БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР

1-ші аралық бақылау бағдарламасының сұрақтары

Білім беру бағдарламасының аты: «Жалпы дәрігерлік тәжірибе»

Пән коды: ZhDT 7301-4

Пәні: «ЖТД практикасындағы гериатрия»

Кредиттің/сағатының жалпы көлемі: (90 сағ/3 кред)

Курс: 7

Оқу семестрлері: 13,14

ШЫМКЕНТ 2024 ж.

Әзірлеген: доцент Сартаева К.А.

Кафедра меңгерушісі
м.ғ.д., профессор Досыбаева Г.Н. _____
№ 10 хаттама 24.05. 2024 ж.

<question> 65 жастағы ер адам, қақырық пен жөтелге, тез жүргенде, аздаған биіктікке көтерілгенде пайда болатын ентігуге шағымданады. Анамнезінде-25 жыл бойы күніне 1 қораптан (20 сигарет) темекішегеді. Соңғы 5 жылда суық тию кезінде ентігудің күшеюін атап өтеді.
Ентігушкаласыбойынша Medical Research Council Dyspnea Scale (MRS) ентігудәрежесіқандай?
<variant> 1 дәрежесі
<variant> 0 дәрежесі
<variant> 2 дәрежесі
<variant> 3 дәрежесі
<variant> 4 дәрежесі
<question>64 жастағы ер адам, күні бойы жөтелге, таңертең - қақырықпен, 100 метрге жүргенде пайда болатын ентігуге, тоқтауға тура келетініне шағымданады. Анамнезінде-25 жылбойықүніне 1 қораптан (20 сигарет) темекішегеді. Ентігу шкаласы бойынша Medical Research Council Dyspnea Scale (MRS) ентігудәрежесіқандай?
<variant> 3 дәрежесі
<variant> 0 дәрежесі
<variant> 1 дәрежесі
<variant> 2 дәрежесі
<variant> 4 дәрежесі
<question>65 жастағы ер адам үйге дене қызуының жоғарылауына, бас ауыруына, құрғақ жөтелге шағымданып дәрігерді шақырды. Объективті: температура 39,2^{0}С, көз склераларының қан тамырлары инъекцияланған, аңқасының шырышты қабаты айқын гиперемияланған, өкпесіндегі тынысы қатайған, сырылдары жоқ. Жүрек тондары бәсеңдеген, ЖЖС – 124 рет/мин., АҚ – 110/70 мм с.б., ТАЖ – 26. Қан анализінде: эр. – 3,4х1012/л, Нв – 135 г/л, лейк. – 4,2х109/л, э. – 5%, т/я – 7%, с/я – 63%, м – 5%, л – 20%, СОЭ – 18 мм/сағ. Қалада тұмауға эпидемия жарияланды. Сіздің тактикаңыз.
<variant> Осельтамивир
<variant> Анаферон
<variant> Ремантадин
<variant> рекомбинантты альфа-2b интерфероны
<variant> имидазолилэтанамидпептан-дион қышқылы
<question>68 жастағы ер адам дәрігерге жиі таңертең кілегейлі қақырықтың бөлінуімен жөтелге шағымданды. Жөтел 25 жыл бойы мазалайды. Зиянды әдеттер-25 жастан бастап күніне 1 қорапқа дейін шылым шегеді. Жыл сайын тұмауға қарсы екпе алады, асқынулар байқалмайды. Постбронходилатациялық тест: ОФВ1<болжанғаннан 30%. САТ бағасы=18 ұпай. Mmrc 4 шкаласы бойынша.Науқас GOLD (2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) топтарының қай санатына жатады?
<variant> GOLD 3, категория В
<variant> GOLD 1, категория А
<variant> GOLD 2, категория В
<variant> GOLD 4, категория В
<variant> GOLD 4, категория D
<question>64 жастағы ер адам дәрігерге жиі таңертең іріңді-шырышты қақырық бөлінуімен жөтелге шағымданды. Жөтел 15 жыл бойы мазалайды. Зиянды әдеттер-20 жастан бастап күніне 1 қорапқа дейін шылым шегеді. Аурудың өршуін жылына 3 рет атап өтеді.
Постбронходилатациялық тест: ОФВ1<30%. САТ=18 балл. mMRC шкаласы бойынша 4.

Науқас GOLD (2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) топтарының қай санатына жатады?
<variant> GOLD 4, категория D
<variant> GOLD 1, категория A
<variant> GOLD 2, категория B
<variant> GOLD 3, категория B
<variant> GOLD 4, категория B
<question>Әйел 69 жаста. Емханаға барып келгеннен кейін бірнеше сағаттан кейін селсоқтық, лихорадка, мұрнының бітуі, көзінен жас ағу, жөтел, бүткіл денесінің ауруы пайда болды. Науқас ӨСОА бойынша тіркеуде тұрады. Басталған аурудың асқынуының алдын алы үшін қандай препаратты тағайындау маңызды ?
<variant> осельтамавир
<variant> моксифлоксацин
<variant> беродуал
<variant> метронидазол
<variant> азитромицин
<question>Қарттар үйінің 80 жасар ер адамы 2 күн бойы жөтелге, қызба мен ентігуге шағымданды. Анамнезінде-ҚД 2 типті, АГ, деменция. Инсулин, эналаприл, донепезилқабылдайды. Денеқызуы 38, 1 құрал, PS 112/мин, ТЖ 35/мин,АҚҚ 78/60 мм.с.б. Пульсоксиметрия 77%. Рентгенография – оң өкпенің жоғарғы және орташа бөлігінің инфильтраттары.
Науқастың қақырығын зерттеу кезінде төменде аталғандардың қайсысы анықталуы мүмкін?
<variant> Грам оң диплококктар
<variant> Грам оң кокктар
<variant> Грам теріс кокобациллдар
<variant> Грам теріс таяқшалар
<variant> Грам оң бұтақты бактериялар
<question>Әйел 62 жаста, дене қызуының 38,5°С дейін жоғарылауына, аз бөлінетін шырышты-ірінді қақырықпен жөтелге, аздаған ентігуге шағымданып келді. 10 күннен бері ауырады, ауру лихорадкамен, тамағындағы ауыру сезімімен, құрғақ жөтелмен жедел басталған, 3 күн бұрын жағдайы ауырлап,ентігу пайда болған. Объективті: АҚҚ 110/70 мм.с.б, ЖСЖ 95 рет мин, ТЖ - 18 рет мин, оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде әлсіз тыныс фонында крепитация естіледі, ортаңғы және жоғарғы бөлімінде – бронхтық барынша тыныс. Пульсоксиметрия - 95%. ЖҚА - Л 11х109/л, Эр - 3,2х09/л, Нв - 123 г/л, ЭТЖ - 24 мм/сағ. Өкпенің Р-графиясы - оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде орташа интенсивті инфильтратты көлеңке. Қандай тактика тиімді?
<variant> амоксициллинмен амбулаторлы емдеу
<variant> пефлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, ровамицин
<variant> РИТБ (ОРИТ) госпитализациялау, ципрофлоксацин
<question>Әйел 67 жаста, 2 апта бойы қиын бөлінетін шырышты-ірінді қақырықты жөтел және түнгі уақыттағы ұстамалы құрғақ жөтел, дене қызуының 38°С дейін жоғарлауы мазалайды. Қарап тексергенде: ТЖ- 22 рет мин, өкпесінде қатаң тыныс, шашыранды шулы сырылдар. Рентгенологиялық өкпе суретінің күшеюі анықталады. Қандай тактика БАРЫНША тиімді ?
<variant> рокситромицинмен амбулаторлы емдеу
<variant> пефлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу

<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, ровамицин
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, левофлоксацин
<question>72 жастағы әйел 3 күн бойы қызба, миалгия, жөтелге қатысты жүгінді. Жербөлмеде (времянка) тұрады, көршілерде ұқсас белгілер болған. Анамнезінде - АГ, лизиноприл қабылдайды. Дене қызуы - 38,9 С, пульс - 105/мин, ТЖ - 22/мин, АҚ - 110/60 мм с.б., SaO2 - 89%. Қандағы лейкоциттер -10 500/мм3, креатинин – 79,6 мкмоль/л, прокальцитонин - 0,05 мкг/л (норма<0,06). Өкпе R -да - төменгі бөлікте екі жақты қарауыту. Цефтриаксинмен және азитромицинмен емдеу басталды. Екі күннен кейін-дене қызуы -37,6 С, прокальцитонин - 0,04 мкг/л, SaO2 - 96%. Ауруды басқарудағы тиімді қадам қандай?
<variant> Цефтриаксон мен азитромицинді 7 күнге дейін жалғастыру
<variant> Цефтриаксон мен азитромицинді тоқтату
<variant> Өкпенің қайталама рентгенографиясы
<variant> Цефтриаксон тоқтату және азитромицинді жалғастыру
<variant> Қақырықты себу
<question>Әйел 65 жаста. Скринингтен өту кезінде анықталды: ДСИ 26, АҚҚ 120/80 мм с.б., ЖСЖ - 75 рет мин, глюкоза - 5.4 ммоль/л, холестерин - 4.7 ммоль/л. ЭКГ - ЖЭО қалыпты, ритм синусты, оң жақ Гис аяқшасының толық емес бөгемесі. Гинекологиялық қарауда патология анықталған жоқ. РАР-тест - "цитограмма өзгеріссіз". Маммография - өзгеріссіз.Оны қандай диспансерлік бақылау тобына жатызу керек?
<variant> 1 топ
<variant> 1А топ
<variant> 1Б топ
<variant> 2 топ
<variant> 3 топ
<question> Ер кісі 65 жаста, 2 апта бұрын пайда болған, физикалық жүктемеде дамитын,1-2 мин созылатын және спонтанды жойылатын төс артындағы ауыру сезіміне шағымданып, аймақтық дәрігерге келді. Күніне 1 қорап шылым тартады. Объективті: ДСИ (ИМТ) 32, АҚ 135/65 мм сын. бағ. ЖЖС 75 мин, жүрек тондары анық, ретті. Диагноздың бірінші кезеңінде қандай зерттеу жүргізу керек?
<variant> Коронароангиография
<variant> Кеуде торының Р-графиясы
<variant> Эхокардиография
<variant> Электрокардиография
<variant> Ұйқы артериясының допплер-сонографиясы
<question> Әйел 69 жаста. Емханаға барып келгеннен кейін бірнеше сағаттан кейін селсоқтық, лихорадка, мұрнының бітуі, көзінен жас ағу, жөтел, бүткіл денесінің ауруы пайда болды. Науқас ӨСОА бойынша тіркеуде тұрады. Басталған аурудың асқынуының алдын алы үшін тағайындалатын дәрмекті таңдаңыз.
<variant> осельтамавир
<variant> моксифлоксацин
<variant> беродуал
<variant> метронидазол
<variant> азитромицин
<question>GINA ұсыныстарын қолданып, диагнозын нақтаңыз. 64 жастағы, бірнеше жыл бронхтық астмамен сырқат әйелді тұншығу ұстамалары аптасына бірнеше рет мазалаған, дипроспан инъекциясынан кейін (дәрігер тағайындауынсыз) тұншығу ұстамасы бір ай көлемінде мазаламаған. Соңғы уақытта беротекпен басылмайтын жөтел мен ентігу дамыған,

жағдайы түндерде ауырлаған.Об-ті: науқас мәжбүр қалыпта, айқын ентігу, дистанциялық сырылдар естілді.
<variant> Бронхтық астма, орта ауырлықтағы персистенциялаушы ағымда, гормонға тәуелді түрі, орта ауырлықтағы өршуі, ТШ2
<variant> Бронхтық астма, жеңіл персистенциялаушы ағымда, орта ауырлықтағы өршуі, ТШ2
<variant> Бронхтық астма, ауыр персистенциялаушы ағымда, гормонға тәуелді түрі, ауыр дәрежелі өршуі, салыстырмалы компенсациядағы астмалық статус, ТШ3
<variant> Бронхтық астма, интермиттолық ағымды, жеңіл дәрежелі өршуі,ТШ1
<variant> Бронхтық астма, ауыр персистенциялаушы ағымда, гормонға тәуелді түрі, ауыр дәрежелі өршуі, астмалық статус, гипоксииялық, гиперкапниялық кома
<question>Өршуін басудың дұрыс емдік тактикасын таңдаңыз. 66 жастағы, бірнеше жыл бронхтық астмамен сырқат әйелді тұншығу ұстамалары аптасына бірнеше рет мазалаған, дипроспан инъекциясынан кейін (дәрігер тағайындауынсыз) тұншығу ұстамасы бір ай көлемінде мазаламаған. Соңғы уақытта беротекпен басылмайтын жөтел мен ентігу дамыған, жағдайы түндерде ауырлаған.Об-ті: науқас мәжбүр қалыпта, айқын ентігу, дистанциялық сырылдар естілді.
<variant> Преднизолон в/і 30-60 мг, сальбутамол ингаляциясы, оттегі
<variant> Фенотерол ингаляциясы, эуфиллин ерітіндісі в/і, оттегі
<variant> Вентолинді небулайзермен енгізу, оттегі
<variant> Преднизолон в/і в дозе 30-60 мг, оттегі
<variant> Метилпреднизолон 120 мг в/і, фенотерол, оттегі
<question>ЭКГ мүмкін болатын өзгерісті таңдаңыз. Науқас 65жаста, кенеттен дамыған тұншығу ұстамасына шағымданды. Анамнезінде аяқтарының тромбофлебиті. Об-ті: бетінің және кеудесінің жоғарғы бөлігінің цианозы. Мойын веналары томпайған. Өкпесінде әлсіз везикулалық тыныс. ТЖ 35 мин. Қарағанда тыныс алуда күшейетін эпигастрийдегі пульсация анықталды. Жүрек шекарасы оңға қарай ығысқан. Аускультацияда өкпе артериясында 2 тон акценті. АҚ 90/60 мм сын. бағ. ЖЖС 100 мин.
<variant> Жүректің оң бөліктеріне күш түсу белгілері, S_1, Q_{III}, T_{III}
<variant> Патологиялық тісше Q, ST сегментінің көтерілуі, Т тісшесінің инверсиясы
<variant> ST сегментінің бірнеше бөліктерде көтерілуі
<variant> ЖЭО солға ауытқуы, сол қарынша гипертрофиясы
<variant> ST сегментінің төмендеуі
<question>Емнің дұрыс тактикасын таңдаңыз. Науқас 72 жаста, омарташы, қыс мезгіліне ара ұясын шөппен жауып дайындағаннан кейін ауырып қалған. Пневмония диагнозы қойылып, амоксициллин тағайындалған, бірақ бұл емнен жағдайы нашарлаған: қарқынды ентігу дамыған, тыныс алу шығында жөтелу күшейе түскен, әлсіздік пен шаршағыштық қосылған. Об-ті: тыныс алу шығында крепитациялар естілді, жөтелуден өзгермеді. Преднизолон 40 мг/тәу. тағайындалды, дозасы біртіндеп 10 мг дейін төмендетілді, жағдайы жақсара бастады.
<variant> Преднизолонды сол дозада жалғастыру
<variant> Делагил тағайындау
<variant> Преднизолон беруді тоқтату
<variant> Физиоем тағайындау
<variant> Преднизолон дозасын 90 мг дейін жоғарылату
<question>Асқынуын анықтаңыз. ӨСОА, басым эмфиземалық варианты, С категориясы, ремиссия фазасы бар науқаста қатты жөтелден кейін аяқасты кеудесінің сол жартысында ауырсыну пайда болған және ентігу дамыған. Об-ті: кеудесінің сол жартысы тыныс актісінен қалыңқы және қабырға аралықтары тегістелген; перкуссияда - тимпанит.

