

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР		044-62/11 () 48 беттің 1 беті

БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР

1-ші аралық бақылау бағдарламасының сұрақтары

Білім беру

бағдарламасының аты: «Жалпы дәрігерлік тәжірибе»

Пән коды:

ZHDT 6301-5

Пәні:

«АМСК жүкті әйелдердің экстрагениталдық патологиясы»

Кредиттің/сағатының

жалпы көлемі:

120 сағ/4 кред

Курс:

7

Оқу семестрлері:

13,14

ШЫМКЕНТ 2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы


БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР

044-62/11 ()

48 беттің 2 беті

Өзірлеген: ассистент Сметова Р.А.

Кафедра меңгерушісі

м.ғ.д., профессор Досыбаева Г.Н. 

№ 10 хаттама 24.05. 2024 ж.



<question>Бронхтық обструкцияның себебін анықтаңыз: 29 жастағы жүкті әйел адам түнгі уақытта дамитын тыныс шығарудың қиындауына, тұншығуға шағымданды. Об-ті: аускультацияда патологиялық шуларсыз везикулалық тыныс, жиілігі 19 мин. ФГДС: өңештің төменгі үштігінің гиперемиясы, біріккен эрозиялар.

<variant>гастрер-эзофаголық рефлюксті ауру, өңештен тыс өкпелік синдром

<variant>бронхтық демікпе (астма), интенмиттолық ағымды

<variant>трахеобронхтық дискинезия

<variant>митральді стеноз, жүректік демікпе (астма)

<variant>паразитоз, бронхобструкциялық синдром

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз: 25 жастағы әйел жүктілікті жоспарлады, бірақ келесі шағымдар мазалайды: төс сүйегінің артындағы, еңкейгенде және горизонталь қалыптарында күшейетін, күйдіріп ауырсыну; түн мезгіліндегі жөтел. Кардиолог патологияны жоққа шығарды.

<variant>рефлюкс-эзофагит

<variant>гастрит

<variant>стенокардия

<variant>асқазанның шығар трактінің рагі

<variant>миокард инфаркті

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Псевдомембранозды колиттің этиологиялық факторы саналады:

<variant>clostridium difficile

<variant>бейспецификалық коктік флора

<variant>гемоліздік стрептококк

<variant>ішек таяқшалары

<variant>алтын сары стафилококк

<question>Антибиотиктерді жиі қолданудан осы патология дамиды. . Псевдомембранозды колиттің емінде қолданатын “эталондық” комбинацияны көрсетіңіз:

<variant>ванкомицин+метранидазол+ішек адсорбенттері

<variant>линкомицин+цефалоспорин

<variant>метранидазол+клиндамицин+ішек адсорбенттері

<variant>эритромицин+клиндамицин+ішек адсорбенттері

<variant>ванкомицин+тетрациклин

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Әйел адам диареяға, ішінің бар аймағының ұстамалы ауыруына, ыстық құйылуларға, бетінің гиперемиясына, жүрек қағуы мен тұншығу ұстамаларына шағымданды.

<variant>карциноидты синдром

<variant>ауруы, Уипплдың

<variant>лимфосаркома

<variant>лимфогранулематоз

<variant>бейспецификалық жаралы колит

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жас әйелдерде эрозиялардың асқазанның антраль бөлігінде орналасуы тән:

<variant>хеликобактерлік инфекцияға

<variant>тағамдық токсикоинфекцияға (жіті гастритке)

<variant>аутоиммунды гастритке

<variant>Менетрие ауруына

<variant>гранулематозды гастритке

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР	044-62/11 () 48 беттің 4 беті

<question>Созылмалы панкреатиттің спецификалық ферменті болып табылатын ... дефициті бірінші кезекте бақыланады:

- <variant>липазаның
- <variant>амилазаның
- <variant>фосфолипазаның
- <variant>трипсиннің
- <variant>5-нуклеотидазаның

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Панкреас секрециясын басып тастайтын ең күшті дәрмек:

- <variant>сандостатин
- <variant>фамотидин
- <variant>пантопризол
- <variant>гастроцепин
- <variant>атропин

<question>Ұйқы безінің сыртқы секрециялық шамасыздығы диареямен сипатталады. Көрсетілген патологиялардан әйелдерде панкреатитпен жиі асқынатынын белгілеңіз:

- <variant>өт-тас ауруы
- <variant>созылмалы гастрит
- <variant>созылмалытассыз холецистит
- <variant>асқазанның жара ауруы
- <variant>он екі елі ішектің жара ауруы

<question>Науқас әйелде дерматит, диарея, деменция. Осы триада тән патологияны анықтаңыз:

- <variant>пеллагра
- <variant>дизентерия
- <variant>гипотиреоз
- <variant>аллергоздар
- <variant>жүйелі қызыл жегі

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 35 жастағы контрацепциялық дәрмектерді 5 жыл бойына қабылдаған әйел, терісінің күшті қышуына, сарғаюға, оң қабырға астының ауыруына, жауырын аралықтары терісінің қараюына шағымданып келді. Пигменттік дақтар 5 жыл бұрын көріне бастаған. Соңғы 2 жылда терісі қышиды, дерматологтардағы ем нәтиже бермеген. Анализдерінен: гипербилирубинемия, тікелей фракция есебінен, СФ, ГГТП көрсеткіштері жоғары.

- <variant>біріншілік склероздаушы холангит
- <variant>созылмалы гепатит вирусты этиологиялы
- <variant>ауруы, Вильсон-Коноваловтың
- <variant>өттас ауруы
- <variant>антитрипсиндік шамасыздық

<question>34 жастағы жүкті әйелде ішінің белбеу бойымен айналма ауырсынуы бар, ауыру синдромы алкогольдік ішімдіктен кейін дамыған. УДЗ кешенінде: ұйқы безі өлшемдерінің үлкейгендігі, тінінің эхоқұрылымының әркелкілігі, контурларының анық еместігі дәлелденді. Қан анализдерінен: лейкоц. $10,0 \times 10^9$ /л. Глюкозасы 7,0 ммоль/л. Қан амилазасы 400 Б. (Қалыптыда 20-100Б). Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:

- <variant>жедел алкогольдік панкреатит
- <variant>алкогольмен улану
- <variant>созылмалы алкогольдік панкреатит
- <variant>ұйқы безінің ісігі

<variant>ішектің тітіркену синдромы

<question>27 жастағы әйел 8 сағат бұрын тұрмыстық зорлыққа ұшыраған, ішінің тұрақты, күшті ауырсынуына шағымданды. Об-ті: өкпе үстінде везикулалық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, пульсі 100 мин., АҚ 110\70 мм сын. бағ. Қан анализінде лейкоциттер 14×10^9 /л. Кеуде сарайының жалпы шолу рентгенограммасындағы перфорация дәлелін табыңыз:



<variant>диафрагма астында газ жиналу

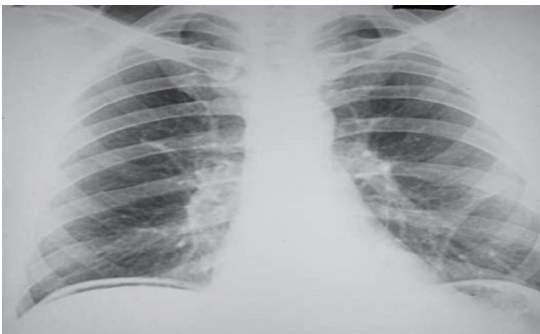
<variant>асқазанның газдық көпіршігінің жойылуы

<variant>диафрагма үстіндегі газдық көпіршік

<variant>асқазанның газдық көпіршігі "құмсағат" тәріздес, диафрагма үстінде орналасқан

<variant>кеудеаралығының асимметриялы ұлғаюы

<question>27 жастағы әйел 8 сағат бұрын тұрмыстық зорлыққа ұшыраған, ішінің тұрақты, күшті ауырсынуына шағымданды. Об-ті: өкпе үстінде везикулалық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, пульсі 100 мин., АҚ 110\70 мм сын. бағ. Қан анализінде лейкоциттер 14×10^9 /л. Кеуде сарайының жалпы шолу рентгенограммасындағы перфорация дәлелі анықталды: диафрагма астында газ орақ пішінінде жиналған. Сіздің дәлелдеріңіз:



<variant>қуыс органның жарылуы

<variant>асқазанның жара ауруы

<variant>бауырдың жарылуы

<variant>талақтың жарылуы

<variant>қабырғалардың сынуы

<question>Тромбоцитопения жиі ілесетін дерттердің барлығын белгілеңіз:

a) эритремия

b) бауыр циррозы

c) преэклампсия



d) гемофилия

e) B₁₂-дефицитті анемия

<variant>b, c, e

<variant>a

<variant>a, d, e

<variant>b

<variant>d, e

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, теміртапшылықты анемияны гем синтезінің бұзылысынан дамыған анемиялардан айыратын дифференциялық-диагностық белгі:

<variant>қан сары суының темір деңгейі

<variant>науқастың жасы

<variant>анемия ауырлығы

<variant>түстік көрсеткіш

<variant>анизоцитоз

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, B₁₂ тапшылықты анемиясы бар науқастардың миелограммасына тән:

<variant>қан түзілудің мегалобластық типі

<variant>қан түзілудің нормобластық типі, эритроид өсінділерінің тітіркенуімен

<variant>кеуіп қалған сүйек миы

<variant>сүйек миы өзгермеген

<variant>миелобласты тип

<question>Теміртапшылықты анемияға тән белгілерді таңдаңыз:

a) ретикулоцитоз

b) макроцитоз эритроцитов

c) тіндерге темірдің жиналуы

d) Пламмер симптомы

e) қан сары суының темір байланыстырғын қабілетінің артуы (ОЖСС)

<variant>d, e

<variant>a, b

<variant>b, c, d

<variant>c, e

<variant>a

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, фоль-тапшылықты анемияның емінде тағайындайды:

<variant>фоль қышқылының дәрімектерін ішке

<variant>витамин B₁₂ парентеральді

<variant>витамин B₁₂ және фоль қышқылын

<variant>витамин B₁₂, C және фоль қышқылын

<variant>арнайы емдәмді

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, генезі нақталмаған мегалобласт анемиясының емін осы дәрімекті тағайындаудан бастайды:

<variant>витамина B₁₂

<variant>преднизолонды

<variant>витаминов B₆ мен B₁

<variant>фоль қышқылын

<variant>темір дәрімектерін

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, перифериялық қанның келесі өзгерістері теміртапшылықты анемияға тән:



<variant>гипохромия, микроциттер

<variant>гиперхромия, макроциттер

<variant>нормохромия, макроциттер

<variant>микросфероциттер

<variant>гемолиз, лейкоцитоз

<question>28 жастағы әйел баспамен ауырған соң 3 аптадан кейін келді: бүйірлерінің екі жақты сыздап ауырсынуы, бас ауруы, несепке аз көлеммен баруы, ентігу, ісіну. Об-ті: науқас қуқыл тартқан, бетінде айқын ісіну бар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 200\110 мм сын. бағ., ЖСС 100 минутына. Қағу симптомы екі жағында да оң. ҚЖА: Нв 105 г\л, ЭТЖ 28 мм\сағ. Науқастың тәуліктік диурезі 1л, тығыздығы 1030, белогі 1,5 г\л., несепі бұлыңғыр, “ет шайындысы” түстес, эрит. к\а жалпы жапқан. Диагнозын болжаңыз.

<variant>БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, диффузды (клиникалық) варианты

<variant>БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, өршу фазасы

<variant>БСА (ХБП): созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы

<variant>Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит

<variant>БСА (ХБП): тубулоинтерстицийлік нефрит

<question>25 жастағы әйелде беті мен аяқтарының ісінуі, басының ауруы, бел аймағындағы ауырлық сезімі бар. Анамнезінен: 3 апта бұрын фолликулалық баспамен ауырған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл, беті мен аяқтарында айқын, жұмсақ ісіну, ішінде бос сұйықтық. Тыныс жиілігі 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 110\70 мм сын. бағ. ЖЖС 56 мин. Қағу симптомы екі жағында да оң. Протеинурия 3,5г\ л. Диагнозын болжаңыз.

<variant>БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, нефроздық синдроммен. Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БЖЗ (ОПП):жедел гломерулонефрит, бисиндромды (нефротикалық және нефрогенді АГсиндром).Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, жайылма варианты (бүйректік ісіну, нефрогенді АГ). Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит, нефрогенді АГ

<question>27 жастағы әйелде беті мен аяқтарының ісінуі, басының ауруы, бел аймағындағы ауырлық сезімі бар. Анамнезінен: 2 апта бұрын фолликулалық баспамен ауырған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл, беті мен аяқтарында айқын, жұмсақ ісіну, ішінде бос сұйықтық. Тыныс жиілігі 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 190\100 мм сын. бағ. ЖЖС 56 мин. Қағу симптомы екі жағында да оң. Протеинурия 3,0г\ л. Диагнозын болжаңыз.

<variant>БЖЗ (ОПП):жедел гломерулонефрит, бисиндромды (нефротикалық және нефрогенді АГсиндром).Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, жайылма варианты (бүйректік ісіну, нефрогенді АГ). Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<variant>БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФКII. Ми сауытшілік гипертензия

<question>ЖТД 25 жастағы әйел келесі шағымдармен келді: ентігу, әлсіздік, ашушандық, ұйқысыздық, жарты жылда 7,5 кг салмақ жоғалту, тершендік. Ауырғанына жарты жыл болған.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР	044-62/11 () 48 беттің 8 беті	

Об-ті: көздері жарқылға толы, саусақтары дірілдейді, «телеграф бағаны» симптомы оң, терісі сипағанда ыстық, ылғалды. Мебиуса, Кохердің симптомдары оң. Қалқанша безі 2 дәр. үлкейген. Өкпесінде везикулалық тыныс. ЖЖС 120 мин., АҚ 150\ 60 мм сын. бағ. Дұрыс тактиканы таңдаңыз, ана болу сұрағын шешіңіз:

<variant>тирозол–тиреоидты гормондардың синтезін,секрециясын төмендету үшін; жүктілікті эутиреоз жағдайында жоспарлаған жөн

<variant>β-блокаторларды –қанда тиреоглобулиндерге антиденелерді азайту үшін, ана болу қауіпті

<variant>β-блокаторларды – ЖЖС мен АҚ төмендету үшін, ана болу қауіпті

<variant>тирозолды – тиреоидты гормондарға тіндердің сезімталдығын азайту үшін, ана болу қауіпті

<variant>тирозолды –қанда белоктармен байланысқан йод деңгейін көтеру үшін, ана болу қауіпті

<question>19 жастағы қыздың шағымдары: қызба, анасаркаға дейінгі ісіну, несеп мөлшерінің азаюы, терісіндегі көбелек пішінді бөртпелер. Өзін 3 ай дертті санайды. АҚ 200\100 мм сын. бағ. НЖА: белогі 3,3 г\ л; эритр. ескірген 29-30 к\ а. Бүйрек биопсиясы: капиллярларының қабырғалары қалыңдаған, базаль мембранасының дистрофиясы. Осы белгілер кешені мен төмендегілерден ең мүмкін себепті байланыстырыңыз.

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>түйінді периартериит

<variant>біріншілік гломерулонефрит

<variant>пиелонефрит

<variant>бүйрек ісігі

<question>18 жастағы қыздың басы жиі ауырады. Об-ті: дене бітімі астениялық, ісінулер жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғағы дұрыс, ЖСС 80 мин, АҚ 170\120 мм сын. бағ. Қанның және несептің жалпы анализдері, биохимиялық көрсеткіштері қалыпты деңгейде. ЭКГ, ЭхоКС сол қарыншаның гипертрофиясы белгілерін анықтады. Изотопты ренографияда оң бүйректің васкулярлы сегменті өзгерген. Артериялық гипертензияның ең мүмкін себебін анықтаңыз:

<variant>бүйрек артерияларының фибромускулдік дисплазиясы

<variant>бүйрек артерияларының атеросклерозы

<variant>бүйрек поликистозы

<variant>бүйрек туберкулезі

<variant>бүйрек артерияларының тромбэмболиясы

<question>18 жастағы қыздың басы жиі ауырады. Об-ті: дене бітімі астениялық, ісінулер жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғағы дұрыс, ЖСС 80 мин, АҚ 170\120 мм сын. бағ. Қанның және несептің жалпы анализдері, биохимиялық көрсеткіштері қалыпты деңгейде. ЭКГ, ЭхоКС сол қарыншаның гипертрофиясы белгілерін анықтады. Изотопты ренографияда оң бүйректің васкулярлы сегменті өзгерген. Ана болу сұрағының шешімін ұсыныңыз.

<variant>бүйрек артерияларының фибромускулдік дисплазиясын операциялық жолмен коррекциялау

<variant>антигипертензиялық ем ұсыну (сартандар қатарынан)

<variant>антигипертензиялық ем ұсыну (ААФИ қатарынан)

<variant>антигипертензиялық ем ұсыну (кальций каналының антагонистері қатарынан)

<variant>антигипертензиялық ем ұсыну (диуретиктер қатарынан)

<question>Фертиль жасындағы әйелге Иценко-Кушинг ауруы мен Иценко-Кушинг синдромының (бүйрекүсті безінің кортикостеромасы) дифференциялық диагнозы жүргізілуде. Шешуші диагноздық маңызы бар зерттеу тәсілін таңдаңыз.



