

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

БАҚЫЛАУ – ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАРЫ

2-ші аралық бақылау бағдарламасының сұрақтары

Білім беру бағдарламасының атауы: «Жалпы медицина»

Пән коды: ZHDT 6301-1

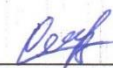
Пәннің атауы: «Амбулаторлық-емханалық терапия»

Сағат көлемі/кредит саны: 240 сағат, 15 кредит

Курс және оқу семестрі: 6 курс, 12 семестр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

Құрастырушы: ассистент Баймакова Г.Ш.

Кафедра меңгерушісі: м.ғ.к., доцент Оспанов. Қ. Е. 

Хаттама № 1 **Күні** 01.09.2023 **не**

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<question> 27 жастағы ер адам кенеттен эпигастрий аймағында және оң қабырға астында ауырсыну сезінді. Бірнеше сағаттан соң ауырсыну азайды. Объективті: тілі құрғақ, іші ішке тартылыңқы, құрсақ қуысы бұлшық еттері күштенген. АҚҚ 90/60 мм сынап бағанасымен, пульс 120 мин/рет. Болжам диагноз:

<variant> Ойық жара ауруы, 12 елі ішек ойық жара перфорациясы

<variant> Созылмалы гастрит

<variant> Өт шығару жолдары дискинезиясы

<variant> Құрсақ қолқа аневризмасы жарылуы

<variant> Жіті ішек айналымы

<question> 46 жастағы науқас қышқылмен құсуға, тамақ ішкен соң ауамен кекіруге, эпигастрий аймағындағы дискомфортқа, іші кебуіне шағымданады. Пальпацияда эпигастрий аймағында ауырсыну анықталады. Науқасқа ... ен бірінші жүргізу керек.

<variant> Фиброгастродуоденоскопия

<variant> Жасырын қанға нәжісті тексеру

<variant> Баримен контрасты рентгеноскопия

<variant> Ультрадыбысты зерттеу

<variant> Асқазан сөлін зерттеу

<question> Ойық жара асқазанында орналасқан ұзақ уақыт ойық жара ауруымен ауыратын науқас ер адам әлсіздікке, жүрегі айнауға, тәбеті жоғалуға, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсынуға салмақ жоғалтуға шағымданып дәрігерге қаралды. Бұл жағдайда ойық жара ауруының қандай асқынуы туралы ойлау мүмкін

<variant> Ойық жара малигнизациясы

<variant> Асқазанның шығыс бөлігінің стенозы

<variant> Ойық жара пенетрациясы

<variant> Ойық жарадан микро қан кету

<variant> Ойық жарадан перфорациясы

<question> Науқас іштің жоғары бөлімінде, белді айналдыратын, майлы және ащы тағамнан кейін күшейетін ауырсынуға, жеңілдік әкелмейтін құсуға шағымданады. Пальпацияда сол жақ қабырғалық омыртқа бұрышында ауырсыну, осы аймақты алақан қырымен соққанда ауырсынады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы панкреатит, өршу

<variant> Созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу

<variant> Созылмалы калькулезді холецистит, өршу

<variant> Созылмалы белсенді гепатит, өршу

<variant> Созылмалы аутоиммунды гепатит, өршу

<question>2. 32 жастағы науқас ер адам тамақтан кейін азаятын эпигастриде тамақтан соң 3-4 сағаттан кейін, кейде түнгі және «аш қарынға» қатты ауырсынуға, тұрақты қыжылға, қышқылды кекіруге, жеңілдік әкелетін қышқылмен құсуға, іші қатуына шағымданды. Объективті: перкуторлы және пальпация-лағанда эпигастридің оң жағында ауырсыну. Жасырын қанға нәжіс анализі – оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> он екі ішек ойық жара ауруы

<variant> асқазанның үлкен иінінің ойық жара ауруы

<variant> асқазанның субкардиалды бөлігінің ойық жара ауруы

<variant> гастроэзофагеалды-рефлюксті ауру

<variant> қақпа стенозы

<question> Науқас 29 жаста отбасылық дәрігерге таңертең кенеттен болған жүрек айнуға, құсуға шағымданады. Қарағанда тілі құрғақ, жабынмен жабылған, температурасы 37,7 С, пальпацияда іші ауырады, алдыңғы іш қабырғасының жайылмалы қатаюы. АҚҚ 100/70 мм.сын. бағ. ЖСЖ 97 рет минутына. Дәрігерлік тактика ... қарастырады.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Хирургия бөліміне жедел жеткізуді
- <variant> Құсуға қарсы және қызу түсіретін препараттар тағайындауды
- <variant> Мұқият қарау және науқастың жағдайын БМСК жағдайында бақылауды
- <variant> Үйде бақылау, суық, тыныштық, ашықтыруды қамтамасыз ету, қатты ауырсынуа аналгетик тағайындауды
- <variant> Жағдайы тұрақталғанша көктамырға тамшылатып реополиглюкин құюды
- <question> 40 жастағы ер адамда эпигастрий аймағында ұзақ уақыт бойы айналмалы сипаттағы арқаға берілетін ауырсыну және оң қабырғаастында тартып ауыру мазалайды. УДЗ –мен тексергенде: ұйқы безі өзгеруі және созылмалы холецистит белгілері. Бұл патологияда ең ақпаратты зертханалық көрсеткіштер
- <variant> Қандағы және несептегі амилаза деңгейі
- <variant> Лейкоцитоз
- <variant> Қандағытрансаминаз деңгейі
- <variant> Гипергликемия
- <variant> Қандағысілтілі фосфатазадеңгейі
- <question> 40 жастағы әйел үдемелі әлсіздікке, эпигастрии аймағындағы ауырсынуға, әсіресе аш қарында және түндегі эпигастриидегі ауырсынуға, іш қату, бас айналу, терінің құрғауы, шаш пен тырнақтың сынғыштығы, жүктемеге байланыссыз жүрек тұсындағы ауырсынуға шағымданады. Бұрын ештеңемен ауырмаған, жақында жұмыста жағымсыз конфликт болған. Диагнозды негіздеу үшін ... жүргізу қажет.
- <variant> Фиброгастродуоденоскопия
- <variant> Электрокардиография
- <variant> Сигмоидоскопия
- <variant> Невропатолог кеңесі
- <variant> Қанның клиникалық талдауы
- <question> Науқас әйел майлы және ащы тағамдардан кейін күшейетін ішінің жоғарғы бөлігінде айналмалы ауырсынуға, көп рет қайталанған жеңілдік әкелмейтін құсуға шағымданады. Пальпациялағанда сол қабырға- омыртқа бұрышында ауырсыну, сонымен бірге алақанмен осы аймақты ұрғылағанда ауру сезімі (құйрық симптомы) анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз
- <variant> Созылмалы панкреатит, өршу
- <variant> Созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу
- <variant> Созылмалы калькулезді холецистит, өршу
- <variant> Созылмалы активті гепатит, өршу
- <variant> Созылмалы аутоиммунды гепатит, өршу
- <question> Созылмалы панкреатитпен науқаста ұйқы безі қызметі бұзылған, бұл еңбекке қабілеттілігі шектелуінің II дәрежесіне, өз-өзіне қызмет ете алуы шектелуінің II дәрежесіне, өз бетінше қозғалуы шектелуінің I дәрежесіне әкеліп соқтырған. Еңбекке жарамсыздық дәрежесі:
- <variant> мүгедектіктің II тобы
- <variant> мүгедектіктің I тобы
- <variant> мүгедектіктің III тобы
- <variant> еңбекке қабілетті
- <variant> 2-3 күн еңбекке жарамсыз
- <question> Науқас 48 жаста, жалпы тәжірибелік дәрігерге сол қабырғаастына берілетін эпигастрий аймағында ауырсынуға, жүрегі айналуына және жеңілдік бермейтін көп рет құсуға, көп мөлшерде мазь тәрізді нәжіске шағымданып қаралды. Анамнезінде: жоғарыда аталған симптомдар бұрын да байқалған, алкоголь мен майлы тағамдар қолдануына байланысты болған. Объективті: салмағы төмен, "френикус-симптом" сол жақта, Мейо-Робсон симптомы оң мәнді. Болжам диагнозды таңдаңыз:
- <variant> созылмалы панкреатит, өршуі

ONȚŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

- <variant> 12-елі ішектің ойық жара ауруы, өршуі
- <variant> асқазанның қақпа бөлігінің ойық жара ауруы
- <variant> қолқаның құрсақ бөлігінің аневризмасы
- <variant> созылмалы ойық жаралы емес колит
- <question> 51 жастағы ер адам стационарға ұзақ оң қабырғаастында тартып ауырсыну сезіміне шағымданып түсті. Тексергенде: сарғаю жоқ, Кера симптомы оң мәнді, температурасы субфебрилді, ЭТЖ - 30 мм/с. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> созылмалы холецистит, өршуі
- <variant> асқазан ойық жара ауруы, өршуі
- <variant> созылмалы гепатит, өршуі
- <variant> созылмалы панкреатит, өршуі
- <variant> Одди сфинктерінің дисфункциясы
- <question> 26 жастағы пациент сүт ішкеннен соң азаятын эпигастрий аймағында көбінесе ашқарынға және түнгі уақытта пайда болатын ауырсынуға, сонымен бірге үнемі мазалайтын қыжылға шағымданды. 2 жыл бойы ауырады, тексерілмеген, және емделмеген. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> 12-елі ішек ойық жара ауруы
- <variant> созылмалы гастрит «А түрі»
- <variant> созылмалы гастрит «В түрі»
- <variant> гастроэзофагеалді рефлюксті ауру
- <variant> асқазанның ойық жара ауруы
- <question> Созылмалы гастритпен тіркеуде тұрған науқаста ауыруының өршуі кезінде ішкен асын құсып тастау, ішінің ауруы, шіріген жұмыртқа кекіру шағымдары пайда болды. Науқастың ауруы ... асқынған.
- <variant> стенозбен
- <variant> пенетрациямен
- <variant> перфорациямен
- <variant> малигнизациямен
- <variant> қан кетумен
- <question> Әлсіздік, жүрек айнуы, тәбет болмауы, эпигастрий аймағында тұрақты ауырсыну, салмақ жоғалту... байқалады.
- <variant> ойық жараның малигнизациясында
- <variant> асқазанның шығыс бөлігінің стенозында
- <variant> ойық жара пенетрациясында
- <variant> ойық жарадан майда қан кетуінде
- <variant> ойық жара перфорациясында
- <question> Науқас 42 жаста эпигастральді аймағының ауырсынуына, құсуына шағымданады. Объективті: тері жабындылары бозарған, суық жабысқақ тер бөлінеді. АҚҚ – 100/50 мм с.б.б. Щеткин – Блюмберг симптомы оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Перфорация
- <variant> Қан кету
- <variant> Стеноз
- <variant> Пенетрация
- <variant> Малигнизация
- <question> Тері жабындыларының бозаруы, құрғақ тері, тырнақ сынғыштығы көрінетін 62 жастағы эпигастрий аймағындағы ауырсыну, қышқыл кекіру метеоризм, іш-қату мен іш-өтуінің кезектесуі мазалайтын науқасқа ... тағайындаған мақсатқа лайықты.
- <variant> Табиғи асқазан сөлі+ панзинорм+милльгамма
- <variant> Сорбифер+алмагель+ гепабене

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> Домперидон+креон+бифидум бактерин

<variant> Циметидин+панзинорм+но-шпа

<variant> Цизаприд+алмагель+хилак форте

<question> Дәрігерге 27 жастағы әйел адам жұтыну кезіндегі сұйық, суық немесе ыстық тағамнан кейінгі жағымсыз сезімдердің пайда болуына, ал қою тағамның жақсы өтетініне шағымданып келді. Науқасты сұрастыру кезінде, бұл шағымдар жұмысының жайсыздығына байланысты 1 жыл бұрын пайда болған. Соңғы 2 ай ішінде бұл сезімдер шаршау кезінде және қобалжу кезінде күшейеді. Тәбеті төмендеген, салмағы қалыпты қарап тексеруде патология анықталмаған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Гастроэзофагеальды –рефлюксті ауру

<variant> Өңештің пептитті жарасы

<variant> Өңештің төменгі бөлігінің дивертикулы

<variant> Созылмалы эзофагит

<variant> Диафрагманың өңештік тесігінің жарығы

<question> Ер адам 38 жаста, жүргізуші, темекі тартады. Шағымдары: ас қабылдағаннан кейін пайда болатын қыжыл, жатқан қалыпта және еңкейген кезде күшейеді, қышқылмен лоқсу, түнде жөтел ұстамалары мазалайды. Эндоскопияда –шырышты қабаты ақшыл қызыл түсті, тегіс, жылтыр, дефекттер жоқ. Мотилиум 10 мг күніне 4 рет қабылдайды. Емдеу тиімділігін бақылау үшін ... ең сезімтал диагностикалық әдіс болып келеді.

<variant> Өңештегі pH тәуліктік мониторингтеу

<variant> Манометрия

<variant> Эндоскопиялық зерттеу

<variant> УДЗ

<variant> Рентгенологиялық зерттеу

<question> 12- елі ішек және асқазан ойық жара ауруындағы эрадикациялық терапияның ұзақтығы ... күн.

<variant> 14

<variant> 7

<variant> 21

<variant> 28

<variant> 30

<question> Ойық жара ауруының хирургиялық емінің абсолютті көрсеткішіне ... жатпайды.

<variant> жиі өршуі

<variant> перфорация

<variant> малигнизация

<variant> декомпенсация сатысындағы стеноз

<variant> қан кету

<question> Рефлюкс-эзофагиттің негізгі диагностикалық әдісіне ... жатады.

<variant> pH-метриялық зерттеу

<variant> рентгенологиялық зерттеу

<variant> эндоскопиялық зерттеу

<variant> ультрадыбысты зерттеу

<variant> асқазанды зондтау

<question> 33 жастағы науқас ер адам тамақтан кейін азаятын эпигастриде тамақтан соң 3-4 сағаттан кейін, кейде түнгі және «аш қарынға» қатты ауырсынуға, тұрақты қыжылға, қышқылды кекіруге, жеңілдік әкелетін қышқылмен құсуға, іші қатуына шағымданды. Объективті: перкуторлы және пальпация-лағанда эпигастридің оң жағында ауырсыну. Жасырын қанға нәжіс анализі – оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> он екі ішек ойық жара ауруы

QYTYSTYK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		

044-79/22
84беттің 1беті

<variant> асқазанның үлкен иінінің ойық жара ауруы

<variant> асқазанның субкардиалды бөлігінің ойық жара ауруы

<variant> гастроэзофагеалды-рефлюксті ауру

<variant> қақпа стенозы

<question> 45 жастағы науқас ер адамды дене жүктемесі мен тамақтан соң төс артында ауырсыну, қыжыл, жеген тамағымен кекіру, тамақты қиналып жұтынуды сезіну мазалайды. Тексергенде: электрокардиограмма: патологиясыз; эндоскопиялық фиброгастродуоденоскопия: өңештің төменгі сфинктері жабылмайды, гиперемия, өңеш кілегейлі қабаты ісінген, бірен-саран эрозиялар.

Бұл жағдайда науқасқа ... дәрілік препараттар комбинациясын тағайындаған тиімдірек.

<variant> домперидон және рабепразол

<variant> маалокс және ампициллин

<variant> омепразол және смекта

<variant> омепразол және маалокс

<variant> омепразол және но-шпа

<question> 44 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге соңғы тамақты қабылдағаннан соң 12 сағаттан кейін жүрегі айнып, көп рет қайталанған жеңілдік әкелмейтін құсық, эпигастрий тұсында жағымсыз сезім, күрт әлсіздік пайда болуына шағымданып қаралды. Анамнезінде бір апта бойы алкоголь қабылдаған. Объективті қарағанда – жалпы жағдайы ауыр, аузынан алкоголь исі шығады, есеңгірегендік, тері қабатының бозғылттығы байқалады. АҚҚ 60/20 мм сынап бағанасымен, ТСЖ минутына 60 рет. Пальпациялағанда ішінде ауырсыну байқалады, бұлшық еттік қорғаныс реакциясы жоқ, ішперде тітіркену сипптоматы теріс мәнді. Нәжіс формалы күніне бір рет. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Панкреонекроз

<variant> Экзотоксикалық шок

<variant> Миокард инфарктінің абдоминалді түрі

<variant> Тамақтан болған токсикоинфекция

<variant> Алкоголь суррогаттарымен улану

<question> 52 жастағы әйел адам майлы тағам қабылдағаннан кейін ішінің ауруы, құсу байқалған. Пальпациялауда эпигастрий аймағының ауырсынуы байқалады. Амбулаторлы ем қабылдағаннан кейін жағдайы жақсарды – ауырсыну сезімдері азайды. Құсу тоқтады. Лабораторлы зерттеулер нәтижесі қалыпты. Бұл жағдайда ауру ... аяқталуы мүмкін.

<variant> сауығумен

<variant> перитонитпен

<variant> ұйқы безінде киста қалыптасуымен

<variant> өліммен

<variant> малигнизациямен

<question> Қараудан кейін науқаста өңеш веналарының кеңеюі, асцит байқалған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Бауыр цирозы

<variant> Созылмалы гепатит

<variant> Созылмалы оң жақ қарынша жетіспеушілігі

<variant> Нефротикалық синдром

<variant> Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі

<question> Науқас 53 жаста, тәбетінің төмендеуіне оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға, терісінің қышуына шағымданады. Объективті: терісінің сарғаюы, қан тамырларының дақтары, перифериялық ісінулер, асцит байқалады. Анамнезінен: ішімдік ішкендігі, 15 жыл бойы вирусты гепатит С мен ауырған. Зертханалық нәтиже: билирубин -50, альбумин—2.9%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Бауырдың алкогольді циррозы, порталды гипертензия, декомпенсация
- <variant> Аутоиммунды генездегі цирроз
- <variant> Бауырдың вирусты циррозы, порталды гипертензия субкомпенсация
- <variant> Бауырдың вирусты циррозы, порталды гипертензия, компенсация
- <variant> Бауырдың холестатикалық циррозы
- <question> Науқас С., 52 жаста оң жақ қабырға астындағы ауырсынуға оның оң жақ қолына берілуіне, өт аралас құсуға шағымданады. Объективті: тәбетінің жоғарылауы, оң жақ қабырға астының ауырсынуы, Ортнер симптомы оң. Қанында: лейкоциттер – 9 мың, ЭТЖ-26 мм/сағ. Өтті тексеру нәтижесі бойынша: үш порциясында – сұйықтық, лейкоциттер 4 –ші порцияда лямблиялар анықталған. Бұл жағдайда ... тағайындалған мақсатқа лайықты.
- <variant> Трихопол
- <variant> Гентомицин
- <variant> Левомецитин
- <variant> Эритромицин
- <variant> Амоксициллин
- <question> Науқас 44 жаста, сол қабырға астына иррадицияланатын эпигастрий аймағындағы интенсивті ауырсынуға, тәбетінің төмендеуіне, кекіруге, жүрек айнуға, іш қатуға шағымданады. Осындай ауырсынулар жылына 1-2 рет қайталанып тұрады. 4 жыл бұрын өтас ауруына байланысты операция жасалған, 6 айдан кейін осындай ұстама болған және шамалы сарғаю мен зәрдегі амилаза деңгейі жоғарылау анықталған. Қайта тексерілгенде тас анықталмады. ЖҚА: Л.- 6,7*109/л, ЭТЖ-18 мм/сағ. Осы жағдайда ... ең ақпаратты зерттеу әдісі болып келеді.
- <variant> секретин-панкреозиминді тест
- <variant> аминотрансферазалардың белсенділігін анықтау
- <variant> 12-елі ішек сөлін зерттеу
- <variant> нәжісте майды анықтау
- <variant> сілтілі фосфатазаны анықтау
- <question> 55 жастағы ер адам үш жыл бойы он екі елі ішектің жара ауруының жиі рецидивтерімен ауырады. Н2-гистаминблокаторлармен емдеуге оң әсер берді. Жараның қанауымен түсті. Ранитидинмен 4 апта емдегенде жара тыртықтанды. Емдік тактика ... тағайындауын қарастырады.
- <variant> Н2-гистаминблокаторлармен сүйемелдеуші ем
- <variant> Н2-гистаминблокаторлармен үзілісті курсты ем
- <variant> Хирургиялық ем
- <variant> Сукральфатпен ем
- <variant> Омепразолмен курсты ем
- <question> 40 жастағы әйел үдемелі әлсіздікке, эпигастрии аймағындағы ауырсынуға, әсіресе аш қарында және түндегі эпигастриидегі ауырсынуға, іш қату, бас айналу, терінің құрғауы, шаш пен тырнақтың сынғыштығы, жүктемеге байланыссыз жүрек тұсындағы ауырсынуға шағымданады. Бұрын ештеңемен ауырмаған, жақында жұмыста жағымсыз конфликт болған. Диагнозды негіздеу үшін ... жүргізу қажет.
- <variant> Фиброгастродуоденоскопия
- <variant> Электрокардиография
- <variant> Сигмоидоскопия
- <variant> Невропатолог кеңесі
- <variant> Қанның клиникалық талдауы
- <question> 26 жастағы ер адам тамақтан соң эпигастрии тұсындағы күйдіріп ауырсынуға, қыжылға, жүрек айнуға, сирек жағдайда құсуға, әлсіздікке және жүдеуге шағымданады. Анамнезінен: екі апта бойы ҚҚСЕП(НПВС) қабылдаған. Объективті: эпигастрии тұсындағы ауырсыну. ФГДС-те: асқазан түбі тұсында жара. Емнің бірінші сатысында науқасқа міндетті түрде

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

... тағайындау керек.

<variant> Фамотидин 20мг ішке тәулігіне 2 рет

<variant> Сукральфат тәулігіне 1г x 4 рет

<variant> Солкосерил, б/е 2мл., 10 күн

<variant> Шұғыл хирургиялық араласу

<variant> Алмагель 1 үлкен қасықпен тәулігіне 3 рет

<question> 43 жастағы автобус жүргізушісі, эпигастрий аймағындағы ауырлық сезіміне, тәбетінің төмендеуіне, жүрек айнуына, ауамен кекіруге шағымданады. ФГДС биопсия жасағанда хеликобактерлі инфекция, асқазанның кілегей қабының атрофиясы анықталды. Уреазды тест оң. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы атрофиялық гастрит H.pylori-мен ассоцияцияланған

<variant> Созылмалы аутоиммунды пангастрит

<variant> Созылмалы атрофиялық емес гастрит

<variant> Жедел гастрит C тип

<variant> Созылмалы гипертрофиялық гастрит

<question> 46 жастағы науқас қышқылмен құсуға, тамақ ішкен соң ауамен кекіруге, эпигастрий аймағындағы дискомфортқа, іші кебуіне шағымданады. Пальпацияда эпигастрий аймағында ауырсыну анықталады. Науқасқа ... жүргізу керек.

<variant> Фиброгастродуоденоскопия

<variant> Жасырын қанға нәжісті тексеру

<variant> Баримен контрастты рентгеноскопия

<variant> Ультрадыбысты зерттеу

<variant> Радионуклидті зерттеу

<question> Гастропарез – бұл

<variant> Антралды бөлімнің моторикасының әлсіреуі

<variant> Асқазанның перистальтика ырғағының бұзылуы

<variant> Антродуоденалды координацияның бұзылуы

<variant> Аккомодацияның бұзылуы

<variant> Кардиалды бөлімнің моторикасы әлсіреуі

<question> 20 жастағы науқас қабырға астындағы ауырлық сезіміне, ерте тойыну сезіміне, аузындағы жағымсыз иіске, ауамен кекіруге шағымданады. Пальпацияда пилородуоденалды аймақта ауырсынады. Диагнозды нақтылау үшін асқазан кілегей қабығының биоптатын морфологиялық тексерілді. Бұл тәсіл ... жүргізіледі.

<variant> Биоптатта H. Pylori анықтау үшін

<variant> Биоптатта H. pylori бактериясының уреазды белсенділігін анықтау үшін

<variant> Биоптатта арнай антиденелерді анықтау үшін

<variant> H. pylori эрадикациясы үшін

<variant> H. Pylori-дің антибактериалды дәрілерге сезімталдығын анықтау үшін

<question> 1. 48 жастағы науқас отбасылық дәрігерге таңертеңнен аузындағы ащы сезімге, әлсіздікке, делсалдыққа, тәбетінің төмендеуіне, жүрек айнуына, оң жақ қабырға астындағы тартып ауырсынуға шағымданып келді. Объективті қарағанда Кер белгісі оң және оң жақ қабырға асты аймағындағы алдыңғы іш қабырғасының резистенттілігі. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу кезеңі, өт шығару жолдарының дискинезиясы, гипокинетикалық түрі бойынша

<variant> Өт шығару жолдарының дискинезиясы, гиперкинетикалық түрі бойынша

<variant> Өт шығару жолдарының дискинезиясы, гипокинетикалық түрі бойынша

<variant> Созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу кезеңі, өт шығару жолдарының дискинезиясы, гиперкинетикалық түрі бойынша

<variant> Созылмалы калькулезді холецистит, өршу кезеңі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<question> Өңеш манометриясы арқылы жоғарғы және төменгі өңеш сфинктерлер аймағындағы қысымды өлшеуге болады. Бұл әдіс ... ақпаратты:

- <variant> кардия ахалазиясында
- <variant> Баррет өңешінде
- <variant> склеродермияда
- <variant> диффузды эзофагоспазмда
- <variant> өңеш дивертикулында

<question> Асқазанның жоғарғы бөлігінің ойық жарасына ... ауырсыну тән:

- <variant> тамақ қабылдағаннан 30 минуттан кейін
- <variant> төс артында
- <variant> тамақ қабылдағаннан соң эпигастрийде
- <variant> тамақ қабылдаумен байланыссыз
- <variant> оң қабырға астында

<question> 40 жастағы науқаста 12-елі ішектің ойық жарасы алғашқы анықталған кезде жетекші тексеру әдісі:

- <variant> ФГДС және биопсия
- <variant> қанның жалпы анализы
- <variant> асқазан сөлінің анализы
- <variant> нәжісті жасырын қанға анализы
- <variant> дуоденальды зондтау

<question> Он екі елі ішектің ойық жара ауруына ... ауырсыну тән.

- <variant> эпигастрий аймағында аш қарынға және тамақ қабылдағаннан соң 2-3 сағаттан соң пайда болатын
- <variant> эпигастрий аймағында тамақ қабылдағанда күшейетін тұйық, қысып
- <variant> оң жақ қабырғаастында майлы тамақтан соң пайда болатын оң жақ иыққа берілетін толғақты
- <variant> эпигастрийде тамақ қабылдаумен байланысы жоқ тұрақты тұйық
- <variant> майлы тамақ қабылдағанда күшейетін, арқаға берілетін сол жақ қабырғаастында қысып

<question> 58 жастағы науқас ер адам ұзақ уақыт созылмалы панкреатитпен ауырады. Дәрігерге салмақ жоғалту, тәулігіне 3-4 рет іш өтуіне, кекіру, лоқсу, іші кебуіне шағымданып қаралды. Науқасқа ... қолдану қажет.

- <variant> креон, мезим-форте
- <variant> ранитидин, тетрациклин
- <variant> парацетамол
- <variant> гепабене
- <variant> эссенциале

<question> Крон ауруын анықтау үшін тағайындалатын ең ақпаратты тексеру әдісі:

- <variant> колоноскопия
- <variant> құрсақ қуысының жалпылама рентгенографиясы
- <variant> иригоскопия
- <variant> тік ішекті саусақпен тексеру
- <variant> лапароскопия

<question> 52 жастағы науқас ер адам дәрігерге эпигастрий аймағында тұрақты күшті ауырсынуға, жалпы әлсіздікке, құсуға шағымданып келді. Ауырсыну алкоголь, майлы тамақ қабылдағаннан кейін 50-60 минуттан соң пайда болған. Қарап тексергенде эпигастрий аймағында ауырсыну байқалады, Мейо-Робсон симптомы оң. Жалпы қан анализінде лейкоциттер $12 \times 10^9/\text{л}$, ЭТЖ- 18 мм/с. Науқастың диагнозы:

- <variant> созылмалы панкреатит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> созылмалы холецистит

<variant> асқазан ойық жара ауруы

<variant> созылмалы гастрит, тип В

<variant> ГЭРА

<question> 3.55 жастағы науқас әйелде ІІІ дәрежедегі эзофагитпен ГЭРА шағымданып жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімін анықтаңыз:

<variant> 3-6 күн

<variant> 6-12 күн

<variant> 12-18 күн

<variant> 6-21 күн

<variant> 12-21 күн

<question> 55 жастағы ер адам жиі асқынатын он екі елі ішектің ойық жара ауруымен зардап шегеді. Қансырап тұрған ойық жарасымен түседі. 4 апта емделу ішінде ойық жара тартылды. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн:

<variant> 20-40

<variant> 30-40

<variant> 20-30

<variant> 20-50

<variant> 30-50

<question> Іште ауырсынуды ... аурулармен ажырату керек.

<variant> хирургиялық

<variant> эндокриндік

<variant> неврологиялық

<variant> жүрек - қан тамыр

<variant> гематологиялық

<question> 56 жастағы науқас әйел аймақтық дәрігерге сыртқы секреторлық жетіспеушілігі бар созылмалы панкреатиттің асқынуы бойынша жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн.

<variant> 20-26

<variant> 30-35

<variant> 28-35

<variant> 20-35

<variant> 12-26

<question> 3.45 жастағы науқас әйел 6 сағат ішінде мазалайтын өт тас ауруы кезінде колика тәрізді ауырсынуға шағымданып тұр. Науқастың жүргізу тактикасы:

<variant> хирург кеңесі

<variant> қанның биохимиялық анализі

<variant> өт қапшығының УДЗ

<variant> гастроэнтеролог кеңесі

<variant> құрсақ қуысының рентгенографиясы

<question> Өт шағару жолдарының обструкциясында ... жоғарылайды.

<variant> сілтілі фосфатаза

<variant> аланинаминотрансфераза

<variant> жалпы ақуыз

<variant> С-реактивті ақуыз

<variant> лактатдегидрогеназа

<question> Helicobacter pylori шоғырлануы ... гастритке тән.

