

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның аралық аттестациялауға арналған сұрақтары

ББ атауы:	6B10103 "Стоматология"
Пән коды:	IAP 3205
Пән атауы:	"Ішкі аурулар пропедевтикасы"
Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі:	180 сағат (6 кредит)
Оқу курсы және семестр:	3 курс, V семестр

Шымкент 2023-2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 2 беті

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор: Бекер Бекмурзаева Э. К.

Хаттама № 11, «29» 06 2023ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 3 беті

ЖМ мамандығы. Ішкі аурулар пропедевтикасы - 1 пәні. Емтихан тест сұрақтары - 480 (4 кредит)

<question>Россияда алғашқы рет ауру тарихын кеңінен енгізген атақты орыс терапевті:

- <variant>М.Я. Мудров
- <variant>Г.А. Захарьин
- <variant>С.П. Боткин
- <variant>С.С. Зимницкий
- <variant>Василенко

<question>науқастарды тексерудің объективті әдісі:

- <variant>қарау, пальпация, перкуссия, аускультация
- <variant>сұрастыру, пальпация, аускультация
- <variant>сұрастыру, аускультация, перкуссия
- <variant>сұрастыру, қарау, пальпация,
- <variant>сұрастыру, пальпация, перкуссия

<question>Науқасты сұрастыру үлгісін ұсынған, осы әдісті өнер деңгейіне дейін жеткізген терапевт – ғалым

- ...
- <variant>Г.А.Захарьин
- <variant>Л.Ауэнбруггер
- <variant>Р.Лаенек
- <variant>Куссмауль
- <variant>Эйнтховен

<question>Перкуссия әдісін ұсынған:

- <variant>Ауэнбруггер
- <variant>Г.А.Захарьин
- <variant>Р.Лаенек
- <variant>Куссмауль
- <variant>Эйнтховен

<question>Аускультация әдісін ұсынған:

- <variant>Р.Лаенек
- <variant>Л.Ауэнбруггер
- <variant>Г.А.Захарьин
- <variant>Куссмауль
- <variant>Эйнтховен

<question>Қолқалық жетіспеушілікте жүрек ұшы соққысы:

- <variant>күмбез тәрізді
- <variant>жайылмалы, күшейген
- <variant>жайылмалы, солға және төмен ығысқан
- <variant>резистентті
- <variant>көтеріңкі

<question>76 жастағы науқас В физикалық сипаттағы жүктеме кезінде пайда болатын елтігу; жүрек соғуы; жылдам шаршау; жүрек ауруы; әлсіздікке шағымданады. Қолқалық жетіспеушілікті тыңдайтын негізгі аускультациялық нүкте:

- <variant>төстің оң қыры 2-і қабырға аралығы, Боткин-Эрба нүктесінде
- <variant>жүрек ұшында
- <variant>4-і аускультация нүктесінде
- <variant>семсерше өскін негізінде
- <variant>өкпе артериясында

<question>48 жастағы әйел өңеш пен асқазанның ауырсынуына, іштің кебуіне, сұйық нәжісіне, соңғы 15 айда шаршағандығына шағымданады. Осы кезеңде ол 18 кг-ға салмақ жоғалтты. Дисфагияның ең қатерлі себебі:

- <variant>өңештің қатерлі ісігі
- <variant>күйгеннен соң өңеш стенозы
- <variant>өңештің сыртан сығылуы
- <variant>өңеш дивертикулы
- <variant>өңештің қабынуы

<question>Асқазанды зондтау әдісін ұсынған ғалым:

- <variant>Куссмауль
- <variant>Г.А. Захарьин
- <variant>Р. Лаенек
- <variant>Л. Ауэнбруггер
- <variant>Эйнтховен

<question>ЭКГ аппаратын ұсынған ғалым – физиолог:

- <variant>Эйнтховен
- <variant>Г.А. Захарьин
- <variant>Р. Лаенек
- <variant>Куссмауль
- <variant>Л. Ауэнбруггер

<question>... сананың бұзылуына жатпайтын белгі:

- <variant>ұйқысыздық
- <variant>ступор
- <variant>сопор
- <variant>козу, еліру, галлюцинация
- <variant>кома

<question>... жалпы қарау ережесіне жатпайды:

- <variant>Науқасты толық шешіндіріп 2 – 3 метр қашықтықтан қарау
- <variant>Жарық науқастың алдынан не қырынан түсуі
- <variant>Бөгде шудың болмауы
- <variant>Мүмкіндігінше науқасты күндіз қарау
- <variant>Науқасты белгілі бір ретпен қарау
- <question>Науқасты жалпы қарау кезінде анықталмайды:

- <variant>жүрек аймағындағы өзгерістер
- <variant>дене пішіні
- <variant>төсектегі қалпы
- <variant>ес-санасы
- <variant>тері және көзге көрінерліктей шырышты қабаттар

<question>Науқас 76 жаста, кома жағдайымен жедел жәрдем бригадасы көмегімен қабылдау бөліміне жеткізілді. Көршілерінің айтуы бойынша науқас жалғыз жасайды, көп жылдар бойы қантты диабетпен зардап шегеді. Алкоголь жиі қабылдайды. Пәтерден табылған препараттар: маннил, сиофор. ТАЖ 18 рет мин, жүрек тондары айқын ырғақты. ЖЖЖ 100 рет мин. АҚҚ 80/40 мм сб. Лабораториялық зертеулерде: қандағы глюкоза 1.7 ммоль/л, кетон денелері 15 мг% алкоголь 1%. Науқаста сананың кома деңгейіне дейін бұзылуы дегеніміз:



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 4 беті

<variant>науқас терең ұйықтап жатқандай, ояту мүмкін емес

<variant>тежеу үдерісінің басымдылығы

<variant>науқас терең ұйықтап жатқандай, бірақ оятуға болады

<variant>ұйқысыздық

<variant>қозу үдерісінің басымдылығы

<question>Пальпация негізделуі:

<variant>ағзаның көлеміне және саусақ сезіміне

<variant>көзге көрінетін өзгерістерді аңғаруға

<variant>тіндер тербелісінен пайда болған дыбыстарды аңғаруға

<variant>ағзаның катты ,жумсақтылығына

<variant>ағзада пайда болған дыбыстарды аңғаруға

<question>Перкуссия негізделеді :

<variant>тіндер тербелісінен пайда болған дыбыстарды аңғаруға

<variant>ағзаның көлеміне және саусақ сезіміне

<variant>көзге көрінетін өзгерістерді

<variant>ағзаның катты ,жумсақтылығына

<variant>ағзада пайда болған дыбыстарды аңғаруға

<question>Пальпация әдісін айтарлықтай жетілдірген :

<variant>В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско

<variant>С. П. Боткин

<variant>Г. А. Захарьин

<variant>Гиппократ

<variant>М. Я. Мудров

<question>Ауруханаға 25 жастағы науқас келіп түсті.

Шағымдары: енгігу, тұшығу. Перкуторлы дыбысты төмендететін негізгі әсер:

<variant>қабынғаннан мүшенің тығыздалуы

<variant>дыбыс толқындары амплитудасы төмендеуі

<variant>мүше тығыздығы

<variant>кеуденің айтарлықтай қалыңдауы

<variant>кеуденің жуқаруы

<question>Дыбыс тоны қаншалықты жақын болса, дыбысталуы соншалықты ұзақ болады әрі жоғарылығын анықтау оңайға соғады. Перкуторлы дыбыс біркелкі

болса дыбысы ұзақ және қысқа болады. Ал тегіс

қабырғалы қуысты мүшелерде ауалы болып келеді.

Перкуторлы дыбысты күшейтетін негізгі әсер:

<variant>дыбыс толқындарының амплитудасының

қысқаруы

<variant>ағза ауалылығы өсуі

<variant>кеуде айтарлықтай қалыңдаса

<variant>сұйыққа толған қуысты мүшелер

<variant>кеуденің жуқаруы

<question> Тұйық перкуторлы дыбыс ... дыбыстың

болуын білдіреді:

<variant>әлсіреген

<variant>биіктеген

<variant>ұзарған

<variant>қысқарған

<variant>қатаң

<question> Тимпанды перкуторлы дыбыс ... дыбыстың

болуын білдіреді:

<variant>дауысты

<variant>ұзарған

<variant>төмендеген немесе биіктеген

<variant>тынышталған

<variant>тұйықталған

<question> Ең кең таралған перкуссия түрі:

<variant>саусақпен – саусақ перкуссиясы

<variant>аспапты перкуссия

<variant>тікелей перкуссия

<variant>құрамалы перкуссия

<variant>жанамалы перкуссия

<question>Дәрігер науқсты қарау барысында жүрек

аймағындағы кеуде сарайының ұлғайғандығын, жүрек

ұшы түрткісі визуальды және пальпаторлы

анықталмайды. Өте жәй перкуссия ... қолданылады:

<variant>жүректің нағыз тынық шектерін анықтауға

<variant>бауыр шектерін анықтауға

<variant>өкпе шектерін анықтауға

<variant>жүректің шала тынық шектерін анықтауға

<variant>қабыну ошағын анықтауға

<question>Дәрігер науқсты қарау барысында жүрек

аймағындағы кеуде сарайының ұлғайғандығын, жүрек

ұшы түрткісі визуальды және пальпаторлы

анықталмайды.

Жәй перкуссия ... қолданылады:

<variant>жүректің салыстырмалы шектерін анықтауға

<variant>қабыну ошағын анықтауға

<variant>салыстыру үшін

<variant>ағза шектерін анықтауға

<variant>терең орналасқан қуысты анықтауға

<question>Күшті, қатты перкуссия салдарынан

тербеліске түсетін тіндер тереңдігі:

<variant>4 – 7 см

<variant>2-5 см

<variant>6 –10 см

<variant>10 – 12 см

<variant>12 см – ден терең

<question>Жәй, әлсіз перкуссия салдарынан тербеліске

түсетін тіндер тереңдігі:

<variant>2-4см

<variant>7-8 см

<variant>10 см-гедейін

<variant>10-12 см

<variant>12 см-ден терең

<question>Топографиялық перкуссия ... анықтауға

қолданылады.

<variant>мүше шектерін

<variant>мүше салмағын

<variant>мүше пішінін

<variant>мүше тығыздығын

<variant>мүшедегі патологиялық өзгерісті

<question> Салыстырмалы перкуссия ... анықтауға

қолданылады.

<variant>мүшедегі патологиялық өзгерісті

<variant>мүше көлемін

<variant>мүше пішінін



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 5 беті

<variant>мүше тығыздығын

<variant>мүше шектерін

<question>Науқас Н, 35 жаста, жедел жәдем көмегімен түсті. Шағымы: тұншығу ұстамасы, қатты жөтел, тершеңдік, жүрек қағу, қорқыныш сезімі. Объективті: өкпеде қатаң тыныс, барлық аймақта қатаң тыныс. ЖЖЖ 108 рет мин АҚҚ 140/90 мм сб. Аускультация өткізудегі қате шарт :

<variant>бөлмеде шу, температура

<variant>науқас орындықта отырған қалпында

<variant>дәрігер өзіне ыңғайлы қалыпта

<variant>бөлмеде тыныштық , температурасы 20⁰

<variant>тыңдалатын жер қосымша дыбыс бермеуі тиіс

<question>Науқас С, 30 жаста, мед.пунктқа ауыр жағдайда жеткізілді. Тері шырышты қабаттары цианозды. Пульс 146 рет мин, әлсіз толымды. АҚҚ 90/60 мм сб. Тынысы беткей, жиі. Дене температурасы 40.6 С. Қасындағы адамдардың дәлеліне байланысты науқас жол апатына ұшыраған, 40 мин көлемінде 70 С жоғары температурада жұмыс жасаған. Адамның қалыпты дене қызуы деңгейі:

<variant>36,0– 36,8⁰<variant>35,0 – 36, 4⁰<variant>37,0 – 38,2⁰<variant>38,0 – 39,8⁰<variant>39,0 – 40,8⁰

<question>Анасарка деген ұғымға ... жатпайды.

<variant>Стокс жағасы

<variant>асцит

<variant>гидроперикард

<variant>көлемді ірі ісіктер

<variant>гидроторакс

<question>Науқаста терең, шулы және сирек тыныс ... типі бойынша болып табылады.

<variant>Куссмауль тынысы

<variant>Биотт тынысы

<variant>Чейн – Стокс тынысы

<variant>Грокко тынысы

<variant>аралас тыныс

<question>Науқаста бірте – бірте тереңдеп, соңынан тайыздайтын және тыныс тоқталу кезеңдерімен ұласатын сирек тыныс :

<variant>Чейн – Стокс тынысы

<variant>Биотт тынысы

<variant>Куссмауль тынысы

<variant>Грокко тынысы

<variant>аралас тыныс

<question>Ауруханаға науқас тыныс алудың бұзылумен келіп түсті. Науқаста жарты минутке дейін созылатын үзілістері бар бірқалыпты тыныс:

<variant>Биотт тынысы

<variant>Куссмауль тынысы

<variant>Чейн – Стокс тынысы

<variant>Грокко тынысы

<variant>аралас тыныс

<question>Сау адамда бір минуттағы қалыпты тыныс саны:

<variant>16-20

<variant>10-14

<variant>24-28

<variant>32-36

<variant>36-40

<question>Бала 3 жаста клиникаға келесі шағымдармен түсті: тұншығу, дауыс тембрінің өзгеруі, жұтқыншақтың ауруы, құрғақ жөтел. Дене температурасы 37.8 С. Аңқасы қызарған, тіндері ісінген, миндалиналар жұмсақ таңдай сұр қабықпен жабылған. Тынысы 10 рет мин. Тыныс алу кезінде ысқырықты сырылдар естіледі. Өкпе аускультациясында және перкуссиясында өзгеру жоқ. Балада тынс бұзылысы ... деп аталады.

<variant>брадипноэ

<variant>тахипноэ

<variant>апноэ

<variant>диспноэ

<variant>қалыпты

<question>Медициналық пункттың дәрігері науқасқа шақырылды: 4 жаста 20 кг. Дене температурасы 38.2 С . дөрекі ит үрген тәрізді жөтел, түшкіру, мұрыннан су ағу. ТАЖ 36 рет мин. Тыныс саны бір минутта 36-40 болса ... деп аталады.

<variant>тахипноэ

<variant>қалыпты

<variant>диспноэ

<variant>апноэ

<variant>брадипноэ

<question>Ауыр күйде түскен науқаста қысқа уақытты естен тану, тыныс алудың қиындауы байқалады. Тыныстың бір сәтке тоқталуы ... деп аталады.

<variant>апноэ

<variant>қалыпты

<variant>тахипноэ

<variant>диспноэ

<variant>брадипноэ

<question>Қабылдау бөліміне науқас келді 45 жаста, шағымы: аздаған физикалық күш түскенде ентигу, аздаған құрғақ жөтел. Объективті: сол кеуде қуысы тыныс алу актісінен қалыңқы, қабырға аралық тегістелген. Сол жақ 4 ші қабырға аралықта дауыс дірілі, перкуссияда осы аймақта абсолютті тұйық дыбыс. Дауыс дірілі байланысты:

<variant>өкпе тінінің тығыздығына, плевра қуыс

<variant>жағдайына, кеуде қалыңдығына, плевра қуыс жағдайына

<variant>бөліктік қабынуға байланысты тығыздалғанда

<variant>плевра қуыс жағдайына

<variant>кеуде қалыңдығына

<variant>бронхтардың өткізгіштігіне

<question>Ауруханаға И., есімді науқас келіп түсті, 36 жаста, кеуде клеткасы дұрыс пішінді, симметриялы, тыныс алу актісінен қалыңқы. Перкуссияда оң жақ жауырын аралықта 3-6 қабырға аралықта дыбыс тимпаникалық. Дауыс дірілі күшейген. 7 қабырғадан



төмен перкуторлы дыбыс. Дауыс дірілінің біржақты күшеюіне тән патология:

<variant>фиброторакста

<variant>гидроторакста

<variant>бөліктік қабынуға байланысты тығыздалғанда

<variant>обтурациялық ателектазда

<variant>пневмоторакста

<question>Науқаста зерттеу барысында анықталды: өкпе ұшы бұғанадан 1 см жоғары, тұйық перкуторлы дыбыс, дауыс дірілі күшейген. Дауыс дірілінің біржақты әлсіреуі :

<variant>обтурациялық ателектазда

<variant>ошақты қабынуда

<variant>өкпе эмфиземасында

<variant>бронхпен байланысы бар өкпеде қуыс пайда болғанда

<variant>бөліктік қабынуда

<question>Өкпе эмфиземасында дауыс дірілі:

<variant>екі жақта да әлсірейді

<variant>біржақтан күшейеді

<variant>өзгермейді

<variant>бір жақтан әлсірейді

<variant>екі жақта да күшейеді

<question>Дені сау адам өкпесі үстінде анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>айқын өкпелік

<variant>тимпаникалық

<variant>тынық

<variant>тынықталған

<variant>қорапты.

<question>Оң қолтық аймағында анықталатын перкуторлық дыбыс:

<variant>ашық өкпелік

<variant>типаникалық

<variant>аз – кем қысқа және жәй өкпелік дыбыс

<variant>тынық

<variant>тынықталған - тимпаникалық

<question>Сол қолтық аймағында анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>типаникалық реңмен жоғары, қатты өкпелік дыбыс

<variant>тынық дыбыс

<variant>ашық өкпелік

<variant>қорапты дыбыс

<variant>аз – кем қысқа және жәй өкпелік дыбыс

<question>Плевра қуысында сұйықтық жиналуына тән перкуторлы дыбыс:

<variant>тұйық

<variant>қорапты

<variant>ашық өкпелік

<variant>тимпаникалық

<variant>тынықталған - тимпаникалық

<question>Өкпенің тығыздалу синдромына тән перкуторлы дыбыс:

<variant>тұйықталған

<variant>ашық өкпелік

<variant>тынық

<variant>тимпаникалық

<variant>тұйықталған - тимпаникалық

<question>Диаметрі 5 см – ден артық бронхпен

байланысы бар тегіс қабырғалы өкпе қуысы үстінде

анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>тимпаникалық

<variant>тынық

<variant>қорапты

<variant>тынықталған - тимпаникалық

<variant>ашық өкпелі дыбыс

<question>Пневмоторакста анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>тимпаникалық

<variant>тынықталған

<variant>тынық

<variant>ашық өкпелі дыбыс

<variant>тынықталған - тимпаникалық

<question> Бронх (жедел бронхит салдарынан) жабысқақ экссудатпен тарылған болса анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>ашық өкпелік

<variant>қорапты

<variant>тынықталған

<variant>тынық

<variant>тимпаникалық

<question>Өкпе тінінің ауалылығы өсу синдромына тән перкутолы дыбыс:

<variant>қораптық дыбыс

<variant>тимпаникалық дыбыс

<variant>ашық өкпелік дыбыс

<variant>тынық дыбыс

<variant>тынықталған - тимпаникалық дыбыс

<question>Сұйыққа, іріңге, қанға толған өкпе қуысы үстінен анықталатын перкуторлы дыбыс:

<variant>тынық

<variant>тимпаникалық

<variant>тұйықталған

<variant>қорапты

<variant>ашық өкпелік

<question>Гиперстеникте оң парастернальды сызық бойында өкпенің төменгі шегі:

<variant>4 қабырға аралық

<variant>5 қабырға аралық

<variant>7 қабырға аралық

<variant>8 қабырға аралық

<variant>6 қабырға аралық

<question>Астеникте оң парастернальды сызық бойында өкпенің төменгі шегі:

<variant>7 қабырға аралық

<variant>5 қабырға аралық

<variant>6 қабырға аралық

<variant>8 қабырға аралық

<variant>9 қабырға аралық

<question>Нормастеникте оң парастернальды сызық бойында өкпенің төменгі шегі:



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 7 беті

<variant>6 қабырға аралық
 <variant>5 қабырға аралық
 <variant>7 қабырға аралық
 <variant>8 қабырға аралық
 <variant>4 қабырға аралық
 <question>Өкпе ұшының алда орналасуы:
 <variant>бұғанадан 3-4 см жоғары
 <variant>бұғанадан 1-2 см жоғары
 <variant>бұғанадан 4-5 см жоғары
 <variant>бұғанадан 2-3 см жоғары
 <variant>бұғанадан 0,5 см жоғары
 <question>Крениг кеңістігінің қалыпты ені:
 <variant>5-6 см
 <variant>8-10 см
 <variant>3-4 см
 <variant>1-2 см
 <variant>10-12 см
 <question>Плевра беттері бітіссе, өкпе шеттері қозғалғыштығы қалай өзгереді:
 <variant>кемиді
 <variant>өседі
 <variant>өзгермейді
 <variant>қалыпты деңгейде сақталады
 <variant>іштен дем шығарғанда өседі
 <question>Балалар өкпесі үстінде естілетін тыныс:
 <variant>пуэрильді
 <variant>везикулярлы
 <variant>бронхиальды
 <variant>әлсіреген везикулярлы
 <variant>күшейген везикулярлы
 <question>Өкпе аускультациясында оң жақ жауырын астында жанама тыныс шуылы, тыныс алып шығарғанда естіледі. Оң өкпе ұшы тұсында естілетін тыныс:
 <variant>бронхиальды
 <variant>аралас
 <variant>везикулярлы
 <variant>әлсіреген везикулярлы
 <variant>күшейген везикулярлы
 <question>Дені сау адамдар өкпесі үстінен естілетін тыныс шуы:
 <variant>везикулярлы
 <variant>бронхталды
 <variant>пуэрильді
 <variant>аралас
 <variant>амфоралы
 <question>Тиретоксикозбен ауыратын науқастарды физикалық жүктемеде естілетін тыныс:
 <variant>күшейген везикулярлы
 <variant>әлсіреген везикулярлы
 <variant>қатқыл
 <variant>саккадирлі
 <variant>потологиялық бронхиальды
 <question>Науқас 54 жаста. Шағымы: кеуде клеткасының ауырсынуы, дене қызуының жоғарылауы, жалы әлсіздік. Ауырсыну көбінесе бір жақты, ауырған

жақта болады. Дене қызуы 38 С дейін, сирек одан жоғары жоғарылайды. Срнымен қатар жалпы әлсіздік, тершендік, бас ауруы, бұлшықет пен буындарда тұрақты емес ауырсынулар.. Плевра жапырақшаларының қалындау синдромының аускультативті белгісі:
 <variant>әлсіреген везикулярлы
 <variant>патологиялық бронхиальды
 <variant>амфорлық
 <variant>везикулярлы
 <variant>күшейген везикулярлы
 <question> Везикулярлы тынысты әлсірететін ең басты себеп :
 <variant> альвеолдардың эластикалық қасиетті әлсіреуі
 <variant>кілегей қабат қабынғаннан ұсақ бронхтар өзегі туралы
 <variant>бронхоспазм
 <variant>бронх өзегінде сұйық сөл бөлуі
 <variant>бронхтарда жабысқақ сөл бөлуі
 <question>Ауруханаға амфоралық тыныспеннауқас келіп түсті, ол тыныс естіледі:
 <variant>өкпе абсцессінде 2 – і сатысында
 <variant>тыныс демікпесінде
 <variant>крупозды пневмонияның 2 – і сатысында
 <variant>плевритте
 <variant>пневмоторакста
 <question>Науқас К 38 жаста. 10 күннен бері стационарлы ем қабылдап жатыр. Аускультацияда: әр түрлі калибрлі ылғалды және құрғақ сырылдар. Тынысы беткей, ТАЖ 28 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ЖЖЖ 100 рет мин. АҚ 90/60 с.б.б. . Құрғақ сырылдар пайда болуы:
 <variant>бронх өзегі тарылғаннан
 <variant>бронх кілегей қабының ісінгенінен
 <variant>бронх өзегінде жабысқақ сөл пайда болғаннан
 <variant>бронхтар бұлшық еті түйілгеннен
 <variant>бронх өзегі кеңейгеннен
 <question>Жедел жәрдем бригадасы 52 жастағы науқасқа шақыртылды. Шағымдары: кенеттен пайда болған тұншығу ұстамасы, науқас кереуетте мәжбүрлі қалыпта отыр. Кеуде сарайы максимальды тыныс алу қалпында. Қашықтықтан құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі. ТАЖ 38 рет мин, ентігу экспираторлы сипатта, қашықтан естілетін құрғақ сырылдар:
 <variant>дискантты
 <variant>консенделінбейтін
 <variant>ұсақ көпіршікті
 <variant>ірі көпіршікті
 <variant>консонирлі
 <question>Науқас 46 жаста, жас кезінде басынан ревматизм өткерген соң митральды қақпақша стенозы дамыған. Көптеген жылдардан бері өз жағдайын қанағаттанарлы бағалайды. Соңғы уақытта ангинадан соң жағдайы күрт нашарлады. Ентігу, қақырықпен бірге жөтел, жүрек қағу, жүрек аймағының ауырсынуы, аяқтарының ісінуі, дене салмақтың артуы байқалған. Ылғалды сырылдар пайда болуы:

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 () 44 беттің 8 беті
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	

<variant>бронхтар өзегінде сұйық не қоймалжың сөл пайда болғаннан

<variant>бронх өзегінде жабысқақ сөл пайда болғаннан

<variant>бронх кілегей қабының ісінгенінен

<variant>бронхтар бұлшық еті түйілгеннен

<variant>альвеолдарда сұйық жиналғаннан

<question>Науқас К 40 жаста. Амбулаториялық қабылдауға учаскелік дәрігерге келесі шағымдармен келді: дене температурасының 38 С дейін жоғарылауы кешкі мезгілде, жабысқақ қақырықпен жөтел әр кезде, жалпы әлсіздік, еңгігу аздаған физикалық нагрузка кезінде, қатты тершендік. Аускультацияда крепитация естіледі. Крепитация естілуі:

<variant>альвеолдарда сұйық сөл жиналғаннан

<variant>бронх кілегей қабы ісінгенінен

<variant>бронх өзегінде сұйық не қоймалжың сөл жиналғаннан

<variant>бронх өзегі жабысқақ сөлмен тарылғаннан

<variant>бронх бұлшық еттері түйілгеннен

<question>Плевраның үйкеліс шуының сырылдарымен крепитациядан айырмашылығы:

<variant>ауыз бен мұрынды жауып тыныс қимылдарын жасаған сәтте

<variant>жөтелден соң дыбыстың

<variant>стетоскопты басқанда әлсіреуі

<variant>тек іштен дем шығару кезінде

<variant>тек ішке демалғанда

<question>Сырылдардың плевраның үйкеліс шуы мен крепитациядан айырмашылығы:

<variant>жөтелден соң естілмейді

<variant>тек ішке демалғанда естілуі

<variant>кұлақ тұсында үйкеген шаш дыбысы тәрізді

<variant>аяқ астындағы қар сықыры тәрізді

<variant>тек ішке демалғанда естілуі

<question>Науқастың шағымдары: қақырық аралас жөтел, еңгігу, қозғалыстың қиындауы аздаған физикалық күш түскенде, жалпы әлсіздік, шаршағыштық. Жалпы қарауда: диффузды цианоз, тыныс алу әктісіне тыныштық қалыпта да қосымша бұлшықеттер қатысады. ТАЖ 32 рет мин. Іріңсіз өкпе қуысы үстінде естілетін тыныс:

<variant>амфоралық

<variant>қатқыл

<variant>бронхиальды

<variant>әлсіреген везикулярлы

<variant>везикулярлы

<question>Науқастың шағымдары: дене қызуының 39 С дейін жоғарылауы, кеуде сарайының оң жағында крепитация және әлсіз везикулярлы тыныс естіледі. Аускультацияда оң өкпенің барлық бетінен үнді крепитация және әлсіреген везикулярлы тынысы естіледі. Диагноз:

<variant>крупозды пневмония

<variant>созылмалы бронхит

<variant>ошақты пневмония

<variant>экссудативті плеврит

<variant>бронхоэктазиялық ауру

<question>Науқастың түскен кездегі шағымдары: жөтел, қан түкіру, қақырық аралас, астматикалық синдромның дамуы. Аускультацияда өкпеде қатқыл тыныспен қатар үнсіз ылғалды сырылдар естілседі. Диагноз.