<variant>дексаметазонмен сынама

<variant>ми сауытының рентгенографиясы

<variant>бүйрекүсті безінің ультрадыбыстық зерттеуі

<variant>қандағы кортизол деңгейін зерттеу

<variant>верошпиронмен сынама

<question>30 жастағы әйел эпигастрий аймағының ауыруына байланысты қаралды, гипоксиялық-циркуляциялық синдромы айқын. Анамнезінде: асқазанның жара ауруы. Тері жамылғысы бозғылт. Қан анализінде: Нв 90 г\л, эр. $3,5 \times 10^{12}$ \л, ТК 0,7, тромб. $180,0 \times 10^9$ \л, ретикул. 0,5%. Билирубин 12 мкмоль\л, сары су темірі 4,6 ммоль\л. Грегерсена реакциясы оң. Анемияның түрін болжаңыз:

<variant>теміртапшылықты анемия

<variant>аплазиялық анемия

<variant>гемолиздік анемия

<variant>жіті постгеморрагиялық анемия

<variant>витамин В₁₂- дефицитті анемия

<question>30 жастағы әйел эпигастрий аймағының ауыруына байланысты қаралды,, гипоксиялық-циркуляциялық синдромы айқын. Анамнезінде: асқазанның жара ауруы. Тері жамылғысы бозғылт. Қан анализінде: Нв 90 г\л, эр. $3,5 \times 10^{12}$ \л, ТК 0,7, тромб. $180,0 \times 10^9$ \л, ретикул. 0,5%. Билирубин 12 мкмоль\л, сары су темірі 4,6 ммоль\л. Грегерсена реакциясы оң. Анемия синдромының еміне дәрмек таңдаңыз:

<variant>темір дәрмектерін ішуге тағайындау

<variant>темір дәрмектерін парентеральтағайындау

<variant>преднизолон

<variant>эритромаасса құю

<variant>витамин В₁₂

<question>30 жастағы әйел эпигастрий аймағының ауыруына байланысты қаралды, гипоксиялық-циркуляциялық синдромы айқын. Анамнезінде: асқазанның жара ауруы. Тері жамылғысы бозғылт. Қан анализінде: Нв 90 г\л, эр. $3,5 \times 10^{12}$ \л, ТК 0,7, тромб. $180,0 \times 10^9$ \л, ретикул. 0,5%. Билирубин 12 мкмоль\л, сары су темірі 4,6 ммоль\л. Грегерсена реакциясы оң. Темір дәрмектерімен ем нәтижелілігін бағалау мақсатында динамикада бақыланады:

<variant>гемоглобин, эритроциттер, қан сары суының темірі, ҚСТБҚ (ОЖСС), ферритин

<variant>гемоглобин, эритроциттер, Грегерсен реакциясы

<variant>гемоглобин, эритроциттер және олардың морфологиясы, ТК

<variant>гемоглобин, эритроциттер, сүйек миының пунктатын

<variant>гемоглобин, эритроциттер, ТК, тромбоциттер

<question> Әйел адам 32 жаста, жүктілікке байланысты әйелдер консультациясында қаралады. 28 аптада терінің қышуына байланысты ұйқының бұзылуына, әлсіздікке, лоқсуға шағымданып келді. Биохимиялық қан анализінде: АЛТ-56 Ед\л, АСТ-42 Ед\л, жалпы билирубин-12,4 ммоль\л, СФ-480 Ед\л. Маркерлер диагностикасы: НВsAg – теріс., а-НВs - оң, а-НВcore IgG- теріс, НВeAg - теріс, а-НВе- теріс, anti-НCV IgM - теріс, anti-НCV IgG – теріс. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз.

<variant>жүктілік холестазаы

<variant>жүктілік гепатозы

<variant>созылмалы вирусты гепатит

<variant>бұл көзендегі жүктілікке қалыпты жағдай

<variant>созылмалы холециститтің өршуі



<question>23 жастағы әйел, гестация кезеңі 12 апта; скринингтік зерттеу барысында HBsAg анықталған. Шағымдары жоқ, жағдайы қанағаттанарлық. Об-ті: тері жабындаларының түсі қалыпты, іші жұмсақ, ауыру сезімі жоқ, бауыры қабырға доғасынан 1,0 см төмен, консистенциясы тығыз, шеті дөңестелген, ауыру сезімсіз. Көк бауыры ұлғаймаған. ЖҚА: Нв – 100 г\л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ \л, лейкоц. – $9,2 \times 10^9$ \л, тромб. – 180×10^9 \л, ЭТЖ – 25 мм\сағ. АЛТ – 30 бірлік\л, АСТ – 40 бірлік\л, жалпы билирубин – 18 ммоль\л, жалпы белок – 65 г\л, глюкоза – 3,2 ммоль\л, сілтілі фосфатаза – 240 бірлік\л. Қай зерттеу әдісі вирусқа қарсы терапияның тағайындалуын және оның мақсатын белгілейді?

<variant>ИФА anti HBcIgM – гепатит В белсенділігін анықтау үшін

<variant>ИФА HBeAg – вирус репликациясын анықтау үшін

<variant>PCR DNA HBV – вирустың жүктемесін анықтау үшін

<variant>PCR DNA HBV – гепатит В диагнозын анықтау үшін

<variant>ИФА anti HDV – дельта гепатитпен коинфекцияны анықтау үшін

<question> Әйел 32 жаста. Жүктіліктің 26-27 аптасы. Алғашқы жүктілік. Кезекті тексеруде гликемия 6.2 ммоль\л анықталды. 2 жыл бұрын гликемия - 4,8 ммоль\л. Осы жағдайда бала үшін мүмкін болатын болжам қандай?

<variant>жоғары массалы ұрықтың болуы қаупі жоғары

<variant>күрсақ ішілік даму артта қалуы мүмкін

<variant>ТПА даму қаупі жоғары

<variant>2500 г дене салмағымен туылуы мүмкін

<variant>Уақыттан бұрын босану қаупі жоғары

<question> Негізгі диагнозды дәлелдеуде маңызды және бірінші кезекте жүргізілуі керек зерттеуді таңдаңыз. Жасөспірім қыз 15 жаста, фурункулезге шағымданып келді.

Анамнезінде: суықтау инфекцияларына бейім, үлкен ағасы қант диабетімен ауырады. Об-ті: физикалық дамуы 10 жасқа сәйкес. Салмағы 40 кг, бойы 150 см. Тері жамылғысы бозарған, құрғақ. Денесінде және терісінде көптеген фурункулдер. АҚ 105\65 мм сын. бағ. Пульсі 88 мин.

<variant>гликемиялық профильді анықтау

<variant>қанда лейкоформулананы анықтау

<variant>зәрде глюкозаны анықтау

<variant>ашқарынға С пептидті анықтау

<variant>бактериологиялық зерттеу

<question> Әйел 35 жаста. Жүктіліктің 22-23 аптасы. Екінші жүктілік. Кезекті тексеруде гликемия 6.5 ммоль\л анықталды. 1,5 жыл бұрын гликемия - 4,5 ммоль\л. Осы жағдайда бала үшін мүмкін болатын болжам қандай?

<variant>жоғары массалы ұрықтың болуы қаупі жоғары

<variant>күрсақ ішілік даму артта қалуы мүмкін

<variant>ТПА даму қаупі жоғары

<variant>2500 г дене салмағымен туылуы мүмкін

<variant>Уақыттан бұрын босану қаупі жоғары

<question>27 жастағы жүкті әйелде 36 аптасында АҚҚ 170/100 мм сын.бағ. дейін көтерілген, дене салмағының аптасына 4 кг-ға артуы, аяқ-қолдарының ісінуі, тәуліктік диурездің төмендеуі, 400 мл дейін байқалады. Қанда: тромбоциттер – 90 мың, альбуминдер – 16 г/л. Зәрде: ақуыз – 2,9 г/л. УДЗ-да: ұрықтың дамуы 4 апта артта қалған. Жүкті әйелді бақылаудың тиімді тактикасы:

<variant>мерзімінен бұрын босандыруды жоспарлау

<variant>жүктілікті өздігінен босанғанға дейін ұзарту

<variant>антигипертензивті терапиямен жүктілікті ұзарту



<variant>антигипертензивті терапиямен жүктілікті үзу

<variant>гипертензивті терапия жүргізу

<question>26 жастағы әйел, гестация кезеңі 14 апта; скринингтік зерттеу барысында HbSAg анықталған. Шағымдары жоқ, жағдайы қанағаттанарлық. Об-ті: тері жабындарының түсі қалыпты, іші жұмсақ, ауыру сезімі жоқ, бауыры қабырға доғасынан 1,5 см төмен, консистенциясы тығыз, шеті дөңестелген, ауыру сезімсіз. Көк бауыры ұлғаймаған. ЖҚА: Нв – 90 г\л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ \л, лейкоц. – $9,2 \times 10^9$ \л, тромб. – 180×10^9 \л, ЭТЖ – 22 мм\сағ. АЛТ – 35 бірлік\л, АСТ – 45 бірлік\л, жалпы билирубин – 18 ммоль\л, жалпы белок – 60 г\л, глюкоза – 3,2 ммоль\л, сілтілі фосфатаза – 220 бірлік\л. Қай зерттеу әдісі вирусқа қарсы терапияның тағайындалуын және оның мақсатын белгілейді?

<variant>ИФА anti Hbcor IgM – гепатит В белсенділігін анықтау үшін

<variant>ИФА HBeAg – вирус репликациясын анықтау үшін

<variant>PCR DNA HBV – вирустың жүктемесін анықтау үшін

<variant>PCR DNA HBV – гепатит В диагнозын анықтау үшін

<variant>ИФА anti HDV – дельта гепатитпен коинфекцияны анықтау үшін

<question>23 жастағы жүкті әйел мұрыннан, тіс иегінен қансырау, әлсіздік, енгігу, қызбаға шағымданады. Объективті: жағдайы ауыр, терісі боз, денесінде көгертулер, перифериялық лимфа түйіндер ұлғаймаған. ЖҚА: Нв-60 г\л; Эр.- $2,0 \times 10^{12}$ \л; ТК-0.9; Лейк.- $1,5 \times 10^9$ \л; Тромб.- 20×10^9 \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>Әйел 32 жаста., жүктіліктің 35-36 аптасы."Д" учетта "Созылмалы гломерулонефрит" диагнозымен тұрады.Соңғы аптада бетінде, алақанында ісіну пайда болды. АҚҚ оң қолда 160\100 мм.с.б., сол қолда 150\95 мм.с.б. Лабораторық: жалпы белок 55 г\л, альбумин - 28 г\л креатинин 150 мкмоль\л, мочевино 10 ммоль\л, холестерин 12 ммоль\л. КФЖ (СКФ)=53 мл\мин. ЖЗА белок 4 г\л, Лейкоцит 5-6 к\а, Эритроцит - 25-30 к\а. Төмедегі аталған жағдайлардың қайсысы БАРЫНША ықтимал ?

<variant>Презкламсия

<variant>Нефриттің өршуі

<variant>Гипертониялық нефропатия

<variant>3-триместрге тән нефрит ағымы

<variant>Жедел бүйрек жеткіліксіздігі

<question>Әйел 25 жаста, жүктіліктің 12-13 аптасы. Шағымдары: кіші дәреттің ауру сезіммен және жиі болуы, қасағадағы ауру сезімі, жиі императивті жалған шақырулар. Бұл шағымдар суық тиген соң 2-3 күнде пайда болды. ЖҚА қарағанда өзгеріссіз, ЖЗА – лейкоциттер 20-30 к\а, бактерия+++ .Төменде аталған болжам диагноздардың қайсысы БАРЫНША ықтимал?

<variant>Зәр шығару жолдарының инфекциясы

<variant>Жедел пиелонефрит

<variant>Қуық тас ауруы

<variant>Симптомсыз бактериурия

<variant>Тубулоинтерстициальды нефрит

<question>Әйел 28жаста. Бір ай бұрын мерзімімен, бойы 51 см, салмағы 3300 г дені сау баланы босанды. Шағымдары болған жоқ, лактация жақсы, бала толықтай омыраумен тамақтанады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР	044-62/11 () 48 беттің 12 беті

Қарау кезінде шырышты қабаттары бозғылт, тырнақтары қабыршықтанған, шаштары жұқа және жиі түсетін болған. Тамақтануы жақсы, ешқандай қосымша препараттар (поливитаминдер және т.б) қабылдамайды. Жүктілік кезінде "Прегнавит" қабылдаған, бірақ туғаннан кейін витаминдер мен микроэлементтердің қажеті жоқ деп санаған. Қанда - гемоглобин 106 г\л, ТК - 0,7. Босанған әйелге тәулігіне 60 мг аз емес темірді қанша уақытқа қабылдау ұсынылады?

<variant>босанғаннан соң алты ай бойы

<variant>босанғаннан соң алғашқы ай бойы

<variant>босанғаннан соң үш ай бойы

<variant>алғашқы қосымша (прикорма) енгізгенге дейін

<variant>босанғаннан кейін 12 айдан аз емес уақыт

<question>24 жаста Әйел вирусты В гепатитпен ауырады, жүктілік 32 апта. Биохимия: АЛТ – 0,64 ммоль\л. АСТ – 0,47 ммоль\л. Билирубин – 22,25 мкмоль\л. HBsAg – оң, anti HBs – теріс, anti HBc IgM – оң, anti HBc IgG – оң, HBeAg – оң, anti HBe – теріс. ПТР HBV ДНК – 106 көшірме\мл. Балаға вирустың перинатальды өту қаупін төмендету үшін қандай терапия тиімді?

<variant>Ламивудин 100 мг\тәул босанғанға дейін

<variant>Адеметионин+урсодезоксихоиль қышқылы

<variant>Қысқа әсерлі интерферон

<variant>Интерферон тік ішектік шам түрінде, босанғанға дейін

<variant>Эссенциальды фосфолипидтер 38-39 аптаға дейін

<question>Бұл жағдай ААФ ингибиторларын тағайындауға қарсы көрсетпе емес:

<variant>қантты диабет

<variant>жүктілік

<variant>бүйрек артериясының стенозы

<variant>күрғақ жөтел

<variant>митральді және аорталық қақпақшалардың стенозы

<question>26 жастағы науқаста екі рет босанғаннан кейін лабильді артериялық гипертензияның пайда болуы байқалған. Ұзақ жүргенде және вертикальді қалыпта жағдайы нашарлай түседі. Шамалы горизонтальді қалыпта демалған соң артериялық қысымның қалыптасуы мүмкін. Диагностық шараларды жоспарлағанда бірінші кезекте келесі ауру туралы ойлау керек:

<variant>нефроптоз

<variant>феохромцитомы

<variant>артериялық гипертензиялар

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>созылмалы пиелонефрит

<question>HELLP- синдром құрамына келесі белгілер кіреді:

<variant>Гемолиз, бауыр ферменттері деңгейінің өсуі, тромбоцитопения

<variant>Гемолиз, тромбоцитопения

<variant>Гемолиз, холестаза, бауырдың мезенхималық қабыну синдромы

<variant>Тромбоцитопения, ДВС-синдром, қан кету

<variant>СФ, ГГТП, холестерин деңгейлерінің жоғарылауы

<question>ҚР ДСМ 23.08.2010 жылдың №661 бұйрығына сәйкес жүкті әйелді жедел вирусты гепатит В-мен ауырғанда жүктіліктің 30 аптасынан кейін келесі ауруханаға жатқызады:

<variant>жүкпалы аурулар ауруханасына боксқа

<variant>терапиялық бөлімшеге

<variant>перзентхананың жалпы бөлімшесіне

<variant>қарқынды терапия бөлімшесіне



<variant>перзентханаға жекеленген бокста

<question>Жильбер синдромы жиі кездеседі:

<variant>ерлерде

<variant>жүкті әйелдерде

<variant> емізулі балаларда

<variant> қарт адамдарда

<variant> әйелдерде

<question>Жүктілердегі бауырішілік холестазаға тән:

<variant>терінің қатты қышуы, әлсіз сарғаю

<variant> терінің айқын сарғаюы, терінің тұрақты емес қышуы

<variant>гипотония, гепатоспленомегалия

<variant>жеңіл терінің қышуы, аздаған сарғаю

<variant>гепатомегалия, әлсіз сарғаю

<question>Жүктілердегі бауырішілік холестазда қанның биохимиялық анализдерінде келесі өзгерістер байқалады:

<variant> шамалы гипербилирубинемия, сілтілі фосфатазаның жоғарылауы

<variant> жоғары гипербилирубинемия, альбуминнің төмендеуі

<variant> аздаған гипербилирубинемия, АЛТ жоғарылауы

<variant> АЛТ жоғарылауы, протромбиннің төмендеуі

<variant>аталған жауаптардың бәрі

<question>Бауырішілік холестаздың жүктілікке және босануға теріс әсері:

<variant> түсікті жиі тастау

<variant>қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы

<variant>босану әлсіздігі

<variant>нәрестелерде сарғаюдың жиі кездесуі

<variant> петехийлік бөртпе

<question>24 жастағы әйел жүктілік жоспарлап жүр. Вирусті гепатиттер маркерлеріне қан тапсырды. Анти-HCV total табылды. ПЦР РНК нәтижесі теріс. Бауырдың биохимиялық сынамасы қалыпты. Гепатомегалия жоқ. УДЗ – де бауырда диффузды өзгерістер. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> созылмалы вирусты С гепатит, минимальді белсенді кезеңі

<variant> вирусты С гепатит жоқ, жалған оң нәтиже

<variant> жедел вирусты С гепатит

<variant>бауыр циррозы, компенсация сатысы

<variant>созылмалы вирусты С гепатит, асқынусыз

<question>Жүктілердегі бауырішілік холестаза жүктіліктің келесі мерзімінде жиі кездеседі:

<variant>3 триместрде

<variant>2 триместрде

<variant>жүктіліктің кез келген триместрінде

<variant>1, 3 триместрінде

<variant>1 триместрде

<question>24 жастағы әйел жүктілік жоспарлап жүр. Вирусты гепатиттер маркерлеріне қан тапсырды. Анти-HCV total табылды. ПЦР РНК нәтижесі теріс. Бауырдың биохимиялық сынамасы қалыпты. Гепатомегалия жоқ. УДЗ – де бауырда диффузды өзгерістер. Сіздің тактиканыз:

<variant> бұл жағдай емді қажет етпейді

<variant> пег-интрон, ребетол тағайындау



<variant> гепатопротекторлар тағайындау

<variant> гептрал тағайындау

<variant> гепа – мерц тағайындау

<question>Вирусты гепатиттің келесі түрі жүкті әйелдерде ең ауыр ағымда өтеді:

<variant> вирусты Е гепатит

<variant> вирусты А гепатит

<variant> вирусты В гепатит

<variant> вирусты С гепатит

<variant> вирусты Д гепатит

<question>20 жастағы, жүкті әйел, жүктіліктің 31-32 аптасында, 14 күн бұрын А вирусті гепатитпен ауырған науқаспен қарым-қатынаста болған. Кеше әлсіздік, шаршағыштыққа, жүректің айнуына, эпигастрий аймағында және оң жақ қабырға астында аздаған ауру сезіміне шағымданды, 1 рет құсты. Объективті қарап тексергенде: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Т-36,5°C. Тері және шырышты қабаты қалыпты. Тілі ақ жамылғымен қапталған, ылғалды. Іші жұмсақ, пальпацияда эпигастрий аймағында және оң қабырға астында ауырсыну сезімі бар. Бауыры 2см-ге ұлғайған, көк бауырдың шеті анықталады. Нәжісі және зәрі қалыпты. Биохимиялық анализдерінен: жалпы билирубині қалыпты, АЛТ 2,5 есе көбейген. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> вирусты А гепатит, сарғаюсыз түрі

<variant> вирусты А гепатит, сарғаю түрі холестаздық компонентпен

<variant> вирустасымалдаушылық

<variant> вирусты А гепатит, субклиникалық түрі

<variant> вирусты А гепатит, сарғаю түрі

<question>37 жастағы әйел, жүктілігі 28-30 апта, ауруханаға ессіз жағдайда, айқын сарғаюмен жеткізілді. Аузынан «бауырлық» иіс сезіледі. Жүрек тондары бәсеңдеген. Пульсі ырғақты, толуы әлсіз, минутына 120 рет. АҚ 110\70 мм сын.бағ. Бауырдың төменгі шекарасы перкуссия арқылы бұғана-орталық сызық бойымен қабырға доғасынан 2 см төмен ығысқан. Сарғыштық ауруханаға түсер алдында 1 күн бұрын пайда болған, бір апта алдын «катаральді аурумен» ауырған. Келесі асқыну дамыған:

<variant> бауырлық жедел энцефалопатия

<variant> бүйрек үсті бездерінің жедел жетіспеушілігі

<variant> жедел жүрек-қан тамырлар жетіспеушілігі

<variant> инфекциялық-токсиндік шок

<variant> тыныстың жедел жетіспеушілігі

<question>Жүктіліктің келесі мерзімінде вирусты Е гепатиті ауыр ағымды өтеді:

<variant> 3-ші триместрде

<variant> 2-ші триместрде

<variant> 1-ші триместрде

<variant> Е вирусты гепатит ешқашан ауыр түрде өтпейді

<variant> жүктілік бойы

<question>Жүктілік кезіндегі вирусты Е гепатиттің ауыр ағымының себебі:

<variant> бауырлық жедел энцефалопатияның жиі дамуы

<variant> бүйректің жедел жетіспеушілігі мен нефропатияның дамуы

<variant> жүктіліктің дамымауы

<variant> айқын холестаз

<variant> айқын терінің қышынуы

<question>Жүктілердегі вирусты Е гепатит кезіндегі геморрагиялық синдромның ерте белгісі:



<variant>гемоглобинурия

<variant> мелена

<variant> мұрыннан қан кету

<variant> петехийлік бөртпе

<variant>жатырдан қан кету

<question>Вирусты Е гепатит кезінде дамыған бауырлық жедел энцефалопатияның ағымына жүктілікті үзу ... әсер етеді.

<variant>өлім-жітімді жоғарылатады

<variant> ТШҚҰ-синдромының даму мүмкіндігін жоғарылатады

<variant> аурудың ағымы өзгертпейді

<variant>науқастың жағдайын жақсартады

<variant> бауырлық жедел энцефалопатияны кері дамытады

<question>32 жастағы әйелде жүктіліктің 16-17 аптасы. Ауруханаға аурудың 8-ші күні келіп түсті. Бірінші күндері әлсіздік, тәбеттің төмендеуі, дене қызуының аздап көтерілуі, оң жақ қабырға астының сыздап ауыруына шағымданды. Аурудың 7 күнінде көздерінің сарғыштығын, зәр түсінің өзгеруін байқаған, ал 2 күннен кейін сарғыштық айқындалған. Объективті қарап тексергенде: жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғылары сарғыш. Бауыры 1,5-2 см ұлғайған, аздап ауыру сезімі байқалады. Нәжісі түссіз. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> вирусты А гепатит

<variant> вирусты В гепатит

<variant> иерсиниоз

<variant> жүктілік холестаза

<variant> механикалық сарғаю

<question>Келесі гепатиттің вирусы фекальді-оральді жолмен таралады және жүкті әйелдерде ауыр ағымын (фульминантты) шақырады:

<variant> вирустық гепатит Е

<variant> вирустық гепатит А

<variant> вирустық гепатит Д

<variant> вирустық гепатит С

<variant> вирустық гепатит В

<question>Холестаз синдромының индикаторын таңдаңыз:

<variant>сілтілік фосфатаза

<variant>АСТ

<variant>ЛДГ

<variant>сорбитдегидрогеназа

<variant> АЛТ

<question>Бауырішілік холестаз индикаторларына жатпайды:

<variant>ЛДГ

<variant>сілтілі фосфатаза

<variant>холестерин деңгейі

<variant>γ- глутамилтранспептидаза

<variant>өт қышқылдары

<question>Жүктіліктің мына мерзімінде вирусты гепатитпен ауыру эмбриопатияны дамытады:

<variant>12 аптаға дейін

<variant>эмбриопатия болмайды

<variant>36 аптадан кейін

<variant>12 аптадан кейін



<variant> жүктіліктің кез келген мерзімінде

<question>Жүктіліктің келесі мерзімінде вирусты гепатиттің ағымы ауыр өтеді:

<variant>III триместрде

<variant>II триместрде

<variant> I триместрде

<variant>жүктіліктің кез келген мерзімінде

<variant>I-II триместрлерде

<question>Босанушы әйелде вирусты гепатиті анықталса, баланы емізу мәселесі төмендегі жолмен шешіледі:

<variant>гепатит вирусы балаға ана сүтімен берілетіндіктен емізуге рұқсат етілмейді

<variant>емізу анаға теріс әсер ететіндіктен баланы емізуге рұқсат етілмейді

<variant>анаға берілетін дәріктер зиянсыз болғандықтан, емізуге рұқсат етіледі

<variant>емізу балаға теріс әсер ететіндіктен емізуге рұқсат етілмейді

<variant>гепатит вирусы балаға ана сүтімен берілмейтіндіктен емізуге рұқсат етіледі

<question>Жүкті әйелдердегі вирусты гепатит кезінде сарғаю алды кезеңінің клиникасында басым білінеді:

<variant>бауырлық диспепсия синдромы, қызба

<variant>астено-вегетативті синдром

<variant>катаральді синдром

<variant>интоксикациялық синдром

<variant>аталғандардың ешқайсысы емес

<question>Вирусты гепатиттің жүкті әйелдердегі мүмкін асқынуы:

<variant>бауырдың массивті некрозы

<variant>бүйрек шамасыздығы

<variant>жүрек-тамыр жүйесінің аурулары

<variant>орталық нерв жүйесінің зақымдануы

<variant>аталғандардың ешқайсысы емес

<question>Жүктілердегі жедел майлы гепатоз дамығанда көрсетілген:

<variant> шұғыл кесарь тілігі

<variant>симптомды ем

<variant> жоспарлы кесарь тілігі

<variant>амниотомия жасап толғақ шақыру және табиғи жолмен босандыру

<variant> сақтандыратын терапия мен симптомды ем

<question>Жүктілікпен байланысты ең жиі кездесетін бауыр ауруы:

<variant> жедел майлы гепатоз

<variant> А вирусті гепатит

<variant> холецистит

<variant> холестаздық гепатоз

<variant> В вирусті гепатит

<question>Манифестті гипотиреозы бар, жүктілігі 8 апталық, 25 жастағы әйел кеңес беру бөліміне қаралды, сіздің тактикаңыз (ҚР ДСМ №626 бұйрығына сәйкес):

<variant>жүктілікті медициналық көрсетілім бойынша дәріктермен үзу

<variant>жүктілікті пролонгациялау, гипотиреозын йодбаланспен емдеу

<variant>жүктілікті операциялық жолмен үзу

<variant>емханада гипотиреозын емдеп, жүктілікті II триместрде үзу

<variant> жүктілікті пролонгациялау, гипотиреозын эутирокспен емдеу

<question>Қантты диабетпен ауыратын жүкті әйелдің емдеу және бақылау тәртібіне қатысы жоқ



тұжырым:

<variant>емді жүктілік 12 аптасынан кейін бастау

<variant>әйелдегі жүктілікті анықтағаннан кейін оны ары қарай сақтау сұрақтарын шешу

<variant>гликемия деңгейін физиологиялық шегінде ұстау

<variant>жүктіліктің асқынуларының алдын алу мен инсулинотерапияны коррекциялау қажеттілігін анықтау

<variant>жүктілікті I- II триместрінде (27 аптаға дейін) үзу

<question>Қантты диабет кезінде әйелді мына жағдайларда мерзіміне дейін босандырады:

<variant> барлық келтірілген асқынуларда

<variant> бала денсаулығына қауіп төнсе

<variant>декомпенсацияланған қантты диабетте

<variant>егер жүктіліктің 36-37 аптасында ұрықтың салмағы 4 кг артық болса

<variant>симптомдық АГ бақыланбаса

<question>Жүкті әйел 35 жаста , ДМИ (ИМТ) 27 кг\м², анамнезінде салмағы 4 кг артық нәресте босанған. Қазіргі жүктіліктің қандай мерзімдерінде гликемияны анықтау қажет?

<variant>есепке тұрған кезде және 28 аптасында

<variant>4 және 16 аптасында

<variant>8 және 38 аптасында

<variant>есепке тұрған кезде және 36 аптасында

<variant>16 және 33 аптасында

<question>Әйелдерге кеңес беру емханасына 28 апталық жүктілікпен әйел қаралды, бастапқыда ДМИ (ИМТ) 34 кг\м², жүктілік кезінде 18 кг қосты, аш қарынға веналық қанда гликемия 6,7 ммоль\л (капиллярлы қанда 5,8 ммоль\л), №9 (2000 ккал) емдәм сақтап жүр. Ем тактикаңыз:

<variant>тек емдәммен емдеу

<variant>метформин 850 мг 1рет күніне

<variant>диабетон МР 1 таблетка күніне

<variant>акарбоза по 100 мг 3 рет күніне

<variant> қысқа әсерлі инсулинді әр тамақ алдында енгізу

<question>Аутоиммунды тиреоидиттің, гипотиреоз сатысындағы 23 жастағы әйел жүктілікті жоспарлады. Осы науқасқа тағайындауға қажетсіз:

<variant>хирургиялық ем

<variant>L-тироксин қабылдау, ТТГ деңгейін 1-2 мкМЕ\мл жеткізу

<variant>L-тироксин дозасын жүктілік кезінде 50-100% жоғарылату

<variant>ТТГ деңгейін 10-12, 20-22, 30-32 апталарда бақылау

<variant> бос Т4 деңгейін 10-12, 20-22, 30-32 апталарда бақылау

<question>Босанғаннан кейінгі бөлімшеге дәрігер шақыртылды. Жайылмалы уытты жемсаумен ауыратын әйелде дене қызуы 39⁰ С дейін жоғарылады, психикалық қозу, айқын гипергидроз, тахипноэ 30 мин дамыды, АҚ 180\40 мм сын.бағ., ЖСС 137 мин. Осы науқасқа тағайындауға болмайтын дәрмек:

<variant>аспирин тағайындау

<variant>мерказолил 80-100 мг\сут дейін тағайындау

<variant>пропранолол 40-80 мг әр 6 сағат сайын венағаенгізу

<variant>преднизолон 200-300 мг\тәул немесе дексаметазон 4-8 мг\тәулігіне

<variant>транквилизаторлар

<question>25 жастағы жүкті әйел, 17 жыл бойы I типті қантты диабетпен ауырады. Ұрықтың болжам салмағы 3900 г артық болғандықтан, босану 38 аптасында жоспарланды. Осы науқасқа босанатын күні тағайындауға болмайды?



<variant>ауырсынуды басу көрсетілмеген

<variant>тері астына ұзақ әсерлі инсулин тағайындау, гликемияны әр 2-3 сағат сайын бақылау
<variant>егер толғақ уақыты 8-10 сағаттан артық болса оперативті жолмен босандыруға шешім қабылдау

<variant>гликемия 5,5 ммоль\л дейін төмендесе, 200 мл 5% глюкоза ертіндісін, 10 мл 4% калий хлорид ертіндісін және 6Б жай инсулинді қосып венаға енгізу

<variant>гликемия 8 ммоль\л дейін жоғарласа, 2 Б қысқа әсерлі инсулин және 400 мл физиологиялық ертіндісін венаға енгізу

<question>Әйелдерге кеңес беру емханасына 6 жыл бойы қантты диабетімен ауыратын жүкті әйел қаралды. Шағымдары: физикалық күштемеден кейін үдей түсетін мезгіл-мезгіл іштің төменгі жағының түйнеп ауырсынуы. Жүктіліктің 28-29 аптасы. 14 Б инсулин қолданады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Жүрек тондары тұйықталған. ЖСС 80 мин. АҚ 110\60 мм сын. бағ. Қандағы глюкозаның деңгейі 10 ммоль\л, глюкозурия 0,5%. Босандыру кезіндегі ең тиімді дәрігерлік тактиканы таңдаңыз:

<variant>ұзақ әсерлі инсулин тағайындау

<variant>жай инсулинге ауыстыру

<variant>тиазолидиндиондерді тағайындау

<variant>бигуанидтерді тағайындау

<variant>сульфонилмочевина препараттарын тағайындау

<question>Қантты диабет кезінде жүктілікке қарсы көрсетпе болып саналмайды:

<variant>глюкозаланған гемоглобин деңгейі НвА1с < 6,5%

<variant>ЖИА

<variant>үдемелі пролиферациялық ретинопатия

<variant>активті туберкулезбен қосарланып кездесуі

<variant> ауыр нефропатия (креатинин клиренсі 50 мл\мин төмен, тәуліктік протеинурией 3 г жоғары, қандағы креатинин 120 мкмоль\л, АГ)

<question>Палатаға шақырту кезінде жаңадан босанған 23 жастағы әйел бірден жағдайының нашарлауына шағымданды. Қарағанда: есін жоғалтқан, құрысу ұстамасы байқалады. ТАЖ 16 рет\мин, тері жамылғылары ылғалды, АҚ 120\70 мм сын.бағ., ЖСС 110 рет\мин., ішкі органдар өзгеріссіз. Акушерканың айтуы бойынша науқас 8 жылдан бері І типті қантты диабетімен ауырады, 1 тәулік бұрын босанған, инсулин қабылдайды. Келесі шара қажетсіз:

<variant>баланы емізуден бас тарту

<variant>емізудің 1 аптасында инсулин дозасын 8-16 Б дейін төмендету, гликемия бақылауымен