<variant> антральді

<variant> фундальді

QNTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> аутоиммунды
- <variant> химиялық (реактивті)
- <variant> аралас
- <question> Өт шығару жолдарының гипомоторлы, гипокинетикалық дискинезиясында ... тағайындалады.
- <variant> мотилиум
- <variant> платифиллин
- <variant> метацин
- <variant> нитроглицерин
- <variant> бесалол
- <question> Асқазан диспепсиясының жара тәрізді вариантына неғұрлым тән симптом:
- <variant> Аш қарынға және түнгі ауырсыну
- <variant> Қыжылдау
- <variant> Жүрек айну
- <variant> Тез тою сезімі
- <variant> Тамақ ішкеннен кейін эпигастрий аймағында керу сезімі
- <question> Науқас 54 жаста, тамақтан кейін 40-60 минут өткенде эпигастрий аймағында басып ауырсынуға және ауырлық сезіміне, қышқылмен, ауамен кекіруге, әлсіздікке, ашушандыққа шағымданады. Объективті: эпигастрийде ауырсыну анықталады. Қан анализінде: Нв – 90 г/л, эритроциттер – 3,8 x 10¹²/л, жалпы белок – 56 г/л. Рентгенологиялық: асқазанның үлкен иінінде және синусы аймағында привратникке шығып тұрған алып қыртыстар. Диагнозды нақтылауда неғұрлым деректі әдіс:
- <variant> ЭФГДС нысаналы биопсиямен
- <variant> Асқазанішілік манометрия
- <variant> Ирригоскопия
- <variant> Ректороманоскопия
- <variant> Колоноскопия биопсиямен
- <question> Ер бала 19 жас, студент. Әдеттегідей көлемді тағам қабылдағаннан кейінгі эпигастрий аумағындағы толу сезіміне, тез тою сезіміне шағымданып қаралды. Сонымен қатар кекіру, іштің кебуі аптасына бірнеше рет көрініс берді. Қазіргі шағымы жарты жылдан астам уақыт байқалады. Зерттеу барысында тілі ылғалды тілдің түбі ақ жабынмен қапталған. Пальпацияда іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыры қабырға доғасында, көкбауыр пальпацияланбайды. Мүмкін болатын болжам диагноз:
- <variant> Функциональды ойық жаралы емес диспепсия
- <variant> Ойық жара
- <variant> Гастроэзофагеальды рефлюксті ауру
- <variant> Созылмалы гастрит
- <variant> Өт шығару жолдарының дискинезиясы
- <question> Асқазанның ойық жара ауруымен науқаста эпигастрий аймағында жергілікті ауырсыну және құрсақ қуысы алдыңғы бұлшық еттерінің аздаған резистенттілігімен жергілікті перкуторлы ауырсыну анықталды. Оң мәнді симптомды көрсетіңіз
- <variant> Мендель
- <variant> Ортнер
- <variant> Мюсси
- <variant> Алиев
- <variant> Кер
- <question> Науқастың болжам диагнозы: Асқазанның ойық жара ауруы. Ажыратпалы диагностика жүргізу қажет ауруларды таңдаңыз
- <variant> асқазанның симптоматикалық ойық жара ауруы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

- <variant> бейспецификалық ойық жара колиті
- <variant> созылмалы оң жақты пиелонефрит
- <variant> өт жолдарының дискинезиясы
- <variant> оң жақты экссудативті плеврит
- <question> Науқастың диагнозы: он екі елі ішектің ойық жара ауруы. Диеталық столды таңдаңыз.
- <variant> Певзнер бойынша №1
- <variant> Певзнер бойынша №5
- <variant> Певзнер бойынша №2
- <variant> Певзнер бойынша №3
- <variant> Певзнер бойынша №4
- <question> Науқаста көп мөлшерде сулы нәжіспен диарея байқалады. Диарея түрін анықтаңыз:
- <variant> секреторлық
- <variant> осмолярлық
- <variant> гиперкинетикалық
- <variant> гипокинетикалық
- <variant> экссудативтік
- <question> Секреторлық диареямен науқасты емдеу жоспарын құрыңыз.
- <variant> регидратация, холестирамин, секреция ингибиторлары
- <variant> сіңіру стимуляторлары, анаболикалық стероидтар
- <variant> сульфасалазин, сальфальк, кортикостероидтар
- <variant> прокинетикилер, спазмолитикилер, психотерапия
- <variant> антибиотиктер, пребиотиктер, ферментативтік препараттар
- <question> Экссудативтік диареямен науқасты емдеу жоспарын құрыңыз
- <variant> сульфасалазин, сальфальк, кортикостероидтар
- <variant> сіңіру стимуляторлары, анаболикалық стероидтар
- <variant> регидратация, холестирамин, секреция ингибиторлары
- <variant> прокинетикилер, спазмолитикилер, психотерапия
- <variant> антибиотиктер, пребиотиктер, ферментативтік препараттар
- <question> Инфекциялық диарея болжанған науқасқа амбулаторлық деңгейде міндетті түрде жүргізілетін диагностикалық зерттеу жоспарын құрыңыз
- <variant> нәжісті бактериологиялық зерттеу
- <variant> электролиттер концентрациясын анықтау
- <variant> спецификалық антигендік диагностикалық тесттермен ИФА
- <variant> құрсақ қуысы органдарының шолу рентгенографиясы
- <variant> колоноскопия
- <question> Нәжіс қатуына байланысты ұзақ уақыт қолданған жағдайда қолайсыз әсері барынша төмен препараттар
- <variant> форлакс, дюфалак
- <variant> бисакодил, дулолакс
- <variant> фиберлак, сорбитол
- <variant> оливковое масло, гутталакс
- <variant> морская капуста, энимакс
- <question> Науқаста нәжіс қатуымен жүретін гипомоторлық дискинезия анықталған. Емдеу жоспарын құрыңыз
- <variant> прокинетикилер
- <variant> тұзды жібіткіштер
- <variant> М-холинблокаторлар
- <variant> протон помпасының ингибиторы
- <variant> антибиотиктер

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <question> Науқта нәжіс қатуымен жүретін спастикалық дискинезия. Емдеу жоспарын құрыңыз
- <variant> М-холиноблокаторлар
- <variant> тұзды жібіткіштер
- <variant> прокинетикиер
- <variant> протон помпасының ингибиторы
- <variant> антибиотиктер
- <question> Туа пайда болған нәжіс қатуының себебін таңдаңыз
- <variant> Гиршпрунг ауруы
- <variant> микседема
- <variant> дивертикулез
- <variant> гиперпаратиреоз
- <variant> қант диабеті
- <question> Қарт адамдарда нәжіс қатуының себебін таңдаңыз
- <variant> ішек адинамиясы
- <variant> ішек айналымы
- <variant> медикаментозды
- <variant> эндокринді
- <variant> анушта ауырсыну
- <question> Нәжіс қатуын тудыратын дәрілік препаратты таңдаңыз
- <variant> морфин
- <variant> лидокаин
- <variant> дюфалак
- <variant> клиндамицин
- <variant> холестирамин
- <question> Нәжіс қатуына себеп болатын қауіп факторларды таңдаңыз
- <variant> 55 жастан жоғары жастағы адамдар, полифармация, қимыл-қозғалыс шектелуі
- <variant> құрсақ қуысына жасалған операциялар, темекі шегу, алкоголь қабылдау
- <variant> жүктілік, лактация, гиподинамия
- <variant> тиімсіз диета, семіздік, ішек инфекциялары
- <variant> созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің терминалді сатысы, саяхатқа шығу, антибиотиктер қабылдау
- <question> Жүктілердегі нәжіс қатуының себебін көрсетініз
- <variant> прогестерон деңгейінің жоғарылауы
- <variant> эстроген деңгейінің жоғарылауы
- <variant> прогестерон деңгейінің төмендеуі
- <variant> эстроген деңгейінің төмендеуі
- <variant> андроген деңгейінің жоғарылауы
- <question> Ішек тазаруына көмектесетін тағамдарды тағдағыз
- <variant> шикі көкөністер мен жемістер
- <variant> ақ нан
- <variant> бидай ұнтағы
- <variant> піскен жұмыртқа
- <variant> кілегей сорпалар
- <question> Науқта тез шаршағыштық, әлсіздік, ұйқышылық, ұзақ уақыт бродилді энтерит, метеоризм, іші тартып ауырсыну, ауырлық сезіну, газдар көп бөлінуі, ішінің төменгі және орта бөліктерінде ауырсыну, тәулігіне 8-10 ретке дейін көп мөлшерде көпіршікті, сіңірілмеген бұлшық еттермен, шеміршек тіндер, майлар және май қышқылдарымен, ашытқы саңырауқұлақтармен ақшыл нәжіс, глоссит, қан түзілу жүйесі зақымдануы, витамина В12және фолий қышқылы жетіспеушілігі, гиперхромды анемия, анизоцитоз, гранулоцитопения, кейде гипотромбоцитоз,

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

сирек сүйек кемігінің мегалобласттыайналымы, кейде хлоропения азотемиямен. Құрсақ пальпациясы ауырсынумен; бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Диагноз:

<variant> Спру синдромы

<variant> Ішек лимфангиэктазиясы

<variant> бүйрек амилоидозы

<variant> нефротикалық синдром

<variant> Уиппл ауруы

<question> 26 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге дене қызуы 38 С жоғарылауына, іші ауыруына, тәулігіне 8-10 рет қан және кілегей аралас іші өтуіне шағымданып келді. Ауру жіті респираторлық вирустық аурудан соң жедел түрде дамыған. Объективті тексергенде іші аздап үрленген, сол жақ мықын аймағында ауырсыну байқалады, осы аймақта жіп тәрізді тоқ ішек пальпацияланады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Спецификалық емес ойық жаралы колит

<variant> Крон ауруы

<variant> Жіті дизентерия

<variant> Тік ішек ісігі

<variant> Уиппл ауруы

<question> Науқас Л 35 жаста, бас ауруына, жалпы жағдайының нашарлығына, ауа жетіспеушілігіне шағымданады. Жүрек тұсындағы ауырсыну сезімдері психоэмоционалды жүктеме кезінде күшейеді, іш ауырады, кіші дәретке жиі барады. Бұл жағдайда зерттеу әдістерінің ішінде ... жасау қажет.

<variant> шырышты қабатының биопсиясы мен колоноскопияны

<variant> ректороманоскопияны

<variant> іш ағзаларының компьютерлі томографиясын

<variant> ирригоскопияны

<variant> тік ішекті саусақпен зерттеуді

<question> Қабылдауда 45 жастағы науқас кіндік маңындағы ауырсынуға, ішінің кебуіне, іш қату кейде оның іш қтумен аралас болуына, сұйық нәжістің күніне 4-5 ретке дейін болуына, әлсіздік, бас айналуға шағымданып келді. Соңғы 1,5 жылда 9кг-ға арыған. АҚҚ 100/60 мм.с.б.б., ЖСЖ 60 рет минутына. Пальпация кезінде іші жұмсақ, кіндік маңында ауырсыну. Нәжісі көп, көпіршікті. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы энтероколит, ащы ішектің зақымдануымен

<variant> Крон ауруы, ащы ішектің зақымдануымен

<variant> Арнайы емес жаралы колит, созылмалы қайталамалы түрі

<variant> Созылмалы энтероколит, тоқ ішектің зақымдануымен

<variant> Тоқ ішектің қатерлі ісігі

<question> ... - Крон ауруын жаралы колиттен ажырату белгісі.

<variant> сыртқы және ішкі жыланкөз пайда болуы

<variant> іш өту

<variant> іште ауырсыну

<variant> нәжісте қан болуы

<variant> қызба

<question> Созылмалы энтеритте іш өту ... ерекшелінеді.

<variant> Ботқа тәріздес көлемді нәжіспен

<variant> Тенезммен

<variant> Шырышпен аз мөлшердегі нәжістің болуымен

<variant> Тамақтан соң бірде дефекацияға шақырудың болуымен

<variant> Меленамен

<question> Диарея синдромында нәжіс себіндісін микроскопиямен бактериологиялық зерттеу

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

жүргізіледі, себебі

- <variant> паразиттер мен қабыну клеткалары анықталады
- <variant> орын басушы ем жүргізу үшін қандағы сарысуында электролиттер құрамын зерттейді
- <variant> қан сарысуында арнайы антиген анықталады
- <variant> ішектегі өзгерістер сипатын нақты анықтауға болады
- <variant> бұл аз ақпаратты зерттеу

<question> 37 жасар науқас жанұяылық дәрігерге кіндік айналасындағы ауырсыну, жүрек айну, құсу, тәбеттің төмендеуі, қалтырау, іш кебу, тамақ қабылдағаннан кейін күніне 3-4 рет іш өтуге шағымданып жолықты. Ішті сипағанда тоқ ішек бойында және кіндік айналасында ауырсыну сезімі байқалады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant> Созылмалы энтероколит, орташа ауырлық дәрежесі, рецидивирлеуші ағымы
- <variant> Крон ауруы, созылмалы прогрессирлеуші ағымы с формированием энтеро-энтеральных свищей
- <variant> Іш өтуімен ішектің тітіркену синдромы, соматикалық негативті дисфункция
- <variant> Бейспецификалық ойық жаралы колит, орташа ауырлық дәрежесі, жергілікті үрдістің басымдылығымен
- <variant> Созылмалы энтерит орташа ауырлық дәрежесі, өршу, орташа парциалды атрофиясымен

<question> 38 жастағы науқас отбасылық дәрігерге буындағы сыздап ауырсынуға, тәбетінің төмендеуіне, жүрек айнуына, іші кебуіне шағымданып келді. Жалпы әлсіздік, тершендік, жүдеу байқалады. Нәжісі көп, тәулігіне 10 рет. Зерттегенде нәжісте көп мөлшерде бейтарап майлар, май қышқылдары мен сабын. Клиникалық талдауда анемия, лейкопения, гипоальбуминемия. Дәрігер тактикасы ... қарастырады.

- <variant> Стационарлы емді
- <variant> Консервативті емді
- <variant> Амбулаторлы емді
- <variant> Диз топқа зерттеуді
- <variant> Шартты – патогенді флораға зерттеуді

<question> 22 науқас отбасылық дәрігерге әлсіздікке, жүрек айнуға, құсуға, кіндік аймағындағы ауырсынуға, іші кебуіне, тәулігіне 2-4 рет көп мөлшерлі сұйық нәжіске шағымданады. Объективті: тері жабындылары құрғақ. Тілі ылғалды, қызғылт. Іші кепкен, пальпацияда кіндік маңында ауырсыну анықталады. Науқасқа Шилинг тесті ... мақсатымен жасалды.

- <variant> Ащы ішекте заттардың сорылуының бұзылуы анықтау
- <variant> Асқазанда заттардың сорылуының бұзылуы анықтау
- <variant> Соқыр ішекте заттардың сорылуының бұзылуы анықтау
- <variant> Тоқ ішекте заттардың сорылуының бұзылуы анықтау
- <variant> Сигма тәрізді ішекте заттардың сорылуының бұзылуы анықтау

<question> 32 жастағы науқастың капрограммасында шырыш пен қан анықталды. Бұл асқазан-ішек жолының ... зақымдалғанын көрсетеді.

- <variant> Тоқ ішектің
- <variant> Жіңішке ішектің
- <variant> 12-елі ішектің
- <variant> Асқазанның
- <variant> Өңештің

<question> Ішектің диспепсия белгілері бар 28 жастағы науқаста ректороманоскопия жүргізгенде келесі көріністер анықталды. Шырышты қабат ісінуінен ішек өзегі тарылған, шырышты қабат гиперемияланған, эрозияланған, кей жерлерінде қан кетулер, диаметрі 0,6 см дейін жаралар анықталады. Дәрігер тактикасы ... қарастырады.

- <variant> Гастроэнтерологиялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

- <variant> Хирургиялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын
- <variant> Инфекциялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын
- <variant> 5-10 күн бойы тәулігіне 4 рет 0,1г фуразолидон тағайындап үйде бақылауын
- <variant> Күндізгі стационар жағдайында 1-3 г/тәул. Сульфасалазин мен Д 40 мг/тәул. преднизолонды қосып микроклизма жасап емдеуін
- <question> Науқас нәжісінің тәулігіне 6-7 ретке дейін жиілеуіне, ішінің төменгі бөлігінің толғақ тәрізді ауырсынуына, метеоризмге, әлсіздікке, салмақ жоғалтуына шағымданып дәрігерге қаралды. Бұрындары іші қатқан. Қарағанда тері жабындары бозғылт, тургоры төмендеген АҚ 120/80 мм.с.б. ЖСЖ минутына 72 рет. Ішін пальпациялағанда мықын аймағында ауырсыну байқалады, іш пердесінің тітіркену симптом теріс. Капрограмма: нәжіс ашық-сары түсті, реакциясы қышқыл, май қышқылдары мен сабын аз мөлшерде, крахмал, қорытылмаған клетчатка мен йодофильді микрофлора көп анықталады. ЖҚА: Нб 90 г/л, ТК 0,9, ЭТЖ 22 мм/сағ, лейкоциты – 8,0x10⁹/л; ЖЗА – өзгеріссіз. Дәрігер тактикасы ... қарастырады.
- <variant> Гастроэнтерологиялық бөлімге жоспарлы госпитализациялауын
- <variant> Инфекциялық бөлімге жоспарлы госпитализациялауын
- <variant> Жанұялық дәрігердің бақылауымен 10 күн бойы нитрофурандар беруін
- <variant> Күндізгі стационар жағдайында 1 ай бойы сульфасалазин мен глюкокортикоидтар беруін
- <variant> антибиотиктер мен оральды регидратация мен темір препараттары стационар жағдайында үйге тағайындауын
- <question> 45 жастағы науқас ер адамда іш кебу, ауырсыну, диарея пайда болған. Біраз уақыт өткен соң дене қызбасы, ірі буындар полиартриті байқалды. Тексеруден өткеннен кейін Уиппл ауруы диагнозы қойылды. Бұл диагнозды қоюға ... негіз болған :
- <variant> 12 елі ішектен алынған биоптатты морфологиялық зерттеу
- <variant> ирригоскопия, колоноскопия
- <variant> Ваалер-Роузе реакциясы
- <variant> СРБ тексеру
- <variant> қанды бактериологиялық зерттеу
- <question> Орташа ауырлықтағы Крон ауруымен ауыратын науқасқа ... тағайындау қажет:
- <variant> жүйелі кортикостероидтарды пероралді
- <variant> аминогликозидтер
- <variant> 12 айдан кем емес уақыт бойы антибиотиктер қабылдау
- <variant> ішектің қабынған бөлігін резекциялау
- <variant> лоперамид, макрогаль
- <question> 32 жастағы науқас әйел аймақтық дәрігерге тітіркенген ішек синдромына байланысты іш өтуге шағымданып жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімін анықтаңыз:
- <variant> 18-20 күн
- <variant> 12-14 күн
- <variant> 18-25 күн
- <variant> 14-18 күн
- <variant> 20-30 күн
- <question> 34 жастағы науқас әйел, экономист, созылмалы энтероколиттің асқынуы бойынша емханаға жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімін анықтаңыз:
- <variant> 30-35 күн
- <variant> 20-30 күн
- <variant> 25-35 күн
- <variant> 20-35 күн
- <variant> 15-20 күн
- <question> Ішектің тітіркену синдромын ... ажырату керек.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> ішектің органикалық ауруларымен
- <variant> эндокриндік аурулармен
- <variant> гинекологиялық аурулармен
- <variant> хирургиялық аурулармен
- <variant> асқазан ауруларымен
- <question> Қан аралас жіті диареяның себебі:
- <variant> Крон ауруы
- <variant> дисбактериоз
- <variant> ферментопатиялар
- <variant> ішек ісіктері
- <variant> ішек дивертикулезі
- <question> Аш ішек патологиясы бар науқаста ұлы дәретінің мүмкін өзгерістері:
- <variant> нәжісі көлемді, сулы және майлы
- <variant> нәжісі көлемді, тенезмдер және кілегей бар
- <variant> ұлы дәретке жиі барады, нәжісінде қан, ірің және кілегей бар
- <variant> ұлы дәретке жиі барады, нәжісі аз, тенезмдер
- <variant> нәжісі көлемді, сулы және ірің бар
- <question> Диареясы бар науқаста ректороманоскопия кезінде қансырап тұрған, эрозивті-ойықты өзгерістері бар жеңіл зақымдалатын шырышты қабат анықталды: Дұрыс диагноз:
- <variant> ойық жаралы колит
- <variant> дизентерия
- <variant> псевдомембранозды колит
- <variant> ішек ісіктері
- <variant> ішек дивертикулезі
- <question> 36 жасар науқас энтероколит фонында диареямен зардап шегеді. Науқасты жүргізу тактикасы:
- <variant> диета, антибиотиктер, адсорбенттер
- <variant> антибиотиктер, кортикостероидтар, адсорбенттер
- <variant> моториканың регуляторлары, антибиотиктер, адсорбенттер
- <variant> диета, кортикостероидтар, адсорбенттер
- <variant> диета, антибиотиктер, ферменттер
- <question> 32 жасар науқас әйел аймақтық дәрігерге ішектің тітіркену синдромымен байланысты диареяға шағымданады. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн.
- <variant> 18-20
- <variant> 18-25
- <variant> 12-14
- <variant> 14-18
- <variant> 20-30
- <question> 42 жасар науқас ішектің тітіркену синдромымен диспансерлік бақылауда тұрады. Науқасты жылына ... рет диспансерлік бақылау қажет.
- <variant> 1
- <variant> 1-2
- <variant> 2
- <variant> 2-3
- <variant> 3
- <question> Іш қатуда ұлы дәретке аптасына ... реттен кем барады.
- <variant> 3
- <variant> 1
- <variant> 2

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> 4

<variant> 5

<question> Жиі кездесетін іш қатудың түрі:

<variant> дискинетикалық

<variant> алиментарлы

<variant> механикалық

<variant> гипокинетикалық

<variant> гиперкинетикалық

<question> Бірнеше апта ішінде іш қату үдеуінің мүмкін себебі:

<variant> ішектің ісігі

<variant> бас ми жарақаты

<variant> дәрмектердің жанама әсері

<variant> төсектегі тәртіп

<variant> ішек түйнелуі

<question> 42 жасар науқас әйел жанұялық дәрігерге іштегі ауырсыну, жиі ұлы дәретке бару, метеоризм, әлсіздікке шағымданып жолықты. 3 жыл ішінде созылмалы гастрит бойынша есепте тұрады. Объективті: ішті сипағанда кіндік айналасында, тоқ ішектің бойында ауырсыну, қорылдау анықталады. , Копрограммада: креаторея, стеаторея, амилорея, лямблия цисталары.

Дұрыс диагноз:

<variant> созылмалы энтероколит

<variant> созылмалы атрофиялық гастрит

<variant> созылмалы гастродуоденит

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> ішек дискинезиясы

<question> Науқаста 7-8 күн ішінде ішек токсикоинфекциясының белгілері бар. Нәжісті бактериологиялық тексергенде стафилококкты дисбактериоз белгілері анықталды. Науқасқа ... тағайындау қажет.

<variant> макролидтер

<variant> тетрациклиндер

<variant> пенициллиндер

<variant> аминогликозидтер

<variant> сульфаниламидтер

<question> 34 жасар науқас, экономист, созылмалы энтероколиттің асқынуы бойынша емханаға жолықты. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн.

<variant> 30-35

<variant> 15-20

<variant> 20-30

<variant> 25-35

<variant> 20-35

<question> 57 жасар науқас бірнеше жыл ішінде бейспецификалық ойық жара колит ауруымен зардап шегеді, терапевттің диспансерлік бақылауында тұрады, рет-ретімен ауруханада емделіп тұрады. Науқаста дамуы мүмкін асқыну:

<variant> аденокарцинома

<variant> тоқ ішектің дилатациясы

<variant> тоқ ішектің стриктурасы

<variant> ішектен қан кету

<variant> дивертикулез

<question> Ішектің диспепсия белгілері бар 28 жастағы науқаста ректороманоскопия жүргізгенде келесі көріністер анықталды. Шырышты қабат ісінуінен ішек өзегі тарылған, шырышты қабат

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

гиперемияланған, эрозияланған, кей жерлерінде қан кетулер, диаметрі 0,6 см дейін жаралар анықталады. Дәрігер тактикасы ... қарастырады.

<variant> Гастроэнтерологиялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын

<variant> Хирургиялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын

<variant> Инфекциялық бөлімге шұғыл госпитализациялауын

<variant> 5-10 күн бойы тәулігіне 4 рет 0,1г фуразолидон тағайындап үйде бақылауын

<variant> Күндізгі стационар жағдайында сульфасалазин мен преднизолонды қосып микроклизма жасап емдеуін

<question> 45 жастағы науқас асқазанэзофагеальды-рефлюксті ауруымен ұзақ уақыт ауырады, по поводу которой постоянно принимает протон помпасының ингибиторын үнемі қабылдайды. Соңғы 2 апта бойы тәулігіне 2-3 ретке дейін сұйық, көбікті нәжістің болуы және іштің құрылдауы мазалайды. Емдік ашығу және левомицетин көмектеспеген. Диагнозды нақтылаудың неғұрлым деректі әдісі:

<variant> Нәжісті бактериялогиялық зерттеу

<variant> Копрограмма

<variant> Колоноскопия

<variant> Ирригоскопия

<variant> Нәжісті жасырын қанға зерттеу

<question> 20 жастағы науқас тәулігіне 6 ретке дейінгі қан аралас іш өтуіне, әлсіздікке, арықтағанға шағымданды. Колоноскопия кезінде аш ішектің кілегей қабығының беткейлік зақымданулары, контактілі қан ағу, лейкоцитарлы инфильтрация анықталды. Ең тиімді терапия:

<variant> Преднизолон+сульфасалазин

<variant> Координакс+ сульфасалазин

<variant> Преднизолон+азатиоприн

<variant> Дебридат+эспумизан

<variant> Сульфасалазин+бускопан

<question> 35 жастағы науқас әйелде көп мөлшерде кілегейлі жиі сұйық нәжіспен бірге нәжіс пен газ шыққаннан соң азаятын ішінде кезеңді эмоционалді жүктемеден соң пайда болатын толғақ тәрізді ауырсыну, жалпы әлсіздік пайда болған. Тексергенде: жиырылған тоқ ішек пальпацияланады. Колоноскопияда патология анықталмаған. Болжам диагноз:

<variant> ішек тітіркену синдромы

<variant> бродилді диспепсия синдромы

<variant> дисталді колитикалы синдром

<variant> созылмалы панкреатит сыртқы секреция жеткіліксіздігімен

<variant> энтеропатия

<question> 20 жастағы науқас әйел, студент, аймақтық дәрігерге жиі сұйық қан, кілегей аралас нәжіске, ішінде тоқ ішек бойында қатты ауырсынуға шағымданып қаралды. Температурасы субфебрилді. Анамнезінде: 2 аптадан бері ауырады, қатты стресспен байланыстырады. Антибактериалді терапия – нәтижесіз. Бұл аурудың емінде ең тиімді тағайындау:

<variant> сульфосалазин препараттары

<variant> темір препараттары

<variant> кортикостероидты препараттар

<variant> спазмолитиктер

<variant> прокинетики

<question> Көп мөлшердегі ботқа тәрізді қан араласпаған тенезмсіз диареямен 49 жастағы науқас, жағымсыз иіске, іші кебуге, салмақ жоғалтуға шағымдалып қаралды. Объективті: мезогастрийде іштің сол жағында айқын емес ауырсыну. Копрограмма: ботқа тәрізді, кілегей ++, нейтралді май +++++, сабындар +++, крахмал +++, қорытылмаған талшықтар ++, йодофилді бактериялар +. Ең тиімді тағайындау:

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Полиферментті препараттар
- <variant> Пробиотиктер, эубиотиктер
- <variant> Метронидазол және лоперамид
- <variant> Антацидтер және спазмолитиктер
- <variant> Холинолитиктер және антибактериалді препараттар
- <question> 45 жастағы ер адам. Жиі түнде және таңертең қанмен, кілегеймен нәжіске шағымданады. Сол гипогастрийде айқын емес ауырсыну. Диагнозды нақтылау үшін ең диагностикалық маңызды зерттеу:
- <variant> Ректороманоскопия
- <variant> Физикалді тексеру
- <variant> Нәжісті жасырын қанға зерттеу
- <variant> Қанның биохимиялық анализі
- <variant> Нәжісті микробиологиялық зерттеу
- <question> Жіңішке ішектің коректік затты сіңірілуінің төмендеу нәтижесінде гиповитаминоз, ісіну, гипоальбуминемия, дене салмағын жоғалту және диареямен көрінетін кешенді бұзылыстар дамыды. Жоғарыда көрсетілген белгілер қандай синдромға тән:
- <variant> Мальабсорбция синдромы
- <variant> Темірмен жүктелу синдромы
- <variant> Іштің тітіркену синдромы
- <variant> Демпинг-синдромы
- <variant> Мальдигестия синдромы
- <question> 62 жасар науқаста сарғаю, қатты арықтау, эпигастрий аймағының ауырсынуы, жүрек айну мен құсу байқалады. Қан анализінде ауыр дәрежелі анемия, ЭТЖ 60 мм/сағ. Байланысқан фракциясының көптігінен гипербилирубинемия. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> ұйқы безі басының ісігі
- <variant> рак-бауыр циррозы
- <variant> созылмалы гепатит холестазбен
- <variant> псевдотуморозды панкреатит
- <variant> өт жолдарының дискинезиясы
- <question> Қан сарысуындағы амилазаның қалыпты деңгейі ... құрайды.
- <variant> 12-32 мг/мл
- <variant> 2-8 мг/мл
- <variant> 0 мг/мл
- <variant> 4 мг/мл
- <variant> 8 мг/мл
- <question> ... - біріншілік бауыр рагін бауыр циррозынан ажыратуға көмектесетін белгі.
- <variant> альфа-фетопротеин деңгейінің жоғарылауы
- <variant> сарғаю
- <variant> аминотрансферазалар деңгейі жоғарылауы
- <variant> билирубин деңгейі жоғарылауы
- <variant> сілтілі фосфатаза деңгейі жоғарылауы
- <question> ... - созылмалы панкреатитте ұйқы безінің инкреторлы жетіспеушілігінің белгілері.
- <variant> қан мен зәрде глюкоза деңгейі жоғарылауы
- <variant> есін жиі жоғалтуы
- <variant> сарғаю
- <variant> бауыр ұлғаюы
- <variant> креаторея, стеаторея
- <question> ... - созылмалы панкреатитте ұйқы безінің экскреторлы жетіспеушілігінің белгілері.
- <variant> дене салмағы азаюы, креаторея, стеаторея

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> есін жиі жоғалтуы
- <variant> сарғаюу
- <variant> бауыр ұлғаюуы
- <variant> қан мен зәрде глюкоза деңгейі жоғарылауы
- <question> Науқас 19 жастағы ер адам. Оң жақ қабырға асты ауырлығына, жалпы жағдайының нашарлығына, салмақ жоғалтуына, және буындар ауруына шағымданады. Жалпы жағдайының нашарлаған уақытын айта алмайды. Объективті: тері жабындылары сарғыш. телеангиозтазиялар кездеседі. Шынтақ буынының ішкі аймағынды екпе іздері бар. Бауыры қабырғадан 2,5см шығыңқы. Көкбауыры пальпацияланбайды. Биохимиялық қан анализі: жалпы билирубин -34,8 мкмоль/л, тимол сынамасы — 7.2ед, ИФА-австралиялық антиген табылған. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Созылмалы гепатит
- <variant> Аутоиммунды гепатит
- <variant> Бауырдың билиарлы циррозы
- <variant> Коновалов ауруы
- <variant> Жильбер ауруы
- <question> 54 жасар әйелде тұрақты ағымды бауыр циррозымен ауырады, жағдайы нашарлады, дірілдер, әлсіздік және санасының шатасуы дамыды, сарғаюуы ұлғайды. Жағдайының нашарлағанын анықтау үшін ... қажет.
- <variant> азот көрсеткіштерін анықтау
- <variant> билирубина деңгейін анықтау
- <variant> бұлшықет тініне қарсы антиденелерді анықтау
- <variant> бромсульфалеинді сынамасын жүргізу
- <variant> гамма-глобулин деңгейін анықтау
- <question> Бауырішілік холестаздың индикаторларына ... жатады.
- <variant> сілтілі фосфатаза белсенділігің жоғарылауы
- <variant> лактатдегидрогеназаның белсенділігің жоғарылауы
- <variant> протромбин белсенділігің жоғарылауы
- <variant> аминотрансфераздар белсенділігің жоғарылауы
- <variant> ЭТЖ жоғарылауы
- <question> Уробилиногенурияның билирубинуриямен бірге байқалуы ... тән.
- <variant> бауырлық сарғаюға
- <variant> бауырастылық сарғаюға
- <variant> бауырүстілік (гемолитикалық) сарғаюға
- <variant> іркілісті бүйрекке
- <variant> бүйрек инфарктісіне.
- <question> Мезенхималды қабыну синдромына қандағы ... жоғарылауы тән.
- <variant> гамма-глобулиндер
- <variant> холестерин
- <variant> сілтілі фосфатаза белсенділігі
- <variant> билирубин
- <variant> альбумин
- <question> Жильбер синдромын сипаттайтын зертханалық көрсеткішке ... жатады.
- <variant> қанда конъюгирленбеген (байланыспаған) билирубин жоғарылауы
- <variant> билирубинурия;
- <variant> трансаминаздар белсенділігі жоғарылауы
- <variant> ретикулоцитоз
- <variant> гипоальбуминемия
- <question> Созылмалы активті гепатитке сәйкес

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<variant> сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы, гипергамма-глобулинемия, бірыңғай салалы бұлшық ет антиденесіне оң мәнді реакция

<variant> сарғаю, қышыма, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатазаның белсенділігі және холестерин деңгейі жоғарылауы

<variant> сарғаю, анорексия, жүрегі айну, бауыры жұмсақ, трансаминаза белсенділігінің жоғарылауы және сілтілі фосфатазаның қалыпты белсенділігі

<variant> сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жетіспеушілігі, кома, ЭЭГ-де өзгерістер және трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы

<variant> сарғаю (барлық кезде емес), іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсыну, іші жұмсақ, лейкоцитоз

<question> Жіті бауыр дистрофиясына сәйкес ...

<variant> сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жетіспеушілігі, кома, ЭЭГ-де өзгерістер және трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы

<variant> сарғаю, қышыма, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатазаның белсенділігі және холестерин деңгейі жоғарылауы

<variant> сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы, гипергамма-глобулинемия, бірыңғай салалы бұлшық ет антиденесіне оң мәнді реакция

<variant> сарғаю (барлық кезде емес), іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсыну, іші жұмсақ, лейкоцитоз

<variant> сарғаю, анорексия, жүрегі айну, бауыры жұмсақ, трансаминаза белсенділігінің жоғарылауы және сілтілі фосфатазаның қалыпты белсенділігі

<question> Өт жолдарының гипермоторлы, гиперкинетикалық дискинезиясында ... тағайындалады.

<variant> атропин

<variant> перукал

<variant> нитроглицерин

<variant> метаклопрамид

<variant> реглан

<question> Цитолитикалық синдром айқындығын бағалауға көмектесетін биохимиялық көрсеткіштерге ... жатады.

<variant> трансаминазалар белсенділігі артуы

<variant> амилаза белсенділігі артуы

<variant> билирубин деңгейі жоғарылауы

<variant> альбумин деңгейі төмендеуі

<variant> холестерина деңгейі жоғарылауы

<question> ... - гепатоциттердің белок түзу қызметі жетіспеушілігінің зертханалық көрсеткіші.

<variant> Альбумин, протромбин, фибриноген деңгейлерінің төмендеуі

<variant> Қандағы аминотрансферазалар деңгейлерінің жоғарылауы

<variant> Қандағы глобулиндердің әртүрлі фракциялары деңгейлерінің жоғарылауы

<variant> Сілтілі фосфатаза белсенділігінің артуы

<variant> Қандағы холестерин деңгейлерінің жоғарылауы

<question> Біріншілік билиарлы циррозға ... тән.

<variant> сарғаю, қышыма, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатазаның белсенділігі және холестерин деңгейі жоғарылауы

<variant> сарғаю, анорексия, жүрегі айну, бауыры жұмсақ, трансаминаза белсенділігінің жоғарылауы және сілтілі фосфатазаның қалыпты белсенділігі

<variant> сарғаю (барлық кезде емес), іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсыну, іші жұмсақ, лейкоцитоз

<variant> сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы, гипер-

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 16еті

гамма-глобулинемия, бірыңғай салалы бұлшық ет антиденесіне оң мәнді реакция

<variant> сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жетіспеушілігі, кома, ЭЭГ-де өзгерістер және трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы

<question> Жіті холециститке ... тән.

<variant> сарғаю (барлық кезде емес), іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсыну, іші жұмсақ, лейкоцитоз

<variant> сарғаю, анорексия, жүрегі айну, бауыры жұмсақ, трансаминаза белсенділігінің жоғарылауы және сілтілі фосфатазаның қалыпты белсенділігі

<variant> сарғаю, қышыма, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатазаның белсенділігі және холестерин деңгейі жоғарылауы

<variant> сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы, гипергамма-глобулинемия, бірыңғай салалы бұлшық ет антиденесіне оң мәнді реакция

<variant> сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жетіспеушілігі, кома, ЭЭГ-де өзгерістер және трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы

<question> Вирусты гепатитке ... тән.

<variant> сарғаю, анорексия, жүрегі айну, бауыры жұмсақ, трансаминаза белсенділігінің жоғарылауы және сілтілі фосфатазаның қалыпты белсенділігі

<variant> сарғаю, қышыма, ксантомалар, гепатоспленомегалия, сілтілі фосфатазаның белсенділігі және холестерин деңгейі жоғарылауы

<variant> сарғаю, гепатоспленомегалия, трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы, гипергамма-глобулинемия, бірыңғай салалы бұлшық ет антиденесіне оң мәнді реакция

<variant> сарғаю, қызба, гепатомегалия, бүйрек жетіспеушілігі, кома, ЭЭГ-де өзгерістер және трансаминаза белсенділігінің аздап жоғарылауы

<variant> сарғаю (барлық кезде емес), іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсыну, іші жұмсақ, лейкоцитоз

<question> 2. Науқас отбасылық дәрігерге таңертең кенеттен болған жүрек айнуға, құсуға шағымданады. Қарағанда тілі құрғақ, жабынмен жабылған, температурасы 37,7 С, пальпацияда іші ауырады, алдыңғы іш қабырғасының жайылмалы қатаюы. АҚҚ 100/70 мм.сын. бағ. ЖСЖ 97 рет минутына. Дәрігерлік тактика ... қарастырады.

