბილური) სტენოკარდია
  - 4) მიოკარდიუმის ახლად გადატანილი ინფარქტი გართულებებით (ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა)
  - 5) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (ვაზოდილატატორებთან ერთად, აუცილებელია ჩვენების მკაცრი დადგენა და მონიტორინგი)
  - 6) მიოკარდიუმის ინფარქტის მეორადი პროფილაქტიკა (კარდიოპროტექტორული ეფექტი)
  - 7) გამოხატული ბრადიკარდია (პულსი<50 დარტყმა/წუთში)
  - 8) გულის ჰიპერკინეტიკური სინდრომი
  - 9) თირეოტოქსიკოზი
  - 10) პრინციმეტალის ვაზოსპასტიური სტენოკარდია (გულის გვირგვინოვანი არტერიების სპაზმი)
- 155) როგორია არუთიმოლის (0.25–0.5% 5მლ. თვ. წვ) დოზირების რეჟიმი მომატებული ოფთალმოტონუსის დროს?
- 1) 1წვ. 2–ჯერ დღეში
  - 2) 2წვ. 3–ჯერ დღეში
  - 3) 2წვ. 4–ჯერ დღეში
- 156) დაასახელეთ კომბინირებული პრეპარატ Fotil-ის მოქმედი ნივთიერებები?
- 1) კლონიდინი
  - 2) თიმოლოლი
  - 3) ატენოლოლი



## 4) პილოკოლარპინი

- 157) რა სხვაობაა პრეპარატებს ფოტილს და ფოტილ-ფორტეს შორის?
- 1) ფოტილ-ფორტე შეიცავს პილოკარპინის გაორმაგებულ დოზას
  - 2) \_\_\_\_\_ კლონიდინის გაორმაგებულ დოზას
  - 3) \_\_\_\_\_ თიმოლოლის გაორმაგებულ დოზას
- 158) როგორია Fotil-forte-ს თვალის წვეთების დოზირების რეჟიმი მომატებული ოფთალმოტონუსის დროს?
- 1) 1წვ. 2-ჯერ დღეში
  - 2) 2წვ. 3-ჯერ დღეში
  - 3) 2წვ. 4-ჯერ დღეში
- 159)  $\beta_1$  -ადრენობლოკატორების სტაბილური, ჰიპოტენზიური ეფექტი ვითარდება პრეპარატების დანიშნულებიდან 2-4 კვირის შემდეგ. საწყის ეტაპზე ხშირად აღინიშნება დიასტოლური წნევის მომატება. როგორი სქემით ხორციელდება  $\beta_1$  -ადრენობლოკატორის - ნებივოლოლის (Nebilet) დოზირება არტერიული (ჰიპერკინეტიკური) ჰიპერტენზიის დროს?
- 1) 5 mg (1 აბი) დღეში 1-ჯერ ჭამის დროს
  - 2) 5 mg (1 აბი) დღეში 3-ჯერ ჭამის დროს
  - 3) 20 mg (1 აბი) დღეში 2-ჯერ ჭამის დროს
- 160) რომელი პრეპარატისათვის არის დამახასიათებელი შემდეგი გვერდითი მოვლენები; ბრადიკარდია, გამტარებლობის დარღვევა, ბლოკადა, გულის უკმარისობა, ჰიპოტონია, მოხსნის სინდრომი, ხანგამოშვებითი კოჭლობის გაძლიერება, ცივი ციანოზური კიდურები, რეინოს სინდრომი, ჰიპოგლიკემია (განსაკუთრებით ფიზიკური დატვირთვის ფონზე), კომმარული სიზმრები, ჰალუცინაციები, ფსიქოზები
- 1) მადოპარი
  - 2) კლონაზეპამი
  - 3) იმოვანი
  - 4) ნაკომი
  - 5) ნებილეტი ( $\beta_1$ -ადრენობლოკატორი)
  - 6) ციკლოდოლი
  - 7) სინემეტი
  - 8) კარდურა ( $\alpha_1$  - ადრენობლოკატორი)
- 161)  $\alpha_1$  - ადრენობლოკატორი დოქსაზოზინი  $\beta$  -ადრენობლოკატორებისაგან განსხვავებით
- 1) დადებითად მოქმედებს ათეროგენულ ფრაქციაზე (ამცირებს საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების, ტრიგლიცერიდების დონეს სისხლის შრატში, ზრდის მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების შემცველობას)
  - 2) უარყოფითად მოქმედებს ათეროგენულ ფრაქციაზე (ამცირებს საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების, ტრიგლიცერიდების დონეს სისხლის შრატში, ზრდის მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების შემცველობას)
  - 3) ინიშნება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის დროს სიმპტომების შესამსუბუქებლად
  - 4) დოქსაზოზინის პირველმა დოზამ შეიძლება გამოიწვიოს ორთოსტატიური ჰიპოტენზია მდგომარეობის მკვეთრად შეცვლის დროს (თავბრუსხვევა, ვერტიგო), ამიტომ მკურნალობა იწყება პრეპარატის 1 მგ. მიღებით ძილის წინ.
- 162) აღნიშნეთ პრეპარატები რომელთა მოქმედი ნივთიერებაა კარვედილოლი?
- 1) დილატრენდი
  - 2) ტალიტონი
  - 3) კონკორი
  - 4) კარდირატი
  - 5) კარვიდილი
  - 6) ბიოკარდი
  - 7) კორტოპი

- 163)  $\alpha_1$  – ადრენობლოკატორების დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:
- 1) ჰიპერტონული დაავადების სისტემური მკურნალობა
  - 2) ჰიპერტონული კრიზი
  - 3) პერიფერიული სისხლძარღვების სპაზმი
  - 4) ფილტვების შეშუპება
  - 5) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია
  - 6) ფეოქრომოციტომა
  - 7) ბრონქული ასთმა
- 164) პრეპარატი – ომნიკი (ტამსულოზინი) აქვეითებს შარდის ბუშტის სფინქტერის ტონუსს და პროსტატის ადენომის დროს ამცირებს დიზურიას. როგორი სქემით ინიშნება ომნიკი?
- 1) 1 კაფს. (0.4 მგ) 1–ჯერ დღეში
  - 2) 1 კაფს. (0.4 მგ) 2–ჯერ დღეში
  - 3) 1 კაფს. (0.4 მგ) 3–ჯერ დღეში
- 165) სელექტიური  $\alpha_1$  – ადრენობლოკატორებია::
- 1) დოქსაზოზინი (კარდურა, კამირენი)
  - 2) პრაზოზინი (მინიპრესი)
  - 3) ნიცერგოლინი (სერმიონი)
  - 4) იოჰიმბინი
  - 5) ტერაზოზინი (სეტეგისი)
  - 6) ტამსულოზინი (ომნიკი)
- 166)  $\alpha\beta$  – ადრენობლოკატორებია:
- 1) ლაბეტალოლი
  - 2) ატენოლოლი
  - 3) ბისოპროლოლი
  - 4) ბუპინდოლოლი
  - 5) კარვედილოლი
- 167) მსოფლიო ჩემპიონატის ბრინჯაოს პრიზიორს ტყვიის სროლაში, ორგანიზმში აღმოუჩინეს ანაპრილინი და ჩამოართვეს მოპოვებული ჯილდო. რატომ ითვლება ტყვიის მსროლელებში არასელექტიური  $\beta$ –ადრენობლოკატორები დოპინგად?
- 1) ანაპრილინი იწვევს ფსიქოსტიმულაციას და აადვილებს ორგანიზმის ადაპტაციას
  - 2)  $\beta$ –ადრენორეცეპტორების ბლოკადა განაპირობებს ბრონქების გაფართოებას და მხედველობის გაუმჯობესებას
  - 3) არასელექტიური  $\beta$ –ადრენობლოკატორები ამცირებენ სტრესულ სიტუაციაში უსიამოვნო ტაქიკარდიას და ტრემორს
  - 4) ანაპრილინი მოქმედებს ზურგის ტვინის მოტონეირონებზე, ამლიერებს მხედველობას, სმენას და ყნოსვას
- 168) რომელი ნაერთებით ინტოქსიკაციისას იყენებენ ეთანოლს, როგორც ანტიდოტს მედიცინაში?
- 1) მეთანოლით
  - 2) ჰერონით
  - 3) ფენობარბიტალით
  - 4) ეთილენგლიკოლით
  - 5) ლითიუმის კარბონატით
- 169) ეთანოლის მიღების შემდეგ ბიოტრანსფორმაციის შედეგად ორგანიზმში წარმოიქმნებიან შემდეგი მეტაბოლიტები
- 1) აცეტონი
  - 2) ნახშირორჟანგი
  - 3) აცეტალდეჰიდი
  - 4) ფორმალდეჰიდი
  - 5) ძმარმჟავა
- 170) ეთანოლის  $C_2H_5OH$  სასიკვდილო დოზა ადამიანისთვის, ერთჯერადად per os მიღებისას, შეადგენს 4–6 მლ/კგ–ზე (საშუალოდ 96%–300 მლ–ს). ინტოქსიკაცია იწყება ხანმოკლე აგზნებით, ეიფორიით,

რომელიც სწრაფად გადადის ალკოჰოლურ კომაში. ამ დროს პაციენტი იმყოფება უგონო მდგომარეობაში, ჰიპოტენზიის ფონზე მას აღენიშნება ტაქიკარდია, შესაძლოა განვითარდეს კოლაფსი. აქაფებული პირის ღრუდან ამოსდის ალკოჰოლის სუნი, კანი აქვს რბილი, სველი და ცივი. სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ასევე ჰიპოთერმია, ჰალუცინაციები, კონვულსიები, ბრადიპნოე, პირღებინება, არსებობს პირნალები მასებით სასუნთქი გზების ასპირაციის საშიშროება, ვითარდება ციანოზი. აგონალური სტადიისათვის დამახასიათებელია უნებლიე დეფეკაცია და მიქცია, მოგრძო ტვინში მოთავსებული სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა. რა ღონისძიებებს ატარებენ ეთილის სპირტით მოწამვლისას?

- 1) აუცილებელია პირნალები მასებისგან ზემო სასუნთქი გზებისა და პირის ღრუს გათავისუფლება
- 2) თუ არის შესაძლებელი ზონდის მეშვეობით კუჭის ამორეცხვა
- 3) ეთანოლი ხელს უწყობს ჰიპოგლიკემიის განვითარებას, ამიტომ რაციონალურია ინტრავენურად 20%-500მლ გლუკოზის ხსნარის შეყვანა (შეიძლება 10-20 ერთეულ ინსულინთან ერთად). აციდოზის კორექციის მიზნით სასურველია, ინფუზიის სახით, 4%-500მლ ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ხსნარი + შარდმდენები
- 4) ინტრამუსკულარულად ვიტამინები B<sub>1</sub> B<sub>6</sub>
- 5) დაბალი არტერიული წნევის კორექცია (პრედნიზოლონი, სტროფანტინი და ა.შ.)
- 6) ბრძოლა ჰიპოთერმიასთან
- 7) ჰემოდიალიზი, პერიტონეალური დიალიზი, ჰემო-, პლაზმო- და ლიმფოსორბცია.

171) კლოფელინის და ალკოჰოლური სასმელების ერთად მიღება:

- 1) გააძლიერებს კლოფელინის სედაციურ ეფექტს
- 2) ხელს შეუწყობს ტეტურამის მსგავსი რეაქციის განვითარებას
- 3) გამოიწვევს ჰიპერტონულ კრიზს

172) მეთილის სპირტი-CH<sub>3</sub>OH (მეთანოლი, კარბინოლი, ხის სპირტი) საჭმლის მომწელებელი სისტემიდან შეიწოვება ნელ-ნელა რამოდენიმე საათის განმავლობაში. ორგანიზმიდან მისი ელიმინაცია შენელებულია. სისხლში მეთანოლის აღმოჩენა შესაძლებელია ინტოქსიკაციიდან 4-8 დღის შემდეგაც კი. ბიოტრანსფორმაციის შედეგად მეთილის სპირტიდან ფერმენტ ალკოჰოლდეჰიდროგენაზას მეშვეობით წარმოიქმნებიან მაღალ ტოქსიკური ნივთიერებები: ფორმალდეჰიდი და ჭიანჭველამჟავა. ფორმალდეჰიდად გარდაქმნა მიმდინარეობს საკმაოდ ნელა, ხოლო ჭიანჭველამჟავად სწრაფად. აღსანიშნავია, რომ მეთანოლის მეტაბოლიტი - ფორმალდეჰიდი ბლოკავს ბადურაზე მიმდინარე გლიკოლიზის პროცესს და შესაბამისად ატფ-ის სინთეზს, რაც ხდება დაბრმავების მიზეზი. ხშირად მეთანოლით მოწამლული იღვიძებს დაბრმავებული. ასეთი პაციენტების 12%-ს შემდგომში მხედველობა აღუდგებათ. რამდენ მილილიტრს შეადგენს მეთანოლის სასიკვდილო დოზა ადამიანისთვის ერთჯერადად per os მიღების შემთხვევაში?

- 1) 10-30 მლ
- 2) 200-250 მლ
- 3) 400-500 მლ

173) მეთანოლით ინტოქსიკაციისას მისი მეტაბოლიზმის შენელების მიზნით იყენებენ:

- 1) 5%-ან ეთანოლს დოზით 0.5მლ/კგ-ზე ინტრავენურად (50მლ სამედიცინო სპირტს ხსნიან ან 1 ლ ფიზიოლოგიურ ან 1 ლ 5%-ანი გლუკოზის ხსნარში)
- 2) 2.5%-2მლ ამინაზინს ან ჰალოპერიდოლს ინტრამუსკულარულად, ხოლო კანქვეშ. 2% - 1მლ პრომედოლს.
- 3) არაპირდაპირი მოქმედების M, N-ქოლინომიმეტიურ საშუალებას პროზერინს (0.05%-1მლ) ინტრავენურად, ყოველ 10-30 წთ-ში

174) ეთილენგლიკოლის სასიკვდილო დოზა per os მიღების შემთხვევაში შეადგენს ~100მლ. მოწამლულების ~75% იღუპება პირველი 48 სთ-ის განმავლობაში. კომიდან გამოსვლის შემდეგ პაციენტების მდგომარეობა თავდაპირველად უმჯობესდება, მაგრამ ინტოქსიკაციიდან მე-8-14 დღეს ფიქსირდება მაღალი სიკვდილიანობა აზოტემიური ურემიის ფონზე. რაში მდგომარეობს ეთილენგლიკოლის ტოქსიკური მოქმედების მექანიზმი?

- 1) ბიოტრანსფორმაციის შედეგად ფერმენტ ალკოჰოლდეჰიდროგენაზას მეშვეობით წარმოიქმნება მაღალ ტოქსიკური ნივთიერებები: ფორმალდეჰიდი და ჭიანჭველამჟავა.
- 2) ეთილენგლიკოლი იწვევს ჰიპოტენზიას და ჰიპოპერფუზია ხდება ანურიის მიზეზი

- 3) ამ ტოქსიკური ნაერთის მიღებისას კალციუმის ოქსალატების დიდი რაოდენობა გროვდება არამარტო ფიალებსა და მილაკებში, არამედ თირკმლის პარენქიმაშიც, რაც არღვევს მის სტრუქტურას.
- 175) ქრონიკული ალკოჰოლიზმით დაავადებულებში ალკოჰოლური დელირიის განვითარებას საფუძვლად უდევს მოხსნის მწვავე სინდრომი და იწყება ალკოჰოლის ბოლო მიღებიდან რამოდენიმე საათში. პაციენტს აღენიშნება: აგზნება, ტრემორი, პირღებინება, ტაქიკარდია, მხედველობითი ჰალუცინაციები, ჰიპერ- ან ჰიპოტენზია, კონფუსიები და ა.შ.. რომელი მედიკამენტის მეშვეობით არის შესაძლებელი მოხსნის სინდრომის შემსუბუქება?
- 1) ატროპინის სულფატი (0.1%-1მლ) ინტრავენურად, ყოველ 10-30 წთ-ში ატროპინიზაციის სიმპტომების განვითარებამდე
  - 2) დიაზეპამი 10 მგ. ყოველ 4-6 სთ-ში ინტრავენურად, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით
  - 3) პროპერინი (0.05%-1მლ) ინტრავენურად, ყოველ 10-30 წთ-ში
- 176) ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ფონზე გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან ხშირად ვითარდება -
- 1) მარცხენა პარკუჭის დილატაცია
  - 2) აორტის კოარკტაცია
  - 3) მიტრალური სტენოზი
- 177) აზოტის ოქსიდი ( $N_2O$ ) - სანარკოზე საინჰალაციო საშუალებებიდან ერთადერთი არაორგანული ნაერთია, რომელსაც წარმატებით იყენებენ კლინიკურ პრაქტიკაში. მისი ხანგძლივი ექსპოზიცია თერაპიულ დოზებში იწვევს ძვლის წითელი ტვინის დეპრესიას (მეგალობლასტური ანემია), პერიფერიულ ნეიროპათიას და ფუნქციურ მიელოზს. აზოტის ოქსიდი ( $N_2O$ ) კარგად იხსნება სისხლში და აზოტთან შედარებით, სწრაფად დიფუნდირებს ჰაერის შემცველ ღრუებში, რაც განაპირობებს ღრუში წნევის მომატებას ამიტომ ამ სანარკოზე საშუალების გამოყენება სახიფათოა შემდეგი პათოლოგიების დროს:
- 1) პნევმოტორაქსი
  - 2) ჰაეროვანი ემბოლია
  - 3) პნევმოცეფალია (ნეიროქირურგიული ოპერაციის და პნევმოენცეფალოგრაფიის შემდგომი პერიოდი)
  - 4) დაფის აკვზე პლასტიკური ოპერაციები
  - 5) ნაწლავის მწვავე გაუვალობა
- 178) სამედიცინო პრეპარატი რომლის ქიმიური სახელწოდებაა 1,1,1 ტრიფთორ-2-ქლორ-2-ბრომმეთანი, ცნობილია როგორც -
- 1) ქლოროფორმი
  - 2) ფთოროტანი
  - 3) პროპოფოლი
  - 4) ამბენე
- 179) რომელი ფთორირებული საინჰალაციო სანარკოზე საშუალება ხასიათდება ყველაზე დაბალი ჰეპატოტოქსიკურობით (გათვალისწინეთ ღვიძლში პრეპარატის ბიოტრანსფორმაციის მაჩვენებელი)?
- 1) ფთოროტანი (20%)
  - 2) ენფლურანი (2%)
  - 3) იზოფლურანი (0.2%)
- 180) აღნიშნეთ ბარბიტურატები, რომლებსაც იყენებენ ნარკოზის ინდუქციის მიზნით?
- 1) ნატრიუმის თიოპენტალი
  - 2) ფენობარბიტალი
  - 3) მეთოპექსიტალი
- 181) ნატრიუმის თიოპენტალი (1%, 2%, -2.5% ხსნარი):
- 1) ნარკოზს იწვევს ვენაში შეყვანიდან 1-2 წთ-ში. აღნიშნება ვაგოტონია (ნერვული სისტემის პარასიმპათიკური ტონუსის სიჭარბე - სალივაცია, ლარინგოსპაზმი) და შესაბამისად რთულდება ინტუბაცია

- 2) მოქმედებს მხოლოდ 20–30 წთ–ის განმავლობაში, რადგან სწრაფად ხდება ორგანიზმში (ცხიმოვან ქსოვილში) მისი გადანაწილება
- 3) ხასიათდება მკვეთრად გამოხატული ანალგეზიური ეფექტით
- 4) დიდ დოზებში ამ პრეპარატს შეუძლია გამოიწვიოს კარდიოდეპრესია, ჰიპოტენზია და სუნთქვის ცენტრის დამბლა

182) ყველაზე ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურატებია:

- 1) ფენობარბიტალი
- 2) ჰექსენალი
- 3) ნატრიუმის თიოპენტალი
- 4) მეთოჰექსიტალი

183) რა უპირატესობა გააჩნია პროპოფოლს ნატრიუმის თიოპენტალთან შედარებით?