<variant> көк тамырға 20-40 мл 40% глюкоза ертіндісін енгізу

<variant>тамақтану арасында көмірсуға бай тағамдарды қосымша қолдану

<variant>есі анықталған соң әйелге көмірсуға бай тағамды тамақ арасында беру

<question>Палатаға шақырту кезінде жаңадан босанған 23 жастағы әйел бірден жағдайының нашарлауына шағымданды. Қарағанда: есін жоғалтқан, құрысу ұстамасы байқалады. ТАЖ 16 рет\мин, тері жамылғылары ылғалды, АҚ 120\70 мм сын.бағ., ЖСС 110 рет\мин., ішкі органдар өзгеріссіз. Акушерканың айтуы бойынша науқас 8 жылдан бері І типті қант диабетімен ауырады, 1 тәулік бұрын босанған, инсулин қабылдайды. Болжам диагноз:

<variant>гипогликемиялық кома

<variant>кетоацидозды кома

<variant>гиперосмолярлы кома

<variant>гиперлактацидті кома

<variant> уремиялық кома



<question>Жүктіліктің 16 аптасындағы 23 жасар әйел диффузды уытты жемсаумен, ауыр тиреотоксикозбен ауыратынына қарамастан жүктілікті үзуден бас тартты. Осы науқасқа қарсы көрсетілген шара

<variant>радиоактивті йодпен емдеу

<variant>бетта-блокаторлар тағайындау

<variant>бронхоспазммен асқынғанда верапамил тағайындау

<variant>преднизолон 15 мг дейін күнара тағайындау

<variant>пропилтиоурацил 150-300 мг\сут дейін схема бойынша босанғанға дейін

<question>I типті қантты диабетімен ауыратын жүкті әйелде, босану кезінде АҚ 80\60 мм сын.бағ. дейін төмендеді, гликемия деңгейі 18 ммоль\л, ацетонурия ++. Осы науқасқа қарсы көрсетілген шара:

<variant>барлық шараларды орындау

<variant>әр 2-3 сағат сайын 2-4 Б қысқа әсерлі инсулинді гликемияны бақылай отырып, көк тамырға немесе б\е енгізу

<variant>400-800 мл физиологиялық ертіндіні венаға енгізу

<variant> гипотонияны коррекциялау үшін 60-90 мг преднизолон венаға енгізу

<variant>гипокалиемияны коррекциялау

<question>Босануға 36 жасар жүкті әйел түсті, 28 аптасынан бастап гестациялық диабетпен ауырады, тамақтану алдында 10 Б қысқа әсерлі инсулин қабылдап жүрген. Осы науқасқа қарсы көрсетілген шара:

<variant>инсулинді жоспарлы түрде енгізу

<variant>әр 2-3 сағат сайын гликемияны бақылау

<variant>бірінші үш тәулікте нәрестеде гликемияны бақылау

<variant>гликемия 5,5 ммоль\л дейін төмендесе венаға 200 мл 5% глюкоза ертіндісін, 10 мл 4% калия хлорид ертіндісін, 6Б жай инсулин енгізу

<variant>гликемия 8 ммоль\л дейін жоғарыласа 2Б қысқа әсерлі инсулин, 400 мл

физиологиялық ертіндісін венаға енгізу

<question>Төменде аталған дәрмектердің біреуі жүкті әйелдердегі диффузды уытты жемсау кезінде пайдаланылады:

<variant> пропилтиоурацил

<variant> мерказолил

<variant>тирозол

<variant>левотироксин

<variant> калий иодиді

<question>Келесі жастағыларда йодқа қажеттілік жоғары емес:

<variant>егде адамдарда

<variant>жасөспірімдерде

<variant>балаларда

<variant>жүкті әйелдерде

<variant>нәрестелерде

<question>27 жастағы жүкті әйелде аш қарынға екі рет гликемия деңгейін анықтау 7,9 және 10,9 ммоль\л көрсеткен. Анамнезеінде гликемия деңгейінің жоғарылауы анықталмаған. Болжам диагноз:

<variant>гестациялық диабет

<variant>қантты диабет, II тип

<variant>екіншілік қантты диабет

<variant>аш қарынға гликемияның бұзылысы



<variant>глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы

<question>Әйелдер консультациясына ішінің төменгі бөлігіндегі ұстама тәрізді ауру сезіміне шағымданған жүкті әйел келді. Ауру сезімі физикалық жүктемеден кейін күшейеді. Жүктіліктің 28-29 аптасы, 6 жыл қантты диабетпен ауырады, 14 бірлік инсулин қабылдайды. Қарағанда жағдайы орташа ауырлықта, жүрек тондары тұйықталған, ЖСЖ 80 мин., АҚ 110\60 мм сын. бағ., қандағы глюкоза 10 ммоль\л, зәрдегі глюкоза 0,5%. Босану кезеңіндегі ем тактикасы:

<variant> жай инсулин

<variant> бигуанидтер

<variant> диета № 9

<variant> ұзақ әсерлі инсулин

<variant> сульфаниламочевина препараты

<question>Гестациялық диабет ұғымының анықтамасы:

<variant> жүктілік кезде пайда болып, босанғаннан кейін жойылатын қантты диабет

<variant> жүктілік кезінде пайда болып, босанғаннан кейін де жалғасатын қантты диабет

<variant> инсулиннің салыстырмалы жетіспеушілігімен жүретін қантты диабет

<variant> 2 типті қантты диабеті барлардағы жүктілік

<variant> глюкозаға төзімділіктің бұзылысы

<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\40 мм сын. бағ. Қанда: гемоглобин 72 г\л, ашқарындық гипогликемия 2,9 ммоль\л дейін. Болжам диагноз:

<variant> бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі

<variant> бауыр-онекіелі ішектік аймақ ісігі

<variant> аналық безінің туберкулезі

<variant> нейрогенді анорексия

<variant> жүктілік

<question>Науқас 34 жаста шағымдары: шамалы тұншығу мен алқымының ұлғаюы.

Анамнезінен: эндемиялық таулы аймақта көп жылдар бойы тұрған. Об-ті тексергенде: қалқанша безі ІІ дәрежеге дейін ұлғайған, пальпацияда ауырмайды. АҚ 120\70 мм сын. бағ. ЖСЖ минутына 62 рет. Қанда ТТГ, Тз, Т4 және тиреоглобулинге антидене титрі қалыпты. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> эндемиялық жемсау, эутиреозды

<variant> Хашимото ауруы

<variant> біріншілік гипотиреоз

<variant> Ридель тиреоидиті

<variant> диффузды уытты жемсау

<question>Науқас 34 жаста шағымдары: шамалы тұншығу мен алқымының ұлғаюы.

Анамнезінен: эндемиялық таулы аймақта көп жылдар бойы тұрған. Об-ті тексергенде: қалқанша безі ІІ дәрежеге дейін ұлғайған, пальпацияда ауырмайды. АҚ 120\70 мм сын. бағ. ЖСЖ минутына 62 рет. Қанда ТТГ, Тз, Т4 және тиреоглобулинге антидене титрі қалыпты. Сіздің тактиканыз:

<variant> йод дәрмектер

<variant> пропилтиоурацил

<variant> мерказолил



<variant>гирозол

<variant>левотироксин

<question>Науқас 7 жылдан бері 2 типті қантты диабетпен ауырады. Соңғы 1 жылда АҚ 200\120 мм сын.бағ. көтеріледі. Зәрдегі альбуминнің деңгейі микропротениурияға сәйкес келеді (150 мг\л аспайды). Гипертензияның себебі:

<variant>Кимельстиль – Вильсон синдромы

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>эссенциальді гипертензия

<variant>бүйрек артериясының стенозы

<variant>созылмалы пиелонефрит

<question>Науқас 7 жылдан бері 2 типті қантты диабетпен ауырады. Соңғы 1 жылда АҚ 200\120 мм сын.бағ. көтеріледі. Зәрдегі альбуминнің деңгейі микропротениурияға сәйкес келеді (150 мг\л аспайды). Гипертензияның себебі:

<variant>микроангиопатия (гломерулосклероз)

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>эссенциаль артериялық гипертензия

<variant>бүйрек артериясының стенозы

<variant>созылмалы пиелонефрит

<question>Әйелдерде босану және босанудан кейін кезеңде көп мөлшерде қан кетумен және сепсистік жағдаймен байланысты дамыған гипоталамус-гипофиздік жеткіліксіздік ... аталады.

<variant> Шиен ауруы

<variant>Симмондс ауруы

<variant>Аддисон ауруы

<variant>Конн ауруы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы

<question>Гиперкетонемиялық комаға тән емес:

<variant>терісінің ылғалдылығы

<variant>шулы терең тыныс

<variant>қарашықтың тарылуы

<variant>аузынан ацетон иісі шығуы

<variant>команың жедел басталуы

<question>Гиперкетонемиялық кома жиі кездеседі:

<variant>1 типті қантты диабетте

<variant>2 типті қантты диабетте

<variant>гестациялық диабетте

<variant>қансыз диабетте

<variant>Конн ауруында

<question>Гиперкетонемиялық кома жиі келесі дерттің бірінші көрінісі болады:

<variant>1 типті қантты диабеттің

<variant>2 типті қантты диабеттің

<variant>гестациялық диабеттің

<variant>қансыз диабеттің

<variant>Конн ауруының

<question>25 жастағы әйел, босану кезінде қан кетіп, тоқтата алмағандықтан қайтыс болған. Бала кезінен «терісі көгергіш» болған, жылына 4-5 рет мұрнынан қан кеткен, 13 жасында жаракаттан кейін санының бұлшықеті арасында гематома болған. Коагулограммада: Дьюк бойынша қан кету ұзақтығы - 16 мин, VIII фактор концентрациясы 2%, тромбоциттер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР	044-62/11 () 48 беттің 22 беті

агрегациясы: спонтанды 5%, индукцияланған: АДФ - 22%, ристомидин - 2%, тромбоциттер 190×10^9 . Болжам диагноз:

<variant>гемофилия

<variant>Виллебранд ауруы

<variant>Верльгоф ауруы

<variant>Гланцман тромбастениясы

<variant>Шенлейн-Генох ауруы

<question>25 жастағы әйел, босану кезінде қан кетіп, тоқтата алмағандақтан қайтыс болған.

Бала кезінен «терісі көгергіш» болған, жылына 4-5 рет мұрнынан қан кеткен, 13 жасында жарақаттан кейін санының бұлшықеті арасында гематома болған. Коагулограммада: Дьюк бойынша қан кету ұзақтығы - 16 мин, VIII фактор концентрациясы 2%, тромбоциттер

агрегациясы: спонтанды 5%, индукцияланған: АДФ - 22%, ристомидин - 2%, тромбоциттер – 190×10^9 . Аурудың түрі уақтылы анықтағанда бұл әйелге жүргізілетін ем:

<variant>криопреципитат

<variant>окситоцин

<variant>гепарин

<variant>тромбоциттердің трансфузиясы

<variant>преднизолон

<question>Жүктіліктің нағыз теміртапшылықты анемия дамиды мерзімі:

<variant>20 апта

<variant>8 апта

<variant>12 апта

<variant>16 апта

<variant>20 апта

<question>Гемоглобиннің келесі деңгейге төмендеуі жүкті әйелдердегі теміртапшылықты анемияның нақты белгісі болып табылады:

<variant>100 г/л

<variant>80 г/л

<variant>90 г/л

<variant>100 г/л

<variant>120 г/л

<question>34 жастағы әйелдің екі жүктілігі туумен аяқталған, бірақ көп қан кету болған. Осыған байланысты теміртапшылықты анемиядан 2 жыл бойына емделген. Келесі жүктілікке бел буған, сіздің кеңесіңізге келді. Организмдегі темір қорын анықтайтын тәсілді таңдаңыз:

<variant>қан сары суының ферритині

<variant>қан сары суының церрулоплазмині

<variant>қан сары суының гемосидерині

<variant>қан сары суының трансферрині

<variant>қан сары суының лактоферині

<question>Әйелдер ферритинінің қалыпты көрсеткіштерін белгілеңіз:

<variant>10-125 мкг/л

<variant>1-5 мкг/л

<variant>0,1-7 мкг/л

<variant>3-6 мкг/л

<variant>120-300 мкг/л

<question>Жүктіліктің соңында қан кетудің жиі себептеріне жатады:

<variant>қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен ерте сылынуы



<variant>басталып келе жатқан түсік

<variant>жатыр жыртылуы

<variant>қынаптың варикозды кеңейген веналары

<variant>көпіршікті тығын (пузырный занос)

<question>Жүкті әйелдерде ТІШҚҰ синдромына әкелетін сирек себеп:

<variant> кесар тілігі

<variant>плацентаның мезгілінен бұрын ажырауы

<variant>жалған жүктілік (пузырный занос)

<variant>ұрықтың антенатальді өлімі

<variant> жүктіліктің I триместрінде аборт

<question>Жүкті әйелдерде ТІШҚҰ синдромы дамуының негізгі клиникалық белгісі:

<variant>полиорганды шамасыздық синдромы

<variant>плаценталық қанайналым бұзылыстары

<variant>ұрықтың жүрек соғуының бұзылыстары

<variant>зәр шығарудың төмендеуі

<variant>ми қанайналым бұзылыстары

<question>ТІШҚҰ синдромының лабораториялық көрсеткіші:

<variant>РФМК (ерігіш фибрин-мономерлік комплекс)

<variant>АЖТУ(активтендірілген жартылай тромбопластиндік уақыт)

<variant>ПТИ (протромбиндік индекс)

<variant>тромбиндік уақыт

<variant>қан ағу ұзақтығы

<question>ТІШҚҰ синдром дамуының критеріі саналмайды:

<variant>сахарозалық тест

<variant>фибриннің деградация қалдықтары (ПДФ)

<variant>этанолдік тест

<variant>бета-нафтолдік тест

<variant>протаминсульфаттік тест

<question>ТІШҚҰ синдромына қанағаштықтың келесі түрі тән:

<variant>аралас

<variant>гематомалық

<variant>васкулитті- пурпуралық

<variant>дақтық- петехиялық

<variant>ангиомалық

<question>ТІШҚҰ синдромының емін құрайды:

<variant>жаңа тоңазытылған плазма

<variant> фраксипарин

<variant> гепарин

<variant> трентал

<variant>реополиглюкин

<question>24 жастағы науқас әйелде бірден дене қызу жоғарылады, ағыл-тегіл терлеу, қалтырау байқалды. Анамнезінде босану кезінде жағымсыз иісті сулардың алдын ала кетуі болған. Қанда: анемия, лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы, тромбоциттердің агрегациясының артуы, оң мәнді этанолдық тест. 4-ші күні терісінде петехиялық бөртпелер пайда болды, жатырдан қан кету басталды. Қанда: тромбоцитопения, гипофибриногенемия, оң этанолдық тест. Болжам диагноз?

<variant>ТІШҚҰ синдромы



<variant>жедел лейкоз

<variant> Шенлейна-Генох ауруы

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<variant>гемофилия

<question>Гемокоагуляциялық шок, гемостаздың бұзылысы, геморрагиялық синдром, органдардың дисфункциясына және дистрофиясына алып келетін микроциркуляция бұзылысы, бүйректің жедел шамасыздығы белгілері тән:

<variant>ТІШҚҰ синдромына

<variant>гемофилияға

<variant> Верльгоф ауруына

<variant> Виллебранд ауруына

<variant> Рандю-Ослер ауруына

<question>ТІШҚҰ синдромының гипокоагуляция сатысына тән:

<variant>АЖТУ ұзаруы (АЧТВ)

<variant>қан ұю уақытысының қысқаруы

<variant> қан ағу уақытысының қысқаруы

<variant>тромбоцитоз

<variant>ПТИ жоғарылауы

<question>Қалыпты жүктілік кезінде қан ұю жүйесінің белсенділігі:

<variant>жоғарылайды жүктілік соңына

<variant> бастапқыда төмендейді, кейін жоғарылайды

<variant> төмендейді

<variant> өзгермейді

<variant> бастапқыда жоғарылайды, кейін төмендейді

<question>Қалыпты жүктілік кезінде фибриногеннің концентрациясы:

<variant> жоғарылайды, жүктілік соңына

<variant>төмендейді

<variant> бастапқыда төмендейді, кейін жоғарлайды

<variant> бастапқыда жоғарлайды, кейін төмендейді

<variant> өзгермейді

<question>ТІШҚҰ синдромының жедел барысының клиникалық белгілері:

<variant>тромбоздар, геморрагиялық синдром, микроциркуляцияның бұзылысы, полиорганды шамасыздық, анемия

<variant>тромбоздар, микроциркуляцияның бұзылысы, полиорганды шамасыздық

<variant>тромбоздар, геморрагиялық синдром, анемия

<variant>тромбоздар, микроциркуляцияның бұзылысы, анемия

<variant>тромбоздар, анемия, полиорганды шамасыздық

<question>ТІШҚҰ синдромының жедел барысының үшінші сатысында қолданылады:

<variant> плазмаферез, жаңа тоңазытылған плазма, аз дозада гепарин, үлкен дозада контрикал

<variant> плазмаферез, аз дозада гепарин

<variant> плазмаферез, үлкен дозада гепарин

<variant> плазмаферез, жаңа тоңазытылған плазма

<variant> плазмаферез, үлкен дозада контрикал

<question>Жүкті әйелдің гипохромды анемиясы бар, сарысудағы темірі - 7,3 мкмоль\л, сарысудың темір байланыстырушы қасиеті 120 мкм\л, дисфералдық сынамасы 0,3 мг.