<variant>созылмалы бронхит

<variant>крупозды пневмонияның 2 сатысына

<variant>созылмалы бронхитке

<variant>экссудативті плевритке

<variant>ошақты пневмонияға

<question>Везикулярлы тыныстың физиологиялық күшею себебі:

<variant>шамадан тыс физикалық жүктеме

<variant>көк еттің жоғары орналасуы

<variant>тері асты шел қабаты қалындауы

<variant>бұлшық еттің қалындауы

<variant>тері асты эмфиземасы

<question>Науқас М 30 жаста, поликлиникаға келген кездегі шағымдары: дене қызуының 37.7 С дейін жоғарылауы. Жөтел, құрғақ сырылдар, жалпы әлсіздік, тершендік. Құрғақ сырылдар пайда болу механизімі:

<variant>бронх өзегі тарылуы

<variant>плеврит қалындауы

<variant>бронх өзегінде сұйық сөл жиналуы

<variant>альвеолдар қабырғасының тербелісі

<variant>альвеолдарда сұйық жиналуы

<question>Науқас Б 37 жаста, шағымдары: еңгігу, қиын бөлінетін қақырықпен жөтел. Объективті: жағдайы орта ауырлықта, мәжбүрлі қалыпта, тыныс шығару қиындаған, дистантты құрғақ сырылдар естіледі. Бронх түйілу синдромының негізгі аускультативтік белгісі:

<variant>дискантты сырылдар

<variant>ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар

<variant>ірі көпіршікті ылғалды сырылдар

<variant>консонирлі сырылдар

<variant>крепитация

<question>Науқас Н, 35 жаста. Жедел жәрдем бригадасын шақырады. Шағымы: тұншығу ұстамасы, қатты жөтел, тершендік, жүрек қағу, тамақтың қышуы, қорқыныш сезімі. Объективті: жағдайы орта ауырлықта, ортопноэ, беті көкшіл сұр түсті. Өкпе тінінің тығыздалу синдромына жатпайтын белгі:

<variant>сау жақтағы везикулярлы тыныстың әлсіреуі

<variant>дауыс дірілінің күшеюі

<variant>перкуторлы дыбыстың тынықталуы

<variant>бронхофонияның күшеюі және ылғалды сырылдар

<variant>ауыратын жақтың тыныс алудан қалыңқы

<question>Науқас П 27 жаста. Дезинфекциялаушы сұйықтықпен өңдеу жасалған соң өзін нашар сезінген, ауа жеткіліксіздік сезімі. Объективті: жағдайы орта ауырлықта, тері қабаты цианозды, айқын гипергидроз, тахипноэ ТАЖ 40 рет мин. Жүрек тондары айқын. ЖЖЖ 140 рет мин. АҚҚ 100/60 мм сб. Ауа және қақырығы бар өкпедегі қуыс үстінен естілетіні:



<variant>бронхиальды тыныс және ірі көпіршікті ылғалды сырылдар

<variant>құрғақ сырылдар

<variant>крепитация

<variant>ысқырықты сырылдар

<variant>ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар

<question>Науқас 70 жаста, шағымдары: еңтігу, тыныс шығарудың қиындауы, қиын қақырықпен бөлінетін жөтел, кеуде сарайы бөшке тәрізді, перкуторлы барлық өкпе алаңында өкпелік дыбыс, қорапты тыныс. Бронхтар тұтқыр экссудатпен тарылғанда естілетіні:

<variant>қатқыл тыныс

<variant>везикулярлы тыныс

<variant>күшейген везикулярлы тыныс

<variant>амфоралық тыныс

<variant>бронхиальды тыныс

<question>Науқас Ю, шағымдары: еңтігу, тыныс шығарудың қиындауы, қиын бөлінетін қақырықпен жөтел. Плевра зақымдалғанда естілетін қосымша шу:

<variant>плевраның үйкеліс шуы

<variant>үнді ылғалды сырылдар

<variant>крепитация

<variant>үнсіз ылғалды сырылдар

<variant>құрғақ сырылдар

<question>Обтурациялы ателектаз тұсындағы бронхофония:

<variant>әлсірейді

<variant>өзгермейді

<variant>анықталмайды

<variant>күшейеді

<variant>симметриялы аймақтарда әлсірейді

<question>Плевра қуысындағы сұйықтық үстіндегі бронхофония:

<variant>әлсірейді

<variant>күшейеді

<variant>өзгермейді

<variant>анықталмайды

<variant>симметриялы аймақтарда әлсірейді

<question>Компрессиялық ателектаз тұсындағы бронхофония:

<variant>күшейеді

<variant>әлсірейді

<variant>өзгермейді

<variant>анықталмайды

<variant>симметриялы аймақтарда әлсірейді

<question>Өкпе эмфиземасы кезінде бронхофония:

<variant>симметриялы аймақтарда әлсірейді

<variant>әлсірейді

<variant>күшейеді

<variant>өзгермейді

<variant>анықталмайды

<question>Жедел жәрдем бригадасының дәрігері науқасқа шақырылды. Науқас 28 жаста, кенеттен пайда болған және ұзақтығы бірнеше сағатқа созылған тыныс шығарудың қиындауымен жүретін тұншығу ұстамасына шағымданады. Жөтел қиын бөлінетін қақырықпен

жүреді. Ингаляторды қайта қолдану (b-адреностимулятор беротек) уақытша әсер көрсетеді. Осындай ұстамалар науқасты 5 жылдан бері мазалайды. Кейде бензин иісіне, гүлді өсімдіктердің иісімен байланыстырады. Тыныс жетіспеушілігінің негізгі белгісі:

<variant>еңтігу

<variant>жөтелу

<variant>қан қақыру

<variant>қақырық

<variant>шаршау

<question>Науқас К 52 жаста, шағымдары жөтел аздаған қақырықпен бірге. Қақырық ірінді болып шығады. Еңтігу, аздаған физикалық жүктемеден соң, субфебрильді температура, тершендік, тәбеттің төмендеуі, соңғы 3 айда 5 кг дейін салмақ тастау. Екінші дәрежелі тыныс жетіспеушілігінің негізгі белгісі:

<variant>аз – кем физикалық жүктемеден соң еңтігу

<variant>тыныштық кезіндегі еңтігу

<variant>үлкен күш түскен кезде

<variant>ұйқы кезіндегі еңтігу

<variant>еңтігу анықталмайды

<question>Ауруханаға тыныс алу бұзылысыме 27 жастағы науқас келіп түсті. Ол науқасты пневмотахометрияға жіберілді. Пневмотахометрия анықталады. Тыныс алу немесе тыныс шығару кезінде тынысқа байланысты болады. Пневмотахометриямен анықталатын көрсеткіш:

<variant>ішке тыныс алғандағы, іштен тыныс шығарғандағы ауа ағымы тездігі

<variant>қосымша дем көлемі

<variant>тыныс көлемі

<variant>қан оттегімен қанығуы

<variant>резервтік \ауа қоры\ көлемі

<question>Науқас Н., 34 жаста, 14 жылдан бері цехта жұмыс жасаған. Кәсіптік зияндылықтары: кварц құрамды шаң, (концентрация 4 рет) ғимарат ішінде температураның жоғарылауы. 10 жылдан сон жөтел, еңтігу, аздаған физикалық жүктемеден сон, әлсіздік. Ауруханаға түскен соң науқасты оксигеметрияға жіберілді. Оксигеметриямен анықталатын көрсеткіш:

<variant>ішке тыныс алу, тыныс шығардың көлемдік тездігі

<variant>қосымша көлем

<variant>қанның оттегімен қанығуы

<variant>тыныс көлемі

<variant>резервтік \ауа қоры\ көлемі

<question>Тыныс жүйесін тексерудің эндоскопиялық әдісіне жатпайды:

<variant>бронхография

<variant>бронхоскопия

<variant>фибробронхоскопия

<variant>торақоскопия

<variant>трахеоскопия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 10 беті

<question>№5 гимназияға жоғары класс оқушыларына жалпы қарау жүргізілді. Халықты жаппай медициналық қарауда тыныс жүйесін зерттеуге қолданылатын әдіс:

- <variant>флюорография
- <variant>рентгенография
- <variant>бронхография
- <variant>томография

<question>Тыныс жүйесін қосымша тексеру үшін қолданылмайтын әдіс:

- <variant>капиллярскопия
- <variant>пневмотахометрия
- <variant>оксигеметрия
- <variant>бронхография
- <variant>спитометрия

<question>Науқас 45 жаста, стационарға тұншығу ұстамасымен келді. Ентігу, осылайша 6 жылдан бері зардап шегеді. Стационарда толақанды ем алмаған, гормональды терапия қабылдайды. Қақырық аралас жөтел 10 жылдан бері ауырады. Бір апта ішінде ауруханаға түскенге дейін жөтелдің және қақырықтың көбеюі, ентігудің жиіленуі. Қақырықта Куршман спиральдері және Шарко – Лейден кристаллдары табылуы ... тән.

- <variant>тыныс демікпесіне
- <variant>өкпе абсцесіне
- <variant>қарапайым созылмалы бронхитке
- <variant>өкпе гангренасына
- <variant>брохоэктазиялық ауруға

<question>Науқас И, 49 жаста, ауруханаға субфебрильді температурамен шағымданып түсті. «Таңқурай қайнатпасы» түстес қақырық тастау тән патология:

- <variant>өкпе рагі
- <variant>өкпе ателектазы
- <variant>бронхэктазиялық ауру
- <variant>крупозды пневмония
- <variant>жедел бронхит

<question>Жедел жәрдем көмегімен науқас естен танумен келіп түсті. Көп мөлшерде қан жоғалтқан. Өкпеден қан кеткенде:

- <variant>қан алқызыл, ауа көпіршіктері аралас
- <variant>қан алақызыл, өзгермеген, ауа көпіршіктерінсіз
- <variant>анамнезінде асқазан, өңеш аурулары
- <variant>тамақ қабылдаумен байланысты
- <variant>жүрек айнумен, күюмен бірге өтеді

<question>Сол жақ веноздық тесік стенозы бар науқаста кенеттен ентігу, тұншығу, қан түкіру, ЭКГ-да жүректің оң жақ бөліміне салмақ түсу белгілері байқалады - бұл:

- <variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздік (өкпе ісінуі)
- <variant>өкпе артериялары тармақтарының тромбозмболиясы
- <variant>бронх демікпесімен байланысты тыныс жеткіліксіздігінің белгілері
- <variant>феохромоцитома кезінде симптоматикалық артериалық гипертонияның болуы

<variant>бүйрек эклампсиясы белгілері

<question>Ауруханаға науқас келіп түсті 48 жаста, жағдайы кома күйінде... Науқаста сананың комалық деңгейге дейін бұзылуы тән:

- <variant>Тыныс жетіспеушілігінің соңғы сатысы
- <variant>Жедел бронхит
- <variant>Өкпе абсцесі
- <variant>Спонтанды пневмоторакс

<variant>Крупозды пневмония

<question>Тыныс жүйесі ағзалары ауруларымен науқастардың негізгі шағымына жатпайтыны:

- <variant>төс астының ауруы, ауа жетпеу сезімі
- <variant>ауа жетпеу сезімімен қатар жөтелу
- <variant>қызу көтерілу, аралас түрде ентігу
- <variant>жөтел, қызу, кейде қан қақыру

<variant>терең дем алғанда күшеетін кеуденің ауруы, іріңді қақырық

<question>Науқас 35 жаста, 16 жылдан бері шахтада жұмыс жасайды. Шаң тозаңмен контактта болған. Соңғы 2 жылда қақырық сұр түсті, жөтел, ентігу аздаған физикалық жүктемеден соң дамиды. Науқаста экспираторлы ентігу патологиясы сипатталады:

- <variant>кенеттен іштен дем шығарудың қиындауы
- <variant>физикалық жүктемеде іштен дем шығарудың қиындауы
- <variant>қашықтықтан естілетін \дитанциялық\ сырылдар
- <variant>физикалық жүктемеде ішке дем алудың қиындауы

<variant>кенеттен іштен дем алудың қиындауы


<question>Науқас Н 37 жаста, физикалық күштемеден соң ентігу, аздаған қақырықпен жөтел, кеуде сарайының ауырсынуы. Соңғы жылдары пиротехникалық цехта жұмыс жасайды, ұнтақ тәрізді аммиакпен қатынаста болған. Қорғаныс киімдерін уақтылы қолданған. 18 жастан бері шылым шегеді. науқаста инспираторлы ентігу сипатталады:

- <variant>кенеттен ішке дем алудың қиындауы
- <variant>физикалық жүктемеде іштен дем шығарудың қиындауы
- <variant>қашықтықтан естілетін \дитанциялық\ сырылдар
- <variant>кенеттен іштен дем шығарудың қиындауы
- <variant>физикалық жүктемеде ішке дем алудың қиындауы

<question>Науқас С 33 жаста, шағымдары: тыныс алудың қиындауы, жөтел болмайды. Жөтел ... болмайды.

- <variant>плевра беттері тітіркенгеннен
- <variant>бронх тітіркенгеннен
- <variant>альвеола тітіркенгеннен
- <variant>кенірдек тітіркенгеннен
- <variant>жұтқыншақ тітіркенгеннен

<question>Науқас 30 жаста, 3 жылдан бері кинескоп шығаратын өндірісте жұмыс істеген. Соңғы 7 жылда бухгалтер боп жұмыс жасайды. ЖРВИ ауырған.,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 11 беті

антибиотиктер қабылдаған. Осы кезеңде айқын еңтігу, бірден температураның жоғарылауы, жөтел. Науқаста ұстама тәрізді жөтелге тән патология:

<variant>аллергиялық трахеобронхит

<variant>тыныс жетіспеушілігі

<variant>брохоэктазиялық ауру

<variant>іріңді созылмалы бронхит

<variant>өкпе абсцесі

<question>Науқас 57 жаста, амбулаторлық қабылдауға келесі шағымдармен түсті. Шағымдары: құрғақ жөтел, еңтігу, қақырық қиын бөлінетін, кейде қан аралас қақырық болады. Сақтана жөтелу және дем алуға тән патология:

<variant>крупозды пневмония, құрғақ плеврит

<variant>жедел және созылмалы және өкпе түбі маңы пневмония

<variant>интерстициальды және өкпе түбі маңы пневмония

<variant>өкпенің орталық рагі

<variant>өкпе абсцесі және бронхоэктаздар

<question> Түнгі жөтел көбіне бірлесіп жүреді:

<variant>өкпе туберкулезінде

<variant>ошақты пневмонияда

<variant>өкпе абсцесінде

<variant>жедел бронхитте

<variant>крупозды пневмонияда

<question>Дыбыссыз жөтел ... науқастарда байқалады.

<variant>әлсіреген және жүдеген

<variant>крупозды пневмониямен

<variant>өкпе рагі, плевритпен

<variant>өкпе абсцесі, не бронхоэктаздармен

<variant>кавернозды туберкулезбен

<question>Тыныс алуға байланысты кеуденің шаншып ауруы:

<variant>крупозды пневмония, құрғақ плевритте

<variant>өкпе эмфиземасында, пневмосклерозда

<variant>интерстициальды пневмонияда

<variant>жедел бронхитте

<variant>өкпенің орталық рагінде

<question>Ұстамалы жөтел, жабысқақ қиын бөлінетін қақырық тән патология:

<variant>тыныс демікпесі

<variant>өкпе рагі, туберкулезі

<variant>өкпе абсцесіне брохоэктазы

<variant>пневмосклероз, өкпе эмфиземасы

<variant>ошақты не крупозды пневмонияда

<question>Науқас К 29 жаста. Соңғы 3 ай ішінде дене температурасының 38 С дейін жоғарылауы, әлсіздік, ұйқышылдық, салмақ тастау, тершендік, екі күн бұрын іріңді қақырық дамып дәрігерге келуге мәжбүр болған. Тәулігіне мол, 200 – 300 мл – ге дейін іріңді қақырық бөлу:

<variant>іріңді обструктивті бронхитте

<variant>өкпе эмфиземасы, пневмосклерозда

<variant>тыныс демікпесінде

<variant>ошақты не крупозды пневмонияда

<variant>бронхоэктазиялық ауруда

<question>Науқас температурасының жоғарылауына,

қақырықпен қатты жөтелге, шағымданады.

Қақырықтың бөлінуі ... тән емес:

<variant>өкпе эмфиземасына, пневмосклерозға

<variant>ошақты немесе крупозды пневмонияға

<variant>бронх демікпесіне

<variant>іріңді обструктивті бронхитке

<variant>бронхоэктаз ауруына

<question>Науқас 52 жаста, шағымдары: еңтігу, сұр түстес қақырық араласқан жөтел, әлсіздік, тершендік. Көп жылдан бері өзін ауру деп есептейді. Ауруы толқын тәрізді, баяу басталып, өршумен жалғасады. Тот түстес қақырық бөлу:

<variant>крупозды пневмонияда

<variant>өкпе рагінде

<variant>бронхоэктазиялық ауруда

<variant>созылмалы бронхитте

<variant>өкпе гангренасында

<question>Науқас 35 жаста, шағымдары: әлсіздік, еңтігу, мазасыздық, іріңді қақырықпен бөлінетін жөтел, іріңді қақырық бөлу, көбінесе таңертеңгі уақытта. Тәулігіне 300 мл. Кейде қан қақыру байқалады. 5 жылдан бері зардап шегеді. Стационарда толақанды емделмеген. Сасық иісті қақырық тән:

<variant>өкпе гангренасында

<variant>крупозды пневмонияда

<variant>туберкулезде

<variant>созылмалы бронхитте

<variant>өкпе рагінде

<question>Ер кісі 46 жаста, поликлиникаға келесі шағымдармен келді: жалпы әлсіздік, мазасыздық, жұмыс қабілетінің төмендеуі, тәбеттің төмендеуі, арықтау, 3 айда 6 кг дейін салмақ тастау. Үш қабатты қақырық бөлу:

<variant>крупозды пневмонияда

<variant>өкпе абсцесінде

<variant>туберкулезде

<variant>созылмалы бронхитте

<variant>өкпе рагінде

<question>Объективті зерттеу кезінде науқастан анықталды: жоғары температура 39.8 С дейін, анамнезінен: соңғы жылдың ішінде субфебрильді температура тұрақты түрде болған. Ыстық түсіруші препараттар аспириин көмегі тимеген. Жүдететін қызу тән патология:

<variant>өкпе абсцесі ашылғанға дейін

<variant>крупозды пневмония

<variant>өкпе рагі

<variant>өкпе абсцесі ашылғаннан соң

<variant>іріңді обструктивті бронхит

<question>Науқас К., 18 жаста, терапиялық бөлімшеге келесі шағымдармен түсті: дене қызуының 40.5 С дейін жоғарылауы, науқас бозарған, терісі құрғақ, тілі ақ жабындымен жабылған, бас ауру, тәбеттің толық жойылуы, ұйқышылдық, қатты жөтел қақырықпен бірге,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 () 44 беттің 12 беті
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	

ентігу, бұлшықеттердегі буындардағы ауырсыну, АҚҚ 130/90 мм сб, пульс 98 рет мин, жүрек шекаралары қалыпты, жүрек тондары айқын, тынысы сирек беткей.

Тұрақты қызба тән патология:

<variant>крупозды пневмонияның бастапқы сатысы

<variant>өкпе рагі

<variant>бронхоэктазиялық ауру

<variant>өкпе абсцессі шешілу сатысында

<variant>крупозды пневмонияның шешілу сатысы

<question>Науқас алға қарай еңкейе, қолдарын

кереуетке тірей отыруға мәжбүр:

<variant>Бронх демікпесінің тұншығу ұстамасында

<variant>Бүйрек коликасында

<variant>ревматоидты артритте

<variant>Перикардитте

<variant>Миокард инфарктісінде

<question>Крупозды пневмониясы бар науқастың мәжбүрлі қалпы:

<variant>Ауыратын жағына жату

<variant>Сау жағына жату

<variant>Шалқасынан жату

<variant>Етпетінен жату

<variant>Еңкейіп отыру

<question>Науқас В., терапиялық бөлімшеге келесі шағымдармен түсті: әлсіздік, тұншығу, суық тердің шығуы, жіп тәрізді пульс. Пенициллинмен емделген науқаста кенеттен әлсіздік, кеуденің қысуы, суық тер, жіп тәрізді пульс, гипотония байқалады – бұл байланысты:

<variant>өкпе артериялары тармақтарының

тромбоэмболиясы

<variant>анафилактикалық шок

<variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздік белгілері (өкпе ісінуі)

<variant>бүйрек эклампсиясы белгілері

<variant>жіті оңқарыншалық жеткіліксіздік белгілері

<question>Науқас А 67 жаста, қабылдау бөліміне бронх

демікпесі ұстамасымен жеткізілді. Бронх демікпесі

ұстамасын басатын дәрі-дәрмектер:

<variant>эуфиллин, преднизолон, адреналин

<variant>нитроглицерин, морфий, гепарин

<variant>строфантин, лазикс, натрий нитропурсиді

көктамырға

<variant>лазикс көктамырға, коринфар тіластына

<variant>пеницилин

<question>Жіті өкпе ісінуі кезінде науқасқа ең алдымен

қолданады:

<variant> лазикс, сулы оттегі, натрий нитропурсиді

көктамырға

<variant>эуфиллин, преднизолон, адреналин

<variant>нитроглицерин, морфий, гепарин

<variant>лазикс көктамырға, коринфар тіластына

<variant>пенициллин

<question>Жіті өкпе ісінуі кезінде науқасқа көрсеткіш:

<variant>натрий нитропурсидін және нитроглицеринді

көктамырға тамшылатып ендіру

<variant>кордиамин, «жүректік» тамшылары

<variant>преднизолон, адреналин, антигистаминді

заттарды, кордиамин ендіру

<variant>нитроглицерин тіластына, наркотиктер

<variant>науқасты төсекке жатқызу, астыңғы жақты

фиксациялау

<question>Науқастың дене қызуы 38 – 39 С. Бұл - ...

болып табылады.