- 1) პროპოფოლის ინტრავენური ინექციისას ისევე როგორც ნატრიუმის თიოპენტალის გამოყენებისას ნარკოზი ვითარდება საკმაოდ სწრაფად, მაგრამ პაციენტს ნარკოზიდან გამოსასვლელად ესაჭიროება 10–ჯერ უფრო ნაკლები დრო.
- 2) პროპოფოლი ხასიათდება ანტიემეტიკური (პირღებინების) საწინააღმდეგო მოქმედებით
- 3) ნაკლებად მოქმედებს ცთომილ ნერვზე

184) პოსტოპერაციულ პერიოდში კეტამინით (კალიპსოლით) გამოწვეული ძლიერი ჰალუცინაციების კუპირება შესაძლებელია:

- 1) დიაზეპამით
- 2) დიკლოფენაკით
- 3) დენოლით
- 4) დანოლით

185) კეტამინი – თითქმის "სრულფასოვანი" არასაინჰალაციო, საანესთეზიო საშუალება იწვევს: ანალგეზიას, ამნეზიას და ცნობიერების დაკარგვას. ეს პრეპარატი არის ძლიერი ბრონქოდილატატორი, ამიტომ კეტამინი თამამად შეიძლება დაინიშნოს ბრონქული ასთმით დაავადებულ პაციენტებში ნარკოზის ინდუქციის მიზნით. რომელი პათოლოგიების დროს არ არის სასურველი ამ პრეპარატის გამოყენება?

- 1) არტერიული ჰიპერტენზია
- 2) გულის იშემიური დაავადება
- 3) არტერიალური ანევრიზმები
- 4) მწვავე ჰიპოვოლემიური შოკი
- 5) ნაყოფის ჰიპოქსია

186) რა უპირატესობებით ხასიათდება მეთოჰექსიტალი ნატრიუმის თიოპენტალთან შედარებით?

- 1) ნივთიერება ლიპოფილურია და მოქმედებას იწყებს უფრო სწრაფად
- 2) ფარმაკოლოგიური ეფექტის სიძლიერით 2–ჯერ აღემატება ნატრიუმის თიოპენტალს
- 3) არ კუმულირებს, უსაფრთხოა განმეორებითი ინექციები და პაციენტის გამოსვლა ნარკოზიდან ხდება გაცილებით სწრაფად
- 4) იწვევს ძლიერ მიორელაქსაციას

187) პრეპარატი ბუპივაკაინი:

- 1) ინიშნება ძირითადად რეგიონალური და ინფილტრაციული ანესთეზიის განსახორციელებლად
- 2) არის ფარმაკოლოგიურად უფრო აქტიური, ვიდრე ნოვოკაინი
- 3) მოქმედებს ხანგრძლივად
- 4) თუ პაციენტს აქვს ალერგია ნოვოკაინზე, თამამად შეიძლება ბუპივაკაინის გამოყენება

188) პრეპარატი ანესთეზინი:

- 1) მაღალი ტოქსიკურობის გამო ინიშნება მხოლოდ თერმინალური (ზედაპირული) ანესთეზიის განსახორციელებლად
- 2) ცუდად იხსნება წყალში
- 3) შედის კომბინირებული, ანტაციდური პრეპარატის ალმაგელ–A –ს შემადგენლობაში და სწრაფად ხსნის ტკივილს ჰიპერაციდური გასტრიტის დროს

- 189) როგორი თანმიმდევრობით კარგავს ნერვული ბოჭკო ფუნქციებს ადგილობრივი ანესთეტიკის ზემოქმედებით?
- 1) ქრება ტკივილის შეგრძნება → ტემპერატურის აღქმა → ტაქტილური მგრძობელობა → ყველაზე ბოლოს კი იკარგება კუნთებში ძალა
  - 2) პაციენტი თავდაპირველად კარგავს ძალას კუნთებში, შემდეგ ითრგუნება ტკივილის შეგრძნება, ტემპერატურის აღქმა და ბოლოს აღარ რეაგირებს შეხებაზე
- 190) პარკინსონის იდიოპათიური დაავადების დროს ადგილი აქვს შავი სუბსტანციის (Substantia nigra) დოფამინერგული ნეირონების დეგენერაციას. შესაბამისად ირღვევა ბალანსი ქოლინერგულ- და დოფამინერგულ სისტემებს შორის, რაც იწვევს ექსტრაპირამიდულ დარღვევებს (ტრემორი, რიგიდულობა, ჰიპოკინეზია). რომელი პრეპარატი ინიშნება ადრეულ სტადიაზე პარკინსონის დაავადების პროგრესირების შეწყვეტის მიზნით და როგორია მისი მოქმედების მექანიზმი?
- 1) სელეგილინი (ახდენს MAO-B-ს ინჰიბირებას და აფერხებს სტრიოპალიდარულ სისტემაში ნეირონების დეგენერაციას, სავარაუდოდ გამოწვეულს ნეიროტოქსინებით)
  - 2) ციკლოდოლი (ბლოკავს ცენტრალურ M- ქოლინორეცეპტორებს)
  - 3) ვიგაბატრინი (GABA-ტრანსამინაზას შეუქცევადი ინჰიბიტორი)
- 191) აღნიშნეთ ნივთიერებები, რომელთაც შეუძლიათ პარკინსონის დაავადების ან პარკინსონიზმის გამოწვევა:
- 1) მეთილფენილტეტრაჰიდროპირიდინი
  - 2) ნეიროლეპტიკები
  - 3) მეტოკლოპრამიდი (ცერუკალი)
  - 4) დომპერიდონი (მოტილიუმი)
  - 5) CO (ნახშირბადის მონოოქსიდი)
  - 6)  $Mn^{2+}$
  - 7) L-dopa
- 192) როგორია სელეგილინის (კოგნიტივი, იუმექსი, სეკვეოს, სეგან) დოზირების რეჟიმი?
- 2) 10 მგ დღეში 1-ჯერ, ან 5 მგ დღეში 2-ჯერ
  - 3) 50 მგ. დღეში 1-ჯერ
  - 4) 100 მგ დღეში 2-ჯერ
- 193) ცენტრალური M- ქოლინობლოკატორები პარკინსონის დაავადების დროს ამცირებენ:
- 1) ტრემორს
  - 2) რიგიდულობას
  - 3) ჰიპოკინეზიას
- 194) პარკინსონის დაავადების დროს L-დოპას შემცველი პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატების გამოყენებისას გაცილებით დაბალია რთული მოტორული ფლუქტუაციების და მედიკამენტოზური დისკინეზიების განვითარების ალბათობა. აღნიშნეთ ეს სამკურნალო საშუალებები –
- 1) ბრომოკრიპტინი
  - 2) სინემეტი CR
  - 3) ნაკომი HBS
  - 4) სელეგილინი
- 195) რომელი პრეპარატებისათვის არის დამახასიათებელი შემდეგი გვერდითი მოვლენები; ქორეოფორმული, დისტონიური ან სხვა ნამძალადევი მოძრაობები, კუნთების მზრიდან კონვულსიური მოვლენები, პარანოიდალური აზრები, ჰალუცინაციები, ეიფორია, აგზნებადობა
- 1) მადოპარი
  - 2) კლოზაპინი
  - 3) კლონაზეპამი
  - 4) იმოვანი
  - 5) ნაკომი
  - 6) ციკლოდოლი
  - 7) სინემეტი
  - 8) ბემეგრინი

- 196) L-dopa – ს ფარმაკოლოგიურ ეფექტს ამცირებს:
- 1) ასკორბინის მჟავა
  - 2) ტოკოფეროლის აცეტატი
  - 3) პირიდოქსინის ჰიდროქლორიდი
  - 4) კალციტრიოლი
- 197) რთული მოტორული ფლუქტუაციების (“ჩართვა – გამორთვის“ ფენომენი, პაროქსიზმული აკინეზია – ადგილზე სიარულის სახით) განვითარებას იწვევს შემდეგი ფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენება:
- 1) ტრანქვილიზატორები
  - 2) პარკინსონის დაავადების სამკურნალო საშუალებები (მაგ. L-დოპა, სინემეტი, მადოპარი)
  - 3) ნეიროლეპტიკები
  - 4) განგლიობლოკატორები
  - 5) გლუკოკორტიკოიდები
  - 6) ანტიჰიპოქსანტები
- 198) აღნიშნეთ პარკინსონის დაავადების სამკურნალო პრეპარატები:
- 1) სინემეტი
  - 2) მადოპარი
  - 3) ბრომოკრიპტინი
  - 4) ამინაზინი
  - 5) ლიზურიდი
  - 6) აპომორფინი
  - 7) აზალეპტინი
  - 8) დეპრენილი
  - 9) ამანტადინი
  - 10) ციკლოდოლი
- 199) ეპილეპსიას (epilepsia) ხშირ შემთხვევაში საფუძვლად უდევს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, სხვადასხვა ფაქტორებით გამოწვეული, ნეირონების გარკვეული ჯგუფის მოულოდნელი დეპოლარიზაცია, რომელიც ღებულობს ან ლოკალურ ხასიათს (კეროვანი ეპილეპსია), ან ვრცელდება ორივე ნახევარსფეროზე და ვითარდება გენერალიზირებული კონვულსიები (გულყრები). ანტიკონვულსანტების ხანგრძლივი გამოყენება (გვერდითი ეფექტების გამო) ნეგატიურად აისახება ბავშვების ინტელექტუალურ შესაძლებლობებზე და ფსიქიკის ფორმირებაზე. ამიტომ ფარმაკოთერაპიის შეწყვეტა რაციონალურია, თუ პაციენტს მკურნალობის დაწყებიდან 3–4 წლის განმავლობაში არ აღენიშნება გულყრები. როგორ უნდა განხორციელდეს ფარმაკოთერაპიის შეწყვეტა, რათა შევამციროთ რეციდივის განვითარების ალბათობა?
- 1) მაღალეფექტურ ანტიკონვულსანტს ჩავანაცვლებთ დაბალეფექტური მედიკამენტით
  - 2) ნეიროლეფსიური საშუალებებით შევამსუბუქებთ მოხსნის სინდრომს
  - 3) ფარმაკოთერაპიის დროს გამოყენებული ეფექტური ანტიკონვულსანტის დოზას თანდათან შევამცირებთ 6 თვის განმავლობაში. რეციდივის განვითარების შემთხვევაში პაციენტმა უნდა ჩაიტაროს მკურნალობის სრული კურსი ხანგრძლივობით 2–3 წელიწადი.
- 200) ტრანქვილიზატორი – დიაზეპამი ურთიერთქმედებს: ლიმბური სისტემის, თავის ტვინის ქერქის, ჰიპოთალამუსის, თალამუსის, ნათხემის და ზურგის ტვინის ბენზოდიამიდეპინურ რეცეპტორებთან, რაც იწვევს გამამინოერბომჟავას რეცეპტორების სტიმულაციას. შესაბამისად ადგილი აქვს შემდეგი ფარმაკოლოგიური ეფექტების განვითარებას:
- 1) ანქსიოლიზური – პრეპარატი ხსნის ფსიქიკურ დამაბულობას, შიშს და განგაშის შეგრძნებას.
  - 2) ფსიქოსედაციური
  - 3) საძილე
  - 4) ანტიდეპრესიული
  - 5) მიორელაქსაციური
  - 6) ანტიკონვულსიური
  - 7) ანტიჰიპოქსიური
- 201) როგორია ალპრაზოლამის (ქსანაქსის) დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?

- 1) განგაშის მდგომარეობა და ნევროზი
- 2) შიზოფრენიის მწვავე და ქრონიკული ფორმები (ბოდვები, ჰალუცინაციები)
- 3) დეპრესია

202) როგორია ბენზოდიაზეპინების დანიშვნის უკუჩვენებები?

- 1) ორსულობა ლაქტაცია
- 2) მიასთენია
- 3) დეპრესია, ფსიქოზები (იზრდება სუიციდების ალბათობა)
- 4) ეპილეფსია
- 5) დახურულკუთხოვანი გლაუკომა (ქოლინობლოკატორული თვისებების გამო)

203) მოძრაობათა კოორდინაციის დარღვევას დროსა და სივრცეში, კუნთების შეკუმშვის ძალის ცვლილების გარეშე, ეწოდება –

- 1) ტრიპლეგია
- 2) ატაქსია
- 3) პარაპლეგია
- 4) ოპისტოტონუსი

204) თუ ეპილეფსიური სტატუსის დროს ვერ ხერხდება დიაზეპამის ინტრავენური ინექცია, სწრაფი ფარმაკოლოგიური ეფექტის მისაღებად რაციონალური იქნება პრეპარატის შეყვანა:

- 1) კანქვეშ
- 2) რექტალურად
- 3) ინტრამუსკულარულად

205) აღნიშნეთ ანტიკონვულსანტები:

- 1) დიფენინი
- 2) ლამიქტალი
- 3) ბემეგრინი
- 4) სუქსილეპი
- 5) ფინლესინი
- 6) რისპოლეპტი
- 7) დეპაკინი
- 8) ვიგაბატრინი

206) რომელ ანტიკონვულსანტებს იყენებენ მონოთერაპიის რეჟიმში ტონურ-კლონური გულყრების (Grand mal) სამკურნალოდ?

- 1) ვალპროატი
- 2) კარბამაზეპინი
- 3) ეთოსუქსიმინი
- 4) დიფენინი
- 5) ფენობარბიტალი
- 6) პრიმიდონი
- 7) აცეტაზოლამინი

207) ეპილეფსიური სტატუსის დროს დიაზეპამი კეთდება შემდეგი სქემით:

- 1) 0.5%-ანი 2მლ ინტრამუსკულარულად
- 2) 2 მლ 0.5% –ანი დიაზეპამი წინასწარ განზავებული 20 მლ 5%-ან გლუკოზის ხსნარში შეჰყავთ ინტრავენურად
- 3) თუ ვერ ხერხდება ინტრავენური ინექცია 10 მგ დიაზეპამი პაციენტს უკეთდება რექტალურად

208) მიოკლონუს-ეპილეფსიის დროს ეფექტურია:

- 1) ნატრიუმის ვალპროატი
- 2) ეთოსუქსიმინი
- 3) კლონაზეპამი
- 4) ნიტროგლიცერინი



- 209) რომელი კლინიკური ნიშნით განსხვავდება ეკლამფსია ეპილეპსიისაგან?
- 1) პროტეინურიით
  - 2) არტერიული ჰიპერტენზიით
  - 3) შეშუპებებით
  - 4) სხეულის ტემპერატურის მომატებით
- 210) ეს ანტიკონვულსანტი ქიმიური სტრუქტურით მოგვაგონებს ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებს, რის გამოც ხასიათდება ნორმოთიმიული მოქმედებით. ის ეფექტურია, როგორც გენერალიზირებული ტონურ-კლონური გულყრების დროს, ასევე ნევრალგიების და მანიაკალური-დეპრესიული ხასიათის დარღვევებისას. პრეპარატის გვერდითი ეფექტებიდან ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს: მიკროსომალური ფერმენტების ინდუქცია (რაც შესაძლოა გახდეს ოსტეომალაციის მიზეზი), ატაქსია, დიპლოპია, აკომოდაციის დარღვევა, ატრიოვენტრიკულურ კვანძში იმპულსების გენერირების დათრგუნვა, ყაბზობა, ერთროდერმია, ფოტოფობია, მიელოსუპრესია და ა.შ. რომელ ანტიკონვულსანტზეა საუბარი?
- 1) დიფენინი (ფენიტონი)
  - 2) ლამიქტალი (ლამოტრიჯინი)
  - 3) სუქსილეპი (ეთოსუქსიმინი)
  - 4) ფინლექსინი (კარბამაზეპინი)
  - 5) რისპოლექტი (რისპერიდონი)
- 211) არის თუა არა ეფექტური კარბამაზეპინი მცირე გულყრების და მიოკლონუს-ეპილეპსიის დროს?
- 1) კი
  - 2) არა
- 212) ეპილეპსიური სტატუსის დროს იყენებენ:
- 1) ეთოსუქსიმინს
  - 2) დიაზეპამს
  - 3) სანარკოზე საშუალებებს, მიორელაქსანტებს
- 213) ეპილეპსიის მკურნალობის დროს პრეპარატ-დიფენინის ტოქსიკური ეფექტი ვლინდება შემდეგი ცერებრალური სიმპტომებით:
- 1) ნისტაგმი
  - 2) ანიზოკორია
  - 3) ატაქსია
  - 4) დიზართორია
- 214) ბენზოდიაზეპინებით ინტოქსიკაციისას ფლუმაზენილი (ანექსატი) ბლოკავს ცენტრალურ ბენზოდიაზეპინურ რეცეპტორებს და სწრაფად აღადგენს პაციენტის ცნობიერებას. იქნება თუ არა ეფექტური ფლუმაზენილი იმ შემთხვევაში, როდესაც სუნთქვის ცენტრის დეპრესია გამოწვეულია ბენზოდიაზეპინებით?
- 1) კი
  - 2) არა
- 215) ანესთეზიოლოგები ტრანქვილიზატორებიდან (პრემედიკაციის, სედაციის და ნარკოზის ინდუქციის მიზნით) უპირატესობას ანიჭებენ:
- 1) დიაზეპამს
  - 2) ეტომიდატს
  - 3) ლორაზეპამს
  - 4) ფენაზეპამს
  - 5) ტეტრაზეპამს
  - 6) მიდაზოლამს
- 216) ინტრამუსკულარული ინექციის შემდეგ, ტრანქვილიზატორებიდან ყველაზე სწრაფად მოქმედებას იწყებს
- 1) დიაზეპამი
  - 2) ეტომიდატი
  - 3) ლორაზეპამი
  - 4) ფენაზეპამი
  - 5) ტეტრაზეპამი
  - 6) მიდაზოლამი