<variant> Пневмоторакс
<variant> Өкпе ателектазы
<variant> Өкпе инфаркті
<variant> Өкпе эмфиземасы
<variant> Экссудатты плеврит
<question>Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз. Науқас 64 жаста, көптеген жылдар ӨСОА, басым бронхиттік типі, В категориясынан зардап шегеді, суық тигеннен кейін дене қызуының жоғарылауына, шырышты-іріңді қақырықты жөтелге, ентігуге, тершендікке шағымданды. Рентгенде оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрация анықталған.
<variant> Кларитромицин + амброксол + ипратропиум бромиді
<variant> Тетрациклин + метрогил + лазолван
<variant> Амоксиклав + гентамицин + бромгексин
<variant> Цефазолин + преднизолон + бромгексин
<variant> Пенициллин + амброксол + сальбутамол
<question>Созылмалы өкпе текті жүректің ең жиі себебін табыңыз:
<variant> өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы
<variant> өкпе рагі
<variant> кеуде сарайының деформациясы
<variant> біріншілік өкпелік гипертензия
<variant> өкпе артериясының рецидивтеуші тромбтық эмболиясы
<question>74 жастағы ер кісіде экспирациялық ентігу. Зиянды әдеттері жоқ. Об-ті: "алқызыл алқынғыш – розовый пыхтельшик", астеник. Эпигастрий аймағында пульсация. Үшінші тыңдау нүктесінде II тонның акценті. Бауыры ұлғайған, аяқтары ісінген. ЭКГ жүректің оң бөліктерінің гипертрофиясы. Жетекші синдромдарын белгілеңіз:
<variant> өкпе ауалылығының артуы, өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек декомпенсацияланған, жүрек шамасыздығы
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек, жүрек шамасыздығы
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, тыныс шамасыздығы, үш жармалы қақпақ шамасыздығы, кардиомегалия
<variant> өкпе ауалылығының арту, тыныс шамасыздығы, өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек, компенсациялнған
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, өкпе ауалылығының арту, өкпелік гипертензия
<question>67 жастағы темекіні шамадан артық тартатын ер кісі аралас ентігуге, ұстамалы аз қақырықты жөтелге, жүрек тұсының ешқайда тарамайтын, шаншып ауырсынуына шағымданды. Об-ті: тыныс шығаруы ұзарған, шашыраңқы құрғақ сырылдар, жүректің оң шегі кеңіген, үшінші тыңдау нүктесінде II тонның акценті. Жетекші синдромдарын анықтаңыз:
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, тұрақты үдемелі; екіншілік өкпелік гипертензия
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, тұрақты, үдеусіз; оң қарынша гипертрофиясы
<variant> біріншілік өкпелік гипертензия;өкпе текті жүрек
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, қайтымды
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы; өкпелік гипертензия, жүрек шамасыздығы
<question>67 жастағы темекіні шамадан артық тартатын ер кісі аралас ентігуге, ұстамалы аз қақырықты жөтелге, жүрек тұсының ешқайда тарамайтын, шаншып ауырсынуына шағымданды. Об-ті: тыныс шығаруы ұзарған, шашыраңқы құрғақ сырылдар, жүректің оң шегі кеңіген, үшінші тыңдау нүктесінде II тонның акценті. Диагнозын анықтаңыз:

<variant> ӨСОА, бронхиттік түрі, D категориясы, ауыр дәрежелі өршуі. Асқ.: СӨЖ/ХЛС декомпенсацияланған
<variant> ӨСОА, бронхиттік түрі, С категориясы, ауыр дәрежелі өршуі. Асқ.: СӨЖ/ХЛС декомпенсацияланған
<variant> ӨСОА, эмфиземалық түрі, С категориясы, ауыр дәрежелі өршуі. Асқ.: СӨЖ/ХЛС декомпенсацияланған
<variant> Бронхтық астма атопиялық, бақыланбайтын, өршу фазасы ауыр дәрежелі
<variant> өкпе артериясының тромбтық эмболиясы/ТЭЛА, оң қарыншалық жіті шамасыздық
<question>63 жастағы әйел адамда әр жылдың маусым айында тұншығу ұстамалары дамып, тыныс шығаруы қиындап, ұстамалары аз мөлшерлі қақырықты жөтелмен аяқталады. Жылдың басқа айларында дені сау. Осы жылғы маусым айындағы өршуінде, об-ті: дене қалыбы мәжбүр, екі қолымен орындық арқалығына сүйеніп отыр, терісі диффузды цианозды. Тынысы шулы және ысқырықты, тыныс шығаруы ұзарған, ТЖ 26 мин., перкуссияда қорап реңкілі дыбыс, ысқырықты сырылдар барлық өкпе алаңдарының үстінде. Жетекші синдромы мен болжам диагнозын белгілеңіз:
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, атопиялық бронхтық астма
<variant> өкпе тінінің тығыздалу синдромы, ауруханадан тыс пневмония
<variant> өкпелік диссеминация, фиброздаушы альвеолит
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, инфекцияға тәуелді бронхтық астма
<question>Дұрыс тұжырымын табыңыз. ӨСОА бар науқастарда өкпе артериясының тромбтық эмболиясының дамуында шешуші маңызы бар:
<variant> полицитемия (екіншілік эритроцитоз) мен қан тұтқырлығының артуының
<variant> тыныс шамасыздығы мен гипоксияның
<variant> кіші қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> кіші үлкен қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> аяқ веналарының варикозды кеңеюінің
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жөтеліп келген, анамнезінде кондиционерлері бар пансионаттарда, қонақ үйлерде болған; диареясы, айқын интоксикациясы, фебрильді қызбасы бар; лимфоцитопениялы лейкоцитоз анықталған және рентгендік тексерумен өкпенің тығыздалу синдромы нақталған егде науқастар пневмониясының этиологиясы:
<variant> легионелла
<variant> хламидий
<variant> микоплазма
<variant> пневмококк
<variant> стафиллококк
<question>70 жастағы, зиянды әдеттері жоқ,ер кісіде экспирациялық ентігу бар. Об-ті: «алқызыл алқынғыш – розовый пыхтельшик», астеник. Эпигастрий аймағында пульсация. Үшінші тыңдау нүктесінде II тонның акценті. Бауыры ұлғайған, аяқтары ісінген. ЭКГ жүректің оң бөліктерінің гипертрофиясы. Жетекші синдромдарын белгілеңіз:
<variant> өкпе ауалылығының арту, өкпелік гипертензия, декомпенсацияланған өкпе текті жүрек , жүрек шамасыздығы
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек, жүрек шамасыздығы
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, тыныс шамасыздығы, үш жармалы қақпақ шамасыздығы, кардиомегалия

<variant> өкпе ауалылығының арту, тыныс шамасыздығы, өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек, компенсациялнған
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, өкпе ауалылығының арту, өкпелік гипертензия
<question>66 жастағы маскүнем мас күйінде табылды: жоғары қызбасы бар, қою-қара түсті қақырықпен жөтеледі. Рентгенографияда оң жақ жоғары бөлігінде инфильтрат анықталды. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> Фридлендер пневмониясы
<variant> пневмококкты пневмония
<variant> стафилококкты пневмония
<variant> аспирациялық пневмония
<variant> жедел респираторлы синдром
<question>66 жастағы маскүнем мас күйінде табылды: жоғары қызбасы бар, қою-қара түсті қақырықпен жөтеледі. Рентгенографияда оң жақ жоғары бөлігінде инфильтрат анықталды. Граммен боялған қақырықта көп мөлшерде кездеседі:
<variant> грамм (-) бактериялар аздаған топпен
<variant> грамм (+) коктардың шоғырлануы
<variant> грамм (+) коктар тізбек түрінде
<variant> ұзын және жіңішке грам (-) бактериялар
<variant> грамм (-)те, грамм (+) да бактериялар үлкен топпен
<question>66 жастағы маскүнем мас күйінде табылды: жоғары қызбасы бар, қою-қара түсті қақырықпен жөтеледі. Рентгенографияда оң жақ жоғары бөлігінде инфильтрат анықталды. Аурудың негізгі белгілері:
<variant> қалтырау, қызба, плевралық ауру
<variant> тұрақты жоғары қызба
<variant> жоғары лейкоцитоз
<variant> өкпе қатаюының клиникалық көрінісі
<variant> бір бөлікте орналасқан өкпедегі өзгерістер
<question>72 жастағы әйел адам бронх демікпесінің ауыр ұстамасымен бірінше реткелді. Объективті: тыныс шығару ұзарған айқын ентігу, тері жабындысы диффузды көгерген, аускультацияда көптеген құрғақ, ысқырықты сырылдар естілді. Ем таңдаңыз.
<variant> сальбутамол ингаляциясы, нәтиже болмағанда эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/і, нәтиже болмағанда дексаметазон 8 мг б/е
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/і, симбикорт ингаляциясы 80/4,5
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/і, симбикорт ингаляциясы 160/4,5
<variant> эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/і + дексаметазон 8 мг б/е
<variant> сальбутамол ингаляциясы+эуфиллин 2,4%-5-7 мл в/і+преднизолон 30мг в/і
<question>67 жастағы ер адам жедел ауырды және қызбамен, тұтқыр қара-қоңыр қақырықты жөтелмен қаралды. Оң жақ өкпесінің жоғарғы бөлігінде тығыздалу. АҚ 110/70 мм сын. бағ., жсс 105 мин. Болжам диагнозыңыз.
<variant> Фридлендер пневмониясы
<variant> пневмококты пневмония
<variant> стафилококты пневмония
<variant> аспирациялық пневмония
<variant> паракарциноидты пневмония
<question>67 жастағы ер адам жедел ауырды және қызбамен, тұтқыр қара-қоңыр қақырықты жөтелмен қаралды. Оң жақ өкпесінің жоғарғы бөлігінде тығыздалу. АҚ 110/70 мм сын. бағ., жсс 105 мин. Фридлендер пневмониясы болжанды. Сіздің тактикаңыз.

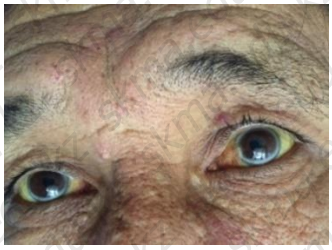
<variant> пульмонология бөліміне госпитализациялау
<variant> реанимация бөліміне (ОАИР) госпитализациялау
<variant> күндізгі стационарда иньекциялық дәрмектермен емдеу
<variant> амбулаториялық дағдайда таблеткалық дәрмектермен емдеу
<variant> фтизиатр консультациясын жолдау
<question>67 жастағы ер адам жедел ауырды және қызбамен, тұтқыр қара-қоңыр қақырықты жөтелмен қаралды. Оң жақ өкпесінің жоғарғы бөлігінде тығыздалу. АҚ 80/55 мм сын. бағ., жсс 128 мин. Фридлендер пневмониясы, ИТШ болжанды. Сіздің тактикаңыз.
<variant> ИТШ емін бастай отырып, реанимация бөліміне (ОАИР) госпитализациялау
<variant> пульмонология бөліміне госпитализациялау
<variant> күндізгі стационарда иньекциялық дәрмектермен емдеу
<variant> амбулаториялық дағдайда таблеткалық дәрмектермен емдеу
<variant> фтизиатр консультациясын жолдау
<question>Учаскелік дәрігер созылмалы бронхиті бар науқасқа құрамында: эуфиллин 3,0, эфедрин 0,4, калий йодиді 6,0, дистилденген су 200,0 бар қақырық түсіруші микстураны 1 ас қасықтан 3 рет тамақтан соң сүтпен ішуге тағайындады.7 күн өткен соң науқаста мұрны біту, көзінен жас ағу, бетінде безеу пайда болды. Бұл немен байланысты?
<variant> калий йодидтің жанама әсерінен
<variant> жедел респираторлық аурудың қосылуымен
<variant> эуфиллиннің жанама әсерімен
<variant> эфедриннің жанама әсерінен
<variant> поллиноздың қосылуымен
<question>Егде жастағы ер адам тұтқыр созылған қиын түсетін, күйген еттің иісіндей, желе консистенциялы, қара-қошқыл түсті қақырықпен жөтелге шағымданып түсті. Клиникалық - аздаған ылғалды сырылдар, крепитация, айқын тыныс жетіспеушілігі. Рентгенде - "ыдыраушы ұялы өкпе" феномені. Созылыңқы ағымды пневмофиброзбен, көптеген екіншілік бронхоэктаздар және қалдық қуыстар. Пневмонияны қандай қоздырғыш шақырды?
<variant> клебсиелла
<variant> тұмау вирусы
<variant> хламидиялар
<variant> микоплазмалар
<variant> пневмококктар
<question>Егде жастағы ер адамда ЖИА. Үдемелі стенокардиямен стационарда ем алып жатқанда 13-ші күні нозокомиаль пневмония анықталды. Эмпириялық қандай антибиотик тағайындалады?
<variant> Гентамицин + цефтриаксон
<variant> Пенициллин + азитромицин
<variant> Гентамицин + лефлокс
<variant> Азитромицин + лефлокс
<variant> Амоксициллин + гентамицин
<question>80 жастағы науқас терапия бөлімшесіне қызуының 39С жоғарылауына, басының ауруына және әлсіздікке шағымданып келді. Жедел ауырды, бір күн бұрын тамаққа шашалғаннан кейін қатты жөтелді. Лор-дәрігер қарап патология таппады. Кеуде қуысы рентгенінде - оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрация. Науқаста пневмонияның қай түрі?
<variant> аспирациялық пневмония
<variant> ауруханадан тыс пневмония