<variant>фебрильді температура

<variant>өте жоғары температура

<variant>жоғары температура

<variant>гиперпиретикалық температура

<variant>субфебрильді температура

<question>Науқас А 28 жаста, бел аймағында ұстама тәрізді ауырсыну пайда болды. Зәрдің кідіруі, ісіну дамыды. Пастернацкий симптомының айқын оң мәнділігі:

<variant>паранефритте

<variant>бүйрек тас ауруында

<variant>гломерулонефритте

<variant>радикулитте

<variant>пиелонефритте

<question>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқасты кезектегі госпитализациялау кезінде ЭКГ – да мынандай белгілер анықталды: II, III, aVF, V₁ тіркемелер жоғары амплитудалы, P тісшесі үшкір, P тісшесі ұзақтығы 0,1 с. V₁ тіркемесінде R тісшесі 8 мм, RV₁+SV_{5,6} = 12mm, жүректің электрлік осьі оңға ығысқан (бұрыш α+100). ЭКГ – ға интерпритация жасаңыз.

<variant>Оң жүрекше және ұарынша гипертрофиясы

<variant>Оң қарынша гипертрофия

<variant>Оң жүрекшелі гипертрофия

<variant>Гис будасының оң аяғының блокадасы

<variant>Жүрекшеішілік блокада

<question>65 жастағы науқас 3 жыл алдын миокард инфаркті болған. Тыныс жетіспеушілігінің көбеюіне шағымданады. Тексеруде ЭТЖ - 65 мм/ч. Рентгенологиялық зерттеуде плевральды сұйықтық анықталды. Пункцияда 500 мл сұйықтық алынды. 2 күннен соң плеврада қайтадан сұйықтық жиналғаны анықталды. Диагнозды негіздеуге жақсы зерттеу түрі?

<variant>Экссудатты цитологиялық зерттеу

<variant>Компьютерді томография

<variant>Трансбронхиальді пункция

<variant>Онкомаркелерді зерттеу

<variant>Магнитно-резонансты томография

<question>Науқас И., 36 жаста ӨСОА ауырады, стационарда ыдырамаған өкпе туберкулезін емделуде. Соңғы 3 күнде клиникалық жақсаруынан соң дене қызуы 38°С – ға дейін көтеріліп, қақырықсыз жөтел мазалайды. Науқас жағдайының нашарлауын анықтау мақсатында жүргізілетін зерттеу тәсілі:

<variant>Қақырықтан микрофлораның сезімталдығына жағынды алу

<variant>брашбиопсию

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 13 беті

<variant>бронхоскопию
 <variant>туберкулинді сынама
 <variant>компьютерді спирография
 <question>созылмалы алкогольизммен және ЭСОА – мен ауыратын егде жастағы ер науқас қуырылған ет иісіндегі, көрінісінен қарағат сияқты қиын бөлінетін жабысқақ қақырықтың бөлінуіне шағымданады. Анық интоксикация, ентігу, өкпеде аздаған сырылдар анықталды. Рентгенде өкпе шашырауы («расползающего сотового легкого»), көптеген бронхоэктаздар, қалдықтар, пневмосклероз анықталды. Қай қоздырғыш болуы мүмкін?
 <variant>Клебсиелла
 <variant>Хламидии
 <variant>Микоплазма
 <variant>Вирус гриппа
 <variant>Ішек таяқшалары
 <question>55 жастағы науқас ұстамалы тыныс жеткіліксіздігіне, анық ентігу, бөлінуі қиын шырышты қақырыққа шақымданады. Қарау барысында барабан саусақтары «барабанных палочек» және сағат айна и «часовых стеклов» симптомдары оң мәнді болды және бочка тәрізді кеуде. Перкуссияда өкпелік дыбыс, аускультацияда әлсіз везикулярлы тыныс. Қай патология дамуы мүмкін?
 <variant>Өкпе эмфиземасы
 <variant>Пневмония
 <variant>Пневмоторакс
 <variant>Жедел бронхит
 <variant>Созылмалы бронхит
 <question>Науқас 26 жаста. Әлеуметтік қауып тобында. Әлсіздікке, шаршағыштыққа, салмақ тастауға, жөтелге, түнгі тершендікке шағымданады. Соңғы 2 – 3 айдан бастап өзін аурумын деп есептейді, көбінесе түнгі кезекшілікте жұмыс істейді. Флюорограммада оң өкпенің жоғарғы бөлігінде инфильтративті көлеңке анықталды. Сіздің науқаты жүргізу тактикаңыз?
 <variant>Қақырықты бактериологиялық тексеру
 <variant>Фтизиатрға жіберу
 <variant>Антибактериальды тексеру
 <variant>Туберкулезге қарсы ем тағайындау
 <variant>Пульмонологиялық бөлімге жіберу
 <question>Бөшке тәрізді кеуде, «тырнақтардың «сағат әйнегі» тәрізденіп өзгеруі «тырнақтардың «сағат әйнегі» тәрізденіп өзгеруі, ентігу тән
 <variant>өкпе эмфиземасы
 <variant>пневмоторакс
 <variant>жедел респираторлы ауру
 <variant>жедел пневмония
 <variant>жедел бронхит
 <question>50 жастағы ер кісі кеудесінің сол жағындағы ауруға шағымданып келді. Ауру физикалық күш түскенде және терең тыныс алғанда пайда болады және күшейеді. Аускультацияда сол өкпеде тыныс аздап әлсіреген. Қай патология болуы мүмкін:
 <variant>спонтанды пневмоторакс

<variant>остеохондроз
 <variant>қабырғааралық невралгия
 <variant>ЖИА. Стенокардия
 <variant>Плеврит.
 <question>28 жастағы ер кісі соңғы 2 аптада кеудесі күйдіріп, ашытып ауыруына шағымданды. Жүрек соғуы және ентігу де мазалайды. 3 апта алдын тұмау сияқты жөтеліп ауырғаннан соң жоғарыдағы шағымдар мазалай бастаған. Жүрек тондары анық, өкпеде сырылдар жоқ. Бауыр ұлғаймаған. Қай зерттеу диагноз қоға :
 <variant>Спирография
 <variant>ЭКГ
 <variant>ЭХО-КГ
 <variant>рентген
 <variant>қан көрсеткіштері
 <question>Плевраның үйкеліс шуы естіледі:
 <variant>демді ішке алғанда да шығарғанда да
 <variant>Терең тыныс шығарғанда
 <variant>Терең шокта
 <variant>терең бөліп тыныс шығарғанда
 <variant>күшеніп тыныс алғанда ғана
 <question>Үш қабатты қақырық бөлу:
 <variant>өкпе абсцессінде
 <variant>крупозды пневмонияда
 <variant>туберкулезде
 <variant>созылмалы бронхитте
 <variant>өкпе рагінде
 <question>Өкпе эмфиземасы бар науқасты перкуссиялауда анықталады :
 <variant>коробкалық дыбыс
 <variant>қысқарған перкуторлы дыбыс
 <variant>жамбасты «бедренный» перкуторды дыбыс
 <variant>локальды тимпаникалық дыбыс
 <variant>симметриялық тимпаникалық дыбыс
 <question>Бронхиальды астмасы бар науқаста сыртқы тынысты бақылау үшін өзінде болу керек:
 <variant>Пикфлоуметр
 <variant>Бодиплетизмограф
 <variant>Спиграф
 <variant>Пневмотахограф
 <variant>Қандағы газ составын анықтау
 <question>Науқаста физикалық күш түсу кезінде ұстамалы ентігу, тыныс жеткіліксіздігі, қызғылт қақырықты жөтел пайда болды. Қарау барысында екі өкпеде сұлу, әр түрлі калибрдегі сырылдар, жыбыр аритмия, бауыр ұлғаюы, аяқтарында ісік пайда болды. Жоғарыдағы симптомдар қай патологияда байқалады:
 <variant>Жедел сол қарыншалық жеткіліксіздік
 <variant>Бронхиальды астма ұстамасы
 <variant>Өкпе артерия тромбоэмболиясы
 <variant>Спонтанды пневмоторакс
 <variant>Инфарктты пневмония
 <question>Науқас 60 жаста, ұзақ уақыттан бері артериальды гипертензия мазалайды. Бойы – 165, дене салмағы – 62 кг. Гипотензивті препараттарды регуляры қабылдамайды. 1 аптадан бері жағдйы нашарлаған.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 () 44 беттің 14 беті
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	

Жүректің сол перкуторлы шегі солға ығысқан. Жүрек тондары анық, ЖСЖ 88 рет минутына. АҚҚ – 170/95 мм.р.т. Эхо КГ – да сол қарынша гипертрофия анықталды. Болжам диагноз:

<variant>Артериальная гипертония, I дәреже, қауып тобы 3

<variant>Артериальная гипертония I дәреже, қауып тобы 2

<variant>Артериальная гипертония II дәреже, қауып тобы 4

<variant>Артериальная гипертония II дәреже, қауып тобы 3

<variant>Артериальная гипертония, III дәреже, қауып тобы 4

<question>Науқас 42 жаста, 3 жылдан бері учаскелік дәрігерде қант диабеті 2 типпен есепте тұрады. Дәрігердің барлық ұсыныстарын орындайды. Қандағы қант деңгейі 6,1 ммоль/л. 4 айдан бері жиі бас ауруы мазалайды. Қарағанда АҚҚ 150/100 мм.с.б.б. 15 минуттан соң АҚҚ өзгерусіз. Науқастың АҚҚ түсіру ұсыныла ма :

<variant>Ия, себебі бұл науқастың өмір сүру деңгейін жақсартады

<variant>Ия, себебі науқастағы симптомда басу қажет

<variant>Ия, себебі бұл қант көрсеткішін жақсартады

<variant>Жоқ, себебі өте жоғары көрсеткіш емес

<variant>Жоқ, қант диабетін дұрыстаса жеткілікті

<question>40 жастағы әйел профилактикалық мақсатта қаралды. Жүрек тұсында қысқа күйдіріп ауру мазалап жатыр. Салмағы 90 кг, бойы 170 см, 5 жылдан бері күніне 1 қорап темекі шегеді, дене шынықтырумен айналыспайды. Соңғы рет 6 жыл алдын тексерілген. Физикалық зерттеу кезінде патология анықталған жоқ. Алғаш өткізілуі қажет диагностикалық зерттеу:

<variant>Сарысудағы холестерин

<variant>Кеуде торы рентгенограмма

<variant>Физикалық күштемемен тест

<variant>ЭКГ

<variant>Коронарография

<question>Науқас В., 50 жаста, дәрігерге кеудесіндегі ауруға байланысты қаралды. Физикалық зерттеу барысында жүрек және өкпе жақтан ешқандай өзгеріс анықталған жоқ. АҚҚ 120/85 мм.с.б.б. ЖСЖ – 88 рет/мин. Дәрігер науқасты тыныштандырып кезір үйіне баруын және ертең келуін ұсынды. Дәрігер дұрыс жасады ма ?

<variant>Жоқ, жедел ЭКГ түсірк қажет

<variant>Ия, ауру өмірге қауып төндірмейді.

<variant>Ия, қандайда бір көмек керек болса ертең келсе де бола береді

<variant>Жоқ, анальгетиктер тағайындау қажет

<variant>Жоқ, науқасты жоспарлы емге жіберу керек

<question>Науқас ЖИА дамуының жоғарғы қауып тобында. Науқасты оқыту қажет пе?

<variant>Ия, қауып факторларын бақылауда медикаментозды емес істерді орандауы үшін

<variant>Ия, науқасқа осы патология жайлы мәлімет беру және жеке өзі ем қабылдауы үшін

<variant>Жоқ, депрессия дамуын алдын алу үшін

<variant>Жоқ, жеке өзі емделмеуі үшін

<variant>Жоқ, фобия дамуын алдын алу үшін

<question>Артериалды гипертензия және кіндікте систолалық шу анықталған науқасқа жасалынуы қажет зерттеу:

<variant>УЗДГ бүйрек артериясы

<variant>УЗИ бүйрек

<variant>кеуде мүшелерін жалпы шолы R-графия

<variant>көз түбін

<variant>экскреторлы урография

<question>55 жастағы науқаста физикалық күш түсуге байланыссыз кеудеде күйдіріп ауруға шағымданады. Бірақ нитроглицерин қабылдаған соң ауру басылады. Аяқтың тамырларының варикозымен де ауырады. АҚҚ 160/90 мм. с.б. дейін жоғарылайды. ЭКГ – да өзгерістер анықталмайды. Келесі зерттеу:

<variant>тәуліктік мониторинг

<variant>велозергометрия

<variant>обзиданмен сынама

<variant>коронароангиография

<variant>қанда ферменттерді анықтау

<question>25 жастағы әйел сол кеудесінің жедел, күйдіріп, басып ауруына шағымданады. Дем алғанда, бас, қолды қимылдатқанда және кеудені пальпация жасағанда ауру күшейеді. Ауру 2 сағат алдын жұмыстағы келіспеушіліктерден кейін пайда болды. Сіздің тактикаңыз:

<variant>электрокардиограммаға түсіру

<variant>ем тағайындау

<variant>неврологқа жіберу

<variant>госпитализациялау

<variant>рентгенге жіберу

<question>Аускультацияда науқаста шапалақтаушы I тон, диастолалық шу қай даму ақауына тән:

<variant>митральды стеноз

<variant>митральды жетіспеушілік

<variant>үшжармалы жетіспеушілік

<variant>қолқалық жетіспеушілік

<variant>аортальды стеноз

<question>Аускультацияда науқаста оң кеуде II қабырға аралықта қатты систолалық шу қай ақауға тән:

<variant>қолқа стенозы

<variant>өкпе артериясының стенозы

<variant>жүрекшеаралық дефект

<variant>қарыншааралық дефект

<variant>митральды жетіспеушілік

<question>аускультацияда науқаста оң жақ II қабырға аралықта систолалық мысық пырылы қай ақауда:

<variant>Қолқа доғасының стенозында

<variant>Қолқа қақпақшасы жетіспеушілігі

<variant>Митральды стенозы

<variant>Митральды жетіспеушілік

<variant>Қолқа коарктациясы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 15 беті

<question>37 жастағы ер кісі, жаяу жүру барысында кеуденің қысып ауруы мазалайды. Терең дем алғанда ауру күшеймейді. Ауру кезінде науқас жүруді бәсеңдетеді. Алғаш рет 1 ай алдын басталған. Негізгі зерттеу әдісі:

- <variant>электрокардиография
- <variant>жүректі радионуклидті сканерлеу
- <variant>коронарография
- <variant>эхокардиография
- <variant>кеуде торшасын рентгенологиялық зерттеу
- <question>40 жастағы әйел аш қарынға және түнде эпигастрий аймағының ауруына, іш қатуға, бас айналуға, тері құрғауына және күш түсуге байланыссыз жүрек аймағындағы ауруға шағымданады. Алдын ауырмаған. Жақында жұмысында ұрыс керіс болған. Диагнозды нақтылау үшін зерттеу:
- <variant>Фиброгастроэнтерография
- <variant>Электрокардиография
- <variant>Сигмоидоскопия
- <variant>Невролог кеңесі
- <variant>Клиникалық қан анализі
- <question>Науқас К., 46 жаста, дәрігерге ащы дәммен құсуға, тамақтан соң кекіруге, эпигастрийдегі дискомфортқа және іш кебуіне шағымданды. Пальпацияда эпигастрий аймағы ауырады. Науқасқа жүргізу қажет инструментальд зерттеу:
- <variant>Фиброгастроэнтерография
- <variant>Нәжісті жасырын қанға зерттеу
- <variant>Бариймен контрастты зерттеу
- <variant>УДЗ
- <variant>Радионуклидті зерттеу
- <question>Науқас 15 жылдан бері созылмалы панкреатитпен ауырады. Ұйқы безінен кальцинозды анықтаудың қарапайым тәсілі
- <variant>рентгенография
- <variant>лапаротомия
- <variant>лапароскопия
- <variant>ирригоскопия
- <variant>холангиография
- <question>К., деген 40 жастағы науқасқа жанұялық дәрігер « Алғаш анықталған он екі елі ішектің ойықжара ауруы» диагнозын қойды. Науқасты зерттеудің негізгі әдісі болып табылады:
- <variant>ФГДС биопсиямен
- <variant>жалпы қан анализі
- <variant>асқазан сөлін зерттеу
- <variant>нәжісті жасырын қанға зерттеу
- <variant>дуоденальды зондтау
- <question>Ұзақ уақыт митральды стенозы бар науқастың өкпе артериясы үстінен тыңдалуы байланысты:
- <variant>жоғарғы өкпелік гипертензияға байланысты өкпе артериясының салыстырмалы жетіспеушілігімен
- <variant>митральды стенозбен
- <variant>жүрекшеаралық перде жетіспеушілігімен
- <variant>өкпе артериясының стенозымен
- <variant>митральды какпакша жетіспеушілігімен

- <question>Айқын тұрақты артериалдық гипертония, кезеңді бас ауыруы, көрудің төмендеуі, әсіресе жас шақта кездеседі - бұл:
- <variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздігі (өкпе ісінуі)
- <variant>бүйректік артериалдық гипертония
- <variant>феохромоцитома кезінде симптоматикалық артериалдық гипертонияның болуы
- <variant>артериялық гипертензия кризі кезінде
- <variant>бүйрек эклампсиясы
- <question>Ұстамалы түрде бастың ауыруы, жүрек қағуы, дененің дірілдеуі, физикалық жүктемемен, секірумен байланысты АҚ жылдам көтерілуі байқалса - бұл:
- <variant>бүйрек эклампсиясы белгілері
- <variant>феохромоцитома кезінде симптоматикалық артериалдық гипертонияның болуы
- <variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздігі (өкпе ісінуі)
- <variant>артериялық гипертензия кризі кезінде
- <variant>бүйректік артериалдық гипертония белгілері
- <question>Кенеттен еңігу, тұншығу, көпіршікті алқызыл қақырық бөлінумен қырылды тыныс, әлсіздік, суық тер пайда болатын жағдай – бұл ... клиникалық белгілері.
- <variant>артериялық гипертензия кризі кезінде
- <variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздік (өкпе ісінуі)
- <variant>бүйрек эклампсиясы
- <variant>бүйректік артериалдық гипертония
- <variant>феохромоцитома кезінде симптоматикалық артериалдық гипертонияның болуы
- <question>Жедел жәрдем Д., есімді 48 жастағы науқасқа шақыртылды, шағымдары кеуде артының басып ауырсынуына, оның сол иыққа таралуына. Науқаста дамыған ұстама көрінісі:
- <variant>стенокардии
- <variant>тұншығу
- <variant>жүрек қағуы
- <variant>жөтел
- <variant>ішінің ауырсынуы
- <question>Миокард инфарктісіндегі ауырсынру сезімінің стенокардиядан айырмашылығы :
- <variant>ұзақтығында және қаттылығында
- <variant>орналасуында
- <variant>сипатында
- <variant>механизмінде
- <variant>тарауында /иррадиациясында/
- <question>Жедел жәрдем бригадасының дәрігері К., есімді 50 жастағы науқасқа шақырылды. Шағымы: кеуде қуысының интенсивті ұстамалы ауырсынуы, қысып ауырсыну, сол қолға беріледі. Ауырсыну 2 сағатқа дейін созылады. Соңғы аптада жаяу жүрген кезде кеуде қуысының қысып ауруы, тыныштық кезеңде басылуы байқалған. Стенокардияға ... тән емес:
- <variant>шаншып ауру
- <variant>зілдей басып ауру



<variant>күйдіріп ауру

<variant>сығып ауру

<variant>пышак сұққандай ауырсыну

<question>Фельдшер үйге науқасқа шақыртылды.

Науқас 40 жаста, шағымы: жүрек аймағының қатты

қысып ауруы, ауырсыну сол қолға беріледі, сол

жауырыға тарайды. Ұстама 2 сағат бұрын басталған.

Нитроглицерин қабылдаған, әсері болмаған. Ауруын

жұмысындағы стрестік жағдаймен байланыстырады.

Жүрек демікпесі дегеніміз:

<variant>сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігі бар

адамдағы аралас сипаты тұншығу ұстамасы

<variant>ларингоспазмға /түйіліуіне/ байланысты

инспираторлы тұншығу ұстамасы

<variant>туа біткен жүрек ақауы бар науқастағы жөтел

ұстамасы және қан қақыру

<variant>бронхообструктивті синдромы бар аурудағы

экспираторлы тұншығу ұстамасы

<variant>физикалық жүктеме кезіндегі аралас сипатты

енгігу

<question>Жас қыздың шағымдары: диспепсиялық

бұзылыстар. Жүрек жетіспеушілігіндегі диспепсиялық

бұзылыстардың ... түсіндіріледі.

<variant>бауырда және асқазан – ішек жүйесіндегі

айтарлықтай венозды қан іркілісімен тоқырамасымен

<variant>асқазан сөлі қышқылдығы төмендеуімен

<variant>асқазан сөлі қышқылдығы жоғарылауы

<variant>асқазанның моторлы – эвакуаторлы функциясы

бұзылуымен

<variant>ұйқы безінің сыртқа сөл бөлу функциясы

жетіспеуімен

<question>Төсекке басын жоғарырақ салуға не аяқтан

төмен түсіріп отыруға мәжбүрлік қалып ... кездеседі.

<variant>сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігінде

<variant>коллапста

<variant>ревматоидты артрит

<variant>кеуденің сол бүйірі ауырғанда

<variant>жөтел ұстамасында

<question> Сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігіндегі науқастың мәжбүрлі қалпы:

<variant>төсекте басын жоғарырақ салып, аяқтарын

төмен түсіріп отыру

<variant>алдындағы отырғыш арқасына екі қолмен

сүйеніп отыру

<variant>аяқтарын көтеріңкіреп жату

<variant>жатқан «таз ит» қалпы

<variant>тізе – шынтаққа тірей жату

<question>Сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігіндегі науқастың мәжбүрлі қалпы:

<variant>ортопноэ

<variant>Фовлер қалпы

<variant>Тренделенбург қалпы

<variant>тізе – шынтақ қалпы

<variant>«үрген ит» қалпы

<question>Бет әлпеттің көрінісі науқастың күй жағдайын, толғанысын, қорқыныш сезімінің бар жоқтығын білдіреді. «Митральды бет» ... тән:

<variant>митральды стенозға

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілігіне

<variant>Иценко – Кушинг синдромына

<variant>перикардитке

<variant>қолқа қақпақша ақауларына

<question>Науқас И 35 жаста, дәрігерге келесі

шағымдармен қаралды: аздаған физикалық жүктемеден

соң енгігу, тұншығу ұстамасы, қан қақыру, кейде түнгі

уақытта, кеуде сарайында тұншығу сипатты интенсивті

ауырсындың болуы, ауырсыну сол қолға беріледі, дене

қалпын өзгерткенде басылады (отырып аяқтарын төмен

түсірген кезде) және нитроглицерин қабылдаған соң.

Жүріп келе жатып не физикалық жүктеме кезінде

адамды қимылдамай тұрып қалуға мәжбүр ететін науқас

ұстамасы:

<variant>стенокардия

<variant>пневмония

<variant>гастрит

<variant>өт шаншуы

<variant>бүйрек шаншуы

<question>Науқас С 30 жаста медициналық пунктқа

ауыр жағдайда жеткізілді. Тері шырышты қабаттары

цианозды, пульс 146 рет мин. Әлсіз толымды, АҚҚ

90/60 мм сб. тынысы сирек беткей. Дене температурасы

40.6 С. Тері түсінің көкшілдігі – «цианоз» себебі:

<variant>қанда эритроциттер мен гемоглобиннің

көбейгенінен

<variant>қанайналысының жетіспеушілігі

<variant>ағзада газ алмасуы тездегеннен

<variant>шеткі тамырлардағы қан іркілісінен

<variant>шеткі тамырлар түйілгеннен

<question> Жүрек - қантамыры жүйе ауруларындағы

цианоз сипаты:

<variant>шеткі

<variant>орталық

<variant>аралас

<variant>жергілікті

<variant>жалпы

<question>Қанға бояғыштардың түсуімен немесе түрлі

заттардың терісінде шөгумен байланысты Синюшность

жалған цианоз деп аталады. Шынайы цианоз-

гипоксемия симптомы. Жүрек-қантамыр жүйесі

аурулары кезінде Цианоз:

<variant>қан ағынының баяулауы және қоршаған шеткі

тіндерге оттегінің үлкен қайтарымы

<variant>өкпеде қан артериялануының бұзылуы

<variant>қантамырлары жүйесінің аз қанмен толуы

<variant>перифериялық қандағы эритроциттер санының

азайуымен

<variant>шеткі қандағы Нв-а төмен деңгейімен

<question>Стационарға жүрек-қантамыр жүйесі ауруы

бар науқас түсті. Ол дене жүктемесінен кейін енгіуге



шағымданады. Одан цианозды байқауға болады..

Аралас цианоз (көк жүрек аурулары):

<variant>туа біткен жүрек ақаулары

<variant>митральных жүрек ақауларының

<variant>жүректің қолқа ақаулары

<variant>ЖИА

<variant>қолқа аневризмасы

<question>Қабылдау бөліміне 56 жастағы ер кісі қышыма, іштің ауырсынуы мен өтуіне шағымданды.