- 217) ფსიქოზების დროს ქცევების, მოვლენების კრიტიკული აღქმისა და ადეკვატური აზროვნების უნარის დარღვევას საფუძვლად უდევს დისბალანსი თავის ტვინის მედიატორულ სისტემებს შორის, რაც განაპირობებს ცენტრების არაჰარმონიულ მუშაობას. მაგალითად ისეთი ფსიქიკური დარღვევების განვითარებას, როგორცაა ბოდვები და ჰალუცინაციები ხელს უწყობს დოფამინერგული სისტემის ჰიპერფუნქცია. ნეიროლეპსიური საშუალებები ამცირებენ გამაქტივირებელი იმპულსების ნაკადის ინტენსივობას, თრგუნავენ რეტიკულური ფორმაციის ზეგავლენას ზურგის ტვინის მოტონეირონებზე და შესაბამისად ღარიბდება პაციენტის ემოციონალური სფერო. რომელ პოსტსინაპსურ რეცეპტორებს ბლოკავენ ნეიროლეპსიური საშუალებები?
- 1) ადრენორეცეპტორები
  - 2) ქოლინორეცეპტორები
  - 3) დოფამინორეცეპტორები
  - 4) სეროტონინორეცეპტორები
  - 5) ჰისტამინორეცეპტორები
- 218) ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელი მიეკუთვნება ნეიროლეპტიკებს??
- 1) ფენამინი
  - 2) მერიდილი
  - 3) სიდნოკარბი
  - 4) ზემაქტორი
  - 5) ეგლონილი
  - 6) კოაქსილი
  - 7) აზალეპტინი
- 219) ნეიროლეპსიური საშუალება კლოზაპინი (აზალეპტინი):
- 1) ამცირებს ფსიქოზების პროდუქტიულ სიმპტომატიკას (ბოდვები, ჰალუცინაციები)
  - 2) ახასიათებს სედაციური მოქმედება
  - 3) ახდენს ფსიქოზების ნეგატიური სიმპტომოკომპლექსის (მოტივაციების, ემოციების დათრგუნვა) კორექციას
  - 4) აქვს ანტიდეპრესანტის თვისებებიც
  - 5) უარყოფითად მოქმედებს ლეიკოპოეზზე (ლეიკოპენია, აგრანულოციტოზი)
  - 6) იშვიათად იწვევს ექსტრაპირამიდულ დარღვევებს
- 220) რომელი ნეიროლეპსიური პრეპარატის მოქმედი ნივთიერება თიორიდაზინი?
- 1) Sonapax
  - 2) Majepil
  - 3) Aminazinum
  - 4) Neiomidin
- 221) ნეიროლეპსიური საშუალებების ანტიფსიქოზურ ეფექტს საფუძვლად უდევს დოფამინო რეცეპტორების ბლოკადა შემდეგ სტრუქტურებში:
- 1) ჰიპოთალამუსი
  - 2) ბაზალური ბირთვები
  - 3) მეზოლიმბური და მეზოკორტიკალური სისტემები
- 222) ნეიროლეპტიკები გულსისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან იწვევენ:
- 1) ორთოსტატიკურ ჰიპოტენზიას (ადრენორეცეპტორების ბლოკადის გამო) და რეფლექტორულ ტაქიკარდიას
  - 2) ჰიპერკინეტიკურ არტერიულ ჰიპერტენზიას და რეფლექტორულ ბრაიკარდიას
- 223) ფსიქოტროპული პრეპარატებით ინდუცირებული გვიანი დისკინეზია ხასიათდება ენის, სახის, ტუჩების, სხეულის და კიდურების უნებლიე რითმული მოძრაობებით და ხშირად აღინიშნება ხანდაზმულ პაციენტებში. ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელი იწვევს გვიან დისკინეზიას ხანგრძლივი დროით გამოყენების შემთხვევაში?
- 1) ბემეგრინი
  - 2) ამინაზინი
  - 3) ბუსკოპანი

- 4) ესპერალი
- 5) მოდიტენ–დეპო
- 6) ომნიკი
- 7) ნაზივინი
- 8) დრიპტანი

- 224) ნეიროლეპტიკებით ინდუცირებული გვიანი დისკინეზია არის
- 1) შექცევადი ხასიათის
  - 2) შეუქცევადი ხასიათის
- 225) პროლაქტინის შემცველობის მომატებას სისხლში და შესაბამისად გალაქტორეის, ამენორეის განვითარებას საფუძვლად უდევს ნეიროლეპსიური მედიკამენტების მიერ დოფამინო რეცეპტორების ბლოკადა შემდეგ სტრუქტურებში:
- 1) ჰიპოთალამო–ჰიპოფიზარული სისტემა
  - 2) ბაზალური ბირთვები
  - 3) მეზოლიმბური და მეზოკორტიკალური სისტემები
- 226) ნეიროლეპსიური საშუალება ამინაზინი:
- 1) ეფექტურად ამცირებს ფსიქოზების პროდუქციულ სიმპტომატიკას (ბოდვებს, ჰალუცინაციებს)
  - 2) ხასიათდება სედაციური მოქმედებით
  - 3) ბლოკავს ტრიგერული ზონის დოფამინო–რეცეპტორებს და შესაბამისად პირღებინების რეფლექს
  - 4) არის ძლიერი ანტიდეპრესანტი
  - 5) იწვევს ექსტრაპირამიდულ დარღვევებს ბაზალურ ბირთვებში დოფამინო–რეცეპტორების ბლოკადის ხარჯზე (ტრემორი, რიგიდულობა, ჰიპოკინეზია)
- 227) ნეიროლეპტიკების გამოყენებისას შესაძლებელია ავთვისებიანი ნეიროლეპსიური სინდრომის განვითარება. რა სიმპტომებია დამახასიათებელი ამ საკმაოდ იშვიათი ფენომენისთვის?
- 1) ტემპერატურის მომატება, კუნთების რიგიდულობა, ფსიქიკური სტატუსის ცვლილება (კატატონია)
  - 2) პულსის და არტერიული წნევის ლაბილურობა
  - 3) მიოგლობინურია და თირკმლის უკმარისობის განვითარება
- 228) როგორია ავთვისებიანი ნეიროლეპსიური სინდრომის მკურნალობის ალგორითმი?
- 1) აუცილებელია ნეიროლეპტიკების მიღების შეწყვეტა
  - 2) კუნთების მოდუნების მიზნით ინიშნება დანტროლენი
  - 3) ექსტრაპირამიდული სიმპტომების კორექცია ხორციელდება დოფამინომიმეტიკებით (ბრომოკრიპტინი, მიდანტანი)
- 229) ნეიროლეპტანალგეზიის მიზნით ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალება – ფენტანილთან ერთად კომბინაციაში ინიშნება:
- 1) Aminazinum
  - 2) Moditen–depo
  - 3) Neuleptil
  - 4) Majeptil
  - 5) Droperidolum
- 230) როგორი სახის გართულებები ახასიათებს ნეიროლეპტანალგეზიას?
- 1) ფენტანილის ინტრავენური სწრაფი ინექცია ახდენს ცთომილი ნერვის (n.vagus) აქტივაციას და შეიძლება განვითარდეს ბრადიკარდია, ხოლო შემდეგ ასისტოლია
  - 2) ჰიპერტენზია, ტაქიკარდია
  - 3) სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა (აპნოე)
  - 4) ექსტრაპირამიდული დარღვევები (ძირითადად რიგიდულობის სახით)
- 231) რამდენი თვის განმავლობაში არის შესაძლებელი ამინაზინის (ფენოთიაზინის წარმოებული) მეტაბოლიტების აღმოჩენა შარდში?
- 1) 1 თვის

2) 2 თვის

3) 6 თვის

232) ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების (ამიტრიპტილინი, ნორტრიპტილინი, იმიზინი) დანიშვნა უკუნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიების დროს

- 1) გლაუკომა
- 2) პროსტატის ადენომა
- 3) ეპილეფსია
- 4) ჰიპოთირეოზი
- 5) ჰიპერთირეოზი

233) დისლექსიური საშუალებით LSD- თი (ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი) ინტოქსიკაციისას, ადამიანის პიროვნული თვისებების და გარეშე ფაქტორების გათვალისწინებით, ვითარდება ძირითადად შემდეგი სიმპტომები:

- 1) სომატური – თავბრუსხვევა, სისუსტე, ტრემორი, პირღებინება, პარესთეზია, მილიანობა, მხედველობის დაბინდვა; პერცეპციური – საგნების ფერების და ფორმების დეფორმაცია, ობიექტებზე მხედველობის ფოკუსირების დარღვევა, სმენის გამძაფრება, სინესთეზიები; ფსიქიკური – ეიფორია, დისფორია, უმიზეზო სიცილი, დროს და სივრცის აღქმის-შეგრძნების დარღვევა, დეპერსონალიზაცია, მხედველობითი (ფანტასტიკური, ჭრელი ფერები) და აკუსტიკური ჰალუცინაციები, აგრესიულად იმპულსურად რეაგირებენ შეხებაზე. მოწამვლის ნიშნები პაციენტს აღენიშნება ნივთიერების მიღებიდან 15–60 წთ–ში, მაქსიმუმს აღწევს 2–5 სთ–ში და გრძელდება 24სთ. ფსიქოზების რეციდივი შესაძლებელია რამოდენიმე კვირის გასვლის შემდეგაც.
- 2) ანალგეზია, ეიფორია, დისფორია, მილიანობა, სუნთქვის და ხველების ცენტრების დათრგუნვა, მონოსინაფსური სპინალური რეფლექსების გააქტიურება => კონვულსიები. ეს ჰალუცინოგენი აქვეითებს სუნთქვის ცენტრის მგრძობილობას, სისხლში ნახშირორჟანგის მომატებული პარციალური წნევის მიმართ => ბრადიპნოე, შემდეგ აპნოე და ასისტოლია
- 3) Per os მიღებიდან 40 წთ–ში იწყება პირღებინება, ძლიერი დიარეა (სისხლით), ჰემატურია, შემდეგ ანურია. პაციენტი იღუპება მოწამვლიდან 8–48 სთ–ში

234) ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია

- 1) ეპილეფსია
- 2) პარკინსონის დაავადება
- 3) ალცჰაიმერის დაავადება
- 4) სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა გამოწვეული სანარკოზე საშუალებებით (ბარბიტურატებით)
- 5) სამედიცინო ჩვენებით ორსულობის შეწყვეტა ნაყოფის მძიმე პათოლოგიების შემთხვევაში, რომელიც დადასტურებულია ულტრაბგერითი და სხვა გამოკვლევებით.
- 6) ბრონქული ასთმა
- 7) ქრონიკული ალკოჰოლიზმი

235) ამ პრეპარატს ანტიმანიაკალური მოქმედების გამო იყენებენ მანიაკალური მდგომარეობის პროფილაქტიკის და მკურნალობის მიზნით. მისთვის დამახასიათებელია სუსტი ფსიქოსედაციური ეფექტი, ხანგრძლივი ლატენტიური პერიოდი და პატარა თერაპიული დიაპაზონი. რომელ მათგანზეა საუბარი?

- 1) ლითიუმის კარბონატი
- 2) სულპირიდი
- 3) ფლუმაზენილი
- 4) ფენობარბიტალი
- 5) პროზერინი

236) ეს პრეპარატი სელექტიურად თრგუნავს სეროტონინის ექსტრანეირონალურ შეწოვას, აქვს ანტიდეპრესიული და ფსიქომასტიმულირებელი მოქმედება. ატროპინის მაგვარი ეფექტები მისთვის დამახასიათებელი არ არის. რომელ მათგანზეა საუბარი?

- 1) ფლუოქსეტინი
- 2) ამიტრიპტილინი
- 3) დიაზეპამი

## 4) კლონაზეპამი

- 237) 7.5 მგ-ანი სომნოლის (ზოპიკლონი) მიღებიდან საძილე ეფექტი ვითარდება:
- 1) 15–30 წთ–ში
  - 2) 60–90 წთ–ში
  - 3) 2 სთ–ში
- 238) აღნიშნეთ დღის ტრანკვილიზატორები
- 1) მედაზეპამი
  - 2) დიაზეპამი
  - 3) გიდაზეპამი
  - 4) თოფიზოპამი
  - 5) ფენაზეპამი
- 239) როგორი სახის პარადოქსული გვერდითი ეფექტები შესაძლოა განვითარდეს ბენზოდიაზეპინების გამოყენებისას?
- 1) ძილიანობა
  - 2) მიორელაქსაცია, რეფლექსების დათრგუნვა, ატაქსია
  - 3) აღგზნება, გაღიზიანება, ჰალუცინაციები
  - 4) სისტემური მიკოზები
  - 5) დოზაზე დამოკიდებული ანტიროგრადული ამნეზია
- 240) ნიტრაზეპამი და დიაზეპამი ფენობარბიტალისაგან განსხვავებით:
- 1) არ ხასიათდებიან სედაციური ეფექტით
  - 2) ნაკლებად მოქმედებენ ძილის სტრუქტურაზე
  - 3) არ იწვევენ წამლისადმი დამოკიდებულების განვითარებას
- 241) როგორია ფენობარბიტალის  $T_{1/2}$ ?
- 1) 4 სთ
  - 2) 8 სთ
  - 3) 72 სთ
- 242) ხვდებიან თუ არა ნაყოფში პლაცენტარული ბარიერის გავლით სედაციური და საძილე საშუალებები?
- 1) კი
  - 2) არა
- 243) რა სახის გართულებებს მივიღებთ ბარბიტურატების ტოქსიკური დოზებით გამოყენებისას?
- 1) ეპილეპსიურ სტატუსს
  - 2) სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვას, კომას, სიკვდილს
  - 3) დელირიას (ჰალუცინაციებს)
- 244) ამ მედიკამენტებს სედაციური და საძილე საშუალებების ჯგუფიდან იყენებენ ასევე ფერმენტ – გლუკურონილტრანსფერაზას ინდუქციის მიზნით, რაც აჩქარებს ბილირუბინის მეტაბოლიზმს ქრონიკული ქოლესტაზის დროს. რომელ პრეპარატებზეა საუბარი?
- 1) ფენობარბიტალი
  - 2) დიაზეპამი
  - 3) ამობარბიტალი
  - 4) ციმეტიდინი
  - 5) ფესტალი
- 245) ღვიძლის კოლიკის დროს ტკივილებს ეფექტურად მოხსნის:
- 1) ბარალგინი
  - 2) მორფინის ჰიდროქლორიდი
  - 3) დიაზეპამი
  - 4) პროზერინი
- 246) ნარკოტიკული ანალგეტიკებით ინტოქსიკაციისას:

- 1) ითრგუნება სუნთქვის ცენტრი (ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა – პერიოდული ღრმა სუნთქვა) => ბრადიპნოე => აპნოე => ჰიპოქსია => ანოქსია => ცირკულაციური უკმარისობა – ასისტოლია (გულის გაჩერება). ამ დროს იყენებენ ინტრავენურად **ნალოქსონს** (ნარკანს – 0.4მგ 1მლ), ეფექტი ვითარდება 2 წთ–ში და გრძელდება 1–2 სთ–ს.
- 2) დათრგუნული სუნთქვის ცენტრის გააქტიურების მიზნით ახორციელებენ ინტრავენურად ტრამადოლის (50მგ 1მლ) ინექციას. ფარმაკოლოგიური ეფექტი ნალოქსონისგან განსხვავებით გრძელდება 8 სთ–ს
- 3) ინიშნება არაპირდაპირი მოქმედების M, N–ქოლინომიმეტიური საშუალება **პროზერინი (0.05%–1მლ)** ინტრავენურად, ყოველ 10–30 წთ–ში, სპონტანური სუნთქვის აღდგენის შემდეგ – ანტიკონვულსანტი–ანტიჰიპოქსიანტი **დიაზეპამი (0.5%–2მლ)** ყოველ 8–12 სთ–ში (ინტრამუსკულარულად).

247) აღნიშნეთ ყველაზე სუსტი ფარმაკოლოგიური ეფექტის მქონე ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება

- 1) მორფინი
- 2) ფენტანილი
- 3) ბუპრენორფინი
- 4) კოდინი
- 5) პრომედოლი
- 6) მეტადონი

248) **Buprenorphine – Subutex, Temgesic** (აბები 0.2 მგ.) იყენებენ როგორც პერორალურად, ასევე სუბლინგვალურად. T1/2 – 5 სთ, ანალგეზიის ხანგრძლივობა 6 სთ, ნაკლებად თრგუნავს სუნთქვის ცენტრს და აგონისტებისგან განსხვავებით დამოკიდებულება ვითარდება უფრო იშვიათად. ბუპრენორფინი არის  $\mu$ -რეცეპტორების აგონისტი და  $\kappa$ - რეცეპტორების ანტაგონისტი. ამ პრეპარატით ინტოქსიკაციისას ოპიატების სელექტიური ანტაგონისტი – ნალოქსონი არაეფექტურია, ამიტომ სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვის შემთხვევაში აუცილებელი იქნება:

- 1) ინტრავენურად ტრამადოლის (50მგ 1მლ) ინექცია, რადგან ფარმაკოლოგიური ეფექტი ნალოქსონისგან განსხვავებით გრძელდება 8 სთ–ს
- 2) პაციენტის გადაყვანა ხელოვნური სუნთქვის აპარატზე
- 3) ინიშნება არაპირდაპირი მოქმედების M, N–ქოლინომიმეტიური საშუალება **პროზერინი (0.05%–1მლ)** ინტრავენურად, ყოველ 10–30 წთ–ში, სპონტანური სუნთქვის აღდგენის შემდეგ – ანტიკონვულსანტი–ანტიჰიპოქსიანტი **დიაზეპამი (0.5%–2მლ)** ყოველ 8–12 სთ–ში (ინტრამუსკულარულად).