Болжам диагноз:

<variant>темірдефициттік анемия



<variant>сидероахрезиялық анемия

<variant>талассемия

<variant>В12 дефициттік анемия (Адиссон-Бирмер ауруы)

<variant>гемолиттік анемия

<question>37 жастағы әйел, шағымдары: әлсіздік, бас айналу, көз алдының қарауытуы, табандарының парестезиясы және жүрісінің тұрақсыздығы. Тері жамылғысының сарғаюы анықталған. Бауыры қабырға доғасынан 1,5 см шығыңқы. ҚЖА: Нв 70 г\л, Т.к.-1,4, лейкоц. $4,5 \times 10^9$ /мл, эоз.- 0, баз.-9, т\я 5, с\я-56, мон.-10, лимф. -29, ЭТЖ 12 мм\сағ. ФГДС атрофиялық гастрит. Болжам диагноз:

<variant>В 12 дефициттік анемия (Адиссон-Бирмер ауруы)

<variant>вирусты гепатит С

<variant>созылмалы алкоголизм

<variant>аутоиммундық гемолиттік анемия

<variant>Конн ауруы

<question>18 жастағы жүкті әйел, әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Гинекологиялық анамнезі: менструациясы 12 жасынан, көп мөлшерде, 5-6 күн ұзақтықпен. Тері жамылғысы құрыл. Қан анализінде: Нв 85 г\л, эр. 3,8 млн, т.к. 0,67, қан сарысулық темір 4 мкмоль\л, лейкоц. 6 мың, формула өзгеріссіз. Көрсетілген ем:

<variant>ферретаб

<variant>эритромаста

<variant>витамин В12

<variant>пиридоксин

<variant>ретаболил

<question>16 жастағы науқас ішінің, әсіресе кіндік айналасының толғақ тәрізді ауырсынуына шағынады. Бірнеше жылдар бойы мұрнының ұзақ қанауы байқалған. Іші шамалы кепкен, жұмсақ, терісінде көптеген қанталаған дақтар. Оң тізе буыны ісінген, пальпациялағанда ауырады. Болжам диагноз:

<variant>гемофилия

<variant>геморрагиялық васкулит

<variant>аплазиялық анемия

<variant>тромбоцитопениялық пурпура

<variant>тромбоцитопатия

<question>Темірдефициттік анемияға тән емес:

<variant>сүйек миының мегалобластозы

<variant>қанда ферритин деңгейінің төмен болуы

<variant>эритроциттердің гипохромиясы мен микроцитозы

<variant>темір дәрімектерінің бір ай көлемінде оң әсер етуі

<variant>сүйек миында темір шөгінділерінің жоқтығы

<question>Науқас 32 жаста. Шағымдары: жалпы әлсіздік, шаршағыштық, бас айналу, көз алдында «шіркейлердің» пайда болуы, ентігу, тырнақтарының сынғыштығы. Анамнезінен: 7 жүктілік болған, оның 4 түсік тастаумен аяқталған, етеккірі 5-7 күнінен, көп қан кетеді. Объективті: тері және көзге көрінетін кілегей қабаттары боз, таза, құрғақ. Тырнақтары жұмсақ, тез сынады. Ауыз бұрыштары тілінген. ҚЖА талдауы: гемоглобин - 62 г\л, эр. $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,9 \times 10^9$ /л, тром. 180×10^9 /л, ЭТЖ 30 мм\сағ. Ең нәтижелі дәрімек:

<variant>сорбифер-дурулес

<variant>В12- дәрумені

<variant>фолий қышқылы



<variant> аскорбин қышқылы

<variant> эритропоэтин

<question> Организмдегі темір қорын анықтайтын көрсеткішті таңдаңыз:

<variant> ферритин

<variant> церрулоплазмин

<variant> гемосидерин

<variant> трансферрин

<variant> лактоферин

<question> Қан түзудің мегалобласты түрі, ферритин деңгейінің жоғарылауы, неврологиялық симптоматика тән:

<variant> В12 тапшылықты анемияға

<variant> темір тапшылықты анемияға

<variant> аутоиммунды гемолиздік анемияға

<variant> Минковский-Шоффар анемиясына

<variant> аплазиялық анемияға

<question> Сарғаю, спленомегалия, эритроциттердің осмостық резистенттілігінің төмендеуі тән:

<variant> Минковский-Шоффар анемиясына

<variant> темір тапшылықты анемияға

<variant> В12 тапшылықты анемияға

<variant> аутоиммунды гемолиздік анемияға

<variant> аплазиялық анемияға

<question> Темір тапшылықты анемияға тән:

<variant> гипохромия, микроцитоз, қан сары суының темірінің азаюы мен темір байланыстыру қасиетінің жоғарылауы

<variant> гипохромия, микроцитоз, стернальді пунктатта сидеробласттардың болуы

<variant> гипохромия, микроцитоз, нысана тәрізді эритроциттер

<variant> гипохромия, микроцитоз, десферал сынамасы оң

<variant> гиперхромия, гемопоздің мегалобласты типі

<question> Сидеропениялық синдромның көрінісіне жатпайтын белгі:

<variant> парестезиялар

<variant> асқазанның секрециялық шамасыздығы

<variant> ангулярлық стоматит

<variant> шаштың сынғыштығы мен түсуі

<variant> эзофагит

<question> Гемофилияның диагноздық белгісін көрсетіңіз:

<variant> қан ұю уақытының ұзаруы

<variant> қан ұйындысы ретракциясының бұзылысы

<variant> фибриногеннің төмендеуі

<variant> қан ағу уақытының ұзаруы

<variant> протромбин көрсеткішінің төмендеуі

<question> Пиелонефриттің жүктілікті үзуге көрсетпе болатын асқынуларына жатпайды :

<variant> пиелонефриттің өршуі

<variant> бүйрек шамасыздығы

<variant> бір (жалғыз) бүйрек

<variant> көз түбінің өзгерісі

<variant> симптомды артериялық гипертензия

<question> Несеп жолдарының инфекциясының/ИМПІ даму қауібі жоғары топқа жатпайтын



жүкті әйелдер:

<variant>нефроптоз I дәрежелі

<variant>симптомсыз бактериурия

<variant>анамнезінде бүйрек ауруы бар

<variant>балалық шағында скарлатинамен ауырған

<variant>этиологиясы белгісіз гипертензиясы бар

<question>Пиелонефрит дамуындағы инфекцияның өрлеуіне бейімдеуші факторларға жатпайды:

<variant>физикалық жүктемелер

<variant>қуық-несепарлық рефлюкс

<variant>жүктілік

<variant>несеп-тас ауруы

<variant>қуықтың аспаптық зерттеуі

<question> 28 жастағы әйел жүктіліктің 17-18 аптасында тіркеуге тұрды. Объективті қарағанда аяғының ісінуі анықталды. АҚ 160/90 мм сын. бағ. НЖА: тығ. 1,012, белок 1,066г/л, лейко. 4-5 к/а, лейкограммада 40% лимфоциттер. Зимницкий сынамасында тығыздығының тербелісі: 0,007. ЭКГ СКГ белгілері. Креатининнің қандағы концентрациясы 100 мкмоль/л. Диагнозы мен тактикасы.

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant> жүктілік гестозы

<question>22 жастағы, жүктілігі 12 апталық әйел, диспансерлік тексеруден өтуде. Шағымдары жоқ. Ісінулер жоқ. Өкпе, жүрек, құрсақ қуысы мүшелері жағынан өзгерістер анықталмаған.

АҚҚ 120/80 мм.сын.бағ Жалпы қан мен зәр анализі өзгеріссіз. Зәрді бактериологиялық зерттеу кезінде – E. Coli 1 мл-де 10*5 концентрацияда, пенициллиндерге, бисептолға, ципрофлоксацинге сезімтал. Келесі стратегияңызды анықтаңыз:

<variant> зәрді бактериологиялық зерттеуге қайта жіберу

<variant> бензилпенициллинмен емдеуді бастаймыз

<variant> бисептолмен емдеуді бастаймыз

<variant>ципрофлоксацинмен емдеуді бастаймыз

<variant>бисепрололмен ципрофлоксацинмен емдеуді бастаймыз

<question>ҚҰ ДМ №626 (МЗ РК) бұйрығына сәйкес жүктілікті несеп бөлу жүйесінің келесі патологиясында ғана созуға болады:

<variant>пиелонефрит, в стадии ремиссии

<variant>жіті гломерулонефрит

<variant>жалғыз бүйректің пиелонефриті

<variant>созылмалы пиелонефрит, нефрогенді АГ

<variant>диабетическая нефропатия IV-V стадии

<question>Салыстырмалы тығыздығы 1013, белок 0,033 г\л, лейкоциттер 8-9 к\а; лейкограммада эозинофильдер. Болжам диагнозды табыңыз:

<variant>жедел интерстицийлік нефрит

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<variant>созылмалы пиелонефрит

<variant>несеп тас ауруы

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР		044-62/11 () 48 беттің 28 беті

<question>Салыстырмалы тығыздығы 1021, белок 0,066 г\л, эритроциттер 10-12, лейкоциттер 8-10 к\а; лейкограммада 45% лимфоциттер. Болжам диагнозды табыңыз:

- <variant>жедел гломерулонефрит
- <variant>созылмалы гломерулонефрит
- <variant>созылмалы пиелонефрит
- <variant>жедел интерстицийік нефрит
- <variant>несеп тас ауруы

<question>Салыстырмалы тығыздығы 1013, белок 0,033 г\л, лейкоциттер 30-40 к\а, жекелеген лейкоциттік цилиндрлер; лейкограммада 90% нейтрофильдер. Болжам диагнозды табыңыз:

- <variant>созылмалы пиелонефриттің өршуі
- <variant>жедел гломерулонефрит
- <variant>созылмалы гломерулонефриттің өршуі
- <variant>жедел интерстицийлік нефрит
- <variant>несеп тас ауруы

<question>24 жастағы әйел (6-айлық емізулі нәрестесі бар) дене қызуының 37,8 С дейін жоғарылауына, кіші дәретке отырғанда ауырсынуына шағымданады. Қағу симптомсыз. Өкпе, жүрек, іш қуысы ағзалары жағынан патология жоқ. Қанның жалпы анализі: Нb 120 г\л, лейкоциттер 7,8-109\л. Қанның лейкоциттік формула: т\я нейтрофильдер 8%, с\я 70%, лимфоциттер 20%, моноциттер 2%. ЭТЖ 25 мм\сағ. Креатинин 87 мкмоль\л. Несептің бактериологиялық зерттеуінде энтерококк анықталды, 1 мл-де 10⁵ микроорганизмдер. Антибактериялық емдеу тактикасы:

- <variant>амоксиллин тағайындап, емізуді жалғастыру
- <variant>амоксиллин + гентамицин тағайындап, нәрестені жасанды тамақтандыру
- <variant>амоксициллин + гентамицин тағайындап, нәрестені табиғи тамақтандыру
- <variant>рокситромицин тағайындап, емізуді жалғастыру
- <variant>левомицетин тағайындап, емізуді тоқтату.

<question>22 жастағы әйел, жүктілік 12 апта, диспансерлік тексеруден өткен. Шағымдары жоқ. Ісінулер жоқ. Өкпе, жүрек, іш қуысы ағзалары жағынан бұзылыстар анықталмаған. АҚ 120\80 мм сын. бағ. Қанның жалпы анализі және несептің жалпы анализдері өзгеріссіз. Несептің бактериологиялық зерттеуінде - E. Coli концентрациясы 1 мл-ге 10⁵, пенициллинге, бисептолға, ципрофлоксацинге сезімтал. Сіздің тұжырымыңыз:

- <variant>симптомсыз бактериурия
- <variant>жедел пиелонефрит
- <variant>созылмалы пиелонефрит
- <variant>тынжы-тас ауруы
- <variant>жедел гломерулонефрит

<question>Жедел гломерулонефриттің негізгі этиологиялық факторын атаңыз:

- <variant>А топты b-гемоліздік стрептококк
- <variant>стафилококк
- <variant>клебсиелла
- <variant>көк іріңді таяқша
- <variant>пневмококк

<question>Жедел гломерулонефриттің инфекциямен ауырғаннан кейін дамитын уақыты:

- <variant>10-12 күн
- <variant>3-4 күн
- <variant>бір апта
- <variant>бір ай



<variant>2 ай

<question>Жедел гломерулонефриттің дамуына алып келмейді:

<variant>тағамдық заттар

<variant>вакциналар

<variant>жәндіктердің уы

<variant>дәрілік заттар

<variant>сары сулар

<question>Әйелдердің жедел гломерулонефритпен сырқаттануға бейім жасы -

<variant>2 жастан 40 жас аралығындағылар

<variant>2 жасқа толмаған балалар

<variant>климактериялық кезең

<variant>менопауза кезеңі

<variant>пубертатты кезең

<question>Жедел гломерулонефриттегі гемодинамикалық бұзылыстардың себебі:

<variant>гиперволемиа

<variant>тамырлардың спазмы

<variant>простагландиндер концентрациясының артуы

<variant>гиперренинемиа

<variant>гипопротеинемиа

<question>Жедел гломерулонефритке тән емес гемодинамикалық бұзылыстар:

<variant>төмен диастолалық қысым

<variant>жүрек қуыстарының кеңеюі

<variant>аорта үстінде II тонның акценті

<variant>төмен пульстік қысым

<variant>жоғары ДАҚ

<question>Бүйректің преренальді жедел шамасыздығының негізгі патогенезі:

<variant>бүйрек қан ағымының төмендеуі, ишемиа

<variant>жасушаішілік кальцийді жоғалту

<variant>массивті протеинурия

<variant>простагландиндер синтезінің тежелуі

<variant>гломерулонефрит

<question>Созылмалы пиелонефритпен ауыратын науқастардың несепінде жиі анықталатын флора:

<variant>ішек таяқшалары

<variant>саңырауқұлақтар

<variant>стафилококтар

<variant>стрептококтар

<variant>протейлер

<question>Мына белгілердің біреуі созылмалы пиелонефритке тән емес:

<variant>ісінулер

<variant>анемия

<variant>лейкоцитурия

<variant>дизуриялық бұзылыстар

<variant>артериялық гипертензия

<question>Созылмалы пиелонефриттің тиімді антибактериялық терапиясын жүргізу үшін келесі зерттеудің нәтижесін білу қажет:

<variant>несептің бактериялық себіндісі, несептің қышқылдығы



<variant>экскрециялық урография

<variant>нечипоренко бойынша несеп анализ

<variant>бүйректердің УДЗ

<variant>қандағы азот қалдықтарының деңгейін

<question>Бүйректің созылмалы шамасыздығының ең айқын белгісі:

<variant>қандағы креатинин деңгейінің жоғарылауы

<variant>артериялық гипертензия

<variant>гиперкалиемия

<variant>олигурия

<variant>протеинурия

<question>30 жастағы әйел, жүктіліктің 25-26 аптасы. Шағымдары: бел аймағының ауырлауы, кіші дәретке жиі бару. Қанның жалпы анализінде: Нв 112 г\л, ЭТЖ 25 мм\сағ, Несептің жалпы анализінде: салыстырмалы тығыздығы 1012, белок 0,066г\л, лейкоц. 25-30 к\а., бактериурия +++.

Болжам диагноз:

<variant>созылмалы пиелонефриттің өршуі

<variant>жедел пиелонефрит

<variant>жедел гломерулонефрит

<variant>тынжы-тас ауруы

<variant>симптомсыз бактериурия

<question>Босанудан кейін бір айдан соң 28 жастағы әйел бетте эритемалы дақтар, дене қызуының 39⁰ С дейін жоғарылауы, арықтау, полиартралгия, ісінулер дамуына және АҚ жоғарылауына шағымданады. Зерттегенде анықталды: Нв 90 г\л, СОЭ 50 мм\сағ., фибриноген 6 г\л, альбумин 30%, LE жасушалар 5:1000 лейкоцитке. Диагноз:

<variant> жүйелі қызыл жегі

<variant> жүйелі склеродермия

<variant> дерматомиозит

<variant> диффузды эозинофильді фасциит

<variant> ревматизмдік полимиалгия

<question>ЖҚЖ (Жүйелі қызыл жиегі) бар жүкті әйелде болуы мүмкін асқынулар:

<variant>миокардит, бүйрек жеткіліксіздігі, ауыр преэклампсия

<variant>перикардит, ауыр преэклампсия

<variant>ауыр преэклампсия

<variant>плеврит, бүйрек жеткіліксіздігі

<variant>плеврит, бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі, ауыр преэклампсия

<question>Жүктіліктің I триместрінде ревматизмдік қызбаның өршуі анықталғанда, қолданылатын шара:

<variant>жүктілікті үзу

<variant>глюкокортикоидармен белсенді емдеу

<variant>салицилаттармен белсенді емдеу

<variant>глюкокортикоидармен және салицилаттармен белсенді емдеу

<variant>жүктілікті жалғастыру

<question>18 апталық жүктілікпен әйел қол басы буындарының бір сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуына, әлсіздікке, субфебрилдік температураға шағымданады. 6 жыл бойы ревматоидты артритпен ауырады. Қарағанда: екі қолдың II-IV саусақтарының проксималды фалангааралық буындарының симметриялы дефигурациясы, қозғалысының шектелуі.