Жүрек – қан тамыр жүйе ауруларында терінің және көздің сарғыштығы:

<variant>бауырдағы тоқырамалы өзгерістер салдарынан билирубин алмасуы бұзылғаннан

<variant>анемияның көрінісі

<variant>гепатит салдарынан

<variant>сәбізді шамадан тыс жегеннен кейін

<variant>портальды гипертензия

<question>Науқас жүрек соғуының жиілеуіне, артериялдық гипотонияға, енгізуге және тынысының қиындауына; тыныс ағзаларының ісінуіне; ұйқы веналарының пульсациясына және домбығуына; акроцианозға шағымданады. Науқастағы перифериялық ісінулер ... тән.

<variant>оң қарыншалық жүрек жетіспеушілігі

<variant>порталды гипертензия

<variant>сол қарыншалық жүрек жеткіліксіздігі

<variant>веноздық жеткіліксіздік

<variant>оң қарыншалық гипертрофияда

<question>52 жастағы әйел түнгі уақытта аяқтың ісінуіне, тұншығу ұстамасына шағымданады. Үлкен қан айналым шеңберіндегі тоқырама /ірілік/ белгілеріне ... жатпайды.

<variant>өкпе ісінуі

<variant>гидроперикард

<variant>аяқтардың ісуі

<variant>гидроторакс

<variant>асцит

<question>Ауруханаға науқас түсті қарау кезінде көзге көрінетін жүрек ұшы соғысының солға және төмен ығысуы ... кездеспейді.

<variant>сол жақты гидроторакста

<variant>оң қарыншалық гипертрофияда

<variant>оң жақты гидроторакста

<variant>оң жақты пневмоторакста

<variant>сол қарыншалық гипертрофияда

<question>Аортальды жетіспеушілігі бар науқастың мойын аймағын қарау кезінде, жұп артерияның екі жақты вибрациясын дәрігер байқады-бұл каротид биі. Каротид биі себебі:

<variant>пульстік қан қысымы жоғарлағаннан ұйқы артерияларының пульсациясы күшейгеннен

<variant>систола кезіндегі мойын веналары

басылғаннан

<variant>систола кезіндегі мойын веналары толғаннан

<variant>жатқан кезде мойын веналары толғаннан

<variant>шыққан кезде мойын веналарының толуы

<question>Бұл симптомда перикардит және медиастинит, кейде жедел жүрек жетіспеушілігі (оң жақ) және үшжармалы қақпақшаның жетіспеушілігі байқалады. «Стокс жағасы» пайда болу себебі :

<variant>жоғарғы қуыс венасының қысылуының ісігімен, қолқа аневризмасы немесе жоғарғы қуыс венасы тромбозы

<variant>оң қарыншалық жетіспеушіліктен

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілігінен

<variant>аортальды жетіспеушілік

<variant>жүрек жеткіліксіздігінен

<question>Ч.есімді 59 жастағы науқас бөлімшеге

енгікпе, тұншығу, тез шаршағыштық шағымымен келіп түсті. Эпигастрий аймағының айтарлықтай

пульсациясына ... қатысы жоқ;

<variant>аортальды жетіспеушілік

<variant>бауыр пульсациясы

<variant>іш қуысында қолқа пульсациясы

<variant>оң қарынша гипертрофиясы

<variant>сол қарыншалық гипертрофия

<question>Перикард және эпикардтың қосарланып дамуы, бұрын туындаған жедел экссудативті перикардит немесе біріншілік созылмалы перикардтың қабынуы. Бұл ауруды кейбір отандық және шетел авторлары әртүрлі атайды: қысылған перикардит, констриктивті перикардит, брондалған жүрек, біріктірілген жүрек, сүйелденген перикардит. Жүрек ұшы соғысының теріс мәнді болу себебі:

<variant>жабысқақ перикардитте

<variant>сол жақ қарыншалық гипертрофия

<variant>оң жақ қарыншалық гипертрофия

<variant>экссудативті перикардитте

<variant>аралық қуыстың артынан өскен қатерлі ісікте

<question>Жүрек ұшының түрткісі барлық алақан

беткейімен пальпацияланады және кеуде торы аймағында абсолютті жүрек тұйықтығы дірілге ұқсас сезіледі (кеуде тұсынан IV-V қабырға арлықтан солға). Жайылмалы, көтеріңкі, резистентті жүрек ұшы соғысының аталуы:

<variant>күмбез тәрізді

<variant>теріс мәнді

<variant>аралас

<variant>шектелген

<variant>жоғарғы

<question>Бұл ауруда науқас төсектен аяғын төмен түсіріп, қолдарымен керуетке тірей шалқая отыруға мәжбүр қалыпта болады:

<variant>Жүрек демікпесі кезінде

<variant>Бронх демікпесі кезінде

<variant>Перикардит кезінде

<variant>Бүйрек коликасы кезінде

<variant>Стенокардия кезінде

<question>Тері түсінің плеторальдылығы :

<variant>қанда эритроциттер мен гемоглобиннің көбейгенінен



<variant>қанда қалпына келген гемоглобин деңгейінің көтерілуімен
 <variant>ағзада газ алмасу деңгейінің көтерілуімен
 <variant>шеткі тамырлардағы қан іркілісінен
 <variant>шеткі тамырлар түйілгеннен
 <question>Қантамырлардың кенеттен тарылуынан теріде уақытша бозару байқалады. Бірақ жүрек жетіспеушілігі және анемия сияқты ауруларда жасанды бозару ұзақ уақыт сақталады. Тері түсінің бозаруы:
 <variant>шеткі тамырлар түйілгеннен
 <variant>ағзада газ алмасу деңгейінің көтерілуінен
 <variant>қанда қайта қалыптасқан гемоглобиннің деңгейінің көтерілуінен
 <variant>шеткі тамырлардағы қан іркілісінен
 <variant>қанды эритроциттер мен гемоглобиннің көбейгенінен
 <question>Диастолалық діріл – кейбір жүрек ақауының диастолалы фазасында кеуде торының прекардиальды аймағында пальпаторлы анықталатын шуыл. Шектеулі жүрек ұшы тұсында естілетін диастолалық шуға тән патология:
 <variant>митральды стеноз
 <variant>аортальды жетіспеушілік
 <variant>аортальды стеноз
 <variant>үш жармалы қақпаша жетіспеушілігі
 <variant>митральды жетіспеушілік
 <question>Митральды стенозбен науқастардағы жүрек ұшындағы диастолалық діріл себебі :
 <variant>шапалақты 1 тон
 <variant>ритм биі
 <variant>өкпе артериясында 2 тон акценті
 <variant>жүрек ұшында диастолалық шу
 <variant>жүрек ұшында 2 тон екі еселенуі
 <question>Систолалық діріл- кеуде торының прекардиальды аймағында систолалық фазасында пальпаторлы діріл анықталады; айқын жүрек ақауында, дөрекі систолалық шу байқалады. Систолалық діріл мына себептермен түсіндіріледі:
 <variant>систолалық шу аортада
 <variant>жүрек ұшында күшейген 1 тон
 <variant>әлсіреген 2 тон аортада
 <variant>2 тон акценті аортада
 <variant>аортада 2 тон екі еселенуі
 <question>И есімді 21 жасар науқас ауруханаға жеткізілді. Ол жүрек айнуы, құсу, іш аймағынң ауырсынуына шағымданады. «Іш құрбақасы» \брюшная жаба/ деп аталатын науқасқа тән белгі:
 <variant>асқортудың шарықтаған кезінде нитроглицеринмен қайтатын іш ауруы
 <variant>метеоризм
 <variant>диспепсиялық бұзылыстар
 <variant>стенокардия ұстамасы
 <variant>диарея
 <question>Жүректің абсолютті тұйықтығын ... түзейді.
 <variant>сол қарынша
 <variant>сол жүрекше және қарынша

<variant>оң қарынша
 <variant>оң жүрекше
 <variant>оң жүрекше және қарынша
 <question>Жүректің шынайы көлеміне сәйкес келетіні:
 <variant>салыстырмалы тұйықтығы
 <variant>жүректің салыстырмалы тұйықтығын анықтауда абсолютті тұйықтық анықталады
 <variant>тамырлар будасы шегі
 <variant>жүректің абсолютті тұйықтығы
 <variant>жүрек конфигурациясы
 <question>Жүректің оң жақтағы салыстырмалы шегінің қалыпты орналасуы:
 <variant>IV қабырға аралықта төстің оң қырынан 1 – 2 см сыртқары
 <variant>IV қабырға аралығында төстің оң қырынан 2,5 см тысқары
 <variant>төстің оң қырында
 <variant>IV қабырға аралықта төстің сол қырында
 <variant>IV қабырға аралықта төстің оң жақ қырынан 3,5 см сыртқа
 <question>Жүректің сол жақтағы салыстырмалы тұйықтығының қалыпты орналасуы:
 <variant>V қабырға аралығында сол бұғана орта сызығын 1 – 2 см ішкері
 <variant>V қабырға аралығында сол бұғана орта сызығында
 <variant>V қабырға аралығындағы төстің сол қыры
 <variant>VI қабырға аралығында сол бұғана орта сызығын 1 см тысқары
 <variant>IV қабырға аралықта төстің оң жақ қырынан 2,5 см сыртқа
 <question>Жүректің жоғарғы салыстырмалы тұйықтығының қалыпты орналасуы:
 <variant>3 қабырға аралығында төстің сол қырынан 1 см тысқары
 <variant>4 қабырғаның жоғарғы қыры
 <variant>парестернальды сызық бойынша екінші қабырға аралығында
 <variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырынан 1 см тысқары
 <variant>IV қабырға аралықта төстің оң жақ қырынан 2,5 см сыртқа
 <question>Жүрек шегі патологияға қарама – қарсы бағытта ығыспайтын мысал :
 <variant>обтурациялық ателектаз
 <variant>гематоракс
 <variant>пневмоторакс
 <variant>экссудативті плеврит
 <variant>гидроторакс
 <question>Жүрек шегінің патология бағытына ығыспайтын мысал :
 <variant>экссудативті плеврит
 <variant>пневмосклероз
 <variant>пульмонэктомия
 <variant>өкпенің ісігі
 <variant>обтурациялық ателектаз



<question>Тамыр шоғырының шегінің қалыпты жағдайда анықталатын деңгейі:

<variant>2 – і қабырға аралығында төс қырлары тұсында

<variant>2 – і қабырға аралығында парастернальды сызық бойында

<variant>3 – і қабырға аралығында төс қырлары тұсында

<variant>3 – і қабырға аралығында парастернальды сызық бойында

<variant>4 – і қабырға аралығында төс қырлары тұсында

<question>Дені сау адамда қалыпты жағдайда пульс жиілігі минутына:

<variant>60 – 80 рет соққы/мин

<variant>60 -90 рет соққы/мин

<variant>60 – 100 рет соққы/мин

<variant>60 – 84 рет соққы/мин

<variant>50-90 рет соққы/мин

<question>Ауруханаға жас жігіт ауыр халде түсті.

Брадикардия бере алмайтын жүректен тыс себеп:

<variant>жедел қансырау

<variant>уремия

<variant>миға қан құйылу

<variant>сарғаю

<variant>микседема

<question> Пульс альтернациясына тән мысал:

<variant>жыбыр аритмиясы

<variant>А – V блокада

<variant>экстрасистолия

<variant>тахикардия

<variant>анық жүрек жеткіліксіздігі

<question>Пародоксальді пульс- диагностикалық белгісі:

дем алу кезінде пульс толуының азаюы. Пародоксальді пульс ... тән.

<variant>миокардит

<variant>іш сүзегі

<variant>жүрек жеткіліксіздігі

<variant>экссудативті перикардит

<variant>миокард инфарктісі

<question>Ауруханаға Я. Есімді 30 жасар науқас

енгікпе, тез шаршағыштық, пульс мин 150 ,АҚ 150/90

шағымдады.Пульс кернеуін анықтайтын мысал :

<variant>қан көлемі

<variant>пульс толқындарының дұрыстығы

<variant>қан қысымы деңгейі

<variant>жүрек соғысы жиілеуі

<variant>жүрек соғысы күші

<question>Артериялық пульсті анықтау жүрек жұмысы

және қан айналымының қалпы туралы маңызды ақпарат

береді.Бұл зерттеу белгілі бір тәртіппен

жүргізіледі.Бастапқыда екі қолдың пульсін бірдей

екеніне көз жеткізуіміз керек. Пульстің тездеуі

\жылдамдау\ тән:

<variant>қолқа стенозы

<variant>митральді жетіспеушілік

<variant>қолқа қақпашалары жетіспеушілігі

<variant>тахикардия

<variant>трикуспидальды жетіспеушілік

<question>Дикротикалық пульс ...тән.

<variant>іш сүзегіне

<variant>жыбырлы аритмияға

<variant>экстрасистолияға

<variant>жүрек жетіспеушілігіне

<variant>жабысқақ перекардитке

<question>Ауруханаға 46 жасар ер кісі түсті.Науқаста

физикалық жүктеме кезінде және тыныштық кезде де

енгікпе, жоғары шаршағыштық, жөтел кезінде қан

аралас қақырық бөлінуі, тахикардия, экстрасистолия

және жыбырлы аритмия байқалады. Әр түрлі пульс

\Попов симптомы\ пайда болуы:

<variant>митральды стенозда

<variant>қолқа стенозында

<variant>митральды жетіспеушілікте

<variant>үш жармалы қақпақ жетіспеушілігінде

<variant>туя біткен жүрек ақауларында

<question>Науқас бас айналуына, жалпы әлсіздікке, тез

шаршағыштыққа, енгікпе, кеуде тұсының ауырсынуына,

қорқыныш сезімінде ұстаманың туындауына, талмаға

шағымданады. Пульс қалыңқылығы \дефциті\ тән:

<variant>жыбырлы аритмияның тахи түрі

<variant>брадикардия

<variant>жыбырлы аритмияның бради түрі

<variant>тахикардия

<variant>синустық ырғақ

<question>Систолалық қан қысымының қалыпты деңгейі

сынап бағанасымен:

<variant>90 – 139 мм с.б.б.

<variant>100 – 140 мм с.б.б.

<variant>120 – 120 мм с.б.б.

<variant>120 – 140 мм с.б.б.

<variant>100 - 110 мм с.б.б.

<question>Науқас жедел жәрдем көлігімен жеткізілді.Ол

артериалық гипертониямен зардап шегеді,бастың

ауырсынуы,айналуы,енгікпе,ауаның жеткіліксіздік

сезімі,жөтелгенде күлгін көпіршікті қақырықтың

бөлінуімен шағымданады.Қарау кезінде:жағдайы

ауыр,терінің беткейі бозғылт,мұрын-ауыз

үшбұрышында цианоз байқалады.ТАЖ 35рет\мин,пульс

120рет\мин, АҚ 210 -110мм.с.б.б.Диастолалық қан

қысымының қалыпты деңгейі сынап бағанасымен:

<variant>60 – 90 мм

<variant>60 – 80 мм

<variant>90 –100 мм

<variant>60 – 70 мм

<variant>100 -110 мм

<question>Д.есімді 42 жасар науқас артериалық

гипертониямен зардап шегеді,стационардағы қабылдау

бөліміне шүйде аймағындағы бастың ауырсынуымен

қаралған,көздің қан қысымы,жүрек айнуы байқалады.

Жағдайының нашарлауын күйзеліспен

байланыстырады(жұмыстағы келеңсіздіктер), ол әсерсіз

папазолды қолданған.Объективті тексеруде:беті

кызарған,пульс 98 рет\мин, АҚ 170\100мм.с.б.б, ТАЖ



18рет\мин. Сынап бағанасымен есептелгендегі шынайы артериалды гипертензия деңгейі:

<variant>систолаалалық АҚҚ 139мм – ден, диастолаалақ

АҚҚ – ның 89 мм – ден жоғары көтерілуі

<variant>систолаалалық АҚҚ 140мм – ден 160мм – ге

дейін көтерілуі

<variant>диастолаалалық АҚҚ 90 – нан 100мм – ге дейін

көтерілуі

<variant>систолаалалық АҚҚ 160мм – ден

жоғарылауы, диастолаалалық АҚҚ – ның 100мм – ден

жоғарылауы

<variant>диастолаалалық АҚҚ – ның 100мм – ден

жоғарылауы

<question>Б.есімді 56 жастағы науқас әлсіздік пен

бастың айналуына шағымданады. Объективті

тексеруде: беттің

бозғылттануына, ісінуіне, АҚҚ 210\120мм.с.бғ, пульс

64рет\мин, ТАЖ 18рет\мин. Аяқтағы қан қысым деңгейі:

<variant>қолдағы деңгейден 20 – 30мм төмен

<variant>қолдағы деңгейден 20 – 30мм жоғары

<variant>қолдағы деңгейден 20 – 40мм төмен

<variant>қолдағы деңгейден 10 – 20мм жоғары

<variant>қолдағы деңгейден 30 – 40мм жоғары

<question>Аяқтағы қан қысымының қолдағы деңгейден

төмен болуы байқалады:

<variant>қолқа коарктациясында

<variant>қолқалық жетіспеушілікте

<variant>гипертония ауруында

<variant>қолқа стенозында

<variant>қолқа аневризмасында

<question>И.есімді 55 жастағы науқас бастың

ауырсынуына, көзінің қарауытуына, ұйқысының

бұзылуына шағымданады. Алғаш рет 6 жыл бұрын АҚ

160\100мм.с.б, көтерілгені тіркелген, 2жыл бұрын

инфаркт миокардын бастан кешірген, тағайындалған

терапияны уақытысында қабылдамаған, бойы

164, салмағы 82кг. Артериалды қан қысымы

көтерілгендегі пульс:

<variant>толық және кернеулі

<variant>тез және жоғары

<variant>дикротикалық

<variant>жұмсақ және толық

<variant>альтернациялаушы

<question>25 жастағы әйел жүрек шуын

тексерткен, анамнез кезінде ревматизм және шудың

естілуі байқалмайды. Бірінші және екінші тон

қалыпты, кардиомегалиясы жоқ. Төстің II оң жақ қабырға

аралығында систолаалық шу тындылды. Жүрек пен

тамырларды тындағанда қалыпты жағдайда ...екі тон

естілмейді.

<variant>шап артерияларында

<variant>ұйқы артерияларында

<variant>бұғанаасты артерияларында

<variant>эпигастральды нүктеде

<variant>жүректің барлық тындау нүктелерінде

<question>Науқас жиі талма, жүрек аймағында ауырсыну, еңтікпеге шағымданады. Траубенің қосарланған тоны ...естіледі.

<variant>қолқа стенозында

<variant>қолқалық жетіспеушілікте

<variant>митральды стенозда

<variant>митральды жетіспеушілікте

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілікте

<question>Бұл ауру ұзақ симптомсыз ауру. Еңтікпе, бас

айналу, талма, жалпы әлсіздік. Виноградов – Дьюразье

қосарланған шуы естілуі тиіс мысал:

<variant>қолқа стенозында

<variant>қолқалық жетіспеушілікте

<variant>митральды стенозда

<variant>митральды жетіспеушілікте

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілікте

<question>Зырылдауық шуын тындайтын нүкте :

<variant>анемия кезінде мойын көктамырларынан

<variant>қолқа жетіспеушілігі кезіндегі сан

артериясынан

<variant>ұйқы артерияларында қалыпты жағдайда

<variant>мойын веналарында қалыпты жағдайда

<variant>ұйқы артерияларында қолқа стенозында

<question>Зырылдауық шуылы - қанның тұтқырлығы

төмендеуіне байланысты үздіксіз шу. Мойын

веналарындағы зырылдауық шуы естілуі ...тән.

<variant>анемияда

<variant>үш жармалы қақпақшалық жетіспеушілікте

<variant>қолқалық жетіспеушілікте

<variant>қолқа сағасы стенозында

<variant>митральды жеткіліксіздікте

<question>Пульс мөлшерін анықтайтын көрсеткіштер:

<variant>толығы және кернеуімен

<variant>пульс ырғағы және жиілігімен

<variant>пульс жылдамдығымен

<variant>тамыр ерекшелігімен

<variant>жүрек жұмысымен

<question>Қабылдау бөлмесіне науқас түсті, АҚ

өлшегенде және пульсті санаған кезде, пульс жіпті

тәрізді болып шықты. Жіп тәрізді пульс дегеніміз:

<variant>толығы және кернеуі өте әлсіз пульс

<variant>биік және тез пульс

<variant>баяу және толығы аз пульс

<variant>өте жиі пульс

<variant>ырғақсыз пульс

<question>Науқаста баяу және жәй пульс, дене

жүктемесі кезінде еңтікпе, кернеу стенокардиясы, талу

байқалады. Жәй және кіші пульс ...тән.

<variant>қолқа сағасының стенозында

<variant>ЖИА – да

<variant>қолқа жеткіліксіздігі

<variant>митралді стенозда

<variant>брадикардия

<question>Мюссе симптомы, каротид биі, капиллярлы

пульс түсіндірілуі:



<variant>қолқалық жетіспеушілікке тән пульстік қысым жоғарлауымен

<variant>жоғары систолалық қысыммен

<variant>жоғарғы диастолалық қысыммен

<variant>жоғарғы венозды қысыммен

<variant>қан қысымы жоғарлауымен

<question>57 жастағы В науқас, еңтігу, "ауаның жетіспеуі" сезімі, жөтелге шағымданып жедел жәрдем шақырды. Тексеру кезінде: жағдайы ауыр. Тері жамылғысы бозғылт, мұрын-тісті үшбұрыштың цианозы. Жүрек тондары саңырау, пульс 120 в мин, АҚ 210/110 мм рт.

Жоғарғы пульстік қысым ...тән.

<variant>артериалдық гипертонияда

<variant>қолқа жеткіліксіздігі

<variant>қолқа коарктациясы

<variant>қолқа сағасының стенозы

<variant>анемия

<question>65 жастағы науқас қатты бас ауруына, жалпы әлсіздікке, бас айналуға шағымданады. мұрыннан қан кету. Бірнеше жыл бойы артериялық гипертониямен зардап шегеді.

Объективті: жағдайы ауыр. ТАЖ-20 В мин. пульс 68 мин. АД -240 / 120 мм. сын.бағ.

Пульстік қысым дегеніміз:

<variant>систолалық және диастолалық қысым айырмасы

<variant>ең жоғарғы қысым

<variant>ең төменгі қысым

<variant>орташа артерияльды қысым

<variant>пульстын сиреуі

<question>Науқаста бас айналу және талуға бейім; жүрек аймағындағы стенокардиялық сипаттағы ауырсыну; систолалық және диастолалық қысым арасындағы үлкен айырмашылық; Мюссе симптомы — бас шайқалуы; қан айналымының кіші ортасындағы қанның іркілу симптомдары (жүрек демікпесінің белгілері); Оң мәнді венозды пульс ...тән.

