

შუალედური ჩათვლის ტესტების და სიტუაციური ამოცანების ნიმუშები

1. რევმატოიდული ართრიტისთვის ხელის რომელი სახსრის დაზიანება არის ნაკლებად დამახასიათებელი?

- ა. დისტალური ფალანგთაშორისი სახსარი
- ბ. პროქსიმალური ფალანგთაშორისი სახსარი
- გ. ნებფალანგთაშუა სახსარი
- დ. მაჯის სახსარი

2. ქრონიკული ფალარათისა და ნაღვლკენჭოვანი დაავადების ანამნეზის მქონე 32 წლის ქალთან დაისვა რექტოვაგინალური ფისტულის დიაგნოზი. ქვემოთ ჩამოთვლილი მიზეზებიდან რომელია მეტად სავარაუდო:

- ა. კრონის დაავადება
- ბ. წყლულოვანი კოლიტი
- გ. სისტემური წითელი მგლურა
- დ. ლაქსატივების ბოროტად გამოყენება

3. 78 წლის კაცს აღენიშნება ცხელებით, შემცივნებით, ცნობიერების დაქვეითებით, ტაქიკარდიით. პალპაციით მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრატის დაჭიმულია; ასევე აღსანიშნავის, რომ მტკივნეულობა ძლიერდება ხელის დაჭერისა და სწრაფად ახსნის შემდეგ. ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელია მეტად სავარაუდო:

- ა. პერფორირებული დივერტიკულიტი
- ბ. მენინგიტი
- გ. პერფორირებული აპენდიციტი
- დ. ნაწლავის იშემიური დაზიანება
- ე. უროსეფსისი

4. 15 წლის მოზარდი გოგონასთან გამოვლინდა ღვიძლის ფერმენტების და ანტინუკლეური ანტისხეულების ტიტრის მატება. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან აირჩიეთ ერთი, რომელიც სავარაუდოდ იწვევს ამ მდგომარეობას.

- ა. ვილსონის დაავადება
- ბ. ჰემოქრომატოზი
- გ. პირველადი ბილიარული ციროზი
- დ. მასკლეროზირებული ქოლანგიტი
- ე. აუტოიმუნური ჰეპატიტი
- ზ. ალკოჰოლური ჰეპატიტი
- თ. ვირუსული ჰეპატიტი

5. 37 წლის ქალთან ულტრასონოგრაფიული კვლევით ნანახია კენჭები ნაღვლის ბუშტში. ისექიმის რჩევით გადავიდა დაბალცხიმოვან დიეტაზე. 3 თვის შემდგომ მან მიმართა კლინიკას მუცლის მარჯვენა ზემო კვადრატის ძლიერ ტკივილის, ცხელებისა 38.8 და გულისრევის გამო. ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელია მეტად სავარაუდო:

- ა. მწვავე ქოლანგიტი
- ბ. მწვავე ქოლეცისტიტი
- გ. მწვავე პანკრეატიტი
- დ. ნაღვლის ბუშტის მწვავე პერფორაცია

6. 38 წლის კაცმა შემოყვანილია მიმღებში სიყვითლით, ასციტითა და შარდის გამუქებით. ანამნეზიდან აღსანიშნავია დიდი რაოდენობით ლუდის მოხმარება. ლაბორატორიული კვლევებით:

ასპარტატამინოტრანსფერაზა 350 ერთ/მლ, ალანინამინოტრანსფერაზა 150 ერთ/მლ, ტუტე ფოსფატაზა 120 ერთ/მლ, საერთო ბილირუბინი 25მგ/დლ, პირდაპირი ბილირუბინი 12მგ/დლ, ალბუმინი 2.1 გ/დლ. ქვემოთ მოყვანილი დაავადებებიდან რომელი შეესაბამება კლინიკურ დიაგნოზს:

- ა. ჰემოლიზი
- ბ. ალკოჰოლური ჰეპატიტი
- გ. ჟილბერის დაავადება
- დ. პანკრეასის კიბო
- ე. ნალვლკენჭოვანი დაავადება
- ვ. პირველადი მასკლეროზი

7. 70 წლის ქალი შემოვიდა კლინიკაში წელის ქვედა ნაწილის ტკივილის 4 კვირიანი ანამნეზით, საერთო სისუსტითა და წონაში 7.2 კგ კლებით ბოლო 2 თვის განმავლობაში. ანამნეზიდან აღსანიშნავია მხოლოდ ძლიერი საერთო სისუსტე. ლაბორატორიული კვლევებით ვლინდება გზრდილი ერთროციტების დალექვის სიჩქარე, მსუბუქი ანემია, ასევე მომატებულია სისლში კრეატინინი 1.8 მგ/დლ და საერთო კალციუმი 11.2მგ/დლ. ქვემოთ ჩამოთვლილი მიზეზებიდან რომელია მეტად სავარაუდო:

- ა. ოსტეოპოროზი კომპრესიით
- ბ. თირკმლის უკმარისობა ოსტეოდისტროფიით
- გ. მრავლობითი მიელომა
- დ. ოსტეომიელიტი