249) რა სხვაობაა ნარკოტიკულ და არანარკოტიკულ ანალგეტიკებს (ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებს) შორის?

- 1) ნარკოტიკული ანალგეტიკები იწვევენ ეიფორიას, სუნთქვის–, ხველების ცენტრების დათრგუნვას, მიჩვევას და ახასიათებთ აბსტინენციის სინდრომი.
- 2) ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებები ეფექტურად აქვეითებენ მომატებულ ტემპერატურას, ამცირებენ ანთებას (მაგ. სახსრის შუშუპებას) და სომატური გენეზის ტკივილებს.
- 3) ნარკოტიკულ ანალგეტიკებს არ ახასიათებთ ულცეროგენული ეფექტი, ჰეპატო–, ნეფროტოქსიკურობა და მათი გამოყენება შეიძლება როგორც ვისცერალური, ასევე სომატური გენეზის ტკივილების დროს.
- 4) ნარკოტიკული ანალგეტიკები იწვევენ არტერიულ ჰიპერტენზიას ვაზოსპაზმის ფონზე.

250) რომელი სამკურნალო საშუალებების ხანგრძლივად გამოყენებისას არის შესაძლებელი წამლისადმი ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარება?

- 1) ბარბიტურატები
- 2) ნარკოტიკული ანალგეტიკები
- 3) ბენზოდიაზეპინები
- 4) ანტიდეპრესანტები
- 5) ეთანოლი

- 251) კომბინირებული პრეპარატი – ბარალგინი (მაქსიგანი, სპაზმალგონი, ტრიგანი) ეფექტურია სპაზმური ტკივილების, ღვიძლის და თირკმლის კოლიკის დროს. რომელი ფარმაცოლოგიურად აქტიური კომპონენტებისაგან შედგება ეს პრეპარატი?
- 1) ნატრიუმის მეთამიზოლი (ანალგინი)
  - 2) პილოკარპინის ჰიდროქლორიდი (M-ქოლინომიმეტიკი)
  - 3) პიტოფენონის ჰიდროქლორიდი (პაპავერინის მსგავსი სპაზმოლიზური საშუალება)
  - 4) ფენპივერინის ბრომიდი (განგლიობლოკატორი)
- 252) პარაცეტამოლის ერთ-ერთ ქიმიურად აქტიურ და მაღალტოქსიკურ მეტაბოლიტს წარმოადგენს N-აცეტილბენზოქინონიმინი. მისი ინაქტივაცია ორგანიზმში ხორციელდება კონიუგაციის გზით (გლუტათიონის თიოლური ჯგუფების მეშვეობით). თუ ღვიძლში სხვადასხვა მიზეზებით შემცირებულია გლუტათიონის რაოდენობა, მაშინ N-აცეტილბენზოქინონიმინი აზიანებს უჯრედების მაკრომოლეკულებს და იწვევს ღვიძლის ნეკროზს. აღსანიშნავია, რომ ღვიძლის უკმარისობა ვითარდება ინტოქსიკაციიდან 2-7 დღის შემდეგ და მკურნალობის გარეშე შედეგი იქნება ფატალური. რომელი პრეპარატების მეშვეობით არის შესაძლებელი ორგანიზმში გლუტათიონის ბიოსინთეზის გაძლიერება და მულტიორგანული (ღვიძლი, თირკმლები) უკმარისობის თავიდან აცილება?
- 1) N-აცეტილცისტეინი დოზით 300 მგ/კგ-ზე 20 სთ-ის განმავლობაში 5%-ან გლუკოზის ხსნართან ერთად
  - 2) მეთიონინი 2.5 გ. 4-ჯერ დღეში. ეფექტურია მოწამვლიდან 8-9 სთ-ის განმავლობაში
  - 3) ფოლიუმის მჟავა დოზით 5 მგ. 4-ჯერ დღეში ეფექტურია მოწამვლიდან 24 სთ-ის განმავლობაში
- 253) აღნიშნეთ COX-2 სელექტიური ინჰიბიტორები:
- 1) Nimesulide – (ნიმესილი, ნიმოტას, მესულიდი, ფლოლიდი)
  - 2) Ketorolac – ტორადოლი, კეტანოვი, კეტოლონგი.
  - 3) Meloxicam – მელბეკ ფორტე, მოვალისი.
  - 4) Celecoxib – ცელეზრექსი
  - 5) Piroxicam – ფელდენი, პიროქსი
  - 6) Tenoxicam – ტექსამენი
- 254) ხანრგძლივი მოქმედების არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებია:
- 1) Nimesulide – (ნიმესილი, ნიმოტას, მესულიდი, ფლოლიდი)
  - 2) Piroxicam – ფელდენი, პიროქსი
  - 3) Tenoxicam – ტექსამენი
  - 4) Ketorolac – ტორადოლი, კეტანოვი, კეტოლონგი.
  - 5) Ketoprofenum – კეტონალი, ფლექსენი, პროფენიდი, ორუველი, ფასტუმ გელი
  - 6) Meloxicam – მელბეკ ფორტე, მოვალისი.
  - 7) Celecoxib – ცელეზრექსი
- 255) ბარალგინის ერთჯერადი დოზა ინტრავენური ინექციისას არ უნდა აღემატებოდეს 2 მლ-ს და თანაც პრეპარატი შეჰყავთ საკმაოდ ნელა (1 მლ/წთ სიჩქარით) წნევის, პულსის და სუნთქვის კონტროლის ქვეშ. როგორია ბარალგინის სადღეღამისო დოზა ინტრამუსკულარული ან ინტრავენური ინექციების შემთხვევაში?
- 1) მაქსიმუმ 10 მლ (2 ამპ)
  - 2) „————“ 20 მლ (4 ამპ)
  - 3) „————“ 30 მლ (6 ამპ)
- 256) ცნობილია, რომ ნაყოფის მარჯვენა პარკუჭიდან სისხლი ფილტვის არტერიაში გადადის, აქედან უმნიშვნელო ნაწილი უმოქმედო ფილტვებისაკენ მიემართება, ხოლო ძირითადი ნაკადი კი ბოტალის სადინართან პირდაპირ აორტაში ხვდება. პოსტნატალურ პერიოდში (დაბადებისას) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ალვეოლების ფუნქციონირების დაწყება განაპირობებს ფილტვის არტერიაში წნევის დაცემას და ბოტალის სადინარის ფიზიოლოგიურ ოკლუზიას, ანუ იხურება შუნტი ფილტვის არტერიასა და აორტას შორის. რომელი ჯგუფის პრეპარატებით არის შესაძლებელი ბოტალის სადინარის დახურვა პოსტნატალურ პერიოდში და რაში მდგომარეობს მათი მოქმედების მექანიზმი?
- 1) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები ბლოკავენ პროსტაგლანდინების სინთეზს, რომლებიც ხელს უწყობენ ბოტალის სადინარის ღია მდგომარეობაში ფუნქციონირებას.

- 2) ა<sub>1</sub> – ადრენომიმეტიკები იწვევენ ვაზოკონსტრიქციას რაც იშემიის ფონზე აჩქარებს არტერიული სადინარის ოკლუზიას

257) ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის თავისებურებებიდან აღსანიშნავია:

- 1) ბოტალის და არანცის სადინარების ფუნქციონირება
- 2) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის არარსებობა
- 3) შერეული სისხლით კვება
- 4) ოვალური ხვრელის არსებობა

258) პოსტნატალურ პერიოდში ბოტალის სადინარის ობლიტერაცია მთავრდება მე-6-8, ზოგჯერ მე-11 კვირაზე. რამდენ ხანში ხდება ოვალური ხვრელის შეხორცება?

- 1) სიცოცხლის მე-2 თვეზე
- 2) “————” მე-5-7 თვეზე
- 3) “————” მე-11-12 თვეზე

259) როგორი სქემით ხორციელდება მოვალისის (აბები) დოზირება?

- 1) 7.5-15 მგ დღეში 1-ჯერ
- 2) 7.5-15 მგ დღეში 2-ჯერ
- 3) 7.5-15 მგ დღეში 3-ჯერ

260) პრეპარატ მოვალისის (Meloxicam) დანიშვნის უკუჩვენებებია:

- 1) ღვიძლის უკმარისობა
- 2) თირკმლების პათოლოგიები
- 3) რევმატოიდული ართრიტი
- 4) ოსტეოართროზი
- 5) მომატებული მგრძნობელობა პრეპარატის შემადგენლობაში არსებული კომპონენტების მიმართ
- 6) ბრონქული ასთმა
- 7) კუჭისა და თომეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებები
- 8) 15 წლამდე ასაკის ბავშვები
- 9) ორსულობა და ლაქტაცია

261) აღნიშნეთ ის არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია ინტრავენურად?

- 1) დიკლობრიუ (დიკლოფენაკი)
- 2) ართროქსანი (ტენოქსიკამი)
- 3) კეტონალი (კეტოპროფენი)
- 4) ასპირინი (აცეტილსალიცილის მჟავა)
- 5) ტორადოლი (კეტოროლაკი)
- 6) ეფერალგანი (პარაცეტამოლი)

262) რომელი ფერმენტის ბლოკირებას იწვევენ საგულე გლიკოზიდები?

- 1) მემბრანული  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ - ატფ-ზა
- 2)  $\text{H}^+$ ,  $\text{K}^+$ - ატფ-ზა
- 3) აცეტილქოლინესთერაზა
- 4) ფოსფოდიესთერაზა
- 5) მონოამინოოქსიდაზა

263) ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ) საგულე გლიკოზიდები:

- 1) აგრძელებენ P-P ინტერვალს
- 2) ამოკლებენ Q-T ინტერვალს

264) საგულე გლიკოზიდებისთვის დამახასიათებელია, შემდეგი ეფექტები:

- 1) დადებითი ბატმოტროპული
- 2) უარყოფითი ბატმოტროპული
- 3) დადებითი დრომოტროპული
- 4) უარყოფითი დრომოტროპული



- 5) დადებითი ინოტროპული
- 6) უარყოფითი ქრონოტროპული
- 7) დადებითი ქრონოტროპული

265) საგულე გლიკოზიდების დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:

- 1) წინაგულეების ფიბრილაცია
- 2) პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები
- 3) ატრიოვენტრიკულარული ბლოკადა
- 4) წინაგულეების მოციმციმე არითმიის ტაქიარითმიული ფორმა
- 5) გულის მწვავე და ქრონიკული ეკმარისობა

266) როგორი სიმპტომოკომპლექსი ვითარდება საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციისას?

- 1) ანორექსია, სისუსტე, დიარეა, პირღებინება, თავბრუსხვევა, ქსანტოპსია, ბრადიკარდია – პულსი 35წთ–ში, ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა, პარკუჭების ექსტრასისტოლია, სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები, ცივი ოფლი, კრუნჩვები, ასისტოლია. ხანგძლივად გამოყენების შემთხვევაში გინეკომასტია, ფსიქოზები, კომმარული სიზმრები.
- 2) ითრგუნება სუნთქვის ცენტრი (ჩეინ–სტოქსის სუნთქვა – პერიოდული ღრმა სუნთქვა) => ბრადიპნოე => აპნოე => ჰიპოქსია => ანოქსია => ცირკულაციური უკმარისობა – ასისტოლია (გულის გაჩერება).
- 3) მიდრიაზი, ციკლოპლეგია, ფოტოფობია, ჰიპერთერმია, ოფლის გამოყოფის შემცირება, მოტორული და ფსიქიკური აგზნება, ჰალუცინაციები

267) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციის სწრაფად განვითარებას ხელს უწყობს:

- 1) ჰიპოკალიემია და ჰიპომანემია
- 2) ჰიპერკალიემია
- 3) ჰიპოთირეოზი

268) როგორ მოქმედებენ საგულე გლიკოზიდები არტერიებზე და ვენებზე (პერიფერიულ სისხლის მიმოქცევაზე)?

- 1) იწვევენ არტერიოლების შევიწროებას (ვაზოკონსტრიქციას) და აუარესებენ ქსოვილების პერფუზიას
- 2) საგულე გლიკოზიდები ახდენენ ვაზოდილატაციას და აუმჯობესებენ ქსოვილების ოქსიგენაციას, რის გამოც მათი დანიშვნა რაციონალურია გულის უკმარისობის დროს
- 3) არ მოქმედენ სისხლზარღვების ტონუსზე

269) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციის ადრეულ გამოვლინებას წარმოადგენს –

- 1) ტაქიკარდია
- 2) დისპეპსიური სინდრომი (ანორექსია, პირღებინება)
- 3) ბრონქოლბსტრუქციული სინდრომი
- 4) გინეკომასტია
- 5) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა

270) საგულე გლიკოზიდების ანტიარითმიულ ეფექტს იყენებენ გულის რითმის შემდეგი სახის დარღვევების დროს:

- 1) ბრადიკარდია
- 2) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა (ადამსი–სტოქსი–მორგანის სინდრომი)
- 3) პარკუჭების ფიბრილაცია
- 4) პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიები

271) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციისას ეკგ–ზე ფიქსირდება შემდეგი ნიშნები:

- 1) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია
- 2) ბრადიკარდია
- 3) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა
- 4) ST–სეგმენტის დეპრესია და უარყოფითი T კბილი V<sub>5-6</sub> განხრებში
- 5) ეკგ–ის ელემენტების დეფერენცირების შეუძლებლობა

272) დიგოქსინის ინტრავენური ინექციისას ფარმაკოლოგიური ეფექტი ვითარდება 1–2 სთ–ის შემდეგ. პრეპარატისთვის დამახასიათებელია მატერიალური კუმულაცია. დიგოქსინი იწვევს პერიფერიულ

ვაზოკონსტრიქციას, რაც შეიძლება გახდეს ასაკოვან პაციენტებში ნაწლავის იშემიის მიზეზი. რომელი პათოლოგიების დროს არის უკუნაჩვენები ამ პრეპარატის გამოყენება?

- 1) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა
- 2) ჰიპოთირეოზი
- 3) ჰიპოკალიემია და ჰიპომაგნიემია
- 4) ბრადიკარდია
- 5) Miasthenia gravis (კუნთების სისუსტე)
- 6) ბრონქული ასთმა
- 7) ვოლფ-პარკინსონი-უაიტის (WPW) სინდრომი

273) ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელი განეკუთვნება სწრაფი და ხანმოკლე მოქმედების, პოლარულ-ჰიდროფილურ საგულე გლიკოზიდებს?

- 1) დიგიტოქსინი
- 2) დიგოქსინი
- 3) ცელანიდი
- 4) სტროფანტინი K
- 5) კორგლიკონი

274) დიგოქსინის პერორალურად მიღებისას ფარმაკოლოგიური ეფექტი ვითარდება:

- 1) 5–10 წთ–ში
- 2) 0.5 – 2 სთ–ში
- 3) 6–8 სთ–ში

275) სტროფანტინი K :

- 1) ინიშნება პერორალურად
- 2) ორგანიზმში შეჰყავთ მხოლოდ ინტრავენურად და მოქმედებას იწყებს 5–10 წთ–ში
- 3) ახასიათებს მატერიალური კუმულაცია

276) საგულე გლიკოზიდების კარდიოტოქსიკური ეფექტი ძლიერდება შემდეგი პრეპარატების გამოყენების ფონზე:

- 1) პანანგინი
- 2) კალიუმის ქლორიდი
- 3) კალციუმის ქლორიდი
- 4) დიფენინი
- 5) უნითიოლი

277) მიოკარდიუმის შეკუმშვის უნარზე (კუმშვადობაზე) გავლენას ახდენენ შემდეგი პათოლოგიური პროცესები; –

- 1) მიოკარდიუმის ინფარქტი
- 2) გულის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკები
- 3) არტერიული ჰიპერტენზია
- 4) ინტოქსიკაცია კარდიოტოქსიკური ნაერთებით (ალკოჰოლი, კობალტი, კატექოლამინები, დოქსორუბიცინი და ა.შ.)

278) რომელი ჯგუფის პრეპარატებს შეუძლიათ გულის უკმარისობის და შესაბამისად ცირკულატორული ჰიპოქსიის გამოწვევა?

- 1) საგულე გლიკოზიდები
- 2) ბ – ადრენობლოკატორები
- 3)  $Ca^{2+}$ – არხების ბლოკატორები
- 4) B–ჯგუფის ვიტამინები
- 5) სიმსივნის საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკები

279) აღნიშნეთ ფაქტორები, რომლებიც ზრდიან პრედატვირთვას –

- 5) ჰიპერვოლემია
- 6) პოლიციტემია
- 7) ვაზოდილატაცია
- 8) ჰემოკონცენტრაცია

## 9) სარქველების პათოლოგიები

- 280) გულის მწვავე უკმარისობა ხშირ შემთხვევაში სწრაფად ვითარდება შემდეგი პათოლოგიების ფონზე:
- 1) მიოკარდიუმის ინფარქტი
  - 2) მიტრალური და აორტალური სარქველების მწვავე უკმარისობა
  - 3) მარცხენა პარკუჭის კედლის დაზიანება
- 281) გულის უკმარისობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკური სინდრომები:
- 1) ცირკულატორული ჰიპოქსია
  - 2) ქოშინი (ორთოპნოე)
  - 3) შეშუპებები (ფილტვების ინტერსტიციალური ან ალვეოლარული შეშუპება), ასციტი, ანასარკა
  - 4) ციანოზი
  - 5) ჰიპერემია
  - 6) ნიქტურია, როგორც შედეგი ღამის საათებში თირკმლების გაძლიერებული პერფუზიისა
  - 7) ღვიძლის კარდიალური ციროზი (მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის დროს)
  - 8) სისხლის pH-ის დარღვევა
  - 9) მეორადი ჰიპერალდოსტერონიზმი
  - 10) პოლიციტემიური ჰიპერვოლემია
- 282) კარდიოგენული შოკის დროს დოფამინის გამოყენება განპირობებულია იმით, რომ პრეპარატი:
- 1) აძლიერებს გულის შეკუმშვის ძალას
  - 2) აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას ნაწლავებში და თირკმლებში
  - 3) ზრდის სისხლძარღვების პერიფერიულ წინააღმდეგობას
- 283) დოპუტამინის გვერდითი ეფექტებიდან აღსანიშნავია:
- 1) ტაქიკარდია
  - 2) გულის არითმიები
  - 3) ატრიოვენტრულულარული ბლოკადა
  - 4) ორთოსტატიკური კოლაფსი
- 284) ფილტვების შეშუპება წარმოადგენს გულის უკმარისობის ყველაზე დრამატულ გართულებას. როგორი უნდა იყოს ამ პათოლოგიური მდგომარეობის მკურნალობის ალგორითმი?
- 1) ქაფიანი ნახველის ასპირაციის შემდეგ პაციენტს ვაწვდით ჟანგბადს ინჰალაციის სახით (სასურველია სპირტთან ერთად);
  - 2) შარდმდენები (ფუროსემიდი 40–160 მგ., ან ბუმეტანიდი 1–2 მგ.). ეს პრეპარატები აძლიერებენ დიურეზს და იწვევენ ვენოდილატაციასაც;
  - 3) მორფინის სულფატი (ხსნის აგზნებას, მოქმედებს სუნთქვის ცენტრზე (ბრადიპნოე), რაც ხელს უშლის ტრანსუდატის ალვეოლებში აქაფებას და აფართოებს ვენებს (მცირდება პრედატვირთვა)
  - 4) ვაზოდილატატორები – ნიტროგლიცერინი სუბლინგვალურად, ინტრავენურად (აუცილებელია არტერიული წნევის მონიტორინგი);
  - 5) საგულე გლიკოზიდები (სტროფანტინ–K) – დადებითი ინოტროპული ეფექტის მისაღებად;
  - 6) ეუფილინი (240–480 მგ) ინტრავენურად (ხსნის ბრონქოკონსტრიქციას, აძლიერებს გულის შეკუმშვის ძალას და თირკმლების პერფუზიას)
- 285) თრომბის დაშლის ან კორონარული ანგიოსპაზმის მოხსნის შემდეგ იშემიურ კერაში სისხლის მიმოქცევის აღდგენა შესაძლოა გახდეს რეპერფუზიული სინდრომის განვითარების მიზეზი (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც იშემია გრძელდება 20–40 წთ–ს). რა აზიანებს ამ დროს მიოკარდიუმს?
- 1)  $Mg^{2+}$  – ის იონები (რადგან ისინი ხასიათდებიან კარდიოტოქსიკურობით)
  - 2)  $O_2$  (ხელს უწყობს თავისუფალი რადიკალების წარმოქმნას, რაც აძლიერებს ლიპიდების პეროქსიდულ ჟანგვას და ბიომემბრანების დაზიანებას).