<variant> Хирургия бөліміне жедел жеткізуді

<variant> Құсуға қарсы және қызу түсіретін препараттар тағайындауды

<variant> Мұқият қарау және науқастың жағдайын БМСК жағдайында бақылауды

<variant> Үйде бақылау, суық, тыныштық, ашықтыруды қамтамасыз ету, қатты ауырсынуа анальгетик тағайындауды

<variant> Жағдайы тұрақталғанша көктамырға тамшылатып реополиглюкин құюды

<question> Науқас іштің жоғары бөлімінде, белді айналдыратын, майлы және ащы тағамнан кейін күшейетін ауырсынуға, жеңілдік әкелмейтін құсуға шағымданады. Пальпацияда сол жақ қабырғалық омыртқа бұрышында ауырсыну, осы аймақты алақан қырымен соққанда ауырсынады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы панкреатит, өршу

<variant> Созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу

<variant> Созылмалы калькулезді холецистит, өршу

<variant> Созылмалы белсенді гепатит, өршу

<variant> Созылмалы аутоиммунды гепатит, өршу

<question> 35 жастағы науқас кекіруге, тамақ қабылдағаннан 1,5-3 сағ кейін пайда болатын, аш қарында және түнде болатын ауырсынуға шағымданады. Тамақ қабылдаған соң ауырсыну басылады. Ішті пальпациялағанда қабырға бұрышында және кіндік маңында ауырсыну байқалады. Науқаста айқын астеновегетативті синдром. Науқас стационарлы емді қажет етеді, себебі ...

<variant> науқаста 12-елі ішектің жарасы алғаш анықталған

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

- <variant> науқаста асқазанның жарасы алғаш анықталған
- <variant> айқын астеновегетативті синдром анықталған
- <variant> науқаста асқынбаған асқазан жара ауруы анықталған
- <variant> стационарда эндоскопиялық зерттеу жүргізіледі
- <question> 25 ер адам оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, аздаған сарғаюға, жалпы әлсіздікке, жүдеуге, буындағы ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде: наркоти қолданған. Объективті: тері жабындылары сарғыш, бірен-саран телеангиоэктазиялар бар. Бауыр ұлғайған – оң қабырға астынан 3 см шығыңқы. Көкбауыры пальпацияланбайды. Биохимиялық зерттеуде: жалпы билирубин – 34,8 мкмоль/л. Тимол байқауы – 8,6 ед. Австралиялық антиген анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Созылмалы гепатит
- <variant> Аутоиммунды
- <variant> Билиарлы бауыр циррозы
- <variant> Коновалов ауруы
- <variant> Жильбер ауруы
- <question> 35 жастағы науқас жалпы әлсіздікке, сарғаюға, тері қышуына, ұйқысыздыққа, апатияға, тұрақты бас ауруына, жүрек айнуына шағымданады. Анамнезінде: бір жыл бұрын қан құйылған. Қарағанда: бауыры ұлғайған, пальпацияда ауырсынады. Көкбауырдың шеті пальпацияланады. Тексергенде: жалпы билирубин – 145,1 мкмоль/л, тура 80,6 мкмоль/л. Тимол байқауы – 2,6 ед. АЛТ 0,85 мккат/л, АСТ 0,95 мккат/л. HBsAg оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Созылмалы гепатит В, сарғайған түрі, орта ауырлықта
- <variant> Жедел вирусты гепатит В, сарғаюсыз түрі, орта ауырлықта
- <variant> Жедел вирусты гепатит В, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <variant> Жедел вирусты гепатит А, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <variant> Жедел вирусты гепатит А, сарғаюсыз түр, жеңіл дәреже
- <question> 20 жастағы дене қызуы 38 С көтерілуіне, әлсіздік, бас ауруына, қатаралды көріністерге, тәбеті төмендеуіне шағымданады. Анамнезінен: 4 күн бұрын зәрі «сыра» түсті болды. Объективті: жағдайы орта ауырлықта, тері мен склера сарғыш, таза. Пульс 72 мин. АҚҚ 100/60 мм.сын.бағ., тілі сұр жабынмен жабылған. Іші жұмсақ, оң қабырға астында ауырсынады, бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Нәжісі түссіз, зәр түсі «сыра». Лабораторлы: жалпы билирубин 64,0, тура 52,0 мкмоль/л, тура емес 22,0 мкмоль/л, тимол байқауы 8,3. АЛТ 0,83 мккат/л, АСТ 0,87 мккат/л. HBs-антиген теріс. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Жедел вирусты гепатит А, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <variant> Жедел вирусты гепатит А, сарғаюсыз түрі, жеңіл ағым
- <variant> Жедел вирусты гепатит В, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <variant> Созылмалы вирусты гепатит В, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <variant> Созылмалы вирусты гепатит С, сарғаю түрі, орта ауырлықта
- <question> 65 жастағы науқас ер адам қышымаға, тері қабаты мен склера сарғаюына, нәжіс түссізденіп, зәр қоңырлануына, оң жақ қабырғаастында ауырсыну пайда болуына шағымданды. 3 ай бойы ауырады. Тері қабаты сарғайған, тырнау іздері бар. Салмағы күрт төмендеген. Науқастың диагнозы:
- <variant> ұйқы безі басының ісігі
- <variant> созылмалы гепатит
- <variant> бауыр циррозы
- <variant> өт-тас ауруы
- <variant> Минковский-Шоффар ауруы
- <question> 42 жастағы науқас ер адам, шойын құюшы. Ауыр дене жүктемесіне байланысты жұмыс істейді. Диагноз: созылмалы вирусты гепатит В ауыр ағымды цитоллиз синдромы басым, аса айқын емес холестаз синдромы. Еңбекке жарамдығын анықтаңыз:

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> II топтағы мүгедек
- <variant> еңбекке қабілетті
- <variant> уақытша еңбекке жарамсыз
- <variant> III топтағы мүгедек
- <variant> I топтағы мүгедек.
- <question> Созылмалы вирусты гепатиттің ремиссия кезеңіндегі науқас мас күйінде жарақат алды. Еңбекке жарамдығын анықтаңыз:
- <variant> № 54 анықтамасы беріледі
- <variant> № 54 анықтамасы берілмейді
- <variant> жарақаттан емделу үшін еңбек ақысы төленбейтін демалыс беру ұсынылады
- <variant> кезекті еңбек демалысына шығу ұсынылады
- <variant> еңбекке жарамсыздық қағазы беріледі
- <question> 32 жастағы инженер, химик, өндірісте бензолмен жиі жұмыс істейді, күніне 2-3 сағат. Жұмыс өтелі 7 жыл. Жеңіл дәрежелі гепатиттің В түрімен ауырады. Дұрыс ұсыныс беріңіз:
- <variant> ДКК шешімімен басқа жұмысқа ауыстыру
- <variant> денсаулық жағдайына қарай еңбек ақысы төленбейтін демалыс беруді ұсыну
- <variant> науқасқа кезекті еңбек демалысын беру
- <variant> санаторлық-курорттық емге жолдама беру
- <variant> осы өндірісте жұмысын жалғастыра береді
- <question> 39 жасар науқас, банкир, 5 жыл бұрын вирусты гепатитпен ауырған, қазіргі кезде энцефалопатия белгілері, терінің сарғаюы анықталады. Созылмалы гепатит бойынша терапевтің диспансерлік бақылауында тұрады. Сарғаюдың себебі:
- <variant> тікелей билирубин деңгейінің жоғарылауы
- <variant> тікелей емесбилирубин деңгейінің жоғарылауы
- <variant> АЛТ деңгейінің жоғарылауы
- <variant> өт пигменттері деңгейінің жоғарылауы
- <variant> холестерин деңгейінің жоғарылауы
- <question> 48 жасар науқас әйелдің диагнозы: Вирусты бауыр циррозы (HbsAg-пол), орташа белсенді, декомпенсирленген, Чайлд-Пью бойынша С тобы. Порталды гипертензия. I-II дәрежелі өңеш көк тамырларының варикозды кеңеюі. Ісіктік-асциттік синдром. Бауыр-жасушалық жетіспеушілігі. Уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімі ... күн .
- <variant> 45-60
- <variant> 40-55
- <variant> 20-35
- <variant> 30-50
- <variant> 25-60
- <question> Бауырлық сарғаюдың негізгі себебін таңдаңыз
- <variant> бауыршілік холестаз
- <variant> бауырдан тыс холестаз
- <variant> бауырлық-клеткалық жеткіліксіздік
- <variant> глюкуронилтрансфераза шектен тыс көбеюі
- <variant> өзекшілік холестаз
- <question> Сарғаюмен науқастың қан анализінде екі фракциясы арқылы гипербилирубинемия, АЛТ, АСТ, несепте билирубин және уробилин жоғарылауы анықталды. Сарғаюдың сипаты бойынша тұжырым жасаңыз
- <variant> бауырлық сарғаю
- <variant> бауырға үсті сарғаю
- <variant> бауыр астыңғы сарғаю
- <variant> холестатикалық сарғаю

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<variant> механикалық сарғаю

<question> Сарғаюмен науқасқа эндоскопиялық ретроградты холангиография жүргізгенде өт ағындыларының тарылуы және суреті жоғалуы, контрастты заттың өтуі бұзылуы анықталған. Сіздің диагнозыңыз

<variant> біріншілік билиарлы бауыр циррозы

<variant> біріншілік склерозделген холангит

<variant> өттас ауруы

<variant> ұйқы безінің рагі

<variant> созылмалы гепатит

<question> Науқастың болжам диагнозы: Өт жолдарының обструкциясы. Диагнозды нақтылау үшін ең ақпаратты зерттеуді таңдаңыз

<variant> ретроградты холангипанкреатография

<variant> бауырды УДЗ

<variant> ЭФГДС

<variant> бауыр ангиографиясы

<variant> бауырдың компьютерлік томографиясы

<question> Науқас 19- жастан бері бала кезінен бастап кезеңдік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9x10¹²/л, Л-8x10⁹/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182x10⁹/л. Эритроциттердің осмостық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

<variant> Гемолитикалық анемия

<variant> Фолий тапшылықты анемия

<variant> Гипопластикалық анемия

<variant> Темір тапшылықты анемия

<variant> В-12-тапшылықты анемия

<question> Науқас 23 жаста, қайталанатын мұрыннан, қызыл иектен қан ағуға, күшті әлсіздікке, енгіуге, қызбаға шағымданады. Объективті: жағдайы ауыр, тері жамылғысы бозарған, бүкіл денесінде көгерулер анықталады, лимфа түіндері ұлғаймаған. Қалған органдары өзгеріссіз.қан анализінде: Нв-60 г/л; Эр.-2.0x10¹²/л; ТК -0.9; Лейк.-1.5x10⁹/л; Тромб.-20x10⁹/л. Миелограммада: майлы сүйек миы мен май арақатынасы 90%:10%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> апластикалық анемия

<variant> жедел эритромиелоз

<variant> жедел миелолейкоз

<variant> созылмалы миелолейкоз

<variant> тромбоцитопениялық пурпура

<question> 39- жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге басы айналуына, енгіуге, тез шаршауға, аяқ-қолдарында парестезияларға және диареяға бейімділікке шағымданып қаралды. Тексергенде тері қабаты сарғыш түсті, тіл емізікшелері тегістелген, глоссит белгілері. 2 жыл бұрын науқасқа гастрэктомия жасалған. Гиперхромды анемия байқалады. Сүйек кемігінің пункциясы: қан түзілуінің мегалобластты түрі. Қанда ферритин деңгейі жоғарылауы анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> В12- тапшылық анемиясы

<variant> темір тапшылық анемиясы

<variant> аутоиммунды гемолитикалық анемия

<variant> туа пайда болған гемоглобинопатия

<variant> апластикалық анемия

<question> 26 жастағы науқас ер адам үдемелі әлсіздікке, 380С-қа дейін дене қызуы жоғарылауына шағымданды. 2 айдан бері ауырады. Объективті: терісі және көрінетін кілегей

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

қабаттар бозғылт, кеуде, іш, сан тері қабаттарында петехиялар және экхимоздар. Лимфа түйіндері, бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Қанда: эритроциттер-1,8 млн., Нв- 56 г/л, ТК - 0,93, лейкоциттер-2,6 мың, тромбоциттер-30 мың, ЭТЖ - 50 мм/сағ. Стерналді пункцияда – майлы кеміктің қызмет етуші бөлігінен басымдығы. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant> Апластикалық анемия
- <variant> Маркиафавы-Микели ауруы
- <variant> Жіті лейкоз
- <variant> Тромбоцитопениялық пурпура
- <variant> Гемолитикалық анемия

<question> Тілдің ашуы, диспепсиялық бұзылыстар (тәбеттің төмендеуі, жүрегі айналу), өзін нашар сезінуі, аяқ-қолдар жансыздануы, парестезиялар байқалуы тән:

- <variant> В12-тапшылық анемиясына
- <variant> Гемолитикалық анемияға
- <variant> Қан кетуден болған анемияға
- <variant> Апластикалық анемияға
- <variant> Теміртапшылық анемияға

<question> 25 жастағы науқас ер адам эпигастрий аймағында ауырсынуға және айқын циркуляторлық-гипоксиялық синдромға шағымданып қаралды. Анамнезінде – асқазан ойық жара ауруы. Тері қабаты бозарған. Қан анализі: Нв – 85 г/л, Э – 3,2х 10¹²/л, ТК – 0,75, тромбоциттер – 165,0х10⁹/л, ретикулоциттер – 0,5 %. билирубин – 15 мкмоль/л, сарысулық темір – 4,5 ммоль/л. Грегерсен реакциясы оң мәнді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant> Темір тапшылық анемия
- <variant> Гемолитикалық анемия
- <variant> Жіті постгеморрагиялық анемия
- <variant> В12-дефицитті анемия
- <variant> Апластикалық анемия

<question> Теміртапшылық анемиясымен науқас әйелдің соңғы анализінде гемоглобин 60 г/л. Науқасты жүргізудің келесі тактикасын құрастырыңыз:

- <variant> шұғыл түрде госпитализациялау
- <variant> жоспарлы госпитализациялау
- <variant> амбулаторлық ем
- <variant> үй жағдайындағы стационар
- <variant> күндізгі стационар

<question> 60 жастағы науқас әйелде тексергенде Нв 78г/л., ТК - 1,3, эритроциттер 2,3х10¹² /л, макроцитоз анықталған. Анамнезінде: көп жылдар бойы созылмалы асқазан және ішек ауруларымен ауырады. Осы аурумен науқасқа тағайындалуы қажет ем:

- <variant> цианокобаламин инъекциясы
- <variant> эритроцит массасын құю
- <variant> феркаил инъекциясы
- <variant> темір сульфатын қабылдау
- <variant> аскорбин қышқылын қабылдау

<question> В12-жетіспеушілік анемия кезінде жұлын өзгерісі:

- <variant> мегалобластоз
- <variant> қан түзудің нормобластикалық типі
- <variant> мегакарицит мөлшерінің төмендеуі
- <variant> лимфоциттердің басым болуы
- <variant> қан түзудің апластикалық типі

<question> В-12 тапшылықты анемиян В12 витаминімен емнің нәтижелілігін көрсетеді
<variant> ретикулоцитоз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<variant>тромбоциттің жоғарлауы

<variant>түстік көрсеткіштің төмендеуі

<variant>гемоглобин мен эритроциттің көбеюі

<variant>лейкоцит и тромбоциттің қалыпқа келуі

<question> 18 жастағы жігіт соңғы 4 айда қызыл иектен және мұрыннан қан кетуге, сан аймағындағы терілік геморрагияларға шағымданады. Қарағанда. Терісі және көрінетін шыршты қабықтары бозарған, сарғыштау, лимфа түйіндері ұлғаймаған, бауыр және көкбауыр пальпацияланбайды. Қан анализінде Нб-72 г/л, эр-2,1, л-2,0, т-1, с-40, л-53, м-6, Тр – 40х10/л, ЭТЖ -48мм/с. Болжам диагнозыңыз:

<variant> апластикалық анемия

<variant> гемолитикалық анемия

<variant> темір тапшылықты анемия

<variant> В12- тапшылық анемия

<variant> тромбоцитопениялық пурпура

<question> Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде анемия туындайды ненің себебінен

<variant> эритропоэтин синтезінің төмендеуі

<variant> темір тапшылық

<variant> В12 витамин тапшылық

<variant> аутоиммунды гемолиз

<variant> фолий қышқылы тапшылығы

<question> 65 жастағы ер адам, әлсіздікке, аяқтарының тоңуына, парастезияларға шағымдалады. Анамнезінде – 8 жыл бұрын асқазанның резекциясы болған. Қанда: Нв- 68 г/л, эритроциттер 2,1·1012/л, ТК- 1,3, лейкоц- 3,2·109/л, тромбоциттер- 137·109/л. Осы анемияның даму себебі:

<variant> Гастромукопротеиннің тапшылығы

<variant> темір тапшылығы

<variant> фолий қышқылының тапшылығы

<variant> эритропоэтиннің тапшылығы

<variant> тұз қышқылының тапшылығы

<question> 74 жасар науқас жалпы әлсіздікке, бас айналу, енгігу, эпигастрии аймағында ауырсыну, тамақ қабылдағаннан кейін ауыр сезімі, ашығанмен кекіруге шағымданып жолықты.

Қарағанда: терісінің боздығы, склера сарғыштығы, орташа спленомегалия, «щулкі» тәрізді аяқтарындағы тактильді сезімталдығының төмендеуі. ЖҚА:Нв -83 г/л; ТК - 1,2; Эр.- 2,5х1012/л; лейкоц.- 3,2х109/л; тромб. - 150х109/л; ретикулоциттер – 0,2%; билирубин-42 ммоль/л (тікелей емес фракция 33 ммоль/л). Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> В12-тапшылық анемия

<variant> созылмалы гепатит

<variant> гемолитикалық анемия

<variant> созылмалы атрофиялық гастрит

<variant> темір тапшылық анемия

<question> Гипопластикалық (апластикалық) анемияға ең тән көрсеткіш:

<variant> миелокарицит төмендеуі

<variant> түстік көрсеткіштің төмендеуі

<variant> перифериялық қанда нейтрофилез

<variant> микросфероцитоз

<variant> миелокарицит жоғарылауы

<question> Темір препараттарымен емнің нәтижесінің алғашқы объективті критерийі:

<variant> терапияның 7-күні дамыған ретикулоцитарлы криз

<variant> жалпы әлсіздіктің азаюы

<variant> эритроциттердің жоғарылауы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

- <variant> сидеропениялық синдромның азаюы
- <variant> гемоглобиннің жоғарылауы
- <question> Темір тапшылықты анемияға тән сүйек кемігіндегі өзгеріс:
- <variant> сидеробласттар сандарының азаюы
- <variant> лимфоциттердің көбеюі
- <variant> мегакарициттердің азаюы
- <variant> мегалобластоз
- <variant> миелоидты метаплазия
- <question> Ер адам 22 жаста, жалпы әлсіздікке, қызылиегінің қанағыштығына, тамағының ауыруына, мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюына шағымданып түсті. Қанында: гемоглобин - 54 г/л, эритроциттер - $2 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер - $76 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $50 \times 10^9/л$, ЭТЖ - 64 мм/сағат, бласты жасушалар - 47%, сегмент ядролы нейтрофилдер - 29%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 6%. Жедел лейкоз диагнозы қойылды. Төменде аталғандардың диагнозды дәлелдеуде маңызды:
- <variant> Бластемия
- <variant> Анемия
- <variant> Тромбоцитопения
- <variant> Лейкоцитоз
- <variant> ЭТЖ жоғарылауы
- <question> 47 жастағы әйел қабылдау бөліміне жалпы әлсіздікке, бас айналуға, жүрек қағуға шағымданып түсті. Соңғы 1 жылда менструациясы 10 күннен, көп мөлшерде келеді. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы қабаты бозғылт, тырнақтары жолақтанған және сынғыш, шаштары көп түседі, тахикардия минутына 100 рет, АҚ 110/60 мм.с.б. Қанда: гемоглобин - 62 г/л, эритроциттер - $2,6 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш - 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағат, лейкоциттер - $5,8 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $420 \times 10^9/л$. Гинеколог: жатыр миомасы, 12 апта. Хирургиялық жолмен емдеу ұсынылды. Аталғандардың қайсысы науқасты жүргізу тактикасының ең тиімдісі болып табылады:
- <variant> Темір препараттарын парентеральды енгізу
- <variant> В12 витаминін парентеральды енгізу
- <variant> Фолий қышқылы ішке қабылдау
- <variant> Аскорбин қышқылын парентеральды енгізу
- <variant> Эритроцитті массаны құю
- <question> Науқас әйел 60 жаста, әлсіздікке, эпигастрийдегі ауырсынуға шағымданады. Объективті: терісі және көрінетін шырышты қабаттары бозғылт субиктериялы, беті ісінген, тілі "лакталған". Аздаған гепатоспленомегалия. Қанда: панцитопения, макроцитоз, нейтрофилдер полисегментті. Билирубин - 38,5 мкмоль/л. Миелограмма: қан түзудің мегалобластты түрі.
- Неғұрлым мүмкін диагноз:
- <variant> В12-тапшылықты анемия
- <variant> Темір тапшылықты анемия
- <variant> Аутоиммунды гемолиздік анемия
- <variant> Апластикалық анемия
- <variant> Талассемия
- <question> Науқас 23 жаста, әлсіздікке, елтігуіне, жүрек соғуына шағым айтады. Объективті: тері мен шырыш қабаттары боз. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия естіледі. Қанда: эритроциттер - 3,0 млн., гемоглобин - 92 г/л, лейкоциттер - 4,2 мың., тромбоциттер - 192 мың, ЭТЖ - 22 мм/с. Қан талдауының барынша ықтимал интерпретациясы:
- <variant> жеңіл дәрежелі нормохромды анемия
- <variant> орташа ауырлық дәрежелі гипохромды анемия
- <variant> жеңіл дәрежелі гипохромды анемия
- <variant> орташа ауырлық дәрежелі нормохромды анемия
- <variant> жеңіл дәрежелі гиперхромды анемия

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<question> Науқас Д., 34 жаста, әлсіздікке, бас айналуына, жүрек қағуына шағымданады. 2 жыл бойы геморроймен ауырады. Объективті: тері жабындары мен шырышты қабықтарының бозғылттануы. Жүрек тондары тұйықталған, жүрек ұшында систолиялық шу. ЖЖЖ 119 соққы /мин. Қанда: эр-2,7 млн., Нв-82 г/л, ТК-0,75, лейко-4,8 мың., тромб-200 тыс. СОЭ-17 мм/сағ, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сарысулық темір-6,4 мкмоль/л. Қандай препарат тағайындау тиімді

<variant> Сорбифер пероральды

<variant> Преднизолон пероральды

<variant> Феррум-лек көк тамырға

<variant> Десферал бұлшықетке

<variant> Эритроцитарлы масса көк тамырға

<question> 71 жастағы науқас, тәбетінің төмендеуіне, тағам қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағындағы ауырлыққа, тіл ұшындағы ауырсыну мен күйдіруіне, жалпы әлсіздікке, еңтігуге, аяқта «құмырсқа жүру» сезіміне, аяқтың ұюына шағымданады. Анамнезінен: көптеген жылдар бойы созылмалы гастритпен зардап шегеді. Объективті: тері боз, сарғыш түстес, тілі тегіс, «лекталған», глоссит. Жалпы қан талдауы: гемоглобин -80 г/л, эритроциттер -2,2x10¹²/л, лейкоциттер 7,1x10⁹/л, тромбоциттер – 160x10⁹/л. Гемограммады: макроциттер, мегалоциттер, эритроциттерде Джолли денешігі, Кебат сақиналары. Миелограммада: қан өндірілуінің мегалобласты түрде жүруі эзофагогастродуоденоскопияда жайылмалы атрофиялық гастрит. Төменде аталған дәрілердің қайсысы ең тиімді?

<variant> В12- дәрумені

<variant> Фолий қышқылы

<variant> Сорбифер-дурулес

<variant> Флудара

<variant> Эритропоэтин

<question> 38 жастағы әйел адам іштің ауыруына, іш қатумен ауысатын іш өтуге, іштің кебуіне, құсуға шағымданады. Зерттегенде аш ішектің дивертикулы, гиперхромды макроцитарлы анемия, неврологиялық симптомдар анықталды. Болжам диагноз:

<variant> В12 витаминіне жоғары қажеттілік әсерінен дамыған екіншілік витамин В12 – тапшылық анемия

<variant> фолий жетіспеушілік анемия

<variant> теміртапшылықты анемия

<variant> ішкі фактор тапшылығынан дамитын В12 – тапшылық анемия

<variant> Сіңіру бұзылысы әсерінен дамыған В12 – тапшылық анемия

<question> Теміртапшылықты анемияның маңызды лабораторлық көрсеткіші:

<variant> Түстік көрсеткіштің төмендеуі

<variant> диспротеинемия

<variant> лейкопения

<variant> гематокрит төмендеуі

<variant> гемоглобин төмендеуі

<question> Көрініс қай ауруға тән: мұрыннан, қызыл иектен қан кету, теріде және шырышты қабатта геморрагиялар. Қанда: эр.-1,8 млн. Нв- 54 г/л ЦП - 0,9 лейко-2,4 тыс. пал-6 сегм-58 эоз-2, лимф-34 тромб-44 тыс. СОЭ-52 мм/ч қан кету уақыты-20 мин. трепанатта – майдың көп мөлшері

<variant> Апластикалық анемия

<variant> жедел лейкоз

<variant> аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура

<variant> маркаиавы-Микели ауруы

<variant> В12-тапшылық анемия

<question> В12-тапшылықты анемияның миелограммасына клесі өзгеріс тән:

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Қан түзудің мегалобластты типі
- <variant> босаған сүйек кемігі
- <variant> өзгермеген сүйек кемігі
- <variant> қан түзудің барлық өсіндісінің гиперплазиясы
- <variant> қан түзудің нормобластты типі эритроидты өсіндінің тітіркенуімен
- <question> Науқас 30 жас әлсіздікке, енгіуге, жүрек қағуына, соңғы жартыжылдықта меноррагияға шағымданады. Объективті: тері және шырышты қабаттары бозғылт, тырнақтардың көлденең сызылуы, койлонихиялар. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эр.-3,0 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,77, лейкоц.-4,2 тыс., тромб.-192 тыс., СОЭ-22 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Миелограммада: 12% сидеробласт. Ең тиімді тактика:
- <variant> сорбифер 200 мг күніне 3 ай бой
- <variant> феррум-лек 2,0 в/м 1 апта бойы
- <variant> феррум-лек 5,0 в/в 1 апта бойы
- <variant> қан трансфузиясы
- <variant> эритроцитарл масса трансфузиясы
- <question> Әйел 62 жаста, әлсіздікке, бас айналуға, физикалық күштемеден кейінгі енгіуге, аяқтарының парестезиясына және тоңуына шағымданады. Созылмалы гастритпен ұзақ уақыт бойы ауырады. Қанда: Нв - 70 г/л, эритроцит 2,0x10¹²/л, ЦП- 1,2, лейкоцит - 3,0x10⁹/л, тромбоцит - 140x10⁹/л. ЭФГДС жайылмалы атрофиялық гастрит. Осы анемияның даму себебін көретіңіз:
- <variant> гастромукопротеин жетіспеушілігі
- <variant> темір жетіспеушілігі
- <variant> фолий қышқылының жетіспеушілігі
- <variant> эритропоэтин жетіспеушілігі
- <variant> тұз қышқылының жетіспеушілігі
- <question> Науқас 32 жаста. Шағымдары: жалпы әлсіздік, шаршағыштық, бас айналу, көз алдында «шіркейлердің» пайда болуы, енгіу, тырнақтарының сынғыштығы. Анамнезінен: 7 жүктілік болған, оның 4-інде түсік тастаумен аяқталған, етеккірі 5-7 күн, көп қан кетеді. Объективті: тері және көзге көрінетін сілемей қабаттары боз, таза, құрғақ. Тырнақтары жұмсақ, тез сынады. Ауыз бұрыштары тілінген. Жалпы қан талдауы: гемоглобин -62 г/л, эр -2,6x10¹²/л, лейкоциттер 4,9x10⁹/л, тромбоциттер – 180x10⁹/л. Эритроциттердің тұну жылдамдығы - 30 мм/сағ. Төменде аталған дәрілердің қайсысы ең ықтималды?
- <variant> Сорбифер-дурулес
- <variant> фолий қышқылы;
- <variant> В12- дәрумені
- <variant> аскорбин қышқылы
- <variant> эритропоэтин
- <question> Ер адам 68 жаста, қабылдау бөліміне айқын жалпы әлсіздікке, енгіуге, жүрек қағуға, аяқтарында «мақта тәрізді» сезімнің болуына шағымданып түсті. 6 жыл бұрын ойық жара ауруына байланысты асқазанның резекциясы жасалған. Объективті: тері жамылғысы және шырышты қабаттары бозарған, сарғыш реңкілі. Қанда: гемоглобин - 46 г/л, эритроциттер – 1,3 x 10⁹/л, лейкоциттер - 2,3x10⁹/л, түстік көрсеткіші – 1,1, ЭТЖ - 41 мм/сағат, базофилдер– 1%, эозинофилдер – 4%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 6%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 65%, лимфоциттер – 16%, моноциттер – 8%, тромбоциттер – 110 x 10⁹/л. Миелограммада: мегалобласты тип бойынша қан өндірілу. Аталған емдеу тактикасының ішінде қайсысын қолданған жөн?
- <variant> В12 витаминінің препараттары
- <variant> Темір препараттары
- <variant> Преднизолон
- <variant> Десферал
- <variant> Аскорбин қышқылы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<question> Ер адам 72 жаста, қабылдау бөліміне айқын жалпы әлсіздікке, еңтігуге, жүрек қағуға, аяқтарын «мақта тәрізді» сезінуіне шағымданып түсті. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы бозарған, сарғыш реңкілі. Қанда: гемоглобин - 46 г/л, эритроциттер – 1,3 x 109/л, лейкоциттер - 2,3 x 109/л, түстік көрсеткіш – 1,1, ЭТЖ - 41 мм/сағат, базофилдер – 1%, эозинофилдер – 4%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 6%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 65%, лимфоциттер – 16%, моноциттер – 8%, тромбоциттер – 110 x 109/л. Миелограммада: мегалобласты тип бойынша қан өндіру. Патологиялық жағдайдың себебін анықтау үшін диагностикада ақпаратты келесі қадамға аталғандардың қайсысы жатады?

- <variant> Асқазанның эндоскопиясы
- <variant> Көкірек мүшелерінің рентгенографиясы
- <variant> Іш қуысының УДЗ
- <variant> Мықын сүйектің трепанобиопсиясы
- <variant> ЭКГ

<question> Әйел 47 жаста, қабылдау бөліміне жалпы әлсіздікке, басының айналуына, жүрек қағуға шағымданып түсті. Соңғы 1 жылда менструациясы 10 күннен, көп мөлшерде келеді. Объективті: тері жамылғысы және шырышты қабығы бозғылт, тырнақтары жолақтанған және сынғыш, шаштары көп түседі. Қанда: гемоглобин - 42 г/л, эритроциттер – 1,9 x 1012/л, түстік көрсеткіш – 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағат, лейкоциттер - 5,8x109/л, базофилдер – 1%, эозинофилдер – 2%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 4%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 69%, лимфоциттер – 18%, моноциттер – 6%, тромбоциттер – 420 x 109/л. Аталғандардың қайсысы диагностикада келесі қадам болып табылады?

- <variant> сарысулық темірді зерттеу
- <variant> Коагулограмма
- <variant> Шиллинг тест
- <variant> Стерналды пункция
- <variant> Мықын сүйектің трепанобиопсиясы

<question> Науқас 19 жастан бері бала кезінен бастап кезеңдік сарғаюларды байқаған. 3 ай бұрын сарғаюы күшейген. Объективті тексеруде бауыр мен көкбауыр пальпацияланады. Қанда: Нв-81/л, Эр.2,9x1012/л, Л-8x109/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоциттер 24%, тромбоциттер 182x109/л. Эритроциттердің осмостық тұрақтылығы: басында 0,6% NaCl, соңында - 0,4% NaCl. Қандағы билирубин 134 ммоль/л, тікелей -12ммоль/л, темір -24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

- <variant> Гемолитикалық анемия
- <variant> Фолий тапшылықты анемия
- <variant> Гипопластикалық анемия
- <variant> Темір тапшылықты анемия
- <variant> В-12-тапшылықты анемия

<question> Науқас 20 жаста, бала кезінен бастап кезеңімен глина, бол қабылдаған. 3 ай бұрын бас айналу, құлақ шыңылдауы, тырнақтарының сынғыштығы күшейген. Объективті тексергенде: тері және шырышты қабаттары бозғылт, бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Қанда: Нв-58 г/л, Эр.2,9x1012/л, Л-8x109/л, лейкоцитарлы формула қалыпты. Ретикулоцит 1,2%, тромбоцит 200x109/л. Қандағы билирубин 14 ммоль/л, темір - 6,24 мкмоль/л. Болжам диагнозы:

- <variant> Темір тапшылықты анемия
- <variant> Гемолитикалық анемия
- <variant> В-12-тапшылық анемия
- <variant> Гипопластикалық анемия
- <variant> Фолий тапшылықты анемия

<question> Қан түзілудің мегалобласты түрі, қанда ферритин деңгейі жоғарылауы, неврологиялық симптоматика ... тән.