<variant>қолқалық жетіспеушілікке

<variant>экссудативті перикардитке

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілігіне

<variant>үлкен қан шеңберіндегі қан тоқырамасына /іркілістерінде/

<variant>жоғарғы қуыс вена тромбозына

<question>Науқаста жүрек ұшында I тон әлсіреген, II өкпе артериясының тоны қолқадағы II тонмен салыстырғанда күшейтілген. Ұшы аймағында систолалық шу естіледі, аксиллярлық аймаққа жүргізіледі. Систолалық тон дегеніміз:

<variant>жүректің I тоны

<variant>жүректің II тоны

<variant>жүректің III тоны

<variant>жүректің IV тоны

<variant>жүректің II, III, IV тондары

<question>Науқаста жүрек ұшындағы I тонн әлсіреген, қолқада II тонн тыңдалмайды. Диастолалық тонға жатпайтын тон:

<variant>I тон

<variant>II тон

<variant>III тон

<variant>IV тон

<variant>митральды қақпақшаның ашылу тоны

<question>Бірінші тон ұзақтығы:

<variant>0,09 – 0,12 сек

<variant>0,08 – 0,01 сек

<variant>0,11 – 0,14 сек

<variant>0,14 – 0,16 сек

<variant>0,17 – 0,20 сек

<question>Екінші тон ұзақтығы:

<variant>0,05 – 0,07 сек

<variant>0,08 – 0,01 сек

<variant>0,05 сек дейін

<variant>0,11 – 0,14 сек

<variant>0,16 – 0,20 сек

<question>Систолалық үзіліс ұзақтығы:

<variant>0,2 – 0,25 сек

<variant>0,14 – 0,18 сек

<variant>0,05 – 0,07 сек

<variant>0,42 сек секундқа дейін

<variant>0,11 секундтан ұзақ

<question>Диастолалық үзіліс ұзақтығы:

<variant>0,42 – 0,46 сек

<variant>0,14 – 0,18 сек

<variant>0,07 – 0,11 сек

<variant>0,18 – 0,2 сек

<variant>0,05 – 0,07 сек

<question>Үшінші тон қалыптасуы:

<variant>қарын диастола кезінде пассивті тез толуы фазасында және қарыншалар қабырғасы тербелісінен

<variant>жүрекшелер систоласында

<variant>қарыншалар диастоласы кезінде жабылған жарты айшықты қақпақшаларға гемодинамикалық соққы кезінде

<variant>қарыншалар диастоласы кезінде ашылған митральды қақпақшалар тербелісінен дыбыс күшейгеннен

<variant>қарыншалар систоласында

<question>IV тон қалыптасады :

<variant>қарыншалар диастоласы кезінде жарты айшықта қақпақшалар тербелісінен

<variant>қарыншалар систоласында

<variant>қарыншалар қабырғасының бұлшық еттерінің диастоланың тез пассивті толу фазасында тербелгеннен

(жүрекшелер систоласында)

<variant>диастола қарыншалардың белсенді толу фазасында

<variant>систола кезінде I тон бөлінгеннен

<question>Митральды қақпақшаның алдыңғы кеуде қабырғасына проекциясы:

<variant>жүрек ұшында



<variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырында
<variant>төс арасында 3 қабырғалар деңгейінде
<variant>3 қабырға төстің қырынан
<variant>2 қабырға аралықта төстің оң қырында
<question>Қолқа қақпақшасын тыңдау орны:
<variant>2 қабырға аралықта төстің оң қырында
<variant>3 сол қабырға шеміршегінің төске бекіген жерінде
<variant>кеуде ортасында сол жағынан 3 қабырға және оң жағынан 5 қабырғаның шеміршектерінің бекіген жері
<variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырында
<variant>төс арасында 3 қабырғалар деңгейінде
<question>Өкпе артериясы қақпақшасының алдыңғы кеуде қабырғасындағы проекциясы:
<variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырында
<variant>кеуде орталығында 3 қабырға деңгейінде
<variant>кеуде ортасында сол жағынан 3 қабырға және оң жағынан 5 қабырғаның шеміршектерінің бекіген жері
<variant>2 қабырға аралықта төстің оң қырында
<variant>3 қабырға шеміршегі деңгейінде кеудеге бекіген жерінде
<question>Үш жармалы қақпақшаны тыңдау орны:
<variant>төс семшершесі негізінде
<variant>жүрек ұшында
<variant>төс арасында 3 қабырғалар деңгейінде
<variant>2 қабырға аралықта төстің оң қырында
<variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырында
<question>Боткин – Эрба нүктесінің орналасқан жері:
<variant>3 және 4 қабырға арасында төстің сол қырында
<variant>2 қабырға аралықта төстің оң қырында
<variant>2 қабырға аралықта төстің сол қырында
<variant>семсер тәрізді өсіндінің негізінде
<variant>жүрек ұшында
<question>Ауруханаға мұрыннан қатты қан кетумен 10 жастағы бала түсті. Мұрыннан қан кету себебі:
<variant>жүйелі артериальды қан қысымы өскеннен
<variant>қақпа вена жүйесінде қысым өскеннен
<variant>төменгі қуыс вена жүйесінде қысым өскеннен
<variant>бауырда қан ұйыту факторлары түзелуі
<variant>жоғарыда көрсетілген себептердің үйлесімі
<question>Боткин – Эрба нүктесі ... қосымша тыңдау үшін қажет.
<variant>өкпе артериясы қақпақшаларын
<variant>митральды қақпақшаны
<variant>үш жармалы қақпақшаны
<variant>өкпе артериясының қақпақшасы
<variant>аорталық және митральды
<question>Бірінші тон дыбыстылығын бағалау:
<variant>1 және 4 тыңдау нүктелерінде
<variant>2 және 3 тыңдау нүктелерінде
<variant>1 және 2 тыңдау нүктелерінде
<variant>1, 2, 3, 4 тыңдау нүктелерінде
<variant>5 тыңдау нүктесінде
<question>Екінші тон дыбыстылығын бағалау:
<variant>2 және 3 тыңдау нүктелерінде
<variant>1, 2, 3, 4 тыңдау нүктелерінде

<variant>1 және 4 тыңдау нүктелерінде
<variant>5 тыңдау нүктесінде
<variant>1 және 2 тыңдау нүктелерінде
<question>Бірінші тонды қалыптастыруға қатыспайтын механизмді атаңыз:
<variant>жүрекше компоненті (жүрекше систолы)
<variant>бұлшықет компоненті
<variant>тамырлы компонент
<variant>аортаның қақпақшаларының бастапқы күйіне қайтатын тербелістер
<variant>қақпақшалық компонент
<question>Екінші тонды қалыптастыруға қатыспайтын механизм :
<variant>тамырлық
<variant>қақпашалық
<variant>қайта оралғандағы қолқа қақпақшалар тербелісі
<variant>жармалы қақпақшалардың ашылуы
<variant>бұлшық ет
<question>Бірінші тонның дыбыстылығы ең алдымен неге байланысты:
<variant>жүректің қақпашалар аппараты бүтінділігінде
<variant>науқас жасында
<variant>систоалық АҚҚ деңгейінде
<variant>жүрек соғу жиілігіне
<variant>науқас жынысында
<question>Бастың айналуы және талуға бейімділігі ;жүрек аймағындағы стенокардиялық сипаттағы ауырсыну; Мюссе симптомы — бастың шайқалуы; қан айналымының кіші шеңберіндегі қанның іркілу симптомдары (жүрек демікпесінің белгілері); жоғары және жүктелетін пульс; бауыр проекциясы аймағындағы оң жақ қабырға астындағы пульсация; екі тон да әлсіремейтін мысал:
<variant>митральді қақпақша жеткіліксіздігі
<variant>өкпе эмфиземасы
<variant>экссудативті плеврит
<variant>перикардит
<variant>семіру
<question>Аурудың негізгі симптомы-жүрек аймағындағы ауырсыну. Ол физикалық жүктеме кезінде күшеюде, оны нитроглицерин таблеткаларының көмегімен шешу мүмкін емес. Жиі терең тыныс алу ауыруы күшті болады. Егер жүрек сөмкесінде сұйықтық жиналса, онда ауырсыну сезімінің күшеюі де алға еңкейгенде байқалады. Науқас отырған жағдайда өзін жақсы сезінеді. Екі тон да күшейе алмайтын мысал:
<variant>перикардит кезінде
<variant>тиреотоксикоз кезінде
<variant>пневмосклероз кезінде
<variant>сол қарынша гипертрофиясының бастапқы сатыларында
<variant>дене жүктемесінен кейін
<question>Аурудың сатысына байланысты пайда болатын ентигу: бастапқы сатыда ол тек Елеулі физикалық немесе моральдық шамадан тыс жүктелгенде, ал қорытынды сабырлық кезінде де



көрінеді; стенокардия және жүрек ырғағының бұзылуы; бастың айналуы; естен тану және талу; жылдам физикалық шаршау. Екінші тон күшеймейтін мысал:

<variant>қолқа стенозы

<variant>өкпе артериясы стенозы

<variant>үлкен қан шеңберінде қан қысымы тұрақты көтерілуі

<variant>психо – эмоциональды және физикалық жүктемеге байланысты қан қысымының қысымының қысқа мерзімге көтерілуі

<variant>кіші қан шеңберінде қан қысымы өсуі

<question>Науқаста сол қарыншада қанның едәуір регургитациясымен және қан қысымының артериялық арнада ауытқуымен байланысты бірқатар симптомдар, өте айқын, бірақ аз ақпарат белгілері бар. Екінші тона әлсірейді:

<variant>қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant>қолқа сағасының стенозы

<variant>митральды тесік стенозы

<variant>үлкен шеңберде қысымды арттыру

<variant>кіші шеңбердегі қысымның жоғарылауы

<question>Маятник тәрізді ырғақ деген:

<variant>диастолалық үзілістің қысқарып, систолалық үзіліспен теңелуі

<variant>жүректің үш мүшелі үні

<variant>тахикардияда және I тонның күшеюімен қатар диастолалық үзілістің қысқарып, систолалық үзіліспен теңелуі

<variant>қосымша митральды қақпақшаның ашылу тоны пайда болуы

<variant>жүрек ұшында I тонның бөлінуі

<question>Үш мүшелі ырғақтың қалыпты жағдайда естілуі мүмкін:

<variant>балаларда

<variant>ерлерде

<variant>әйелдерде

<variant>қарт адамдарда

<variant>жастарда, жүректі тікелей тыңдағанда

<question>Шоқырақ ырғағы кездеспейтін мысал:

<variant>2 – і тон бөлінгеннен

<variant>1 – і тон бөлінгеннен

<variant>3 – і тон бөлінгеннен

<variant>4 – і тон күшейгеннен

<variant>1 – і тон күшейгеннен

<question>Шоқырақ ырғағында прессистоликалық және протодиастоликалық формалар қосымша Тонда жүрекше тонының күшеюі немесе қосымша үшінші тонның пайда болуы, балалар үшін физиологиялық болуына байланысты бөлінеді. Шоқырақ ырғағы болып табылатын көрініс:

<variant>жүрек жетіспеушілігінен

<variant>жүрек өткізгіштігі бұзылғаннан

<variant>жүрек ырғағы бұзылғаннан

<variant>жүрек іші гемодинамикасы бұзылғаннан

<variant>миокард қызметі бұзылғаннан

<question>Шоқырақ ырғағы систолалық , онда экстратон қарыншалардың систоласы кезінде, әдетте бірінші тоннан кейін анықталады; оң және сол қарыншалардың бір уақытта қысқаруы кезінде тіркеледі. Систолалық шоқырақ ырғағы дамуы:

<variant>жүрек ұшында 1- і тон бөлінгеннен

<variant>3 – і тон күшейгеннен

<variant>митральды қақпақша ашылу тоны пайда болғаннан

<variant>4 – і тон күшейгеннен

<variant>1 – і тон күшейгеннен

<question>Протодиастолалық - диастолалық галоп

ырғағы которомэкстратон кезде диастоланың басында анықталады; қолқаның клапандары мен өкпе оқпанының бір уақытта бітелуімен байланысты. Протодиастолалық шоқырақ ырғағы дамуы:

<variant>3 – і тон күшейгеннен

<variant>1 – і тон бөлінгеннен

<variant>2 – і тон бөлінгеннен

<variant>4 – і тон күшейгеннен

<variant>1 – і тон күшейгеннен

<question>Шоқырақ ырғағы пресистоликалық-экстратон

жүректің бірінші нүктесіне дейін тыңдалады және жүрекшенің қысқаруына байланысты; принеполды

атриовентрикулярлы блокада тіркеледі. Пресистоликалық шоқырақ ырғағы дамуы:

<variant>4 – і тон күшейгеннен

<variant>3 – і тон күшейгеннен

<variant>2 – і тон бөлінгеннен

<variant>1 – і тон бөлінгеннен

<variant>1 – і тон күшейгеннен

<question>Шоқырақ ырғағының жүректің қалыпты үш мүшелі үнінен айырмашылығы:

<variant>шоқырақ ырғағы брадикардиямен бірге естілді

<variant>шоқырақ ырғағы жүректің басқа

зақымдануымен қатар болады

<variant>қалыпты үш мүшелі ырғақ жастарды тікелей

тыңдағанда жүрек патологиясы жоқта естіледі

<variant>шоқырақ ырғағы әрдайым патология белгісі

<variant>шоқырақ ырғағы тахикардиямен бірге естілді

<question>»Бөдене бытпылы» ырғағының естілуі:

<variant>митральды стенозда

<variant>қолқалық стенозда

<variant>қолқа жеткіліксіздігі

<variant>үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігінде

<variant>митральды жетіспеушілікте

<question>Жүрек ұшында екінші тонның бөліну себебі:

<variant>митральды стеноздағы митральды

қақпақшаның ашылу тоны күшейгеннен

<variant>3 – і тон күшейгеннен

<variant>Гисс будасының бір аяқшасында тежеу пайда болғаннан

<variant>жүректің оң және сол бөліктері жұмысының

десинхронизациясынан

<variant>қарыншаішілік өткізгіштіктің бұзылуы



<question>Қалыпты жағдайда нормостениктерде жүрек аймағының аускультациясы кезінде екі тон тыңдалады: I тон және II тон. Бөдене ырғағы үш тоннан тұрады. Бөдене ырғағының бірінші тоны-бұл күшейтілген қалыпты тоны. Бөдене ырғағының екінші тоны-бұл кеуденің сол жағындағы екінші қабырға аралық екінші тон. Үшінші тон-бұл митральды қақпақшаның ашылу үні. «Бөдене ырғағына» жатпайтын ұғым:

<variant>өкпе артериясындағы 2 – і тон акценті
<variant>жүрек ұшында 2 – і тонның бөлінуі
<variant>митральды қақпақшаның ашылу тоны күшеюі
<variant>жүрек ұшында 1 – і тонның күшеюі
<variant>жүрек ұшында 1 – і тонның әлсіреуі

<question>Жедел жәрдем аурухананың қабылдау бөліміне желке сүйек тұсында қатты ауыру сезіміне, құсуға, көзінің қарауытуына шағымданған 50 жастағы науқасты алып келді. Жағдайдың нашарлауы стресстік жағдаймен байланысты. Объективті тексеру кезінде: жағдайы ауыр, қозған, бет терілері гиперемияленген, пульс-100 уд. мин. ырғақты, кернеулі, АҚ-220 / 110 мм с. Қолқада 2 – і тон акценті пайда болуы:

<variant>үлкен қан шеңберінде АҚҚ көтерілгенде
<variant>жүрек декомпенсациясында
<variant>митральді стенозда
<variant>кіші қан шеңберінде АҚҚ көтерілгенде
<variant>қаназдық

<question>28 жастағы науқас қол және аяқ буындарының ауырсынуына, бас айналуы, температураның 37,5оc-қа дейін жоғарылауына шағымданады. Объективті тексеруінде: тері қабаттары және көрінетін шырышты қабаты бозарған, ұйқы және қосылған артериялардың айқын айқын білінетін пульсациясы. Жоғарғы ұшы 6 қабырға аралықта бұғана ортаңғы ұшы сызығынан 1 см солға қарай жайылған, нығайтылған. Аускультативті: Боткин-Эрба нүктесіндегі протодиастоликалық шу, қолқада 2 тонның әлсіреуі. Пульс-минутына 90, ырғақты, жылдам, жоғары. АҚ 180/40 мм рт.бауыр үлкейген жоқ, ісіну жоқ. ЭКГ: левограмма, сол қарыншаның гипертрофиясы. Екінші тонның жүрек негізінде бөлінуі:

<variant>митральді стенозда
<variant>сол веноздағы тесік стенозында
<variant>қан айналымының кіші шеңберіндегі қысымның жоғарылауы
<variant>қан айналымының үлкен шеңберіндегі қысымды арттыру
<variant>сау адамдарда тыныс алу кезеңінің соңында

<question>65 жастағы науқас қатты бас ауруына, жалпы әлсіздікке, бас айналуға, мұрыннан қан кетуге шағымданады. Бірнеше жыл бойы артериялық гипертониямен зардап шегіп келеді. 2 апта бойы жағдайдың нашарлауы байқалды. Дәрі-дәрмектер тұрақты емес қабылдайды. Қандай диета сақтап жүргенін білмейді. Өкпе артериясында 2 – і тон акценті пайда болуы:

<variant>кіші қан айналым шеңберінде қан қысымы көтерілгенде
<variant>үлкен қан айналым шеңберінде қан қысымы көтерілгенде
<variant>перикардитте
<variant>тахикардияда
<variant>брадикардияда

<question>Жүректе органикалық шу пайда болуының басты себебі:

<variant>қан айналуына бөгет пайда болуы
<variant>қанның айналу тездігі
<variant>қанның тұтқырлығы
<variant>жүрек айналасындағы мүшелер жайы
<variant>тамырлардың жағдайы

<question>Функционалдық шу-органның жұмыс істеу кезінде туындайтын шу. Мысалы, жүрек жұмысы кезінде, егер жүрек митральды қақпақшасы шетіне тығыз жабысса, осындай шу болады. Функционалдық шу пайда болуының негізгі себебі:

<variant>қанның айналу тездігі және тұтқырлығы
<variant>қан айналуына бөгет пайда болуы
<variant>жүрек айналасындағы ағзалар жайы
<variant>кеуде қалыңдығы
<variant>тамырлардың жағдайы

<question>Функционалдық шу—ағзаның қызметі кезінде пайда болатын шу. Мысалы, егер жүрек жұмысы кезінде митральді қақпақша жиектерін толық жаппаса дамидытын шу. Функционалдық шулардың пайда болуын анықтайтын факторлар:

<variant>қан ағысы жылдамдығы және қан тұтқырлығы
<variant>қанағысы жолындағы кедергілер
<variant>жүрек аймағында орналасқан ағзалар жағдайы
<variant>кеуде торшасы қалыңдығы
<variant>қан тамырлар жағдайы

<question>Функционалдық шуға ... тән емес.

<variant>диастолалық болуы
<variant>тондар дыбыстылығын өзгермеуі
<variant>көбіне тұрақсыз
<variant>әрдайым систолалық
<variant>көбіне жүрек ұшында, өкпе артериясында естілуі

<question>Органикалық экстракардиалды шулар-перикард үйкеліс шуы және плевроперикардальды Шу, бактериялық және вирустық этиологиядағы адгезивті және ішетін перикардит (плевроперикардит) кезінде, сондай-ақ жіті миокард инфарктімен ауыратын науқастарда перикардит кезінде, жіті және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі (уремиялық перикардит), ағзаның айқын сусыздануы кезінде пайда болады. Экстракардиалды шуға ... жатпайды.

<variant>Флинт шуы
<variant>плевроперикардальды үйкеліс шуы
<variant>кардиопульмональды шу
<variant>перикардттың үйкеліс шуы
<variant>қанағынының жылдамдығы шу



<question>36 жастағы науқас соңғы уақытқа дейін өзін қанағаттанарлық сезініп, жұмыс істеген. Дене салмағының кемуі алдында жүрек соғуы, ентігу пайда болды. Жүрек ырғағы түскенде екінші нүктеде дұрыс, өрескел қарқынды систоалық шу, АҚ 110/95 мм Ср.ст. Систоалық шуға тән емес:

<variant>митральды стеноз

<variant>өкпе артерия стенозы

<variant>митральды қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>қолқа сағағы стенозы

<question>67 жастағы еркекте денеге түсетін ауыр жүктемеден кейін кеуде ауруы, демікпе пайда болды. Диастоалық шуға тән емес:

<variant>митральды жетіспеушілік

<variant>үш жармалы қақпақшалар тесік стенозы

<variant>қолқа қақпақшалары жетіспеушілігі

<variant>митральды стеноз

<variant>өкпе артерия қақпақшасы жетіспеушілігі

<question>Митральды жетіспеушілік-жүректің клапанды аппаратының бұзылуының ең жиі түрі. Ол жүрек ақауы бар науқастардың жартысында, көбінесе митральды стенозбен және қолқа ақаулары – стенозбен немесе қолқа қақпақшаларының жеткіліксіздігімен үйлескенде анықталады. Митральды жетіспеушіліктегі систоалық шудың жақсы естілуі:

<variant>жатқан жағдайда

<variant>ішке терең демалғанда

<variant>тікелей аускультация кезінде

<variant>отыру жағдайында

<variant>түрегеп тұрғанда

<question>Жөтелге, алдымен құрғақ, содан кейін қақырық қан жаюымен қосылып, өкпе тамырларында қан іркілісі, ентігу, жүрек соғуының жиілеуі, жүрек соғылуының нитмиялық емес сезімі, жүректің бітелуі, кеуде қуысының сол жақ жартысындағы төңкерулер пайда болады. Митральді жетіспеушіліктегі систоалық шу эпицентрі:

<variant>жүрек ұшында

<variant>митральды қақпақша тұсында

<variant>кеудедегі жүрек негізінде

<variant>төстің сол қырына 3 – і қабырға аралығында

<variant>төстің сол қырына 4 – і қабырға аралығында

<question>Диастоалық шу - жүрек ауруларында асқазан диастоласы кезінде жүрек аймағында естілетін дыбыстар. Шектеулі жүрек ұшы тұсында естілетін диастоалық шуға тән патология:

<variant>митральды стеноз

<variant>митральды жеткіліксіздік

<variant>қарыншааралық қалқаның ақауы

<variant>перикардит

<variant>анемия

<question>Митральды стеноздағы диастоалық шуға байланысты пальпаторлық белгі:

<variant>жүрек ұшы тұсындағы диастоалық діріл

<variant>жайылмалы жүрек ұшы соғысы

<variant>жүрек ұшындағы систоалық діріл

<variant>теріс мәнді жүрек ұшы соғысы

<variant>шектеулі жүрек ұшы соғысы

<question>59 жастағы науқас ер адам ауруханаға түсті, жүрек тұсындағы ауырсынуға, дем алуға шағымданды. Бұрын митральды стенозға күдікті болған. Митральды стенозға байланысты диастоалық шу науқастың ... естіледі.

<variant>сол қырынан жатқанда

<variant>ішке дем алғанда

<variant>түрегеп тұрғанда

<variant>алға қарай еңкейгенде

<variant>отырғанда

<question>Диастоалық шудың аускультация шарттары систоалық шудан нашар, себебі диастоланың кезіндегі қан тоғының жылдамдығы систолаға қарағанда аз. Диастоалық шудың үш түрі бар: диастоланың басында тыңдалатын протодиастоалық, екінші тоннан кейін басталатын мезодиастоалық және бірінші тонның алдында тікелей тыңдалатын пресистоалық. Митральды стенозға байланысты диастоалық шу ...:

<variant>тек жүрек ұшы тұсында шектеулі жерде естіледі

<variant>жоғары, төстің сол қыры бағытына

<variant>сол қолтыққа

<variant>жауырын ортасы аймағында тарайды

<variant>жүрек тұсының барлық жерінде

<question>Өкпе гипертензиясы - өкпе артериясының қан тамырлары арнасындағы қан қысымының тұрақты жоғарылауына байланысты қатерлі патологиялық жағдай. Өкпе гипертензиясының дамуымен түсініксіз ентігу, арықтау, дене белсенділігі кезіндегі шаршау, жүрек қағу, жөтел, дауыстың жылығуы пайда болады. Өкпелік гипертензия клиникасында жүрек ырғағының бұзылуы немесе мидың жіті гипоксиясының дамуы салдарынан бастың айналуы және талу жағдайлары ерте байқалуы мүмкін. Өкпелік гипертензияның кешірек көріністері қан қату, кеуде ауруы, жіліншіктің ісінуі және табанның ісінуі, бауыр аймағында ауырсыну болып табылады. Митральды стеноздағы өкпелік гипертензияның аталуы:

<variant>2 – і тонның өкпе артериясындағы акценті

<variant>2 – і тонның қолқадағы акценті

<variant>митральды қақпақшаның ашылу тоны

<variant>жүрек ұшындағы шапалақты 1 – і тон

<variant>қолқада күшейтілген 1 тон

<question>Систоалық шу деп қарыншаның қысқаруы кезінде естілетін шу деп аталады. Ол бірінші тоннан кейін естіледі және қарынша клапандарының тарылған тесігі арқылы қан өту себебінен пайда болады. Екінші тыңдау нүктесіндегі мойынға тарайтын систоалық шуға тән ақау:

<variant>қолқа стенозы

<variant>қолқалық жетіспеушілік

<variant>функционалды шу

<variant>Фалло тетрадасы



<variant>митралді стеноз

<question>Қолқаның ішінің қолқа стенозы немесе стенозы қолқаның полулунды қақпақшасының аймағында шығаратын жолдың тарылуымен сипатталады, осыған байланысты сол қарыншаның систолалық босауы қиындайды және оның камерасы мен қолқаның арасындағы қысымның градиенті күрт өседі. Қолқалық стенозға тән шу эпицентрі:

<variant>2 – і тыңдау нүктесі

<variant>мойын тамырлары

<variant>жауырынаралық аймақ

<variant>жүрек ұшы

<variant>1 – і тыңдау нүктесі

<question>Қолқа стенозының толық компенсациясы кезеңінде науқастар ұзақ уақыт Елеулі жайсыздықты сезбейді. Алғашқы көріністер қолқа аузының шамамен 50% - ға дейін тарылуымен байланысты және дене жүктемесі кезінде еңгігумен, тез шаршағандықпен, бұлшық ет әлсіздігімен, жүрек соғуының сезімімен сипатталады.