<variant> госпитальды пневмония
<variant> лобарлы пневмония
<variant> алкогольдік пневмония
<question>Геронтология - бұл:
<variant> организмнің қартаюы туралы ғылым
<variant> егде және қарт жастағы аурулардың ағымының және емінің ерекшеліктерін оқитын ғылым
<variant> фертиль жасындағы әйелдердегі патологияның ерекшеліктерін оқитын ғылым
<variant> балалардағы аурулардың ағымының және емінің ерекшеліктерін оқитын ғылым
<variant> жаңа туған сәбилердегіаурулардың ағымының және емінің ерекшеліктерін оқитын ғылым
<question>Гериатрия - бұл:
<variant> егде және қарт жастағыларда аурулар ағымының және емінің ерекшеліктерін зерттейтін ғылым
<variant> организмнің қартаюы туралы ғылым
<variant> фертиль жасындағы әйелдердегі патологияның ерекшеліктерін оқитын ғылым
<variant> балалардағы аурулардың ағымының және емінің ерекшеліктерін оқитын ғылым
<variant> жаңа туған сәбилердегіаурулардың ағымының және емінің ерекшеліктерін оқитын ғылым
<question>Егде және қарт жаста үдемелі түрде төмендейтін көрсеткіштер:
<variant> миокардтың жиырылу қабілеті
<variant> қандағы глюкоза деңгейі
<variant> қанның форменді элементінің саны
<variant> гипофиз гормондарының синтезі
<variant> қышқылды-сілтілік тепе-теңдік
<question>Егде және қарт жаста үдемелі түрде жоғарылайтын көрсеткіштер:
<variant> гипофиз гормондарының синтезі
<variant> қандағы глюкоза деңгейі
<variant> миокардтың жиырылу қабілеті
<variant> қанның форменді элементінің саны
<variant> қышқылды-сілтілік тепе-теңдік
<question>Егде және қарт жастағы түнгі мезгілде диурездің жоғарылауы мынамен байланысты:
<variant> горизонталь жағдайда бүйрек қанайналымының жақсаруымен
<variant> бүйректердің біріншілік бүрісуімен
<variant> бүйректердің екіншілік бүрісуімен
<variant> екі жақты нефроптозбен
<variant> бүйректердің амилоидозымен
<question>Артериялық қан қысымының келесі деңгейі жасқа байланысты жоғарыламайды:
<variant> диастолалық
<variant> систолалық
<variant> пульстік
<variant> орта динамикалық
<variant> қапталдық
<question>Жасқа байланысты миокардта дамиды: а) үдемелі склероз в) бұлшық ет талшықтарының атрофиясы с) миокардтың бұлшық ет талшықтарының ұялы гипертрофиясыd) ишемиялық некроздың дамуы е) жүрек камераларыныі барлығының дилятациясы
<variant> а,в,с

<variant> d,e
<variant> a,d
<variant> e
<variant> c,d ,e
<question>Жасқа байланысты ЭКГ-да Р тісшесінің келесі өзгерістері дамиды: а) кеңеюі в) жалпаюыd) қос өркештенуі е) үшкірленуі
<variant> a,в,c з
<variant> a,d
<variant> d,e
<variant> c,d,e
<variant> a,e
<question>Жасқа байланысты бронхтардың дренажды қызметі төмендейді: а) бронх эпителийінің атрофиясынан в) бронхтардың перисталтикасының төмендеуінен с) жөтел рефлексінің төмендеуінеnd) бронхиолалардың облитерациясынан с) бронх тармақтарының деформациясынан
<variant> a,в,c
<variant> a,d
<variant> d,e
<variant> c,d,e
<variant> a,ез
<question>Жасқа байланысты рентгендік өзгерістер - бұл: а) өкпе тінінің мөлдірлігінің жоғарылауы в) бронхөкпе суретінің күшеюі с) түйінді диссеминация d) диафрагма қозғалысының шектелуі е) торлы диссеминация
<variant> a,в,d
<variant> c,e
<variant> a,c,d
<variant> d,e
<variant> a,e
<question>Өкпе эмфиземасындағы тыныс:
<variant> әлсіз везикулалық
<variant> везикулалық
<variant> қатаң
<variant> тыныс шығаруы ұзарған
<variant> амфоралық
<question>ӨСОА бронхообструкциялық синдромның сипаты:
<variant> тұрақты, үдемелі
<variant> спонтанды, АҚ төмендеуімен, жіті ӨТЖ асқынады
<variant> ұстамалы, өтпелі не/немесе сальбутамолмен басылады
<variant> соңғы екі жылда 3 айдан аса қақырықты жөтел
<variant> тұншығу ұстамасы 4-8 сағ. көп бета-миметиктермен басылмайды
<question>БА бронхообструкциялық синдромның сипаты:
<variant> ұстамалы, өтпелі не/немесе сальбутамолмен басылады
<variant> тұрақты, үдемелі
<variant> спонтанды, АҚ төмендеуімен, жіті ӨТЖ асқынады
<variant> соңғы екі жылда 3 айдан аса қақырықты жөтел
<variant> тұншығу ұстамасы 4-8 сағ. көп бета-миметиктермен басылмайды
<question>ӨАТЭ бронхообструкциялық синдромның сипаты:

<variant> спонтанды, АҚ төмендеуімен, жіті ӨТЖ асқынады
<variant> тұрақты, үдемелі
<variant> ұстамалы, өтпелі не/немесе сальбутамолмен басылады
<variant> соңғы екі жылда 3 айдан аса қақырықты жөтел
<variant> тұншығу ұстамасы 4-8 сағ. көп бета-миметиктермен басылмайды
<question>Астмалық статустағы бронхообструкциялық синдромның сипаты:
<variant> тұншығу ұстамасы 4-8 сағ. көп бета-миметиктермен басылмайды
<variant> тұрақты, үдемелі
<variant> спонтанды, АҚ төмендеуімен, жіті ӨТЖ асқынады
<variant> ұстамалы, өтпелі не/немесе сальбутамолмен басылады
<variant> соңғы екі жылда 3 айдан аса қақырықты жөтел
<question>Созылмалы бронхиттің диагноздық критерийі:
<variant> соңғы екі жылда 3 айдан аса қақырықты жөтел
<variant> анамнезінде кәсіби зияндылықтар
<variant> анамнезінде пневмониялар
<variant> анамнезіндее синуситтер
<variant> ИГКС нәтижелі
<question>Бронхтық астмадағы бронхтардың қабынулық процесін емдеуде қолданылады:
<variant> ИГКС
<variant> иммуномодуляторлар
<variant> бронхолитиктер
<variant> бронхоскопиялық санация
<variant> антибиотиктер
<question>ӨАТЭ өкпе артериясы тармақтарының тромбозының алдын алуда қолданылады:
<variant> гепарин
<variant> варфарин
<variant> стрептокиназа
<variant> альтеплаза
<variant> эуфиллин
<question>Бронхтық астманы бақылау мақсатында қолданылады:
<variant> ИГКС
<variant> ұзақ әсерлі бета-миметик ингаляцисы
<variant> эуфиллин
<variant> теопек
<variant> интал
<question>Бронхтық астмада бронхтардың өткізгіштігін бақылау мақсатында қолданылады:
<variant> ұзақ әсерлі бета-миметик ингаляцисы
<variant> ИГКС
<variant> эуфиллин
<variant> теопек
<variant> интал
<question>Әйел 56 жаста. Ауыр емес жүктемеден кейінгі ентігуге, құрғақ жөтелге шағымданып келді. Ентігу аралас сипатта. 5 жылдан бері СОӨА диагнозымен бақылауда тұрады. 30 жылдан бері күніне 1-1,5 қорап шылым шегеді. Науқас аз қақырықты жөтел ұстамасында қақырықта қан жағындысының болатынын байқаған. Ентігу бұрынғығы қарағанда өрши түскен және тыныс шағару қиындаған. КҚМ Р-граммасында былтырғы ренген-көріністен айырмашылық байқалған жоқ.Қанда - ЭТЖ 54 мм/сағ. Бірінші кезекте қандай зерттеу жүргіза қажет ?

<variant> Бронхоскопия биопсиямен
<variant> кеуде қуысының КТ
<variant> Спирографию
<variant> SYFRA онкомаркерін анықтау
<variant> GenExpert
<question>63 жастағы әйел COVID карантинінен 1b санатты елден COVID-тен карантиндегі елге келді. Ұшақта COVID-2019 анықталған жолаушыдан 2 орындық кейін отырған. Шағымдары жоқ, дерт симптомдары білінбейді. COVID-2019 алғашқы тестілеу нәтижесі теріс. Эпидемиологиялық байланыс уақытының ұзақтығы қандай?
<variant> 14 тәулік барысында
<variant> 10 тәулік барысында
<variant> 12 тәулік барысында
<variant> 16 тәулік барысында
<variant> 18 тәулік барысында
<question>64 жастағы ер адам COVID карантинінен 1b санатты елден COVID-тен карантиндегі елге келді. Шағымдары жоқ, дерт симптомдары білінбейді. COVID-2019 алғашқы тестілеу нәтижесі теріс. Карантиндік шараларды өткізгеннен соң дәрігер өзін-өзі оқшаулау тәртібін ұсынды. “Бұтақталу шешімі/дерево решения” моделін карантиндік шараларға қолдану коронавирустық жұқпаның таралуын ... есе төмендетеді.
<variant> 9 есе
<variant> 2 есе
<variant> 4 есе
<variant> 7 есе
<variant> 10 есе
<question>Ер кісі 65 жаста, 2 апта бұрын пайда болған, физикалық жүктемеде пайда болатын,1-2 мин созылатын және спонтанды жойылатын төс артындағы өтпелі ауру сезіміне шағымданып аймақтық дәрігерге келді. Күніне 1 қорап шылым тартады. Объективті: ДСИ (ИМТ) - 32, АҚҚ 145/65 мм с.б. ЖСЖ 75 мин, жүрек тондары анық,ретті. Диагностикасында бірінші кезекте қандай зеріттеу жүргізу керек?
<variant> Электрокардиография
<variant> Кеуде торының Р-графиясы
<variant> Эхокардиография
<variant> Ұйқы артериясының допплер-сонографиясы
<variant> Эргометринмен сынама
<question>Әйел 63 жаста, бірнеше апта бұрын пайда болған, жұмыс күнінің соңында пайда болатын бас ауруына шағымданып келді. Дәрігерге дейінгі медбикенің қарауда АҚҚ өлшегенде - 145/95 мм с.б. ДСИ (ИМТ) - 30,зиянды әдеттері жоқ,тұқым қуалаушылық анықталмаған. Келесі кезеңде қандай зеріттеулер жүргізілу қажет ?
<variant> 6 сағаттан кем емес уақыттан кейін АҚҚ қайталап өлшеу
<variant> Электрокардиография
<variant> Кеуде торының Р-графиясы
<variant> Эхокардиография
<variant> Ұйқы артериясының допплер-сонографиясы
<question>Ер кісі 63жаста. Физикалық жүктемеде пайда болатын кеуде торының сол жағындағы ауыру сезіміне, АҚ жоғарлауына шағымданды. Аыуру сезімі бірнеше ай көлемінде мазалайды. Қарап тексергенде (фото). АҚҚ – 160/90 мм сын. бағ. Аускультацияда аортада 2 тон акценті. Науқасқа ем тағайындауда липидограмманың қай көрсеткішіне назар аударасыз?



<variant> төмен тығыздықты липопротеидтердің жоғарылауы
<variant> триглицеридтердің төмендеуі
<variant> альфа-липопротеидтердің жоғарлауы
<variant> жоғары тығыздықты липопротеидтердің жоғарылауы
<variant> төмен тығыздықты липопротеидтердің төмендеуі
<question>63 жастағы ер кісіде АҚ 175-190/95-110 мм сын. бағ. дейін жоғарылайтыны анықталды. Ем қабылдауы тұрақсыз. Дене салмағы -100 кг, бойы- 165см., бел өлшемі-105см. Объективті: жүректің сол жақ шекарасы 5 қабырға аралықта сол жақ бұғана ортаңғы сызығынан 1 см солға. ЭКГ: ритмі синусты, Соколов-Лайон индексі – 40мм. МАУ – 300 мг/тәулігіне. Ұйқы артериясының интима-медиа кешені - 1мм. Алдағы 10 жылда кардио-васкулярлы катастрофаның даму жиілігі қандай ?
<variant> 30% жоғары
<variant> 10% дейін
<variant> 10-15%
<variant> 16-20%
<variant> 21-30%
<question> Ер кісі 65 жаста, аймақтық дәрігерге АҚ 145/95 мм с.б дейін жоғарлауына шағымданып келді. АҚ жоғарылауы бір рет профосмотр кезінде анықталған. Шылым шекпейді, зиянды әдеттері жоқ, тұқым қуалаушылық анықталмаған. Объективті: ДМС - 32, АҚҚ 135/65 мм.с.б. Глюкоза - 4.8 ммоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л. Науқасқа қандай ұсыныс берілу керек?
<variant> Науқас АҚ бойынша денсаулық мектебіне жолдану керек
<variant> Салауатты өмір салты бойыгша ұсыныс беріп және 2 жылдан кейін тексерілуді ұсыну
<variant> Салауатты өмір салтын сақтауды ұсыну және 6 айдан кейін қайталап тексерілу
<variant> ЭКГ түсіру қажет
<variant> кардиологтың кеңесіне жолдау
<question>65 жастағы таңертеңгісін АҚ 195/110 мм сын.бағ. дейін жоғарылап, сөйлей алмай қалды. Неврологиялық статус: есі анық, қарашықтары D=S, мұрын еріндік қатпары оң жағында тегістелген, моторлы афазия, оң жақты гемипарез, бұлшықеттік тонусы және сіңірлік рефлексі күшейген, Бабинский симптомы оң. Болжам диагнозы:
<variant> ишемиялық инсульт
<variant> Жедел гипертониялық энцефалопатия
<variant> Транзиторлы ишемиялық атака
<variant> Серозды менингит
<variant> Геморрагиялық инсульт
<question>Антигипертензиялық дәрмектер тобын таңдаңыз. Ер кісі 64 жаста, 5 жылдай АҚ 150-160/90-95 мм сын. бағ. дейін жоғарылайды. Қант диабеті 2 типті, диабетон қабылдайды. Об-ті: жүректің сол шекарасы сол жақ бұғана ортаңғы сызығымен. Өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары анық, ырғақты. ЖЖС 80 мин. АҚ 160/94 мм сын. бағ. Сарысудағы холестерин 6,0 ммоль /л, сарысудағы креатинині 75 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л. МАУ 100 мкг тәулігіне.