- <variant> В 12 - тапшылық анемиясына

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

- <variant> Минковский – Шоффар анемиясына
- <variant> теміртапшылық анемиясына
- <variant> аутоиммундық гемолитикалық анемияға
- <variant> апластикалық анемияға
- <question> Гиперхромды макроцитарлы анемиямен науқасқа (пернициозды) қажетті ем:
- <variant> цианокобаламин енгізу
- <variant> темір сахаратын енгізу
- <variant> темір сульфатын қабылдау
- <variant> Эр-масса құю
- <variant> аскорбин қышқылын қабылдау
- <question> Науқаста тексеруден кейін өңеш көк тамырларының кеңеюі, асцит анықталды. Науқастың болжам диагнозы:
- <variant> Бауыр циррозы
- <variant> Созылмалы гепатит
- <variant> Созылмалы оңқарыншалық жетіспеушілік
- <variant> Нефротикалық синдром
- <variant> Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі
- <question> Бауыр циррозымен науқаста аздаған асцит, айқын емес энцефалопатия, билирубин деңгейі 2,5 мг/дл, альбумин 2,9 г/дл, протромбин уақыты 6 сек байқалады. Чайлд-Пью бойынша бауыр циррозының ауырлық дәрежесін есептеңіз.
- <variant> (декомпенсирленген)
- <variant> (субкомпенсирленген)
- <variant> (жеңіл)
- <variant> (орташа ауырлықта)
- <variant> (компенсирленген)
- <question> Бауыр циррозымен науқаста аздаған асцит байқалады, энцефалопатия жоқ, билирубин деңгейі 1,8 мг/дл, альбумин 3,6 г/дл, протромбин уақыты 1 сек. Чайлд-Пью бойынша бауыр циррозының ауырлық дәрежесін есептеңіз.
- <variant> (субкомпенсирленген)
- <variant> (компенсирленген)
- <variant> (жеңіл)
- <variant> (орташа ауырлықта)
- <variant> (декомпенсирленген)
- <question> Бауыр циррозымен науқаста I дәрежелі асцит дамыған. Емдеу жоспарын құрыңыз.
- <variant> емді қажет етпейді
- <variant> тамақты тұзсыз дайындау, спиронолактон тәулігіне 50 мг
- <variant> спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг
- <variant> тоталді парацентез, бөліп алған асциттік сұйықтықтың әр литріне 8 г альбумин
- <variant> тұзсыз диета, диуретиктердің жоғарғы дозасы, бауыр трансплантациясы
- <question> Бауыр циррозымен науқаста II дәрежелі асцит дамыған. Емдеу жоспарын құрыңыз.
- <variant> тамақты тұзсыз дайындау, тәулігіне 50 мг спиронолактон
- <variant> емді қажет етпейді
- <variant> спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг
- <variant> тоталді парацентез, бөліп алған асциттік сұйықтықтың әр литріне 8 г альбумин
- <variant> тұзсыз диета, диуретиктердің жоғарғы дозасы, бауыр трансплантациясы
- <question> Бауыр циррозымен науқаста III дәрежелі асцит дамыған. Емдеу жоспарын құрыңыз.
- <variant> тоталді парацентез, бөліп алған асциттік сұйықтықтың әр литріне 8 г альбумин
- <variant> тамақты тұзсыз дайындау, спиронолактон тәулігіне 50 мг
- <variant> спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> емді қажет етпейді

<variant> тұзсыз диета, диуретиктердің жоғарғы дозасы, бауыр трансплантациясы

<question> Бауыр циррозымен науқаста спонтанды бактериялық перитонит және бактериялық асцит дамыған. Ең тиімді антибактериалді препаратты таңдаңыз

<variant> цефотаксим

<variant> спирамицин

<variant> амоксициллин

<variant> левофлоксацин

<variant> азитромицин

<question> Больная 52 лет, обратилась с жалобами на асцит, кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. Из анамнеза: 5 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 2-3 лет беспокоит кожный зуд. В этом году появился асцит. В анализах: гипербилирунемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП. На УЗИ: изменение структуры печени.

Предположительный диагноз:

<variant> первичный билиарный цирроз печени

<variant> хронический гепатит вирусной этиологии

<variant> болезнь Вильсона-Коновалова

<variant> желчекаменная болезнь

<variant> альфа 1 антитрипсиновая недостаточность

<question> У 55-летней больной в течение нескольких месяцев находят увеличение печени (выступает на 4 см.) Общее состояние остается удовлетворительным, но периодически возникают артралгии. Показатели периферической крови, активность трансаминаз нормальные. Биопсия печени: лимфоидная инфильтрация долек, нарушение дольковой архитектуры, участки некроза.

Предположительный диагноз :

<variant> хронический аутоиммунный активный гепатит

<variant> цирроз печени

<variant> гемохроматоз

<variant> неалкогольный жировой стеатогепатоз

<variant> хронический холестатический гепатит

<question> У больного 53 лет, жалобы на снижение аппетита, боли в правом подреберье, кожный зуд. Объективно: желтушность кожных покровов, сосудистые звездочки, периферические отеки, асцит. Из анамнеза: употребление алкоголя, вирусный гепатит С в течение 15 лет. Лабораторные данные: билирубин 50, альбумин 2,9%, протромбиновое время 50. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant> алкогольный цирроз печени, декомпенсация, портальная гипертензия

<variant> цирроз аутоиммунного генеза

<variant> вирусный цирроз печени, субкомпенсация, портальная гипертензия

<variant> вирусный цирроз печени, компенсация, портальная гипертензия

<variant> холестатический цирроз печени

<question> 19 жастағы ер адам оң қабырғаастында ауырлық сезімге, жалпы әлсіздікке, салмақ жоғалтуға, буындары ауырсынуға шағымданып дәрігерге қаралды. Жағдайы нашарлауының нақты мерзімін айта алмайды. Объективті: тері қабаты сарғаюы, бір-екі телеангиоэктазиялар. Шынтақ буынының ішкі бетінде венаға салынған ине іздері бар. Бауыр қабырға жиегінен 2,5 см-ге шығыңқы. Көкбауыр ұлғаймаған. Биохимиялық қан анализі: жалпы билирубин – 32,6 мкмоль/л, тимол сынағасы – 7,2 бірлігі. ИФА: австралиялық антиген анықталған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> созылмалы вирусты гепатит

<variant> аутоиммундық гепатит

<variant> билиарлы бауыр циррозы

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> Коновалов ауруы

<variant> Жильберауруы

<question> 54 жастағы бауыр циррозының тұрақты ағымымен науқас әйелде жағдайы нашарлауы, тырысулар, есі шатасуы, былбырлық, сарғаю күшеюі байқалды. Жағдайы нашарлауының себебін анықтау үшін қажет:

<variant> азот көрсеткіштерін анықтау

<variant> билирубин деңгейін анықтау

<variant> бұлшық ет тіндеріне антиденелерді анықтау

<variant> бромсульфалеин сынамасын жүргізу

<variant> гамма-глобулин деңгейін анықтау

<question> Вирусты гепатита В+С-мен ауырған бауыр циррозы бар 16 жастағы науқаста бауыры 5 см, көкбауыры – 6 см ұлғайған, асцит, өңеш веналарының варикозды кеңейуінің 2 дәрежесі, АЛТ – 22 МЕ/мл, билирубин – 134 мкмоль/л, альбумин – 27 г/л, ПТИ – 55%. Варикозды кеңейген өңеш веналарынан 3 рет қан кеткен. Алдағы 5 жылға науқас өмірін 80% жоғарлату үшін қандай емдеу тактикасын қолданған дұрыс?

<variant> Бауыр трансплантациясы

<variant> Порто-кавальды шунт салу

<variant> Нуклеозид аналогтарын өмір бойына тағайындау

<variant> Гепатопротекторлармен унемі курс жүргізу

<variant> Пегилирленген интерферонмен ем жүргізу

<question> Әйел адам 38 жаста вирусты гепатит В+Д соңында дамыған бауыр циррозы, порталды гипертензия, геморрой. 2 апта бұрын қан аралас құсу болғаннан кейін хирургтар баллонды тампонада жасаған. Латентті бауыр энцефалопатиясы. ФЭГДС кезінде айқындалған көрініс: өңеш веналарының төменгі үштен бір бөлігінің және асқазан түбінің варикозды кеңейуі, асқазанның түбі мен денесінде қызыл, мазайка тәрізді, біріккен қызыл дақтар. Варикозды кеңейген веналардан қан ағудың профилактикасы ретінде қандай емдік тактика таңдаған жөн, егер науқас бауырын ауыстыруға кезекте тұрса?

<variant> Қан кету қауіпі жоғары, порто-кавальді шунттау

<variant> Қан кету қауіпі жоғары, пероральді бета-блокаторлар

<variant> Қан кету қауіпі жоғары, протон помпаларының ингибиторы

<variant> Қан кету қауіпі жоғары, анаприлин және изосорбит мононитрат

<variant> Қан кету қауіпі төмен, өңеш веналарын лигилирлеу

<question> Лосепрозол қандай топ дәрімектеріне жатады?

<variant> Протон насосының блокаторлары

<variant> М-холинблокаторлар

<variant> Симпатомиметтер

<variant> H-2 гистамин рецепторларының блокаторлары

<variant> H-1 гистамин рецепторларының блокаторлары

<question> Бауыр циррозының қандай түрінде урсодезоксикол қышқылын тағайындайды:

<variant> Біріншілікті биллиарлы бауыр циррозы;

<variant> Созылмалы вирусты гепатит В фонында дамыған цирроз;

<variant> Аутоиммунды гепатиттің нәтижесінде дамыған цирроз;

<variant> Гемохроматоз кезіндегі цирроз;

<variant> Алкогольді бауыр циррозы.

<question> Функционалды диспепсияның негізгі диагностикалық критерийлері:

<variant> Шағымдардың болып және органикалық аурулардың клиникалық, биохимиялық, эндоскопиялық ультрадыбыстық және морфологиялық белгілерінің болмауы

<variant> Органикалық аурулардың клиникалық белгілерінің болмауы

<variant> Биохимиялық ауытқулардың болмауы

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

- <variant> Асқазан шырышты қабатында морфологиялық өзгерістердің болмауы
- <variant> Тән шағымдарының болуы
- <question> Н.pylori ең бірінші асқазанның қайсы бөлігін зақымдайды:
- <variant> Антральды
- <variant> Кардиальды
- <variant> Фундальды
- <variant> Субкардиальды
- <variant> Асқазан денесін
- <question> Helicobacter pylori –ды жұқтырумен шақырылған жара ауруының емінде қандай препараттар жақсы әсер етеді:
- <variant> Метацин
- <variant> Фамотидин
- <variant> Ранитидин
- <variant> Де-нол
- <variant> Гастофарм
- <question> Мендель симптомы:
- <variant> эпигастрий аймағын соққылағанда пайда болатын ауру сезімі
- <variant> Іш аускультациясы кезінде ішектің перистальтикасының болмауы
- <variant> Перкуссия кезінде эпигастрий аймағында «плеск» шуының анықталуы
- <variant> Асқазан түбінің пальпация кезінде ауруы
- <variant> Семсер тәрізді өсіндіні басқанда ауру сезімінің анықталуы
- <question> Әйел адам, 35 жаста, тәулігіне 3 ретке дейін сулы көпіршікті көп мөлшерде болатын нәжіске, іштің жоғарғы бөлігінде ауырсынуға, дене салмағының төмендеуіне шағымданады. Бірнеше күн бұрын Тунистен келген, ол жерде теңіз өнімдеріне жасалған экзотикалық тағамдар қабылдаған. Нәжіс бактериологиялық себіндісінде энтеротоксигенді Escherichia coli анықталды. Патологиялық өзгерістердің мүмкін болатын себептері қандай?
- <variant> «Саяхатшылар диареясы»
- <variant> Бейспецификалық жаралы колит
- <variant> Созылмалы панкреатиттің өршуі
- <variant> Іш жүргізетін препараттарды қабылдау
- <variant> Псевдомембранозды колит
- <question> Науқас Б, 40 жаста, 3 жыл бұрын холецистэктомия болған. Шағымдары іштің кебуіне, іш өтуіне шағымданады. Төмендегі дәрілердің қайсысын тағайындау тиімді:
- <variant> Креонды
- <variant> Фесталды
- <variant> Пантап
- <variant> Маалоксты
- <variant> Омикап
- <question> Гипербилирубинемия неғұрлым тән:
- <variant> Созылмалы панкреатиттің псевдотуморозды түріне
- <variant> Созылмалы панкреатиттің латентті түріне
- <variant> Созылмалы панкреатиттің склероздаушы түріне
- <variant> Созылмалы панкреатиттің рецидивтік түріне
- <variant> Созылмалы панкреатиттің ауырсыну түріне
- <question> 38 жасар науқас арқаға берілетін эпигастрий аймағындағы кезеңдік ауру сезіміне, үлкен дәретінің бұзылуына, әлсіздікке, арықтауына шағымданады. Ауру сезімінің пайда болуын емдәмнің сақталмауымен байланыстырады. Анамнезі: созылмалы дуоденитпен және опистархозбен ауырған. Жалпы қан және биохимиялық анализдер өзгеріссіз. Науқастың копрограммасында табылатын барынша мүмкін өзгеріс:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		

044-79/22
84беттің 16еті

- <variant> стеаторея;
- <variant> Креаторея;
- <variant> Амилорея;
- <variant> Лиентерея;
- <variant> Иодофильді флора.
- <question> Алкогольды ішімдік қабылдайтын 50 жастағы ер адам тамақтан кейін күшейетін ішінің жоғарғы бөліміндегі ауырсынуға, жүрек айнуына, ішінің кебуіне, сұйық нәжіске, арықтауға шағымданады. Қандай диагностикалық әдіс зақымдалған мүшенің сыртқы секреторлы қызметінің жағдайын бағалауға мүмкіндік береді?
- <variant> Эластазды сынама
- <variant> рН-метрия
- <variant> Уреазды сынама
- <variant> Дуоденалды зондтау
- <variant> Глюкозотолерантты сынама
- <question> Коронавирустық инфекцияның ең көп таралған клиникалық нұсқасы (COVID-19):
- <variant> пневмония
- <variant> асцит
- <variant> ырғақтың бұзылуы
- <variant> кардиомиопатия
- <variant> гепатит
- <question> Коронавирустық инфекцияның жиі кездесетін асқынуы (COVID-19):
- <variant> Жедел тыныс жетіспеушілігі
- <variant> Жедел бүйрек жеткіліксіздігі
- <variant> Энцефалопатия
- <variant> Гастропатия
- <variant> Кардиомиопатия
- <question> Коронавирустық инфекция кезіндегі инкубациялық кезең (COVID-19):
- <variant> 2-14 күн
- <variant> 1 - 7 күн
- <variant> 14-28 күн
- <variant> 28-30 күн
- <variant> 30-35 күн
- <question> Коронавирустық инфекцияның белгілері (COVID-19) мыналарды қамтиды:
- <variant> дәм мен иіс сезуінің бұзылуы
- <variant> жүрекайнуы
- <variant> жүректегі ірікілістер
- <variant> жиі зәр шығару
- <variant> құсу
- <question> Коронавирустық инфекция (COVID-19) үшін жөтел критерийлері:
- <variant> құрғақ, ауыр, пароксизмалы
- <variant> ылғалды, қақырық көп
- <variant> қан қоспасы бар
- <variant> шырышты көп мөлшерде
- <variant> ірің араласқан
- <question> Коронавирустық инфекцияның ауырағымының (COVID-19) даму қаупі факторлары:
- <variant> 65 жастан жоғары
- <variant> жас
- <variant> миопия
- <variant> энцефалопатия

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> гастропатия

<question> Коронавирустық инфекцияның расталған жағдайы (COVID-19) - Бұл:

<variant> ПТР әдісімен COVID-19 инфекциясын зертханалық растау-клиникалық белгілері мен белгілеріне қарамастан

<variant> Covid пневмониясының типтік КТ белгілері

<variant> Анықталмаған этиологиялы пневмониядан өліммен аяқталу

<variant> Этиологиясы анықталмаған кезкелген ЖРИ бар Пациент

<variant> Covid-19 тіркелген соңғы 14 күн ішінде медициналық ұйымға келген кез келген ауруы бар Пациент

<question> Коронавирустық инфекцияның жеңіл дәрежесінің критерийлері (COVID-19):

<variant> Тыныс алу қиындықтары жоқ

<variant> дене жүктемесі кезінде еңтігу

<variant> шамалы дене жүктемесімен еңтігу

<variant> тынығу тынысы

<variant> субфебрильді температура

<question> Коронавирустық инфекцияның ауыр дәрежесінің критерийлері (COVID-19):

<variant> шамалы дене жүктемесімен еңтігу

<variant> Тыныс алу қиындықтары жоқ

<variant> қалыпты температура

<variant> жеңіл катаральды құбылыстар

<variant> КТ-да өзгерістердің болмауы

<question> Коронавирустық инфекциясы бар науқасқа жүргізілген міндетті зерттеу (COVID-19):

<variant> пульсоксиметрия

<variant> көз түбін зерттеу

<variant> Іш қуысының УДЗ

<variant> Кіші жамбас УДЗ

<variant> Энцефалограмма

<question> Коронавирустық инфекцияны (COVID-19) бәрінен бұрын ажыратыңыз :

<variant> тұмау, қызылша

<variant> ларингиттермен

<variant> трахеиттермен

<variant> бронхитами

<variant> фарингит

<question> Бастапқы вирустық пневмония келесі кезеңдерде пайда болады:

<variant> аурудың алғашқы 12-36 сағаты

<variant> аурудың екінші аптасының басында

<variant> аурудың бірінші аптасының соңы мен екінші аптасының басында

<variant> аурудың үшінші аптасының соңында

<variant> аурудың төртінші аптасының соңында

<question> Вирустық пневмониямен жөтел:

<variant> құрғақ, өнімді емес

<variant> ылғалды, қақырық көп

<variant> қан қоспасы бар

<variant> шырышты көп мөлшерде

<variant> ірің араласқан

<question> Аурудың жеңіл және орташа ауыр түрлерінде патогенетикалық терапия:

<variant> көп мөлшерде ішу, инфузиялық терапия

<variant> ингаляциялық ГКС

<variant> антибиотиктер

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant>статиндер

<variant>имунномодуляторы

<question> Науқас Қ 26 жаста. Шағымы: шөлдеу, беттегі ісіну, 9 жылдан бері қант диабетімен ауырады, тәулігіне 24 бірік инсулин қабылдайды. Тамақтануы төмен. АҚ – 150/100 мм.с.б. ЖСЖ 80уд \мин. Соққылау симптомы теріс екі жақты қандағы қант мөлшері 6,8 м/моль/л, қалдық азот 30 мк моль/л, жалпы белок 63 г/л, зәр талдауы: тығыздығы 1010, белок – 0,66 г/л, Реберг сынамасында қандағы креатинин 1,1 мл/моль/л, сиунаның фактрация 60 мл/мин. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> диабетикалық нефропатия

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> Синдром Киммельстиль – Уилсон синдромы

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> бүйрек амилоидозы

<question> 50 жастағы ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге барлық денесінде ісіну пайда болуына шағымданып қаралды. 5 жыл бойы оң сирақ аймағында жыланкөз мазалайды, екі жылдай ісіну байқалады. АҚҚ жоғарыламаған. Қан анализінде гемоглобин 45 г/л, зәр анализінде – салыстырмалы салмағы 1015, белок 10 г/л, зәр тұнбасында көп мөлшерде гиалинді және дәнді цилиндрлер анықталды. Мочевина, креатинин қалыпты деңгейде. Зимницкий сынамасы ауытқусыз. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Екіншілік бүйрек амилоидозы

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Жіті пиелонефрит

<variant> Біріншілік бүйрек амилоидозы

<question> Науқас М., 40 жаста әлсіздікке, бас ауруына, тәбетінің нашарлауына, аяғының ісінуіне шағымданады. 8 жыл бойы бүйрек ауруларымен ауырады. Объективті: тәбетінің төмендеуі, тері түсінің бозаруы. Қан анализінде: Нв-80 гр/л, эр – 3,2 млн., лейкоцит – 6,8 мың, ЭТЖ – 25 мм/сағ. Зәр анализінде: үд.салмағы – 1015, белок – 1,8 г/л, лейкоцит – 6-7 к/ай, эритроцит – 3-4 к/ай. Бұл жағдайда ... жасау қажет.

<variant> бүйректің пункциялық биопсиясын

<variant> хромоцистоскопия

<variant> бүйректің жалпы рентгенографиясын

<variant> Бенс-Джонс белогына тексеру

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу

<question> Жүрек және бүйрек ісіктері кезіндегі жүргізілетін терапияның жалпы емдеу принциптеріне ... жатады.

<variant> бүйрек перфузиясын жақсаруы

<variant> жүрек лақтырысын төмендеуі

<variant> осмотикалық диуретиктерді қолдану

<variant> біріншілік гиперальдостеронизмді қолдануы

<variant> қандағы плазманың онкотикалық қысымын жоғарлауы

<question> Гломерулонефриттің салыстырмалы диагностикасы үшін тиімді зерттеу әдісі ... болып табылады.

<variant> бүйректің пункциялық биопсиясы

<variant> экскреторлы урография

<variant> радиоизотопты зерттеу

<variant> клиникалық- лабораторлық зерттеу

<variant> бүйректің компьютерлі томографиясы

<question> Науқас В., 19 жаста. Бас ауруымен бел аймағында ауырсынумен бетінің және аяқ-

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

қолдарының ісінуіне шағымданып келді. Зәр шығаруы сирек. Анамнезінен: 3 апта ангина мен ауырған. Жалпы қан анализінде: лейкоцитоз, ЭТЖ жоғары. Зәр анализінде: олигурия 500мл/ тәул., гематурия, эр 40, лейкоцитурия, белок тәул 30 гр. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Жедел диффузды гломерулонефрит

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Зәр тас ауруы

<variant> Бүйрек амилоидозы

<question> Наукас А., 35 жаста, кіші дәретке отырғанда күдіріп ауырсынуға, белінің оң жағынан ауырсынуға және қызбаға шағымданады. Жалпы зәр анализінде – салмағы – 1024, ақуыз – іздері анықталады, лейкоцит 100-ге дейін көру алаңында, эритроцит – 2-3 к/а, бактерия+++, шырыш+++. Бұл аталған белгілер ... тән.

<variant> жедел пиелонефритке

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> жедел гломерулонефритке

<variant> созылмалы пиелонефритке

<variant> интерстициальді нефритке

<question> Наукас М., 57 жаста, ішкі органдардың келесі өзгерістері анықталды: бүйрек өлшемдерінің ұлғаюы, шамалы гепатомегалия мен спленомегалия, ащы ішектерде сіңірудің бұзылыстары. Зәр анализінде өте жоғары протеинурия – 20 г/л дейін. Бұл өзгерістер ... тән.

<variant> бүйрек амилоидозына

<variant> созылмалы пиелонефритке

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> жедел гломерулонефритке

<variant> диабеттік нефропатияға

<question> Наукас әйел И., 48 жаста, ОДА дәрігеріне келесі шағымдармен: бас ауруы, аяқтарындағы ісінулер, жүргенде енгігу, әлсіздік, тәбетінің төмендеуімен келді. 10 жыл бойы бүйрегі ауырады. Объективті: аяқтарының ісінуі. Жалпы қан анализінде: Нв–96 г/л; Эр.– 2,8х1012/л; Лейк.- 8,8х109/л; ЭТЖ–35 мм/сағ. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы зәр анализінде: салыстырмалы тығыздығы – 1005; ақуыз -4,5 г/л; лейк.– 6-10 к/а; эр.– 20- 25 к/а; гиалинді цилиндрлер - 2-3 к/а. Бұл көрсеткіштер ...тән.

<variant> созылмалы бүйрек шамасыздығына

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> бүйрек тас ауруына

<variant> созылмалы пиелонефритке

<variant> бүйрек поликистозына

<question> Наукас әйел К. 29 жаста, келесі шағымдармен: оң жақ беліндегі ауырсыну, бас ауруы, 38 С дейін қызба, жиі зәр шығарумен түсті. 4 жылдан бері ауру, бірнеше рет емделген. Ауруы аяқтарын суықтатып алғаннан кейін қозған. Объективті: беті ісінген, бозарған, қабақтары ісінген. Пастернацкий симптомы оң. Қан анализі: Нв – 114 г/л, лейк.- 9,8х109/л; ЭТЖ – 34 мм/сағ. Зәр анализі: сал. тығ. – 1025, ақуыз –0,99 г/л, Лейк.– бүкіл көру алаңында; гиалинді цилиндрлер –2-4 к/а. Диагнозды анықтау үшін ... қажет.

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу

<variant> функциональді Зимницкий сынамасын жүргізу

<variant> зәрді микобактерия туберкулезге себу

<variant> Реберг-Тареев сынамасын жүргізу

<variant> қанды иммунологиялық зерттеу

<question> Наукас Д., 27 жаста, бірнеше жылдан бері бүйрек ауруы мен буындық синдроммен ауырады, қан сарысу протеинограммасында альбумин-глобулин коэффициенті 0,8-ге дейін

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 846беттің 1беті

төмендеген, гипопропротеинемия, диспротеинемия, альфа-2 және гамма- глобулин фракциялары 30 %-ға дейін жоғарылаған. Бұл өзгерістер ... тән.

<variant> созылмалы гломерулонефритке

<variant> несептас ауруына

<variant> жедел пиелонефритке

<variant> жедел гломерулонефритке

<variant> созылмалы пиелонефритке

<question> Науқас әйел Г., 24 жаста, әйелдер консультациясына әлсіздікке, бас ауруына, бел тұсындағы ауырсынуға шағымданып келді. Тексергенде: жүктіліктің 17 аптасы, АҚҚ – 110/70 мм.с.б. Жалпы зәр анализі: салмағы-1008, лейко – 14-25 к/а. Нечипоренко сынамаcы: эр-500, лейко-4500, цилиндр-100. Антибиотиктерден тағайындалады.

<variant> кері әсері өте төмен макролид - ровамицин

<variant> плацента барьерінен оңай өтетін тетрациклинді

<variant> нефро- және ототоксикалық әсері бар аминогликозид - гентамицин

<variant> плацента барьерінен өтетін цефалоспорин цефазолин

<variant> түзіліп келе жатқан сүйек-буын ұлпасына токсикалық әсер ететін норфлоксацин

<question> Науқас А., 49 жаста бүйрек ауруымен бірнеше жылдан бері ауырады. Тексергенде беті мен қабақтарында шамалы ісіну бар. АҚҚ жоғарлаған. Бүйрек пальпациясында ауырсынады. Зәр анализінде: гипостенурия 1007-1010, лейкоцитурия, микрогематурия. УДЗ-да: бүйрек өлшемдері ұлғайған, контурлары нақты емес, екі бүйректе де диаметрі 2х3 см қуыстар анықталады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> бүйрек поликистозы

<variant> несептас ауруы

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> өкпе туберкулез почек

<question> Науқас әйел Д., 27 жаста келесі шағымдармен: беті мен аяқтарының ісінуі, бел тұсындағы ауырсыну, дене қызуы 38 С көтерілуі, қол буындарының ауырсынуымен қаралды. Жазда курортта демалғаннан кейін бірінші рет бетінде, ұртында, мұрын үстінде қызару пайда болған, қызба және шаш түсу. Қан анализінде: Нв–81г/л, Эр.– 2,8х1012/л; Лейк.- 3,6х109/л; Э–8%; ЭТЖ– 40 мм/сағ; СРБ (+++), гамма-глобулин-25%. Зәр анализінде: ақуыз – 3,1 г/л, лейко.–10 к/а, эр. –25 к/а, гиалинды цилиндрлер – 10 к/а. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> қызыл жегілік нефрит

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> подагралық нефропатия

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<question> Науқас әйел И., 48 жаста ОДА дәрігеріне келесі шағымдармен келді: бас ауруы, аяқтарының ісінуі, жүргенде еңтігу, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі. Бүйрек ауруымен 10 жылдан ауырады. Жалпы қан анализінде: Нв–96 г/л; Эр.–2,8х1012/л; Лейк.- 8,8х109/л; ЭТЖ–35 мм/сағ. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Жалпы зәр анализінде: тығыздығы – 1005; ақуыз–4,5 г/л; лейко.– 6-10 к/а; эр.– 20- 25 к/а; гиалинді цилиндр - 2-3 к/а. Клиникалық диагнозды нақтылау үшін ... қажет.

<variant> шумақтық фильтрацияны анықтау

<variant> зәрді микобактерия туберкулезіне себу

<variant> Бенс-Джонс ақуызын анықтау

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу

<variant> Нечипоренко сынамасын жасау

<question> Нефротикалық синдромның негізгі клиникалық белгісіне ... жатады.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<variant> тәулігіне 3,5 г-нан жоғары протеинурия

<variant> гематурия

<variant> артериялық гипертензия

<variant> пиурия

<variant> гипоизостенурия

<question> Созылмалы гломерулонефритте глюкокортикоидтарды қолдану көреткіштеріне ... жатады.

<variant> нефротикалық синдром

<variant> зәр синдромы

<variant> гипертензия

<variant> бүйрек жетіспеушілігі

<variant> профилактикалық емдеу курсы

<question> 28 жастағы әйел әйелдер консультациясына 17-18 апталық жүктілік бойынша тіркеуге алынды. Объектив тексергенде аяқтарында ісік бары анықталды. АҚҚ 160/90 мм сын. бағ. Жалпы зәр анализі: салыстырмалы тығыздығы 1012, белок деңгейі 1,066 г/л, лейкоциттер 4-5, эритроциттер көру аймағында 7-8; лейкограммада – 40% лимфоциттер. Зимницкий сынама: салыстырмалы салмағының ауытқуы – 0,007. ЭКГ – сол қарынша гипертрофиясының белгілері. Қандағы креатинин деңгейі 100 мкмоль/л. Бұл жағдайдағы жүктілік кезінде бірге бүйрек зақымдалуының нұсқа ретінде ... болып келеді.

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Жіті гломерулонефрит

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Жіті пиелонефрит

<variant> Жүктілік гестозы

<question> 35 жастағы науқас ер адам жанұялық дәрігерге соңғы 5 күнде бел тұсында тартып ауыруға, жиі ауырсынулы диурезге, дене қызуы 38-38,50С көтерілуге шағымданды. Дәрігерге қаралмаған. Тері қабаты бозарған. АҚҚ – 180/100 мм сын. бағ. Пастернацкий симптом оң жағында оң мәнді. ЖЗА: полиурия, салыстырмалы салмағы төмендеген, айқын емес протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия. ЖҚА: нейтрофилді лейкоцитоз, ЭТЖ жылдамдаған, гипохромды анемия. Бұл жағдайда бүйрек УДЗ-де ... өзгерістерді көруге болады.

<variant> Бүйрек өлшемдерінің асимметриясы, тостақша-астау жүйесінің деформациясы, бүйрек паренхимасының диффузды акустикалық біркелкісіздігі

<variant> Бүйрек өлшемдерінің симметриялы ұлғаюы, паренхимасының акустикалық біркелкілігі

<variant> Паренхима ісінуі, тығыздалуы. Бүйрек контурлары ажыратылмайды.

<variant> Бүйрек өлшемдерінің екі жақты азаюы, паренхимасының акустикалық біркелкілігі

<variant> Паранефралды клетчатка ісінуі, бүйрек қозғалысының шектелуі

<question> Отбасылық дәрігер 28 жастағы науқастағы әлсіздік, бас ауруы, бел тұсындағы ауырсыну, беттегі, жоғары және төменгі аяқ-қолдардағы, ұрық қабындағы ісіну шағымдарымен стационарға жатқызды. Анамнезінен: 3 апта бұрын ЖРВИ-мен ауырған. Объективті: қабағы, тізесі, ұрық қабы ісінген. Өкпесі ерекшеліксіз. Жүрек тондары тұйықталған, ритмді. ЖСЖ минутына 58 соққы. АҚҚ – 160/90 мм.сын.бағ. ЖҚА-де: лейкоцитоз, эозинофилия, анемия, ЭТЖ жоғарлауы. БХА-де: мочевина -12 ммоль/л, креатинин – 0,35 ммоль/л. ЖЗА-де: түсі кір-қызылт, гематурия, эритроциттер көру алаңында 60, лейкоциттер 10-15 к.а, белок - 3 г, бүйрек эпителиінің жасушалары, гиалинді, дән тәріздес және эритроцитарлы цилиндрлер. Тәуліктік диурез 400 мл. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Жедел гломерулонефрит

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, өршу фазасы

<variant> Интерстициалды нефрит, өршу фазасы

<variant> Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> Бүйрек амилоидозы

<question> 55 жастағы ер адамды зертханалық тексеру кезінде ісіктері болуына қарамастан, тостағандық сүзу көрсеткіштері(80-120мл/мин), қандағы креатинин мөлшері қалыпты. Зәр талдауында белок 2г/л, көру алаңында эритроциттер 20-50 және бірең-сараң гиалинді цилиндрлер анықталды. Бүйрек биоптаттарын тексеруі ... көрсетуі мүмкін.

<variant> Мембранозды-пролиферативті гломерулонефрит

<variant> Нефрит, минималды өзгерістерімен

<variant> Мембранозды гломерулонефрит

<variant> Пролиферативті интракапиллярлы

<variant> Пролиферативті экстракапиллярлы

<question> ЖРВИ-мен ауырғаннан соң науқаста макрогематурия, олигоурия, беттің, тұлғаның, төменгі аяқтардың массивті ісінуі пайда болды. Дәрігер жедел жайылмалы гломерулонефритті анықтады. Тәулігіне 40мг мөлшерде жүргізілген ем әсер бермеді, науқаста 3-ші тәулікте тежелу, жүрек айну, құсу, іштегі ауырсыну қосылған, АҚҚ- 80/50 мм.сын.бағ. Бұл жағдайда ... қажет.

<variant> К/к преднизолонды 500мг-1000мг мөлшерінде енгізу және таблетка түріндегі сүйемелдеуші мөлшерге ауысу

<variant> Кордиаминді тағайындау, к/к изотоникалық ерітінді немесе 5% глюкоза ерітіндісін енгізу

<variant> Бірінші кезекте ЭКГ жасап және анальгетиктерді енгізу

<variant> Диуретиктер мен жүрек гликозидтерінің үлкен мөлшерін қолдану

<variant> Науқасқа адреномиметиктерді және спазмолитиктерді енгізу

<question> Созылмалы пиелонефриттің жеңіл өршу кезеңінде уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімін ... құрайды.

<variant> 7 - 15 күн

<variant> 6 күн

<variant> 30 күн

<variant> 20-25 күн

<variant> 2 ай

<question> Емхана дәрігеріне 25 жастағы науқас әлсіздікке, бас ауруына, бел тұсындағы ауырсынуға, бетіндегі, қолындағы, аяғындағы ісінулерге, зәр шығаруының сиреуіне шағымданады. Жиі суық тиіп ауырады. Қарағанда қабағында ісіну, ұрық қалтасының ісінуі, балтырдың аздаған ісінуі. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖСЖ 72 рет мин. АҚҚ - 170/100мм.сын.бағ. Тәуліктік диурез 400мл/тәул. ЖЗА-де эритроциттер 60 көру алаңында, лейкоциттер 20-25 көру алаңында, дәнді және гиалинді цилиндрлер 2-4 көру алаңында. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Жедел гломерулонефрит, жайылмалы ағым, СБЖ 0

<variant> Жедел гломерулонефрит, моносимптомды ағым, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, латентті түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, гипертониялық түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық түрі, СБЖ 0

<question> 44 жастағы науқас дәрігерге физикалық күш түскендегі енгіуге, бас ауруына, жалпы әлсіздікке, бел аймағындағы сыздап ауырсынуға, бөлінетін несеп мөлшерінің азаюына, оның түрінің өзгеруіне шағымданады. Анамнезінде жиі суық тиіп ауырады. Қарғанда беті бозарған, үрленген, мойын веналары ісінген. АҚҚ-180/110мм.сын.бағ. Несеп талдауында: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Жедел гломерулонефрит, жайылған ағым артериалды гипертониямен бірге, СБЖ 0

<variant> Жедел гломерулонефрит нефротикалық синдроммен, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, гипертониялық түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық түрі, СБЖ 0

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, аралас түрі, СБЖ 0

<question> 62 жастағы науқас әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, бел аймағындағы ауырсыну, қол аяғының ісінуіне, таңертеңгі уақытта көбіне болады, табас ауруына шағымданады. Қарағанда жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындылары бозғылт. АҚҚ-170/100мм.сын.бағ.