Неғұрлым тиімді тактика:

<variant> преднизолон



<variant> кризанола

<variant> диклофенак

<variant> метотрексат

<variant> сульфасалазин

<question>Келесі жүйелі ауруға созылмалы гломерулонефриттің дамуы тән емес:

<variant> анкилоздаушы спондилоартрит

<variant> түйінді периартериит

<variant> ревматизм

<variant> геморрагиялық васкулит

<variant> жүйелі қызыл жегі

<question>Науқас 21 жаста. Босанған соң 1 айдан кейін терапия бөлімшесіне түсті. Шағымдары: дене температурасының 38,2 С дейін жоғарылауы, балтырында ауыратын пурпуралы түйіндердің пайда болуы және тізе буынының ісінуі. Үлкен дәреті, диурезі өзгеріссіз. Тексеру кезінде өкпе, жүрек, іш қуысы мүшелерінде өзгерістер жоқ Қанның жалпы анализі: НБ 132 г\л, лейкоциттер $5,1 \times 10^9$ \л., ЭТЖ 44 мм\сағ. Несептің жалпы анализі патологиясыз. Антинуклеарлы АД титрі 1:20. Ревматоидты фактор анализі теріс мәнді. Кеуде қуысы мүшелерінің рентгенологиялық тексеруінде бронхөкпелік лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалған. Дұрыс диагнозды таңдаңыз:

<variant> саркоидоз

<variant> иерсиниоз

<variant> түйінді периартериит

<variant> босанудан кейінгі сепсис

<variant> ЖКЖ

<question>20 жастағы науқас, босанғаннан кейін бұлшықеттерінде ауыру сезімі, бұлшықеттік әлсіздік пайда болған. Бір апта бұрын қабағының ісінуі, аздаған жүктеме кезінде ентігу, маңқалықы, тамаққа шашалу қосылған. Об-ті: иық белдеуінің , саны бұлшықеттері ауырады, беті мимикасыз. Жүрек шекаралары ұлғайған, тондары әлсіз, ЖСС 100 рет\ мин. АҚ 140\90 мм сын.бағ. ҚЖА: эр- $4,5 \times 10^{12}$, Нв-110 г\л, лейко- 7×10^9 , ЭТЖ 66 мм\сағ, АЛТ 17 МЕ. Болжам диагноз:

<variant> идиопатиялық дерматомиозит

<variant> ЖСД

<variant> түйінді периартериит

<variant> босанудан кейінгі кардиомиопатия

<variant> ЖКЖ

<question>Ревматоидтық артрит диагнозын дәлелдейтін белгілерінің комбинациясын таңдаңыз:

<variant> буындардың симметриялы зақымданулары, таңғы сіресу, анкилоздардың дамуы

<variant> «көшпелі» артралгиялар, патологиялық процеске көбінесе ірі буындардың ұшырауы

<variant> тұрақты артралгиялар, буын блогы, остеофиттер

<variant> басбақай буынының жедел моноартриті

<variant> спондилоартриттер, сакроилеит

<question>Жүйелі қызыл жегі диагноздық критерийі:

<variant> анти-ДНК антидене титрінің жоғарылауы

<variant> алопеция

<variant> гипер-g -глобулинемия

<variant> Рейно синдромы

<variant> анемия



<question>Жүйелі қызыл жегіге қатысты дұрыс тұжырым:

<variant>полисерозит, нефрит, LE феномен

<variant>эрозиялық артриттің дамуы тән

<variant>дисфагия жиі дамиды

<variant>кардит, полиартралгия, АСЛ-О титрі жоғары

<variant>паранеоплазиялық полимиозит

<question>32 жасар әйелде 5 жылдан бері Рейно синдромы. Соңғы бір жыл ішінде білезік және қол ұшы ұсақ буындарының артриті, бет терісінің тығыздалуы және қою тағамды жұтудың қиындауы пайда болды. Қанда: ЭТЖ32 мм\сағ, бірлі жарым жегілік жасушалар. Болжам диагноз:

<variant>жүйелі склеродермия

<variant>өңеш ісігі

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>дерматомиозит

<variant>ревматоидтық артрит

<question>ЖГЖ ауруына тән белгілер:

<variant> ДНК-ға антидененің титрінің жоғарылауы

<variant>тромбоцитоз

<variant> гломерулонефриттің сирек дамуы

<variant>буындардың анкилоз

<variant> рецидивті түсік тастау

<question>ЖҚЖ-мен сырқаттанатын 25 жастағы әйел ауруының өршуіне байланысты 2 ай көлемінде преднизолонды 60 мг\тәул. қабылдаған. Буындарының, бүйректің (нефротикалық синдром) зақымдануы бар . Келесі өзгерістер емнің асқинуына жатады:

<variant>гастропатия

<variant>Рейно синдромы

<variant>мұрынның және беттің эритемасы

<variant>тромбоцитопения

<variant>қандағы белок - 55 г\л

<question>Қызба, полиневрит, артериальды гипертензия, бронхообструкция синдром тән:

<variant>түйінді полиартериит

<variant>дерматомиозит

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>жедел ревматизмдік қызба

<variant>инфекциялық эндокардит

<question>Төмен дозадағы оральді контрацептивтерді қолдану кезінде:

<variant> ЖҚЖ белсендіру қауыбы шамалы

<variant> ЖҚЖ белсендіру қауыбы жоғары

<variant> ЖҚЖ белсендіру қауыбы жоқ

<variant> ЖСД белсендіру қауыбы шамалы

<variant> дерматомиозитті белсендіру қауыбы шамалы

<question>Либман-Сакс эндокардиті келесі ауруға тән:

<variant> жүйелі қызыл жегіге

<variant> дерматомиозитке

<variant> жүйелі склеродермияға

<variant> түйінді периартериитке

<variant> ревматизмдік қызбаға



<question>Төмендегі дәрмектердің құсуға қарсы әсері басымын таңдаңыз:

<variant>церукал

<variant>сенадексил

<variant>имодиум

<variant>реасек

<variant>бисакодил

<question>Жүкті әйел 25 жаста, 15-16 аптасы, әдеттегі мөлшерде тамақ қабылдағаннан кейін эпигастрий аймағында толу сезімі, аптасына бірнеше рет пайда болатын тез тою сезімі, кекіру, іштің кебуі, лоқсу, ұйқысыздық, әлсіздік, шаршағыштыққа шағымданады. Осы шағымдар жарты жыл бойы байқалады. ФЭГДС – қалыпты. Болжам диагноз:

<variant>функциялық жарасыз диспепсия

<variant>созылмалы гастрит

<variant> созылмалы панкреатит

<variant> ойық жаралы ауру

<variant> гастроэзофагустік рефлюксті ауру

<question>35 жастағы науқас әйел ЖДП дәрігеріне келесі шағымдармен келді: бел аймағының сыздап ауыруы, кіші дәретке жиі, ауырсынулы баруы, дене қызуының 38-38,5⁰С жоғарылауы, өзін соңғы бірнеше апта көлемінде науқас санайды. Дәрігерлерге қаралмаған. Тері жамылғылары қуқыл, АҚ 180/95 мм сын. бағ. Қағу симптомы оң жағында оң. Несептің жалпы анализінде: полиурия, лейкоцитурия, бактериурия, салыстырмалы тығыздығы төмен. ҚЖА: нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғары, гипохромды анемия. УДЗ күтетін нәтижені таңдаңыз:

<variant>бүйрек өлшемдерінің асимметриясы, астауша-тостағанша жүйесінің деформ Бенс-Джонса ациясы, бүйрек паренхимасының біркелкілігінің диффузды өзгерістері

<variant>өлшемдерінің симметриялы ұлғаюы, бүйрек паренхимасының біркелкілігінің диффузды өзгерістері

<variant>бүйрек паренхимасының тығыздалуы, ісінуі, бүйрек контурлары анықталмайды

<variant>бүйрек өлшемдерінің екі жақты кішіреюлері, бүйрек паренхимасының біркелкілігі сақталған

<variant>паранефралық клетчатканың ісінуі, бүйрек қозғалғыштығының шектелуі

<question>Себебі белгісіз қызба синдромы бар науқаста миеломалық аурудан күдік туды.

Несептің патологиялық тұнбасының топтама миеломадағы (миеломалық ауру) ерекшелігін белгілеңіз:

<variant>протеинурия Бенс-Джонс белоктарымен

<variant>жекеленген протеинурия

<variant>протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия

<variant>протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия

<variant>симптомсыз бактериурия

<question>Ісінудің дұрыс анықтамасын таңдаңыз:

<variant>ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы

бұзылысының типтік формасы, дене қуысына және/немесе жасуша аралық кеңістікке артық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады

<variant>ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы

бұзылысының типтік формасы, тек іш қуысына артық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады

<variant>ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы

бұзылысының типтік формасы, тек плевралық қуысқартық сұйықтықтың жиналуымен

сипатталады

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР		044-62/11 () 48 беттің 34 беті

<variant>ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну – ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек перикард қуысынаартық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады

<variant>ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну – ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек жасушааралық кеңістікке сұйықтықтың жиналуымен сипатталады

<question>19 жаста науқастың шағымдары: күп болып ісіну, шөлдеу, бас ауруы, жай қалыпты еңтігу. Науқас 10 күн алдын ангинамен ауырған. Об-ті: бетінің, аяқтарының, бел аймағының айқын ісінуі. АҚ 180/100 мм сын.бағ. Несепте: салыстырмалы тығыздығы 1029, белок 4,5 г/л, лейкоц. 10-15 к/а., эр. балғын және ескірген 3-5 к/а, гиалинді цилиндрлер 3-4 к/а. Тәуліктік диурезі 300 мл. Патологиясын болжаңыз.

<variant>нефротикалық синдром

<variant>бүйректің жедел зақымдалуы

<variant>өзекшелік жіті ацидоз

<variant>тез үдеуші гломерулонефрит (БПН)

<variant>бүйректің созылмалы шамасыздығы, терминаль сатысы

<question>38 жаста науқас (жүктілік жоспарлап отыр) салмағының жоғарылауын, терлегіштіктің азаюын, бет терісінің домбығуына шағымданды. Ұзақ уақыт созылмалы тонзиллиттен зардап шегеді. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 89 кг. Терісінде көк жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті домбыққан, көздері ісінген. ЖЖС56 мин. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қанда глюкоза 3,3 ммоль/л. Клиникалық жағдайды болжаңыз, тиімді емді таңдаңыз:

<variant>гипотиреоз, тиреодты дәрмектермен ем

<variant>гиповитаминоз, витаминотерапия

<variant>бүйректік ісіну, диуретиктерді тағайындау

<variant>бүйректік ісіну, қабынуға қарсы терапия

<variant>семіздік, субкалориялы диета тағайындау

<question>Диагнозын болжаңыз: 24 жастағы науқаста ангинамен ауыруының үшінші тәулігінде ісіну, макрогематурия, АҚ жоғарылауы дамыды.

<variant>БСА: созылмалы гломерулонефриттің өршуі

<variant>БЖЗ: жіті гломерулонефрит

<variant>БЖЗ: жіті пиелонефрит

<variant>БСА: апостематозды нефрит

<variant>БСА: бүйрек амилоидозы

<question>39 жастағы әйелде келесі шағымдар бар: ұстамалы түрдегі басының қинайтын ауыруы, ол қорқыныш сезімімен, терлеумен, қол-аяқтары бастарының ине шаншығандай түйреуімен, жүрек қағуымен, жүрек аймағының ауыруымен бірге дамиды. Осындай уақыттарда АҚ_{d-s}200/115 мм сын. бағ. деңгейіне дейін жоғарылайды. Орнынан тұруға ұмтылу, естен танумен аяқталады. Болжам диагнозы:

<variant>феохромоцитом

<variant>артериялық гипертензияның қатерлі түрі

<variant>аорта коарктациясы

<variant>бейспецификалық ортоартериит (Такаясу ауруы)

<variant>фибромускулярлы дисплазия, САГ

<question>33 жастағы жақында босанған әйелде адинамия, басының ауыруы, терісінің құрғауы, ішінің қатуы, жиі естен танулар, салмақ жоғалту дамыды. Шаштары мен қасының және жыныс мүшесі аймағының түктерінің түсе бастағандығын да байқаған. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 54 мин. Болжам диагнозын анықтаңыз:



<variant>Шиеннің (Шиханның) синдромы

<variant>екіншілік гипотиреоз

<variant>біріншілік гипотиреоз

<variant>созылмалы гипокортицизм

<variant>екіншілік гипогонадизм

<question>Науқас, 1 типті қантты диабетпен 15 жылдан дертті, соңғы айларда гипогликемиялық жағдайлар мен естен танулардың жиілеп, АҚ жоғарылағанын бақылаған. Бұл клиникалық жағдайдың тұжырымы –

<variant>диабеттік нефропатия

<variant>жүректің ишемиялық ауруы, жүрек шамасыздығы

<variant>тыныс шамасыздығы

<variant>нейропатия фонындағы гипогликемияларға төмен сезімталдық

<variant>инсулинді ұзақ қабылдаудан дамыған инсулинге тұрақтылық

<question>Науқас әйел 1 типті қантты диабетпен 15 жылдан дертті, соңғы айларда гипогликемиялық жағдайлар мен естен танулардың жиілеп, АҚ жоғарылағанын бақылаған. Бұл клиникалық жағдайдың тұжырымы жасалды – диабеттік нефропатия. Науқас жүктілік жайлы сұрақ қойды. Сіздің ұсынысыңыз:

<variant>бала көтеру өте қауіпті, жатыршілік спираль қойдыру

<variant>бір курс емнен кейін бала көтеруге болады

<variant>антигипертензиялық және инсулин дәрмектерін қабылдай жүріп, бала көтеруге болады

<variant>сартандар бүйректік АГ жақсы бақылайды

<variant>ААФИ бүйректік АГ жақсы бақылайды

<question>Қантты диабеттің 1 типі бар жүкті әйел (мерзімі 11-12 апта) гипогликемиялық комаға түсті, 40% глюкоза в/ішіне енгізілді, гликемиясы 12,3 ммоль/л дейін жоғарылады, бірақ ол есін жимады.

Дәрігердің дұрыс тактикасын таңдаңыз:

<variant>бас миының ісінуімен күрес шараларын тағайындау

<variant>глюкозаның 40% ерітіндісін қайта енгізу

<variant>глюкозаның 40% ерітіндісін венаға тамшылатып енгізу

<variant>қысқа әсерлі инсулиннің 0,1Б/кг/сағ. инфузиясы

<variant>жұлын пункциясын жасау

<question>34 жастағы жүктілігі 19-20 апталық әйелдің салмағы артық, қалқанша безі І дәрежелі ұлғайған, беті ісіңкі, терісі құрғақ, тілі үлкен. Пульсі 64 мин. Іші қатады. Шамалы экзофтальм, склерасының инъекциясы, Грефенің оң симптомы. ТТГ қалыпты. Жалпы Т4 пен ТГ антиденелері жоғарылаған. Қалқанша безінің УДЗ: эхотығыздылығы әрқелкі. Әйелдің диагнозын анықтаңыз:

<variant>аутоиммунды тиреоидит, гипертрофиялық түрі, І дәр. жемсау, клиникалық гипотиреоз; эндокринді офтальмопатия

<variant>диффузды токсиндік жемсау І дәр., эндокринді офтальмопатия

<variant>аутоиммунды тиреоидит, гипертрофиялық түрі, эндокринді офтальмопатия

<variant>біріншілік клиникалық гипотиреоз, эндокринді офтальмопатия

<variant>диффузды токсиндік жемсау І дәр., ісінулік экзофтальм

<question>Фертиль жасындағы әйелдерді тексеру барысында 17 жастағы қызда жоғары типті семіздік, беті айтабақтай, ойықтары көрінетін тері астылық көкшіл жолақтар анықталды. АҚ 160/100 мм сын. бағ. Рентгенде: түрік ершігі кеңіген. Ауруын болжаңыз:

<variant>ауру: Иценко-Кушингтің

<variant>пубертаттық кезеңнің гипоталамустық синдромы

<variant>экзогенді-конституциялық семіздік

<variant>андростерома

<variant>альдостерома

<question>17 жастағы қызды емханаға жүрек айнуы мен тоқтаусыз құсуға байланысты жеткізді.

Сусызданған, интоксикация белгілері бар. Гликемия 3,2 ммоль/л. Несепте глюкоза жоқ. Ацетонурия +++.