286)  $Na^+$  – ის არხების ბლოკატორებია:

- 1) ნოვოკაინამიდი

- 2) დიფენინი
- 3) ვერაპამილი
- 4) დიგოქსინი
- 5) პროპაფენონი
- 6) ხინიდინი

287) დიფენინი და ლიდოკაინი:

- 1) მოქმედებენ ძირითადად პარკუჭებზე
- 2) თრგუნავენ ავტომატიზმს
- 3) ახანგძლივებენ ეფექტურ რეფრაქტერულ პერიოდს
- 4) პრაქტიკულად არ მოქმედებენ მიოკარდიუმის შეკუმშვის ძალაზე
- 5) მკვეთრად აქვეითებენ ატრიოვენტრიკულურ გამტარებლობას

288) მიუთითეთ ანტიარითმიული საშუალებების ის ჯგუფი რომელსაც ეფექტურად იყენებენ პარკუჭების ფიბრილაციის პროფილაქტიკის და მკურნალობის მიზნით:

- 1) საგულე გლიკოზიდები
- 2) კალციუმის ანტაგონისტები
- 3) ეტაციზინი, ეთმოზინი
- 4) ამიოდარონი, ბრეტელიუმის ტოზილატი

289) პაციენტს, დიაგნოზით – მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, ნარკოტიკული ანალგეტიკების, ანტიკოაგულანტების, ფიბრინოლიზური საშუალებების და ვაზოდილატატორების გამოყენების შემდეგ განუვითარდა პოლიტოპური ჯგუფური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები (არსებობს პარკუჭების ფიბრილაციის განვითარების საშიშროება). რომელ ანტიარითმიულ საშუალებას და როგორი სქემით ვიყენებთ ამ შემთხვევაში?

- 1) ატენოლოლი დოზით 100 მგ. (პერორალურად)
- 2) დობუტამინი ( $\beta_1$  – ადრენომიმეტიური საშუალება) დოზით 250 მგ (ინტრავენურად)
- 3) სტროვანტინ–K (0.05% 1 ml) განზავებული გლუკოზის ხსნარში (10–20 ml) შეგვყავს ვენაში ნელ–ნელა
- 4) ლიდოკაინი 100 მგ. ინტრავენურად ბოლუსის სახით, ხოლო შემდეგ 200 მგ წვეთოვნად

290) იწვევს თუ არა ლიდოკაინი ატრიოვენტრიკულურ ბლოკადას?

- 1) კი, რადგან პრეპარატს ახასიათებს უარყოფითი დრომოტროპული, ქრონოტროპული და ინოტროპული ეფექტები
- 2) არა და ამიტომ ლიდოკაინი შეგვიძლია გამოვიყენოთ პოსტინფარქტულ პერიოდში პარკუჭების ფიბრილაციის პროფილაქტიკის მიზნით

291) მიოკარდიუმის ინფარქტით გამოწვეული ტაქიარითმიების კორექციის მიზნით ძირითადად ინიშნება ლიდოკაინი. რატომ ანიჭებენ ამ პრეპარატს უპირატესობას?

- 1) პრაქტიკულად არ მოქმედებს გულის კუნთის შეკუმშვის ძალაზე და არ აუარესებს ნერვული იმპულსის ატრიოვენტრიკულურ გამტარებლობას
- 2) თითქმის არ ახდენს ზეგავლენას არტერიულ წნევაზე
- 3) აქვს სუსტი არითმოგენული მოქმედება
- 4) ლიდოკაინი ხასიათდება ძლიერი ანალგეზიური ეფექტით მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს
- 5) ინტრავენური ინექციისას ეფექტი ვითარდება სწრაფად და ნარჩუნდება 10–20 წთ–ს განმავლობაში
- 6) პრეპარატი ეფექტურად ახორციელებს ტაქიარითმიების კუპირებას და მოქმედებს 3–4 სთ.

292) სიმპტოლიზური საშუალება ორნიდი (ბრეტელიუმის ტოზილატი) – ხელს უშლის პრესინაფსური მემბრანიდან ნორადრენალინის გამოთავისუფლებას, ამცირებს სინუსურ რიტმს, ახანგძლივებს რეფრაქტერულ პერიოდს და თრგუნავს ნერვული იმპულსის გატარებას ატრიოვენტრიკულურ კვანძში. პრეპარატის სწრაფი ინტრავენური ინექცია იწვევს ხანმოკლე ჰიპერტენზიას, ხოლო შემდეგ ჰიპოტენზიას. ხშირად ვითარდება პირღებინება. ორნიდით მკურნალობის ხანგძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 24 სთ–ს., განსაკუთრებით თირკმლის ფუნქციური უკმარისობის დროს. რომელი პათოლოგიების დროს ინიშნება ორნიდი?

- 1) ჰემორაგიული შოკი
- 2) ლიდოკაინის მიმართ რეზისტენტული პარკუჭების არითმიები
- 3) პარკუჭების ფიბრილაცია
- 4) ადამსი-სტოქსი-მორგანის სინდრომი

293) პრეპარატი Amiodaronum–Cordaronum (აბები 200მგ, ამპ. 5%-3მლ) განეკუთვნება ეფექტურ ანტიარითმიულ საშუალებას, იმიტომ რომ:

- 1) ახდენს კალიუმის, ნატრიუმის და კალციუმის არხების ბლოკირებას და თანაც აქვს ბ –ადრენობლიკატორის თვისებებიც
- 2) ახანგრძლივებს რეფრაქტერულ პერიოდს
- 3) თრგუნავს ავტომატიზმს
- 4) ხასიათდება დადებითი ბატმოტროპული ეფექტით

294) პოლიტოპური ჯგუფური ექსტრასისტოლების კუპირება (პოსტინფარქტულ პერიოდში) ვერ მოხერხდა ლიდოკაინით. რომელი ანტიარითმიული საშუალება უნდა გამოვიყენოთ პარკუჭების ფიბრილაციის თავიდან აცილების მიზნით?

- 1) ამიოდარონი
- 2) სტროფანტინი
- 3) კარვედილოლი
- 4) დოპამინი
- 5) ინჰიბისი

295) ამიოდარონის ხანგრძლივად გამოყენებისას შეიძლება განვითარდეს შემდეგი გვერდითი ეფექტები:

- 1) ფოტოსენსიბილიზაცია (ულტრაიისფერი სხივების ზეგავლენით კანი იძენს ლურჯ შეფერილობას
- 2) ოტოტოქსიკურობა
- 3) თვალის რქოვანაში მიკროჩანართების წარმოქმნა (პროცესი შექცევადია)
- 4) ფიბროზული ალვეოლიტი და მედიკამენტოზური ჰეპატიტი
- 5) 200 მგ. ამიოდარონი შეიცავს 75 მგ. იოდს, რაც იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევას

296)  $K^+$  – ის შემცველი მედიკამენტები გულზე მოქმედებენ შემდეგნაირად:

- 1) თრგუნავენ ავტომატიზმს
- 2) აძლიერებენ ავტომატიზმს
- 3) ამცირებენ გულის შეკუმშვის სიხშირეს

297) ესენციალური ჰიპერტენზიის განვითარებისათვის ფონს ქმნიან შემდეგი ფაქტორები:

- 1) სტრესი და ფსიქოემოციური გადაღლა (მაგ. ფინანსისტებში, ოპერატორებში, სამხედროებში, მემანქანებში)
- 2) მემკვიდრეობა
- 3) ჭარბი რაოდენობით მარილის მიღება (მაგ. გრენლადიის ესკიმოსებში და ავსტრალიელ აბორიგენებში იშვიათობას წარმოადგენს ჰიპერტონული დაავადება, რადგან ისინი მარილიან საკვებს თითქმის არ იყენებენ)
- 4) უშაქრო დიაბეტი

298) ჰიპერტონული დაავადება ფარმაკოკორექციის გარეშე შესაძლოა დასრულდეს:

- 1) ადისონის კრიზით
- 2) თავის ტვინის ინსულტით
- 3) მიოკარდიუმის ინფარქტით
- 4) გულის შეგუბებითი უკმარისობით
- 5) ჰიპოთირეოზით
- 6) თირკმლების უკმარისობით

299) როგორი სქემით ინიშნება პერინდოპრილი (პრეპარატი – Prestarium) არტერიული ჰიპერტენზიის დროს?

- 1) 8–16მგ 2–ჯერ დღეში
- 2) 1–2მგ 4–ჯერ დღეში

3) 4-8მგ 1-ჯერ დღეში

300) რომელი მედიკამენტები თრგუნავენ რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის აქტიურობას

- 1)  $\beta$  – ადრენობლოკატორები (ამცირებენ იუქსტაგლომერულარული აპარატის მიერ რენინის პროდუქციას)
- 2) ანგიოტენზინი II-ის AT<sub>1</sub>-რეცეპტორების ბლოკატორები
- 3) აგფ-ინჰიბიტორები
- 4) დიურეტიკები
- 5)  $\alpha$  – ადრენობლოკატორები

301) რომელ მედიკამენტებთან კომბინირებისას შეუძლიათ აგფ-ინჰიბიტორებს (ენალაპრილი, კაპტოპრილი, ცილაზაპრილი) ხელი შეუწყონ სიცოცხლისათვის საშიში ჰიპერკალიემიის განვითარებას?

- 1) ამლოდიპინი
- 2) ატენოლოლი
- 3) ტრიამტერენი
- 4) ნოტროპილი
- 5) ვეროშპირონი

302) ეს პრეპარატი ბლოკავს ანგიოტენზინ II-ის AT<sub>1</sub>-რეცეპტორებს და შესაბამისად ამცირებს სისტემურ არტერიალურ წნევას, ალდოსტერონის კონცენტრაციას პლაზმაში, პოსტდატვირთვას და აუმჯობესებს ჰემოდინამიკას სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში. მისი დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია: არტერიული ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა. რომელ მედიკამენტზეა საუბარი?

- 1) ლოზარტანი
- 2) ენალაპრილი
- 3) დილთიაზემი
- 4) სოტალოლი
- 5) ფინლესინი

303) ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ბლოკატორი – ლოზარტანი ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრების გათვალისწინებით ინიშნება

- 1) დღეში 1-ჯერ
- 2) დღეში 2-ჯერ
- 3) დღეში 3-ჯერ

304) ხასიათდება თუ არა ნიფედიპინი ანტიარითმიული მოქმედებით?

- 1) კი, რადგან არის Ca<sup>2+</sup>- არხების ბლოკატორი
- 2) არა (ნიფედიპინი იწვევს მხოლოდ ვაზოდილატაციას)

305) როგორია Ca<sup>2+</sup>- არხების ბლოკატორის – ლაციდიპინის (Lacipil) დოზირების სქემა?

- 1) 2-4 მგ დღეში 1-ჯერ
- 2) 2-4 მგ კვირაში 1-ჯერ
- 3) 2-4 მგ დღეში 3-ჯერ

306) ვერაპამილი ეფექტურია წინაგულეების პაროქსიზმული ტაქიკარდიების დროს, მაგრამ მისი დანიშვნა უკუნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიებისას:

- 1) ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკადა
- 2) ჰიპოტენზია
- 3) ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის (WPW) სინდრომი (იწვევს პარკუჭების ფიბრილაციას)
- 4) წინაგულეების ციმციმი

307) როგორია დილთიაზემის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?

- 1) პრინციპალის სტენოკარდია
- 2) არტერიული ჰიპერტენზია
- 3) პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური არითმიები
- 4) წინაგულეების ფიბრილაცია და ციმციმი
- 5) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა
- 6) კორონარული სისხლძარღვების ანგიოპლასტიკის შემდგომი პერიოდი (აუმჯობესებს ჰემოდინამიკას)

- 308) ასისტოლის განვითარება შესაძლებელია თუ ბ –ადრენობლოკატორს (მაგ. ანაპრილინს) გამოიყენებენ კომბინაციაში შემდეგ სამკურნალო პრეპარატებთან ერთად:
- 1) ფენობარბიტალი
  - 2) ფუროსემიდი
  - 3) ვერმოქსი
  - 4) ვერაპამილი
  - 5) ფენიტონი
  - 6) კაპტოპრილი
  - 7) დილთიაზემი
- 309) ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარების შემთხვევაში იყენებენ:
- 1) იზადრინს
  - 2) ატროპინს
  - 3) ნოვოკაინამიდს
  - 4) ნაკომს
  - 5) ეფედრინს
  - 6) ვერაპამილს
- 310) ქვემოთ ჩამოთვლილი გვერდითი ეფექტებიდან ნიფედიპინისთვის და ამლოდიპინისთვის დამახასიათებელია:
- 1) ბრადიკარდია
  - 2) ბრონქოსპაზმი
  - 3) ულცეროგენულობა
  - 4) ტერფების შეშუპება
  - 5) პილომოტორული რეაქციები
- 311) 59 წლის პაციენტი (დიაგნოზით – მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის და პარკუჭებსშორისი ძგიდის ტრანსმურალური ინფარქტი) ჰოსპიტალიზირებულია კარდიოლოგიურ კლინიკაში. დათვალეირებისას: ტკივილები გულის არეში არ აღენიშნება, გულისცემა რითმულია, პულსი 40 წუთში, გულის ტონები – მოყრუებული, არტერიული წნევა 120/60 ვერცხ. წყ. სვ.. ექიმებმა პაციენტი სასწრაფოდ გადაიყვანეს კარდიომონიტორინგზე. მოულოდნელად პაციენტი მკვეთრად შემობრუნდა და გონება დაკარგა. პულსი და წნევა არ იზომება, განვითარდა სახის და კისრის ციანოზი, კიდურების არაკოორდინირებული მოძრაობები, თვალების კონვერგენცია, აპნოე, მონიტორის ეკრანზე ფიქსირდება სწორი ხაზი. ტრანსმურალურმა ინფარქტმა გამოიწვია სრული ატრიო–ვენტრიკულური ბლოკადა და ადამსი–სტოქსი–მორგანის სინდრომის განვითარება (ჰიპოკინეტიკური ფორმა – ასისტოლია). კარდიოლოგებმა დაიწყეს გულის არაპირდაპირი მასაჟი, ხელოვნური სუნთქვა, ლავიწქვეშა კათეტერით განახორციელეს იზადრინის, ატროპინის სულფატის ინექციები. გულის რითმის აღდგენის შემდეგ საჭირო გახდა რითმის ხელოვნური მატარებლების – კარდიოსტიმულატორების იმპლანტაცია. რომელ ფარმაცოლოგიურ ჯგუფს განეკუთვნება პრეპარატი იზადრინი?
- 1)  $\beta_2$  – სელექტიური ადრენომიმეტიური საშუალებები
  - 2) ცენტრალური მოქმედების  $\alpha_2$  – ადრენომიმეტიური საშუალებები
  - 3)  $\beta_{1,2}$ – არასელექტიური ადრენომიმეტიური საშუალებები
  - 4) განგლიობლოკატორები
  - 5) აცეტილქოლინესთერაზას შექცევადი ინჰიბიტორები
- 312) მიოკარდიუმის ინფარქტის ფონზე ხშირად ვითარდება რეზორბციულ–ნეკროზული სინდრომი, რადგან ადგილი აქვს მკვედარი უჯრედებიდან ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გადასვლას სისხლში. როგორ ვლინდება ეს სინდრომი კლინიკურად?
- 1) ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი
  - 2) ტემპერატურის მომატება
  - 3) იზრდება ეროთროციტების დალექვის სიჩქარე
  - 4) ფერმენტემია
  - 5) ქოლესტაზი და სიყვითლე
  - 6) პოლისეროზიტი – აუტოიმუნური (დრესლერის) სინდრომი – (პერიკარდიტი, პლევრიტი)
- 313) ნიტროგლიცერინის პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატებია:

- 1) ნიტრონგი
- 2) ნიტროსორბიდი
- 3) სუსტაკი
- 4) ტრინიტროლონგი
- 5) ნიტროგლიცერინის მალამო
- 6) იზოსორბიდის მონომიტრატი

314) რომელ მედიკამენტებს იყენებენ სტენოკარდიული შეტევის კუპირების მიზნით?