Пастернацкий белгісі оң мәнді. Несеп талдауында: протеинурия, цилиндрурия. ЭКГ-де сол қарынша гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, гипертониялық түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, латентті түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, аралас түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық түрі, СБЖ 0

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, гематуриялық түрі, СБЖ 0

<question> Бұрын өкпе туберкулезі себебінен ем қабылдаған 30 жастағы науқаста ісінулер мен тәулігіне 2,5г дейін протеинурия байқалады. Науқаста ... болуы мүмкін.

<variant> екіншілік амилоидоз

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> бүйрек туберкулезі

<variant> созылмалы гломерулонефрит

<variant> интерстициальды нефрит

<question> Жүрек және бүйрек текті рефрактерлі ісінулерді емдеу тактикасындағы ортақтық :

<variant> Бүйрек перфузиясын жақсарту

<variant> Қан плазмасының онкотикалық қысымын жоғарылату

<variant> Жүрек лақтырысын төмендету

<variant> Біріншілік гипертониямен асцитті жою

<variant> Осмотикалық диуретиктерді қолдану

<question> Жанұялық дәрігерге 15 жастағы науқас М.,әлсіздік, жүрек айну, құсу, бас ауырсыну, көру өткірлігінің төмендеуіне шағымданып келді. Бетінде және аяғында ісінулер пайда болып, басы қатты ауырып, дене температурасы 38С дейін жоғарылады. Қарағанда науқас қозған, қабығы мен тері асты шел қабатында ісінулер анықталады. өкпесінде ісінулер жоқ. АҚ 180/110 мм.с.б., жүрек тондары қатты, ЖСЖ 60 рет/мин. Зәрі аз мөлшерде шығады. Науқас шұғыл түрде нефрологиялық бөлімге жатқызылды. Науқастың диагнозы:

<variant> Жедел гломерулонефрит, аралас, ЖБЖ, олигурия кезеңі

<variant> Жедел гломерулонефрит, нефротикалық түр, жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ), олигуриялық кезең

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, СБЖ алғашқы белгілерімен латентті ағым

<variant> Созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық түр, өршуі

<variant> Айқын гипертоникалық синдроммен идиопатиялық жылдам өршітін гломерулонефрит

<question> 74 жасатағы науқаста баспадан кейін ісік синдромы, қатты бас ауыруы, қызыл түсті несеп (ет жуындысы текті) дамыды тексергенде: протеинурия – 13,5 г/тәу, эритроциттер – бүкіл көз алаңында. Объективті: ісік синдромы, анасарки, АҚҚ 200/ 110 мм.с.б. Қанда: Нb – 124 г/л, СОЭ-40 мм/сағ, жалпы ақұыз – 60 г/л, альбуминдер – 60 г/л. Бүйректің УДЗ-де: бүйрек көлемдері өзгермеген, табақша-тостағанша жүйесі - өзгеріссіз. Ұзақ уақытта ЖИА фондында қарыншалық экстрасистолия, артериалды гипертензиямен (АҚҚ 170/100 мм.с.б.) ауырады. Ісік синдромының болжам генезі:

<variant> жіті гломерулонефрит

<variant> жүрек жетіспеушілігі

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> жіті пиелонефрит

<variant> жеделдеу пиелонефрит

<question> 19 жастағы науқас ер адамның жалпы зәр анализінде зәрдің салыстырмалы салмағы –

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

1028, белок 3,0 г/л, лейкоциттер көру аймағында 8-10, эритроцит-тер көру аймағында 20-30, цилиндрлер (гиалинді) көру аймағында 7-10. Зәрдегі өзгерістер ... тән.

- <variant> жіті гломерулонефритке
- <variant> созылмалы пиелонефритке
- <variant> жіті пиелонефритке
- <variant> созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне
- <variant> созылмалы гломерулонефритке

<question> 48 жастағы науқаста артериалды гипертензия анықталуына байланысты тексергенде зәр анализінде ақуыз 1,2 г/л, эритроциттер 10-15 көз алаңында, салыстырмалы тығыздығы 1012. Бүректердің УДЗ-де өзгерістер анықталмады. Қандағы несеп қышқылы және креатинин қалыпты. Анамнезінде – ерекшеліктерсіз. Болжам диагноз:

- <variant> созылмалы гломерулонефрит
- <variant> гипертониялық ауру
- <variant> созылмалы пиелонефрит
- <variant> подагралық нефропатия
- <variant> бүйректің екіншілік амилоидозы

<question> Лимфатикалық ісінуге тән белгілер:

- <variant> «апельсин қабығы» тәрізді тері, тығыз консиляциялы
- <variant> ісінулер ауырсынусыз, анамнезінде жиі дерматиттер
- <variant> еркектерде жиі кездеседі
- <variant> ісінулер жұмсақ, ауырсынусыз
- <variant> іркілүлі пигментация, вена бойында ауырсыну

<question> Отбасылық дәрігер тәжірибесінде ... өзіндік маңыздылығы жоқ.

- <variant> ортостатикалық перифериялық ісінудің
- <variant> бауыр ауруларындағы ісінудің
- <variant> нефрогенді ісінудің
- <variant> жүректік генезді ісінудің
- <variant> лимфогенді ісінудің

<question> 28 жастағы науқас С., жүктіліктің 17-18 аптасына байланысты әйелдер консультациясына тіркеуге тұрған. Объективті қарағанда аяғының ісінуі анықталған. АҚҚ 160/90 мм.с.б.. Зәр анализінде: С/т – 1,012, белок – 1,066г/л, лейкоцит 4-5 к.а, лейкограмма – 40% лимфоциттер. Зимницкий сынама: С/Т өзгерісі-0,007. ЭКГ – сол жақ қарыншаның гипертрофия белгілері. Креатининнің қандағы концентрациясы 100 мкмоль/л. Жүктілік кезіндегі бүйрек бұзылысының варианттарын көрсетіңіз:

- <variant> Созылмалы гломерулонефрит
- <variant> Жедел гломерулонефрит
- <variant> Жедел пиелонефрит
- <variant> Пиелонефрит
- <variant> Жүктілік гестозы

<question> Нефротикалық синдромын анықтауда ең информативті көрсеткіш:

- <variant> Тәуліктік протеинурия деңгейі
- <variant> Шумақ фильтрациясының мөлшері
- <variant> Қан сарысуындағы креатинин деңгейі
- <variant> Қан сарысуындағы холестерин деңгейі
- <variant> Өзекшелік реабсорбция мөлшері

<question> Сульфониламидтердің қантты төмендетуші әсері ... негізделген.

- <variant> бета жасушаларында инсулиннің секрециялануының жоғарылауына
- <variant> бүйректік глюконеогенездің тежелуіне
- <variant> эндогенді инсулин әсерінің артуына

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> ішекте глюкоза резорбциясының бәсеңдеуіне
- <variant> глюкагон секрециясының тежелуіне
- <question> 60 жасар ер кісі, артық салмағы бар, екі рет ашқарынға гликемия 8,9 және 10,9 ммоль/л-ге дейін анықталды. Емхана эндокринологы бірінші рет қант диабеті 2 тип қойды. Патогенетикалық емнің мақсаты... болып келеді.
- <variant> шеткері ұлпалардың инсулинге деген сезімталдығын күшейту
- <variant> сыртқы инсулиндің әсерін күшейту
- <variant> инсулин рецепторларының сезімталдығын төмендету
- <variant> Лангерганс аралдарының бета-жасушалар қызметін күшейту
- <variant> ішектерде глюкоза сіңірілуін төмендету
- <question> 18 жастағы ер бала емханаға салмағы төмендеуіне, шөлдеуге және жиі диурезге шағымданып қаралды. Анамнезінде: 3 апта бұрын жіті респираторлық-вирустық инфекциямен ауырған. Объективті: тері қабаты және тілі құрғақ. Бауыры қабырғаастынан 2 см шығыңқы. Аш қарында гликемия 17 ммоль/л. Зәр анализі: зәрдің салмақтық тығыздығы–1030, кетон денешіктері++, глюкоза-5%. Бұл жағдайда ең тиімді ... тағайындау.
- <variant> гликемияны бақылай отырып сағатына 0,1 бірлік/кг дене салмағына қарай есеппен инсулин
- <variant> сиофор күніне 1 таблетка, кешке үнемі
- <variant> ұзақ әсерлі диабетон 2 таблеткадан таңертең үнемі
- <variant> қарапайым инсулин 6 бірлік бір рет
- <variant> гликемияны бақылай отырып сағатына 1,0 бірлік/кг дене салмағына қарай есеппен
- <question> Қант диабетін қою үшін аш қарындағы гликемияның ең төмен деңгейі ... тең.
- <variant> $\geq 6,1$ ммоль/л
- <variant> $\geq 5,5$ ммоль/л
- <variant> $\leq 5,8$ ммоль/л
- <variant> $\geq 6,7$ ммоль/л
- <variant> $\leq 7,8$ ммоль/л
- <question> Метаболикалық синдроммен науқастарда гипертриглицеридемия ... салдарынан дамиды.
- <variant> гиперинсулинемия
- <variant> гипогонадизм
- <variant> гипертиреозидизм
- <variant> гипонатриемия
- <variant> гиперпролактиемия
- <question> 42 жастағы науқас, отбасылық дәрігерде соңғы 3 жыл бойы қант диабеті 2 тип диагнозымен бақылауда тұрады. Дәрігер тағайындауын бұлжытпай орындайды. Қандағы қант мөлшері 6,1 ммоль/л. Соңғы 4 айда басы жиі ауыратын болған. қарағанда АҚҚ 150/100 мм.с.б. 15 минкейін өлшегенде АҚҚ осы деңгей сақталады. Науқасқа АҚҚ төмендету ұсынылған, себебі ол
- <variant> науқас өмірінің болжамын жақсарттады
- <variant> аурудың белгілерін қалпына түсірмейді
- <variant> қант диабеті көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <variant> зат алмасу көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <variant> ҚСБ көрсеткіштерін қалпына келтіреді
- <question> Салмағы ауыр, 60 жаста ер адамда екі рет ашқарындағы гликемия деңгейінің 8,9 и 10,9 ммоль/л-ға дейін жоғарлағаны байқалған. Емхана эндокринологтары алғаш анықталған II типті қант диабетін диагностикалаған. Патогенетикалық терапияның мақсаты ... болып табылады.
- <variant> перифериялық тіндерді глюкоза утилизациясын жоғарлату
- <variant> инсулин рецепторларының санын жоғарлату

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		

044-79/22
84беттің 16еті

- <variant> инсулин рецепторларының сезімталдығын төмендету
- <variant> экзогенді инсулин әсерін нығайту
- <variant> Лангерганс арамшылығындағы В-жасушалардың функциясын белсендету
- <question> Салмағы ауыр, 50 жастағы әйел адамда екі рет ашқарындағы гликемия деңгейінің 6,9 и 7,2 ммоль/л-ге дейін жоғарылағаны байқалады. Науқастың диагнозы:
- <variant> 2 тип қант диабеті
- <variant> 1 тип қант диабеті
- <variant> Семіру
- <variant> Ашқарындағы гликемия бұзылған
- <variant> Глюкозаға толеранттылық бұзылған
- <question> Науқас И. 60 жаста. Жазылмайтын трофикалық жараға ем қабылдаған. Бір жыл бойы манинил қабылдаған. Терісі құрғақ, ісінулер жоқ. АҚҚ- 135/80 мм с.б. ЖСЖ - 82 минутына. Status lokalis: оң жақ табаны гиперемиялаған, аздап ісінген, аяқ бетінде дұрыс емес, мөлшері 4,5 x 6,1 см. жара орналасқан. Оң жақ табандағы перифериялық тамырлар пульсациясы әлсіреген. Қандағы глюкоза – 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия - 29 г/л. Науқасты жүргізу тактикасы:
- <variant> Инсулинге ауыстыру
- <variant> Бигуанидтерге ауыстыру
- <variant> Сульфонил мочеина препараттарының дозасын жоғарлату
- <variant> Қатаң ем және рационалды физикалық жүктеме
- <variant> Секретагогты бигуанидтермен бірге комплексті қолдану
- <question> 17 жастағы науқас 6 жыл ішінде инсулинге тәуелді қантты диабетпен ауырады, күнделікті 18 бірлік актрапид, 38 бірлік инсулин ленте, 40 бірлік инсулин- ультраленте қабылдайды. Үнемі бас ауыруы, көрудің өзгерісі, бас айналуы, ұйқышылдық, жұмысқа қабылетінің төмендеуі байқалады. Бұл жағдайды науқас «гипогликемия» деп санайтын, бірақ гликемия 15,3 ммоль/л мөлшерде болған. Тұрақты протеинурия, несеп қышқылы қалыпты. АҚҚ 170/90 мм.с.б. Науқастың диагнозы:
- <variant> ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация, Сомоджи синдромы, диабетикалық нефропатия 2 дәрежесі
- <variant> ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация, Сомоджи синдромы, диабетикалық нефропатия 3 дәрежесі
- <variant> ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация, диабетикалық нефропатия 2 дәрежесі
- <variant> ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация, Киммелстил-Уилсон синдромы, диабетикалық нефропатия 2 дәрежесі
- <variant> ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация, диабетикалық нефропатия 1 дәрежесі
- <question> 59 жастағы науқас инсулинге тәуелді емес қантты диабетпен ауырады. Жүрек жиі соғуы, бас ауыруы, бас айналуы, оң аяқтағы ауыруға шағымданады. Қарағанда: тахикардия, АҚҚ 85/50 мм.с.б., тромбофлебит белгілері. Гликемия 55 ммоль/л. Кетоацидоз жоқ. Лейкоцитоз. Гиперазотемия. Кома алды жағдайдағы науқаста кетондық денелердің болмау себебі:
- <variant> инсулиннің эндогенді секрециясының сақталуы
- <variant> контринсулярлы гормондардың жоғары мөлшері
- <variant> ауыр дегидратация
- <variant> айқын ацидоз
- <variant> коматозды жағдайдың тез дамуы
- <question> 45 жастағы толық дене бітімді әйелде диспансерлік бақылауда кездейсоқ ашқарынға лейкокемия - 10 ммоль/л, глюкозурия -3 %, зәрде ацетон – жоқ. Науқаста
- <variant> инсулинге тәуелсіз II типті қант диабеті
- <variant> инсулинге тәуелді I типті қант диабеті
- <variant> инсулинге тәуелсіз II типті қант диабеті , инсулинді қажет ететін
- <variant> II типті жастардың қант диабеті (MODY)

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<variant> екіншілік қант диабеті

<question> 45 жастағы семіз әйелде диспансерлік қарау кезінде аш қарында гликемия 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, зәрде ацетон «теріс». Туған ағасы қант диабетімен ауырады. Науқаста диабеттің түрі:

<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип)

<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелді (1-й тип)

<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип), инсулин талап ететін фаза

<variant> – қант диабеті 2 – тип жас адамда (MODY)

<variant> – екіншілік қант диабеті

<question> Науқас К. 24 жаста, қатты арықтағанына (1 айда 9 кг), аузының құрғауына, шөлге, кіші дәретінің жиілеуіне, жүрек айнуына, тәбет төмендеуіне шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, табаны мен алақандары сарғыш реңкті, фурункулез бар. Зәр анализінде қант анықталған - 2,9% және ацетонурия. Клиникалық хаттамаға бойынша науқасқа тағайындау қажет:

<variant> қарапайым инсулинді

<variant> сульфаниламидтерді

<variant> бигуанидтерді

<variant> пролонгирленген инсулинді

<variant> гипокалориялы диета

<question> Әйелдер консультациясына ұстама тәрізді ішінің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне жүкті әйел келді. Ауру сезімі физикалық жүктемеден кейін күшейеді. Жүктіліктің 28-29 аптасы, 6 жыл қант диабетімен ауырады. 14 бірлік инсулин қабылдайды. Қарағанда жағдайы орташа, жүрек тондары тұйықталған, ЖЖЖ 80 мин, АҚ 110/60 мм с б, қант 10 ммоль/л, зәрдегі қант 0,5%. Клиникалық хаттамаға бойынша босанған кезде науқасты ауыстыру керек:

<variant> жай инсулин

<variant> сульфанилмочевина препараты

<variant> бигуанидтер

<variant> диета № 9

<variant> ұзақ әсерлі инсулин

<question> Инсулин жетіспеушілігінде дамиды:

<variant> Гипергликемия

<variant> Гиперлипидемия

<variant> Гликоген синтезінің күшеюі

<variant> Кетон денелерінің өндірілуінің төмендеуі

<variant> Гипогликемия

<question> Қант диабетімен ауыратын науқастардағы бауыр көлемінің ұлғаю себебі:

<variant> Майлы гепатоз

<variant> Гепатит

<variant> Бауыр циррозы

<variant> Созылмалы холецистит

<variant> Бауыр шамасыздығы

<question> Глюкоза сынамасынан кейін 2 сағаттан соң (сау адамда) қандағы глюкозаның максимальды мөлшері:

<variant> 7,8 ммоль/л

<variant> 8,5 ммоль/л

<variant> 7,0 ммоль/л

<variant> 9,6 ммоль/л

<variant> 10,2 ммоль/л

<question> Науқас П., 36 жаста, әлсіздікке, жүрегінің айнуына шағымданады. 16 жыл инсулин қабылдап келген. Тамақтануы төмен, бет әлпеті ісіңкі. АҚҚ 150 /100 мм.с.б.б. ЖЖЖ-80 рет

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84бегтің 1бегі

минутына. Қанда қант-6,8ммоль/л, азот қалдығы 50ммоль/л, креатинин 670 мкмоль/л. Зәр талдауы: сал.тығ. 1010, белок-3,0 г/л, қант-оң, бүйрекшумақшасындағы сүзілу -50 мл/мин. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Қант диабеті І тип.Диабеттік нефропатия, нефросклероздық стадия

<variant> Қант диабеті І типті. Диабеттік нефропатия, пренефроздық саты

<variant> Самоджи синдромы

<variant> Қант диабеті І типті.Созылмалы тубулоинтерстициалды нефрит

<variant> Киммельстил- Уилсон синдромы

<question> М. атты 35 жастағы науқас әйел қатты күйзелістен кейін аса тершендік, ашушандық пайда болып, салмақ жоғалтқанын айтады. Объективті: бойы – 170 см, салмағы – 55 кг. Терінің айқын гипергидрозы, алдыға созған қол саусақтарының треморы. Жүрек шекаралары солға ығысқан, тондары күшейген, жүрек ұшында систолалық шу, ЖСЖ – минутына 150 рет, АҚ - 140/70 мм с.б. Қалқанша бездің 2 дәрежелі ұлғаюы. Негізгі зат алмасу 20 пайызға артқан. Ашқарынға гликемия - 6,3 ммоль/л. Қандағы холестерин - 7,0 ммоль/л. Неғұрлым деректі зерттеу тәсілі:

<variant> Т3, Т4, тиреотроптық гормонды зерттеу

<variant> ЭХОКГ

<variant> АҚ тәуліктік мониторлау

<variant> Қалқанша бездің пункциясы

<variant> Гликозириленген гемоглобинді зерттеу

<question> А. атты 32 жастағы науқас шамалы әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады.

Қарағанда: қалқанша бездің ассимметриялық ұлғаюы. Пальпацияда шеттері анық, үсті тегіс, еркін қозғалатын түйін анықталады. Неғұрлым тиімді тактика:

<variant> оперативтік ем

<variant> тиреостатиктер

<variant> йод препараттары

<variant> тиреоидты гормондар

<variant> қабынуға қарсы дәрілер

<question> Үшіншілік гипотериоздың себебі болады:

<variant> Серотонинмен терапия

<variant> Қалқанша без резекциясы

<variant> Аутоиммунды тиреоидит

<variant> Жеделдеу тиреоидит (гипотиреоидтті фаза)

<variant> Тиреостатикалық терапия

<question> Нейроинфекциядан кейін жас адамда тәбеті артып,салмағы көбейіп, АҚ жоғарылаған.

Бойы - 172 см, дене массасы индексы – 30кг/м2. Іш, иық терісінде қызару, дененің ашық жерлерінде гиперпигментация байқалады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> 2-деңгейлі гипоталамиялық майбасу

<variant> 2-деңгейлі алиментарлы-конституциональды майбасу

<variant> 1-деңгейлі нейрогенді майбасу

<variant> Жалпы майбасу

<variant> Адипозогенитальды дистрофия

<question> 47 жастағы ауруда 2-типті қант диабеті анықталған. Соңғы 2 жылда салмағы ұлғайған, АҚ 150/85 мм.рт.ст., жүрек тұсында ауру біленеді. Жалпы холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПВП – 0,5 ммоль/л, триглицеридтер -3.4 ммоль/л. Аурудың артериалдық гипертензиясы мүмкін байланысты:

<variant> дислипидемиямен

<variant> гипергликемиямен

<variant> гиперхолестеринемиямен

<variant> гиперинсулинемиямен

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> диабеттік нефропатиямен

<question> 37 жасар ер адамда стресстен кейін ашушандық, ыстық көтеру, жоғары тершендік пайда болды. Соңғы алты айда 7 кг арықтады. Оның бойы -176см, салмағы-61кг. Тартылған қолсаусақтарының дірілі, тері гипергидрозы байқалады. 2 деңгейлі қалқанша безінің ұлғаюы көрінеді. ЧСС мин- 134, АҚ - 150/75 мм рт. ст. Негізгі алмасу 20% жоғарылады. Ашқарынға гликемия - 6,2 ммоль/л. Неғұрлым деректі зерттеу тәсілі:

<variant> Т3, Т4, тиреотроптық гормонды зерттеу

<variant> Қалқанша безінің КТ

<variant> АҚ тәуліктік мониторингі

<variant> Қалқанша безінің пункциясы

<variant> Гликозилириялық гемоглобинді зерттеу

<question> 42 жастағы ауруда струмэктомиядан 6 айдан кейін әлсіздік, естің нашарлауы, салмағының қосылуы, беттегі ісі, терінің құрғақтығы, іш қату, аменорея байқалған. Қалқанша безі байқалмайды. АҚ-95/60 мм.рт.ст., пульс – мин 56 рет соғады. Т3,Т4 төмендеген, ТТГ – жоғары.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Алғашқы гипотиреоз

<variant> Орталық май басу

<variant> Гипоталамиялық синдром

<variant> Екінші гипотиреоз

<variant> Поликистозды аналық без синдромы

<question> 2. Дене салмағы шамадан тыс артық 60 жастағы ер адамда, гликемияның ашқарындағы деңгейінің жоғарылауы 2 рет анықталған (8,9 және 10,9 ммоль/л). Емхана эндокринологі алғаш анықталған 2 типті қант диабеті диагнозын қойған. Патогенездік терапияның мақсаты:

<variant> Шеткі тіндердің инсулинге сезімталдығын жоғарылату

<variant> Ішекте глюкозаның сіңірілуін төмендету

<variant> Экзогенді инсулиннің әсерін күшейту

<variant> Инсулиндік рецепторлардың сезімталдығын төмендету

<variant> Лангерганс аралшықтарының бета-жасушаларының функциясын ынталандыру

<question> 43 жастағы әйел тез ашулануға, жалпы әлсіздік, құйылулар(приливы), тәулігіне 15 рет болуына шағымданады. Объективті: гипергидроз, артериалды қан қысымы - 150/90 мм.с. б.б. жүректің жиырылу жиілігі- 86 рет мин. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Патологиялық климакс

<variant> Тиреотоксикоз

<variant> Ретериалдық гипертензия

<variant> Феохромоцитома

<variant> Гипотиреоз

<question> 46 жаста, ер кісі дәрігерге алғаш рет келуде. Шағымдары: шөлдеу, ауыздың құрғауы, айқ-қол саусақ ұштарының жансыздануы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі. Артериалды қан қысымы - 150/90 мм.с. б.б. Дене салмағы-80кг, дене салмағының индексі 32, қандағы глюкоза-9,1 ммоль/л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Метаболикалық синдром

<variant> Қан диабеті 2 тип

<variant> Қан диабет 1 тип

<variant> Семіздік

<variant> Артериалды гипертензия

<question> Ұзақ уақыт бойы қант диабеті І типімен ауыратын, 45 жастағы ер кісі тексеру кезінде тұрақты микроальбуминурия анықталды. Емдеу түрі тиімді:

<variant> Ангиотензин айналырушы фермент ингибиторларын тағайындау

<variant> Диуретиктерді тағайындау

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Антикоагулянттар
- <variant> Ақуыз препараттары
- <variant> Антиагреганттар
- <question> 40 жастағы, ер кісі шағымдары тез қозғыштық, жиі жүрек соғысы, тез шаршағыштық. Тексеруден кейін эндемиялық зобтың түйінді формасы диагнозы қойылды. Клиникалық хаттамаға бойынша емі жүргізу тактикасы:
- <variant> Йодомарин
- <variant> Тирозол
- <variant> Преднизолон
- <variant> Мерказолил
- <variant> L-тироксин
- <question> Қантты диабеттің компенсациясына сәйкес болатын гликозилирленген гемоглобин (HbA1c) :
- <variant> <7,5%
- <variant> 7,6%
- <variant> 7,8%
- <variant> 7,9%
- <variant> 8%
- <question> 51 жастағы науқаста аяқтарындағы ауырсынуға байланысты ангиохирургта тексерілу барысында ашқарындық гликемия 5,9 және 5,7ммоль/л (капиллярлы қанда) болды. Дәрігер бұл көрсеткіштерді қалыпты деп бағалаған. Бірақ науқас көмірсуларды қатаң шектей отырып эндокринологқа қаралған. Анамнезінде созылмалы панкреатит. Ашқарындық гликемия 5,3 ммоль/л, глюкозотолеранттылық сынамасының көрсеткіштері қалыпты. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Ашқарындық гликемия бұзылысы
- <variant> Көмірсу алмасу бұзылысы жоқ
- <variant> Қантты диабеттің 2 типі
- <variant> Панкреатогенді диабет
- <variant> Науқас диабет бойынша қауіп тобына жатады
- <question> Субтотальды струмэктомиядан кейін 3 күн өткен соң қол – аяқтары, бет, диафрагма бұлшықеттерінің құрысқағы (судороги) пайда болды. Қол – аяқтарда айқын парестезиялар мен ұю сезімі. Бір рет есінен танғаннан кейін күнде эпилептиформды талмалар дамыды. Бұл кезде артериялық қысым жиі төмен деңгейде тіркеледі. Диагностиканың бірінші қадамы болып табылады:
- <variant> Қанда кальций деңгейін анықтау
- <variant> Электроэнцефалография
- <variant> ТТГ мен бос Т4 деңгейін анықтау
- <variant> АҚ тғуліктік мониторинг
- <variant> Кортизол деңгейін анықтау
- <question> Эндокринологқа 35 жасар әйел адам жалпы әлсіздіктің, шаршағыштықтың үдеуі, тәбетінің төмендеуі, жиі лоқсу шағымдарымен қаралды. Дене салмағының төмендеуі аясында 2 ай аралығында етеккір циклінің аменорея түрінде бұзылысы байқалған. Соңғы айда бірнеше рет есінен тану жағдайлары болған. Анамнезінде туберкулезге байланысты нефрэктомия жасалған. Объективті: дене салмағының жеткіліксіздігі, тері мен ауыздың шырышты қабатының гиперпигментациясы. АҚ – 70/40мм.с.б. Қанда: гемоглобин – 72 г/л, ашқарындық гипогликемия 2,9 ммоль/л дейін. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі
- <variant> Жүктілік
- <variant> Гепатодуоденалды аймақ ісігі
- <variant> Аналық без туберкулезі

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> Нейрогенді анорексия

<question> Дәрігерге 48 жастағы әйел адам физикалық күштемеге байланыссыз, валидол, корвалол, валерианамен басылатын жүрек аймағындағы интенсивті ауырсыну шағымдарымен қаралды. Соңғы жылда кезеңді түрде ыстықтау сезімі, беттің гиперемиясы, декольте аймағында тершендік, жүрек қағуы, қобалжу, қорқу сезімі байқалады. Кейінгі бір жыл аралығында етеккір циклінің бұзылысы, 4 ай аменорея. Объективті: беті гиперемияланған, айқын диффузды гипергидроз. АҚ- 150/90 мм.с.б., ЖЖЖ 98 рет мин. ЭКГ: ғлсіз негативті Т V4-V6, анаприлинмен сынама оң. Гинеколог консультациясы – атрофиялық сүртінді. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Патологиялық климакс

<variant> ЖИА (ИБС). Күш түсу стенокардиясы ФКП

<variant> Артериальды гипертензия

<variant> Тиреотоксикоздың басталуы

<variant> Нейроциркуляторлы дистония

<question> Қанда кортикостероид құрамының төмендеуі және зәрмен 17-ОКС, 17-КС экскрециясының азаюы БАРЫНША сәйкес келеді:

<variant> Аддисон ауруына

<variant> Шиен синдромына

<variant> Нельсон синдромына

<variant> Симмондс синдромына

<variant> Иценко-кушинг ауруына

<question> 38 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге дене салмағының жоғарылауы, тер бөлінуінің төмендеуі, бетінің ісінуіне шағымданып келді. Көптен бері созылмалы тонзиллитпен ауырады. Объективті: бойы-158 см, салмағы-89 кг. Стриялар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті борпылдақ, қабақтары ісінген. Жүрек соғу жиілігі минутына 56 рет, артериялық қан қысымы- 100/60 мм сынап бағанасында. Қанында: глюкоза - 3,3 ммоль/л, сарысу ақуыздарымен байланысқан йод - 300 ммоль/л. Науқасты жүргізудегі ең тиімді тактика ретінде ... мақсатқа лайықты.

<variant> Тиреоидты препараттар тағайындау

<variant> Несеп айдаушы препараттар тағайындау

<variant> Қабынуға қарсы терапия жүргізу

<variant> Субкалориялы диета тағайындау

<variant> Витаминотерапия жүргізу

<question> 43 жастағы науқасты дене салмағының артуы, әлсіздік, бетінің ісіуі, терісінің құрғауы, ішінің катуы, аменорея, есте сақтауының нашарлауы мазалайды. Терісі құрғақ, суық. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм с.б.б. пульс—52 рет. Т3 және Т4 төмендеген, ТТГ жоғарылаған. Науқасқа ... тағайындау қажет.

<variant> Тиреоидты препараттар

<variant> Тиреостатты препараттар

<variant> Диуретиктер

<variant> Йод препараттары

<variant> Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

<question> Жүкті әйелдердің диффузды токсикалық жемсауын емдеуде ... қолданылады.

<variant> пропилтиоурацил

<variant> мерказолил

<variant> тирозол

<variant> левотироксин

<variant> калий йодиді

<question> Тиреотоксикозы бар науқасқа тиреостатиктерді ... үшін тағайындайды.

<variant> тиреоидты гормондардың қандағы мөлшерін төмендету

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> тиреоидты гормондардың қандағы мөлшерін арттыру
- <variant> қанда тиреопероксидазаға анти денелерді төмендету
- <variant> қанда тиреоглобулинге анти денелерді төмендету
- <variant> қанда белок пен байланысқан йодтың деңгейін арттыру
- <question> 58 жастағы ер адамда тығыз,қалқанша безінің оң бөлігінде орналасқан көлемі 2,5х3см түйін анықталған. Лимфа түйідері пальпацияланбайды. 2 айдан соң түйін көлемі 3,5х4см дейін ұлғайған. Қалқанша безінің сканограммасында йод-131 –ді сіңірмейтін түйін анықталды, бездің қалған тіндері йод-131-ді қалыпты сіңіреді. Науқасты жүргізудегі ең тиімді тактика ретінде ... мақсатқа лайықты.
- <variant> қалқанша без эхолокациясын жүргізу
- <variant> тироксинмен ем тағайындау
- <variant> пункционды биопсия жүргізу
- <variant> емсіз бақылауды жалғастыру
- <variant> радиоактивті йодпен ем тағайындау
- <question> 35 жастағы ер адам, диффузды токсикалық зобпен және инфильтративті офтальмопатиямен 1 жыл бойы ауырады. Мерказолилмен антитиреоидты емде 0,005х3 рет/күн – тұрақты эутиреоз, бірақ көздегі ауру сезімі, « құм толу» сезімі , заттардың екеуленуі, жас ағу, қабағының ісінуі, экзофтальм жоғарылауда. Грефе симптомы оң, склералары қызарған, көз аламысының қозғалысы бұзылған. Науқасты жүргізудегі ең тиімді тактика ретінде ... мақсатқа лайықты.
- <variant> преднизолон 60мг дейін, біртіндеп төмендетумен, диуретиктер
- <variant> хирургиялық ем
- <variant> мерказолил дозасын жоғарылату
- <variant> радиоактивті йодпен ем тағайындау
- <variant> преднизолон 20мг дейін ,біртіндеп төмендетумен, диуретиктер
- <question> 33 жастағы Л әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Анамнезінен: қалқанша безінің субтоталды резекциясы, 50 мкг L-тироксинді қабылдаған. Объективті: беті ісінген, жүрек тондары тұйықталған. АҚҚ - 100/70 мм сын. бағ. ЭХОКГ-да перикард қуысында сұйықтық байқалады. Зерттеу әдістерінің ішінде ең ақпараттысы ... болып келеді.
- <variant> Т3 және Т4 деңгейін анықтау
- <variant> АҚҚ тәуліктік мониторинг
- <variant> ЭКГ
- <variant> Қанды бактериологиялық себу
- <variant> Көкірек аралық мүшелердің КТ
- <question> Әйел 34 жаста. Жүктіліктің 19-20 аптасы. Дене салмағы жоғары, қалқанша безі І дәрежелі, тығыз. Беті ісіңкі. Терісі құрғақ. Тілі ісіңкі. Пульсі – минутына 64 рет. Іші қатады. Қандағы ТТГ жоғары, жалпы Т4 және ТГ-ға антидене – төмен. Қалқанша безі УДЗ: гипоплазия. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Біріншілік гипотиреоз
- <variant> Аутоиммунды тиреоидит, гипертрофикалық түрі
- <variant> Диффузды токсикалық зоб І дәрежесі
- <variant> Эндемиялық зоб І дәрежесі
- <variant> Аутоиммунный тиреоидит, хаси-токсикоз
- <question> 38 жастағы ер адам, аймақтық дәрігерге жиі шөлдеуге, тері қышымасына шағымданып қаралды. Объективті тексергенде: мұрын, құлақтары, төменгі жақ сүйектері ұлғаюы салдарынан бет келбеті іріленген, қол басы мен табандары да ұлғайған. Қандағы қант деңгейі 8,2 ммоль/л. Бас сүйегі R - граммасында күмбез сүйектері, шүйде төмпешігі қалыңдаған, түрік ершігі үлкейген. Соматотропты гормондар гиперпродукциясы анықталды. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Акромегалия

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Қант диабеті

<variant> Глюкагонома

<variant> Кортикостерома

<question> 17 жастағы науқас әйел салмағы жоғарылауын, жыл бойы менструациялық циклде бұзылыстарды байқаған. Сан, іш, сүт бездері терілерінде кеңейген көкшіл стриилер. АҚҚ - 140/90 мм сын. бағ. Глюкозаға толеранттық сынамасы: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен жүктемеден кейін 2 сағаттан соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі жақты бүйрекүсті бездерінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 -де -1060 нг/л (қалыпты – 260-720 нг/л), сағат 14 -те -1250 нг/л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Церебралды семіздік

<variant> Гипоталамикалық синдром

<variant> Штейн-Левенталь синдромы

<variant> Экзогенді-конституционалдық семіздік

<question> Диффузды токсикалық жемсаудың дамуында ... жоғарылауы маңызды орын алады.

