БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР

2-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> 61 жастағы ер адам 3 апта бойы шаршау, диарея және іштегі ауырсыну туралы шағымданды. Ауырсыну тамақтан кейін күшейеді. Өткен аптаның ішінде күніне 4 рет сулы дәрет болған. Сондай-ақ, 6 күннен аузы мен қызыл иегіндегі ауру сезімі мазалайды. Левотироксин, метопролол, варфарин қабылдайды. 40 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегеді. Дене т 37, 9 ОС, PS 81/мин, АҚ 120/75 мм.с.б. Іштің оң жақ төменгі квадрантында пальпация кезінде жеңіл ауырсыну байқалады. ЖҚА: НВ 115 г/л, лейкоциттер - 11.8 х 109 \ л, тромбоциттер - 360. Колоноскопияда-казеозды емес гранулемалар және крипттің нейтрофильді қабынуы.
Қандай диагноз ең ықтимал?
<variant> Крон ауруы
<variant> Дивертикулит
<variant> Ишемиялық колит
<variant> Бехчет ауруы
<variant> Уипл ауруы
<question> Ер адам 64 жаста. Жылдар бойы төс артындағы дискомфортқа және ауру сезіміне, қыжылға шағымданады. ФГДС жасағанда эпителидің метаплазия ошақтары анықталды (фото). Дамуы мүмкін асқынуды ерте анықтау үшін науқасқа қорытынды бақылауды қандай жиілікте жасау керек?



<variant> үш айда 1 рет
<variant> екі жылда 1 рет
<variant> айына 1 рет
<variant> жылына 1 рет
<variant> үж жылда 1 рет
<question> Әйел 80 жаста. Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг арықтаған,етке жиеркеніштік пайда болған. Анамнезінде - сазылмалы гастрит. Объективті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 сатысы анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ . Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеу жүргізу қажет?
<variant> ФЭГДС
<variant> Кеуде қуысы мүшелерінің Р-графиясы
<variant> Уреазды тыныстық тест
<variant> Сүйек кемігінің трепанобиопсиясы
<variant> CEA и CA19-9
<question> Науқаста бейспецификалық жаралы колит. 10 жылдан бері ауырады. Месалазинмен қолдаушы ем алады. Емдәм бойынша ұсыныстарды ұстанады, пробиотиктер қабылдайды, темекі шекпейді. Соңғы 2 жылда салыстырмалы ремиссия. Науқаста осы аурудың асқынуын ерте анықтау мақсатында қандай жоспарлы зерттеуді жүргізу керек?
<variant> көздеулі биопсиямен колоноскопия
<variant> ирригоскопия
<variant> құрсақ қуысының МРТ
<variant> Альфа-фетопротеин
<variant> ФЭГДС

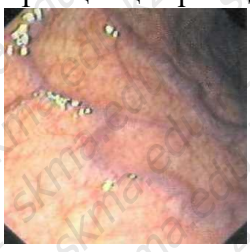
<question> 62 жастағы ер адам 3 ай ішінде 3.6 кг салмақ жоғалту, шаршау жөнінде жүгінді. Оның әкесі тоқ ішек обырынан қайтыс болған. 35 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегіп, сыра ішкен. Өткен жылы-героин қолданған. Бойы 175 см, салмағы 71 кг, ДМИ=22.9 кг/м2. Склерасы сары, алақанның екі жақты қызаруы, кеуде мен арқадағы бірнеше телеангиоэктазия. Бауыры тығыз, түйін консистенциясы. ЖҚА: Hb 116 г / л, лейкоциттер - 9, 6х109\л, тромбоциттер - 223. Науқасты одан әрі бағалауда қандай нәтиже күтеміз?
<variant> α-фетопротеин жоғарылауы
<variant> Қанда оң культуралар
<variant> Колоноскопияда экзофитті ісік
<variant> Карциноэмбрионалды антигеннің жоғарылауы
<variant> Рентгенограммада өкпенің зақымдануы
<question> Әйел 80 жаста.Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг кеміген, етке жиіркеніштік пайда болған. Анамнезінде созылмалы гастрит. Объективті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 дәрежесі анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ. Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеу:
<variant> ФЭГДС
<variant> Кеуде қуысы мүшелерінің Р-графиясы
<variant> Уреазалық тыныстық тест
<variant> Сүйек кемігінің трепанобиопсиясы
<variant> CEA и CA19-9
<question> 74 жастағы әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Об-ті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі. Анализдерінен: эр. 2,0 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л (тікелей емес фракциясы 33 ммоль/л).
Диагнозын болжаңыз:
<variant> витамин B_{12}-дефицитті анемия
<variant> темірдефицитті анемия
<variant> гипоплазиялық анемия
<variant> гемолиздік анемия
<variant> вирусты гепатит
<question> 74 жастағы әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Объективтті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі. Жалпы қан анализі: эр. 2,0 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Қосымша тексерулерде болатын өзгерістердің барлығын таңдаңыз:
a) эндоскопияда – атрофиялық гастрит
b) миелограммада– мегалобласты қан түзілу
c) миелограммада–сүйек миының кеуіп қалуы
d) перифериялық қанда полисегментті нейтрофильдер
e) қан сары суында трансаминазалардың жоғарылауы
<variant> a, b, d
<variant> a, d, e
<variant> b,c
<variant> b,e, d
<variant> b, e