- 1) ნიტრონგი
- 2) ანაპრილინი
- 3) იზოსორბიდის მონონიტრატი
- 4) ნიტროგლიცერინი
- 5) ტრიმეტაზიდიანი (პრედუქტალი)

315) ანტიოქსიდანტური თვისებებით ხასიათდება:

- 1) ვიტ E
- 2) ვიტ A
- 3) ვიტ C
- 4) ვიტ D

316) კორონარულ სისხლისმიმოქცევას აუმჯობესებენ შემდეგი პრეპარატები:

- 1) ნიფედიპინი
- 2) ანაპრილინი
- 3) ატენოლოლი
- 4) ვერაპამილი
- 5) პრედუქტალი

317) ნიტროგლიცერინის თერაპიული ეფექტი სუბლინგვალურად გამოყენებისას გრძელდება:

- 1) 7–8 სთ
- 2) 3–4 სთ
- 3) 30 წთ–მდე

318) პრეპარატი პერფტორანი (Perftoran) წარმოადგენს პერფტორორგანული ნაერთების სუბმიკრონულ (0.05–0.15 მკმ) ემულსიას და შეიცავს პერფტორდეკალინს, პერფტორმეთილციკლოჰექსილპიპერიდინს თანაფარდობით 2:1 და პროქსანოლს. ეს უკანასკნელი ასრულებს ემულსიის სტაბილიზატორის ფუნქციას, აუმჯობესებს სისხლის რეოლოგიურ თვისებებს და შესაბამისად მიკროცირკულაციასაც. პერფტორორგანული ნაერთების უნიკალურობა მდგომარეობს იმაში, რომ მათ შეუძლიათ ჟანგბადის ტრანსპორტირება, რაც ზრდის ქსოვილების ოქსიგენაციას, აუმჯობესებს ცენტრალურ ჰემოდინამიკას და მეტაბოლიზმს. როგორია პერფტორანის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?

- 1) მწვავე და ქრონიკული ჰიპოვოლემია (ტრავმული-, ჰემორაგიული-, ინფექციურ–ტოქსიკური შოკი, ინტრა– და პოსტოპერაციული ჰიპოვოლემია)
- 2) ცხიმოვანი ემბოლია
- 3) კატარაქტა
- 4) ტრანსპლანტოლოგიაში იშემიისგან ორგანოების დაცვა
- 5) კარდიოქირურგიაში ოპერაციები გაჩერებულ გულზე

319) კარდიოპლეგია (გულის დამბლა) არის გულის ხელოვნური გაჩერება, კარდიოქირურგიული ოპერაციების განხორციელების მიზნით. აღნიშნეთ კარდიოპლეგიის სახეები?

- 1) იშემიური კარდიოპლეგია (მექანიკურად სწრაფად კეტავენ აორტას, სისხლი აღარ მიეწოდება გვირგვინოვანი არტერიებით მიოკარდიუმს და გული ჩერდება. პროცედურისთვის განკუთვნილია 10–15 წთ. შეუქცევადი ხასიათის ცვლილებები მიოკარდიუმში განვითარდება იშემიის დაწყებიდან 30 წთ–ში.)
- 2) ქიმიური კარდიოპლეგია (კორონარულ არტერიებში შეჰყავთ კონცენტრირებული კალიუმის იონების ან აცეტილქოლინის შემცველი ხსნარები, რაც იწვევს კარდიოპლეგიას. პროცედურისთვის განკუთვნილია 40–50 წთ.)
- 3) ემბოლიური კარდიოპლეგია (გვირგვინოვან არტერიებში ახორციელებენ თრომბინის ინექციებს და ადგილი აქვს არტერიების ტოტალურ ოკლუზიას. შესაბამისად ვითარდება მიოკარდიუმის ტრანსმურალური ინფარქტი)



- 4) ჰიპოთერმული კარდიოპლეგია (გულს ზემოდან ასხამენ  $+4^{\circ}\text{C}$ -მდე გაცივებულ ფიზიოლოგიურ ხსნარს, ხდება პირობითი ანაბიოზის ინდუქცია. კარდიოქირურგს მანიპულაციებისთვის ეხლევა 40–60 წთ)

- 320) მანიტოლის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:
- 1) თავის ტვინის შეშუპება
  - 2) ფილტვების შეშუპება მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის ფონზე
  - 3) პარკუჭების ფიბრილაცია
  - 4) ატრიოვენტრიკულარული ბლოკადა
- 321) რომელი პრეპარატების მოქმედი ნივთიერებაა ინდაპამიდი?
- 1) ინდაფონი
  - 2) არიფონი
  - 3) ფლუპამიდი
  - 4) ლაზიქსი
  - 5) ვაზომიდი
- 322) ფუროსემიდი მიეკუთვნება ყველაზე სწრაფ და ძლიერ მარყუჟოვან დიურეზულ საშუალებებს, რადგან ხელს უშლის ჰენლეს მარყუჟის აღმავალ სეგმენტში  $\text{Na}^+$  და  $\text{Cl}^-$  იონების რეაბსორბციას  $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{Cl}^-$  კო-ტრანსპორტული სისტემის ბლოკადის ხარჯზე. თირკმლების უკმარისობის დროს ამ პრეპარატის ინტრავენური სადღეღამისო დოზა შეადგენს 250–2000 მგ (სიჩქარით 4 მგ/წთ). როგორი გვერდითი ეფექტები შეიძლება განვითარდეს ფუროსემიდის დიდი დოზებით გამოყენებისას?
- 1) ჰიპოკალიემია, ჰიპონატრიემია, ჰიპომაგნიემია
  - 2) დეჰიდრატაცია
  - 3) ჰიპერგლიკემია
  - 4) ჰიპერურიკემია
  - 5) ჰიპერკალციემია
  - 6) სმენის დაქვეითება
- 323) ინდაპამიდი (პრეპარატი – Arifon) იწვევს ვაზოდილატაციას და ხელს უშლის ჰენლეს მარყუჟის კორტიკალურ ნაწილში  $\text{Na}^+$  და  $\text{Cl}^-$  იონების რეაბსორბციას. დიურეზზე თერაპიული დოზების გამოყენებისას მოქმედებს უმნიშვნელოდ. პრეპარატი ინიშნება დღეში 1-ჯერ (დილით). რომელი პათოლოგიების დროს იყენებენ ამ პრეპარატს?
- 1) ესენციური არტერიული ჰიპერტენზია
  - 2) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი
  - 3) საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაცია
  - 4) ჰიპოვოლემიური შოკი
- 324) ჩამოთვლილი დიურეზული საშუალებებიდან რომელია ყველაზე ეფექტური ფილტვების შეშუპების დროს?
- 1) მანიტოლი
  - 2) დიაკარბი
  - 3) სპირონოლაქტონი
  - 4) ფუროსემიდი
  - 5) ჰიპოთიაზიდი
  - 6) ტრიამტერენი
- 325) რომელი ფაქტორები უწყობენ ხელს ღვიძლის ციროზის დროს ასციტის განვითარებას?
- 1) ჰიპოალბუმინემია
  - 2) პორტული ჰიპერტენზია
  - 3) მეორადი ჰიპერალდოსტერონიზმი
  - 4) ზოლინგერ-ელისონის სინდრომი
- 326) მინერალოკორტიკოიდი ალდოსტერონი უჯრედის ციტოპლაზმაში ურთიერთქმედებს ალდოსტერონის რეცეპტორებთან, წარმოქმნის კომლექსს და ბირთვში ტრანსლოკაციის შემდეგ აძლიერებს მემბრანული  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ - ატფ-ზასა და პერმეაზას სინთეზს. შესაბამისად მინერალოკორტიკოიდი – ალდოსტერონი ხელს უწყობს ნეფრონის დისტალურ სეგმენტში  $\text{Na}^+$  - ის იონების რეაბსორბციას და მათ ნაცვლად

შარდში  $K^+$  – ის და  $H^+$  – ის იონების გადასვლას. რომელი შარდმდენი ითვლება ალდოსტერონის ანტაგონისტად?

- 1) ინდაპამიდი
- 2) ფუროსემიდი (ლაზიქსი)
- 3) სპირონოლაქტონი (ვეროშპირონი)
- 4) დიქლოთიაზიდი
- 5) ტრიამტერენე
- 6) მანიტოლი

327) ჰიპოკალიემიის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია:

- 1) სამკურნალო პრეპარატები (კორტიკოსტეროიდები, დიურეტიკები, ინსულინი, საფაღარათო საშუალებები)
- 2) პირღებინება, დიარეა, მალაბსორბცია
- 3) თირკმლის მილაკების მწვავე ნეკროზი
- 4) კუმინგის სინდრომი, ჰიპერალდოსტერონიზმი (პირველადი, მეორადი)
- 5) ასაკოვანი პაციენტები (არასრულფასოვანი კვების ფონზე)

328) ჰიპერკალიემიის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია:

- 1) პრეპარატები (აგფ–ინჰიბიტორები, კალიუმის დამცველი შემნახველი დიურეტიკები, აცეტილქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები)
- 2) თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა
- 3) ჰიპოალდოსტერონიზმი (ადისონის დაავადება)
- 4) კუმინგის სინდრომი, ჰიპერალდოსტერონიზმი (პირველადი, მეორადი)
- 5) დიაბეტური კეტოაციდოზი
- 6) სისხლის მასიური ტრანსფუზია
- 7) უჯრედების დესტრუქცია (რაბდომიოლიზი, ჰემოლიზი, სიმსივნის ლიზისი, დამწვრობები)

329) კალიუმის კონცენტრაციის მომატება სისხლში (6.5 მმოლ/ლ) განაპირობებს ცვლილებებს ელექტროკარდიოგრამაზე (ჩნდება მაღალი T კბილანები), შემდეგ ხანგძლივდება P–R ინტერვალი, P კბილანა ქრება, ხოლო QRS კომპლექსი ფართოვდება (კონცენტრაცია > 7 მმოლ/ლ). ვითარდება ასისტოლია. როგორია ჰიპერკალიემიის კორექციის ალგორითმი

- 1) ინტრავენურად 10% 10–30 მლ კალციუმის გლუკონატის ხსნარი (დიდი სიფრთხილით ნელ–ნელა 5 წთ–ის განმავლობაში)
- 2) ინსულინი 20 ED ინტრავენურად 15–30 წთ–ის განმავლობაში (ინსულინი ხელს უწყობს კალიუმის იონების გადასვლას უჯრედში, მაგრამ გამოიწვევს ჰიპოგლიკემიას) + გლუკოზა 20%–300 მლ (თანაფარდობით 1 ED ინსულინი : 3 გრ გლუკოზა)
- 3) ჰიპერკალიემიის დროს ვითარდება აციდოზი, ამიტომ რაციონალურია ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ხსნარის გამოყენება (8.4% 50–100 მლ ვენაში)
- 4) კანქვეშ შეგვყავს პროზერინის 1%–1 მლ ხსნარი, რომელიც ბლოკავს ცთომილი ნერვის ზეგავლენას გულზე და გამოიწვევს ტაქიკარდიას.
- 5) ჰემოდიალიზი

330) რომელი ფაქტორები უწყობენ ხელს მეტაბოლური აციდოზის განვითარებას:

- 1) ეთილის სპირტის მიღება
- 2) მეთანოლით, ეთილენგლიკოლით, პარალდეჰიდით ინტოქსიკაცია
- 3) ურემია
- 4) დიაბეტური კეტოაციდოზი
- 5) იზონიაზიდის და რკინის შემცველი პრეპარატების ჭარბი დოზებით მიღება
- 6) ლაქტატაციდოზი
- 7) შიმშილობა
- 8) სალიცილატები

331) რომელი ვიტამინების ჭარბი დოზებით გამოყენებისას არის შესაძლებელი ჰიპერკალციემიის განვითარება?

- 1) ვიტ A
- 2) ფოლიუმის მჟავა

- 3) ციანოკობალამინი
- 4) ნიკოტინის მჟავა (ნიაცინი)
- 5) ვიტ D
- 6) რიბიფლავინი

332) დიურეზული საშუალებებიდან გინეკომასტიას იწვევს:

- 1) ფუროსემიდი (ლაზიქსი)
- 2) სპირონოლაქტონი (ვეროშპირონი)
- 3) დიქლოთიაზიდი
- 4) ტრიამტერენი
- 5) მანიტოლი

333) ათეროსკლეროზი არის არტერიების ქრონიკული სისტემური დაავადება, რომელსაც საფუძვლად უდევს არტერიების შიგა ამომფენ გარსში (ინტიმაში): ქოლესტერინის და  $Ca^{2+}$ -ის მარილების დალექვა, ფიბროზული კაფსულის წარმოქმნა და არტერიის სანათურის შევიწროება. რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის გაუარესებას და დისტროფიული, ნეკროზიოზული, სკლეროზული პროცესების განვითარებას. აღნიშნეთ პრეპარატები რომლებსაც იყენებენ ჰიპერლიპიდემიის სამკურნალოდ?

- 1) Clofibratum– Miscleron
- 2) Simvastatin– Vasilip, Simgal, Simvacard
- 3) Indapamidum–Arifon, Vasomid
- 4) Acidum Nicotinicum
- 5) Cholestyraminum– Questran

334) ჰიპერქოლესტერინემიის კორექციის მიზნით ორსულებში და ბავშვებში დასაშვებია ნაღვლის მჟავების სეკვესტრანტების გამოყენება. ეს პრეპარატები (ქოლესტირამინი, ქოლესტიპოლი) შთანთქმევენ ნაღვლის მჟავებს და არღვევენ მათ ჰეპატო-დუოდენალურ ცირკულაციას. შესაბამისად ორგანიზმში ძლიერდება ქოლესტერინისგან ნაღვლის მჟავების წარმოქმნა. როგორი გვერდითი ეფექტები შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის მჟავების სეკვესტრანტების გამოყენების შემთხვევაში?

- 1) ნაწლავის კოლიკა
- 2) ყაბზობა
- 3) ფოლატების და ცხიმში ხსნადი ვიტამინების დეფიციტი

335) HMG–CoA რედუქტაზას ინჰიბიტორებიდან ეს პრეპარატი სისხლში ეფექტურად ამცირებს არა მარტო ქოლესტერინის, არამედ ტრიგლიცერიდების შემცველობასაც. სერიოზული გვერდითი ეფექტებიდან კი აღსანიშნავია მიოზიტი (რაბდომიოლიზი). პრეპარატი ინიშნება დღეში 1-ჯერ სადამოს ჭამის შემდეგ, რომელ მათგანზეა საუბარი?

- 1) Lovastatin– Mevacor (აბები 10,20,40 მგ)
- 2) Simvastatin– Vasilip, Simgal, Simvacard, Zocor (აბები 10, 20 მგ)
- 3) Atorvastatin– Liprimar (აბები 10, 20 მგ)
- 4) Pravastatin– Lipostat

336) ხანგრძლივი შიმშილობის ფონზე დიდი რაოდენობით საკვების მიღებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეგრეთწოდებული „აღდგენილი კვების სინდრომი“, რომლის დროსაც აღინიშნება ლეტარგია, დიარეა, ელექტროლიტური დისბალანსი და კუნთების სისუსტე. ლიტერატურაში აღწერილია ლეტალური შედეგებიც კი. როგორია ამ სინდრომის პათოგენეზი?

- 1) კვება→ჰიპერგლიკემია→ჰიპერინსულინემია→გლუკოზის და ფოსფატების გადასვლა ღვიძლში და კუნთებში→ჰიპოფოსფატემია→ატფ-ის სინთეზის დარღვევა კუნთებში (მიასტენია), უარყოფითი ინოტროპული ეფექტის განვითარება და ჰიპოქსია.
- 2) კვება→ჰიპერგლიკემია→კეტოაციდოზი→კომა

337) როგორ მოქმედებს ვიტამინი K სისხლის შედეგებაზე?

- 1) ხელს უწყობს ღვიძლში სისხლის შედეგებაზე მოქმედი: II, VII, IX და X ფაქტორების, ცილების ანტიკოაგულანტების C, S; სინთეზს და შესაბამისად თრომბის წარმოქმნას
- 2) არის პირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტი
- 3) ვიტამინი K მიეკუთვნება არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებს

- 338) ფიტომენადიონის ფარმაკოლოგიური ეფექტი ვითარდება ინექციიდან 12სთ-ის, ხოლო ვიკასოლის – 24 სთ-ის შემდეგ. როგორია ვიტამინი K-ს დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?
- 1) ჰიპოპროთრომბინემია გამოწვეული არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებით, სალიცილატებით, მალაბსორბციით, ბილიარული ფისტულით, წვრილი ნაწლავის რეზექციით, დისბაქტერიოზით.
  - 2) დიაბეტური კეტოაციდოზი
  - 3) სისხლის მასიური ტრანსფუზია
- 339) 67 წლის ქალბატონს დიაგნოზით მიტრალური სტენოზი, კარდიოლოგმა დაუნიშნა თერაპია ვარფარინით. მე-3 დღეს ბარძაყის და მკერდის არეში პაციენტს აღენიშნება ჰიპერემიული მტკივნეული კერები. შეეძლო თუ არა ეს გართულებები გამოეწვია ვარფარინს?
- 1) ვარფარინი ხელს უწყობს სისხლის შედედების II, VII, IX და X ფაქტორების სინთეზს და შესაბამისად თრომბის წარმოქმნას
  - 2) ვარფარინის ფარმაკოლოგიური ეფექტი ვითარდება მიღებიდან 72 სთ-ის შემდეგ და ამიტომ ეს გართულებები პრეპარატით არ არის გამოწვეული
  - 3) ეპოქსიდრედუქტაზას ინჰიბირებამ გამოიწვია ცილების-ანტიკოაგულანტების სინთეზის ბლოკირება, რამაც განაპირობა სისხლის ტრანზიტორული ჰიპერკოაგულაცია. ამიტომ რაციონალურია საწყის ეტაპზე ვარფარინთან ერთად ჰეპარინის მცირე დოზების გამოყენება
- 340) ვარფარინის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია:
- 1) ღრმა ვენების თრომბოზის პროფილაქტიკა (განსაკუთრებით მენჯ-ბარძაყის სახსარზე ოპერაციის შემთხვევაში)
  - 2) თრომბოფლებიტი, თრომბოემბოლია, ანგიოპლასტიკა, გულის ხელოვნური სარქველების იმპლანტაცია, დილატაციური კარდიომიოპათია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, წინაგულების ფიბრილაცია, იშემიური ინსულტი
  - 3) თრომბოციტოპენია და ჰიპოპროთრომბინემია
  - 4) არტერიების ქრონიკული ოკლუზიური პათოლოგიები
- 341) სისხლდენის საშიშროება იზრდება თუ ადგილი აქვს ვარფარინის კომბინირებას შემდეგ პრეპარატებთან:
- 1) ანტიმიკრობული საშუალებები
  - 2) ჰეპარინი
  - 3) ვიტამინი K
  - 4) ჰიპოლიპიდემიური საშუალებები
  - 5) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები
- 342) კორონარული არტერიების თრომბოზის პროფილაქტიკის მიზნით ინიშნება:
- 1) აცეტილსალიცილის მჟავა
  - 2) ამინოკაპრონის მჟავა
  - 3) დიპირიდამოლი (კურანტილი)
  - 4) კლოპიდოგრელი (პლავიქსი)
  - 5) ეპტიფიბათიდი
  - 6) აბციქსიმაზი
  - 7) ტიკლოპიდინი (ტიკლიდი)
- 343) ანტიაგრეგანტი ტიკლიდი (Ticlopidine, აბები 250 მგ) ხანგრძლივად გამოყენებისას იწვევს ისეთ სერიოზულ გვერდით ეფექტებს, როგორიც არის:
- 1) ჰიპერპროთრომბინემია
  - 2) თრომბოციტოპენია
  - 3) ლეიკოპენია, ძვლის წითელი ტვინის აპლაზია
  - 4) ადამსი-სტოქსი-მორგანის სინდრომი
- 344) როგორი სქემით ინიშნება ანტიაგრეგანტი პლავიქსი?
- 1) 1 აბი (75 მგ) კლოპიდოგრელი დღეში 1-ჯერ
  - 2) “\_\_\_\_\_“ დღეში 2-ჯერ
  - 3) “\_\_\_\_\_“ დღეში 3-ჯერ