<variant> Тиростимулдеуші иммуноглобулиндердің

<variant> Тиреотропты гормон секрециясының

<variant> Тиротропин-рилизинг-гормон секрециясының

<variant> Катехоламиндер секрециясының

<variant> Қалқанша без гормондарына тіндердің жоғары сезімталдығының

<question> Науқас А. 60 жаста. Соңғы кезде өзіндегі жалпы әлсіздікті, ұйқышыл-дықты, іш қатуды, тері жабындыларының құрғауын байқаған. Соңғы бір айда салмағы 5 кг артқан. Науқасты қараған кезде: беті ісінген, көз алмасы кішірейген. Баяу сөйлейді. Тері жабындылары бозғылт, қолға суық, құрғақ болып сезіледі. Өкпесінде әлсіреген везикулярлы тыныс. ТАЖ -14 рет/мин.ЖСЖ- 50 соққы/мин. АҚҚ-110/60 мм.с.б. Науқастың диагнозы:

<variant> Гипотиреоз

<variant> Семіру

<variant> Иценко-Кушинг ауыруы

<variant> Нефротикалық синдром

<variant> Темір жетіспеушілік анемия

<question> 17 жасар бозбалада І дәрежелі эндемиялық жемсау анықталған. Жағдайы эутиреоидты. Науқасты емдеудің дұрыс тактикасы:

<variant> Йод препараттарын 200 мкг/тәул. 6 ай бойы қабылдау

<variant> Мерказолил және бэтта-блокаторлардың комбинирленген түрі

<variant> Йод препараттарын 100 мкг/тәул. дозасында өмір бойы қабылдау

<variant> Левотироксинді және йод препараттарын комбинирлеп қабылдау

<variant> Левотироксин қабылдау

<question> 32 жастағы әйел науқас жүректің жиі соғуына, әлсіздікке, тітіркендігіш-тікке, тершендікке, азуына шағымданып жолықты. Бір жылдам астам ауырады. Қарағанда: қимылдары жылдам, мақсатсыз, көздерінің қатты жылтырауы, қол саусақтарының треморы байқалады. Ромберг қалпында тұрақсыз. Гипергидроз. Өкпеде везикулярлы тыныс. Тахикардия, пульс 110 рет 1 мин, АҚҚ 160/40 мм.с.б. Диарея. Науқастың болжам диагнозы:

<variant> гипертиреоз

<variant> нейроциркуляторлы дистония

<variant> гипотиреоз

<variant> феохромоцитома

<variant> біріншілік альдостеронизм

<question> 38 жастағы науқас артериалды гипертензия бойынша емделді. Эндокринологуға

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

жіберілгенде Конн синдромы анықталды. Диагноз қою үшін қажетті белгілер:

<variant> жоғары диастолалық қысым, жалпы әлсіздік ұстамасы, полидипсия, парастезиялар, гипокалиемия, гиперальдостенурия

<variant> систолического АҚҚ жоғарылауы, диастолалық АҚҚ төмендеуі

<variant> АҚҚ жоғарылауы, гипергликемия, глюкозурия

<variant> пароксизмальды гипертензия

<variant> тахикардия, гипергликемия, лейкоцитоз

<question> Феохромоцитоманы анықтау үшін ... зерттеу қолданылады:

<variant> катехоламиндердің тәуліктік экскрециясын

<variant> креатининнің тәуліктік экскрециясын

<variant> плазмадағы калий деңгейін

<variant> жүрек УДЗ

<variant> 11-оксикортикостероидтардың тәуліктік экскрециясын.

<question> Әйел дәрігерге басы айналуға, қорқыныш сезімге, үрейленуге шағымданып қаралды.

Объективті: беті бозарған, салқын. ЖСЖ – минутына 100 рет. АҚҚ күрт жоғарылаған - 230/140 мм сын.бағ. Терапевт феохромоцитома кезіндегі гипертониялық кризді анықтады.

Кризді тоқтататын препарат:

<variant> фентоламин

<variant> капотен

<variant> коринфар

<variant> пентамин

<variant> дибазол

<question> 35 жастағы науқас әйелде артериялық қан қысымы жоғарылауы, семіздік, беті айтәріздес қызаруы, ақ түсті ені 1 см-ден жоғары стриялық тері кеңеюі, бұғана үстінде май томпақшалары, глюкозаға толеранттылығы бұзылуы, гипокалиемия, аспе, әсіресе бетінде, гирсутизм байқалды. Дұрыс диагноз:

<variant> Кушинг синдромы немесе ауруы

<variant> реноваскулярлы артериялық гипертензия

<variant> біріншілік гиперальдостеронизм

<variant> феохромоцитома немесе хромофинді ісіктер

<variant> қолқа коарктациясы

<question> 46 жастағы әйелде 3 жылдан бері жиі тесіп ауырсынуға және жүрек қағуына, эмоционалды жүктеме мен жағымсыз ауа райында бетінде қанқұйылу сезіміне шағымданады. Ауырсыну сол бұғана астында және сол қолға иррадиацияланады. Жүрек пен өкпенің физикальді және рентгенологиялық зерттеулері өзгеріссіз. Диагнозды растау үшін науқасқа ... тағайындау қажет.

<variant> гинеколог кеңесін

<variant> спирография

<variant> ФГДС

<variant> ЭХО-КГ

<variant> Невропатолог кеңесін

<question> Диффузды токсикалық зоб 3 дәрежелі, тиретоксикалық жүрек, жыпылық аритмиясы, ҚЖЗБ бар науқас троллейбуста кондуктор болып жұмыс жасайды. Қазір 4 ай бойы ем қабылдауда. Сіздің тактикаңыз:

<variant> II топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant> Еңбекке жарамсыздық парағын жабу, жұмысқа жолдау

<variant> Ары қарай емін жалғастыруға рұқсат алу үшін МӘСК-ке жолдама толтыру (088ф)

<variant> ДКК арқылы науқастың еңбекжайы туралы анықтама беру

<variant> I топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<question> Науқасқа диффузды токсикалық зобқа байланысты ота жасалынған. Ота салдарынан жеңіл дәрежелі гипотиреоз дамыды. Науқастың еңбекке жарамдылығын анықтаудағы сіздің татикаңыз:

<variant> ДКК арқылы науқастың еңбекжайы туралы анықтама беру

<variant> II топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant> I топ мүгедектігін беру үшін МӘСК - ке жолдама беру (088 ф)

<variant> Бұрынғы мамандығы бойынша жұмыс жасай алады.

<variant> Ары қарай емін жалғастыруға рұқсат алу үшін МӘСК-ке жолдама толтыру (088ф)

<question> Науқас 48 жаста. Шағымдары: салмағының артуына, басының, белінің ауруына, бетінде түктің пайда болуына. Беті қошқыл – қызыл түсті, бет ұшы қызыл шырайлы, іші өскен, аяқ пен қолдары жүдеген. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 190/110 мм. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталады. Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл көтерілген. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> семіздік

<variant> гломерулонефрит. СБШ

<variant> біріншілік альдостеронизм

<variant> гипертония ауруы

<question> Науқас 48 жаста. Шағымдары: салмағының артуына, басының, белінің ауруына, бетінде түктің пайда болуына. Беті қошқыл – қызыл түсті, бет ұшы қызыл шырайлы, іші өскен, аяқ пен қолдары жүдеген. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 190/110 мм. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталады. Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл көтерілген. Тиімді емі:

<variant> бүйрек үсті безі ісігін алып тастау

<variant> Гидрокортизон

<variant> гипотензивті дәрілер

<variant> тәбетті тежейтін дәріні тағайындау /аноректические средства/

<variant> спиронолактон

<question> 16 жастағы қыз, айқын семіздігі бар (салмағы-116 кг, бойы-172 см). Етеккірі ретсіз, басының ауыруы, санының терісінде жіңішке ақшыл қызыл жолақтар бар, артық салмақ 5 жылдан бері. Диета сақтамайды. АҚҚ – 160/100 мм.с.б. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> пубертатты-жас өспірімдік диспитуитаризм

<variant> микропролактинома

<variant> семіздік

<variant> Иценко-Кушинга ауруы

<variant> Иценко – Кушинг синдромы

<question> 60 жастағы әйел, шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, ішнің ауырсынуына, түнгі мезгілдегі тершендікке шағым айтады. АҚҚ 185/105 мм.с.б.тең. 10 мг тропафен енгізгеннен кейін АҚҚ 70/40 мм.с.б. төмендеді. Тәуліктік экскреция влк зәрде-50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Мүмкін болатын диагноз:

<variant> феохромоцитома

<variant> климактериялық невроз

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Иценко – Кушинг синдром

<variant> вегето- тамырлық дистония

<question> Иценко-Кушинг синдромы кезінде жоғарылайды:

<variant> глюкокортикоидтар

<variant> минералокортикоидтар

<variant> соматотропин

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> кортикотропин
- <variant> катехоламиндер
- <question> Феохромоцитома кезінде жоғарылайды:
- <variant> катехоламиндер
- <variant> глюкокортикоидтар
- <variant> минералокортикоидтар
- <variant> соматотропин
- <variant> кортикотропин
- <question> Конн синдромына тән:
- <variant> гиперальдостеронемия
- <variant> гиперренинемия
- <variant> гипокалиемия
- <variant> гипокалиемиялық алкалоз
- <variant> гипонатриемия
- <variant> қанда альдостеронның жоғарылауы
- <question> Науқас 26 жаста 2 жыл аралығында периодты түрде АҚ 260/180 мм.с.б. дейін жоғарылайды, кенеттен дамиды, бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады, кенеттен төмендейді, криз соңында гиперсаливация, профузды терлеу, 3-5 литрге дейін ашық түсті зәр шығару, әлсіздік болады. Ауру барысында науқас 5 кг. арықтады. Орнынан тұрғанда ортостатикалық гипотензия. Болжам диагноз:
- <variant> феохромоцитома
- <variant> эссенциальды АГ
- <variant> Конн синдромы
- <variant> Иценко-Кушинг ауруы
- <variant> Пейдж синдромы
- <question> Науқас артериалды гипертензия ауруының систоло-диастололық түріне байланысты стационарда тексерілді. Гиперкальцемиа, кальциурия, екі бүйректің табақшаларының конкременттері анықталды. Гормондарды тексеру жүргізілген жоқ. Гипертензияның даму себебі:
- <variant> гиперпаратиреоз
- <variant> гипертония ауруы
- <variant> Аорта коарктациясы
- <variant> Бүйрек үсті альдостерома
- <variant> гипертиреоз
- <question> Дене салмағының индексінің идеалды маңыздығы (ИМТ=вес(кг)/бойы(метр)):
- <variant> 25 дейін
- <variant> 25-26
- <variant> 27-28
- <variant> 28-29
- <variant> 29 жоғары
- <question> Аталған белгілердің жайылмалы уытты жемсауға тән:
- <variant> Жүдеу
- <variant> Брадикардия
- <variant> Гипотония
- <variant> Терінің құрғауы
- <variant> Семіздік
- <question> 42 жастағы науқас әйел терапевтке мына шағымдармен келді: жалпы әлсіздік, тері жамылғысының қатты құрғауы, шашының түсуі, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, дауысының жуандауы, ұйқышылдық. Қарау кезінде науқас адинамиялық, терісі құрғақ, кей жерлерінде қабыршақталған. Беті ісінкі, аяқ-қолдары ісінген. Жүрек тондары тынықталған, ырғағы дұрыс.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

АҚҚ – 80/50 мм с. б. Пульс – 50 соққы минутына. Сіздің алғашқы диагнозыңыз:

- <variant> Гипотиреоз
- <variant> Бауыр циррозы
- <variant> Айқын жүрек шамасыздығы
- <variant> Семіздік
- <variant> Гипертиреоз

<question> Науқас қабылдау бөліміне АҚ 300/130 мм с.б. көтерілуімен жеткізілді. Криз тахикардиямен, полидипсиямен, бұлшық еттік дірілдеумен, қорқыныш сезімімен өтеді. Қан анализінде глюкоза деңгейінің 20 ммоль/л дейін көтерілуі анықталады. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant> Феохромоцитома
- <variant> Кон синдромы
- <variant> Иценко-Кушинг синдромы
- <variant> Эссенциалды артериялық гипертензия
- <variant> Екіншілік гиперальдостеронизм

<question> 25 жастағы науқас әйел артық дене салмағына, кезеңді шөлдеуге шағымданады. Бойы-160 см, салмағы -70 кг, артық дене салмағы 29%. Ашқарынға гликемия - 5,1 ммоль/л. Глюкозаға төзімділік сынағасы: ашқарынға гликемия – 5,5 ммоль/л, күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 7,0 ммоль/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant> 1 дәрежелі семіздік
- <variant> 2 дәрежелі семіздік
- <variant> Артық дене салмағы
- <variant> Қант диабеті 2 типті
- <variant> Глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

<question> Айқын гипертиреозбен беттің ай тәрізді болуы және қызаруы неғұрлым тән:

- <variant> Иценко-Кушинг ауруына
- <variant> акромегалияға
- <variant> феохромоцитомаға
- <variant> қантсыз диабетке
- <variant> адипозогениталды дистрофияға

<question> 2.40 жастағы науқас әйелді бір жыл бойы АҚ 220/120 мм с.б. дейін тұрақты көтерілуі, басының ауыруы, аяқтардың кезеңді күрт әлсіздігі, тырысулар, полиурия, жүрек тұсында ауырсыну ұстамалары мазалауда. АПФ ингибиторлары мен гипотиазид әсер етпеген.

Компьютерлік томографияда – оң жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant> Конн синдромы
- <variant> бүйрек үсті безінің аденомасы
- <variant> андростерома
- <variant> Иценко-Кушинг синдромы
- <variant> артериялық гипертензия

<question> Гипогликемиялық команың емінде ... ең нәтижелі болып табылады.

- <variant> к/т 40% глюкозы ерітіндісін ақырындап енгізу
- <variant> к/т 5% глюкозы ерітіндісін енгізу
- <variant> к/т норадреналин енгізу
- <variant> к/т глюкокортикоидтарды енгізу
- <variant> тәтті емес чай

<question> Науқас 14 жаста стационарға коматозды жағдайда Жедел жәрдем машинасымен келіп түсті. Диабетпен 4 жыл бойы ауырады. 40 ед инсулинмен ем қабылдайды. Жалпы жағдайының нашарлауы 3 күн бұрын болған. Зерттеу кезінде қандағы глюкоза мөлшері – 28,2 ммоль/л, зәрде ацетон -++++. Бұл науқаста ... дамыған.

- <variant> Кетоацидотикалық кома

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Гипогликемиялық кома
- <variant> Гипер осмолярлық кома
- <variant> Гипер лактоцидемиялық кома
- <variant> Ашығу кетозы
- <question> Бірінші типті қант диабетімен ауратын науқаста Кулсмауль тынысы пайда болуы ... білдіреді:
- <variant> Кетоацидемиялық кома дамуын
- <variant> Алкалоз дамуын
- <variant> Глюкоза деңгейінің төмендеуін
- <variant> Глюкоза деңгейінің жоғарылауын
- <variant> Зәрде ацетонның пайда болуын
- <question> 16 жастағы науқас әйел 4 жыл бойы қант диабетімен ауырады және инсулин қабылдайды. Дене шынықтыру сабағында есінен танып, қысқа уақытқа дірілдер болған. Терісі ылғалды. Бұл жағдайда ... дамуы мүмкін.
- <variant> Гипогликемиялық кома
- <variant> Гиперосмолярлы кома
- <variant> Лактацидотикалық кома
- <variant> Кетоацидотикалық кома
- <variant> Жедел өкпе-жүрек жетіспеушілігі
- <question> 40 жастағы науқас ессіз жағдайда жеткізілді. Қалтасынан диабет күнделігі табылды. Қарағанда: жүдеу, тері жабындылары құрғақ, суық. Тілі таңқурай түстес, құрғақ. Тыныс алуы ацетон иісімен. Тынысы шулы (Кулсмауль түрінде). АҚҚ 70/30 мм сын.бағ. Пульсі – минутына 105 рет. Бауыры қабырға доғасынан 4 см-ге ұлғайған, тығыз. Гликемия- 25 ммоль/л, гипокалиемия, қанның рН төмендеген, глюкозурия, айқын кетонурия. Науқасты жүргізуде ... тиімді.
- <variant> 0,1 ед/кг қысқа әсер ететін инсулинді сағат сайын к/к сағат сайын тамшылатып енгізу
- <variant> 0,1 ед/кг қысқа әсер ететін инсулинді сағат сайын б/е енгізу
- <variant> 20 бірлік қысқа әсер ететін инсулинді тері астына бір реттік енгізу
- <variant> 0,1 ед/кг қысқа әсер ететін инсулинді сағат сайын тері астына енгізу
- <variant> Пролонгирленген инсулиннің бір инъекциясын анықтау кезінде енгізу
- <question> Қабылдау бөліміне 60 жастағы науқас А. Естүссіз жағдайда жеткіліксіз, қант диабетімен ауырады. Соңғы 2 күнде құсу, көп рет сұйық нәжіс, қалтырау болған Қараған кезде науқас сыртқы тітіркендіргіштерге жауап бермейді. Көз қарашығы кеңейген. Терісі құрғақ, тургоры төмендеген. Көз алмасы жұмсақ. ТАЖ-22 рет/ мин., АҚҚ - 60/40 мм с.б. ЖСЖ-110 рет/мин. Қанда: эритроциттер-6,5 млн., лейкоциттер-12,8 мың., ЭТЖ-8 мм/сағ. глюкоза-65 ммоль/л. Осы команың дамуындағы маңызды басты фактор:
- <variant> Организмнің сусыздануы
- <variant> Интоксикация
- <variant> Гипоксия
- <variant> Бүйрек функциясының жеткіліксіздігі
- <variant> Көмірсуларды жеткіліксіз қабылдау
- <question> 52 жастағы науқаста кетоацидоздан кейін әлсіздік және жүрек жұмысында ретсіздік дамыды. Зертханалық көрсеткіштер: қандағы глюкоза 19 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, несеп қышқылы 5,6 ммоль/л. Стационарда инсулин, бикарбонат, 0,9% натрий хлоридын қабылдады. Бұл жағдай дамуының мүмкін себебі:
- <variant> гипокалиемия
- <variant> инсулинге реакция
- <variant> гипогликемия
- <variant> басқа патологияның қосылуы

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> аурудың қалыпты дамуы

<question> 23 жастағы науқас ес-тұссыз күйде клиникаға алып келінді. Терісі құрғақ, бет ұшында «румянец» бар. Ацетон иісі сезіледі. Куссмауль тынысы. Сыеап бағанасы бойынша АҚҚ 130 / 90 мм. Тамыр соғысы минутына 102 рет. Қанда: глюкоза 28,4 ммоль/л, зәрде 6 %, ацетонға реакция «оң». Болжам диагноз:

<variant> кетоацидозды кома

<variant> бүйректік кома

<variant> уремиялық кома

<variant> гиперосмолярлы кома

<variant> гиперлактацидемиялық кома

<question> Қант диабетті науқаста шөлдеу, полиурия, жағдайының тез нашарлауы, қандағы қант 19,6 ммоль, зәрінде ацетон, ауызынан ацетон иісі байқалады. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> кетоацидозды кома

<variant> гиперосмолярлы кома

<variant> гипогликемиялық кома

<variant> гиперлактацидемиялық

<variant> уремиялық кома

<question> Гипогликемиялық комада жүргізіледі:

<variant> 40 ml 40% глюкозаны к/тамырға енгізу

<variant> бір сәтте 20 ЕД инсулинді б/етке енгізу

<variant> регидратация

<variant> 120 ml 1 % метилді көк сұйықтығын к/т тамшылай енгізу

<variant> адреналинді енгізу

<question> Клиникалық хаттамаға бойынша гиперосмолярлы комада АҚМ (ОЦК) толтыра бастайды:

<variant> гипотониялық ертіндімен

<variant> гипертониялық ертіндімен

<variant> нормотониялық ертіндімен

<variant> . реополиглюкинмен

<variant> АҚМ (ОЦК) толтыру қажеті жоқ

<question> Науқас М. 27 жаста. қабылдау бөліміне ессіз түсті. Қалтасында диабетик паспорт.

Қарағанда: төмен тамақтанатын, терісі дымқыл. Бұлшық ет тонусы жоғарылаған. Қарашықтары үлкейген, жарыққа реакция жоқ. Тілі дымқыл, қызғылт. Дем шығаратын ауасы иіссіз. Дем алысы дұрыс, мин 24. Пульс 105. Бауыр 4см қабырға доғасынан шығып тұр, тығыз. Қанда лейкоц.-8,6 мың., СОЭ-22 мм/сағ. Зәрде салыстығы 1029, лейкоц 10-12к/а. Науқаста дамыған кома:

<variant> гипогликемиялық

<variant> Лактацидемиялық

<variant> Гиперосмолярлы

<variant> Бауырлық

<variant> кетоацидозды

<question> Науқас 65 жаста, ұзақ уақыт қант диабетімен қаралды. күніне 2 табл. Адебит 3рет қабылдаған. Бір жұма бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болды. Түскенге дейін құсу болды. Қабылдау бөліміне ессіз жеткізілді. Терісі құрғақ, бозғылт. Дем шығаратын ауада ацетон иісі жоқ. Куссмауль тынысы. АҚ 50/30 мм с 6, ЖЖЖ 120 мин. Қандағы қант 12 ммоль/л, зәрде қант 6%, сүт қышқылы 2 ммоль/л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> II типті қант диабеті, лактатацидоздық кома

<variant> II типті қант диабеті, кетоацидозды кома

<variant> II типті қант диабеті, гиперосмолярлы кома

<variant> Уремиялық кома

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<variant> Бауырлық кома

<question> 38 жастағы науқас әйел қабылдау бөліміне ессіз күйде келіп түсті. Анамнезінен қант диабетімен 8 жылдан бері ауырады. Жағдайының нашарлауы соңғы 2 күнде. Қарау кезінде тынысы қатты, Куссмаул тынысы, тыныс шығарғанда ацетон иісі сезіледі. Тері жамылғысы құрғақ, тілі, ерні құрғақ. Көз қарашықтары тарылған. Тамыр соғысы жіп тәрізді, АҚҚ 80/50 мм с.б. қандағы қант 30 ммоль/л жоғары. Науқаста дамыған асқынуы:

<variant> Гиперкетонемиялық прекома

<variant> Гипогликемиялық кома

<variant> Жедел бас ми қанайналысының бұзылысы

<variant> Гиперлактацидемиялық кома

<variant> Гиперосмолярлық кома

<question> Науқас К есімді., 23 жаста, біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды. Қарағанда науқас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90 / 60 мм.с.б.б. Қанда: лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ. ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жоқ, лейкоциттер 8-10 к/а. Науқаста дамыған кома:

<variant> Гипогликемиялық

<variant> Лактацидемиялық

<variant> Апоплексиялық

<variant> Гиперосмолярлық

<variant> Кетоацидотикалық

<question> Науқас К., 23 жаста, біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды. Қарағанда науқас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90 / 60 мм.с.б.б. Қанда:лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ. ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жоқ, лейкоциттер 8-10 к/а. Клиникалық хаттамаға бойынша бұл команың патогенетикалық емі:

<variant> 40% глюкоза

<variant> Метилен көгі

<variant> Дезинтоксикалық ем

<variant> 5% глюкоза

<variant> Инсулин

<question> 28 жастағы науқас диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Клиникалық хаттамаға бойынша ең алдымен неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісі

<variant> Реополиглюкин

<variant> Глюкозаның 5% ерітіндісі

<variant> Глюкозаның 40% ерітіндісі

<variant> Калий хлоридінің 7,5% ерітіндісі

<question> Ауру қант диабетінің 1 типімен 7 жыл ауырады. Шектен тыс күш жұмсағаннан кейін ол гипогликемиялық комаға түсті. Гликемияның 11,8 ммоль/л-ға дейін көтеруге мүмкіндік жасаған 40% 20 мл глюкоза ерітіндісінің венаішілік берілгеніне қарамастан науқас есін жимады. Дәрігердің келесі әрекеті:

<variant> Бас миы ісігімен күрес шараларын белгілеу

<variant> глюкозаның 5% еретіндісін тамшымен енгізу

<variant> 40% глюкозаны қайтадан енгізу

<variant> 0,1 бірлік/кг/сағ мөлшерімен қысқаәсерлі инсулин инфузиясын белгілеу

<variant> жұлынми пункциясын жүргізу

<question> 22 жастағы қан диабетінің 1 типімен ауыратын науқас инсулин салғаннан 2 сағаттан

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

кейін коматоздық жағдайға түскен. Клиникалық хаттамаға бойынша алдымен жасау керек:

<variant> глюкозаның 40% ерітіндісін венаға енгізу

<variant> глюкозаның 5% ерітіндісін венаға енгізу

<variant> Қанттың 2-3 түйірін жегізу

<variant> Глюкозаның 40% ерітіндісін теріге енгізу

<variant> Тері астына инсулин

<question> 25 жасар науқас қабылдау бөлмесіне ессіз қалыпта түсті. Ертеде науқас немен ауырғаны табылмады. Оның қалтасында қант және аурудың қант диабетімен ауыратын карточкасы табылды. Объективті: науқас солғындау, тері тершіген, көз алмасу тонусы жоғары, көз қарашығының ұлғаюуы, бұлшық ет гипертонусы Тамыр соғуы мин. 108. Жүрек тоны таза. Демалысы үстірт, сырыл жоқ. Іш қуыс мүшелері өзгермеген. Науқастың кенеттен естен тануының негізгі себебі:

<variant> Бас миы ісігі

<variant> Мидың қан айналуының жедел бұзылуы Острое нарушение мозгового кровообращения

<variant> Кетоацидоз

<variant> Бауыр энцефалопатиясы

<variant> Уремия

<question> 4 жыл бойы қантты диабетімен ауыратын 16 жастағы қыз бала инсулинтерапиясын алады. Дене шынықтыру сабағы кезінде есінен танып, қысқа мерзімдік тырысулар болды. Терісі ылғалды. Науқаста пайда болуы мүмкін асқыну:

<variant> Гипогликемиялық кома

<variant> Гиперосмостық кома

<variant> Лактацидозды кома

<variant> Кетоацидозды кома

<variant> Жедел өкпе-текті жүрек

<question> 28 жастағы ер адам диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Клиникалық хаттамаға бойынша еміне тиімді: тағайындау:

<variant> 0,9% натрий хлориді ерітіндісі

<variant> Реополиглюкин

<variant> 5% глюкоза ерітіндісі

<variant> 40% глюкоза ерітіндісі

<variant> 7,5% калий хлориді ерітіндісі

<question> 62 жастағы әйел жедел жәрдем бригадасымен ессіз жағдайда жеткізілді.

Туысқандарының айтуынша қантты диабетімен ауырады. Соңғы 5 күнде құсу, бірнеше қайталанған іш өту, тырысу байқалған. Қарап тексергенде: науқас сыртқы тітіркендіргіштерге жауапсыз, қарашықтары кеңейген, терісі құрғақ, тургоры төмендеген, көз алмалары жұмсарған. ТЖ 24 рет мин, АҚ 50/30 мм сын. бағ. ЖЖЖ 120 рет мин. Қанда: эритроциттер 6,5млн., лейкоциттер 12,8 мың, ЭТЖ 8мм/сағ. Қандағы қант 14,8 ммоль/л. Болуы мүмкін кома:

<variant> Гиперосмостық

<variant> Бауырлық

<variant> Кетоацидозды

<variant> Гипогликемиялық

<variant> Лактатацидозды

<question> 55 жасар ер кісіде қант диабетінің І типі, физикалық жүктемеден кейін қысқа кезеңді козулы кома дамыды. Науқаста пайда болған кома:

<variant> Гипогликемиялық

<variant> Гиперосмолярлық

<variant> Кетоацидоздық

QNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

<variant> Бауырлық

<variant> Гипергликемиялық

<question> Науқас 30 жаста, 5 жыл қантты диабеттің 1 типімен сырқаттанады. Бірнеше күн бұрын суықтанғаннан кейін субфебрилитет, катаральды көріністер, тәбетінің төмендеуі байқалғандықтан науқас инсулин мөлшерін төмендеткен. Кеше лоқсу, екі рет құсу қосылып, әлсіздік пен ауыздың құрғауы үдеді. Айқын апатия пайда болды. Гликемия – 15ммоль/л. Жедел жәрдеммен стационарға жеткізілді. Диагностиканың бірінші қадамы болады:

<variant> Зәрде ацетонды анықтау

<variant> Гликемиялық профильді зерттеу

<variant> Жалпы қан анализін зерттеу

<variant> Қанда креатинин деңгейін анықтау

<variant> Қанда калий мен натрий деңгейін анықтау

<question> 30 жастағы еркек, жұмыс орнында кенеттен есінен танды. Қасындағылардың айтуы бойынша инсулин алады. Обь-ті: Терісі ылғалды. Бұлшық ет тонусы жоғарлаған. Қарашығы кеңейген, жарыққа әсер етпейді. Тілі ылғалды, қызғылт. АҚ 125/80 мм.с.б. ЖСЖ 96 рет/ мин.

Науқаста дамыған кома:

<variant> Гипогликемиялық

<variant> Бауырлық

<variant> Кетоацидоздық

<variant> Лактацидемиялық

<variant> Гиперосмолярлы

<question> 47 жастағы ерк адам көп қозғалып, психикалық қозудан кейін, кенеттен есінен танды. Обь-ті: терісі ылғалды, инъекция іздері бар. Бетінің бұлшық еттерінің жиырылуы, қарашығының кеңейуі анықталады.ТЖ-32 рет. Дәрілердің тағайындау БАРЫНША тиімді:

<variant> 1 мл глюкогонды

<variant> 0,9% натрий хлорид ерітіндісін

<variant> 0, 45% натрий хлорид ерітіндісін

<variant> 2 % бикорбанат натрий ерітіндісін

<variant> 30 бірлік қысқа әсерлі инсулинді

<question> 27 жастағы жүкті әйелде аш қарынға екі рет гликемия деңгейін анықтау 7,9 және 10,9 ммоль/л. көрсеткен. Анамнезінде гликемия деңгейінің жоғарлауы анықталмаған.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Гестационды диабет

<variant> Қант диабеті 2 тип

<variant> Екіншілік қант диабеті

<variant> Аш қарынға гликемияның бұзылысы

<variant> Глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы

<question> Семіздіктің үшінші дәрежесіне қалыпты дене салмағынан қаншаға жоғарылау (В.Г. Баранов классификациясы бойынша) БАРЫНША сипатты:

<variant> 50-99%

<variant> 1-9%

<variant> 10-29%

<variant> 30-49%

<variant> 100% және оданда көп

<question> Әйелде асқынған босанудан кейін құсу, жүрек айнуы, бұлшық ет әлсіздігі, диарея және психикалық бұзылыстар пайда болды. Объективті: акроцианоз, аяқ қолдары салқын, гипотермия. АҚ 50/30 мм.с.б. Адренкортикотропты гормонмен сынама теріс. Науқаста синдром дамуы БАРЫНША мүмкін:

<variant> Уотерхаус – Фридериксен

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> Конн
- <variant> Сомоджи
- <variant> Иценко-кушинг
- <variant> Золлингер-Эллисон
- <question> 18 жастағы қыз нейроинфекциядан кейін шөлдеу, тәбеті мен, дене салмағаның жоғарлауын байқады. Қарап тексергенде: бойы - 160 см, салмағы 80 кг. Кеудесінде ал қызыл стриялар байқалады. АҚ 140/90 мм.с.б. Глюкозаға толеранттылық сынамасын жүргізу екі сағаттан кейін гликемияның 9, 0 ммоль/л екенін көрсетті. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Гипоталамиялық семіру
- <variant> Гипотиреозды семіру
- <variant> Бүйрек үсті бездік семіру
- <variant> Екіншілік қант диабеті
- <variant> Алиментарлы - конституциялық семіру
- <question> 17 жастағы науқаста зәрінде полиурия салыстырмалы тығыздығы төмендеген. Сұйықтықты шектеп тест жүргізгенде зәрдің салыстырмалы тығыздығы өзгермеді. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Қантты емес диабет
- <variant> Психогендік полидипсия
- <variant> Қант диабет
- <variant> Созылмалы пиелонефрит
- <variant> Хашимото зобы
- <question> Науқаста глюкозурия анықталса ең бірінші жүргізу керек:
- <variant> Аш қарынға қандағы глюкоза деңгейін анықтау
- <variant> Глюкозотолерантты тест жүргізу
- <variant> Сульфонилмочевина препараттарын тағайындау
- <variant> Көмірсуларды қабылдауды шектеу
- <variant> Базалды инсулин деңгейін анықта
- <question> Кетоацидоздық команы емдеуді бастау керек:
- <variant> натрий хлоридің изотоникалық ерітіндісі және инсулин строфантин
- <variant> строфантин
- <variant> кальций тұздары
- <variant> норадреналин
- <variant> калий тұздары
- <question> Инсулин секрециясына әсер ететін белсенді тездеткіш (стимулятор):
- <variant> глюкоза
- <variant> бос май қышқылдар
- <variant> аминқышқылдар
- <variant> фруктоза
- <variant> электролиттер
- <question> Ұзаққа созылған гипогликемия ең бірінші мынаның қайтымсыз зақымдалуына әкеледі:
- <variant> орталық жүйке жүйесінде миокардта
- <variant> перифериялық жүйке жүйесінде
- <variant> миокардта
- <variant> гепатоциттерде
- <variant> көлденең – жолақты бұлшықетте
- <question> Кетоацидоздың комада міндетті түрде болуы керек:
- <variant> канды кетон денелері
- <variant> сүт қышқылының артық мөлшері
- <variant> плазмасының гиперосмолярлығының жоғарылауы

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> қанда глюкозаның төмендеуі

<variant> гипербилирубинения

<question> Неврологиялық симптомдар (Бабинский, бұлшық ет гипертонусы, екі жақты нистагм) қандағы кетон денелерімен рН қалыпты кезіндегі айқын көрінетін гипергликемия комаға тән:

<variant> гипертосмолярлы

<variant> гиперлактацидемиялық

<variant> хлорпениялық

<variant> кетоацидоздық

<variant> гипогликемиялық кома

<question> 23 жастағы науқас мұрыннан, тіс иегінен қансырау, әлсіздік, енгізу, қызбаға шағымданады. Объективті: жағдайы ауыр, терісі боз, денесінде көгертулер, перифериялық лимфа түйіндер ұлғаймаған. ЖҚА: Нб-60 г/л; Эр.-2.0x10¹²/л; ТК-0.9; Лейк.-1.5x10⁹/л; Тромб.-20x10⁹/л. Миелограммада: майлы сүйек кемігі 90%болуға тиістісіне қарағанда 10%. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> апластикалық анемия

<variant> жіті эритромиелоз

<variant> жіті миелолейкоз

<variant> созылмалы миелолейкоз

<variant> тромбоцитопениялық пурпура

<question> Науқас 62 жаста, бір жыл бойы ауырады, әлсіздікке, мойын, қолтықасты, шап лимфа түйіндерінің үлкеюіне шағымданады. Лимфа түйіндері жұмсақ, ауырсынусыз. Қан анализі: Лейк.-40*10⁹/л (э-1%, п-3%, с-15%, л-75%, м-6% . Диагнозды анықтау үшін ... қажет.