<question> 74 жастағы науқас әйел кісі әлсіздікке, ентігуге, эпигастрий аймағының жағымсыз сезімі мен тамақтан соң ауырлауына, сасық иісті кекіруге шағымданды. Объективті: шамалы спленомегалия, тактиль сезімталдығының қол-аяқтарында төмендеуі.Жалпы қан анализі: эр. 2,0 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Емге дәрмек таңдаңыз:
a) тардиферон
b) цианкобаламин
c) эритроцитарная масса
d) креон, панкрим
e) преднизолон
<variant> b, d
<variant> a, b
<variant> b, c
<variant> a, d
<variant> d, e
<question> Болжам диагнозын нақтаңыз: 65 жастағы ер кісі соңғы жыл барысында төс артының ауыруына, қатты тағамдарды жұтудың қиындауына (су ішіп басады) шағымданды, олардан басқа, кейде аузына тәуліктей бұрын жеген тағам қалдығы «қайтады». Дене салмағы қалыпты. Туыстары науқас аузынан жағымсыз иіс шығатынын айтты.
<variant> өңеш дивертикулі
<variant> пилоростеноз
<variant> гастер-эзофаголық рефлюкс ауруы
<variant> өңештің идиопатиялық ахалазиясы
<variant> асқазан, 12 елі ішектің жара ауруы
<question> Клиникалық жағдайды шешіңіз: келесі нозологиялық бірліктің клиникасы стенокардияның клиникасына көбірек ұсайды:
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің жарығы
<variant> өңеш аурулары
<variant> асқазан кардийінің жарасы
<variant> созылмалы колит
<variant> жедел панкреатит
<question> 63 жастағы науқасты ішінің кенет дамыған өткір ауырсынуы, артынша қосылған жиі құсу мазалайды. Үлкен дәретке отырмаған, желі шықпайды.Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, мазасыз, дене қалыбын жиі алмастыруда. Дене қызуы қалыпты, пульсі 112 мин. Тілі ылғалды, іші кебіңкі (негізінен жоғарғы бөлігінде), пальпацияда жұмсақ, іш пердесінің тітіркенуі жоқ. Перистальтикалық шулары әлсіз. Жоғары тимпанит анықталды. Ректум арқылы тексергенде – патологиялық өзгерістер анықталмады. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз:
<variant> ішектің өткір өтімсіздігі
<variant> жедел аппендицит
<variant> тағамдық токсикоинфекция
<variant> тынжы-тас ауруы
<variant> өттас ауруы
<question> 63 жастағы науқасты ішінің кенет дамыған өткір ауырсынуы, артынша қосылған жиі құсу мазалайды. Үлкен дәретке отырмаған, желі шықпайды.Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, мазасыз, дене қалыбын жиі алмастыруда. Дене қызуы қалыпты, пульсі 112 мин. Тілі ылғалды, іші кебіңкі (негізінен жоғарғы бөлігінде), пальпацияда жұмсақ, іш пердесінің