Қосалқы стенозға байланысты систола шуының негізгі таралу бағыты:

<variant>мойын тамырлары

<variant>Боткин – Эрба нүктесі

<variant>жүрек ұшы

<variant>мойын веналары

<variant>қолқа нүктесі

<question>Қолқа стенозындағы систолалық шудың пальпаторлы эквиваленті:

<variant>2 – қабырғааралығы, төстің оң қырындағы систолалық діріл

<variant>жүрек ұшындағы систолалық діріл

<variant>төстің сол жақ бойындағы систолалық діріл

<variant>жүрек ұшындағы диастолалық діріл

<variant>жүрек негізіндегі диастолалық діріл

<question>... ауру кезінде науқас бастың айналуына, жиі талуға, стенокардия ұстамаларына, еңгіуге шағымданады. Ең қатты шудың естілуі:

<variant>қолқалық стенозда

<variant>митральды стенозда

<variant>митральды жетіспеушілікте

<variant>қолқа қақпақшалары жетіспеушілігінде

<variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілігінде

<question>Қолқа стенозындағы систолалық шудың ФКГ – дағы сипаты:

<variant>ромб тәрізді

<variant>бірте – бірте азайады

<variant>бірте – бірте өседі

<variant>тұрақты

<variant>бірден азайады

<question>Перикардтың үйкеліс шуына тән емес белгі:

<variant>шу физикалық жүктемеден соң әлсірейді

<variant>науқасты алға қарай еңкейтіп және стетоскопты тығызырақ басып тыңдағанда күшейеді

<variant>немесе өте нәзік, немесе өте дөрекі

<variant>шу жүрек жұмысы фазаларымен тығыз байланысты емес

<variant>шу физикалық жүктемеден соң күшейеді

<question>Жүректің абсолютті тынығы тұсында естілетін және стетоскопты басқанда күшейетін шу аты:

<variant>перикардтың үйкеліс шуы

<variant>плевраның үйкеліс шуы

<variant>плевроперикардиялық үйкеліс шуы

<variant>қарынша аралық перде жетіспеушілігі шуы

<variant>органикалық шуы

<question>Функционалдық шу жиі кездеседі. Олар жасына, дене жағдайына байланысты өзгереді және ұзақ уақыт сақталады. Функционалдық шудың органикалық шудан ең басты және тұрақты айырмашылығы:

<variant>функционалдық шудың тұрақсыздығы,

органикалық шудың тұрақтылығы

<variant>шудың систолалығы

<variant>шудың айтарлықтай қаттылығы

<variant>негізінен 1 – і және 3 – і тыңдау нүктелерінде естілуі

<variant>шумен қатар жүрек ақауларының басқа белгілері табылуы

<question>Функционалдық шу пайда болуына ... әсері жоқ.

<variant>тегіс стенозының

<variant>қанайналым тездеуінің

<variant>қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігінің

<variant>қанның тұтқырлығы азаюының

<variant>қанның тұтқырлығы көбеюінің

<question>Өкпе артериясы қақпақшасының

жеткіліксіздігі-бұл жүрек ақауы, онда өкпе

артериясынан (өкпеге қан жеткізетін тамырлар) оң қарыншаға оның жармаларының толық жанасуының салдарынан жүрек қарыншасының босаңсуы кезінде қанның кері қозғалысы болады. Өкпе артериясының салыстырмалы жетіспеушілігіне байланысты шу:

<variant>диастолиялық

<variant>систола-диастолиялық

<variant>пресистоликалық

<variant>протодиастолиялық

<variant>систолалық

<question>Өкпе артериясының салыстырмалы жетіспеушілігіндегі функционалдық шу:

<variant>Грэхем-Стилл шуы

<variant>Флинт Шу

<variant>Виноградов-Дюрозье шуы

<variant>зырылдауық шу

<variant>Траубе тоны

<question>Жүректің митральды ақауы сол жүрекше-қарынша тесігінің стеноз (тарылу) және митральды қақпақшаның жеткіліксіздігінің (жүректің қарыншасының қысқаруы кезінде сол қарыншаның екі жақты қақпақшаның толық жабылуы) симптомдарымен көрінеді. Күрделі жүрек ақауы дегеніміз:

<variant>тегістің стенозы және бір клапанды аппаратта клапанның жеткіліксіздігі



<variant>клапанды аппараттың зақымдануы және қалқаның ақауы
 <variant>клапанды аппараттың зақымдануы және қолқаның аномалды орналасуы
 <variant>клапанды аппараттың зақымдануы және патологиялық тартылыс
 <variant>бірден 2 клапанды аппараттардың зақымдануы
 <question>Ентігу, жөтел, қан қату, жүрек қағу, үзіліс және жүрек аймағында ауырсыну, дене салмағына төзімділіктің төмендеуі бар науқас түсті. Біріккен жүрек ақауы дегеніміз:
 <variant>бірден екі қақпақша аппаратының зақымдалуы
 <variant>қақпақша аппаратының және қарынша аралық перде жетіспеушілігі
 <variant>қақпақша аппаратының зақымдануы және қолқаның аномальды орналасуы
 <variant>қақпақша аппаратының зақымдануы және тамырлар арасында патологиялық өзек пайда болуы
 <variant>тесік стенозы бір қақпақша аппаратында қақпақша жетіспеушілігі
 <question>Ер адам жалпы әлсіздікке, шаршағандыққа, ентігуге шағымданады. Митральді қақпақшаның жетіспеушілігі не митралды стеноз басымдылығын анықтау үшін қажет басты белгі:
 <variant>жүрек ұшында 1 тонның сақталу және оның дыбыстылығы
 <variant>жыбыр аритмиясы
 <variant>жүрек ұшындағы айтарлықтай диастола шуы
 <variant>жүрек ұшы тұсындағы систолалық шуының күші
 <variant>сол жүрекше гипертрофия деңгейі
 <question>Стражеско – Василенко зеңбірек шуының себебі:
 <variant>толық А – V блокада
 <variant>экстрасистолалар
 <variant>митральді стенозда
 <variant>үш жармалы қақпақша стенозында
 <variant>қолқа стенозында
 <question>Стражеско – Василенко зеңбірек тоны дегеніміз:
 <variant>А – V блокадаға байланысты 1 – і тонның күшеюі
 <variant>қолқадағы 2 – і тон акценті
 <variant>өкпе артериясындағы 2 – і тон акценті
 <variant>митральды стеноздағы шапалақты 1 – і тон
 <variant>экстрасистолияға байланысты 1 – і тонның күшеюі
 <question>Бірінші тон күшеймейтін мысал:
 <variant>қолқа стенозы
 <variant>митральды стеноз
 <variant>А – V блокада
 <variant>қарыншааралық экстрасистолия
 <variant>үш жармалы қақпақша стенозында
 <question>Білезік артерияларындағы пульстің әртүрлілігіне ... әсері аз.

<variant>оңқайлық не солақайлыққа байланысты қол бұлшықеттерінің ассиметриясы
 <variant>тамырдың іштен туа біткен анатомиялық ерекшелігі
 <variant>бұғанаасты артериясының стенозы
 <variant>артерия бойындағы бездердің өсуі
 <variant>митральды стеноз
 <question>Екі қолдағы пульс бірдейлігі анықтайтын көрсеткіш:
 <variant>пульс толқынының мөлшері
 <variant>пульс толқынының түрі
 <variant>пульс толығы
 <variant>пульс кернеуі
 <variant>пульс жиілігі
 <question>ЭКГ тексеруінде анықталмайтын өзгеріс:
 <variant>миокардтың жиырылғыштығы
 <variant>жүрек автоматизмі бұзылуы
 <variant>жүрек өткізгіштігінің бұзылуы
 <variant>миокард инфарктісінің орны
 <variant>жүрек қозғыштығының бұзылуы
 <question>ЭКГ – да бірінші стандартты тіркемеде электродтар орналасатын жер:
 <variant>екі білезікке
 <variant>оң қолға және сол аяққа
 <variant>сол қолға және сол аяққа
 <variant>сол қолға және оң аяққа
 <variant>оң қолға және оң аяққа
 <question>ЭКГ – да екінші стандартты тіркемеде электродтар орналасатын жер:
 <variant>оң қолға және сол аяққа
 <variant>екі білезікке
 <variant>сол қолға және сол аяққа
 <variant>сол қолға және оң аяққа
 <variant>оң қолға және оң аяққа
 <question>ЭКГ – да үшінші стандартты тіркемеде электродтар орналасатын жер:
 <variant>сол қолға және сол аяққа
 <variant>екі білезікке
 <variant>оң қолға және сол аяққа
 <variant>сол қолға және оң аяққа
 <variant>оң қолға және оң аяққа
 <question>Стандартты тіркемелер потенциалдар айырмасын тіркейтін жазықтық:
 <variant>фронтальды
 <variant>сагитальды
 <variant>горизонтальды
 <variant>айтылған үш жазықтықта жазықтықта
 <variant>сагитальды және горизонтальды жазықтықта
 <question>Кеуде \Вильсон ұсынған\ тіркемелер потенциалдар айырмасын тіркейтін жазықтық:
 <variant>сагитальды
 <variant>горизонтальды
 <variant>барлық үш жазықтықта
 <variant>вертикалді
 <variant>фронтальды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 28 беті

<question>Жүрек деполяризациясына сәйкес ЭКГ белгісі:

<variant>P тішесі

<variant>P тішесінің өрлеу бөлігі

<variant>P тішесінің құлдырау бөлігі

<variant>QRS комплексі

<variant>T тішесі

<question>P тішесінің қалыпты ұзақтылығы:

<variant>0,03 – 0,05 сек

<variant>0,1 секундтан аспайды

<variant>0,01 – 0,03 сек

<variant>0,1 секундтан артық

<variant>әрдайым 0,1 секундтан кем

<question>Синустық ырғақтың басты белгісі:

<variant>екінші тіркемеде әдайым QRS комплексі алдында оң мәнді P тішесі болуы

<variant>барлық стандартты тіркемелерде оң мәнді P тішесі болуы

<variant>V 1 тіркемесінде екі фазалы P тішесі болуы

<variant>P тішесінің екі өркештілігі

<variant>P тішесінің теріс болуы

<question>PQ аралығы ұзақтығы:

<variant>A – V өткізгіштігі ұзақтығы

<variant>жүрекшелердің қозу ұзақтығы

<variant>тәж қанайналымына сәйкес

<variant>электрлік систола ұзақтығы

<variant>қарыншалардың қозу ұзақтығы

<question>Қалыпты PQ ұзақтылығы:

<variant>0,16 – 0, 2 сек

<variant>0,1 – 0, 18 сек

<variant>0,1 сек

<variant>0, 12 – 0,22сек

<variant>0, 2 – 0,25 сек

<question>Қалыпты Q тішесінің тереңдігі:

<variant>R тішесінің 25% - нен аспайды

<variant>R тішесінің 1/3 - нен аспайды

<variant>маңызы жоқ

<variant>3 мм – ден аспайды

<variant>10 мм

<question>Қалыпты R тішесінің ең жоғарғы амплитудасы:

<variant>5-20 мм

<variant>25 мм

<variant>30 мм

<variant>5-15 мм

<variant>15 мм

<question>Қалыпты QRS комплексінің ұзақтығы:

<variant>0,06 – 0,10 сек

<variant>0,1 – 0,15 сек

<variant>0,06 секундқа дейін

<variant>0,15 сек

<variant>0,05 секундқа дейін

<question>Миокард реполяризациясына сәйкес келетін ЭКГ – лық белгі:

<variant>T

<variant>S

<variant>R

<variant>Q

<variant>P

<question>Жүректің оң жақ бөліміне жіті салмақ түсудің аукультативті белгісі:

<variant>өкпе артериясы үстінен айқын II тон акцентінің пайда болуы

<variant>жүрек ұшында I тонның бірден әлсіреуі

<variant>жүрек ұшында шапалақтаушы I тонның пайда болуы

<variant>жүрек ұшында систолалық және диастолалық шулардың болуы

<variant>I және II тонның бірден әлсіреуі

<question>Асқазан сөлінің аш қарындағы қалыпты көрсеткіштері:

<variant>көлемі 50 мл – ге дейін, жалпы қышқылдығы 20 ТБ болса

<variant>50-100 мл, жалпы қышқылдығы 15 ТБ

<variant>100-150 мл, жалпы қышқылдығы 30 ТБ

<variant>150-200 мл, жалпы қышқылдығы 40 ТБ

<variant>150-200 мл, жалпы қышқылдығы 60 ТБ

<question>Сынама тағамнан кейінгі асқазан сөлінің қалыпты көрсеткіштері:

<variant>жалпы қышқылдық 40 – 60 ТБ, бос қышқылдық 20 – 40 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 – 40 ТБ, бос қышқылдық 10 – 20 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 ТБ – ке дейін, бос қышқылдық ноль

<variant>жалпы қышқылдық 100 – 120 ТБ, бос қышқылдық 80 – 100 ТБ

<variant>гипосекрециямен қатар, сөлде сүт қышқылы бары анықталады

<question>Асқазан сөлінің гипосекреция және гипоацидті жағдайын көрсетіңіз:

<variant>жалпы қышқылдық 20 – 40 ТБ, бос қышқылдық 10 – 20 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 100 – 120 ТБ, бос қышқылдық 80 – 100 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 ТБ – ке дейін, бос қышқылдық ноль

<variant>жалпы қышқылдық 40 – 60 ТБ, бос қышқылдық 20 – 40 ТБ

<variant>гипосекрециямен қатар, сөлде сүт қышқылы бары анықталады

<question>Асқазан сөлінің гиперсекреция және гиперацидті жағдайын көрсетіңіз:

<variant>жалпы қышқылдық 100 – 120 ТБ, бос қышқылдық 80 – 100 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 – 40 ТБ, бос қышқылдық 10 – 20 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 40 – 60 ТБ, бос қышқылдық 20 – 40 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 ТБ – ке дейін, бос қышқылдық ноль



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 29 беті

<variant>гипосекрециямен қатар, сөлде сүт қышқылы бары анықталады

<question>Асқазан рагіне асқазанның секреторлы функциясы өзгеруі мүмкін:

<variant>гипосекрециямен қатар, сөлде сүт қышқылы бары анықталады

<variant> жалпы қышқылдық 20 – 40 ТБ, бос қышқылдық 10 – 20 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 40 – 60 ТБ, бос қышқылдық 20 – 40 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 100 – 120 ТБ, бос қышқылдық 80 – 100 ТБ

<variant>жалпы қышқылдық 20 ТБ – ке дейін, бос қышқылдық ноль

<question>Асқазанның моторлы функциясын ең дұрыс көрсететін әдіс :

<variant>электрогастрография

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<variant>фиброгастроскопия

<variant>ph- метрия

<question>Асқазандағы «ойық симптомын» не «толу ақауын» ең дұрыс көрсететін тексеру әдісі:

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<variant>электрогастрография

<variant>фиброгастроскопия

<variant>ph-метрия

<question>Қай тексеру әдісінің нысаналы биопсия өткізуге мүмкіндігі бар:

<variant>фиброгастроскопия

<variant>рентгенография

<variant>электрогастрография

<variant>рентгеноскопия

<variant>ph -метрия

<question>Ішек қалдықтарының тәуліктік мөлшері :

<variant>қалдық көлемі 200,0 гр. дейін, оның 60 – 80% - ы сұйық

<variant>қалдық көлемі 100,0 гр. дейін, оның сұйығы 30% шамасында

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 95% - ға дейін

<variant>аталған мөлшерлер көлемінде ауытқулар болуы мүмкін

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 100% - ға дейін

<question>Ішек қалдықтарының диареяға байланысты тәуліктік мөлшері шамамен:

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 95% - ға дейін

<variant>қалдық көлемі 200,0 гр. дейін, оның 60 – 80% - ы сұйық

<variant>қалдық көлемі 100,0 гр. дейін, оның сұйығы 30% шамасында

<variant>аталған мөлшерлер көлемінде ауытқулар болуы мүмкін

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 100% - ға дейін

<question>Іш қатуға байланысты ішек қалдықтарының тәуліктік мөлшері шамамен:

<variant>қалдық көлемі 100,0 гр. дейін, оның сұйығы 30% шамасында

<variant>қалдық көлемі 200,0 гр. дейін, оның 60 – 80% - ы сұйық

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 95% - ға дейін

<variant>аталған мөлшерлер көлемінде ауытқулар болуы мүмкін

<variant>қалдық көлемі 600 – 800 гр. дейін, сұйығы 100% - ға дейін

<question>Дені сау адам ішіндегі сұйықтық алмасу деңгейін шамамен . Егер ішекке түсетін сұйықтық:

<variant>8 – 9 литр болып, оның 98,5% - ы кері сіңсе

<variant>5 литрге дейін, оның 98% - ы кері сіңсе

<variant>12 литр шамасына жетіп, оның 90%-ы кері сіңсе

<variant>аталған мөлшерлер шамасында ауытқулар болуы мүмкін

<variant>25 литрге дейін, оның 68% - ы кері сіңсе

<question>Диареяда тәулік ішінде ішекте сұйықтық алмасуы шамамен:

<variant>6литр шамасына жетіп, оның 90%-ы кері сіңсе

<variant>8 – 9 литр болып, оның 98,5% - ы кері сіңсе

<variant>5 литрге дейін, оның 98%- ы кері сіңсе

<variant>аталған мөлшерлер шамасында ауытқулар болуы мүмкін

<variant>25 литрге дейін, оның 68% - ы кері сіңсе

<question>Іш қату жағдайындағы тәулік бойы ішекте сұйықтық алмасуы шамамен :

<variant>5 литрге дейін, оның 98%- ы кері сіңсе

<variant>8 – 9 литр болып, оның 98,5% - ы кері сіңсе

<variant>12 литр шамасына жетіп, оның 90%-ы кері сіңсе

<variant>аталған мөлшерлер шамасында ауытқулар болуы мүмкін

<variant>25 литрге дейін, оның 68% - ы кері сіңсе

<question>Ішектегі ас қорытуды анықтауға ... тәсілі көмектесе алады.

<variant>копрограмма

<variant>ішек ирригоскопиясы

<variant>ішек рентгеноскопиясы

<variant>колонофиброскопия

<variant>ішек микрофлорасын анықтау

<question>Сигма тәрізді және тік ішек жағдайын анықтауға көмектесетін тексеру әдісі:

<variant>ректومانоскопия

<variant>радиотелеметрия

<variant>ішектер рентгеноскопиясы

<variant>ирригоскопия

<variant>фиброгастроскопия

<question>Нормостеникалық дене пішінді сау адам бауырының перкуторлық мөлшерлері:



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

044 – 47 / 11 ()
44 беттің 30 беті

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<question>Бауырдың атрофиялық циррозына тән перкуторлы көлемдері:

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>9 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<question>Гепатомегалияға тән бауырдың перкуторлық көлемдері:

<variant>15 x 12 x 10 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<question>Бауыр аускультациясы құндылығы:

<variant>бауыр гемангиомасында

<variant>бауыр циррозында

<variant>холециститте

<variant>бауыр абсцессінде

<variant>бауыр кистасында

<question>Бауырдың белоктарды синтездеу функциясын анықтау үшін қолданылады.

<variant>Сулема сынамасы, Вельтман лентасы

<variant>Негіздік фосфатаза

<variant>Холестерин, беталипопротеидтер

<variant>Трансаминаза, альдолаза,

лактатдегидрогеназалар

<variant>Бензойлы қышқылды натрий /Квык - Пытель/ сынамасы

<question>Бауырдың экскреторлы функциясын анықтау үшін қолданылады.

<variant>Сулема сынамасы, Вельтман лентасы

<variant>Холестерин, беталипопротеидтер

<variant>Трансаминаза, альдолаза,

лактатдегидрогеназалар

<variant>Негіздік фосфатаза

<variant>Бензойлы қышқылды натрий /Квык - Пытель/ сынамасы

<question>Бауырдың ферменттік функциясын анықтау үшін қолданылады.

<variant>Негіздік фосфатаза

<variant>Трансаминаза, альдолаза,

лактатдегидрогеназалар

<variant>Холестерин, беталипопротеидтер

<variant>Сулема сынамасы, Вельтман лентасы

<variant>Бензойлы қышқылды натрий /Квык - Пытель/ сынамасы

<question>Бауырдың антиоксикалық функциясын анықтау үшін қолданылады.

<variant>Бензойлы қышқылды натрий /Квык - Пытель/ сынамасы

<variant>Негіздік фосфатаза

<variant>Холестерин, беталипопротеидтер

<variant>Трансаминаза, альдолаза,

лактатдегидрогеназалар

<variant>Сулема сынамасы, Вельтман лентасы

<question>Бауырдың май - липидтік функциясын анықтау үшін қолданылады.

<variant>холестерин, беталипопротеидтер

<variant>негіздік фосфатаза

<variant>сулема сынамасы, Вельтман лентасы

<variant>трансаминаза, альдолаза,

лактатдегидрогеназалар

<variant>бензойлы қышқылды натрий /Квык - Пытель/ сынамасы

<question>Бауырдағы морфологиялық өзгерістерді анықтайтын әдіс:

<variant>пункциялық биопсия

<variant>лапароскопия

<variant>бауырдың УДЗ - і

<variant>радиоизотопты тексеру әдістері

<variant>шолу рентгенограммасы

<question>Бауырдағы макроскопиялық сипатын бере алатын тексеру әдісі:

<variant>лапароскопия

<variant>пункциялық биопсия

<variant>бауырдың УДЗ - і

<variant>радиоизотопты тексеру әдістері

<variant>шолу рентгенограммасы

<question>Бауырдағы жайылмалы немесе ошақты өзгерістерді анықтау мүмкіндегі жоғары тексеру әдісі:

<variant>радиоизотопты тексеру әдістері

<variant>пункциялық биопсия

<variant>бауырдың УДЗ - і

<variant>лапароскопия

<variant>шолу рентгенограммасы

<question>Өт қабынан алынған өттің ... дуоденальды зерттеу нәтижесі.

<variant>В бөлігі

<variant>А бөлігі

<variant>С бөлігі

<variant>А және В бөліктері

<variant>В және С бөлігі

<question>Бауыршілік өт жолдарынан алынған өт дуоденальды зерттеу нәтижесі :

<variant>С бөлігі

<variant>В бөлігі

<variant>А бөлігі

<variant>А және В бөліктері

<variant>В және С бөлігі

<question>Дуоденальды зондтау үшін қолданылатын өт жүргізетін дәрі:

<variant>магний сульфат ертіндісі

<variant>гистамин

<variant>холосас

<variant>күкірт қышқылды барий ертіндісі

<variant>карловар тұзы



<question>Бірінші дәрежелі нефроптозға тән:
 <variant>бүйректің төменгі жағы пальпацияланады
 <variant>түрегеп тұрғанда бүйректің толық пальпациялануы
 <variant>жатқан адам бүйрегiнiң толық пальпациялануы
 <variant>бүйректердiң iш қуысының кез – келген жерiнде пальпациялануы
 <variant>бүйректің жартысы пальпациялануы
 <question>Екінші дәрежелі нефроптозға тән:
 <variant>түрегеп тұрғанда бүйректің толық пальпациялануы
 <variant>бүйректің жартысы пальпациялануы
 <variant>жатқан адам бүйрегiнiң толық пальпациялануы
 <variant>бүйректердiң iш қуысының кез – келген жерiнде пальпациялануы
 <variant>пальпацияланбайды
 <question>Үшінші дәрежелі нефроптозға тән:
 <variant>түрегеп тұрғанда да жатқанда да бүйректің толық пальпациялануы
 <variant>жатқан адам бүйрегiнiң толық пальпациялануы
 <variant>бүйректердiң iш қуысының кез – келген жерiнде пальпациялануы
 <variant>бүйректің жартысы пальпациялануы
 <variant>пальпацияланбайды
 <question>Нефроптоз дәрежесін анықтау:
 <variant>Образцов – Стражеско әдісімен пальпациялау арқылы
 <variant>жатқан адамды пальпациялау арқылы
 <variant>Пастернацкий симптомы арқылы
 <variant>аурудың Боткин қалпында
 <variant>тек бүйрек УДЗ арқылы
 <question>Пастернацкий симптомын анықтау:
 <variant>перкуссия тәсілімен
 <variant>пальпация тәсілімен
 <variant>қарау тәсілімен
 <variant>қан қысымын өлшеу арқылы
 <variant>аускультация тәсілімен
 <question>Пастернацкий симптомның айқын оң мәнділігі:
 <variant>паранефритте
 <variant>бүйрек тас ауруында
 <variant>гломерулонефритте
 <variant>радикулитте
 <variant>пиелонефритте
 <question>Дені сау адамның тәуліктік диурезі:
 <variant>1500 мл көлеміндей болса
 <variant>600-800 мл болса
 <variant>500-600 мл боса
 <variant>2000 мл және одан көп болса
 <variant>800-1000 мл болса
 <question>Келтірілген зәрдің меншікті салмағы ... қалыпты деңгейге сәйкес келеді:
 <variant>1005-1028
 <variant>1000-1008
 <variant>1025-1040
 <variant>1005-1010