<variant> лимфа түйіндерін пункциялау

<variant> стерналді пункция жасау

<variant> лимфа жүйесін радиоизотопты зерттеу

<variant> лимфа түйінін биопсиялау

<variant> сілтілі фосфатазаны анықтау

<question> Науқас 3., 58 жаста, клиникаға иық сүйегінің сынығымен түсті. ЭТЖ – 55 мм/сағ, гиперпротеинемия, в миелограммада – плазматикалық инфильтрация - 28%. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> миеломды ауру

<variant> созылмалы гепатит

<variant> жедел лейкоз

<variant> миелофиброз

<variant> созылмалы миелолейкоз

<question> 26 жастағы науқас әйел, медбике 5 күннен бері дене қызуы 38-39 С көтерілуіне шағымданып қаралды. Жіті түрде ауырды. Басында қатты терлеп дене қызуы көтерілді. Өз бетінше бұлшық ет ішіне күніне 3 реттен цефазолин 1,0 қабылдады, бірақ нәтиже болмады. Тексергенде сол жақтағы лимфа түйіндері ұлғайғаны, тамағында миндалиндер ұлғайғаны және гиперемиясы анықталды. ЖҚА: Нб 90 г/л, Эр. 3,3x10¹²/л, ТК 0,9; Лейк. 13,0x10⁹ (эозинофилдер-6%, базофилдер -2%,таяқшайдролы – 14%; сегментядролы – 67%, лимфоциттер – 1%, моноциттер – 10%, ЭТЖ 60 мм/сағ. Сүйек кемігіне стерналды пункция жасағанда Березовский-Рид-Штернберг жасушалары анықталған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Лимфогранулематоз

<variant> Жіті лейкоз

<variant> Себебі белгісіз инфекциялық ауру

<variant> Реактивті лимфаденит

<variant> Инфекциялық эндокардит

<question> 53 жастағы науқас оң жақ қолтық астындағы ауырсынатын түзіліс пайда болуына шағымданады. Қарағанда оң жақ қолтық астында конситенциясы қамыр тәрізді, қатты

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 16еті

ауырсынатын, қозғалмалы, көлемі 1,5х2,0 см. Ішкі мүшелер бойынша патология анықталған жоқ. Оң жақ 2 саусақта іріңдеген жара бар. ЖҚТ: лейкоциттер 9,0х10⁹ (эозинофилдер-3, сегм./яд-74, лимфоциттер-19, моноциттер-4), ЭТЖ -16 мм/сағ. Науқасқа лимфа түйінінің биопсиясын ... жасау керек.

<variant> бақылау антибактериалды ем жүргізгенге дейін және одан кейін

<variant> бақылау антибактериалды ем тиімсіз болғанда

<variant> стерналды пункция жасар алдында

<variant> бақылау химиятерапияның тиімсіз болғанда

<variant> операциялық ем жүргізу алдында

<question> 30 жастағы науқаста 1 ай ішінде дене қызуы 38 С көтерілген ,антибиотиктерге төзімді, гипергидроз.Мойын лимфа түйіндері домбыққан, нейтрофилез,ЭТЖ 50 мм/сағ. Диагнозын анықтау үшін ... қолданылады.

<variant> лимфо түйінінің биопсиясы

<variant> стернальді пункция

<variant> спецификалық емді ұсыну

<variant> кортикостероидты емді ұсыну

<variant> антибиотиктерді ұсыну

<question> 3.32 жастағы науқас ер адам сол жақ қолтықтасты аймақта ауырсынуға, бас ауруына, әлсіздікке, дене қызуы 38С жоғарылауына шағымданды. 3 күн бұрын науқас білезік тұсындағы фурункулын жарақаттап алған. Қарағанда бір-бірімен және қасындағы тіндермен тұтасып қалған лимфа түйіндері күрт ауырсынады, қозғалмайды. Олардың үстіндегі тері қабаты қызарған, жұмсарған ошақтар жоқ.

Лейкоциттер 10х10⁹/л, таяқша дәнділер - 7%, түйіршікті дәнділер - 70%, лимфоциттер - 22%, моноциттер - 1%, ЭТЖ 22 мм/с. Науқастың болжам диагнозы:

<variant> жіті лимфаденит

<variant> жіті лимфолейкоз

<variant> созылмалы лимфолейкоз

<variant> спецификалық лимфаденит

<variant> жіті миелолейкоз

<question> 15 жастағы жасөспірім дене қызуы қатты көтерілуіне, мойынның оң жақ бөлігінде тығыздалған ісіну және оның ауырсынуына, түнгі тершендікке, жөтелге шағымданды. Тәбеті 5 айдан бері төмендеген. Қарағанда мойынында тесікті жол, бір-бірімен тұтасқан, пальпациялағанда ауыратын лимфа түйіндері, периаденит анықталады. Рентгенологиялық тексергенде мойынында жұмсақ тіндерде тығыз көлеңкелер, кальцинаттар анықталған. Науқастың болжам диагнозы:

<variant> туберкулезді лимфаденит

<variant> жіті спецификалық емес лимфаденит

<variant> лимфогрануломатоз

<variant> созылмалы лимфолейкоз

<variant> жіті миелолейкоз.

<question> 52 жастағы науқас ер адам, шабан, бел тұсында және ірі буындарда ауырсынуға, лимфа түйіндерінің ұлғаюына, дене қызуы 40С –қа жоғарылау-ына шағымданып келді.

Анамнезінде радикулитпен жиі ауырады. Жағдайы қанағаттанарлық. Мойын, қолтықтасты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз, бір-бірімен және жанындағы тіндермен жабыспаған.

Гепатоспленомегалия байқалады. Науқастың диагнозы:

<variant> бруцеллез

<variant> ірі буындар остеоартрозы

<variant> лимфолейкоз

<variant> миелолейкоз

<variant> лимфогрануломатоз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

<question> 25 жастағы науқаста К. бір ай бұрын инсоляциядан кейін бет ұшында эритема пайда болған, мойын, қолтықтасты, шат лимфа түйідері таралмалы ұлғайған, пальпациялағанда олар ауырсынусыз, бос қозғалмалы, жұмсақ. Спленомегалия, анемия және аздаған құбылмалы қызба анықталған. Диагноз:

- <variant> Жүйелі қызыл жегі
- <variant> Брилл-Симмерс ауруы
- <variant> Беркитт лимфома
- <variant> Лимфогранулематоз
- <variant> Туберкулезді лимфаденит

<question> Лимфатикалық түйіндер ұлғаюымен бірге байқалатын лимфоидты тіндер гиперплазиясы

- <variant> лимфаденопатия
- <variant> ЖПИТ
- <variant> саркоидоз
- <variant> тонзиллит
- <variant> лимфогранулематоз

<question> Науқаста мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы және ауырсынуы анықталды. Процестің сипатын түсіндіріңіз

- <variant> қабыну процесі
- <variant> қатерлі ісік
- <variant> қатерлі емес ісік
- <variant> аутоиммундық қабыну
- <variant> некроздық процесс

<question> Науқаста мойын лимфа түйіндері тығыз, қатты, ауырсынусыз. Процестің сипатын түсіндіріңіз

- <variant> қатерлі ісік
- <variant> қабыну процесі
- <variant> қатерлі емес ісік
- <variant> аутоиммундық қабыну
- <variant> некроздық процесс

<question> Лимфа түйіндерінің ұлғаюының екіншілік қатерлі себебін таңдаңыз

- <variant> жергілікті ісіктен метастаздар
- <variant> созылмалы лимфолейкоз
- <variant> жіті лимфобластты лейкомия
- <variant> ходжкиндік емес лимфома
- <variant> миелопролиферативті бұзылыстар

<question> Науқас тез шаршауға, дене қызуы жоғарылауына, түнгі тершендікке шағымданады. Мойын, қолтықтасты аймақтарда ісік тәрізді түйіндер, спонтанды гематомалар пайда болуы анықталған. Зақымдалу сипаты туралы тұжырым жасаңыз

- <variant> біріншілік қатерлі ісік
- <variant> жүйелі қызыл жегі
- <variant> туберкулез
- <variant> «мысық тырнауы» ауруы
- <variant> екіншілік инфекциялық процесс

<question> Лимфа жүйесіне лимфогенді жолмен таралатын лимфа түйіндерінде біріншілік пайда болған қатерлі ісік

- <variant> Ходжкин лимфомасы
- <variant> созылмалы лимфолейкоз
- <variant> жіті лимфобластты лейкомия

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <variant> жергілікті ісіктен метастаздар таралуы
- <variant> миелопролиферативті бұзылыстар
- <question> Ходжкин лимфомасы диагнозын қою үшін жүргізіледі
- <variant> лимфа түйіндерінің биоптатын гистологиялық зерттеу
- <variant> кеуде торы органдарының компьютерлік томографиясы
- <variant> магнитті-резонансты томография
- <variant> мықын сүйегі қанатының трепанобиопсиясы подвздош
- <variant> лимфа түйіндерінің галлий цитратпен скинтиграфиясы
- <question> Лимфа түйіндері ұлғайған науқастың ЖҚА– лейкопения, лимфоцитоз, ЭТЖ жылдамдауы. Гистологиялық зерттеулер – Пирогов-Лангханс клеткалары. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> туберкулезді лимфаденит
- <variant> созылмалы лимфолейкоз
- <variant> Капоши саркомасы
- <variant> лимфогранулематоз
- <variant> Бенъе-Бекасаркоидозы
- <question> Ходжкин лимфомасы диагнозымен науқаста емделу барысында инфекциялық асқыну дамыды. Науқасты емдеу тактикасын құрыңыз
- <variant> кең спектрлі әсерлі антибиотиктер, саңырауқұлақтарға қарсы препараттар
- <variant> цитостатиктер, кең спектрлі әсерлі антибиотиктер
- <variant> колония стимуляциялайтын факторлар, эритроцитарлы масса
- <variant> аутомиелотрансплантация, антибиотикі широкого спектра действия
- <variant> шектелген және кең спектрлі әсерлі антибиотиктер
- <question> Науқас диагнозы: Ходжкин лимфомасы. Профилактикалық шаралар жоспарын құрыңыз.
- <variant> созылмалы инфекциялар ошағын санациялау
- <variant> рецидивке қарсы ем
- <variant> зиянды әдеттерден бас тарту
- <variant> қауіп факторлар коррекциясы
- <variant> салауатты өмір салты
- <question> Науқасты объективті тексергенде лимфа түйіндері ұлғайғаны, айқын спленомегалия анықталды. ЖҚА – лейкоциттер $90,5 \times 10^9/\text{л}$, пролимфоциттер 80%. Сүйек кемігі пунктатында пролимфоциттер басым (55%-дан жоғары). Сіздің диагноз:
- <variant> пролимфоцитарлы лейкоз
- <variant> созылмалы лимфобластты лейкоз
- <variant> дифференцирленбейтін лейкоз
- <variant> монобластты лейкоз
- <variant> жіті миелобластты лейкоз
- <question> Жіті лимфобластты лейкозды емдеудің амбулаторлық кезеңін таңдаңыз.
- <variant> қолдаушы ем
- <variant> профазды ем
- <variant> индукционды терапия
- <variant> консолидациялық ем
- <variant> шұғыл терапия
- <question> Жиі жергілікті метастаздар беретін метастаздану жолы
- <variant> Лимфогенді
- <variant> Гематогенді
- <variant> Аралас
- <variant> Жыныстық
- <variant> Аэрогенді

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

- <question> Алысқа және көптеген метастаздар беретін метастаздану жолы
- <variant> Гематогенді
- <variant> Лимфогенді
- <variant> Аралас
- <variant> Жыныстық
- <variant> Аэрогенді
- <question> Бір немесе екі аралас аймақта бірнеше лимфа түйіндерінің ұлғаюы
- <variant> регионарлы лимфоаденопатия
- <variant> жергілікті лимфоаденопатия
- <variant> таралған лимфоаденопатия
- <variant> жіті лимфоаденопатия
- <variant> созылмалы лимфоаденопатия
- <question> Қысқа продромалді кезеңмен, дене қызбасымен, пальпациялағанда жергілікті ауырсынудымен лимфоаденопатия
- <variant> жіті лимфоаденопатия
- <variant> жергілікті лимфоаденопатия
- <variant> таралған лимфоаденопатия
- <variant> таралмаған лимфоаденопатия
- <variant> созылмалы лимфоаденопатия
- <question> Науқас бірнеше жыл бойы лимфоаденопатия. Мойын лимфа түйіндері ауырсынады, қызыл бұршақ тәрізді, қасындағы тіндермен жабыспаған. Лимфоаденопатия сипаты туралы тұжырым жасаңыз
- <variant> созылмалы лимфоаденопатия
- <variant> жергілікті лимфоаденопатия
- <variant> таралған лимфоаденопатия
- <variant> таралмаған лимфоаденопатия
- <variant> жіті лимфоаденопатия
- <question> 30 жастағы науқас әйел емханаға әлсіздікке, тершендікке, стоматитке шағымданып қаралды. Анамнезінде: Заптадан бері ауырады, ем нәтиже бермеген. Объективті: дене қызуы 38,8оС, тері қабаты ақшыл, ылғалды. Қызыл иек гиперплазиясы, ойық жаралы-некроздалған стоматит. Төменгі жақасты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынусыз. Қанда: Нв – 94 г/л, эр. – 2,9 х 10¹² /л, ЦП-0,95, лейкоц. – 13,5 х 10⁹ /л, бласттар – 32 %, таяқшалы – 1 %, түйіршекті – 39 %, лимф. – 20 %, мон. – 8 %, тромбоц. – 90,0 х 10⁹ /л. ЭТЖ – 24 мм/сағ. Стерналді пункция жасалған, цитохимиялық тексеру жүргізгенде: пероксидазаға реакция оң мәнді. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Жіті миелобластты лейкоз
- <variant> Жіті лимфобластты лейкоз
- <variant> Жіті дифференцирленбейтін лейкоз
- <variant> Жіті монобластты лейкоз
- <variant> Жіті промиелоцитарлы лейкоз
- <question> Науқас қызба және осы фонда жылдам төменгіжақасты лимфа түйіндерінің өлшемдері ұлғаюы пайда болуына шағымданып қаралды. Ісіктің жылдам өсуі түкірік безіне, қалқанша безіне және жұмсақ тіндерге тарауы байқалады. Гистологиялықпрепаратында хроматиндер майда түйіршектеліп орналасуымен жетілмеген лимфоидты жасушалар (лимфобласттар) анықталған. Сіздің диагнозыңыз:
- <variant> Беркитт лимфомасы
- <variant> Брилл-Симмерс ауруы
- <variant> ЖПИТ
- <variant> Саркоидоз
- <variant> Сезари синдромы

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<question> 62 жастағы науқас бір жыл бойы ауырады: әлсіздікке, мойын, қолтықасты, шат лимфа түйіндері ұлғаюына шағымданады. Лимфа түйіндері жұмсақ, пальпациялағанда ауырсынусыз. Қан анализі: Лейкоциттер - $40 \times 10^9/\text{л}$ (э-1%, т-3%, т-15%, л-75%, м-6%). Диагнозды нақтылау үшін жүргізу қажет ...

- <variant> стерналді пункцияны
- <variant> лимфа түйіндерінің пункциясы
- <variant> лимфа жүйесін радиоизотопты тексеру
- <variant> лимфа түйіндерінің биопсиясы
- <variant> қанның лейкоцитарлы формуласын анықтау

<question> Үштен жоғары аймақта лимфа түйіндері ұлғаюы

- <variant> таралған лимфоаденопатия
- <variant> жергілікті лимфоаденопатия
- <variant> регионарлы лимфоаденопатия
- <variant> жіті лимфоаденопатия
- <variant> созылмалы лимфоаденопатия

<question> Морфологиялық сустратының лимфоидты қатардағы жасушалық элемент болып табылатын, 20% науқастарда клиникалық әртүрлі органдар мен лимфа түйіндері зақымдалуымен сипатталатын, лейкемизациямен лимфогенді және гематогенді метастаздар беретін қатерлі ісік

- <variant> Лимфосаркома
- <variant> Брилл-Симмерсауруы
- <variant> Беркитт лимфомасы
- <variant> Лимфогранулематоз
- <variant> Сезари синдромы

<question> Емханалық жағдайда лимфосаркоманың ақпаратты диагностикалау әдісі

- <variant> Кеуде торының рентгенографиясы
- <variant> Флюорографиялық зерттеу
- <variant> Қанның толық анализі
- <variant> Құрсақ органдарының УДЗ
- <variant> Компьютерлік томография

<question> 28 жастағы науқаста аздап тығыздалған мойын, сонан соң диаметрі 1-2 см –ге дейін қолтықасты және шат лимфа түйіндері ұлғаюы байқалған. Цитологиялық сипаты – бір-екі эпителиоидты жасушалар топтарымен лимфобластты гиперплазия. *Toxoplasma gondii* анықталған. Диагноз:

- <variant> Токсоплазмозды лимфаденит
- <variant> Брилл-Симмерс ауруы
- <variant> Беркитт лимфомасы
- <variant> Лимфогранулематоз
- <variant> Сезари синдромы

<question> Науқаста мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Басында лимфа түйіндері тығыз консистенциялы, қозғалмалы, пальпациялағанда ауырсынатын болды. Кейін бірікті. Лимфа түйіндері теріге жабысып, жабысқан жерлерде флюктуация дамыды. Жарылған іріңді жерлерде ұнтақшалы консистенциялы іріңді бөлінулермен жыланкөздер пайда болған. Іріңді бөлінулерді микроскопиялық тексергенде Кох таяқшалары анықталған. Болжам диагноз:

- <variant> Туберкулезді лимфаденит
- <variant> Брилл-Симмерс ауруы
- <variant> Беркитт лимфома
- <variant> Лимфогранулематоз
- <variant> Сезари синдромы

<question> Науқаста В. өкпе рентгенограммасында кеудеішілік лимфа түйіндері ұлғаюы

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

анықталған, өкпе тіндерінде өзгерістер жоқ. Манту реакциясы теріс мәнді. Диагноз:

- <variant> Саркоидоз
- <variant> Брилл-Симмерс ауруы
- <variant> Беркитт лимфома
- <variant> Лимфогранулематоз
- <variant> Туберкулезді лимфаденит
- <question> 27 жастағы науқас дәрігерге әлсіздікке, тершендікке, салмақ жоғалтуға, құрсақтың сол бөлігінде бөгде зат сезінуге шағымданып қаралды. Объективті: тері қабаты мен кілегей қабаты бозарған, лимфотүйіндері ұлғаймаған. Бауыр және көкбауыр ұлғайған, ауырсынады. ЖҚА: Нв – 110 г/л, эритроциттер – 3,5х10¹²/л, ТК – 0,9, лейкоциттер – 2,3х10⁹/л, тромбоциттер – 380х10⁹/л, эозинотилдер – 9%, промиелоциттер – 2%, миелоциттер – 22%, мегамиелоциттер – 20,5%, п/я – 15%, с/я – 12%, лимфотиттер – 8,5%, ЭТЖ – 20 мм/сағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Жіті лейкоз
- <variant> Гипопластикалық анемия
- <variant> Агранулоцитоз
- <variant> Инфекциялы мононуклеоз
- <variant> Созылмалы миелотейкоз
- <question> 32 жастағы ер адам ұзақ уақыт дене қызуының 38,4 С көтерілуіне және кешке қарай субфебрилді деңгейге дейін төмендеуіне, қалтырауға, тершендікке, тізе буынындағы ауырсынуларға, құрғақ жөтелге, бас ауруына, әлсіздікке, делсалдыққа шағымданып келді. Анамнезінен: 2 жыл шопан болып істеген. Қан талдауында: лейкоциттер 3,2х10⁹/л, лимфотиттер 56%, Райт-Хеддльсон реакциясы 1:200. Науқастағы қызбаның ... түрі тән.
- <variant> Толқын тәрізді
- <variant> Тұрақты
- <variant> Әлсірететін
- <variant> Ауыспалы
- <variant> Гектикалық
- <question> Қабылдауда ер адам қызбаға, тершендікке, оң жақ кеуде клеткасындағы терең тыныс алғандағы ауырсынуға, әлсіздікке, еңтігуге, «тотық » түсті қақырыққа шағымданады. Аускультацияда өкпенің төменгі бөлімінде оң жақтан әлсіз везикулярлы тыныс, крепитация естіледі. ТАЖ минутына 28 рет. Рентгенде: оң жақ өкпенің төменгі бөлімінде қараю. Науқастағы қызбаның ... түрі тән.
- <variant> Қажытатын (гектикалық)
- <variant> Әлсірететін (ремитирлеуші)
- <variant> Интермиттирлеуші
- <variant> Қайтымды
- <variant> Дұрыс емес
- <question> 56 жасар науқаса әлсіздік, тез шаршағыштық, 38 С дейін дене температурасының жоғарылауы, бел аймағында ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде созылмалы пиелонефритпен ауырған. Қарағанда жалпы жағдайы орташа. Терісі боз. АҚҚ 150/100мм.с.б., Пастернацкий симптомы екі жағынан оң мәнді. Зәрді зерттегенде диурездің жоғарылауы, салыстырмалы тығыздығының төмендеуі, протеинурия, лейкоцитурия. Бүйректің УДЗ-де бүйрек паренхимасы тығыздалған, көмедері ұлғайған. Дәрігер тактикасы ... қарастырады.
- <variant> Тәртіптің орташа шектеуін, жұмысқа орналастыруын
- <variant> самалдауды жоққа шығарып белсенді тәртіп
- <variant> Тәртіптің айқын шектеуін, жұмысқа орналастыруын
- <variant> спортпен шұғылдануды шектеуді
- <variant> Стационарлық емді
- <question> 22 жастағы науқас әйел, жалпы тәжірибе дәрігерін үйіне шақырды. Дене қызуы 38

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

градуска көтерілген, қалтырау, әлсіздік, дел салдық, тәбетінің төмендеуі, бас ауруы қинайды. Өзін бір апта бойы ауру санайды, қызу түсіретін дәрі ішкен. Жиі зәр шығарады, оң белі ауырады. Ауруын салқынның өтуімен байланыстырады. Науқастың диагнозы:

<variant> жедел пиелонефрит

<variant> пневмония

<variant> жедел эндометрит

<variant> Жедел цистит

<variant> ЖРВИ

<question> Қабылдауда 17 ж., жасөспірім, температурасы 37,6 С, ірі буындарындағы ұшпалы ауыну сезіміне шағымданады. Айтуынша 3 жеті бұрын ауырған, бірақ ауру сезімі тұрақты мазаламағасын дәрігерге баруға асықпаған. Қыс пен көктемде үш рет баспамен және бірнеше рет тыныс жолдарының жұқпасымен ауырған. Осы кезде оң тізе және сол бақай буындарында ауру сезімі мазалайды, буындары іскен, терісі сәл қызарған, ыстық, қозғалғанда ауырады. Кеудесінің терісінде сәл қызғылт ортасы ашық түсті дақтар бар.

Науқастың диагнозы:

<variant> Лайма дерті

<variant> ревматикалық артрит

<variant> инфекциялық - аллергиялық полиартрит

<variant> Ревматоидты артрит

<variant> склеродермия.

<question> 22 жастағы науқас, спортшы, дене температурасының 39 С жоғарылауына, қалтырау, физикалық күш түскенде енгізу, тәбетінің жоқтығына шағымданып жолықты. 1 айдан бері ауырады. Қарағанда: терісі сарғыш, бозғылттау, аяқтарында петехиалды бөртпелер. Өкпеде - аздаған ылғалды сырылдар бар. Жүрек тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систолалық шу естіледі. Пульсі - 106 рет/мин. АҚҚ - 120/40 мм с.б., бауыры оң қабырға доғасы астынан 5 см төмен орналасқан, сипағанда ауырады. Аяқтарында ісіктер бар. Науқастың диагнозы:

<variant> инфекциялық эндокардит

<variant> пневмония

<variant> бауыр циррозы

<variant> ревмокардит

<variant> миокардит

<question> 35 жастағы науқаста пеницилинге тұрақты ұзақ уақытылы қызба, түйінді эритема, анемия (Hb 100 г/л, түс көрсеткіші 0,8, ретикулоциттер 12%), моноциттердің 20% дейін жоғарылауы. Бұл жағдайда біріншіден ... болжау керек.

<variant> инфекциялық моноклеозды

<variant> туберкулезді

<variant> лимфогранулематозды

<variant> аденовирусты инфекцияны

<variant> бруцеллезді

<question> Екі күн бұрын баспамен ауырған науқаста дизурия, бел аймағында ауырсыну, субфебрилитет, лейкоцитоурия, бактериурия байқалады. Науқаста ...

<variant> созылмалы пиелонефриттің өршуі

<variant> созылмалы гломерулонефриттің өршуі

<variant> диэнцефальды синдром

<variant> гипертониялық ауру

<variant> бүйрек үсті безінің ісігі

<question> 30 жасар науқас 37,8С дейін дене қызбасы, кіші дәретке барғанда ауырсыну, буындардағы ауырсыну мазалайды. Өкпесінде везикула тынысы. Жүрек тондары анық, ырғақты. АҚҚ 120/75 мм.с.б. Пульс 76 рет мин. Уретрадан сүртіндіде хламидиялар анықталды. Науқасты

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

емдеу үшін ... тағайындаймыз:

<variant> тетрациклин

<variant> ампициллин

<variant> цефамезин

<variant> гентамицин

<variant> линкомицин

<question> 76 жасар науқас, бөлімге бел аймағының ауырсынуы, дизуриялық белгілермен түсті, жоғары аталған шағымдар бойынша осыған дейін ем қабылдаған. Жалпы зәр анализінде: салыстырмалы тығыздығы – 1007 г/л, ақуыз – 0,05г/л, эритроциттер – жоқ, лейкоциттер – 20-30 көру алаңында, бактериялар+++ . Қанда: креатинин – 0,23 ммоль/л.

Болжам диагноз:

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Жедел гломерулонефрит

<variant> Жедел пиелонефрит

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Жедел цистит

<question> Қызуы бар науқаста зәр анализінде пиурия (50% лимфоцитов) анықталды.

Қайталамалы зәрді бактериологиялық зерттегенде қоздырғыш анықталмаған. УДЗ-де оң жақ бүйректе тостағанша-ілемктің күрт ұлғаюы және қалыңдауы анықталған. Бұл жағдайда бактериологиялық зерттеудің қорытындысының пиурия дамуына әсері қандай?

<variant> Бүйрек туберкулезі

<variant> Жедел іріңді нефрит, егер зәр шығару жолынан ірің бөлінсе

<variant> Зәр шығару жолының хламидиялық немесе микоплазмалық инфекциясы, қарапайым микробиологиялық ортада қоздырғышты анықтау мүмкіндігі болмағанда

<variant> гломерулонефрит

<variant> Бүйрек ісігі

<question> 35 жасар науқас С., бел тұсы аймағының ауырсынуына, жиі несеп бөлінуіне шағым айтады. 4 жыл бұрын босанғаннан кейін бел тұсындағы ауырсыну, қызба, дизурия, мазалаған.

Объективті: Дене температурасы – 37,30С. Қағу симптомты екі жағынан да оң мәнді. Қанда: ЭТЖ – 25 мм/сағ, лейкоциттер - 7,0х10⁹/л. Зәр анализі: мен. салм. – 1010, белок – 0,24 г/л, лейкоциттер – 50-70 к.а., эритроциттер – өзгермеген және өзгерген 3-5 к.а. Нечипоренко сынамасы: эритроциттер – 1050, лейкоциттер – 25500. Ең ықтимал диагноз:

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Гломерулонефрит

<variant> Бүйрек амилоидозы

<variant> Бүйрек поликистозы

<variant> Бүйрек рагі

<question> 59 жасар науқас Б., бір ай шамасында 380С – қа дейін қызба, ауырсынусыз макрогематурия пайда болған. Антибиотиктермен емделген, нәтижесіз. АҚҚ – 150/90 мм.с.б.б.

Қанда: Нв – 160 г/л, ЭТЖ – 57 мм/сағ. Ең ықтимал диагноз:

<variant> Бүйрек обыры

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Тынжытас ауруы

<variant> Созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы

<variant> Бүйрек туберкулезы

<question> 32 жастағы науқас О., бел аймағындағы ауру сезіміне, жиі ауру сезімді зәр шығаруға, дене температурасының 39 градусқа көтерілуіне, қалтырауға шағымданып келді. Ауырғанына 1 апта болған. Объективті АҚ 180/80 мм.с.б.б. Пульс 100 рет мин. Оң жақта ұрғылау симптомты оң. Қанда лейкоцит 10,2, СОЭ 32, ЖЗА: бұлыңғыр, сал.тығ. 0,026, лейкоцит барлық к.а. Клиникалық

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

диагноз:

<variant> оң жақты пиелонефрит

<variant> жедел цистит

<variant> зәр тас ауруы

<variant> созылмалы пиелонефрит

<variant> созылмалы простатит

<question> 70 жасар науқас Б., оң бел аймағының интенсивті ауырсынуына, дене қызуының 39о С-қа дейін жоғарлауына, зәрде құрт тәрізді қан ұйытқылының пайда болуына, азуына шағымданады. Ұрғылау симптомы оң жақта оң мәнді. Қан анализінде: гемоглобин – 98 г/л, эритроциттер – 3,2 млн., лейкоциттер – 10 мың, ЭТЖ – 70 мм/сағ. Зәр анализінде: сал. тығ. – 1012, ақуыз – 1,2 г/л, лейкоциттер – 5-6 к/а, эритроциттер 50-ге дейін к/а. Болжам диагноз:

<variant> Бүйрек ісігі

<variant> Зәр тас ауруы

<variant> Поликистоз

<variant> Туберкулез

<variant> Амилоидоз

<question> 32 жастағы науқас П., бел тұсындағы ауырсынуға, жиі зәр шығаруға шағымданады. 5 жыл бұрын босанғаннан кейін бел тұсындағы ауырсыну, қызба, дизурия болған. Объективті: температура 37оС, белден ұрғылау симптомы екі жақта оң. Қанда: лейкоц. – 6,1 мың, ЭТЖ – 20 мм/сағ. Зәр анализі: сал. тығ. -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциттер көру аймағын толық жапқан, эритроциттер – сілтіленген және өзгермеген 3- 5 к/а. Нечипоренко сынамасы: зр – 1000, лейкоц – 20000, сафронинмен бояғанда – Штернгеймер-Мальбин клеткалары. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant> Пиелонефрит

<variant> Бүйрек обыры

<variant> Бүйрек амилоидозы

<variant> Бүйрек поликистозы

<variant> Гломерулонефрит

<question> 32 жастағы науқас А., бел тұсындағы ауырсынуға, ауырсынумен жиі зәр шығаруға, дене қызуының 39оС дейін көтерілуіне, қалтырауға шағымданады. Бір апта бұрын суық тигеннен кейін ауырған. Объективті: АҚ-160/80 мм с.б. Пульс-минутына 90 рет. Оң жақта белден ұрғылау симптомы оң. Қанда: лейкоц-10,2 мың, ЭТЖ-32 мм/сағ. Зәр анализі: бұлдыр, сал. тығ-1018, белок-0,036 г/л, лейкоциттер – көру аймағын толық жапқан. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Антибиотиктер

<variant> Глюкокортикоидтар

<variant> Преднизолон

<variant> Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

<variant> Сульфаниламидтар

<question> Науқас З., 1975ж, бел аймағындағы ауыру сезіміне, дене қызуының 37,6 жоғарылауына, жиі зәр шығаруға шағымданады. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Қабақтардағы ісіну. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 130/80 мм.с.б.б. пульс 80 рет мин. ЖҚА эр 3,5, Нб 130г/л, Лейк 12, СОЭ 20 мм сағ, ЖЗА сал.тығ 1012, белок 0,066, Лейк 25-30к.а., эпителий 6-8, бактериурия. Бүйрек УДЗ: созылмалы пиелонефриттің белгілері. Екі бүйректе майда конкременттер анықталады. Антибиотикотерапияны тағайындау үшін зерттеу әдісі:

<variant> зәрді бак. егу және антибиотикке сезімталдығын анықтау

<variant> қанды бак. егу

<variant> қандағы креатинин деңгейін анықтау

<variant> тәуліктік белок жоғалтуын анықтау

<variant> Реберг Тареев сынамасы

<question> Науқас Г., 32 жаста бел аймағындағы тартып ауыру сезіміне, беттің және аяқтың

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2		84беттің 1беті
тесттік тапсырмалары, 6 курс		

ісінуіне, дене температурасының 38 жоғарылауына шағымданады. Баспамен ауырғаннан соң 2 аптадан кейін жедел дамыған. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Бетте, аяқ қолда консистенциясы қамыр тәрізді ісінулер, ұстағанда жылы. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 170/120 мм.с.б.б. ЖҚА эр 3, Нб 96г/л, Лейк 3, тромбоцит 180, СОЭ 45 мм сағ, ЖЗА сал.тығ 1020, белок 3,1, Лейк 8-10к.а., гиал цилиндр 12. БҚА: Креатинин 105, мочевиная 8, гамма глобулин 25%, СРБ++. Клиникалық хаттамаға бойынша неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> глюкокортикоиды +антиагрегант+антикоагулянт