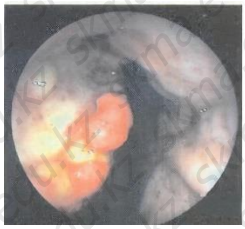
тітіркенуі жоқ. Перистальтикалық шулары әлсіз. Жоғары тимпанит анықталды. Ректум арқылы тексергенде – патологиялық өзгерістер анықталмады. Дұрыс тактиканы таңдаңыз:
<variant> хирургты кеңеске шұғыл шақырып, абдоминальді хирургиялық бөлімге жедел жәрдеммен госпитализацияциялау
<variant> хирургты кеңеске шұғыл шақырып, торакальді хирургиялық бөлімге жедел жәрдеммен госпитализацияциялау
<variant> инфекционист кеңесі, жұқпалы аурулар бөліміне шұғыл госпитализациялау
<variant> урологты кеңеске шұғыл шақырып, урологиялық бөлімге жедел жәрдеммен госпитализацияциялау
<variant> гастроэнтеролог кеңесі, амбулаториялық ем
<question> Жетекші синдромдары мен кеңеске маман тағдаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту. Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ТК 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.
<variant> асқазандық диспепсия; эпигастрий аймағының ауырсынуы, лимфаденопатия; анемия, салмақ жоғалту; онколог
<variant> өт жолдарының гиперкинездік дискинезиясы; эпигастрий аймағының ауырсынуы, оң қабырға астының ауырсынуы; гастроэнтеролог
<variant> лимфоаденопатия, кахексия, эпигастрий аймағының ауырсынуы, анемиялық; онколог
<variant> холестаз (механикалық сарғаю), эпигастрий аймағының ауырсынуы, оң қабырға астының ауырсынуы; хирург
<variant> миелопролиферациялық; гепатоспленомегалия; анемиялық; оң және сол қабырға астының ауырсынуы; салмақ жоғалту; онкогематолог
<question> Болжам диагнозын анықтаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту.Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ТК 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.
<variant> асқазан рагі, IV сатысы (Вирхов безіне метастаз). Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі; онколог
<variant> созылмалы калькулезді холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі; хирург
<variant> созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі; терапевт
<variant> созылмалы миелолейкоз. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі; гематолог
<variant> созылмалы анацидті гастрит. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі; гастроэнтеролог
<question> Жетекші синдромдарын, кеңеске маман таңдаңыз. 63 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: терісінің қышуы, сарғаюы, арқасына тарайтын, түнде күшейетін, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, жүрек айнуы, тәбетінің төмендеуі, дене қызуының 38^{0}C дейін көтерілуі. Об-ті: дене салмағы кем, тері жамылғылары мен склерасы сары. ЖЖС 52 мин., АҚ 105/60 мм сын. бағ. Эпигастрий аймағында шамалы ауырсыну бар. Бауыры қабырға

доғасынан 3 см шығыңқы, жұмсақ эластик консистенциялы, шеті доғал, беті тегіс. Ұлғайған өт қапшығы пальпацияланады, ауырсынуы жоқ (оң Курвуазье симптомы). ҚЖА: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. $10,5x10^{9}$/л, ЭТЖ 38 мм/сағ. НЖА: түсі қара-қоңыр, билирубинге реакциясы оң.
<variant> холестаз (механикалық сарғаю), эпигастрий аймағының, оң қабырға астының ауырсынуы, гепатомегалия, анемиялық, қабынулық; хирург-онколог
<variant> холестаз (механикалық сарғаю), оң қабырға астының ауырсынуы, өттік шаншулар, гепатомегалия; терапевт
<variant> сарғаю, оң қабырға астының ауырсынуы, цитолиз, гепатомегалия, қабынулық; гепатолог
<variant> миелопролиферациялық (гиперплазиялық), гепатоспленомегалия, анемия; гематолог
<variant> эпигастрий аймағының ауырсынуы, асқазан кілегейінің морфологиялық өзгерісі, гепатомегалия, анемиялық; гастроэнтеролог
<question> Болжам диагнозын таңдаңыз. 63 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: терісінің қышуы, сарғаюы, арқасына тарайтын, түнде күшейетін, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, жүрек айнуы, тәбетінің төмендеуі, дене қызуының 38^{0}С дейін көтерілуі. Об-ті: дене салмағы кем, тері жамылғылары мен склерасы сары. ЖЖС 52 минутына, АҚ 105/60 мм сын. бағ. Эпигастрий аймағында шамалы ауырсыну бар. Бауыры + 3 см шығыңқы, жұмсақ эластик консистенциялы, шеті доғал, беті тегіс. Ұлғайған өт қапшығы пальпацияланады, ауырсынуы жоқ (оң Курвуазье симптомы). ҚЖА: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. $10,5x10^{9}$/л, ЭТЖ 38 мм/сағ. НЖА: түсі қара-қоңыр, билирубинге реакциясы оң.
<variant> ұйқы безі басының ісігі
<variant> өт-тас ауруы
<variant> жедел (жіті) гепатит
<variant> жіті миелолейкоз
<variant> жіті гастрит
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Белгілердің біреуі жуан ішек рагіне тән:
<variant> нәжіс жуандығының өзгерісі (мысалы лента тәріздес)
<variant> қатпалар мен іш өтудің кезектесуі
<variant> ішінің түнде ауыруы
<variant> ішіндегі өткір ауыру
<variant> түнгі диарея
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Созылмалы панкреатиттік диареядағы нәжістің сипаты:
<variant> майлы, сасық
<variant> қара май тәрізді
<variant> қанды, иіссіз
<variant> ағарған, пішіні дұрыс
<variant> күріш қайнатпасындай
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Созылмалы панкреатитте сыртқы секрециялық шамасыздыққа байланысты дамитын диареядағы нәжістің сипаты:
<variant> майлы, сасық
<variant> қара май тәрізді
<variant> қанды, иіссіз
<variant> ағарған, пішіні дұрыс
<variant> күріш қайнатпасындай