Осы патологиялық жағдайды тұжырымдаңыз:

<variant>ацетонемиялық құсу



<variant>диабеттік кетоацидоз

<variant>гипогликемиялық жағдай

<variant>тағамдық токсикоинфекция

<variant>бүйрекүсті безінің шамасыздығы

<question>33 жастағы әйелді салмағының қосылуы, бетінің ісіңкілігі, терісінің құрғауы, іш қатпалары мазалайды. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмен, ал ТТГ жоғары. Болжам диагнозын анықтаңыз:

<variant>біріншілік гипотиреоз

<variant>орталық генезді семіздік

<variant>екіншілік гипотиреоз

<variant>аналық бездерінің поликистоздық синдромы

<variant>гипоталамустық синдром

<question>33 жастағы әйелді салмағының қосылуы, бетінің ісіңкілігі, терісінің құрғауы, іш қатпалары мазалайды. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмен, ал ТТГ жоғары. Емін анықтаңыз:

<variant>тиреодты дәріктер

<variant>тиреостаттық дәріктер

<variant>диуретиктер

<variant>йод дәріктері

<variant>қабынуға қарсы стероидты емес дәріктер

<question>33 жастағы әйелді салмағының қосылуы, бетінің ісіңкілігі, терісінің құрғауы, іш қатпалары мазалайды. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмен, ал ТТГ жоғары. Біріншілік гипотиреоз тұжырымдалды, эутирокс 75 мкг/тәу. тағайындалды. Әйел бала көтеруге ниетті. Сіздің ұсыныстарыңыз:

<variant>эутиреозды жағдайға жеткізіп, емін жалғай отырып, бала көтеруге болады

<variant>жүктілік ана өлімімен жиі аяқталатындықтан, бала көтеруге тиым салынған

<variant> жүктілік ұрықтың жатырішілік өлімімен жиі аяқталатындықтан, бала көтеруге тиым салынған

<variant>дамудың тума ақаулары жиі болғандықтан, бала көтеруге тиым салынған <variant>сәбилердің тума гипотиреозы жиі болғандықтан, бала көтеруге тиым салынған

<question>27 жастағы әйелде қалқанша безі үлкейген, тығыздығы әрқелкі. УДЗ: эхотығыздылығының жоғары және төмен ошақтары анықталды. Пункциялық биопсияда: лимфоидты инфильтраттар ошақтары. Т3, Т4, ТТГ қалыпты. Болжам диагнозы:

<variant>аутоиммунды тиреодит

<variant>эндемиялық жемсау (зоб)

<variant>қалқанша безінің аденокарциномасы

<variant>тиреодиті – Ридельдің

<variant>жедел іріңді тиреодит

<question>1 типті қантты диабеті бар жүкті әйел ет тағамдарын жақтырмайды. Белок мұқтаждығын жабу мақсатында ұсынуға болады:

<variant>балықты, құс еттерін, ірімшікті, жұмыртқаны, сүзбені

<variant>нан, дақылдар, картоп, ұн өнімдерін

<variant>сүт, айран, қатық

<variant>қияр, қызанақ, қырыққабат, шалғам, шомыр, баялды, кәді,сәбіз, қызылша

<variant>сары май, өсімдік майы, қаймақ, кілегей

<question>22 жастағы жүкті әйелде артық салмақ, тән орналасулармен көкшіл жолақтар (striae), АҚ кезеңімен жоғарылауы, шынтак пен қолтық асты терісінің гиперпигментациясы бар. Болжам диагнозы:

<variant>гипоталамустық синдром

<variant>глюкокортикостерома

<variant>ауруы: Иценко-Кушингтің

<variant>синдромы: Конның

<variant>нейрогендік семіздік



<question>35 жастағы жүкті әйел мойын аймағындағы, құлағына тарайтын ауырсыну мен жұтынуының қиындауына шағымданды. Жағдайының өзгеруін басынан өткерген ЖРВА байланыстырады. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, дене қызуы $37,8^{\circ}\text{C}$. Қалқанша безі 2 дәрежеге дейін үлкейген, тығыз, сипағанда ауырады, козғалуы шектелген, үстіндегі тері ылғалды, ыстық. Пульсі 96 мин. АҚ 120/80 мм сын. бағ. ҚЖА: Нв 134 г/л, лейкоц. 9,8 мың. ЭТЖ 30 мм/сағ. Келтірілген диагноздардың ең мүмкінін таңдаңыз:

<variant>жеделдеу тиреоидит (Де-Кервена)

<variant>тиреотоксикоз

<variant>фиброзды тиреоидит

<variant>аутоиммунды тиреоидит

<variant>жедел іріңді тиреоидит

<question>28 жастағы әйел, етеккірі 2 ай келмеген, дене салмағының артуын, тер бөлінуінің азайғандығын, бетінің домбығатынын байқаған, созылмалы тонзиллиті бар. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 98 кг. Терісінде жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз, беті ісіңкі, көз аяшықтары жасқа толы. ЖЖС 56 мин., АҚ 100/60 мм сын. бағ. Анализдерінен: қан глюкозасы 3,3 ммоль/л; T_3 пен T_4 төмен, ал ТТГ жоғары. Ең тиімді тактиканы таңдаңыз:

<variant>тиреоидными дәріктермен ем

<variant>витаминдермен ем

<variant>диуретиктер тағайындау

<variant>қабынуға қарсы терапия

<variant>калориясы аздау тағамдануды ұсыну

<question>Жоспарлы медициналық тексеруде ЖДП дәрігері 38 жастағы әйелдің пульс жиілігі мен ырғақсыздығына көңіл аударды. АҚ 160/80 мм сын. бағ. Пациенттің шағымдары жоқ, қазбалап сұрастыруда соңғы 4 айда 6 кг салмақ жоғалтқаны белгілі болды. Диагнозын нақтау үшін бірінші кезекте жүргізу керек:

<variant>қанда ТТГ, FT_4 анықтауды

<variant>қалқанша безінің УДЗ

<variant>метанефриндердің тәуліктік несептегі экскрециясын анықтауды

<variant>электрокардиограмманы

<variant>бүйрек үсті бездерінің компьютерлік томографиясын

<question>2 типті қантты диабеттің компенсациялану критерийлеріне жатады:

<variant>ашқарындағы гликемия $< 7,0$ ммоль/л

<variant>глюкозаланған гемоглобин (HbA_{1c}) $< 8,0$ %

<variant>глюкозаланған гемоглобин (HbA_{1c}) $< 9,5$ %

<variant>несеп глюкозасы $> 0,5$ %

<variant>холестерині $< 6,0$ ммоль/л

<question>Тума гипотиреоз дертіне тән симптомдарға қатысы жоқ:

<variant>психомоторлы козу белгілері

<variant>психомоторлық дамуының тежелуі

<variant>нәресте сарғаюының ұзақ сақталуы

<variant>терісінің құрғақтығы

<variant>бұлшық еттік гипотония

<question>Эндемиялық аймақтарда ДДҰ ұсынған, йодтық алдан алуды жекелеп (соның ішінде фертиль жасындағы әйелдерге) жүргізу шарасын таңдаңыз:

<variant>калий йодиді

<variant>йодталған ас тұзы

<variant>йодталған бөтелкедегі сулар

<variant>йодталған нан

<variant>молекулалық йод

<question>Қантты диабеттің 1 типі бар жүкті әйел кенеттен есінен танды. Ең мүмкін команы таңдаңыз:

<variant>гипогликемиялық



<variant>кетоацидоздық

<variant>сүтқышқылдық

<variant>гиперосмостық

<variant>бауырлық

<question>33 жастағы әйелде андростерома анықталды. Жоспарында – жүктілік. Ең нәтижелі емін таңдаңыз.

<variant>аденомэктомия

<variant>циклдық гормонотерапия

<variant>дексаметазонмен ем

<variant>диферелинмен ем

<variant>андрокурмен ем

<question>29 жастағы әйелде аутоиммунды тиреоидиттен күдік туды. КХ сәйкес тексерулер кешені тағайындалды. Диагнозын нақтауда негізгі саналатын көрсеткішті таңдаңыз:

<variant>тироидблокадалаушы антиденелердің өндірілу деңгейінің жоғарылауы

<variant>қандағы ТТГ деңгейінің жоғарылауы

<variant>қандағы ТТГ деңгейінің төмендеуі

<variant>тироидбелсендіруші антиденелерді өндіру деңгейінің жоғарылауы

<variant>қандағы Т3 пен Т4 деңгейінің төмендеуі

<question>27 жастағы пациентте қантты диабеттің 2 типі мен аналық бездерінің поликистозды синдромы бар. Осы екі дертті біріктіретін жалпы механизмін табыңыз.

<variant>инсулинге төмен сезімталдық

<variant>инсулиннің рецепторларына антиденелердің түзілуі

<variant>инсулинге антиденелердің түзілуі

<variant>инсулиннің абсолюттік тапшылығы

<variant>инсулинге жоғары сезімталдық

<question>27 жастағы пациентте семіздік, қантты диабет 2 типті және аналық бездердің поликистозды синдромы мен дисменорея. Пациентке бірінші кезекте көрсетілген дәрмекті (дәрмектер тобын) таңдаңыз.

<variant>метформин

<variant>прогестерон дәрмегін

<variant>эстрогендерден

<variant>дексаметазон

<variant>инсулин дәрмектері

<question>13 жастағы қыз балада қантты диабет, 1 типті. Эндокринолог глюкоза деңгейін бақылау емін тағайындады. Сент-Винсент Декларациясына сәйкес қантты диабеттің жақсы бақыланыуының критеріін анықтаңыз.

<variant>ашқарындағы глюкоза деңгейі < 7,0; тамақтан соң <10,0 ммоль/л

<variant>ашқарындағы глюкоза деңгейі <9,9; тамақтан соң <15,0 ммоль/л

<variant>ашқарындағы глюкоза деңгейі < 4,0; тамақтан соң <6,0 ммоль/л

<variant>ашқарындағы глюкоза деңгейі > 7,0; тамақтан соң >10,0 ммоль/л

<variant>ашқарындағы глюкоза деңгейі >8,0; тамақтан соң <12,0 ммоль/л

<question>Кетоацидоздық және гиперосмостық комаларға ортақ белгі – гипергликемия, дегенмен осы асқинулардың алғашқы сағаттарындағы емінің айырмашылықтары бар: гиперосмостық комалардың алғашқы сағаттарында дегидратация, гиповолемия және гемоциркуляцияның бұзылыстарының коррекциясында қолданады:

<variant>вена ішіне тез, натрий хлоридінің 0,45% ерітіндісін (гипотониялық ерітінді) енгізеді, әрі қарай изотониялық ерітіндіге өтеді де, инсулиндік ем негізінде оны глюкозаның деңгейі 12-14 моль/л болғанға дейін жалғастырады+инсулиндік ем

<variant>алғашқы сағаттарда 1 л артық сұйықтық енгізуге болмайды; кейінгі 2 сағатта тағы 1 л; ал үшінші литрді кейінгі үш сағатта енгізеді; кетоацидоздық комада регидратация мақсатында 0,9% натрий хлоридін енгізеді+инсулиндік ем



<variant>буферлік ерітінділерді вена/ішіне енгізу көрсетілген

<variant>электролиттердің деңгейін инфузиялық ерітінділермен коррекциялау қажеттілігі жоқ

<variant>инсулиндік емді тек тері астына қолданады

<question>Кетоацидоздық және гиперосмостық комаларға ортақ белгі – гипергликемия, дегенмен осы асқынулардың алғашқы сағаттарындағы емінің айырмашылықтары бар: гипергликемиялық кетоацидоздық комалардың алғашқы сағаттарында дегидратация, гиповолемия және гемоциркуляцияның бұзылыстарының коррекциясында қолданады:

<variant>алғашқы сағаттарда 1 л артық сұйықтық енгізуге болмайды; кейінгі 2 сағатта тағы 1 л; ал үшінші литрді кейінгі үш сағатта енгізеді; кетоацидоздық комада регидратация мақсатында 0,9% натрий хлоридін енгізеді+инсулиндік ем

<variant>вена ішіне тез, натрий хлоридінің 0,45% ерітіндісін (гипотониялық ерітінді) енгізеді, әрі қарай изотониялық ерітіндіге өтеді де, инсулиндік ем негізінде оны глюкозаның деңгейі 12-14 моль/л болғанға дейін жалғастырады+инсулиндік ем

<variant>буферлік ерітінділерді вена/ішіне енгізу көрсетілмеген

<variant>электролиттердің деңгейін инфузиялық ерітінділермен коррекциялау қажеттілігі жоқ

<variant>инсулиндік емді тек тері астына қолданады

<question>29 жастағы әйелге аутоиммунды тиреоидит диагнозы қойылды, жоспарында жүктілік бар. Қалқанша безінің қызметтік жағдайы – гипотиреоз. Осы жағдайдағы ең тиімді дәрмекті таңдаңыз.

<variant>левотироксин орынбасушы дозада

<variant>калия йодиді емдік дозада

<variant>калия йодиді профилактикалық дозада

<variant>левотироксин супрессиялық дозада

<variant>глюкокортикоидтар

<question>34 жастағы әйел қалқанша безінің ұлғаюына байланысты тексерілді. Гормондық статусында: ТТГ жоғары деңгейі мен Т₃ және Т₄ төмен деңгейлері нақталды. Жіңішке инелік аспирациялық биоптатта фолликуларлық эпителийдің аса айқын емес пролиферациясы мен коллоидтың жиналуы анықталды. Емін ұсыныңыз.

<variant>левотироксин 50-75 мкг/тәу. (6 айдан соң тиреомегалия динамикасына байланысты тактика) және бірге калий йодиді 200 мкг/тәу.

<variant>калий йодиді 200 мкг/тәу. тек 6 ай, соңынан йодталған тұз

<variant>левотироксин 50-75 мкг/тәу. өмір бойы

<variant>тек левотироксин 50-75 мкг/тәу., 6 айдан соң йод дәрмектері

<variant>тирозол

<question>Фертиль жасындағы, «Д» есепте диффузды токсиндік жемсау диагнозымен тұратын әйел жүктілік жоспарлады. Төмендегілерден жүктілік кезінде аталған дертпен қабылдауға болатын дәрмекті таңдаңыз:

<variant>пропилтиоурацил

<variant>мерказолил

<variant>тирозол

<variant>левотироксин

<variant>йодид калия

<question>28 жастағы әйел кісі жүктілік жоспарлап отыр, үлкен дәретінің бұзылысына байланысты ФКС зерттеуінен өткен: Жуан ішек кілегейі қызғыш, ішегі түйілген. Қуысында көп мөлшерлі кілегей бар. Ауамен үрлегенде науқас, ауырсыну сезеді. Сіздің тұжырымыңыз бен тактикаңыз:



<variant>ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету, бала көтеруге қарсы көрсетпе жоқ

<variant>ішектің полипі, емге мұқтаж емес, бала көтеруге қарсы көрсетпе жоқ

<variant>ішектің рагі, онколог кеңесі, бала көтеруге болмайды

<variant>бейспецификалық жаралы колит, гастроэнтерологта емдету, бала көтеруге болмайды

<variant>ауруы, Кронның, гастроэнтеролог және хирургта емдету, бала көтеруге болмайды

<question>Фертиль жасындағы әйел 6 жыл бойына жүктілікке қарсы дәрі ішіп жүрген. Терінің қышуы мазалайды. Бауыршілік холестазды мына белгілер растайды:

<variant>сілтілі фосфатаза және ГГТП жоғарылауы

<variant>липопротеидтер деңгейінің жоғарылауы

<variant>g-глобулин деңгейінің жоғарылауы

<variant>сілтілі фосфатазаның жоғарылауы

<variant>қышқыл фосфатазаның төмендеуі

<question>Бауырдың біріншілік билиарлы циррозының диагноздық спецификалық тестін таңдаңыз:

<variant>антимитохондрийлік антиденелер (M2)

<variant>гипергаммаглобулинемия

<variant>тест, LE- клеткасына

<variant>тегіс бұлшық етіне антиденелер

<variant>бауырлық-панкреатитті антигенге антиденелер (LP)

<question>Диагнозын болжаңыз: 28 жастағы жүкті әйел (мерзімі 22-23 апта), оң қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуына, аузына ащы дәмнің келуіне, жалпы әлсіздікке, терінің әлсіз сарғаюына шағымданды. Диетаны бұзуына байланысты ұстама тәрізді ауырсынулар 10 жыл көлемінде мазалаған.

УДЗ: өт қабы ұлғайған, төмен орналасқан, түбінде - ірі тас.

<variant>созылмалы тасты холецистит, өршу фазасы

<variant>өт қабының ісігі

<variant>созылмалы дуодениттің өршу фазасы

<variant>өт жолдарының дискинезиясы, гипомоторлы типті

<variant>созылмалы тассыз холециститтің өршу фазасы

<question>Жүкті әйелдердегі рецидивтеуші сарғаюда қолданылатын дәрмекті таңдаңыз:

<variant>урсодезоксихолий қышқылы дәрмегі

<variant>кортикостероидтар

<variant>ауыстыра қан құю

<variant>интерферон

<variant>иммуран

<question>Ауыр гиперхромды анемияның ең мүмкін себебін таңдаңыз:

<variant>алкоголизм

<variant>қан жоғалту

<variant>темекі шегу

<variant>бауыр циррозы

<variant>созылмалы гепатит

<question>Жүкті әйел әлеуметтік төмен топтан, цитоліз синдромы бар, зиян әдеттерін мойындамайды.