<variant> сартандар
<variant> ААФ ингибиторлары
<variant> БАБ
<variant> диуретиктер
<variant> орталық әсерлі
<question>Антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз. Ер кісі 64 жаста, 5 жылдай АҚ 150-160/90-95 мм сын. бағ. дейін жоғарылайды. Қант диабеті 2 типті, диабетон қабылдайды. Об-ті: жүректің сол шекарасы сол жақ бұғана ортаңғы сызығымен. Өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары анық, ырғақты. ЖЖС 80 мин. АҚ 160/94 мм сын. бағ. Сарысудағы холестерин 6,0 ммоль /л, сарысудағы креатинині 75 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л. МАУ 100 мкг тәулігіне.
<variant> телмисартан
<variant> кандесартан
<variant> бисопролол
<variant> гидрохлортиазид
<variant> метилдопа
<question>Дұрыс қорытынды жасаңыз. Төмендегі келтірілген тұжырымдардың біреуі АГ емдеудегі дұрыс нәтижесі саналады:
<variant> АГ емдеу инсульттің және ЖИА жиілігін төмендетеді
<variant> АГ емдеу инсульттің жиілігін төмендетеді, бірақ ЖИА жиілігін шамалы ғана төмендетеді
<variant> АГ емдеу ЖИА жиілігін төмендетеді, бірақ инсульттің жиілігін шамалы ғана төмендетеді
<variant> АГ емдеу инсульттің жиілігін төмендетеді, бірақ ЖИА жиілігін жоғарылатады
<variant> АГ емдеу гысана орган – бүйректе дамитын бұзылыстарды тежемейді
<question>Дұрыс диагнозын анықтаңыз. 67 жастағы науқаста АҚ 220/100 мм сын. бағ. дейін күрт көтерілуі мен басының ауырсыну негізінде айқын ентігу, тыныс жеткіліксіздігі, кеудесінің тарылу сезімі дамыды. Өкпесінде әлсіз везикулалық тыныс, екі өкпенің төменгі бөліктерінде ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіле бастады. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, ЖЖС 100 мин.
<variant> Артериялық гипертензия 3 дәр. Қауіп-қатер тобы өте жоғары (жасы, СҚГ, ми қанайналымының созылмалы бұзылысы /ХНМК). Асқ.: Гипертензиялық криз асқынған: СҚЖШ/ОЛЖН, өкпе шемені
<variant> Артериялық гипертензия 2 дәр. Қауіп-қатер тобы өте жоғары (жасы, СҚГ, ми қанайналымының созылмалы бұзылысы /ХНМК). Асқ.: Гипертензиялық криз асқынған: СҚЖШ/ОЛЖН, жүректік астма
<variant> Артериялық гипертензия 1 дәр. Қауіп-қатер тобы өте жоғары (жасы, СҚГ, ми қанайналымының созылмалы бұзылысы /ХНМК). Асқ.: Гипертензиялық криз асқынған: СҚЖШ/ОЛЖН, жүректік астма
<variant> Артериялық гипертензия 3 дәр. Қауіп-қатер тобы өте жоғары (жасы, СҚГ, ми қанайналымының созылмалы бұзылысы /ХНМК). Асқ.: Гипертензиялық криз асқынбаған
<variant> Артериялық гипертензия 3 дәр. Қауіп-қатер тобы орта (жасы, СҚГ, ми қанайналымының созылмалы бұзылысы /ХНМК). Гипертензиялық жүрек, компенсацияланған
<question>Жағдайды саралаңыз. 67 жастағы науқаста АҚ 220/100 мм сын. бағ. дейін күрт көтерілуі мен басының ауырсыну негізінде айқын ентігу, тыныс жеткіліксіздігі, кеудесінің тарылу сезімі дамыды. Өкпесінде әлсіз везикулалық тыныс, екі өкпенің төменгі бөліктерінде

ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіле бастады. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, ЖЖС 100 мин. АҚ белсенді түсірудің қажеттілігі бар ма?
<variant> Ия, себебі бұл жағдай науқас өміріне қауіп төндіріп тұр
<variant> Жоқ, себебі бұл егде жастағы науқас
<variant> Жоқ, себебі бұл жағдай науқасқа қауіп төндірмейді
<variant> Жоқ, себебі бұл өкпе патологиясының көрінісі
<variant> Ия, себебі егде жастағы науқастарда АҚ тез түсіру маңызды
<question>Пациенттің диагноз анықтаңыз. 64 жастағы ер кісі соңғы жыл барысында басының ауырулары мен айналуына шағымданды. АҚ 170/100 мм сын. бағ. жоғарылап тұрады. Анасында АГ болған, 57 жасында инсульттен қайтыс болған. Дене салмағы артық, темекіні көп шегеді, майлы тағамдар мен сыраны жақсы көреді. Об-ті жүректің шала тұйық шектерінің БОС дейін ығысқаны анықталды.
<variant> Артериялық гипертензия, II дәр., қауіп тобы III (зиянды әдеттер, артық салмақ, СҚГ)
<variant> Артериялық гипертензия, I дәр., қауіп тобы II (зиянды әдеттер, артық салмақ)
<variant> Артериялық гипертензия, II дәр., қауіп тобы IV (зиянды әдеттер, артық салмақ, СҚГ, ЖИА)
<variant> Артериялық гипертензия, III дәр., қауіп тобы III (зиянды әдеттер, артық салмақ, СҚГ)
<variant> Артериялық гипертензия, III дәр., қауіп тобы IV (зиянды әдеттер, артық салмақ, СҚГ, қантты диабет)
<question>69 жастағы, миокардтың инфарктін басынан өткізген, аяқ тамырларының облитерациялаушы атеросклерозының клиникасы бар ер кісіде об-ті: АҚ 170/100 мм сын. бағ., пульсі 76 мин., жүрек шамасыздығының белгілері жоқ.
Жоспарлы емге антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз.
<variant> амлодипин
<variant> бисопролол
<variant> коринфар
<variant> гипотиазид
<variant> индапамид
<question>69 жастағы, миокардтың инфарктін басынан өткізген, аяқ тамырларының облитерациялаушы атеросклерозының клиникасы бар ер кісіде об-ті: АҚ 170/100 мм сын. бағ., пульсі 76 мин., жүрек шамасыздығының белгілері жоқ.
Қарсы көрсетілген антигипертензиялық дәрмектер тобын таңдаңыз.
<variant> бета-блокаторлар
<variant> кальций антагонистері
<variant> орталық әсерлі
<variant> диуретиктер
<variant> ангиотензин АФИ
<question>69 жастағы, миокардтың инфарктін басынан өткізген, аяқ тамырларының облитерациялаушы атеросклерозының клиникасы бар ер кісіде об-ті: АҚ 200/100 мм сын. бағ., пульсі 86 мин., жүрек шамасыздығының белгілері жоқ.
Антигипертензиялық дәрмек тобын таңдаңыз:
<variant> кальций антагонистері, ұзақ әсерлі
<variant> бета-адреноблокаторлар
<variant> кальций антагонистері, қысқаәсерлі
<variant> диуретиктермен комбинациялынған сартандар
<variant> орталық әсерлі дәрмектер

<question>65 жастағы эссенциаль артериялық гипертензиясымен дертті, өзі шешіп, тек коринфар қабылдап жүрген ер кісіде, бірнеше сағат бұрын АҚ 225/115 мм сын. бағ. дейін жоғарылады. Бас ауыруы, айналуы, оң қолында әлсіздік, құсу дамыды. Жағдайының нашарлау себебін бағалаңыз:
<variant> дәрмектің проишемиялық әсері-инсульт
<variant> антигипертензиялық ем жеткіліксіз болған
<variant> егде кісілер АГ ерекшелігі
<variant> бас миының веналық шамасыздығы
<variant> миокардтың жедел инфаркті
<question>66 жастағы ер кісі, келесі шағымдармен жеткізілді: басының желке аймағының ауыруы, жүрек айнуы, көз алдында “шіркейлердің” ұшуы. Емханалық картасынан: АГ 7 жыл ауырады, несебінде протеинурия, холестерині 8,6 ммоль/л. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті. АҚ 240/ 100 мм сын. бағ., пульсі 78 мин. ЭКГ: сол қарынша гипертрофиясы, систолалық күш түсумен. Болжам диагнозы.
<variant> артериялық гипертензия III дәрежелі, қауіп-қатер тобы 4 (протеинурия, гиперхолестеринемия, сол қарынша гипертрофиясы, дисциркуляциялық энцефалопатия); асқынбаған гипертензиялық криз
<variant> артериялық гипертензия II дәрежелі, қауіп-қатер тобы 3 (артық салмақ, гиперхолестеринемия, протеинурия, сол қарынша гипертрофиясы,); гипертензиялық криз, I типті, асқынбаған
<variant> артериялық гипертензия II дәрежелі, қауіп-қатер тобы 2 (артық салмақ, гиперхолестеринемия, протеинурия, сол қарынша гипертрофиясы,); гипертензиялық криз, I типті, асқынбаған.
<variant> артериялық гипертензия III дәрежелі, қауіп-қатер тобы 4 (артық салмақ, гиперхолестеринемия, протеинурия, сол қарынша гипертрофиясы, дисциркуляциялық энцефалопатия); гипертензиялық криз, II типті, асқынбаған.
<variant> артериялық гипертензия II дәрежелі, қауіп-қатер тобы 3 (артық салмақ, гиперхолестеринемия, протеинурия, сол қарынша гипертрофиясы,). Асқ.: Гипертензиялық криз, I типті, асқынған.
<question>Анамнезінде мерез ауруы болған ер кісіде оң екінші қ/а II тонның әлсіреуі мен диастолалық шу естілді; АҚ 170/50 мм сын. бағ. ЭКГ сол қарынша гипертрофиясы. Жүре дамыған ақауды анықтаңыз:
<variant> аорталық қапақтардың шамасыздығы
<variant> митральді қапақтардың шамасыздығы
<variant> үшжармалы қапақтардың шамасыздығы
<variant> сол а/в тесіктің стенозы
<variant> аорта сағасының стенозы
<question>Науқас 70 жаста. Артериялық гипертензиямен дәрігерде 20 жылдан бері бақыланады.+A1:IU115 Ауыр зат көтергеннен кейін кеуде тұсында арқаға, жауырынға, мойынға, омыртқаға, желкеге берілетін кескен ауыру сезімі кенет пайда болды. 5 минуттан кейін қысқа уақытқа есінен танды. Тері жабындысы бозғылт, салқын жабысқақ тер басқан. Сол жақ ұйқы және білезік артериясында пульсация жоқ. АҚҚ 140/80 мм.с.б. Болжам диагнозыңыз қандай?
<variant> аортаның сылынушы аневризмасы
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> ЖИА. Жедел миокард инфарктысы

<variant> кардиогенді шок
<variant> ЖИА. Тез үдемелі стенокардия
<question>Жедел өкпетекті жүректің белгілері бір жағдайда кездеспейді:
<variant> аталғандардың барлығында
<variant> тоталь пневмонияда
<variant> ӨАТЭ немесе өкпе артериясының тармақтарының тромбозында
<variant> спонтанды пневмотораксте
<variant> астмалық статуста
<question>Ер кісі 60 жаста, уйде қарау кезінде сөйлеудің қиындауына, оң жақ аяқ қолдарындағы әлсіздікке шағымданады. Анамнезінде: таңертең ұйқысынан тұрғаннан кейін жағардағы шағымдар анықталып, жедел ауырған. Екі бұрын бұл симптомдар пайда болып,өздігінен жойылған. АҚҚ=110/70 мм.с.б. ,ЖСЖ=110 рет/мин. Қарп тексергенде: есі анық, ориентациясы бұзылмаған, қарашық OD=OS, екі жақтанда көз алмасының қырларының жетпеуі (2 мм.). Тілі оңға ығысады,сіңірлік рефлекс D>S, оң жақта Бабинский рефлексі,оң жақ аяқ-қолда бұлшықет күші 3 балл, менингиальды белгілер жоқ. Науқасты емдеуне қандай тактика керек?
<variant> нейро қантамырлық бөлімшеге жатқызу керек
<variant> науқасты үйіне тастап, лтбасылық дәрігер бақылау керек
<variant> нейропротекция мақсатында, келесі күні нейро қантамырлық бөлімшеге жатқызу керек
<variant> нейропротекция мақсатында, бір аптадан кейін нейро қантамырлық бөлімшеге жатқызу кере
<variant> ота жасау үшін, нейрохирургия бөлімшесіне жатқызу керек
<question>72 жасар еркек саябақта отырғышта табылған. Есін жоғалтпаған. Жедел жәрдем дәрігері қарап тексергенде оң қолындағы қозғалыстың бұзылысы мен сөйлеудің қиындауы – кенеттен басының айналғандығы болғанын түсінуге болатын бөлек сөздер айтқаны анықталды. Құспаған. Қабылдау бөліміне жеткізілді. Қарап тексергенде: есі сақталған, әлсіз, апатиялы. Сөйлеспейді. Қарап тексергенге наразылық кейпімен қарайды. Пульсі аритмиялы, 104 рет минутына, жүрек тондары тұйық, АҚҚ 150/100 мм сын.бағ. Ауызының оң бұрышы төмендеген. Оң қолы қозғалмайды. Оң табаны сыртқа қараған. Сіңірлік рефлекстер оң жағында сол жағына қарағанда жоғары. Оң жақта Бабинский рефлексі оң. Келесі диагностикалық кезеңде қандай зерттеу жүргізілуі тиіс?
<variant> бас миының магнитті-резонансты томография
<variant> Электроэнцефалография
<variant> жалпы қан анализі
<variant> қанның биохимиялық анализі
<variant> электрокардиография
<question>Ер кісі 68 жаста. Соңғы 2 жылда жүрек жұмысының ретсіз болуы, жүрек соғысының жиілеуі, аяқ бастарының ісінуі пайда болды. Анамнезінде 15 жылдан бері артериялық гипертензия 2 дәрежесі және ЖИА.Жүрек аускультациясында: ритмі дұрыс емес, кезеңімен “зеңбірек тоны” естіледі, жүректің жиырылу жиілігі 100 рет мин, пульс-86 рет мин., тұрақсыз. ЭКГ-ны қарағанда қандай өзгеріс күтуге болады?
<variant> Р тісшесі жоқ, II, III, avF шықпаларында f толқындары, R-R аралығы әртүрлі
<variant> Р тісшесінен кейін QRS комплексінің кезеңді түсіп қалуы
<variant> жіңішке QRS алдында Р тісшесі, R-R аралығы бірдей
<variant> QRS алдында Р тісшесі, R-R аралығы бірдей, Т тісшесі теріс
<variant> кезектен тыс QRS комплексі және толық компенсациялық пауза