8. 30 წლის კაცი უჩივის მუხლის შეშუპებასა და სიწითლეს. ასპირაციით მიღებული სინოვიურ სითხეში აღინიშნება მრავლობითი ლეიკოციტი და პოლიმორფონუკლეური ლეიკოციტები. გრამის წესით შეღებვით მიკროორგანიზმები არ აღმოჩნდა. ანალიზი ასევე გვიჩვენებს უარყოფითად დამუხტული შარდმჟავა კრისტალებს. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელს აირჩევით საწყისი მკურნალობისთვის:

- ა. ორალური კორტიკოსტეროიდები
- ბ. სახსარშიდა კორტიკოსტეროიდები
- გ. ინტრავენური ანტიბაქტერიული თერაპია
- დ. ორალური კოლხიცინი

სიტუაციური ამოცანა

1.48 წლის კაცმა მიმართა ექიმს მარჯვენა მუხლის ძლიერი ტკივილის გამო, რომელიც დაეწყო უეცრად ძილში 8 საათის წინ. პაციენტის გადმოცემით, ტკივილი იმდენად ძლიერი იყო, რომ თეთრეულის შეხებაც კი აუტანელს ხდიდა. დილით მუხლი გაწითლდა და გახურდა. პაციენტი წარსულში მუხლზე რაიმე ჩარევას უარყოფს. 1 წლის წინ ჰქონდა მარცხენა ფეხის ცერის ასეთივე ტკივილი და შესიება, რომელმაც გაიარა იზუპროფენის მიღებიდან 2-3 დღეში. მას აქვს არტერიული ჰიპერტენზია, რომლის გამოც იღებს ჰიდროქლორთიაზიდს. ობიექტური გასინჯვით: სხეულის ტემპერატურა 37.4°C, გულისცემის სიხშირე 104 წთ, არტერიული წნევა 136/78 მმ/ვწყ.სვ. თავი, კისერი, ფილტვები გასინჯვით ნორმის ფარგლებში, გული: აღინიშნება ტაქიკარდია, მაგრამ გულისცემა რეგულარული, შუილის და დამატებითი ტონის გარეშე. მარჯვენა მუხლი შეშუპებულია, საშუალო

რაოდენობით გამონაჟონით, არის ერთემატოზული, ცხელი და შეხებაზე ძლიერ მტკივნეული. პაციენტი ვერ ახერხებს მუხლის სრულად გაშლას ტკივილის გამო. სხვა სახსრის შეშუპება, ტკივილი ან დეფორმაცია არ აღენიშნება, ისევე როგორც რაიმე გამონაყარი კანზე.

რა არის სავარაუდო დიაგნოზი?

რა არის შემდეგი ნაბიჯი დიაგნოზის დასაზუსტებლად?

როგორია ოპტიმალური საწყისი მკურნალობა?

2. 32 წლის ქალმა მიმართა ექიმს დაახლოებით 1 წლის მანძილზე არსებული ორივე ხელის და მჯგის ხანგამოშვებითი/პერიოდული ტკივილის, დაჭიმულობის და შეშუპების გამო. ეს ეპიზოდები გრძელდებოდა დაახლოებით რამდენიმე კვირა და შემდეგ ლაგდებოდა. ბოლო ხანებში მან შენიშნა მსგავსი სიმპტომები მუხლის და კოჭის არეში. სახსრის ტკივილის და დაჭიმულობის გამო პაციენტს უჭირს დილით ადგომა. სახსრის დაჭიმულობა როგორც წესი გრძელდება რამდენიმე საათი. ის ასევე უჩივის სისუსტესა და ადვილად დაღლას; ცხელებას, შემცივნებას, კანზე გამონაყარსა უარყოფს და წონაში კლებას უარყოფს. ობიექტური გასინჯვით: ნორმოსთენიური, არტერიული წნევა 120/70 მმმ/ვწყ.სვ, გულისცემის სიხშირე 82 წთ, სუნთქვის სიხშირე 14 წთ. კანზე არ აღინიშნება რაიმე გამონაყარი. თავი, კისერი, გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემები, მუცელი გასინჯვით ნორმის ფარგლებში. ჰეპატოსპლენომეგალია არ აღინიშნება. სახსრების გასინჯვით აღენიშნება პროქსიმალური ფალანგთაშორისი სახსრების (PIP), მეტაკარპოფალანგეარული სახსრების (MCP), მჯგების და მუხლების ორმხრივი შეშუპება, სიწითლე და შეხებაზე მტკივნეულობა. ლაბორატორიული კვლევებით სახეზეა მსუბუქი ანემია, ჰემოგლობინი 11.2 გ/dL, ჰემატოკრიტი 32.5%, (MCV) 85.7 fL, ლეიკოციტები (WBC) 7.9/mm³ ნორმალური დიფერენცირებით, თრომბოციტები 300,000/mm³. შარდის ანალიზი ნორმის ფარგლებში ცილის და სისხლის უჯრედების გარეშე. ედს- (ESR) 75 მმ/სთ, თირკმლის და ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ნორმის ფარგლებში.

რა არის სავარაუდო დიაგნოზი?

რა არის შემდეგი ნაბიჯი დიაგნოზის დასაზუსტებლად?