<variant>1000-1040
 <question>Реберг сынамаcы қолданылуы:
 <variant>шумақ фильтрациясы, түтікшелер реабсорбция мөлшерін анықтау үшін
 <variant>бүйректің концентрациялау функциясын анықтау үшін
 <variant>зәрдің меншікті салмағы ауытқуларын білу үшін
 <variant>күндізгі диурездің түнгі диурезге арақатынасын анықтау үшін
 <variant>күндізгі диурезді анықтау үшін
 <question>Пальпация арқылы анықталмайтыны:
 <variant>бүйрек функциясының деңгейі
 <variant>тығыздығы
 <variant>қозғалғыштығы
 <variant>бүйрек пішіні
 <variant>нефроптоз дәрежесі
 <question>Бүйрек пальпацияланбайды:
 <variant>гломерулонефритте
 <variant>бүйрек үлкейгенде
 <variant>1 дәрежелі нефроптозда
 <variant>бүйректе көлемді киста пайда болғанда
 <variant>2 дәрежелі нефроптозда
 <question>Аддис – Каковский сынамаcының қалыпты деңгейі:
 <variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 2 млн, цилиндрлер 20000
 <variant>эритроциттер 2 млн, лейкоциттер 1 млн, цилиндрлер 10000
 <variant>эритроциттер 500000, лейкоциттер 4 млн
 <variant>эритроциттер 4 млн, лейкоциттер 500000
 <variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 1 млн
 <question>Нефритке тән Реберг сынамаcы нәтижесі:
 <variant>ШФ – 50 мл\мин, Р – 99%, МД – 0,6 мл
 <variant>ШФ – 100 мл\мин, Р – 98%, МД – 2 мл
 <variant>ШФ – 120 мл\мин, Р – 60%, МД – 2 мл
 <variant>ШФ – 110 мл\мин, Р – 98%,
 <variant>ШФ – 100 мл\мин, Р – 10%,
 <question>Пиелонефритке тән Реберг сынамаcы нәтижесі:
 <variant>ШФ – 120 мл\мин, Р – 60%, МД – 2 мл
 <variant>ШФ – 100 мл\мин, Р – 98%, МД – 2 мл
 <variant>ШФ – 50 мл\мин, Р – 99%, МД – 0,6 мл
 <variant>ШФ – 110 мл\мин, Р – 98%,
 <variant>ШФ – 100 мл\мин, Р – 10%,
 <question>Нечипоренко сынамаcы үшін:
 <variant>зәрдің ортаңғы бөлігі алынады
 <variant>жарты тәуліктік зәр жиналады
 <variant>бір бөлінген зәрдің бәрі
 <variant>тәуліктік зәр жиналады
 <variant>зәрдің соңғы бөлігі
 <question>Аддис – Каковский сынамаcы нәтижесінің ... нефритке тән:
 <variant>эритроциттер 4 млн, лейкоциттер 500000
 <variant>эритроциттер 2 млн, лейкоциттер 1 млн, цилиндрлео 10000



<variant>эритроциттер 500000, лейкоциттер 4 млн
<variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 2 млн,
цилиндрлео 20000
<variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 1 млн
<question>Аддис – Каковский сынаамасы нәтижесінің ...
пиелонефритке тән:

<variant>эритроциттер 500000, лейкоциттер 4 млн
<variant>эритроциттер 2 млн, лейкоциттер 1 млн,
цилиндрлео 10000

<variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 2 млн,
цилиндрлео 20000

<variant>эритроциттер 4 млн, лейкоциттер 500000

<variant>эритроциттер 1 млн, лейкоциттер 1 млн

<question>Түстік көрсеткіш:

<variant>эритроциттердің гемоглобинмен қанығу
дәрежесі

<variant>гемоглобиннің көбеюі не азаюы

<variant>лейкоциттер көбеюі не азаюы

<variant>эритроциттер көбеюі не азаюы

<variant>эритроциттер көбеюі, гемоглобин төмендеуі

<question>Курлов бойынша талақ өлшемдері:

<variant>-8 см x 4-6 см

<variant>3-5 см x 2-4 см

<variant>4-6 см x 2-4 см

<variant>8-10 мм x 6-8ммб

<variant>10-12 мм x 8-10мм

<question>Қалыпты ЭТЖ деңгейі:

<variant>5-15

<variant>1-5

<variant>5-20

<variant>1-20

<variant>20-дан жоғары

<question>Әйелдердің 1 мл қанындағы қалыпты
эритроциттер саны:

<variant>3,4 – 5,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 3,0 x 10¹² \л

<variant>2,0 – 5,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 2,5 x 10¹² \л

<variant>2,5 – 5,5 x 10¹² \л

<question>Ер адамның 1 мл қанындағы қалыпты
эритроциттер саны:

<variant>4,0 – 5,6 x 10¹² \л

<variant>3,0 – 4,8 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 3,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 2,5 x 10¹² \л

<variant>2,5 – 5,5 x 10¹² \л

<question>1 мл қандағы қалыпты лейкоциттер саны:

<variant>3,2 – 11,3 x 10⁹ \л

<variant>3,0 – 5,0 x 10⁹ \л

<variant>3,0 – 10,0 x 10⁹ \л

<variant>2,0 – 9,0 x 10⁹ \л

<variant>1,0 – 8,0 x 10⁹ \л

<question>1 мл қандағы қалыпты тромбоциттер саны:

<variant>180,0 – 320,0 x 10⁹/л

<variant>50,0 – 180,0 x 10⁹/л

<variant>50,0 – 400,0 x 10⁹/л

<variant>50,0 – 150,0 x 10⁹/л

<variant>5,0 – 400,0 x 10⁹/л

<question>Қандағы тромбоциттер санының көбеюі:

<variant>тромбоцитоз

<variant>тромбопатия

<variant>тромбопения

<variant>тромбоэмболия

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<question>«Тромбоцитопатия» ұғымы:

<variant>тромбоциттердің азаюы

<variant>тромбоциттер гиподисфункциясы

<variant>тромбоциттердің көбеюі

<variant>тромбоциттер гипердисфункциясы

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<question>Лейкоциттер саны көбеюі:

<variant>лейкоцитоз

<variant>лейкоплакия

<variant>лейкопения

<variant>цитопения

<variant>панцитопения

<question>Лейкоциттер саны азаюының аталуы:

<variant>лейкопения

<variant>лейкоплакия

<variant>лейкоцитоз

<variant>цитопения

<variant>панцитопения

<question>Қанның жалпы клиникалық анализіне
жатпайды:

<variant>қандағы белок мөлшері

<variant>гемоглобин деңгейі

<variant>тромбоциттер саны

<variant>лейкоциттер саны

<variant>қандағы эритроциттер саны

<question>Қандағы эритроциттер саны көбеюі:

<variant>эритроцитоз

<variant>анизоцитоз

<variant>пойкилоцитоз

<variant>макроцитоз

<variant>микроцитоз

<question>Қалқанша безін пальпациялаудың кең тараған
түрі:

<variant>3 түрі

<variant>2 түрі

<variant>1 түрі

<variant>4 түрі

<variant>пальпацияланбайды

<question>Жемсау кезінде төс сабы үстінен шығатын
перкуторлы дыбыс:

<variant>перкуторлы дыбыстың қысқаруы

<variant>перкуторлы дыбыстың тұйықталуы

<variant>перкуторлы дыбыстың әлсіреуі

<variant>тұйық перкуторлы дыбыс

<variant>ашық перкуторлы дыбыс

<question>Ұйқы безінің эндокринді ауруларына кіреді:

<variant>қантты диабет

<variant>гипотиреоз, гипертиреоз



<p><variant>Иценко-Кушинг <variant>созылмалы панкреатит <variant>семіздік <question>Адамның тәуліктік йодқа сұранысы: <variant>100 мкг <variant>50 мкг <variant>150 мкг <variant>250 мкг <variant>1000 мi.г <question>Эндокринді бездерге жатпайтын без : <variant>асқазан, ішек бездері <variant>қалқанша без, айырша без <variant>гипофиз, томпақ түйін тәрізді без <variant>жыныс бездері <variant>ұйқы безі <question>Эндокринді бездерде түзіледі: <variant>гормондар <variant>холинолитиктер <variant>симпатолитиктер <variant>бета – блокаторлар /тежегіштер/ <variant>АТФ – тер тежегіштері <question>Эндокринді бездер сөлінің бөлінуі: <variant>қан және лимфаға <variant>жалпы өт өзегімен ішекке <variant>асқазанға <variant>ұйқы безі өзегімен ішекке <variant>тер бездерімен <question>Май алмасуының бұзылуы: <variant>Иценго-Кушинг ауруы <variant>жыныс бездері функциясы төмендеуі <variant>Симондс ауруы <variant>көбіне майлы тағамдармен тамақтану <variant>адипозды генитальды дистрофия <question>Қалқанша безі бөледі: <variant>Т₃Т₄ТТГ <variant>ферменттер <variant>17-ОКСД7-КС <variant>инсулин <variant>АКТГ <question>Ұйқы безі бөледі: <variant>инсулин <variant>Т₃Т₄ТТГ <variant>АКТГ <variant>ферменттер <variant>17-ОКСД7-КС <question>Инсулин көмірсулардың ... түрінде жиналуын реттейді: <variant>глюкоза <variant>лактоза <variant>гликоген <variant>сахароза <variant>глюкозаминогликандар <question>Инсулиннің әсер ету механизміне жатпайды: <variant>май қышқылдары түзілуінің күшеюі <variant>глюкоза утилизациясының күшеюі</p>	<p><variant>гликогендердің түзілуінің күшеюі <variant>аминқышқылдарының утилизациясының күшеюі <variant>ақуыз синтезінің күшеюі <question>Омыртқа жотасының артқа қарай томпайып қисаюы ... деп аталады. <variant>кифоз <variant>лордоз <variant>сколиоз <variant>кифосколиоз <variant>кифоз және лордоз <question>Омыртқа жотасының бір бүйір бағытында қисаюы ... деп аталады. <variant>сколиоз <variant>кифоз <variant>лордоз <variant>кифосколиоз <variant>кифоз және лордоз <question>Омыртқа жотасының алға қарай қисаюы ... деп аталады. <variant>лордоз <variant>кифоз <variant>кифоз және лордоз <variant>кифосколиоз <variant>сколиоз <question>Кифосколиозда омыртқа жотасының қисаюы: <variant>бір бүйірге және артқа <variant>артқа <variant>бір бүйірге <variant>бір бүйірге және алға <variant>алға <question>Науқас 42 жаста, білек, қол, аяқ саусақтары, тізе буындарындағы аурумен, танертенгі құрысу, әлсіздікпен стационарда жатыр. Анамнез: 2 жылдан бері ауырады, дәрігерге қаралмаған. Қарағанда: білектің ульнарды девиациясы, шынтақ және тізе буындары өзгерусіз, табандар hallux vagus тіпінде. Сіздің болжам диагнозыңыз: <variant>Ревматоидты артрит <variant>Бехтерев ауруы <variant>Ревматизм <variant>Буын хондроматозы <variant>Подагра <question>Диффузды токсикалық жемсаудың патогенетикалық дамуында негізгі ... <variant>Тиростимуляциялық иммуноглобулиндердің жоғарылауы <variant>Катехоламиндер түзілуі жоғарылауы <variant>Тиреотропты гормон түзілуі <variant>Тиретропин рилизинг гормон түзілуі жоғарылауы <variant>Қалқанша без гормондарына жоғары сезімталдық түзілуі <question>Салмағы артық 50 жастағы әйелде екі рет аш қарынға гликемия деңгейінің 6,9 және 7,2 ммоль/л дейін жоғарылауы анықталды.:</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<variant>2 типті қант диабеті

<variant>Семіздік

<variant>1 типті қант диабеті

<variant>Аш қарынға гликемияның бұзылуы

<variant>Глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

<question>Науқас Л., 33 жаста, әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Анамнезде қалқанша безін субтотальды резекция жасаған, 50 мкг L-тироксин қабылдаған. Объективті беті ісіңкі, жүрек тондары анық. АҚҚ – 100/70 мм.с.б.б. Эхо Кг – да перикардта сұйықтық анықталады. Көп ақпарат беретін зерттеу тәсілі :

<variant>Т₃ и Т₄ анықтау

<variant>ЭКГ

<variant>Қанды бактериологиялық зерттеу

<variant>КТ кеудеаралық ағзаларға

<variant>Тәуліктік мониторинг АҚҚ

<question>Зимницкий бойынша 1010 -1012 тығыздығы:

<variant>гипоизостенурия

<variant>никтурия

<variant>полиурия

<variant>протеинурия

<variant>поллакурия

<question>Бүйрек және несеп – жыныс мүшелерін рентгенлогиялық зерттеу:

<variant>экскреторлық урография

<variant>ирригоскопия

<variant>томография

<variant>хромоцистоскопия

<variant>колоноскопия

<question>Ыстық ваннаның температурасы:

<variant>40-42

<variant>34-36

<variant>37-39

<variant>50-60

<variant>45-49

<question>Оң мықын аймағында несепағар бойына иррадиация беретін қатты ауру:

<variant>несептас ауруы

<variant>гломерулонефрит

<variant>пиелонефрит

<variant>цистит

<variant>бүйрек амилоидозы

<question>Пиелонефритте тәуліктік сұйықтық мл:

<variant>2500

<variant>500

<variant>1000

<variant>1500

<variant>750

<question>Науқас күндіз 700 мл ал түнде 1200 мл несеп бөлді. Бұл

<variant>никтурия

<variant>дизурия

<variant>поллакиурия

<variant>полиурия

<variant>олигурия

<question>Ойықжараның (язва) тесілу белгісі:

<variant>көкеттің қатаюы

<variant>күсу

<variant>кекіру

<variant>кызба

<variant>гиперперистальтика

<question>Диафрагманың өңештік тесік грыжасының патологиялық механизмі:

<variant>өңешке рефлюкс

<variant>жарық қалтасының тартылауы

<variant>тамақ өтуінің бұзылуы

<variant>өңеш спазмы

<variant>гамырлар басылуы

<question>Панкреатиттің сенімді көрсеткіші:

<variant>қанда амилаза жоғары болуы (зәрде диастаза)

<variant>коллапс

<variant>белдеме тәрізді ауру

<variant>гипергликемия

<variant>стеаторея

<question>Сарысудағы амилаза:

<variant>12-32 мг/мл

<variant>2-8 мг/мл

<variant>0 мг/мл

<variant>4 мг/мл

<variant>8 мг/мл

<question>Созылмалы панкреатитте ұйқы безі жетіспеушілігінің белгісі:

<variant>қанда және несепте глюкоза жоғарылауы

<variant>сарғыштану

<variant>жиі есін жоғалту

<variant>бауыр ұлғаюы

<variant>креаторея, стеаторея

<question>Калькулезды холециститте ақпаратты зерттеу:

<variant>УДЗ өт қабын

<variant>холецистография

<variant>дуоденальды зондтау

<variant>жалпы қан анализі

<variant>БХҚА: билирубин, трансаминаза, сілтілі

фосфатаза жоғарылауы

<question>Науқас диетаны бұзған соң эпигастрий

аймағында иррадиация пайда болып омыртқаға

иррадиацияланады, сөл бөлу жоғарылауы, кекіру, күсу,

метеоризм, жеңілдік алып келмейтін күсу пайда болды.

Болжам диагноз?

<variant>панкреатит

<variant>гастрит

<variant>асқазан жара ауруы

<variant>холецистит

<variant>гепатит

<question>Көп тамақ жеген кезде жүрек айну және

ауыздан ащы дәм келу мазалайды. Болжам диагноз:

<variant>холецистит

<variant>эзофагит

<variant>гастрит

<variant>асқазан жара ауруы

<variant>панкреатит

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 35 беті

<question>Науқас 45 жаста, әлсіздік, жүрек айну және оң қабырға астының ауруына шағымданды, 2 жылдан бері ауру. Алкоголь, майлы тағамдар қабылдаған соң жағдайы нашарлайды. Объективті склера және тері сарғыштануы, несепі сыра түстес, нәжісі ахолия. Бауыр 5 см ұлғайған. Болжам диагноз:

<variant>созылмалы гепатит

<variant>жедел вирусты гепатит

<variant>бауыр цирроз

<variant>бауыр қатерлі ісігі

<variant>синдром Жильбер

<question>Вирусты гепатит В – ны анықтауда шешуші зерттеу:

<variant>вирус маркерлерін серологиялық зерттеу

<variant>мезенхимальды – клеткалық қабынуды

<variant>цитолитиз синдромын анықтау

<variant>УДЗ бауыр

<variant>холестаз синдромын анықтау

<question>Науқас 40 жаста, 10 жылдан бастан бронхиальды астмамен ауырады, холинолитиктерді, ингаляционды ГКС-тарды, бета – агонисттерді, теofilлинді қабылдайды. Соңғы кездері кекіру, дисфагия, түнде кеудесін күйдіру мазалай бастады. Болжам диагноз:

<variant>ГЭРА

<variant>кандидозды фарингит

<variant>ЖИА, күштемелі стенокардия

<variant>жұтқыншақ стеноз

<variant>асқазан жара ауруы

<question>Науқас 52 жаста, эпигастрийдегі қатты ауруға, жалпы әлсіздік, құсуға шағымданады. Алкоголь, майлы тағам қабылдағаннан 50 – 60 минут өткен соң ауру пайда болған. Қарағанда эпигастрийде ауырсыну, Мейо – Робсон симптомы оң мәнді. Жалпы қан анализінде лейкоцит $12 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ - 18 мм/ч. Болжам диагноз:

<variant>созылмалы панкреатит

<variant>созылмалы холецистит

<variant>асқазан жара ауруы

<variant>созылмалы гастрит, тип В

<variant>ГЭРА

<question>Асқазан жара ауруымен ауыратын науқаста өршу кезеңінде ескі жұмыртқа иісті кекіру, құсу пайда болған. Болжам диагноз:

<variant>стеноздау

<variant>пенетрация

<variant>перфорация

<variant>қанау

<variant>малигнизация

<question>29 жасты науқаста кенеттен жүрек айну, құсу, дене қызуының жоғарылауы, тәулігіне 6 – 8 рет жасыл түсті диарея пайда болған. Болжам диагноз:

<variant>инфекционды диарея

<variant>инфекционды емес диарея

<variant>спецификалы емес жаралы колит

<variant>Крон ауруы

<variant>жіңішке ішек дивертикулы

<question>Науқас алкоголь қабылдаған соң көп құсу, соңғысы алқызыл қанмен. Болжам диагноз:

<variant>Меллори-Вейс синдромы

<variant>өңеш қантамырлар варикозынан қанау

<variant>жедел панкреатит

<variant>асқазан жара ауруы

<variant>Крон ауруы

<question> 32 жасар науқас айқын физикалық жүктеме түскен кезде пайда болатын қысқа мезгілді бас айналуға және жүрек тұсындағы қысып ауру сезіміне шағымданады. Қарағанда: жүрек тондары анық, ырғағы дұрыс, жүрек ұшында систолалық шу естіледі. АҚ 110/70 мм с.б.б. ЖСЖ- 72 рет/мин. ЭХОКГ: митральды қақпақшаның алдыңғы жармасының бүгілуі, регургитация 1-2 дәрежеде. Сол қарыншаның систолалық функциясы қанағаттарлық. Төменде аталған диагноздардың қайсысы БАРЫНША болуы ықтимал?

<variant>митральды қақпақша пролапсы

<variant>митральды саңылаудың стенозы

<variant>аорта қақпақшасының жетіспеушілігі

<variant>гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>митральды қақпақша жетіспеушілігі

<question> Ер адам 21 - жастағы, жүрегінің жиі соғуына, ырғақ бұзылысына, бас айналуға шағымданады. Объективті: жүрек үндері айқын, жүрек ұшында тұрғанда күшейіп, аяқты көтеріп жатқанда әлсірейтін систолалық сартыл (щелчок) және систолалық шуыл естіледі. ЭхоКГ: қосжармалы қақпақшаның алдыңғы жармасының иілемесі.

Бұл тәрізді аускультациялық өзгеріс, мынаған барынша тән:

<variant>митральді қақпақшаның пролапсы

<variant>сопақ саңылаудың бітіспеуі

<variant>митральді қақпақшаның жетіспеушілігі

<variant>сол жақ атриоventрикулярлы саңылаудың стенозы

<variant>митральді қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі

<question> Әйел адам 53 жастағы шүйдесіндегі бас ауыруына, басының шулауына, жүрек айнуына, таң ертенгі ауыз құрғауына, айқын жалпы әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: АГ 10 жыл, ишемиялық типті инсульт өткерген. Қарап тексергенде: толық, дене салмағының индексі -35. Жүрек тондары тұйықталған, жыпылықтаушы аритмия, ЖСЖ 112 рет/мин. АҚ 170/100 мм с.б.. Анализінде: глюкоза – 6,7 ммоль/л, гликозилирленген гемоглобин -9,6%.

Осы науқастағы артериальды гипертензияның қауіпін көрсетіңіз?

<variant>өте жоғары

<variant>төмен

<variant>жоғарғы

<variant>ортаңғы

<variant>әлсіз



<question> Әйел адам 72 жастағы тыныштықтағы ентігуге, жүрек қағуына; күлгін түсті қақырықпен жөтелге; қорқыныш сезіміне; айқын әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: АГ 25 жыл, миокард инфарктын өткерген. Қарап тексергенде: ортопноз жағдайы; жүрек тондары тұйық, ырғағы дұрыс, жиі қарыншалық экстрасистолалармен үзілген. АҚ 260/140 мм. с.б. Көз түбі тамырларын тексергенде: көру нерві дискілерінің ісінуі. Зәр анализі: протеинурия ізі. Науқаста қандай асқын барынша дамуы мүмкін?

<variant>өкпе ісінуі

<variant>ми қанайналымының жедел бұзылуы

<variant>жедел бүйрек жетіспеушілігі

<variant>көз тор қабатының сылынуы

<variant>миокард инфаркті

<question>60 жастағы К., науқаста келесі симптомдар анықталады: жоғары тұрақты систоликалық гипертензия, шүйдеде орналасқан таңертенгі бас ауыруы, жүрек қағуы, көз түбірінде көруінің төмендеуі - ангиоретинопатия ІV дәреже, эпигастрий аймағында естілетін систоликалық шу. Қандай диагноз туралы ойлауға болады?

<variant>Құрсақ қолқасының атеросклерозы

<variant>Біріншілік гиперальдостеронизм

<variant>Созылмалы гломерулонефрит

<variant>Қуықасты безі аденомасы

<variant>Феохромоцитома

<question> Әйел 78 жаста. Дерігерге басының ауыруына, бас айналуға шағымданып келді.

Анамнезінде – стенокардия ұстамалары, кезеңді түрде нитраттар, аспирин қабылдайды. 8 жылдан бері бронхылы демікпемен ауырады, тұншығу ұстамаларын симптомиметиктер ингаляциясымен басады. Қарағанда: тері жамылғысы бозғылт, мойын тамырларының пульсациясы. Сол жақ жүрек шекарасы солға ығысқан, жүрек түрткісі резистентті, солға және төменге ығысқан. Аускультацияда: оң жақ ІІ қабырға аралықта жұмсақ протодиастолалық шу, ЖСЖ минутына 82, АҚ 185/60 мм с. б. Артериялық гипертензияның БАРЫНША мүмкін болатын себебі қандай:

<variant>Атеросклероз генезді қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant>Эссенциалды артериялық гипертензия

<variant>Дәрімен индуцирленген артериялық гипертензия

<variant>Натрийдің біріншілік бүйректік ретенциясы

<variant>«Ақ халат» гипертензиясы

<question> Ер адам 40 жастағы таң атар алдындағы сағатта және түнгі уақытта пайда болатын кеуде артындағы қарқынды басып ауыратын ауыру сезіміне шағымданып келді. Үлкен физикалық жүктемелерді күндіз жақсы көтереді. Коронароангиографияда айқын атеросклероздық өзгерістер анықталмады, эргометринмен сынама оң..

Көрсетілген диагноздардың қайсысы БАРЫНША мүмкін?

<variant>ЖИА. Вазоспастикалық стенокардия

<variant>ЖИА. Тұрақты стенокардия ФК ІІ

<variant>ЖИА. Тұрақты стенокардия ФК ІІІ

<variant>ЖИА. Тұрақты күштемелі стенокардия ФК ІV

<variant>ЖИА. Үдемелі стенокардия

<question> ЖИА-мен ауыратын 62 жастағы әйел кезеңді түрде нитраттар, тұрақты түрде антиагреганттар және β-блаторларды қабылдайды. Қалыпты физикалық жүктеме кезінде және тыныштық жағдайда пайда болатын стенокардия ұстамаларының жиіленуі және ұзаруына шағымданады. ЭКГ-да ST депрессиясы V₁₋₃.

Көрсетілген диагноздардың қайсысы барынша мүмкін?