<question>67 жастағы ер кісі ауа райы өзгергенде және жұмыс күнінің соңында жиі бас ауыратынына, аяқ бастарының ісінуіне шағымданды. 7 жыл бұрын артериялық гипертензия анықталған. 2 жыл бұрын ишемиялық инсульт алған, 20 жылдан бері күніне бір қораптан шылым шегеді. Қарап тексергенде жүрек тондары анық, аортада 2 тонның акценті. АҚҚ 165/100 мм сын. бағ. Жүректің сол шекарасы 1 см сыртқа ығысқан. ЭхоКГ: сол қарынша миокардының индекс массасы 140 г/м2, ұйқы артериясының УДДГ: интима-медиа комплексі-1,1 мм, ұйқы артериясының бифуркациясы -1,5 мм. Емдеу тактикаңыз?
<variant> фозиноприл және карведилол
<variant> бисопрололмен монотерапия
<variant> лизиноприлмен монотерапия
<variant> лизиноприл және валсартан
<variant> амлодипин және каптоприл
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Төмендегі келтірілгендердің біреуі тұрақты ЭКС қоюға көрсетпе саналады:
<variant> толық атривентрикулдік блокада
<variant> жүрекшелердің жыбыры
<variant> I дәрежелі атриовентрикулярлы блокада
<variant> қарыншалық экстрасистолия
<variant> синустық брадикардия минутына 50 -ден аз
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Кенет коронарлық өлімнің 90% жағдайындағы себебі:
<variant> қарыншалар фибрилляциясы
<variant> экстрасистолия
<variant> пароксизмдік қарыншалық тахикардиясы
<variant> ЖФ пароксизмі
<variant> синусты брадикардия
<question>Миокардтың инфаркті бар науқаста ангинозды статусты жою үшін морфин және дроперидол қолданылды. Олардың жанама әсерлерінің қауіптісін белгілеңіз:
<variant> тыныс орталығын тежеуі
<variant> ұйқышылдыққа ұрындыруы
<variant> іш кебуін шақыру
<variant> жүрек айнуын туғызу
<variant> эйфорияға ұшырату
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Миокардтың артқы инфарктінің ЭКГ белгілері мына тіркемелерде көрінеді:
<variant> II, III және AVF
<variant> I, aVL, V1-V4
<variant> I, aVL, V5-V6
<variant> aVL, V1-V2
<variant> V1-V6
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. ЖИА дамуының негізгі қауіп факторына жатады:
<variant> артериялық гипертензия
<variant> алкоголь қабылдау
<variant> шылым шегу
<variant> гиподинамия
<variant> семіздік
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. ЖИА, күш түсу стенокардиясы ФКII және II дәрежедегі АГ бар 65 жастағы науқасты емдеуді келесіден бастау тиімді:

<variant> бета-блокаторлардан
<variant> тиазидті диуретиктерден
<variant> ААФ ингибиторлардан
<variant> кальций антагонисттерінен
<variant> сартандардан
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас 72 жаста,төс арты мен эпигастрий аймағындағы 2 сағаттан асқан қарқынды ауырсынуға шағымданды. ЭКГ: $R_{II,III,AVF}$ вольтажы төмен, $ST_{II, III, AVF}$ депрессиясы. Диагнозын нақтауда бірінші кезекте қолданатын тексеру –
<variant> Кардиоспецификалық ферменттер (тропонин немесе МВ-КФК)
<variant> Жалпы қан анализі (қан ұю факторларын анықтаумен)
<variant> Қандағы холестерин, триглицеридтер
<variant> ЭКГ холтерлі мониторингі
<variant> ЭхоКГ және мойын тамырларының УД допплер зерттеуі
<question>Науқастың диагнозын нақтайтын тексерулерді таңдаңыз. 74 жастағы ер кісі, тынысқа қатысы жоқ, төс артындағы үдемелі сығып ауырсынуға шағымданды. Нитроглицерин нәтиже бермеді.
<variant> ЭКГ, тропонин Т
<variant> Сцинтиграфия Tl^{201}
<variant> ЭхоКГ добутаминмен
<variant> ЭКГ физикалық жүктемемен
<variant> ЭКГ тәуліктік мониторингі
<question>Пациентке тиімді тактиканы таңдаңыз. 63 жастағы ер кісіде, естен тануға жалғасатын бас айналу ұстамалары кенеттен дамиды, олар 3 жыл бұрын басынан өткерген миокардиттен соң мазалай бастаған. Соңғы кездері ұстамалар айына 2-3 ретке дейін жиілеген. АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЖЖС 57 мин. ЭКГ: PQ интервалы ұзарған, Самойлов-Венкебах кезеңдері жиі.
<variant> Жасанды ырғақ көзін орнату
<variant> Кальций антагонистерін жүйелі қабылдау
<variant> Бета-адреноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> М-холиноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> Аортокоронарлық шунттау
<question>Асқынуын анықтаңыз: 68 жастағы миокардтың жедел инфарктін басынан өткерудегі науқаста, 4 аптада кеуде қуысында ауырсыну сезімі, қызба, перикард үйкеліс шуы, ЭТЖ жоғарылауы дамыды, ЭКГ динамикада өзгеріссіз (“мелшиіп қалған” ЭКГ).
<variant> аутоиммундық асқыну – Дресслер синдромы
<variant> миокардтың жыртылуы (жүрек жарылуы)
<variant> миокардтың некроз аймағының кеңеюі
<variant> идиопатиялық перикардит
<variant> қарыншалардың жүректік хордаларының үзілуі
<question>Диагнозын анықтаңыз: ер кісі 64 жаста, жұмысындағы стрестік жағдайға байланысты ауырған, төс артын басатын интенсивті ауырсыну пайда болған. Науқас кешке жедел жәрдем шақырды. ЭКГ: V_1-V_3 тіркемелерінде R тісшесі жоқ, ST сегменті 6 мм жоғарылаған.
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, сол қарынша миокардының алдынғы-қабырғааралығының жедел инфаркті, Killip I
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, тұрақсыз күш түсу стенокардиясы
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, алғаш анықталған күштемелік стенокардия
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, вазоспазмдық стенокардия

<variant> жүректің ишемиялық ауруы, сол қарынша миокардының артқы-диафрагмалық қабырғасының жедел инфаркті, Killip I
<question>Асқынуын анықтаңыз: миокард инфарктіне ұшыраған ер кісіде интенсивті ангинозды синдром, тахикардия, АҚ күрт төмендеуі, қылдай пульс.
<variant> кардиогенді шок
<variant> өкпе шемені
<variant> жүрек аневризмасы
<variant> аутоиммунды Дресслер синдромы
<variant> миокардинфарктінің рецидиві
<question>Жетекші синдромы мен дәрігер тактикасын анықтаңыз: 74 жастағы ер кісі, тыныспен байланыссыз, төс артындағы үдей түскен, сығып ауырсынуға шағымданды. Нитроглицерин қабылдау көмек етпеді.
<variant> коронарогенді кардиалгия, ЭКГ әр 15 минутта, тропонин Т
<variant> миокардтың зақымдану синдромы, Tl^{201} сцинтиграфия
<variant> коронарогенная кардиалгия, нагрузочные проба – ВЭМ
<variant> коронарогендіемес кардиалгия, ЭхоКГ
<variant> коронарогенді кардиалгия, ЭКГтәуліктік мониторлау
<question>Стенокардияның түрін анықтап, жүргізу тактикасын таңдаңыз: 67 жастағы ер кісі 2 ай бұрын төс артында 4 қабатта дамитын, нитроглицериннің 1 тб басылатын ауырсынуға байланысты Д есепке алынған. БАБ тағайындалған. Соңғы 2 күнде ауырсыну тез жүргенде дамып, нитроглицериннің 2 тб ғана басылған.
<variant> үдемелі күш түсу стенокардиясы (ЖКС), госпитализация
<variant> тұрақты күш түсу стенокардиясы ФК 2, антиангиналық ем тағайындау
<variant> кардиалгия коронарлы ауруға байланысты емес, зерттеулер жүргізу керек
<variant> алғаш дамыған күш түсу стенокардиясы, госпитализация
<variant> ерекше стенокардия (Принцметалдың), нитраттар мен коринфар тағайындау
<question>Стенокардияның патогномды белгісін таңдаңыз:
<variant> төс артының сығып ауырсынуы, ЭКГ ST сегментінің 2мм және одан көп депрессиясы
<variant> тамақтанғаннан соң төс артында дамитын шаншып ауырсыну, ЭКГ өзгеріссіз
<variant> жүрек аймағының ауырсынуы, күштемеден кейінгі қарыншалық экстрасистолия
<variant> жүрек аймағының ауырсынуы, ST сегментінің 2 мм кем ауытқуы
<variant> төс артының ауырсынуы, III және aVF тіркемелеріндегі Q тісшесі
<question>Жетекші синдромдарын белгілеңіз: 78 жастағы науқас төс артындағы қысып ауырсынуға және бірінші қабатқа көтерілгенде дамитын ентігуге шағым айтты. Миокард инфарктімен ауырған. Об-ті: жүрек тондары әлсіз, жиі ЭС. ЖЖС 106 мин. АҚ 170/100 мм сын. бағ. Бауыры ұлғайған. Тропонин Т теріс. ЭКГ: сол қарыншаның алдыңғы бүйір қабырғасының тыртықты өзгерістері.
<variant> ангинальді, миокардтың тыртықтық зақымдану, ырғақ бұзылысы, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы шамасыздығы
<variant> ангинальді, миокардтың қабынулық зақымдануы, артериялық гипертензия, сол қарыншалық жедел шамасыздық
<variant> ангинальді, дислипидемиялық, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы шамасыздық
<variant> ангиноздық, миокардтың тыртықтық зақымдану, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы шамасыздық
<variant> ангинальді, миокардтың метаболизмдік зақымдану, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы шамасыздық

<question>Жетекші синдромдарының негізінде диагнозын анықтаңыз: 78 жастағы науқас төс артындағы қысып ауырсынуға және бірінші қабатқа көтерілгенде дамитын ентігуге шағым айтты. Миокард инфарктімен ауырған. Об-ті: жүрек тондары әлсіз, жиі ЭС. ЖЖС 106 мин. АҚ 170/100 мм сын. бағ. Бауыры ұлғайған. Тропонин Т теріс. ЭКГ: сол қарыншаның алдыңғы бүйір қабырғасының тыртықты өзгерістері. Жетекші синдромдары: ангинальді, миокардтың тыртықтық зақымдану, ырғақ бұзылысы, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы шамасыздығы.
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, тұрақты күш түсу стенокардиясы ФК III. Басынан өткерген миокардтың инфаркті, қарыншалық ЭС. Артериялық гипертензия II дәр. Қауіп тобы өте жоғары. ЖШ III
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, тұрақты күш түсу стенокардиясы ФК III. Постмиокардиттік кардиосклероз. Артериялық гипертензия II дәр. ЖШ II
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, тұрақты күш түсу стенокардиясы ФК III. Артериялық гипертензия II дәр. ЖШ II
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың қайталанған инфаркті. Артериялық гипертензия II дәр. Сол қарыншалық жіті шамасыздық
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, тұрақты күш түсу стенокардиясы ФК II. Миокардиодистрофия II дәр. Артериялық гипертензия II дәр.ЖШ I
<question>Жүректің шамасыздығы бар миокардитке тән белгілерді таңдаңыз:
<variant> жүрек аймағының ауыруы, жүрек қағуы, инфекциялық аурудың ерте реконволесценция фазасында дамуы (бірінші аптаның соңы немесе екінші аптаның басында)
<variant> жүрек аймағының ауыруы, жүрек қағуы, инфекциялық аурудың алғашқы, дене қызуы жоғары кезінде дамуы
<variant> жүрек аймағының ауыруы, естен танулар, инфекциялық аурудың кеш реконволесценция фазасында дамуы (3 және одан көп аптадан соң)
<variant> жүрек аймағының ауыруы, асцит, инфекциялық аурудан соң бір жылдан кейін дамуы
<variant> жүрек аймағының ауыруы, құрғақ жөтел, жүрек аймағындағы шу, инфекциялық аурудың алғашқы, дене қызуы жоғары кезінде дамуы
<question>Миокардтың жедел инфарктімен дертті науқасты ұзақ уақыт қимылдатпағанда дамуы мүмкін асқынуды анықтаңыз:
<variant> тромбоэмболиялық асқынулар
<variant> брадикардия
<variant> артериялық гипертензия
<variant> жүрек шамасыздығы
<variant> жүректің систолалық көлемінің төмендеуі
<question>Дәрігерлік тактиканы шешіңіз: 65 жастағы ер кісіде базардан қайтқанда, өмірінде бірінші рет төс артында орналасқан, сол жауырынына тарайтын ауырсыну дамыды, тоқтағанда, үйіне жеткенде ауырсыну жойылды, баспалдақпен көтерілгенде қайталанды. АҚ 135/80 мм сын. бағ., пульсі 90 мин. Басқа жүйелері мен ЭКГ патология жоқ.
<variant> шұғыл госпитализацияны ұйымдастыру
<variant> анальгетиктер салу
<variant> кардиолог консультациясын ұсыну
<variant> нитраттар мен бета-адреноблокаторлар тағайындау
<variant> жоспарлы госпитализацияны ұйымдастыру
<question>Миокардтың жедел инфаркті, ангинозды статуста бірінші кезекте көрсетілген:
<variant> нитроглицерин, наркотик анальгетиктер
<variant> нитроглицерин, лидокаин

<variant> нитроглицерин, нифедипин
<variant> нитроглицерин, гепарин
<variant> нитроглицерин, аспирин
<question>Оң қарынша миокардының инфарктіне тән:
<variant> ентігу, АҚ төмендеуі, мойын веналарының томпаюы
<variant> ентігу, өкпесінде ылғалды сырылдар, бауыр ұлғаюы
<variant> диурездің азаюы, АҚ төмендеуі
<variant> жүрек ырғағының бұзылысы, өкпесінде ылғалды сырылдар
<variant> ентігу, перифериялық ісінулер
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Миокардтың жедел инфарктінде АҚ шұғыл төмендетуге қажетті таңдаулы дәрмек:
<variant> нитроглицерин
<variant> каптоприл
<variant> нифедипин (коринфар)
<variant> фуросемид
<variant> Диазоксид
<question>Компенсацияланған созылмалы өкпе текті жүрек тұжырымын жасау негіздерін белгілеңіз:
<variant> өкпелік гипертензия және оң қарынша гипертрофиясы (тоногенді)
<variant> өкпелік гипертензия және оң жүрекше гипертрофиясы
<variant> өкпелік гипертензия және оң қарынша гипертрофиясы (миогенді) және оң қарыншалық шамасыздық
<variant> оң қарынша дилятациясы және порталық гипертензия
<variant> сол жүрекше гипертрофиясы және өкпелік гипертензия
<question>Декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүректе бауырда дамитын өзгерістерді белгілеңіз:
<variant> бауырдың фиброзы, порталық вена жүйесіндегі гипертензия
<variant> гепатоциттердің цитолизі, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы озбыр гепатит
<variant> майлы гепатоз
<variant> фульминантты гепатит
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүректе анықталады:
<variant> аяқ бастарының ісінуі мен бауырының ұлғаюы, тахикардия, эритроцитоз
<variant> аяқ бастарының ісінуі, плевраның үйкеліс шуы, анемия
<variant> бауырының ұлғаюы, перикардтың үйкеліс шуы, лейкоцитоз
<variant> бетінің, безінің ісінуі, анемия
<variant> кіші қанайналым шеңберіндегі іркіліс, іркілістік пневмониялар
<question>Өкпелік гипертензия емінде қолданылатын перифериялық вазодилятаторларды белгілеңіз:
<variant> кальций антагонистері, нитраттар, ААФ ингибиторлары/сартандар
<variant> кальций антагонистері, ұзақ әсерлі нитраттар, бета-адреноблокаторлар
<variant> кальций антагонистері, ұзақ әсерлі нитраттар, альфа-адреноблокаторлар
<variant> кальций антагонистері, ұзақ әсерлі нитраттар, ганглиоблокаторлар
<variant> кальций антагонистері, ұзақ әсерлі нитраттар, миотропты вазодилятаторлар
<question>Дұрыс жауабын белгілеңіз. Созылмалы өкпе текті жүректің емдік жоспары:

<variant> себепкер дертті емдеу, оттегілік ем, перифериялық вазодилятаторлар, антикоагулянттық ем, диуретиктер, жүрек гликозидтері, екіншілік эритроцитоз емі
<variant> себепкер дертті емдеу, оттегілік ем, перифериялық вазодилятаторлар, антиаггрегантты ем, диуретиктер, жүрек гликозидтері
<variant> оттегілік ем, перифериялық вазодилятаторлар, антикоагулянтты ем, диуретиктер, жүрек гликозидтері, екіншілік эритроцитоз емі
<variant> перифериялық вазодилятаторлар,оттегілік ем,жүрек гликозидтері,диуретиктер
<variant> диагноз қойылысымен өкпе-жүрек трансплантациясын іске асыру
<question>Амбулаторияның ЖДП дәрігеріне 74 жастағы қария қарыншаүстілік тахикардияның ұстамаларына шағымданып келді. Анамнезінде ЖИА, ишемиялық КМП. Сүйемелдеуші емге таңдамалы дәрмекті таңдаңыз.
<variant> кордарон
<variant> новокаинамид
<variant> эналаприл
<variant> панангин
<variant> атропин
<question>ЭКГ-мониторлық бақылаудағы науқас есінен танды. Көз қарашықтары кеңіген. Тері жамылғылары құқыл-көкшіл. Ұйқы артериясында пульсі мен тынысы жоқ. ЭКГ: хоастық, ырғақсыз, түрлі биіктіктегі толқындар пайда болды. Науқаста дамыған жағдайдың себебін таңдаңыз:
<variant> қарыншалар жыбыры (фибрилляциясы)
<variant> қарыншалар дірілі (трепетание)
<variant> қарыншалық аритмиялар
<variant> қарыншалық тахикардия
<variant> жыбыр аритмиясы
<question>АВ-блокаданың II дәрежесі, Мобитц-1 патологиясының ЭКГ белгілерін көрсетіңіз:
<variant> біртіндеп ұзарған Pq интервалы және qRS кешенінің түсіп қалуы
<variant> интервал Pq-дің ЖЖС қалыпты жағдайында 0,21 секундке дейін ұзаруы
<variant> интервал Pq-дің тұрақты ұзаруы мен qRS кешенінің түсіп қалуы
<variant> жүрекшелік Р тісшесі мен qRS арасындағы синхронды байланыстың болмауы
<variant> интервал Pq-дің әр жүректік циклде біртіндеп ұзаруы
<question>ЖДП дәрігері 78 жастағы қарияға ЭКГ мониторингін жасады: қарыншаүстілік тахикардия. ЖИА, ишемиялық КМП диагнозымен есепте тұрады. Сүйемелдеуші емге таңдамалы дәрмекті таңдаңыз.
<variant> амиодарон
<variant> новокаинамид
<variant> лидокаин
<variant> милдронат
<variant> эсмолол
<question>Дәрігерге 77 жастағы басым эмфиземалық типті өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы бар қарт келді: ентігу мен жүрегінің шалыс соғуы, аяқтарының ісінулеріне шағымданды. ЭКГ: жүрекшелер фибрилляциясы.
Осы жағдайдағы сүйемелдеуші емге дәрмекті таңдаңыз.
<variant> новокаинамид
<variant> нифедипин
<variant> конкор
<variant> пропранолол

<variant> дигоксин
<question>63 жастағы ер кісі кенет дамитын бас айналулары мен естен тануларға шағымданды. 3 жыл бұрын ревматизмдік емес миокардитті басынан өткерген. Соңғы айда аталған жағдайлар жиілеген. АҚ 110/70 мм сын. бағ., ЖЖС 57 мин. ЭКГ: Pq интервалы ұзарған, Самойлова-Венкебаха кезеңдері жүйелі. Осы науқастың нәтижелі емін таңдаңыз:
<variant> ырғақтың жасанды жүргізушісінің имплантациясы
<variant> кальций антагонистерін тұрақты қабылдау
<variant> бета-адреноблокаторларды тұрақты қабылдау
<variant> метаболизмдік дәрмектерді жүйелі қабылдау
<variant> аорталық коронарлық шунттау
<question>65 жастағы әйел 1,5 ай бұрын миокардтың инфарктін басынан өткерген. Соңғы 2 аптада жүрегінің суылдауы, басының айналуы жиі мазалайды. ЭКГ: ырғағы синусты, 78 мин., кезеңімен кеңіген, бұрыс пішінді қарыншалық кешендер тіркелген, ені 0,14 сек, компенсациялық үзілісі – толық. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:
<variant> қарыншалық ЭС
<variant> толық АВБ
<variant> жүрекшелік ЭС
<variant> қарыншалық тахикардия
<variant> қарыншаүстілік тахикардия
<question>ЭКГ жоқ кезде де жүрекшелер фибрилляциясының диагнозын тұжырымдататын объективті белгілерді таңдаңыз:
<variant> тұрақты түрінде – ырғақтың дұрыс болмауы; пульс дефицитінің нақталуы
<variant> кіші қанайналым шеңберіндегі іркілістің болуы
<variant> бауырдың ұлғаюы
<variant> аяқтарының ісінуі
<variant> кезекті бір циклдардың түсіп қалуы мен дұрыс ырғақ
<question>Жүрекшелер фибрилляциясының тұрақты түрінің емінде тромбтық асқынулардың алдын алу мақсатында келесі антикоагулянттар мен дезагрегантарды қолданады:
<variant> варфарин (МНО- 2-2,5); ацетилсалицил қышқылы 300 мг/тәу.; клопидогрель 75 мг/тәу.
<variant> альтеплаза, стрептокиназа
<variant> гепарин, фраксипарин
<variant> курантил до 300 мг/тәу., пентоксифиллин в/і тамшылатып
<variant> натрий цитраты, пиявит (порошок)
<question>Амбулаторлық кезеңде ырғақ және өткізгіштік бұзылыстарының диагнозын нақтауда қолданылатын міндетті зерттеулер:
<variant> электрокардиография, Холтерлік мониторлау, ЭхоКГ
<variant> бас мисауытының рентгенографиясы, екі проекциядағы
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу жіне бүйірлік проекциядағы рентгенографиясы
<variant> қалқанша безінің УДЗ және тиреоидтық статусы
<variant> ультрадыбыстық допплерография (экстра –және интракраниальді тамырлардың патологиясына күдік туындағанда)
<question> Синкопенің анықтамасын таңдаңыз:
<variant> негізгі клиникалық белгісі – сананың өтпелі бұзылысымен сипатталатын, постураль тонустың төмендеуінен – құлауға жалғасатын синдром

<variant> артериялық қысымының, САҚ 140; ДАҚ 90 мм сын. бағ. және одан жоғары болуымен сипатталатын синдром
<variant> хабаршылары пайда болғаннан кейін, құрысулардың дамуымен, сананың бұзылысымен сипатталатын синдром
<variant> гипогликемия жағдайына ұшырағандықтан, сананың бұзылысымен сипатталатын синдром
<variant> жіті атаксиялық жағдаймен сипатталатын синдром
<question>66 жастағы, ЖИА, миокардтың басынан өткерген инфаркті диагнозы бар ер кісі кенет естен танды, эпилепсия тәрізді құрысулар мен кіші дәретін ұстай алмауы дамыды. Түсірілген ЭКГ: АВБ II дәр., Мобитц 2 анықталды. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:
<variant> синдромы, Морганьи-Адамс-Стокстің
<variant> синдромы, Фредериктің
<variant> синдромы, Лютембашенің
<variant> эпилепсия
<variant> ауруы, Толочинов-Роженің
<question>Екі жыл бұрын миокардтың инфарктін басынан өткерген 72 жастағы ер кісіде, физикалық күштеме кезінде жүрек қағуы, ауа жетпеу сезімі, жалпы әлсіздік дамыды, артынша есінен танды. ЭКГ: АВ түйіндік пароксизмдік тахикардия тіркелді.Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:
<variant> аритмогенді синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аорталық шамасыздықтағы синкопе
<variant> эпилепсия
<question>70 жастағы науқаста Менкеберг ақауы бар (изоляцияланған “әктенген” қолқалық стеноз).Соңғы 2 айда бірнеше рет қысқа уақытқа естен танған. Синкопенің себебін белгілеңіз:
<variant> аорталық ақаулардағы синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аритмиялық синкопе
<variant> эпилепсия
<question>67 жастағы әйел, соңғы 7-8 жылда жөтелгенде, күшенгенде, кейде тамақ жұтқанда дамитын қысқа уақыттық естен танулардан зардап шеккен, психологтарда, кардиологтарда тексеріліп, қабылдаған ем-тәсілдердің барлығы нәтижесіз болған. Холтерлік зерттеулерде (бірінші рет – 72 сағат; екіншісінде 7 тәулік бақыланған) жоғарыдағы себепкер физиологиялық жағдайларда синус түйінінің қысқа уақыттық тоқтауы және қысқа уақыттық толық АВБ кезегімен дамитындығы дәлелденген. Радикальді ем талап етіп отыр.Науқасқа консилиуммен естен тану (синкопе) синдромы қойылды. Науқастың естен танулары рефлекстің келесі түріне байланысты:
<variant> вагустық рефлекстерге
<variant> ортостаздық рефлексіне
<variant> мойындық вегетациялық – Абрамстың рефлексіне
<variant> клиностатикалық (clinostaticus) Даниелополудың рефлексіне
<variant> рефлексіне, Ортнердің
<question>67 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамитын естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Бірнеше рет ЭКГ түсірген. Жетекші синдромдарын таңдаңыз:

<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы, сол жүрекше тромбы, синкопе
<variant> жүректің тума ақау синдромы, қарыншалық экстрасистолия, синкопе
<variant> дилятациялық кардиомегалия, жүрекшелер фибрилляциясы, синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<question>67 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамитын естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Бірнеше рет ЭКГ түсірген. Синкопе механизмін таңдаңыз:
<variant> сол жүрекшеге тромб байлануы, орнынан көтерілгенде сол а/в тесікті уақытша бітеп қалуы
<variant> жүрекшелер фибрилляциясы, пульс тапшылығы
<variant> митральді стеноздың кризистік өлшемдерге жетуінен
<variant> синус түйінінің қысқа уақыттық асистолиясынан
<variant> өтпелі толық АВБ
<question>67 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамитын естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Бірнеше рет ЭКГ түсірген. Диагнозын нақтайтын шешуші тәсілді таңдаңыз:
<variant> допплер-ЭхоКГ
<variant> холтер ЭКГ
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> ревмосынамалар
<variant> фонокардиография
<question>70 жастағы ер кісі, мойнына галстук тағып, басын бұра бергенде есінен танып қалды. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл. АҚ 80/50 мм сын. бағ., ЖЖС 40 мин. Шұғыл түсірілген ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖЖС 36 мин. Ошақты патологиялық өзгерістер жоқ. Науқас есін 1,5 мин шамасында жиды. Қайта жасалған ЭКГ: ырғағы синусты, ЖЖС 68 мин. Ошақты патология белгілері жоқ. Болжам диагнозыңыз.
<variant> каротид синусының синдромы (синдром каротидного синуса), синкопе
<variant> аритмогенді естен тану
<variant> ортостаздық естен тану
<variant> эпилепсия
<variant> обструкциялық ГКМП, синкопе
<question>69 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Невропатологтар қажетті зерттеулер жасап, дертінің олар тарапынан еместігін дәлелдеген.Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СҚГ. Қазіргі ЭКГ: Р тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген, алдыңғы жайылма тыртық белгілері. Жетекші синдромдарын анықтаңыз:
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы (толық АВБ); миокардтың ишемиялық өзгерістер (тыртықтық сатысы) синдромы; АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы; qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы, ГБСА толық блогі, синкопе
<variant> ырғақ, өткізгіштіктің күрделі бұзылысы – Фредерик синдромы, синкопе
<variant> артық салмақ (алиментарлы семіздік); миокардтың зақымдану белгілері (семіздіктегі КМП); өкпелік гипертензия; кардиомегалия (қос қарыншаның гипертрофиясы)

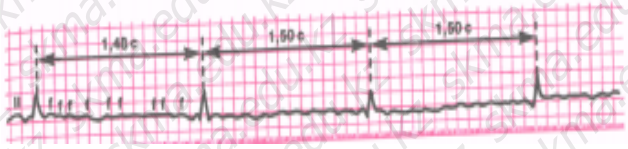
<question>69 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СҚГ. Қазіргі ЭКГ: Р тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген. Алдыңғы жайылма тыртық белгілері. Болжам диагнозын анықтаңыз:
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың басынан өткерген инфаркті. Асқ: толық АВБ, МАС синдромы. Конк: Артериялық гипертензия II дәр, өте жоғары қауіп тобы (СҚГ, ЖИА)
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың басынан өткерген инфаркті. Асқ: Синкопе. Конк: Артериялық гипертензия II дәр, өте жоғары қауіп тобы (СҚГ, ЖИА)
<variant> тума – qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік. Асқ.: Өкпе артериясы орта тармақтарының тромбэмболиясы. Инфаркті пневмония. Синкопе
<variant> генерализацияланған тонустық-клонустық құрысулармен эпилепсия
<question>69 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СҚГ. Қазіргі ЭКГ: Р тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген. Алдыңғы жайылма тыртық белгілері. Естен тануды болдырмайтын емдік шараны таңдаңыз:
<variant> тұрақты электрокардиостимулятор орнату
<variant> қажеттілігіне қарай (de mand)ЭКС орнату
<variant> антиангиналық дәрмектермен тұрақты емдеу
<variant> антигипертензиялық дәрмектермен жүйелі ем
<variant> антиаггреганттармен жүйелі ем
<question>64 жастағы әйелде соңғы 2 аптада бірнеше рет естен танулар болған. Анамнезінен: 37 жасынан аяғының терең веналарының варикозды кеңеюлері бар. 45-46 жасынан жүрек шамасыздығы тұрақталып, 2-3 дәрмектерді қабылдайды (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-ті: перифериялық ісінулер тобығына дейін. Бойы 168см; салмағы 96кг. Өкпесінде везикулалық тыныс, оң өкпесінің ортаңғы бөлігінің үстінде тыныс әлсіреген, крепитациялар естіледі. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖЖС 102 мин., сол II қ/а II тонның айқын акценті. АҚ 135/85 мм сын. бағ. Бауырының Курловпен өлшемдері 14х11х9см. ЭКГ: ырғағы синусты, 104 мин., ЖЭӨ солға ығысқан. Тісшелерінің вольтажы төмен. Қос қарынша гипертрофиясының белгілері. Жетекші синдромдарын анықтаңыз:
<variant> артық салмақ; миокардтың зақымдану белгілері (семіздіктегі КМП); өкпелік гипертензия; кардиомегалия; өкпе тінінің тығыздалу синдромы; веналардың варикозды кеңеюі; синкопе, ЖШ
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы (толық АВБ); миокардтың ишемиялық өзгерістер – тыртықтық сатысы – синдромы; АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы; qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> артериялық гипертензия синдромы, миокардтың зақымдану синдромы, артық салмақ, синкопе
<variant> артық салмақ, веналардың варикозды кеңеюі; синкопе,өкпе тінінің тығыздалу синдромы