Есте сақтаңыз, гаммаглутамилтранспептидазаның жоғарғы деңгейі ... тән:

<variant>жедел алкогольді гепатитке



<variant>созылмалы гепатиттің В және С түріне

<variant>гемохроматозға

<variant>қантты диабетке

<variant>созылмалы панкреатитке

<question>Нефротикалық синдром - бес белгіден тұратын ауыр клиникалық-зертханалық кешен.

Нефротикалық синдромға қатысы жоқ симптомды таңдаңыз.

<variant>артериялық гипертензия

<variant>массивті протеинурия

<variant>гипопротеинемия

<variant>гипонкотикалық массивті ісіну

<variant>гиперхолестеринемия, липидурия

<question> 28 жастағы әйел жүктіліктің 17-18 аптасында тіркеуге тұрды. Объективті қарағанда аяғының

ісінуі анықталды. АҚ 160/90 мм сын. бағ. НЖА: тығ. 1,012, белок 1,066г/л, лейко. 4-5 к/а, лейкограммада

40% лимфоциттер. Зимницкий сынамасында тығыздығының тербелісі: 0,007. ЭКГ СКГ белгілері.

Креатининнің қандағы концентрациясы 100 мкмоль/л. Жүкті әйелдегі нозобірілікті болжаңыз.

<variant>БСА, созылмалы гломерулонефрит

<variant>БЖЗ (ОПП), жедел гломерулонефрит

<variant>НЖИ (ИМП), жедел пиелонефрит

<variant>БСА, созылмалы пиелонефрит

<variant>гестациялық АГ

<question> 22 лет жастағы жүкті әйелде (2 жүктілік, мерзімі 24-25 апта), соңғы аптада АҚ 150/90 мм сын.

бағ. дейін жоғарылады. Бірінші жүктілігі асқынусыз, дені сау нәрестені дүниеге әкелумен аяқталған.

ДМИ/ИМТ 27. Жүрек тондары анық, ырғақты, жсс 72 мин. АҚ 140/90 мм сын. бағ. ЭКГ: ырғақ көзі

синусты, жсс 74 мин. ЖЭӨ горизонталь. СКГ белгілері. Сіздің диагнозыңыз және тактикаңыз:

<variant>гестациялық АГ, допегит 250мг әр 6 сағатта 2/1 таблеткадан

<variant>созылмалы АГ, орта ауырлықта; фон: метаболизмдік синдром? Конкор 5 мг/тәу.

<variant>феохромцитомы САГ, операциялық емге дайындау

<variant>эссенциаль АГ 2 дәр., қауіп тобы 2. Амлодипин 5 мг ертеңгілікте

<variant>БСА/ХБП, нефрогенді АГ, нефролог кеңесі

<question>24 лет жастағы жүкті әйелде (2 жүктілік, мерзімі 11-12 апта), соңғы аптада АҚ 150/90 мм сын.

бағ. дейін жоғарылады. Бірінші жүктілігі 5 жыл бұрын асқынусыз, дені сау нәрестені дүниеге әкелумен

аяқталған. ДМИ/ИМТ 30. Ұлғайған қалқанша безі палпацияланды. Жүрек тондары тұйықтау, ырғақты,

жсс 62 мин. АҚ 140/90 мм сын. бағ. ЭКГ: ырғақ көзі синусты, жсс 62 мин. ЖЭӨ горизонталь. СКГ

белгілері. ТТГ 5 ХБ/мл. Сіздің диагнозыңыз және тактикаңыз:

<variant>созылмалы АГ, орта ауырлықта. Фон: эндемиялық диффузды жемсау, гипотиреоз. Калий

йодидін 200 мкг в тәу. Табл. Допегит 250 мг, 2/1 табл. әр 8 сағ

<variant>диффузды токсиндік жемсау, симптомдық АГ, жүктілікті үзу

<variant>созылмалы АГ, орта ауырлықта.. Фон: аутоимунды тиреоидит, эутиреоз фазасы, ем қажет емес

<variant>созылмалы АГ, орта ауырлықта. Фон: эндемиялық диффузды жемсау, гипотиреоз. Эутирокс 50

мкг в тәу. тағайындау

<variant>диффузды токсиндік жемсау, симптомдық АГ, мерказолил тағайындау

<question>Жүрек ақауы бар жүкті әйелді тексеріп-зерттегендегі негізгі мақсатқа қатысы жоқ:

<variant>анемияның дәрежесін анықтау

<variant>ақаудың түрін, фондық ауруын нақтау

<variant>қанайналым шамасыздығының дәрежесін анықтау

<variant>өкпелік гипертензияның бар-жоқтығын анықтау

<variant>ілеспелі дерттерді анықтау

<question>HELLP- синдром құрамына келесі белгілер кіреді:

<variant>Гемолиз, бауыр ферменттері деңгейінің өсуі, тромбоцитопению

<variant>Гемолиз, тромбоцитопения

<variant>Гемолиз, холестаза, бауырдың мезенхималық қабыну синдромы



<variant>Тромбоцитопения, ДВС-синдром, қан кету

<question>Босанудан кейін бір айдан соң 28 жастағы әйел бетте эритемалы дақтар, дене қызуының 39⁰ С дейін жоғарылауы, арықтау, полиартралгия, ісінулер дамуына және АҚ жоғарылауына шағымданады. Зерттегенде анықталды: Нв 90 г\л, СОЭ 50 мм\сағ., фибриноген 6 г\л, альбумин 30%, LE жасушалар 5:1000 лейкоцитке. Диагноз:

<variant> жүйелі қызыл жегі

<variant> жүйелі склеродермия

<variant> дерматомиозит

<variant> диффузды эозинофильді фасциит

<variant> ревматизмдік полимиалгия

<question> № 626 (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі) бұйрығына сәйкес жүктілік келесі, зәр шығару жолдарының патологиясымен ұзартылуы мүмкін:

<variant> пиелонефрит, ремиссияда

<variant> жедел гломерулонефрит

<variant> жалғыз бүйректің пиелонефриті

<variant> созылмалы пиелонефрит, нефрогенді гипертензия

<variant> диабеттік нефропатияның IV-V сатысы

<question> 24 жастағы әйел, екінші жүктілігінің 34 аптасы, дәрігерге келесі шағымдармен қаралды: төс сүйегі артындағы күйдіріп ауыру мен қыжыл. Объективті: тері жамылғылары қалыпты, Тілі ылғалды, ақ шөгінді бар, бүйір жақтарында тістерінің ізі бар. Іш пальпациясында ауырсыну жоқ. . ФГДС-да: өңешінің төменгі үштігінің кілегей қабатының гиперемиясы, бірлі-екілі эрозиялар асқазанның кілегей қабаты қалыпты.

<variant> ГЭРА, эзофагит

<variant> ЖКС

<variant> жүктілер қыжылы

<variant> Баррет өңеші

<variant> созылмалы гастрит

<question> 21 жастағы жүкті әйел, дәрігерге келесі шағымдармен келді: екі қол басының майда буындарының ісінуі мен ауырсынуы, таңертеңгілік сіресу, жалпы әлсіздік, делсалдық. Анамнезінде жиі суықтап аурулар. Бір жыл бұрын майда буындарында ісіну мен ауырсыну пайда болған. Индометацин қабылдаған соң жоғарыдағы өзгерістер басылған. 3 апта бұрын жоғарыдағы буындарда ісіну дамыған. Объективті: тері түсі қалыпты, екі қол басының II және IV саусақтарының проксималь-фаланга аралық буындарының симметриялық дефигурациясы байқалады, қол басының сырт тұсының бұлшық еттерінің аздаған атрофиясы бар. Аталған буындардағы қозғалыс көлемі аздап шектелген. Өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары айқын, ырғақты. Қанның жалпы анализінде: Нв 130 г\л, эр. 4×10^{12} /л, лейкоц. $9,2 \times 10^9$ /л, эоз. 1%, т/я 2%, с/я 67%, лимф. 27%, мон. 3%, ЭТЖ 40 мм\сағ. С-реакциялық белок (+++), АЦЦП 21 ед\мл. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> ревматоидты артрит

<variant> жедел ревматизмдік қызба

<variant> қайталанған ревматизмдік қызба

<variant> Рейтер ауруы

<variant> ЖКЖ

<question> 29 жастағы әйел, үш жыл тұрмыста, етеккірінің келмегеніне 9 апта, гинекологқа есепке тұрған. Шағымдары: ұйқышылдық, тері жамылғыларының құрғақтығы, апатия, көңіл-күйінің түсіңкілігі, жалпы әлсіздік. Екі жыл бұрын эндокринологқа жолдама берілген, бірақ тексерілмеген. Об-но: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жамылғылары құрғақ, қуқыл-сарғыш, шынтақ пен тобықтарының сыртында терісі қоңырқай, тығыз, айқын гиперткератоз. Жүрек тондары солға кеңейген, тондары әлсіз, брадикардия, жсс 56 мин. АҚ 100/70 мм сын. бағ. Тілі ылғалды, үлкейген, шеттерінде тістердің іздері. Қалқанша безінің қос бөлігі де ұлғайған.

ҚЖА: Анемия I дәр. ТТГ 5,6 мБ\мл; Т₄ белсенді фракциясы 7,6 пмоль\мл. ЭКГ: ырғағы синусты, жсс 56 мин, миокардтың дистрофиялық өзгерістері. Сіздің диагнозыңыз:



<variant>диффузды эндемиялық зоб, гипотиреоз

<variant>диффузды эндемиялық зоб, эутиреоз

<variant>диффузный токсиндік зоб

<variant>созылмалы аутоимунды тиреоидит

<variant>қалқанша безінің гипоплазиясы, гипотиреоз

<question>Антифосфолипидтік синдромның диагноздық критерийлері: а) артрит; б) артериялық окклюзия; в) фосфолипидтерге антиденелер титрінің жоғары болуы; г) инфекциялық эндокардит; д) рецидивтеуші спонтанды түсіктер

<variant>б, в, д

<variant>б, в, г

<variant>а, б, в, г

<variant>б, в, г, д

<variant>а, б, д

<question>Науқас 21 жаста. Босанған соң 1 айдан кейін терапия бөлімшесіне түсті. Шағымдары: дене температурасының 38,2 С дейін жоғарылауы, балтырында ауыратын пурпуралы түйіндердің пайда болуы және тізе буынының ісінуі. Үлкен дәреті, диурезі өзгеріссіз. Тексеру кезінде өкпе, жүрек, іш қуысы мүшелерінде өзгерістер жоқ Қанның жалпы анализі: НЬ 132 г\л, лейкоциттер $5,1 \times 10^9$ \л., ЭТЖ 44 мм\сағ. Несептің жалпы анализі патологиясыз. Антинуклеарлы АД титрі 1:20. Ревматоидты фактор анализі теріс мәнді. Кеуде қуысы мүшелерінің рентгенологиялық тексеруінде бронхөкпелік лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалған. Дұрыс диагнозды таңдаңыз:

<variant>саркоидоз

<variant>иерсиниоз

<variant>түйінді периартериит

<variant>босанудан кейінгі сепсис

<variant>ЖКЖ

<question>20 жастағы науқас, босанғаннан кейін бұлшықеттерінде ауыру сезімі, бұлшықеттік әлсіздік пайда болған. Бір апта бұрын қабағының ісінуі, аздаған жүктеме кезінде ентігу, маңқалықы, тамаққа шашалу қосылған. Об-ті: ісінген, иық белдеуінің бұлшықеттері, саны ауырады, беті мимикасыз. Жүрек шекаралары ұлғайған, үндері қатаң, ЖСС 100 per\мин. АҚ 140\90 мм сын.бағ. ҚЖА: эр-4,5 *10¹², Нв-110 г\л, лейко-7 *10⁹, ЭТЖ 66 мм\сағ, АЛТ 17 МЕ. Емді келесі дәрілердің қатарынан бастайсыз:

<variant> глюкокортикостероидтардан

<variant> цитостатиктерден

<variant> аминохинолидерден;

<variant> қабынуға қарсы стероидты еместерден

<variant>Д-пеницилламиннен

<question>30 жастағы жүкті әйел артериялық гипертензиямен келді: әлсіздікке, сол көзінің көруінің нашарлауына, ірі буындарының көшпелі ауырсынуына шағымданады. Жазу жазғанда қолдарында әлсіздік және дискомфорт сезімі пайда болады. Объективті тексергенде пульстің (сол жақта әлсіздеу) және АҚ (оң жақта АҚ 180\100 мм сын. бағ., сол жақта АҚ 160\90) асимметриясы анықталады.

Аортаның құрсақ бөлігінің үстінен систолалық шу естіледі. Іш қуысы мүшелері патологиясыз. Қанның жалпы анализі: Нв 112 г\л, лейкоциттер $5,7 \times 10^9$ \л., лейкоформула өзгеріссіз, ЭТЖ 28 мм\сағ Несептің жалпы анализі өзгеріссіз. Антинуклеарлы антиденелер анықталмады. Қандағы холестерин 4,2 ммоль\л. Болжам диагноз:

<variant>бейспецификалық ортоартериит

<variant>ЖКЖ

<variant>атеросклероз

<variant>фибромускуляры дисплазия

<variant>аорта коарктациясы

<question>Артериялық қысымның оң және сол қолда айырмашылығының 20 мм сын. бағанасынан жоғары болуы тән ауру:

<variant>Такаясу ауруы



<variant>артериялық гипертензиялардың қатерлі ағымы

<variant>бүйрек артериясының стенозындағы артериялық гипертензия

<variant>созылмалы артериялық гипертензия

<variant> аорта мойнағының коарктациясы

<question>Клиникалық ситуацияны бағалап, диагнозын болжаңыз: туу жасындағы әйелде бір ай шамасында қызба. Об-ті: оң ұйқы артериясының үстінде дөрекі систоалық шу, оң білезік артериясында пульс сезілмейді және АҚ екі қолында екі түрлі АГ синдромы бар:

<variant>бейспецификалық аортоартериит

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>фибромускулярлы гиперплазия

<variant>дәрмектік ауру

<variant>түйіншектік периартериит

<question>Антифосфолипидті синдромдағы қан анализіне тән өзгерістер:

<variant>ЭТЖ жоғарылауы, шамалы тромбоцитопения, кейде гемолиздік анемия, лейкоцитоз

<variant>темір тапшылық анемия, тұрақты лейкоцитоз, тромбоцитоз

<variant>ЭТЖ жоғарылауы, лейкоцитоз

<variant>гипорегенерациялық анемия, лейкопения, тромбоцитопения

<variant> эритроцитоз, тромбоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы

<question> Эндемиялық аймақтарда, топтық йод профилактикасы үшін ДСҰ ұсынған препаратты таңдаңыз:

<variant>калий йодиді

<variant>йодталған ас тұзы

<variant>йодталған бөтелкедегі су

<variant>йодталған нан

<variant>молекулярлық йод

<question>17 жастағы науқас 6 жыл бойы ИТҚД-мен(Инсулинге тәуелді қант диабеті) ауырады, күніне 1 рет инсулин қабылдайды: Актрапид 18 бірлік, инсулин таспасы 38 бірлік, инсулин ультралента 40 бірлік . Шағымдары тұрақты бас ауруы, бас айналу, көрудің кенет өзгеруі, агрессивтілік, ұйқышылдық, еңбекке қабілеттілігінің төмендеуі. Пациент өзін «гипогликемия» мен ауырамын деп санайды, алайда гликемия 15,3 ммоль / л шегінде болды. Протеинурия тұрақты, мочевиная қалыпты. АҚҚ 170/90 мм.

Науқастың диагнозы:

<variant>ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация фазасы, Сомоджи синдромы, диабеттік нефропатияның 2 сатысы

<variant>ИТҚД, ауыр ағым, декомпенсация фазасы, Сомоджи синдромы, диабеттік нефропатия 3 сатысы

<variant>ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатия 2 сатысы

<variant>ИТҚД ауыр ағымы, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатия 2 сатысы. Киммелстила-Уилсон синдромы.

<variant>Ауыр ИТҚД, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатияның 2 сатысы, маниакальды-депрессиялық синдром.

<question>23 жастағы жүкті әйел тез шаршауға, жүрісі тұрақсыздығына, күнделікті дене жүктемесінде еңтігуге шағымданады. Объективті: дене қызуы – 37,2 С, тері қабаты бозарған, склерасы аздап сарғайған, бауыр пальпациясында шеті домаланған. ЖҚА: Нв-90 г/л, ТК - 1,2, L – 4,2x10⁹/л, Тр 120x10⁹/л, макроцитоз, полисегменттелген нейтрофилдер, ЭТЖ-38мл/сағ. Аурудың туу себебіне ... жатады.

<variant>ішкі Касл факторының секрециясы жетіспеушілігі

<variant>туа пайда болған микросфероцитоз

<variant>фолий қышқылының сіңірілуі бұзылуы

<variant>радиоактивті сәулелену

<variant>житі қан кету