<variant> диуретик+антибиотик

<variant> уросептик+спазмолитик

<variant> метаболик+диуретик

<variant> антибиотик +антиагрегант+антикоагулянт

<question> Науқас П., 37 жаста, бел аймағының ауырсынуына, жиі зәр шығаруына шағымданады. Анамнезінде 5 жыл бұрын босанғаннан кейін бел аймағының ауырсынуы, қызба, дизурия мазалаған. Объективті: температура 370С. Ұрғылау симптомы екі жақта да оң. Қанда: лейкоцит – 6,1x 109/л, ЭТЖ – 20 мм/сағ. ЖЗА: сал. тығ -1005, ақуыз – 0,033 г/л, лейкоцит- 6-8 к.а., Нечипоренко сынаамасы: эритроцит – 1 x 106/л, лейкоцит – 6 x 106/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу кезінде препаратты тиімді тағайындау:

<variant> Пенициллиндер

<variant> Линкозаминдер

<variant> Тетрациклиндер

<variant> Аминогликозидтер

<variant> Нитрофурандар

<question> Әйел А., 29 жаста, бел аймағының ауырсынуына, жиі ауыру сезімімен зәр шығаруына, дене температурасының 39°С жоғарылауына, қалтырауға шағымданып түсті. Суықтау әсерінен 1 апта бұрын ауырған. Об-ті: АҚ-160/80 мм рт. ст. Пульс- 90 рет мин. Ұрғылау симптомы оң жақта оң. Қанда: лейкоцит-10,2 x109/л, ЭТЖ-22 мм/сағ. Зәр анализінде: бұлыңғыр, сал. тығ.,-1018, ақуыз-0,066 г/л, лейкоцит – 10-12 к.а. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу кезінде препаратты тиімді тағайындау:

<variant> Антибиотиктер

<variant> Цитостатиктер

<variant> Глюкокортикоидтар

<variant> Кортикостероидтар

<variant> Уросептиктер

<question> 19 жастағы П., дене қызуының 38,5 С-ге дейін жоғарлауы, қалтырау; жүргенде күшеетін бел аймағындағы ауыру сезіміне, ауыру сезіммен жиі зәр шығаруға шағымданады. Объективті: бел аймағында бұлшық еттерінің кернеуі, екі жақтан соғу симптомы айқын оң. Қанда: ЭТЖ - 45 мм/с. Зәр анализ інде: лейкоциттер: 15-17 к/а, эритроциттер: 1-ші к/а., белок - 0,04 г/л, бактерия++. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Тубулоинтерстициалды нефрит

<variant> Амилоидоз

<variant> Нефролитиаз

<variant> Бүйрек туберкулезі

<variant> Гломерулонефрит

<question> 37 жастағы А., еркек бел аймағындағы ауырсыну сезіміне, ауырсыну сезімімен жиі зәр шығару, тдене қызуының 39Сге дейін жоғарлауы, қалтырауға шағымданып түсті. Бір апта бұрын суық тиюден кейін ауырып қалды. Объективті: АҚ- 160/80 мм.с.б. ЖСЖ 85рет мин. Оң жақта соғу симптомы оң. Қанда: лейко - 10, 2 мың, ЭТЖ - 40 мм/с. Зәр анализі: бұлыңғыр, тығыздығы - 1018, белок - 0, 036 г/л, лейкоциттер – к/а жайылған. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу кезінде препаратты тиімді тағайындау:

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> Антибиотиктер

<variant> Цитостатиктер

<variant> Глюкокортикоидтар

<variant> Уросептиктер

<variant> Кортикостероидтар

<question> Науқас 68 жаста он жак бел аймағында кушти ауру сезіміне, дене температурасының 38 гр көтерілуіне, күрт тәрізді қан ұйындысына жүдеуге шағымданады. Ұрғылау симптомы оң жакта оң нәтежие берді. ЖҚА: эр-3,2 млн. Нв-100 г/л лейко-10 мың. СОЭ-70 мм/сағ. ЖЗА: тығ-1012 белок-1,2 г/л лейко-5-6 в п/зр эр- 50 көру алаңында. Кезекті тексеру әдісі:

<variant> Бүйрек УЗИ

<variant> Бүйрек КТ

<variant> Бүйрек биопсиясы

<variant> Бүйрек Ангиографиясы

<variant> Экскреторлы урография

<question> Науқас А 50 жаста, ұзақ қызба кезінде тексеру барысында жүрек клапандарында вегетация тәрізді қойылымдар анықталған. Тәуліктік диурез 1,2 л. Бактериологиялық тексеру кезінде қанда St. Aureus анықталған. Ампиокспен т/і ем алған (нәтижесіз). Қанда: Нв – 98г/л, лейкоцит 12х10/л, ЭТЖ – 40 мм/сағ. Зәрде: УВ – 1,018, белок – 1,066г/л, эритроцит 8-10, лейкоцит 10-12 к.а., лейкограмма – 50% лимфоцит. Креатинин 150 мкмоль/л. СКФ 80 мл/минут. Бактериологиялық тексеру кезінде микрофлора анықталған. Келесі әдісті:

<variant> антистрептолизин О анықтау

<variant> зәрде стрептококк анықталу

<variant> қанда стрептококк анықталу

<variant> бүйрек биоптатында стрептококк анықталу

<variant> аңқа жағындысында стрептококк анықталу

<question> 22 -жастағы науқас қызбамен, әлсіздікпен, ісінумен, аяқ пен қолдың ұсақ буындарындағы ауыру сезіміне шағымданып түсті. 4 ай бұрын босанғаннан кейін ауырған. Текеру кезінде: дене температурасы 38,4, пульс 100 рет мин., АҚ 140/90 мм с.б.б., буындары ісінген, ауырсынады. Балтыр, табан ауырсынады. диурез күніне 500 мл. Лабораторлы көрсеткіштер: НВ 102 г/л, лейкоцит 3600, тромбоцит 118000, ЭТЖ 45 мм/сағ. Зәрде: сал тығ 1014, белок 5 г/л, эритроцит 60-80 к.а., лейкоцит 6-8 к.а. Жалпы белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 23мг%, холестерин 220мг%. Клиникалық хаттамаға сәйкес патогенетикалық терапия тағайындаған тиімді:

<variant> Преднизолонмен пульс-терапия

<variant> Преднизолон 60мг/күн тағайындау, преднизолонмен және циклофосфанмен пульс-терапия

<variant> Преднизолонмен монотерапия 60 мг/күніне

<variant> Преднизолонмен регулярлы терапия ішке

<variant> Циклофосфамидпен пульс – терапия

<question> Науқас, әйел, 26 жас, бел аймағының ауырсынуына, жиі зәр шығаруына, дизурияға шағымданады. Объективті: температура 38С, ұрғылау симптомы екі жақтан да оң. Қанда: лейко. – 8,1 мың., ЭТЖ – 20 мм/сағ. Зәрде: сал тығ-1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциты 30-50к.а. Нечипоренко сынаамасы: эр. – 1000, лейко. – 30000. Клиникалық хаттамаға сәйкес емді бастайтын препарат тобы:

<variant> Антибиотиктер

<variant> Диуретиктер

<variant> Глюкокортикоидтар

<variant> Цитостатиктер

<variant> Метаболиктер

<question> Науқас С 25 жас, шат аралық ауырсынуға, оның сегізкөз және бел аймағына

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

берілуіне шағымданады. Дене температурасы 39,5оС. Зәр шығару қиындаған, ауырсынады. Клиникалық хаттамаға сәйкес емге ең бірінші тағайындаған тиімді:

- <variant> Спазмолитиктер
- <variant> Уросептиктер
- <variant> Антибиотиктер
- <variant> Стероид қарсы емес қабыну препараттар
- <variant> Глюкокортикостероидтар

<question> Қан анализінде: Нв-50 г/л; Эр.- 1,09*1012/л; ТК- 1,3 Аддисон-Бирмер анемиясымен ауыратын жағдайы күрт төмендеп, субфебрильді температура, әлсізденіп, санасы шатасқан, бас ауруы бақалған кезде 62 жастағы науқаста ... болжауға болады.

- <variant> гемолитикалық кризді
- <variant> жіті қан жоғалтуды
- <variant> жіті инфекцияны
- <variant> аурудың өршуін
- <variant> бас ми қанайналысының бұзылысын

<question> Дәрігерге 22 жастағы науқас әйел аяқ басындағы буындарда ауырсынуға, субфебрильді температураға, сирақ және сан терілерінде симметриялы геморрагиялық бөртпелерге шағымданып қаралды. Анамнезінде: бірінші рет ауырған, апта бұрын вирусты инфекциямен ауырған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- <variant> Шейнлейн-Генох ауруы
- <variant> Верльгоф ауруы
- <variant> Гемофилия
- <variant> Рандю-Ослер ауруы
- <variant> Жіті лейкоз

<question> Жедел ревматикалық қызба емінде кортикостероидтарға көрсеткіш болып ... табылады.

- <variant> процестің жоғары активтілігі
- <variant> процестің орташа активтілігі
- <variant> процестің төмен активтілігі
- <variant> процесс созылықы болғанда
- <variant> рецидивті ағымда

<question> 57 жасар науқаста мөлшерлі тамақтанудан кейін түнде сол аяқ басбармағында қатты ауырсынулар пайда болды, температурасы 38С. Қарағанда 1-ші плюсна-фалангалық буынның ісінуі, оның айналасындағы терінің гиперемиясы анықталды. Саусақты сипағанда оның қатты ауырсынуы анықталады. Жіті подагралық артритті басу үшін емдеу жоспары:

- <variant> стероидты емес қабынуға қарсы дәріктер
- <variant> цитостатиктер
- <variant> антибактериалды дәріктер
- <variant> ксантинооксидаза ингибиторлары
- <variant> алтын препараттары

<question> Инфицирленген масалар арқылы тарайтын жіті вирусты геморрагиялық ауру:

- <variant> сары қызба
- <variant> лептоспироз
- <variant> иерсиниоз
- <variant> малярия
- <variant> описторхоз

<question> Сары қызбаның алдын алу шарасы:

- <variant> вакцинация
- <variant> санитарлық ағарту жұмыстары

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> диета

<variant> жеке гигиена

<variant> зиянды әдеттерден бас тарту

<question> Қыз-бала 15 жаста, дене температурасының 37С дейін жоғарлауына, әлсіздікке, қолдарының және басының еріксіз қозғалуына, сөйлеудің бұзылуына шағымданады. Қарау кезінде балтырында бірен-саран ашық-қызғылт түсті, сақина тәрізді бөртпелер бар. Қан анализінде: лейкоциттер – 8,5 мың, ЭТЖ – 29 мм/сағ. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> Жіті ревматикалық қызба

<variant> Жүйелі қызыл жегі

<variant> Самайлық артериит

<variant> Түйінді полиартериит

<variant> Бейспецификалық аортоартериит

<question> Амбулаторияға науқас әйел үш айдан бері қалтырауға, дене қызуы 390С дейін жоғарылауына қолқа ақауы, сол жақ сирақ тромбозы белгілерімен қаралды. 4 ай бұрын екі жақты пневмониямен ауырған, амбулаторлы емделген. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> бактериалды эндокардит

<variant> бауыр абсцесі

<variant> пиелонефрит

<variant> холангит

<variant> лимфогранулематоз

<question> 20-жастағы жүкті әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге бел тұсында ауырсынуға, жиі диурезге, дене қызуы жоғарылауына, дизурияға шағымдалып қаралды. 5 жыл бұрын бала туғаннан соң бел тұсында ауырсынуға, дене қызуы жоғарылауы, дизурия пайда болған. Объективті: температурасы 39 0С, ұрғылау сипмтомы екі жақтан оң мәнді. Қанында: лейкоциттер – 10,1 мың, ЭТЖ – 20 мм/сағатына. Несеп анализінде: салыстырмалы тығыздығы -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциттер көру аймағын толық жауып тастаған, бактерияға сепкенде несепте хламидиялар анықталған. Клиникалық хаттамаға сәйкес бұл жағдайда қолдану қажет:

<variant> джозамицин

<variant> азитромицин

<variant> кларитромицин

<variant> рокситромицин

<variant> мидекамицин

<question> Қимылдағанды тізе буындарында сықыр және тыныштық күйде басылатын ал жүрген кезде ауырсыну, буын сңылауларының біркелкі емес тарылуы және остеофиттер тән

<variant> остеоартрозға

<variant> ревматоидты артритке

<variant> подаграға

<variant> ревматизмге

<variant> түйінді периартериитке

<question> 2.45 жастағы ер адам, дәрігерге сол жақ табанында қатты ауырсыну пайда болуына шағымданды. Анамнезінде: жақын арада алкоголь қабылдаған. Ауырсыну аяқ астынан 1-ші алақанфалангалық буыннан басталған. Объективті тексергенде бас бармақ буыны тұсында тері қабаты айқын қызарған, ұстап көргенде ыстық, қозғалыс шектелген.

Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Подагралық артрит

<variant> Реактивті артрит

<variant> Рейтер синдромы

<variant> Псориаздық артрит

<variant> Ревматикалық полиартрит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<question> 45 жасар ер адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге оң табанында қатты ауырсынуға шағымданып келді. Бір күн бұрын досының туылған күнінде болған, көп мөлшерде кәуап жеп, қызыл шарап ішкен. Ауырсыну таңғы сағат 6 шамасында басталып, оң аяқтың бірінші саусақ буынында орналасқан. Буын үстінде тері қызарған, ісінген, сипағанда ыстық және қатты ауырсыну байқалады, қозғалғанда, жүргенде күшейеді. Әлсіздік, дене температурасы 37,6 С, бас ауыруы байқалады. Бұндай жағдай өмірінде бірінші рет болып тұр. Сіздің күдігіңіз подагралық шабуыл. Сіздің диагностикалық тактикаңыз:

<variant> Тәуліктік зәрде зәр қышқылын анықтау

<variant> Табанның R-граммасы

<variant> Ревматоидты факторды анықтау

<variant> Қанның клиникалық талдауы

<variant> Буын пункциясы

<question> 62 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге ұсақ буындарындағы механикалық сипаттағы, кешке қарай күшейетін ауырсынуға шағымданып келді. Объективті: саусақтарының дисталды буындары деформацияланған, Геберден, Бушар түйіндері анықталды. Бұл науқасқа ... тағайындау қажет.

<variant> антибиотиктерді

<variant> ангиопротекторларды

<variant> кортикостероидтарды

<variant> стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды

<variant> спазмолитиктерді

<question> 27 жастағы әйел дәрігерге саусақ, тізе буындарында ауырсынуға, сол буындардың ісінуіне, қимылының шектелуіне шағымданып келді. Таңертең, сағат 12 - ге дейін зақымданған буындарда тырысу байқалады.

Объективті: саусақ, тізе буындарының дефигурациясы. Қан талдауы: эритроциттер- 3,2x10¹²/л, гемоглобин- 105 г/л, лейкоциттер- 12x10⁹/л, ЭТЖ- 36 мм/с. Саусақтар рентгенографиясы: саусақ буындары маңының остеопорозы, буын қуысының тарылуы, көптеген узурлар. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> РА, полиартрит, баяу үдемелі ағым, II белсенділік сатысы, РС III

<variant> РА, полиартрит, жедел үдемелі ағым, III белсенділік сатысы, РС I

<variant> РА, полиартрит, айқын үдемелі, I белсенділік сатысы, РС II

<variant> РА, олигоартрит, баяу үдемелі ағым, II белсенділік сатысы, РС IV

<variant> РА, моноартрит, жедел үдемелі ағым, III белсенділік сатысы, РС III

<question> Науқас 35 жаста, 15 жыл бойы ревматоидты артрит диагнозымен тіркеуде тұр.

Вирусты инфекциядан кейін жөтел, қақырық, буындарда ауырсыну сезімі күшейген. Объективті: Білезік буынының ульнарлы девиациясы, ревматоидты түйіндер байқалған. Өкпесінде қатты дыбыс. Құрғақ сырылдар. Қанында: Гемоглабин 102 гр/л., эритроциттер -4,2 x 10¹², лейкоциттер 3,6 x 10⁹, ЭТЖ – 48 мм/сағ. Рентгенограммада өкпе суретінің күшейгені байқалады, емдеу тактикасы:

<variant> кортикостероидтер тағайындау

<variant> цитостатиктер тағайындау

<variant> алтын препараттарын тағайындау

<variant> антибиотиктер тағайындау

<variant> аминохинолин қатарындағы дәрілер тағайындау

<question> Ер адам 26 жаста, дене қызуының бірнеше күн бойы 38,5 - қа дейін жоғарлауына, басының ауруына, жалпы әлсіздікке, тізе және тобық буындарындағы «қатты ауырсынуға», аяқтарының тырысып қалуына шағымданды. Жалпы қан анализі бойынша: лейкоциттер – 3,4 мың, лимфоциттер – 42%, ЭТЖ – 30 мм/сағ. Рентген сурет бойынша екі жақ тізе буынында субхондральды пластинкалардың тығыздалуы. Емдеу тактикасы:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<variant> ципрофлоксацин

<variant> цефтриаксон

<variant> метронидазол

<variant> ампициллин

<variant> цефазолин

<question> 16 жасар науқас тізе, тобық, білезік буындардағы ауырсынуға, 38С дейін дене қызбасына, жүрек соғуына, денедегі бөрілерге шағымданады. 2 апта бұрын фарингитпен ауырды. Объективті: терісінде – сақина тәрізді эритема. Буындар дефигурациялы, сипағанда ыстық, қимылдағанда ауырады. Жүрек шекаралары ұлғайған, тондары тұйық. ЖЖЖ 58 мин. ЖҚА: эр-5,2 млн., Нв-135 г/л, л-18 тыс. ЭТЖ-35 мм/сағ. Бұл жағдайда емдеу тактикасы:

<variant> амоксициллин+ диклофенак+ преднизолон

<variant> амоксициллин+ диклофенак+ дигоксин

<variant> амоксициллин+ диклофенак+ гипотиазид

<variant> диклофенак+ преднизолон+ конкор

<variant> диклофенак+ преднизолон+ каптоприл

<question> Әйел адам, 35 жаста, шағымдары: температурасының 38-39 С дейін жоғарылауы, ұшпалы ауру сезімі, 2 жыл бойы тізе, балтыр –табан,шынтақ-білезік буындарында ісіну мен қимылының шектелуі, айқын жалпы әлсіздік, дене массасының азаюы (7 кг 6 май ішінде ; Объективті: полилимфаденит, гепатоспленомегалия. Буындар Рентгенограммасында – эпифизарлы остеопороз, буын сағылауларының тарылуы. ЖҚА: Л - 3,6х10⁹/л, с/я - 35%, лимфоциттер 53%, Этж 44 мм/сағ. СРБ – айқын оң, фибриноген 5,9 г/л. Ревматоидты фактор - оң. Бұл жағдайда... тағайындау тиімді.

<variant> Сульфасалазин 3 г/тәу

<variant> Метипред 20 мг/тәу

<variant> Преднизолон 60 мг/тәу

<variant> Метотрексат 120 мг/тәу

<variant> Циклофосфан 600 мг/апта

<question> 1. Ұшпалы ірі буындардың симметриялы зақымдануы және процестің жылдам кері дамуы ... тән.

<variant> ревматикалық полиартритке

<variant> подагралық артритке

<variant> деформациялаушы остеоартрозға

<variant> ревматоидты артритке

<variant> псевдоартритке

<question> Ревматоидты артритпен ауыратын әйел соңғы 2 жылда метотрексат қабылдайды.

Өтас ауруына байланысты жоспарлы операцияға дайындалуда. Метотрексатпен емделу мәселесін шешу қажет:

<variant> метотрексатты қабылдауды жалғастыру

<variant> операциядан 1 апта бұрын препаратты тоқтату

<variant> метотрексатты преднизолонмен алмастыру

<variant> метотрексат дозасын көбейту

<variant> препаратты 2-3 айға тоқтату

<question> Псориаздық артритке тән рентгенологиялық белгіге ... жатады.

<variant> буын беттерінің остеолізі

<variant> екіжақты сакроилеит

<variant> остеофиттер

<variant> буын жанындағы остеопороз

<variant> симметриялы синдесмофиттер

<question> 55 жастағы ұзақ уақыт ревматоидты артритпен ауыратын науқаста тізе және

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		84беттің 1беті

сираяқбасы буындарының фиброзды анкилозы байқалады. Еңбекке жарамсыздығын анықта:

<variant> II топ мүгедектігі

<variant> I топ мүгедектігі

<variant> III топ мүгедектігі

<variant> бірнеше күн еңбекке жарамсыз

<variant> еңбекке жарамды

<question> Науқас 56 жаста, қос жақты коксартроз III-IV дәр. Еңбекке қабілеттілігін анықтаныз:

<variant> I топ мүгедек

<variant> еңбекке қабілетті

<variant> II топ мүгедек

<variant> III топ мүгедек

<variant> 2-3 күнге еңбекке жарамсыз

<question> Остеоартрозда уақытша еңбекке жарамсыздықтың негізгі белгісі . . . болып табылады.

<variant> синовит

<variant> буын ауырсынуы

<variant> буындағы сықыр

<variant> R-графияда буын беттерінің остеофиттері

<variant> ЭТЖ-25мм/сағ.

<question> Ревматоидты артрит кезінде уақытша еңбекке жарамсыздықтың белгісіне . . . жатады.

<variant> ЭТЖ – 40мм/сағ баяулауы

<variant> таңертең аздап буындардың сіресуі

<variant> БФБ I дәрежесі

<variant> рентгенографияда остеопороз белгілері болуы

<variant> лейкоцитоз

<question> 30 жастағы жас ер адам тізе буынындағы ауырсынуға, дене қызуының 38,5С

көтерілуіне, үрпіден аз мөлшердегі бөлініс бөлінуіне, ауыз қуысындағы жараға шағымданады.

Склера тамырларының қызаруы байқалады. Қарағанда тізе буындары ісінген, оң жағынан көкшіл сипаттағы қызару, қозғалыстың шектелуі байқалады. ЖҚА-де нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлауы. Үрпіден алынған жағындыда хламидий табылды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Рейтер ауруы (синдром)

<variant> Подагра

<variant> Остеоартроз

<variant> РА, буындық түрісу

<variant> Ревматикалық қызба

<question> 26 жасар әйел, теңізге барғаннан кейін 6 ай бойы қолының саусақ және білезік буындарының полиартрит белгілері пайда болған. 2 ай бұрын шаштары түсе бастаған, жақында бетінде эритоматозды бөртпелер пайда болды. Объективті: дене қызуы 38С, АҚҚ – 140/100 мм.с.б. зәр анализінде – протеинурия. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> жүйелі қызыл жегі

<variant> жүйелі склеродермия

<variant> дерматомиозит

<variant> ревматоидты артрит

<variant> жүйелі васкулит

<question> Жіті басталуы, аяқтың бірінші саусақ терісінің қызаруы, қатты ауырсыну, тофустар ... артритке тән.

<variant> подагралық

<variant> ревматикалық

<variant> ревматоидты

<variant> туберкулезді

<variant> деформациялайтын артроз-артритке

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		

044-79/22
84беттің 1беті

<question> ... ЖҚЖ –ні анықтаудың белгілері болып табылады.

<variant> Деформациясыз артрит

<variant> Буындардың үдемелі зақымдалуы

<variant> Буын шеміршегі тінінің дегенеративті-дистрофиялық өзгерістері

<variant> Ішкі мүшелердің стромасы мен терінің фиброзды-склеротикалық өзгерістері

<variant> Тамырлардың микроциркуляторлы ағымының зақымдалуы

<question> Қабылдауда 15 жастағы қызда дене қызуы 37,6 С, ірі буындарда ұшпалы ауырсынуға шағымданады. Дерт үш апта бұрын басталған, бірақ шағымдарының үнемі ауысуына байланысты дәрігерге қаралмаған. Анамнезінен: жыл ішінде үш рет баспамен және бірнеше рет ЖРА-мен ауырған, мектепке бармаған. Қазіргі уақытта оң жақ тізе мен сол жақ тізе-табан буындарында ауырсыну мазалайды, буын үстіндегі терілер аздап қызарған, ісінген; ұстағанда ыстық, буындарындағы қозғалыс ауырсыну тудырады. Кеуде клеткасындағы терісінің ортасында ашықтау емес қызғылт дақ байқалады. Сіздің болжам диагнозыңыз:

<variant> Ревматикалық артрит

<variant> Инфекциялық-аллергиялық полиартрит

<variant> Лайма ауруы

<variant> Ревматоидты артрит

<variant> Склеродемия

<question> 28 жастағы әйел қозғалысы шектелген тізе буынының ауырсынуымен бақыланды. Объективті: тізе буындарының дефигурациясы, зақымдалған буында шектелу. Қан талдауында: эрит. 4,0x10¹²/л, лейкоц. 9,0x10⁹/л, жалпы белок 75г/л, ЭТЖ 27мм/сағ. СРБ – (++) . Буындардың R-графиясы – буын маңындағы остеопороз белгілері, буын саңылауының тарылуы. Көрсетілген аурудың базисті еміне ... қосуға болады.

<variant> Азатиоприн, метотрексат, кризанол

<variant> Азатиоприн

<variant> Азатиоприн, метотрексат

<variant> Азатиоприн, метотрексат, циклоспорин

<variant> Азатиоприн, метотрексат, циклоспорин, преднизолон

<question> Жанұялық дәрігерге ер науқас 4 айға созылған омыртқаның көкірек бөлігі мен сегізкөз – бел бөлігінде ауырсыну, сіресуге шағымданып қаралды. Бел бөлігінде қозғалыс шектелген. Рентгенологиялық тексеруде ... болуы ықтимал.

<variant> сүйек шектері айқын емес, периартикулярлы склероз, буындар анкилозы

<variant> «бамбук таяшалары» тәрізді сүйек көпіршелері пайда болуы

<variant> деструктивті өзгерістер, квадратты, «жонылған омыртқалар»

<variant> шеткі буындардың ассиметриялы өзгерістері

<variant> көкірек – қабырға, көкірек-бұғана буындасуларының анкилозы

<question> 37 жастағы науқас күні бойы барлық буындарындағы құрысуларға, дене қызуының 37,5-38С дейін көтерілуіне, жүдеуге, тізе буындарындағы бірден ісінуге және деформацияға, ауырсынумен жүретін саусақ ұштарының бозаруына, бұлшықеттеріндегі кезеңді ауырсынуларға шағымданады. Ауырғанына жыл боған. Жағдайының нашарлауы асқынусыз өткен 2-ші рет босанғаннан соң байқалды. Объективті: Саусақ буындары деформацияланған, ісінген, тізе буындарында айқын ісіну мен деформация, оларда қозғалыс шектелген, саусақтарда, сүйек аралық бұлшықеттерде сему. Ішкі мүшелердің патологиясы табылған жоқ. Болжам диагнозыңыз:

<variant> РА, буындық-висцералды түрі, полиартрит, белсенділігі III, МПТ

<variant> Жүйелі склеродермия, созылмалы ағымы, белсенділігі II.

<variant> ЖҚЖ, созылмалы ағымы, белсенділігі III.

<variant> Дәнекер тінінің аралас ауруы

<variant> Жүктіліктен соң дамыған жүйелі остеопороз

<question> Науқаста ЖҚЖ, жеделдеу ағымы, белсенділігі II (дерматит, артрит, кардит, Верльгоф синдромы, нефрит, симптоматикалық АГ, СБЖ 0) анықталды. Бұл жағдайда ... патогенетикалық ем нұсқасы ретінде қолданылады.

<variant> Ай сайын гормондар мен цитостатиктерді мега-мөлшермен пульс-терапия

<variant> Преднизолон 1мг/кг дене салмағына ұзақ уақыт бойы

<variant> Преднизолон 0,5 мг/кг дене салмағына ұзақ уақыт бойы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы		044-79/22
«Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2		84беттің 1беті
тесттік тапсырмалары, 6 курс		

- <variant> Пульс терапия мега дозами гормонів ежемєсячно в сочетании с постоянным приемом преднизолона в дозе 1мг/кг массы тела
- <variant> Артериалды гипертонияның болуына байланысты гормондар қарсы көрсеткіш болып табылады. Аминохинолин препараттарын тағайындау қажет.
- <question> Ревматоидты артрит – бұл ...
- <variant> Шеткі буындардың симметриялық эрозивті артритімен сипатталатын ауру
- <variant> Буындарда зєр қышқылы кристалдарының түзілуіне байланысты буын қабынуымен сипатталатын ауру
- <variant> Бірінші кезекте шеміршектің, буынның барлық компоненттерінің зақымдалуымен сипатталатын ауру
- <variant> Бір немесе бірнеше буынның зақымдалуымен, конъюнктивитпен, уретритпен сипатталатын ауру
- <variant> Фалангааралық буындардың зақымдалуымен және саркоилеит белгілерімен сипатталатын ауру
- <question> 45 жастағы ер адам оң жақ табандағы қатты ауырсынуға шағымданып келді. Анамнезінен: жақында ішімдік ішкен. Ауырсыну кенеттен басталған және 1-ші табанфалангалық буынның аймағында ауырсынады. Қарағанда: үлкен бармақ үстіндегі тері қызарған, ұстағанда ыстық, қимылдатуы қиын. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> Подагра
- <variant> Реактивті артрит
- <variant> Рейтер синдромы
- <variant> Псориаз
- <variant> Ревматиті полиартрит
- <question> 62 жастағы науқас оң жақ тізе буынындағы ауырсынуға, таңертеңгі құрысу 2 сағат дейін, буынның қиын қозғалуы мен қозғалғандағы сықырға шағымданады. Анамнезінен: ауру 5 күн бұрын басталған. Қарағанда: оң тізі буынының дефигурациясы, зақымдалған буындағы қозғалыстың шектелуі, ісінген, ұстағанда ыстық. Қан талдауы: эрит. 4,0х10¹²/л, лейкоц. 9х10⁹/л, жалпы белок 75 г/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:
- <variant> ДОА, екіншілік гоноартроз, ФЖ ІІ дәр.
- <variant> ДОА, біріншілік гоноартроз, ФЖ І дәр.
- <variant> ДОА, біріншілік олигоартроз, ФЖ ІІ дәр.
- <variant> ДОА, екіншілік гоноартроз, ФЖ ІІІ дәр.
- <variant> ДОА, біріншілік коксоартроз, ФЖ ІІ дәр.
- <question> Біріншілік остеоартрозбен 15 жыл ішінде зардап шегетін науқас аяқ астынан пайда болған оң тізе буынының толық қимылдамауына шағымданады. Анамнезінде жарақаттар болмаған. Буын блокадасының мүмкін себебі:
- <variant> «буын буылтығы»
- <variant> реактивті синовит
- <variant> буын ішілік сынық
- <variant> реактивті емес синовит
- <variant> буыннан тыс сынық
- <question> 62 жастағы әйел науқасты 2 жыл ішінде тізе буындарында, көбірек оң тізе буынында, тепешектен түскенде күшейетін ауырсыну мазалайды. Қарағанда оң тізе буынның жалқық арқылы көлемі ұлғайған. Оң буынның үстінде тері жылы солға қарағанда. Буындардың R-графиясында остеофитоз анықталады. Науқастың назологиялық диагнозы:
- <variant> екіншілік синовитпен остеоартроз
- <variant> псориазды артрит
- <variant> подагра
- <variant> Рейтер ауруы
- <variant> Бехтерев ауруы
- <question> Остеоартроздың рентгенологиялық бейнесі:
- <variant> остеофитоз
- <variant> буын саңылауының тарылуы
- <variant> буын беттерінің көпшілік эрозиялары
- <variant> остеопороз
- <variant> остеосклероз.

ONȚUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелі дәрігер - 3» кафедрасы «Амбулаторлық - емханалық терапия» пәнінен Аралық бақылау 2 тесттік тапсырмалары, 6 курс		
		044-79/22 84беттің 1беті

<question> 45 жастағы әйел науқаста саусақтардың некроздық өзгеруіне дейін Рейно синдромы, жұтудың бұзылуы, өкпе гипертензиясы, қол саусақтары бүгілуінің қиындауы, қол терісінің қалыңдауы, фалангалар лизисы арқылы саусақтардың қысқаруы байқалады. Науқастың диагнозы:

<variant> жүйелі склеродермия

<variant> Бюргер тромбангииті

<variant> ЖҚЖ

<variant> ревматоидты артрит

<variant> түйінді периартериит

<question> 55 жастағы науқасты оң аяғындағы қатты ауырсыну мазалайды. Бір күн алды қомақта кәуап және қызыл шарап көп мөлшерде қабылдаған. Ауырсыну кенеттен таңғы сағат 6-да басталды, оң аяқтың 1 және 2 табанық фалангалар аймағында орналасқан. Аяқтың үлкен саусағының үстіндегі терісі қызарған, сипағанда ыстық, ісік қоршаған жұмсақ тіндерге жайылған, сипағанда қатты ауырады, буында қимылдар мен қозғалыс мүмкін емес. Жалпы әлсіздік, дене қызыбасы 37,6 С, бас ауыруы мазалайды. Бұл жағдай бірінші рет байқалады. Сіздің диагностикалық тактикаңыз:

<variant> несеп қышқылына тәуліктік зәрді тексеру

<variant> буын пункциясы

<variant> қанның клиникалық анализі

<variant> табанның R-граммасы

<variant> ревматоидты факторды анықтау

<question> Науқас 5 жыл ішінде ревматоидты артритпен ауырады. Тәулігіне 25 мг индометацин күніне 3 рет, метотрексат 7,5 мг аптасына қабылдайды. Жалпы қан анализінде: Нb 92 г/л, эритроциттер $3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциттер $6,8 \cdot 10^9 /л$, ЭТЖ 48 мм/сағ. Сарысулық темір мен трансферриннің концентрациясы төмендеген. Грегерсен реакциясы теріс. Анемияның себебі:

<variant> ревматоидты қабынудың салдары

<variant> БҚҚП-ассоциирленген гастропатия негізінде асқазаннан жасырын қанкету

<variant> метотрексат қабылдау салдары

<variant> гипопластика

<variant> гемолиз

<question> Ревматоидты артриті бар науқастарда буын патологиясының рентгенологиялық белгісі:

<variant> эпифиздердің шеткілік сүйек эрозиялары

<variant> саусақтардың дисталді фалангаларының остеолизі

<variant> шеміршек асты остеоосклероз, остеофиттер

<variant> деструктивті артроз, «пробойниктер»

<variant> сакроилеит, омыртқа байланыстарының кальцификациясы

<question> 45 ж науқас алкоголь қолданады,өзі толық дене бітімді. Соңғы рет ішімдік қабылдаған соң сол аяғының бірінші саусағында жедел артрит пайда болды.Осы жағдайдағы ең ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant> Зәр қышқылы

<variant> Қызыл жегі жасушалары

<variant> Райт – Хеддельсон реакциясы

<variant> ревматоидты фактор

<variant> стрептококкты антиденелер