<question>64 жастағы әйелде соңғы 2 аптада бірнеше рет естен танулар болған. Анамнезінен: 37 жасынан аяғының терең веналарының варикозды кеңеюлері бар, ем қабылдамаған. 45-46 жасынан жүрек шамасыздығы тұрақталып, 2-3 дәрмектерді қабылдайды (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-ті: перифериялық ісінулер тобығына дейін. Бойы 168см; салмағы 96кг. Өкпесінде везикулалық тыныс, оң өкпесінің ортаңғы бөлігінің үстінде тыныс әлсіреген, крепитациялар естіледі. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖЖС 102 мин., сол II қ/а II тонның айқын акценті. АҚ 135/85 мм сын. бағ. Кеуде сарайы органдарының екі проекциядағы рентгенограммасында: өкпе түбірінің оң жақта кеңеюі, ортаңғы бөлігінде периинфаркті пневмония белгілері. Диагнозын нақтаңыз:
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік. Асқ.: Өкпе артериясы орта тармақтарының тромбэмболиясы. Инфаркті пневмония. Синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік III дәр. Асқ.: Синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік III дәр. Асқ.: Дәрмектік синкопе
<variant> жүйелі атеросклероз. Аорта атеросклерозы. Аорта қақпақтарының шамасыздығы. Синкопе. Фон: Алиментарлы семіздік
<variant> ауруханадан тыс пневмония, оң өкпенің орта бөлігінің. Асқ.: инфекциялық-токсиндік шок
<question>Жүректің созылмалы шамасыздығының себебін анықтаңыз: 67 жастағы өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы бар науқаста тыныш күйдегі ентігу, диффузды цианоз, бауырының ұлғаюы, аяқ бастарында ісіну анықталды.
<variant> декомпенсацияланған өкпе текті жүрек
<variant> бронхтық астма, тыныс шамасыздығы I дәрежелі
<variant> бронхтық астма, тыныс шамасыздығы II дәрежелі
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, ишемиялық КМП
<variant> компенсацияланған өкпе текті жүрек
<question>68 жастағы аяқ веналарының варикозды кеңеюімен сырқатты, әйел адамда оң қарыншалық жедел шамасыздық клиникасы дамыды. Шағымдары: кенеттен төс артында ауырсыну, тұншығу ұстамасы, оң жақ ортаңғы өкпе алаңы проекциясында ысқырықты сырылдар пайда болды. ЭКГ: бірінші стандартты тіркемеде терең S тісшесі және үшінші стандартты тіркемеде терең Q тісшесі (S_I; Q_{III}) тіркелген. Жетекші симптомын, синдромын, болжам диагнозын таңдаңыз:
<variant> тұншығу, прекардиаль аймақтың ауырсынуы, өкпе артериясының тромбоэмболиясы,оң қарыншалық жедел шамасыздық
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокардтың инфакті, оң қарыншалық жедел шамасыздық
<variant> плевра қуысына ауа жиналу синдромы, спонтанды пневмоторакс, оң қарыншалық жедел шамасыздық
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, бронхтық астма, оң қарыншалық жедел шамасыздық
<variant> өкпенің тығыздалу синдромы, ошақты пневмония, оң қарыншалық жедел шамасыздық
<question>64 жастағы, мерез ауруынан 49 жасында емделген, ер кісіде соңғы бір жыл барысында бас ауруы, ентігу дамыды. Об-ті: оң екінші қ/а II тонның әлсіреуі мен диастолалық шу естілді; АҚ 160/40 мм сын. бағ. ЭКГ сол қарынша гипертрофиясы. ЖШ себебі болған, жүре дамыған ақауды анықтаңыз:

<variant> аорталық қапақтардың шамасыздығы
<variant> митральді қапақтардың шамасыздығы
<variant> үшжармалы қапақтардың шамасыздығы
<variant> сол аорталық тесіктің стенозы
<variant> аорта сағасының стенозы
<question>70 жастағы миокардтың жедел инфаркті бар науқас, кардиология бөлімінде ем алуда. Кенет сол қарыншалық жедел шамасыздық пен жүрек ұшында голосистолалық шудың қатар дамуы тән:
<variant> емізікше бұлшық еттің жұлынуына
<variant> қарыншааралық перденің жарылуына
<variant> аорта аневризмасында қабырғасының ажырауына
<variant> сол қарынша аневризмасында
<variant> өкпе артериясының эмболиясында
<question>71 жастағы ер кісінің шағымдары: ауа жетпеу сезімінің тұншығуға дейін ауырлауы, көбікті қақырықпен жөтел. Об-ті: ортопноэ, сырылды тыныс (клокочущее дыхание), түрлі калибрлі сырылдар. ТЖ 30 мин. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, ЖЖС 100 мин., АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЭКГ: V1-V4 QR, ST сегменті Т тісшесіне қосыла доғаланып, жоғарылаған. Диагнозын болжаңыз.
<variant> миокардтың ірі ошақты инфаркті, сол қарыншаның алдыңғы-ұшының, жедел кезеңі, сол қарыншалық жедел шамасыздық, өкпе шеменімен асынған
<variant> миокардтың жедел ірі ошақтыинфаркті, сол қарыншаның артқы-диафрагмалық қабырғасының
<variant> миокардтың жедел трансмуральинфаркті, сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының, кардиогенді шок
<variant> миокардтың жедел майда ошақты инфаркті
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question>Миокардтың инфарктіне тән өзгерістердің II, III, AVF тіркемелерінде дамуында, мына орналасу туралы тұжырымдаймыз:
<variant> миокардтың артқы (төменгі) инфаркті
<variant> миокардтың алдыңғы инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> жүрек ұшының инфаркті
<variant> артқы-базаль (нағыз артқы) инфаркті
<question>Миокардтың инфарктіне тән өзгерістердің I, AVL, V_1, V_2 тіркемелерінде дамуында, мына орналасу туралы тұжырымдаймыз:
<variant> миокардтың алдыңғы инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> жүрек ұшының инфаркті
<variant> бүйір қабырғасының инфаркті
<variant> миокардтың артқы (төменгі) инфаркті
<question>Миокардтың инфарктіне тән өзгерістердің V_3 тіркемесінде дамуында, мына орналасу туралы тұжырымдаймыз:
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> миокардтың артқы (төменгі) инфаркті
<variant> миокардтың алдыңғы инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> жүрек ұшының инфаркті

<question>Миокардтың инфарктіне тән өзгерістердің V_4 тіркемесінде дамуында, мына орналасу туралы тұжырымдаймыз:
<variant> жүрек ұшының инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> миокардтың артқы (төменгі) инфаркті
<variant> миокардтың алдыңғы инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<question>Миокардтың инфарктіне тән өзгерістердің $V_{5,6}$ тіркемесінде дамуында, мына орналасу туралы тұжырымдаймыз:
<variant> бүйір қабырғасының инфаркті
<variant> миокардтың алдыңғы инфаркті
<variant> миокардтың артқы (төменгі) инфаркті
<variant> қарыншааралық перде инфаркті
<variant> жүрек ұшының инфаркті
<question>Миокардтың ауырсынусыз ишемиясына тән дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз:
<variant> екі тәуліктік ЭКГ мониторлауда анықталады
<variant> миокардтың инфаркті жіне/немес стенокардиясы жоқ адамдарда болмайды
<variant> миокардтың ауырсынулы ишемиясына қарағанда қауіпсіздеу
<variant> тек нитраттармен емделеді
<variant> стенокардия дамығанға дейін емді қажет етпейді
<question>72 жастағы ер кісі эпигастрий аймағының ауырсынуына, әлсіздікке шағымданды. Бұған дейін ішінің жүрегінің ауыруы мазаламаған. ЭКГ: III, AVF Q тісшесі мен ST сегментінің изосызықтан доғалана жоғарылауы, биік Т тісшесіне жалғасқан, ST V_1-V_3 тіркемелерінде изосызықтан төмен. Сіздің тұжырымыңыз:
<variant> сол қарыншаның төменгі қабырғасының инфаркті
<variant> сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының инфаркті
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің жарығы, жарығының қысылуы (ущемление)
<variant> гипертрофиялық КМП
<variant> миокардтың инфарктін басынан өткерген
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Миокардтың жедел трансмурлік инфарктінің ЭКГ негізгі белгісіне жатады:
<variant> екі және одан көп тіркемелерде QS кешенінің пайда болуы
<variant> бірнеше тіркемелерде ST сегментінің жоғарылауы
<variant> бірнеше тіркемелерде ST сегментінің депрессиясы
<variant> блокаданың Гис шрғырының сол аяғында дамуы
<variant> жүрек ырғағының бұзылуы
<question>Қатесін табыңыз. Вольф-Паркинсон-Уайт синдромының ЭКГ белгілеріне жатады:
<variant> бірнеше тіркемелерде QS кешенінің пайда болуы
<variant> кешен qRS-тің ені 0,10 с көп болса
<variant> интервал Pq-дің ұзақтығы 0,11с кем болса
<variant> дельта-толқындар қарыншалық кешендердің басында тіркелсе
<variant> ST сегментінің ауытқуы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Фредерик синдромының ЭКГ белгілерін таңдаңыз:
<variant> жүрекшелердің дірілі не жыбыры+толық АВБ
<variant> қарыншалардың ырғақсыз ритмі
<variant> жүрекшелердің дірілі не жыбыры+солқарыншалық ЭС
<variant> жүрекшелердің дірілі не жыбыры+Гис шоғыры САТБ

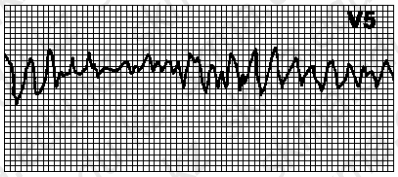
<variant> жүрекшелердің дірілі не жыбыры+оң қарыншалықЭС
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Синус түйінінің әлсіздік синдромының (СТӘС – СССУ) ЭКГ ең тән белгілеріне жатады: 1) ырғақ көзінің миграциясы 2) тахи-брадикардия – Шорт синдромы 3) Р тісшесінің болмау 4) АВБ II дәр. болуы
<variant> дұрысы – 1,2
<variant> дұрысы – 1,3
<variant> дұрысы – 1,4
<variant> дұрысы – 2,4
<variant> дұрысы – 3,4
<question>ЭКГ оқып, дұрыс тұжырымды таңдаңыз:



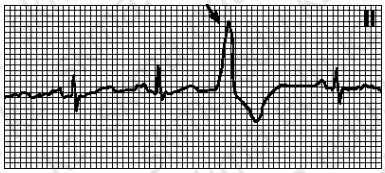
<variant> Фредерик синдромы
<variant> WPW синдромы
<variant> CLC синдромы
<variant> Велленс синдромы
<variant> синус түйінінің әлсіздік синдромы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Фредерик синдромының ЭКГ белгілеріне қатысы жоқ:
<variant> бірдей R-R интервалдары, ЖЖС 150 және одан жоғары
<variant> жоқ Р тісшелерінің орнына жыбырдың (f) немесе дірілдің (F) толқындары тіркеледі
<variant> ырғақтың көзі синустық емес (эктопиялық): түйіндік немесе қарыншалық
<variant> интервалдар – R-R бірдей (ырғағы дұрыс)
<variant> қарыншалар жиырылуы минутына 40-60 аспайды
<question>ЭКГ интерпретациясы:



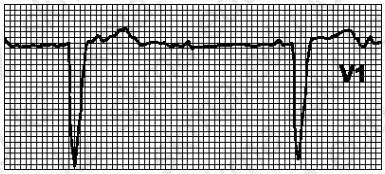
<variant> жүрекшелердің жыбыры
<variant> жылдамдаған идиовентрикулдік (қарыншалық) ырғақ
<variant> қарыншалардың жыбыры
<variant> қарыншаүстілік пароксизмдік тахикардия
<variant> синустық ырғақ
<question>ЭКГ-ны оқып, дұрыс тұжырымды (интерпретациясын) таңдаңыз:



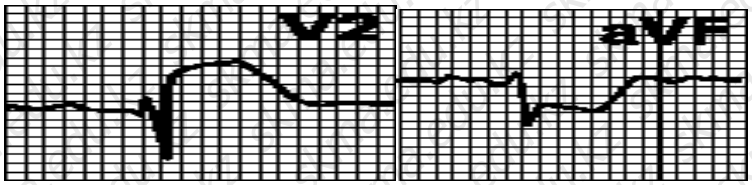
<variant> қарыншалардың жыбыры
<variant> жүрекшелердің жыбыры
<variant> жылдамдаған идиовентрикулдік (қарыншалық) ырғақ
<variant> қарыншаүстілік пароксизмдік тахикардия
<variant> қарыншалықэкстрасистолалар
<question>ЭКГ-ны оқып, дұрыс тұжырымды (интерпретациясын) таңдаңыз:



<variant> қарыншалықэкстрасистолалар
<variant> қарыншалардың жыбыры
<variant> жүрекшелердің жыбыры
<variant> жылдамдаған идиовентрикулдік (қарыншалық) ырғақ
<variant> қарыншаүстілік пароксизмдік тахикардия
<question>ЭКГ-ны оқып, дұрыс тұжырымды (интерпретациясын) таңдаңыз:



<variant> атри-вентрикулдік блок 3дәр. (толық АВБ)
<variant> атри-вентрикулдік блок 2 дәр., Мобитц II
<variant> атри-вентрикулдік блок 2 дәр., Мобитц I
<variant> синус-аурикулдік блок
<variant> атри-вентрикулдік блок 1 дәр.
<question> 65 жастағы пациентте төс артының, сол қолына тарйтын, күшті, сығып ауырсынуы 45 мин созылған, нитроглицерин нәтиже бермеген. ЭКГ: ST сегменті доғалана жоғарылап, Т тісшесіне жалғасқан; реципрок тіркемелерде ST сегментінің депрессиясы. Сіздің болжам диагнозыңыз:



<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың жіті инфаркті, аса өткір кезеңі
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың жіті инфаркті, өткір кезеңі
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың жіті инфаркті, өткірлеу кезеңі
<variant> қарыншалардың ерте реполяризациясиндромы
<variant> гипертрофиялық кардиомиопатия, стенокардиясиндромы
<question>Жүрек шамасыздығының I-II ФК және миокард инфарктін басынан өткерген, 68 жастағы науқастың жүрекшелік жыбырына (4 жыл аралығында тұрақты түрде) байланысты дәрігердің тактикасын бағалаңыз:
<variant> бета-адреноблокаторларды қоса тағайындауда жүрекшелер жыбырының нормосистолалық түріне жеткізу
<variant> стационар жағдайында (хинидин дәрілік заты немесе ЭИТ көмегімен) жүрекшелер жыбырын синусты ырғаққа ауыстыру
<variant> синусты ырғақты қалыптастыру үшін ритмилен немесе изоптин препараттарымен (немесе соларға ұқсас дәрілік заттармен) профилактикалық ем жүргізу
<variant> орынды тұрақты электрокардиостимуляцияға ауыстыру
<variant> бұндай науқастарға тұрақты терапия қажет емес

<question>Шешім қабылдаңыз: науқаста жүректің жиі соғу ұстамасы пайда болды (минутына 160 рет), дәрігер каротид синусына массаж жасап ұстаманы басты. Бұл ұстаманың себебі:
<variant> пароксизмдік қарыншаүстілік тахикардия
<variant> синусты тахикардия
<variant> пароксизмдік жүрекшелер жыбыры
<variant> пароксизмдік жүрекшелер дірілі
<variant> пароксизмдік қарыншалық тахикардия
<question>Клиникалық ситуацияны бағалап, диагнозын болжаңыз: аймақтық дәрігерге 68 жастағы науқас келесі шағымдармен келді: жүректің қатты соғуы, жүректің «тоқтап қалуы» сезімінің болуы, ентігуі, басының айналуы, әлсіздік. Анамнезінде – 2 жыл бұрын миокард инфарктын басынан өткерген. Аускультацияда: жүрек тондары әлсіз, брадикардия, пульсі 40-42 рет мин, АҚ 160/80 мм сын.бағ. ЭКГ айқын көрінетін синусты брадикардия 40 рет мин. Брадикардия атропин препаратын енгізгеннен кейін де сақталған. Ортостатикалық сынамада ырғақтың жиілеуі болмады. Науқаста қандай асқынуы пайда болды?
<variant> атриовентрикулярная блокада 3 степени
<variant> синусты аритмия
<variant> Атривентрикулдік блокаданың 1 дәрежесі
<variant> Атривентрикулдік блокаданың 2 дәрежесі
<variant> экстрасистолия
<question>Науқас жағдайын саралаңыз: 65 жастағы науқас, дәрігердің қабылдауына физикалық күш түскенде төс артының қысып (сыздап) ауырсынуына, ауырсынудың сол қолға берілуіне, ауырсынудың нитроглицерин қабылдауымен басылуына, жүректің қатты, дүрсілдеп соғуына шағымданып келді. Анамнезінде 20 жыл көлемінде артериялық гипертензиямен ауырады, максимальді 200/100 мм сын.бағ. дейін жоғарылайды. Соңғы жылдары верапамил препаратын тәулігіне 240 мг қабылдап жүрген. ЭКГ PQ интервалының 0,24 сек. Науқаста келесі асқынуы дамыды:
<variant> Атривентрикулдік блокаданың I дәрежесі
<variant> гис будасының сол аяқшасының толық блокадасы
<variant> гис будасының оң аяқшасының толық емес блокадасы
<variant> гис будасының оң аяқшасының толық блокадасы
<variant> синоатриалық блокада
<question>Науқаста Атривентрикулдік блокаданың Ш дәрежесі және естен тану ұстамалары бар. Ең тиімді емдеу жолын таңдаңыз.
<variant> хирургиялық емге жолдама беру- электрокардиостимулятор (ЭКС) имплантациясы
<variant> бірінші орындағы аритмияға қарсы препаратты тағайындау
<variant> бірлескен аритмияға қарсы препараттарды тағайындау
<variant> жүрек бұлшық етінің зат алмасу процесін жақсартатын препараттарды тағайындау
<variant> физиотерапияны тағайындау
<question>Тұрақты электрокардиостимуляция жүргізу көрсетпесін анықтаңыз:
<variant> синусты брадикардия 44-42 рет мин
<variant> морганьи-Адамс-Стокс ұстамалары
<variant> Атривентрикулдік блокаданың I дәрежесі
<variant> гис будасының сол аяқшасының толық блокадасы
<variant> гис будасының оң аяқшасының толық блокадасы
<question>Дұрыс тұжырым жасаңыз: ырғақтың сиреуі (ЖСС 40 рет немесе одан да төмен минутына), Морганьи - Эдемс – Стокс ұстамалары бар.
<variant> толық Атривентрикулдікблокада

<variant> Атривентрикулдікблокаданың I дәрежесі
<variant> гис будасының сол аяқшасының толық блокадасы
<variant> қарыншалық экстрасистолия
<variant> жүрекшеаралық блокада
<question>Миокард инфарктының жедел кезеңіндегі жиі қарыншалық экстрасистолияда қолданылатын препаратты таңдаңыз:
<variant> лидокаин
<variant> новокаинамид
<variant> кордарон
<variant> β-блокаторлар
<variant> жүрек гликозидтері
<question>73 жастағы әйел, аймақтық дәрігерге ентігуге, жүрек тұсында жайсыз сезімінің болуына, эпизодты түрде жүректің қатты соғуына шағымданып келді. АҚ 154/80 мм сын.бағ. ЖЖЖ 82 мин. ЭКГ сол қарыншаның гипертрофиясы. Тәуліктік мониторлауда ЭКГ: орта ЖЖЖ 78 рет мин, (минималді-58, максималді-147) ST сегментінде анық ишемиялық өзгерістер жоқ. Мониторлау барысында жиі кезең,і топтық қарыншаүстілік экстрасистолия тіркелді. Осыған байланысты 4 эпизодты қысқа жүрекшелер жыбырының пароксизмі анықталды. Емдеу тактикасын ұйымдастырыңыз:
<variant> 5 мг эналаприл және 25 мг гипотиазидке дилтиазем қосылды
<variant> эналаприлдің мөлшерін 10 мг көтеру + 25 мг гипотиазид
<variant> 5 мг эналаприл және 25 мг гипотиазидке 5 мг/тәу бисопролол қосылды
<variant> 5 мг эналаприл және 25 мг гипотиазидпен жүргізілген терапия өзгеріссіз
<variant> 5 мг эналаприл және 25 мг гипотиазидке седативті дәрмек (назепам) қосылды
<question>70 жастағы науқас кеуде қуысындағы түсініксіз дискомфортқа, ауа жетіспеу сезіміне, төменгі иегіндегі ауыру сезіміне, жүрегінің шалыс соғуына шағымданады. Анамнезінен: 60 жасында сол жауырынға, сол иыққа берілетін жүрек тұсында қысып ауыру сезімі алғаш рет пайда болғаны анықталды. Аурудың алғашында кеуде артында ауыру сезімі сирек (жылына 1-2 рет) болатын, соңғы екі жылда өте жиіледі. Медициналық көмек алмады. Объективті: Жүрек шекаралары солға 2 см үлкейген, қантамыр шоғырының ені 9 см, жүрек тондары тұйықталған, ЖСС 90 рет минутына, 20-25 соққыдан кейін экстрасистолалармен үзіледі. АҚҚ 150/90 мм.с.б., дене қызуы 37,2С. ЖҚА-де: шамалы лейкоцитоз аздап солға ығысқан. ЭКГ-да: I, AVL,V4,5,6 әкетулерде ST сегментінің изолиниядан жоғарылауы, AVL, V4,5,6 сегменттерінде T тісшесі теріс. Сіздің диагнозыңыз?
<variant> Жедел коронарлы синдром
<variant> ЖИА. Тұрақты стенокардия
<variant> ЖИА. Ірі ошақты миокард инфаркты
<variant> ЖИА. Үдемелі стенокардия
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question>70 жастағы науқаста оң қарыншалық тип бойынша тотальды жүрек жетіспеушілігінің IIБ (Мясников жіктемесімен) сатысы (аяқтарында ісінулер, бауыры үлкейген, өкпесінде іркілу). Жүрек шекаралары көлденең үлкейген. Жүрек ұшында I тон сақталған, жүрек ұшында үштік ритм, өкпе артериясында II тонның акценті және жарылуы, жүрек ұшында систолалық шу. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> Жүректің ревматизмдік ақауы
<variant> ЖИА
<variant> өкпелік жүрек
<variant> миокардиодистрофия

<variant> кардиомиопатия
<question>70 жастағы науқаста оң қарыншалық тип бойынша тотальды жүрек жетіспеушілігінің IIБ (Мясников жіктемесімен) сатысы (аяқтарында ісінулер, бауыры үлкейген, өкпесінде іркілу). Жүрек шекаралары көлденең үлкейген. Жүрек ұшында I тон сақталған, жүрек ұшында үштік ритм, өкпе артериясында II тонның акценті және жарылуы, жүрек ұшында систолалық шу.Диагнозды дәлелдейтін қосымша зерттеу –
<variant> ЭхоКГ
<variant> рентгенография
<variant> ЭКГ
<variant> аортография
<variant> коронарография
<question>72 жастағы ер адам жүрек соғу сезіміне, жүрек тұсындағы дискомфортқа, әлсіздікке, қорқу сезіміне шағымданып келді. Объективті: пульсі 180 рет минутына, АҚҚ 100/70 ммсын.бағ. Жүрек тондары өзгермеген. Каротидті синусты басқанда жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына жетті.Сіздің диагнозыңыз.
<variant> қарыншаүстілік пароксизмдік тахикардия
<variant> жүрекшенің тыпыры
<variant> синусты аритмия
<variant> жүрекшенің жыбыры
<variant> қарыншалық пароксизмдік тахикардия
<question>72 жастағы ер адам жүрек соғу сезіміне, жүрек тұсындағы дискомфортқа, әлсіздікке, қорқу сезіміне шағымданып келді. Объективті: пульсі 180 рет минутына, АҚҚ 100/70 мм сын. бағ. Жүрек тондары өзгермеген. Каротидті синусты басқанда жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына жетті. Вагустық сынамаларға жатпайды:
<variant> Геймлих сынамасы
<variant> Каротидті синусты басу сынамасы
<variant> Құсуды шақыру сынамасы
<variant> Вальсальв сынамасы
<variant> Көз алмасын басу сынамасы
<question>72 жастағы ер адам жүрек соғу сезіміне, жүрек тұсындағы дискомфортқа, әлсіздікке, қорқу сезіміне шағымданып келді. Объективті: пульсі 180 рет минутына, АҚҚ 100/70 мм сын. бағ. Жүрек тондары өзгермеген. Каротидті синусты басқанда жүрек соғу жиілігі 90 рет минутына жетті. Қолданатын медикаменттерге жатады:
<variant> АТФ
<variant> дигиталис
<variant> аминофиллин
<variant> эфедрин
<variant> атропин
<question>72 жастағы ер адам жүрек соғу сезіміне, жүрек тұсындағы дискомфортқа, әлсіздікке, қорқу сезіміне шағымданып келді. ӨСОА сырқат, серетид қабылдайды. Объективті: пульсі 180 минутына, АҚҚ 100/70 мм сын. бағ. Жүрек тондары өзгермеген. Каротидті синусты басу жүрек соғу жиілігін өзгертпеді. Пароксизм ұстамасы кезінде қолдануға ұсынылған дәрмектерді таңдаңыз:
<variant> верапамил немесе кордарон
<variant> пропранолол, атенолол, верапамил
<variant> лидокаин, соталол, аймалин
<variant> верапамил, дильтиазем, метопролол

<variant> дигоксин, верапамил, надолол
<question>63 жастағы науқастың анамнезінен: жағдайының нашарлауы бір жыл бойы - жалпы әлсіздік, ентігу, жүрек тұсында сыздап, тұйық ауыру сезімі біртіндеп басталған. Бір ай бұрын күш түскенде басының айналуы, 3 рет синкопе болған. Объективті көріністе көңіл аударатын жағдай: бозғылт, мойын веналары ісінген, горизонталь жағдайда бетінің түсінің өзгеруі, кардиомегалия, жүрек тондары әлсіз, жиі жұмсақ пульс, гепатомегалия. Төменвольтажды ЭКГ. Өкпесінде везикулалық тыныс. Болжам диагнозыңыз.
<variant> экссудатты перикардит жүрек тампонадасымен қауіпті
<variant> ЖИА. Күш түсу стенокардиясы. ФК III
<variant> миокард инфаркті
<variant> экссудатты плеврит
<variant> бас миының ісігі
<question>65 жастағы ер адам көп жыл бойы АГ, стенокардиямен, созылмалы обструкциялық бронхитпен ауырады, кенеттен екі иыққа, жауырынға берілетін төс сүйегінің жоғарғы бөлігінде басып ауыру сезімі, қысқа уақытқа есінен тану (секундқа), кеудесінде қысу сезімі пайда болды. Зерттегенде - ритмі дұрыс, тондары сақталған. АҚҚ 120/70 мм сын .бағ., өкпесінде құрғақ шашыраңқы сырылдар. Нитроглицеринді қабылдау жеңілдік әкелмеді. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> аневризма аневризманың диссекциясы
<variant> бронх демікпесі
<variant> миокард инфаркты, өкпе ісігімен асқынған
<variant> миокард инфаркты, кардиогенді шокпен асқынған
<variant> өкпе артерияларының тромбоэмболиясы
<question>81 жастағы науқас жыбыр тахиаритмиясының фонында қанайналымның айқын декомпенсациясымен (ЖШ ФК III NYHA) қаралды. Қай дәрмекті қолданасыз?
<variant> дигоксин
<variant> анаприлин
<variant> верапамил
<variant> новокаинамид
<variant> этмозин
<question>76 жастағы науқасты стенокардия ұстамасының фонында жыбыр аритмияның пароксизмі мазалайды. Бірнеше жыл бұрын миокард инфарктімен ауырған. Жоспарлы ем таңдаңыз.
<variant> БАБ ұзақ әсерлі, нитраттар ұзақ әсерлі
<variant> дигоксин, нитраттар ұзақ әсерлі
<variant> новокаинамид, нитраттар ұзақ әсерлі
<variant> электрокардиостимуляция
<variant> БАБ қысқа әсерлі, нитраттар ұзақ әсерлі