- 345) ეს პრეპარატი ააქტიურებს ფიბრინოლიზურ სისტემას, რადგან ხელს უწყობს პლაზმინოგენიდან პლაზმინის წარმოქმნას. ინიშნება ინტრავენურად თრომბების დაშლის მიზნით. პრეპარატი ხშირად იწვევს ალერგიულ რეაქციებს, მასიურ ჰემორაგიებს, რეპერფუზიულ არითმიებს და ა.შ.. რომელ მათგანზეა საუბარი?
- 1) ვარფარინი
  - 2) ამინოკაპრონის მჟავა
  - 3) სტრეპტოკინაზა
  - 4) დიციონი
- 346) ფიბრინოლიზური საშუალებებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი გვერდითი ეფექტები:
- 1) ალერგიული რეაქციები (ანაფილაქსიური შოკი)
  - 2) სისხლდენები, ჰემორაგიული ინსულტი
  - 3) გენერალიზირებული ეგზანტემა, არტრალგია, მიალგია
  - 4) ფილტვების არაკარდიოგენული შეშუპება
  - 5) გვირგვინოვან არტერიებში თრომბის დაშლის შედეგად ხშირად ვითარდება გულის არითმია, რაც გამოწვეულია იშემიური კერის რეპერფუზიით
- 347) როგორია სტრეპტოკინაზას შემცველი, ფიბრინოლიზური პრეპარატის – აველიზინის (Awelysin) დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?
- 1) მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი
  - 2) ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია
  - 3) სისხლძარღვების თრომბოზი და რეთრომბოზი
  - 4) სისხლდენები და ჰემორაგიული ინსულტი
- 348) ეს ფიბრინოლიზური საშუალება შეიცავს პლაზმინოგენის და სტრეპტოკინაზას კომპლექსს, კეთდება ვენაში ბოლუსის სახით, 30 ერთეული, არ საჭიროებს ხანგრძლივ ინფუზიას და შესაბამისად სწრაფად იწყებს მოქმედებას. რომელ პრეპარატზეა საუბარი?
- 1) სტრეპტოკინაზა
  - 2) ანისტრეპლაზა
  - 3) ალტეპლაზა
  - 4) ამილაზა
  - 5) ლიპაზა
  - 6) პროუროკინაზა
- 349) სელექტიური ფიბრინოლიზური საშუალებებია:
- 1) სტრეპტოკინაზა
  - 2) უროკინაზა
  - 3) პროუროკინაზა
  - 4) ანისტრეპლაზა
  - 5) ალტეპლაზა
- 350) ანტიფიბრინოლიზური საშუალება ამინოკაპრონის მჟავა ხელს უშლის პლაზმინოგენიდან პლაზმინის წარმოქმნას და შესაბამისად ფიბრინოლიზს. მისი დანიშვნის ძირითადი ჩვენებებია სისხლდენების პროფილაქტიკა ქირურგიული ოპერაციების დროს: ფილტვებზე, პროსტატაზე, პანკრეასზე, ფარისებურ ჯირკვალზე და ა.შ.. პრეპარატს იყენებენ პერორალურად და ინტრავენურად (5% 100მლ ხსნარი), კოაგულოგრაფიის კონტროლით. რა შემთხვევაში არ ინიშნება ეს პრეპარატი?
- 1) ორსულობა
  - 2) თრომბოზი/თრომბოემბოლია
  - 3) თირკმლების უკმარისობა
  - 4) მწვავე პანკრეატიტი
- 351) ჰეპარინის ანტაგონისტს წარმოადგენს:
- 1) ფრაქსიპარინი
  - 2) ვარფარინი
  - 3) პლავიქსი
  - 4) პროტამინის სულფატი

- 5) პლატიფილინის ჰიდროთარტრეტი
- 6) ნაკომი
- 7) ბუსკოპანი

- 352) ჰეპარინის ინტრამუსკულარული ინექციისას შესაძლოა განვითარდეს ჰემატომა. რა არის ჰემატომა?
- 1) სისხლის ლოკალური დაგროვება ქსოვილში
  - 2) ერთროციტების მასიური ლიზისი
  - 3) სასხლმბადი ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნე
- 353) რკინადეფიციტური ანემიის გამომწვევი ფაქტორებია:
- 1) სისხლდენები: კუჭ–ნაწლავის ტრაქტიდან (წყლულოვანი დაავადება, პოლიპოზი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ჰემოროი), საშვილოსნოდან (მენსტრუაცია, ენდომეტრიოზი, ფიბრომიომატოზი, ნეოპლაზიები), შარდ–სასქესო სისტემიდან, ფილტვებიდან
  - 2) მედიკამენტები (ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, ანტიკოაგულანტები, ციტოსტატიკები)
  - 3) ნემატოდოზი, დიფილობოტრიოზი
  - 4) ორსულობა და ლაქტაცია
  - 5) ორგანიზმის აქტიური ზრდის პერიოდი (იუვენილური ქლოროზი)
  - 6) რკინის ალიმენტური უკმარისობა, შიმშილობა, ვეგანიზმი
  - 7) გასტროდუოდენიტი, გასტრექტომია, აქლორჰიდრია, კოლიტი
- 354) რკინის იონები აუცილებელია ადამიანის ორგანიზმში შემდეგი ნაერთების სინთეზისათვის:
- 1) ჰემოგლობინი
  - 2) მიოგლობინი
  - 3) ციტოქრომოქსიდაზა
  - 4) პეროქსიდაზა
  - 5) კატალაზა
  - 6) ლიპაზა
  - 7) სუქცინატდეჰიდროგენაზა
  - 8) აცეტილ–CoA–დეჰიდროგენაზა
- 355) რკინადეფიციტური ანემიის დროს ორგანიზმში ვითარდება დისტროფიული პროცესები და ჰემური ჰიპოქსია. როგორი კლინიკური ნიშნებია დამახასიათებელი რკინადეფიციტური ანემიისთვის?
- 1) კუნთების სისუსტე (მიასთენია)
  - 2) ფრჩხილების მტვრევა
  - 3) თმის ცვენა (ალოპეცია)
  - 4) კანსა და ლორწოვან გარსზე ნახეთქები, კანის აქერცვლა (დესკვამაცია)
  - 5) ჰიპოტროფული გლოსიტი, გასტრიტი, ენტერიტი
- 356) ანემიის ლაბორატორიული ნიშნებია:
- 1) ჰემოგლობინის შემცველობა  $<100$  გ/ლ
  - 2) ერთროციტების რაოდენობა  $<4 \times 10^{12}$ /ლ
  - 3) რკინის შემცველობა პლაზმაში  $<14,3$ მკმოლ/ლ
- 357) ორსულის (III ტრიმესტრი) სისხლის კლინიკურმა ანალიზმა აჩვენა ჰემოგლობინის დაბალი შემცველობა 100 გ/ლ, ფერადობის მაჩვენებელი ნორმის ფარგლებშია (0.9). ესაჭიროება თუ არა პაციენტს რკინის შემცველი პრეპარატებით მკურნალობა?
- 1) კი, რადგან არსებობს ნაყოფის ჰიპოქსიის განვითარების საშიშროება და სწრაფი ეფექტის მისაღებად სასურველია მედიკამენტების ორგანიზმში პარენტერალურად შეყვანა
  - 2) არა, რადგან ორსულობის III ტრიმესტრში ფიზიოლოგიური ჰიდრემია (ჰემოდილუცია) ხელს უწყობს ფსევდოანემიის განვითარებას და ჰემოგლობინის შემცველობის ნორმალური მაჩვენებელია 85–100 გ/ლ.
- 358) რკინის ( $Fe^{2+}$ ) იონების შეწოვა ინტენსიურად მიმდინარეობს
- 1) პირის ღრუში
  - 2) კუჭში

- 3) წვრილ ნაწლავში
- 4) მსხვილ ნაწლავში

- 359) პრეპარატ აქტიფერინის (Aktiferrin) ხსნარის 100 მლ შეიცავს 4.72 გ რკინის სულფატს და 3.56 გ ამინომჟავა სერინს (რკინის იონების უკეთ შეწოვის მიზნით). როგორი სქემით ინიშნება 1-წლამდე ასაკის ბავშვებში აქტიფერინის წვეთები რკინადეფიციტური ანემიების დროს?
- 1) 10–15 წვეთი დღეში 3–ჯერ ჭამის დროს. მკურნალობის კურსი გრძელდება მანამ, სანამ სისხლში ჰემოგლობინის და  $Fe^{2+}$  –ის იონების შემცველობა არ მიაღწევს ნორმალურ მაჩვენებლებს.
  - 2) ერთი ჩაის კოვზი დღეში 2–ჯერ ჭამის დროს (კურსი 12 კვირა)
  - 3) 10–15 წვეთს ვაზავებთ წყლით ან ვაშლის წვენი და ვამღევთ დღეში 3–ჯერ ჭამის დროს. მას შემდეგ, რაც სისხლში ჰემოგლობინის და  $Fe^{2+}$  –ის იონების შემცველობა მიაღწევს ნორმალურ მაჩვენებლებს კურსს ვაგრძელებთ 8–12 კვირის განმავლობაში.
- 360) ავადმყოფი მამაკაცი, 50 წლის, უჩივის საერთო სისუსტეს, თავბრუსხვევას და ჰაერის უკმარისობას ფიზიკური დატვირთვის დროს. 3 წლის წინ გაუკეთდა კუჭის სუბტოტალური რეზექცია. სისხლის კლინიკურ ანალიზში დაფიქსირდა შემდეგი სახის ცვლილებები: ერითროციტები  $3 \times 10^{12}/ლ$ , Hb 62 გ/ლ, ფერადობის მაჩვენებელი 0,62, ლეიკოციტები  $3,7 \times 10^9/ლ$ , ედს 7 მმ/სთ, ერითროციტები ჰიპოქრომიულია, გვხვდება მიკრო- და მაკროციტოზი, პოიკილოციტოზი. რკინის იონების შემცველობა სისხლში შეადგენს 8 მკმოლი/ლ. სისხლის ანალიზის გათვალისწინებით, როგორი სახის ანემია აქვს პაციენტს და რომელ პრეპარატებს მივანიჭებთ უპირატესობას მკურნალობის დროს?
- 1) პაციენტს აქვს აგასტრული, რკინადეფიციტური ანემია და ამიტომ, რკინის შემცველი პრეპარატები და ვიტამინები (ციანოკობალამინი, ფოლიუმის მჟავა, თიამინი, რიბოფლავინი, პირიდოქსინი) უნდა გამოვიყენოთ პარენტერალურად.
  - 2) თუ გავითვალისწინებთ ფერადობის მაჩვენებელს, სახეზეა ადისონ-ბირმერის ანემია და ამიტომ, თერაპიული ეფექტის მისაღებად საკმარისი იქნება მხოლოდ ციანოკობალამინის გამოყენებაც.
- 361) ბავშვის ორგანიზმი ხასიათდება მაღალი მგრძობელობით რკინის იონების მიმართ. პერორალურად 1გ რკინის სულფატის მიღებაც კი შესაძლოა დასრულდეს ლეტალური შედეგით. როგორი სიმპტომებია დამახასიათებელი მწვავე ინტოქსიკაციისათვის?
- 1) მუცლის ტკივილი, ნევროზული გასტროენტერიტი, პირღებინება, სისხლიანი დიარეა, ჰიპერგლიკემია, სიყვითლე, აციდოზი, ენცეფალოპათია და კომა.
  - 2) კანი და ლორწოვანი გარსი ღებულობს ალისფერ შეფერილობას, ვითარდება აპნოე და ასისტოლია
  - 3) ფერადი გარსის ირგვლივ ჩნდება სპეციფიკური ლურჯი ფერის არშია. რკინის იონები აზიანებენ სისხლმზად ორგანოებს, ლიმფურ კვანძებს და იწვევენ ჰემოლიზს, შესაბამისად ჰიპერკალიემიას და ასისტოლიას.
- 362) რკინის შემცველი პრეპარატები უკუნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიების დროს:
- 1) ჰემოსიდეროზი, ჰემოქრომატოზი
  - 2) აპლასტიკური, ჰემოლიზური და სიდეროზლასტური ანემიები
  - 3) ორსულობა, ლაქტაცია
  - 4) ღვიძლის ციროზი, ქრონიკული პანკრეატიტი
- 363) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელია
- 1) მშიერი ტკივილები
  - 2) საკვების მიღებიდან 2–3 საათის შემდეგ ტკივილის გამლიერება
  - 3) ღამის ტკივილები
  - 4) სეზონური ტკივილები
  - 5) ანტაციდების მიღების შემდეგ ტკივილის დროებითი შემსუბუქება
- 364) წყლულის ზედაპირს აგრესიული ფაქტორებისგან მექანიკურად იცავს:
- 1) პირენზეპინი
  - 2) დე-ნოლი
  - 3) მიზოპროსტოლი
  - 4) ლანსოპრაზოლი

## 5) ზანტაკი

- 365) კუჭის წვენის სეკრეციას ამცირებენ:
- 1)  $H_1$ -ჰისტამინობლოკატორები
  - 2)  $H_2$ -ჰისტამინობლოკატორები
  - 3) M-ქოლინობლოკატორები
  - 4)  $H^+$ ,  $K^+$ -ატფ-ზას ინჰიბიტორები
  - 5) მიზოპროსტოლი
  - 6) ანტაციდები
- 366)  $Al^{3+}$  იონების შემცველმა ანტაციდურმა საშუალებებმა ხანგძლივი გამოყენების შემთხვევაში შეიძლება გამოიწვიოს:
- 1) დიარეა
  - 2) ყაბზობა
  - 3) მეტაბოლური ალკალოზი
  - 4) ჰიპოფოსფატემია
  - 5) ენცეფალოპათია (დემენცია)
- 367) ღებინების ცენტრი მოთავსებულია მოგრძო ტვინში, შეიცავს  $H_1$ -ჰისტამინო-, M-ქოლინო-, სეროტონინო რეცეპტორებს და ახორციელებს ღებინების აქტის კოორდინაციას შემდეგი სტრუქტურებიდან შემოსული იმპულსების ფონზე:
- 1) IV პარაკუჭის ფსკერზე მოთავსებული ტრიგერული ზონის ქემორეცეპტორები ( $D_2$ -დოფამინორეცეპტორები)
  - 2) ვესტიბულური აპარატი ( $H_1$ -ჰისტამინო და M-ქოლინორეცეპტორები)
  - 3) პერიფერიული სექტორები – ნაწლავები (სეროტონინორეცეპტორები), გული (მიოკარდიუმის ინფარქტი), ნაღვლის ბუშტი (ქოლეცისტიტი) და ა.შ.
  - 4) ქერქის ნერვული ცენტრები
- 368) მეთოკლოპრამიდი (ცერუკალი) ინიშნება პირღებინების კუპირების მიზნით: პოსტპერაციულ პერიოდში, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიების, ქიმიო- და რადიოთერაპიის დროს. პრეპარატის გვერდითი ეფექტებიდან აღსანიშნავია:
- 1) ექსტრაპირამიდული დარღვევები
  - 2) გვიანი დისკინეზია
  - 3) გინეკომასტია, ლაქტაცია გამოწვეული დოფამინო რეცეპტორების ბლოკადით
- 369) რომელი პრეპარატის მოქმედი ნივთიერებაა დომპერიდონი?
- 1) ცერუკალი
  - 2) იმოდიუმი
  - 3) მოტილიუმი
  - 4) ბუსკოპანი
  - 5) ქსალატანი
- 370) ონკოპაციენტების ქიმიოთერაპიის დროს, ციტოსტატიკების უმრავლესობა იწვევს საჭმლის-მომწელებელი სისტემის ლორწოვანი გარსის ენტეროქრომაფილური უჯრედებიდან სეროტონინის გამოთავისუფლებას, რაც განაპირობებს უსიამოვნო ღებინების რეფლექსის სტიმულაციას. რომელი პრეპარატების მეშვეობით არის შესაძლებელი ამ პროცესზე სელექტიური ზემოქმედება?
- 1) ონდანსეტრონი
  - 2) ტროპისეტრონი
  - 3) გრანისეტრონი
  - 4) მიზოპროსტოლი
  - 5) ომეპრაზოლი
- 371) ჰიპერპროლაქტინემიას და პარკინსონიზმს იწვევენ შემდეგი პრეპარატები:
- 1) ეთაპერაზინი
  - 2) მეთოკლოპრამიდი
  - 3) ონდანსეტრონი
  - 4) სკოპოლამინი