<variant>үдемелі стенокардия

<variant>спонтанды стенокардия

<variant>алғаш рет пайда болған стенокардия

<variant>Принцметал варианты стенокардия

<variant>тұрақты күштемелі стенокардия ФК ІІІ

<question> Бір жылдан бері ФК ІІ тұрақты күштемелі стенокардиямен сырқаттанатын науқаста соңғы 5 күнде ауру сезімі күшейген, физикалық күштемеге толеранттылық бірден төмендеген, тыныштықта ауру сезімі пайда болған, нитроглицеринді қабылдау көбейген. Төмендегі берілген диагноздың қайсысы барынша дұрыс:

<variant>ЖИА, үдемелі стенокардия

<variant>ЖИА, бірінші рет пайда болған стенокардия

<variant>ЖИА, стабилді күштемелі стенокардия. ФК ІІІ

<variant>Нейроциркуляторлы дистония

<variant>ЖИА, ұсақ ошақты миокардинфаркті

<question> Науқас С., 45 жаста, кеуде тұсындағы ұстамалы ауру сезіміне, интенсивті күштемеден кейін пайда болатын және күштеме тоқтатылғаннан кейін екі минуттан соң басылатын ауру сезіміне шағымданды. Ауру сезімі сол жақ қол мен иыққа таралады. Ауру сезімінің ұзақтығы 2-5 минут. Төмендегі берілген диагноздың қайсысы барынша дұрыс:

<variant>ЖИА, күштемелі стенокардия ФК І

<variant>ЖИА, күштемелі стенокардия ФК ІІ

<variant>Митральді клапанның пролапсы

<variant>Нейроциркуляторлы дистония

<variant>Омыртқаның кеуде бөлімінің остеохондрозы

<question> Ер адам 45 жастағы изокет-спреймен басылмайтын жайылмалы кеуде артындағы ауру сезімі бар шағымдармен келіп түсті. Ауыр физикалық жүктемеден кейін бірден ауырып қалды. Об-ті: жағдайы ауыр, боз. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс. ЖСЖ-86 рет мин, АҚ 170/90 мм с.б. ЭКГ: сол Гисс бұдасының толық бөгемесі.

Қандай диагноз болуы ықтимал ?

<variant>жедел коронарлы синдром

<variant>миокардит

<variant>миокард инфаркты

<variant>гипертониялық криз

<variant>өкпе артериясының тромбозмболиясы

<question> Науқас А, 50жаста. Жұмысында кенеттен болған стресстік жағдайдан кейін ауырып қалды. Төс



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 37 беті

астында қысып ауыратын күшті ауыру сезімі пайда болып, күні бойы сақталды. Кешке науқас жедел жәрдем бригадасын шақырды. ЭКГ-де: V₁₋₃ әкетулерінде патологиялық Q тішесі, R тішесінің жоғалуы, ST сегментінің 6 мм изолиниядан жоғарылауы. Келтірілген қай диагноз дұрыс:

<variant>ЖИА. Жедел коронарлық синдром ST сегментінің көтерілуімен

<variant>ЖИА. Вазоспастикалық стенокардия

<variant>ЖИА. Үдемелі стенокардия

<variant>ЖИА. Жедел коронарлық синдром ST сегментінің көтерілуінсіз

<variant>ЖИА. Ірі ошақты артқы-диафрагмалдық миокард инфаркты

<question>Үлкен кісілерде сарғаюдың жиі себебі:

<variant>панкреато – дуоденальды аймақтың қатерлі ісігі

<variant>өт жолдары дискинезиясы

<variant>созылмалы активті гепатит

<variant>описторхоз

<variant>бауыр циррозы

<question>Ұйқы безінің сыртқы бөлінің бұзылуына тән симптомдар:

<variant>дене салмағының азаюы, креаторея, стеаторея

<variant>тері құрғауы

<variant>гипергликемия

<variant>алдыңғы көкет көктамырларының кеңеюі

<variant>бүйрек – бауырлық шамасыздық

<question>Науқас 35 жаста, тамақтанған кейін 1,5 -2 сағаттан соң, көбінесе ашқарынға және түнде. Ауру тамақтанған соң басылады. Пальпацияда ұйқы безі және қндңқ айналасында ауырсыну байқалады.

Астеновегетативті синдром анықталады. Науқас стационарлы емдеуге мұқтаж:

<variant>Ия, себебі алғаш анықталған 12-елі ішек жара ауруы

<variant>Ия, себебі алғаш анықталған асқазан жара ауруы

<variant>Ия, себебі науқаста айқын астеновегетативті синдром

<variant>Жоқ, себебі науқаста асқыну жоқ

<variant>Ия, науқасты стационарда эндоскопиялық зерттеу жүргізіледі

<question>40 жастағы әйел аш қарынға және түнде эпигастрий аймағының ауруына, іш қатуға, бас айналуға, тері құрғауына және күш түсуге байланыссыз жүрек аймағындағы ауруға шағымданады. Алдын ауырмаған. Жақында жұмысында ұрыс керіс болған. Диагнозды нақтылау үшін зерттеу:

<variant>Фиброгастродуоденоскопия

<variant>Электрокардиография

<variant>Сигмоидоскопия

<variant>Невропатолог кеңесі

<variant>Клиникалық қан анализі

<question>Тахикардия фондында қысқа естен тану, тыныстың тоқтауы, пульс жоқ, тері түсі бозғылт,

тырысулар, еріксіз зәр жіберу және дефекация, тез қайта өзіне келу. Осы симптомдар қай ауруға тән:

<variant>Морганьи-Эдамса-Стокс ұстамасы

<variant>гипергликемиялық жағдай

<variant>қарыншалар жыбыры

<variant>эпилептикалық статус

<variant>ортостатикалық коллапс

<question>Науқас 40 жаста, АГ І дәрежелі. Зерттеуді бастау ...

<variant>УЗИ бүйрек және жүрек

<variant>Зимницкий бойынша зәр

<variant>бүйрек сцинтиграфия

<variant>урография

<variant>бүйрек ангиография

<question>Вазоренальды артериальды гипертензия информативті:

<variant>бүйректік ангиография

<variant>УЗИ бүйрек сцинтиграфия

<variant>сцинтиграфия бүйрек

<variant>УЗИ бүйрек артериялары

<variant>бүйректі рентгенологиялық зерттеу

<question>Инфаркт миокардтың ЭКГ белгілері:

<variant>Q тішесі 30 мс және тереңдігі 2 мм екі немесе одан көп тіркемеде

<variant>ST элевация

<variant>терең Q тішесі

<variant>ST жоғарылауы немесе депрессиясы

<variant>ST депрессиясы

<question>Тұрақты емес стенокардия белгілері ...

<variant>депрессия ST 1 мм- ге дейін

<variant>20 мин ұзақ ангионозды ұстама

<variant>депрессия ST 1 мм-ден жоғары

<variant>тұрақты емес гемодинамика (төмен АҚҚ, лабильды пульс)

<variant>МВ-фракции КФК жоғарылау

<question>Қандағы холестерин деңгейі:

<variant>5 ммоль/л

<variant>6 ммоль/л

<variant>7 ммоль/л

<variant>6,5 ммоль/л

<variant>9-5,5 моль/л

<question>Физикалық күштеменің оң мәнді болуының ЭКГ:

<variant>горизонтальды депрессия сегмент ST 1 мм– ден жоғары және ұзақтығы 80 мс-ден ұзақ

<variant>горизонтальды депрессия сегмент ST 0,5 мм-ден жоғары

<variant>қисық депрессия ST сегменті

<variant>қисық төмендеу депрессия сегмент ST

<variant>горизонтальды депрессия сегмент ST 0,5 мм-ден төмен

<question>Артериялардағы атеросклерозды анықтайтын тәсіл:

<variant>ангиография

<variant>ЭКГ

<variant>эхокардиография



<variant>стресс-эхокардиография
 <variant>ЭКГ-мониторинг
 <question>37 жастағы ер кісі, жаяу жүру барысында кеуденің қысып ауруы мазалайды. Терең дем алғанда ауру күшеймейді. Ауру кезінде науқас жүруді бәсеңдетеді. Алғаш рет 1 ай алдын басталған. Негізгі зерттеу әдісі:
 <variant>электрокардиография
 <variant>жүректі радионуклидті сканерлеу
 <variant>коронарография
 <variant>эхокардиография
 <variant>кеуде клеткасын рентгендік зерттеу
 <question>Аускультацияда I тон жүрек ұшында әлсіреген, оның артынан үрлеуші, қатты, қолтық астына берілетін систолалық шу. Қай ақау :
 <variant>митральды қақпақшасы жетіспеушілігі
 <variant>митральды тесік стенозы
 <variant>қолқа доғасы стенозы
 <variant>өкпе артериясының стенозы
 <variant>үш жармалы қақпақша жетіспеушілігі
 <question>Объективті зерттеуде бетінде цианоз, жүрек ұшы тұрткісі солға ығысқан, жүрек аускультациясында I тон әлсіреген, жүрек ұшында I тоннан соң дереу систолалық шу, патологиялық III тон естіледі. ЭКГ – да сол жүрекше және қарынша гипертрофиясы анықталады. Болжам диагноз:
 <variant>Митральды қақпақшасының жетіспеушілігі
 <variant>Митральды стеноз
 <variant>Қолқа стеноз
 <variant>Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі
 <variant>Үш жармалы қақпақша стенозы
 <question>Науқас 38 жаста, 20 минутқа созылатын интенсивті, физикалық күш түскенде дамиды, соңғы 2 күнде күшейген, нитроглицеринмен басылмайтын кеудедегі ауырсыну мазалайды. ЭКГ – да ST 2 мм жоғарылаған, теріс T тісшесі. Диагнозды нақтылайтын диагностикалық:
 <variant>кардиоспецификалық ферменттер жоғарылауы
 <variant>Жалпы қан анализі
 <variant>холестерин, триглицерид жоғарылауы
 <variant>Физикалық күш түсірумен тест
 <variant>ЭхоКГ
 <question>ЖИА /жүректің ишемиялық/ ауруында ауырсыну орны көбінесе:
 <variant>жүрек аймағында
 <variant>жүрек ұшы тұсында
 <variant>төс астында
 <variant>кеуденің сол бөлігінде, сол қолға тарамайды
 <variant>кеуденің оң бөлігінде, оң қолға тарайды
 <question>Нитроглицеринмен басылатын ауырсыну:
 <variant>стенокардия ұстамасында
 <variant>эндокардитте
 <variant>кардионеврозда
 <variant>перикардитте
 <variant>миокардитте

<question>Жүректің оң жақ бөліміне салмақ түсуінің аускультативті белгісі:
 <variant>жүрек ұшында шапалақтаушы I тонның пайда болуы
 <variant>өкпе артериясынан II тонның айқын акценті
 <variant>жүрек ұшында I тонның кенеттен әлсіреуі
 <variant>жүрек ұшында систолалық және диастолалық шулардың пайда болуы
 <variant>I және II тондардың кенеттен әлсіреуі
 <question>Жүрек демікпесінде науқас ортопноэлық қалыпты таңдауға мәжбүрлігі:
 <variant>қан аяқтарға жиналғаннан еңтігу азаяды
 <variant>ауру сезімін азайту үшін
 <variant>жүрек соғуының жиілігін
 <variant>bronх түйілуін азайту үшін
 <variant>дем алуды жеңілдету үшін
 <question>Жүрек - қантамыр жүйесі ауруларындағы цианоз аталуы:
 <variant>шеткі
 <variant>орталық
 <variant>аралас
 <variant>жергілікті
 <variant>жалпы
 <question>Жүрек сырқаттарындағы перифериялық ісіктер себебі:
 <variant>оң қарыншалық жүрек жетіспеушілігінен
 <variant>орталық гипертензиядан
 <variant>орталық /қос қарыншалық/ жүрек жетіспеушілігінен
 <variant>ЖИА
 <variant>сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігінен
 <question>Кіші қанайналым шеңберіндегі тоқырама белгілеріне ... жатпайды.
 <variant>гидроторакс
 <variant>жүрек демікпесі ұстамасы
 <variant>еңтігу
 <variant>төсекке жатқан кезде жөтелу
 <variant>қан қақыру
 <question>Үлкен қанайналым шеңберіндегі тоқырама /ірікіліс/ белгілеріне ... жатпайды.
 <variant>гидроторакс
 <variant>еңтігу
 <variant>гидроперикард
 <variant>аяқтардың ісуі
 <variant>асцит
 <question>Қалыпты жағдайда жүрек ұшы соғысы ... орналасады.
 <variant>V қабырғааралықта, бұғанаорта сызығынан 1 – 2 см ішкері
 <variant>VI қабырғааралықта, бұғанаорта сызығы бойында
 <variant>қалыпты жағдайда ешқашан анықталмайды
 <variant>парастернальды сызық бойымен 5 қабырғааралығында
 <variant>сол бұғанаорта сызығынан 1 см ішкері



<question>Көзге көрінетін жүрек ұшы соғысының солға және төмен ығысуы ... кездеспейді.

<variant>сол жақты гидроторакста

<variant>оң қарыншалық гипертрофияда

<variant>оң жақты гидроторакста

<variant>оң жақты пневмоторакста

<variant>сол қарыншалық гипертрофияда

<question>Аортальды стенозда анықталады:

<variant>жүрек ұшында систолалық діріл

<variant>жүрек ұшында диастолалық діріл

<variant>аортада диастолалық діріл

<variant>аортада систолалық діріл

<variant>кеуденің сол жақ 3-4 қабырғасында систолалық діріл

<question>Науқас 48 жаста, қызметші. Жеңіл шаршағандыққа, тәбеттің төмендеуіне, тамақтан кейін төс етіндегі ауырлыққа, кебуге, іштегі кебуге, кебуге және урчание, тұрақсыз орындыққа, бастың айналуы, күрт әлсіздік, жүрек қағу, ыстық сезім және ас ішкеннен кейін 10-15 минуттан кейін, әсіресе сүт және майлы теріге шағымданады. Бұл жағдайдың нашарлауы 15-20 минутқа созылады. Көлденең жағдай, әсіресе, ұйқы жеңілдетеді. Іш құрбақасы» \брюшная жаба/ деп аталатын науқасқа тән белгі:

<variant>асқорытудың шарықтаған кезінде

<variant>нитроглицеринмен қайтатын іш ауруы

<variant>диспепсиялық бұзылулар

<variant>стенокардия ұстамасы

<variant>диарея

<variant>метеоризм

<question>Жүректің оң жақтағы салыстырмалы тынық шегін ... түзейді.

<variant>оң жүрекше

<variant>оң қарынша

<variant>сол жүрекше

<variant>сол қарынша

<variant>оң жүрекше және қарынша

<question>Жүректің сол жақтағы салыстырмалы тынық шегін ... түзейді.

<variant>сол қарынша

<variant>оң қарынша

<variant>оң жүрекше

<variant>сол жүрекше

<variant>оң жүрекше және қарынша

<question>Жүректің жоғарғы шегін ... түзейді .

<variant>сол жүрекше

<variant>оң қарынша

<variant>оң жүрекше

<variant>сол қарынша

<variant>оң жүрекше және қарынша

<question>Митральды пішінді түсіндірудегі қате :

<variant>жүрек мықыны

<variant>жүрек мықыны жазылған

<variant>сол жүрекше өседі

<variant>сол қырына өскен

<variant>оң қырына өскен

<question>Қолқалық пішінді түсіндірудегі қате жауап:

<variant>жүрек мықыны жазылған

<variant>жүрек мықыны өскен

<variant>сол қарынша қуысы айтарлықтай кеңіген

<variant>жүрек «отырған үйрек» пішінді

<variant>жүрек пішіні «кебіс» тәрізді аз

<question>Жүрек шегі зақымдалған аймаққа қарама – қарсы бағытта ығыспайтын мысал:

<variant>экссудативті плеврит

<variant>пневмосклероз

<variant>пульмонэктомия

<variant>өкпенің рагі

<variant>обтурациялық ателектаз

<question>Тамыр шоғырының шегі қалыпты жағдайда анықталатын деңгейі:

<variant>2 – і қабырғааралығында төс қырлары тұсында

<variant>2 – і қабырғааралығында парастернальды

сызық бойында

<variant>3 - і қабырғааралығында төс қырлары тұсында

<variant>3 - і қабырғааралығында парастернальды сызық бойында

<variant>ортангы бугана сызығы бойынша екінші

қабырға аралығында

<question>Митральды қақпақша жетіспеушілігіне тән

емес рентгендік белгі:

<variant>қисық проекцияда өңеш үлкен радиус бойымен ығысқан

<variant>жүрек мықыны жазылған

<variant>қисық проекцияда өңеш кіші радиус бойымен

ығысқан

<variant>жүрек митральды пішінді

<variant>кіші қан шеңберіндегі тоқырамалы өзгерістер

<question>Бет ұшының көкшіл-кызғылт тартуы \facies mitralis\ ...жүрек ақауына тән:

<variant>митральды стеноз

<variant>өкпе артериясы сағағы стеноз

<variant>үш жармалы қақпақша стеноз

<variant>қолқа сағасы стеноз

<variant>жүрекшеаралық перде жетіспеушілік

<question>Митральды стеноз мына аурудан соң

басталады:

<variant>ревматизмнен

<variant>атеросклероздан

<variant>жүйелі қызыл жегіден

<variant>іштен туа біткен аномалиядан

<variant>бактериальды эндокардиттен

<question>Қолқалық жетіспеушілігімен бар науқастың денесінің солқылдау \пульсациялау\ сезімі:

<variant>жоғарғы пульстік қысымнан

<variant>шеткі тамырлар кедергісі жоғарылағаннан

<variant>микроциркуляция бұзылғаннан

<variant>жоғары систолалық қысымымен

<variant>диастолалық қысымының төмендеуімен

<question>Жоғарғы пульстік қысымның сыртқы белгілеріне тән емес:

<variant>прекардиальды аймақ пульсациясы



«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ()

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

44 беттің 40 беті

<variant>қарашық, жұмсақ таңдай пульсациясы
 <variant>каротид биі
 <variant>Мюссе симптомы
 <variant>жоғары және жедел пульс
 <question>76 жастағы науқас В физикалық сипаттағы жүктеме кезінде пайда болатын елтігу; жүрек соғуы; жылдам шаршау; жүрек ауруы; әлсіздікке шағымданады. Қолқалық жетіспеушілікті тыңдайтын негізгі аускультациялық нүкте:
 <variant>төстің оң қыры 2-і қабырға аралығы, Боткин-Эрба нүктесінде
 <variant>жүрек ұшында
 <variant>4-і аускультация нүктесінде
 <variant>семсертәрізді өскін негізінде
 <variant>өкпе артериясында
 <question>Ауруханаға өңеш аймағындағы ауырсынуға шағымданған науқас түсті. Өңеші ауыратын науқастардың шағымдарының ең қатерлісі:
 <variant>дисфагия
 <variant>күсу
 <variant>ауырсыну
 <variant>сілекей
 <variant>күйік
 <question>Тікелей және тікелей емес перкуссия түрлері болады. Тікелей перкуссия кеуде қабырғасына соққы жасаумен, ал тікелей емес перкуссия перкуторлық соққы плессиметрге жасалады. Перкуторлық дыбыстың негізгі параметрлері:
 <variant>күші
 <variant>биіктігі
 <variant>локализациясы
 <variant>иррадиациясы
 <variant>ұзақтығы
 <question>25 жастағы әйел кекіру, асқазан аймағындағы ауыру сезімі шағымдарымен ауруханаға түсті. Әдетте анамнез бойынша анықталатын дисфагия себебі:
 <variant>өңештің тыртықты стенозы
 <variant>өңештің қатерлі ісігі
 <variant>өңеш қалтасы
 <variant>созылмалы атрофиялық эзофагит
 <variant>анамнездік деректер құндылығы бірдей
 <question>... жалпы қарау ережесіне жатпайды:
 <variant>Науқасты толық шешіндіріп 2 – 3 метр қашықтықтан қарау
 <variant>Жарық науқастың алдынан не қырынан түсуі
 <variant>Бөгде шудың болмауы
 <variant>Мүмкіндігінше науқасты күндіз қарау
 <variant>Науқасты белгілі бір ретпен қарау
 <question>36 жастағы науқас соңғы уақытқа дейін өзін қанағаттанарлық сезініп, жұмыс істеген. Дене салмағының кемуі алдында жүрек соғуы, елтігу пайда болды. Жүрек ырғағы түскенде екінші нүктеде дұрыс, өрескел қарқынды систоалалық шу, АҚ 110/95 мм Ср.ст. Систоалалық шуға тән емес:
 <variant>митралды стеноз
 <variant>өкпе артерия стенозы

<variant>митральды қақпақша жеткіліксіздігі
 <variant>үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігі
 <variant>қолқа сағағы стенозы
 <question>67 жастағы еркекте денеге түсетін ауыр жүктемеден кейін кеуде ауруы, демікпе пайда болды. Диастолалық шуға тән емес:
 <variant>митральды жетіспеушілік
 <variant>үш жармалы қақпақшалар тесік стенозы
 <variant>қолқа қақпақшалары жетіспеушілігі
 <variant>митральды стеноз
 <variant>өкпе артерия қақпақшасы жетіспеушілігі
 <question>митральды жетіспеушілік-жүректің клапанды аппаратының бұзылуының ең жиі түрі. Ол жүрек ақауы бар науқастардың жартысында, көбінесе митральды стенозбен және қолқа ақаулары – стенозбен немесе қолқа қақпақшаларының жеткіліксіздігімен үйлескенде анықталады. Митральды жетіспеушіліктегі систоалалық шудың жақсы естілуі:
 <variant>жатқан жағдайда
 <variant>ішке терең демалғанда
 <variant>тікелей аускультация кезінде
 <variant>отыру жағдайында
 <variant>түрегеп тұрғанда
 <question>Жөтелге, алдымен құрғақ, содан кейін қақырық қан жаюымен қосылып, өкпе тамырларында қан іркілісі, елтігу, жүрек соғуының жиілеуі, жүрек соғуының аритмиялық емес сезімі, жүректің бітелуі, кеуде қуысының сол жақ жартысындағы төңкерулер пайда болады. Митральді жетіспеушіліктегі систоалалық шу эпицентрі:
 <variant>жүрек ұшында
 <variant>митральды қақпақша тұсында
 <variant>кеудедегі жүрек негізінде
 <variant>төстің сол қырына 3 – і қабырға аралығында
 <variant>төстің сол қырына 4 – і қабырға аралығында
 <question>Диастолалық шу-жүрек ауруларында асқазан диастоласы кезінде жүрек аймағында естілетін дыбыстар. Шектеулі жүрек ұшы тұсында естілетін диастолалық шуға тән патология:
 <variant>митральды стеноз
 <variant>митральды жеткіліксіздік
 <variant>қарыншааралық қалқаның ақауы
 <variant>перикардит
 <variant>анемия
 <question>Науқаста физикалық жүктемеден соң тұншығумен, көпіршікті алқызыл қақырықпен жөтелмен қосарланатын елтігу ұстамасы пайда болды. Қарағанда өкпеде ылғалды әртүрлі калибрлі екі жақты сырылдар, жыбыр аритмиясы, бауырдың ұлғаюы, аяқтарда ісіктер. Көрсетілген симптомдармен патология:
 <variant>жіті солқарыншалық жеткіліксіздік
 <variant>bronх демікпесі ұстамасы
 <variant>өкпе артериясының тромбозмболиясы
 <variant>спонтанды пневмоторакс
 <variant>инфарктты пневмония
 <question>1 тонға оның дыбыстылығына қарап бағалау:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары	44 беттің 41 беті

<variant> 1 және 4 аускультация нүктелерінде

<variant> 2 және 3 аускультация нүктесі

<variant> 1 және 2 аускультация нүктесі

<variant> 1, 2, 3, 4 аускультация нүктелері

<variant> 5 аускультация нүктесі

<question> Науқас И. 55 жаста. Басының ауыруына, көз алдының бұлыңғырлануы, ұйқысының нашарлауына шағымданады. Алғаш рет 6 жыл бұрын АҚ 160/100 мм с.б.б. жоғарылаған. 2 жыл бұрын миокард инфарктын бастан өткерген, ем тағайындалып, тұрақты түрде ем қабылдаған. Бойы 164 салмағы 82 кг. Жүрек тондары тұйықталған, акцент 2 тонның қолқада. АҚ 180/115 мм с.б.б. Пульсі 68 рет минутына, ритмді, тартылған.

Жоғары АҚ тән пульс:

<variant> тартылған және толық

<variant> жылдам және биік

<variant> дикротикалық

<variant> жұмсақ және толық

<variant> альтернирлеуші

<question> науқастарды субъективті зерттеу әдісі:

<variant> сұрастыру

<variant> қарау

<variant> пальпация

<variant> перкуссия

<variant> аускультация

<question> Науқастан өмір анамнезін жинауда

маңыздылығы төмен фактор:

<variant> ауа райы шарттары

<variant> өткерген аурулары

<variant> жанұялық жағдайы және тұқымқуалаушылық

<variant> зиянды әдеттері

<variant> еңбек және тұрмыс жағдайы

<question> Функционалдық шуға тән емес:

<variant> үнемі диастолалық

<variant> тондардың дыбыстылығының өзгерістерімен

қоса жүреді

<variant> жиі тұрақсыз

<variant> үнемі систолалық

<variant> жиі жүрек ұшында, және өкпе артериясы

үстінде

<question> Үшінші тонтүзіледі:

<variant> диастолада фазасында қарыншалардың

жеделпассивті толуында және оның қабырғаларының

тербелісінде

<variant> жүрекше систолосында

<variant> қарынша диастоласында гемодинамикалық

соққы кезінде жарты айшық қақпақшалар жабылғанда

<variant> қарынша диастоласында митралды

қақпақшаның ашылу кезіндегі тербелістерге

байланысты

<variant> қарыншалар систоласында

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

044 – 47 / 11 ()
44 беттің 42 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

044 – 47 / 11 ()
44 беттің 43 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша бақылау-өлшеу құралдары, бағдарламаның аралық бақылауға арналған сұрақтары

044 – 47 / 11 ()
44 беттің 44 беті