## 5) დიმედროლი

- 372) სკოპოლამინის ლებინების საწინააღმდეგო ფარმაკოლოგიურ ეფექტს საფუძვლად უდევს:
- 1) ვესტიბულარული ბირთვების M-ქოლინორეცეპტორების ბლოკადა
  - 2) ტრიგერული ზონის D<sub>2</sub>-რეცეპტორების ბლოკადა
  - 3) ცნს-ის ლებინების ცენტრის სეროტონინორეცეპტორების სტიმულაცია
- 373) კონტაქტური საფადართო საშუალების გუტალაქსის წვეთების მიღების შემდეგ ფარმაკოლოგიური ეფექტი ვითარდება:
- 1) 1-3 სთ-ში
  - 2) 6-8 სთ-ში
  - 3) 48-54 სთ-ში
- 374) მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია დიარეით გამოწვეული დეჰიდრატაციის და ელექტოლიტური დისბალანსის კორექციის მიზნით რეკომენდაციას უწევს ელექტროლიტების შემდეგ ნარევს: ნატრიუმის ქლორიდი 3.5 გ/ლ, კალიუმის ქლორიდი 1.5 გ/ლ, ნატრიუმის ციტრატი 2.9 გ/ლ და გლუკოზა 20 გ/ლ. რა მიზნით არის ნარევში შეყვანილი გლუკოზა?
- 1) გლუკოზა ხელს უწყობს ელექტროლიტების შეწოვას ძლიერი დიარეის დროს და თანაც აუცილებელია ატფ-ის სინთეზისათვის
  - 2) გლუკოზა არის ალდეჰიდოსპირტი და ხასიათდება ბაქტერიციდული ეფექტით
  - 3) გლუკოზის ანტიოქსიდანტური ეფექტი იცავს თავის ტვინს დეჰიდრატაციისგან
- 375) კონტაქტური საფადართო საშუალება ბისაკოდილის სანთლები, რექტალურად გამოყენებისას მოქმედებას იწყებს:
- 1) 1-3 სთ-ში
  - 2) 6-8 სთ-ში
  - 3) 48-54 სთ-ში
- 376) ოსმოსური საფადართო საშუალება ფორტრანსი (Fortrans) ინიშნება პერორალურად ნაწლავის შიგთავსის დაცლის მიზნით ენდოსკოპიური, რენტგენოლოგიური ან ქირურგიული პროცედურების წინ. პაკეტის შიგთავსს ხსნიან 1 ლ წყალში და პაციენტი ლებულობს სადამოს გამოკვლევის წინა დღეს, ან გამოკვლევამდე 3-4 სთ-ით ადრე. როგორია ფორტრანსის დანიშვნის უკუჩვენებები:
- 1) დეჰიდრატაცია
  - 2) გულის უკმარისობა
  - 3) წყლულოვანი რექტოკოლიტი
  - 4) გლაუკომა
  - 5) ნაწლავის გაუვალობა
- 377) არაინფექციური გენეზის დიარეის სამკურნალო პრეპარატი ლოპერამიდი (იმოდიუმი) მოქმედებს ოპიატურ რეცეპტორებზე და იწვევს პერისტალტიკის დათრგუნვას, სემენტაციის გაძლიერებას, ნაწლავებში წყლის შეწოვას და ანალური სფინქტერის ტონუსის მომატებას. პრეპარატი ინიშნება პირველად 2 აბი (2მგ), ხოლო ყოველი დეფეკაციის შემდეგ დამატებით 1 აბი. სადღეღამისო დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 16 მგ-ს, კურსის ხანგრძლივობა კი 2 დღეს. რომელი სამკურნალო პრეპარატი-ანტაგონისტი უნდა დაინიშნოს ლოპერამიდით ინტოქსიკაციის შემთხვევაში?
- 1) იბუპროფენი
  - 2) დიაზეპამი
  - 3) ნალოქსონი (ნარკანი)
  - 4) ნაზივინი
  - 5) ამონაზინი
- 378) კლინიკურად A ვიტამინის დეფიციტი იწვევს ჰემერალოპიას (ქათმის სიბრმავე), ქსეროფთალმიას, ლორწოვანი გარსების კერატინიზაციას და ჰიპერკერატოზს. რა სახის ცვლილებები მიმდინარეობს რქოვანაში ქსეროფთალმიის (კერატომალაციის) დროს?
- 1) დაავადების დასაწყისში ლიმბაზე ადგილი აქვს სპეციფიკური, ქსეროზული (ბიტოს) ლაქების ფორმირებას. რქოვანა თანდათანობით იმღვრება, მასზე წარმოქმნილი ინფილტრატი კი ლებულობს მოყავისფრო-მოყვითალო შეფერილობას, რბილდება და ვითარდება რქოვანას პერფორაცია წყალწყალა ნამის დაღვრით. არსებით ზეგავლენას ამ

პათოლოგიურ მდგომარეობაზე ახდენს ასევე საცრემლე ჯირკვლის ეპითელიუმის გარქოვანება, სეკრეტის შემცირება და რქოვანას გამოშრობა (ცრემლის დამატენიანებელი მოქმედების ბლოკირების გამო)

- 2) წამწამოვან სხეულში ძლიერდება წყალწყალა ნამის ულტრაფილტრაციის გზით წარმოქმნა, რაც იწვევს ოფთალმოტონუსის მომატებას და რქოვანას პერფორაციას.

379) კალიუმის იოდის ჭარბი რაოდენობის მიღებისას შესაძლოა განვითარდეს იოდიზმი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია:

- 1) რინიტი, რინორეა
- 2) ჰიპერსალივაცია
- 3) ქსეროსტომია
- 4) პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია
- 5) ლითონის გემოს შეგრძნება
- 6) სანერწყვე ჯირკვლების გადიდება

380) რომელი ანტიტირეოიდული სამკურნალო საშუალება ბლოკავს როგორც თიროზინის იოდირების პროცესს, ასევე  $T_4$ -ის ტრანსფორმაციას  $T_3$ -ში?

- 1) მერკაზოლილი
- 2) პროპილთიოურაცილი
- 3) კარბიმაზოლი
- 4) სანდოსტატინი

381) ახდენს თუ არა თიამაზოლი (მერკაზოლილი, თიროზოლი) სისხლში მოცირკულირე თირეოიდული ჰორმონების ეფექტებზე ზეგავლენას?

- 1) კი
- 2) არა

382) რატომ არ შეიძლება კლომიფენის (Clomibegyt) გამოყენება ხანგრძლივად?

- 1) განვითარდება იცენკო-კუშინგის სინდრომი
- 2) პრეპარატი ბლოკავს დოფამინო რეცეპტორებს და სისხლში მოიმატებს პროლაქტინის შემცველობა
- 3) გონადოტროპინების კონცენტრაციის მაღალი დონე სისხლში ხელს უწყობს საკვერცხეების ადენოკარცინომების განვითარებას

383) ქვემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან რომელი შეიცავს, თავის შემადგენლობაში, ციანოკობალამინთან ერთად როგორც სტეროიდულ, ასევე არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო სამკურნალო საშუალებებს და ხასიათდება: ანტიფლოგისტიკური, ანტიპირეტიკული, ანალგეზიური და ურიკოზურიული ეფექტებით?

- 1) დიპროსპანი
- 2) ამბენე
- 3) სერეტიდი დისკუსი
- 4) ბეროტევი
- 5) დრამინა
- 6) ქსენიკალი

384) როგორი სქემით ხორციელდება პრეპარატ ამბენეს ინტრამუსკულარული ინექციები?

- 1) 1 ინექცია დღეში 1-ჯერ კურსის ხანგრძლივობა 1 კვირა
- 2) 1 ინექცია დღეგამოშვებით (კვირაში 3 ინექცია და კურსებს შორის ინტერვალი მინიმუმ 4 კვირა)
- 3) 1 ინექცია 2-4 კვირაში 1-ჯერ

385) პრეპარატი ამბენე ხანგრძლივად გამოყენების შემთხვევაში იწვევს შემდეგ გვერდით ეფექტებს:

- 1) ანორექსია, გასტრალგია, პეპტიკური წყლულების წარმოქმნა, სიხლდენები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, პერფორაცია
- 2) ფატალური აგრანულოციტოზი

- 3) ლაიელას სინდრომი
- 4) იმუნოსუპრესია, ოპორტუნისტული ინფექციები, მიკოზები
- 5) იცენკო-კუშინგის სინდრომი
- 6) კატარაქტა, გლაუკომა
- 7) ანენცეფალია
- 8) ინექციის ადგილზე – აბსცესი და ქსოვილების ნეკროზი
- 9) ოსტეოპოროზი, ბარმაყის ძვლების ეპიფიზების ასეპტიკური ნეკროზი, მოტეხილობები

386) პოსტინფარქტულ პერიოდში პაციენტს განუვითარდა იმუნური გენეზის დრესლერის სინდრომი – პოლისეროზიტი (ტკივილი გულმკერდის არეში, სხეულის ტემპერატურის მომატება, პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა, ედს–ის მატება). არასტეროიდული საშუალებების დანიშვნა უშედეგო აღმოჩნდა. რომელი ჯგუფის პრეპარატებით უნდა მოხდეს არასტეროიდული, ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების ჩანაცვლება?

- 1) გლუკოკორტიკოიდებით
- 2) საგულე გლიკოზიდებით
- 3) ნარკოტიკული ანალგეტიკებით
- 4) ანტიკონვულსანტებით

387) არტერიულ ჰიპერტენზიას იწვევენ:

- 1) პროგესტერონი
- 2) დეზოქსიკორტიკოსტერონი
- 3) ჰიდროკორტიზონი
- 4) პრედნიზოლონი

388) ჩასახვის საწინააღმდეგო ჰორმონალური (კონტრაცეპციული) საშუალებები უკუნაჩვენებია შემდეგი პათოლოგიების დროს

- 1) ესტროგენ-პოზიტიური ავთვისებიანი სიმსივნეები
- 2) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიები
- 3) ღვიძლის ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეები
- 4) მწვავე თრომბოფლემბიტი, თრომბოზი, თრომბოემბოლია
- 5) ორსულობა, ლაქტაცია
- 6) ონიქომიკოზი

389) ენდომეტრიოზის (ენდომეტრიუმის ექტოპიური განლაგება) განვითარების ერთ-ერთ სავარაუდო მიზეზად მიიჩნევენ ენდომეტრიუმის ტრანსლოკაციას (რეტროგრადულ მენსტრუაციას), რომლის დროსაც სიცოცხლისუნარიანი, რეგურგირებული ენდომეტრიუმის უჯრედები იმპლანტაციის შედეგად წარმოქმნიან ექტოპიურ კერებს. ამ დაავადების ფარმაკოთერაპიის ძირითადი მიზანია-მედიკამენტების მეშვეობით დათრგუნონ საკვერცხეების მიერ ესტრადიოლის სეკრეცია. რომელ პრეპარატებს იყენებენ ენდომეტრიოზის სამკურნალოდ?

- 1) მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი (პროვერა)
- 2) ესტრადიოლის ვალერატი (პროგინოვა)
- 3) დიდროგესტერონი (დეუფასტონი)
- 4) დანოლი (დანაზოლი)
- 5) ლევონორგესტრელი (მირენა)

390) პრეპარატი – ბეტადინი (შეიცავს 200 მგ პოვიდონ-იოდს) სუპოზიტორიების სახით, ინიშნება მწვავე და ქრონიკული შერეული, ვაგინალური ინფექციების სამკურნალოდ, მაგრამ, თუ კურსის ხანგრძლივობა აღემატება 7 დღეს, მივიღებთ იოდის მასიურ აბსორბციას ლორწოვანი გარსიდან და არასასურველ სისტემურ, გვერდით ეფექტებს. როგორ გავლენას მოახდენს პოვიდონ-იოდი ენდოკრინულ სისტემაზე?

- 1) განვითარდება ჰიპერთირეოზი
- 2) '————' ადისონის კრიზი
- 3) '————' ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი

391) რეანიმაციულ განყოფილებაში შემოიყვანეს 35 წლის მამაკაცი დიაგნოზით – ინტოქსიკაცია ოპიოიდებით (მორფინით). რომელსაც აღენიშნება ბრადიპნოე (ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა) და წერტილოვანი გუგები. მორფინის კონცენტრაციამ სისხლში შეადგინა 0,25 მგ/ლ. მეგობრის თქმით, ოპიოიდის ინტრავენურად

მოხმარებას ადგილი ჰქონდა 6 სთ-ის წინ, სავარაუდოდ, მორფინის რა რაოდენობა იქნა შეყვანილი ინტრავენურად, თუ ამ სამკურნალო ნივთიერების განაწილების მოცულობა არის 200 ლ, ხოლო T<sub>1/2</sub> შეადგენს 3 სთ-ს?

- 1) 6000 მგ
- 2) 1000 მგ
- 3) 500 მგ
- 4) 100 მგ

392) კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს (გამოხატულია მიოზი და ბრადიპნოე) რენიმატოლოგმა ინტრავენურად გაუკეთა პრეპარატი – ნარკანი (ნალოქსონი) ჯამური დოზით 10 მგ, მაგრამ კლინიკური სურათი არ შეცვლილა. რატომ?

- 1) სავარაუდოდ, კომა გამოწვეულია როგორც ოპიოიდებით, ასევე სხვა ნივთიერებებითაც, ან ადგილი აქვს ინტოქსიკაციას სუბუტექსით და შესაბამისად, ნალოქსონი არ იმოქმედებს
- 2) კომაში მყოფი პაციენტისთვის ნალოქსონის გაკეთებას აზრი არა აქვს.

393) Body packers (ინგლ. to pack – შეფუთვა) ის ადამიანია, რომელსაც კონტრბანდული ჰეროინი გადააქვს ძირითადად კუჭით. ჰეროინს ათავსებენ სპეციალურ კონტეინერში და შემდეგ ამ კონტეინერებს ყლაპავენ. კონტეინერი მდგრადი უნდა იყოს კუჭის და ნაწლავის წველის მიმართ. საშუალოდ ამ გზით ახდენენ 200-400 გ ჰეროინის ტრანსპორტირებას. თუ კონტეინერის ჰერმეტიულობა დაირღვევა, განვითარდება ელვისებური სიკვდილი. ცალკე კატეგორიას წარმოადგენს – Body stuffers (ინგლ. to stuff – ამოვსება). სად მალავენ სტაფერები ნარკოტიკულ ნივთიერებებს საბაჟო შემოწმების დაწყებამდე (პეკერებიც და სტაფერებიც სერიოზულ პრობლემებს უქმნიან სამართალდამცავ ორგანოებს)?

- 1) მარჯვენა თვალში
- 2) მარცხენა თვალში
- 3) ყურში
- 4) ცხვირში
- 5) პირის ღრუში
- 6) ვაგინაში
- 7) სწორ ნაწლავში

394) როგორია ნალმეფენის დანიშვნის ძირითადი ჩვენებები?

- 1) მიოკარდიუმის ინფარქტი
- 2) ტკივილის ინტენსივობის გაძლიერება
- 3) ნეიროლეპტანალგეზია
- 4) ოპიოიდებით ინტოქსიკაცია
- 5) ინსულტი

395) ინსულტის ფარმაკოთერაპიის ძირითად სამიზნეს წარმოადგენს სწორედ იშემიური პენუმბრა (ნახევარჩრდილი). იშემიური პენუმბრა თავის ტვინის ის უბანია, დაქვეითებული პერფუზიით, რომლის გადარჩენა ინსულტის სიმპტომების განვითარების შემდეგაც კი, არის შესაძლებელი. რატომ იყენებენ ნეგროპათოლოგები ინსულტის დროს ნალმეფენს?

- 1) იშემიის დროს ნეირონების დაზიანებას იწვევენ აღმზნები მედიატორები – გლუტამინის მჟავა, ასპარაგინის მჟავა და სხვა ენდოგენური ნაერთები (ქინოლინის მჟავა). სავარაუდოდ, ნალმეფენი ხელს უშლის გლუტამინის მჟავას გამოყოფას.
- 2) ნალმეფენი ააქტიურებს სუნთქვის ცენტრს და აძლიერებს ოქსიგენაციას.

396) ამ პრეპარატების ხანგრძლივად გამოყენებისას საგრძნობლად იზრდება შაქრიანი დიაბეტის განვითარების ალბათობა. აღნიშნეთ ეს პრეპარატები:

- 1) თიაზიდური დიურეტიკების შემცველი პრეპარატები (ჰიპოთიაზიდი, ენაპ-H, Co-რენიტეკი)
- 2) B-ბლოკატორები
- 3) იმუნოდერპესანტები (ციკლოსპორინი A)
- 4) სტრეპტოზოტოცინი
- 5) ათეროსკლეროზის სამკურნალო პრეპარატები (ატორვასტატინი, სიმვასტატინი)
- 6) პროტეაზას ინჰიბიტორები (რიტონავირი)
- 7) ასკორბინის მჟავა
- 8) ნიკოტინის მჟავა

- 397) პაციენტს (დიაგნოზით – პროსტატის კიბო), რომელსაც ჩაუტარდა ბრაქიტერაპია, ონკოლოგმა, კატეგორიულად აუკრძალა (პროცედურის დასრულებიდან 2 თვის განმავლობაში) ბავშვების სიახლოვეს ყოფნა (განსაკუთრებით, მუხლებზე დასმა და მოფერება). რატომ?
- 1) რადიოაქტიური იზოტოპების იმპლანტაციის შემდეგ, პაციენტი თვითონ ასხივებს და ბავშვს, შესაძლოა განუვითარდეს სხივური დაავადება კი.
  - 2) მოხდება ბავშვის ინფიცირება ჰეპატოტროპული ვირუსებით.
- 398) თამბაქოს აქტიურ მომხმარებლებში იშვიათად გვხვდება შემდეგი ნეიროდეგენერაციული პათოლოგიები:
- 1) ალცჰაიმერის დაავადება
  - 2) ადისონის დაავადება
  - 3) პარკინსონის დაავადება
  - 4) პანჰიპოპიტუიტარიზმი
- 399) მწვევლებში, თამბაქოს ხანგრძლივად მოხმარებისას ფილტვის კიბოს განვითარების ალბათობა საგრძნობლად იზრდება იმიტომ, რომ კანცეროგენული თვისებებით ხასიათდება;
- 1) ნიკოტინი
  - 2) კუპრი (ნიტროზამინები, აკროლეინი, ბენზპირენი)
  - 3) ნახშირბადის მონოოქსიდი (CO)
- 400) მეთანოლით ინტოქსიკაციისას მისი მეტაბოლიზმის შენელების მიზნით იყენებენ:
- 4) 5%-ანი ეთანოლის ხსნარს დოზით 0.5 მლ/კგ–ზე ინტრავენურად (50 მლ სამედიცინო სპირტს ხსნიან ან 1 ლ ფიზიოლოგიურ ან 1 ლ 5%-ანი გლუკოზის ხსნარში)
  - 5) 2.5%–2მლ ამინაზინს ან ჰალოპერიდოლს ინტრამუსკულარულად, ხოლო კანქვეშ. 2% – 1მლ პრომედოლს.
  - 6) არაპირდაპირი მოქმედების M, N–ქოლინომიმეტიკურ საშუალებას **პროზერინს (0.05%–1მლ)** ინტრავენურად, ყოველ 10–30 წთ–ში