<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 66 жастағы әйел, терісінің қышуына, сарғаюға, оң қабырға астының ауыруына, жауырын аралықтары терісінің қараюына шағымданып келді. Пигменттік дақтар 7 жыл бұрын көріне бастаған. Соңғы 3-4 жылда терісі қышиды, дерматологтардаға ем нәтиже бермеген. Анализдерінен: гипербилирубинемия, тікелей фракция есебінен, СФ, ГГТП көрсеткіштері жоғары.
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> созылмалы гепатит вирусты этиологиялы
<variant> ауруы, Вильсон-Коноваловтың
<variant> өттас ауруы
<variant> антитрипсиндік шамасыздық
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Қалтқы стенозының нақты клиникалық белгісі саналады:
<variant> бұрынырақ жеген тағаммен құму
<variant> өтпен құсу
<variant> ішінің құрылы
<variant> ішінің кебуі
<variant> диарея
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Дерттердің біреуі табиғи, ұзақ ағымында жуан ішектің рагімен жиі асқынады:
<variant> псевдомембранозды колит
<variant> ауруы, Кронның
<variant> бейспецификалық жаралы колит
<variant> ишемиялық колит
<variant> созылмалы дизентерия
<question> 65 жастағы әйелді ішінің төменгі жағының толғақ тәріздес ұстамалы ауырсынуы мазалайды, ауырсынуы сегізкөзіне тарайды, іші кебеді, газдың бөлінбеуі, соңғы 4 тәулікте үлкен дәреттің болмауы көңілін алаңдатады. Науқас соңғы көптеген жылдар барысында іш қатуынан зардап шегеді.Об-ті: іші кебіңкі, пальпацияда шамалы ауырады. Перкуссияда жоғары тимпанит, “судың шолпыл” симптомы естілді. Тік ішек арқылы тексергенде: тік ішектің ампуласы бос, сфинктер босаңсыған. Сифонды клизма қоюға талпыныс жасағанда – сұйықтық көлемі 350 мл жеткенде, кері құйылды. Болжам диагнозы.
<variant> сигма ішегінің обтурациялаушы ісігі, ішек өтімсіздігі
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<variant> медикаменттік обстирпация
<question> 65 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның кілегейі қуқыл, сұр реңкілі. Қатпарлары жұқарған, өлшемдері кеміген, бір жерлерде байқалмайды да. Кілегей асты қабаты жақсы көрінеді. Асқазан қуысында бұлыңғыр сұйықтық бар. Эндоскоптың тубусы тиген жерлер тез қанағыш. Сіздің тұжырымыңыз:



<variant> диффузды (мультифокаль) атрофиялық гастрит
<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалы рефлюкс-гастрит
<variant> жедел гастрит, асқазанның жітіэрозиялары
<variant> асқазанның стрестік жарасы
<variant> асқазанның рагі
<question> 70 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның кілегейі жұқа, қуқыл- сұр реңкілі, кілегейасты тамырлары жақсы көрінеді, қатпарлары жойылған. Асқазанның түбінде кілегейінің бұрыс пішінді, шектері иректелген, анық емес, өлшемдері 6х7 см дефект анықталды, шеттерінде қабынулық жұмалақ жоқ. Ойықтың түбі бұдыр, кір-сұрғылт жабындысы бар, шеттері ригидті. Асқазан қабырғасының деформациясы анық, қатпарлары жойылған, перистиальтикасы баяу. Сіздің тұжырымыңыз бен тактикаңыз:



<variant> асқазанның рагі, онколог кеңесі
<variant> диффузды (мультифокаль) атрофиялық гастрит, орынбасушы ем
<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалы рефлюкс-гастрит, ЖДП дәрігерінде емдеу
<variant> асқазанның стрестік жарасы, гастроэнтерологта емдеу
<variant> асқазанның полипі, емге мұқтаж емес
<question> Диагнозын болжаңыз: созылмалы панкреатитпен ауыратын 63 жастағы науқас, ұзақ уақыт бойы алкогольдік ішімдіктер қабылдаған, аймақтық дәрігерге терісі және склерасының сарғаюына, несеп түсінің қараюына және нәжісінің ағаруына шағымданып келді. Терісінде – ксантелазмалар, ксантомалар, теріні қасыған іздері байқалған. Курлов бойынша бауыр өлшемдері 12х10х9 см, талағы - 8х6 см. Жалпы билирубин - 65 ммоль/л, тікелей – 43 ммоль/л, АЛТ- 0,76 ммоль/л, АСТ-0,45 ммоль/л. Қандағы диастаза - 59 бр. Сарғаюдың мүмкін болатын себебін анықтаңыз:
<variant> ұйқы безінің перидуктальді фиброзынан болған холестаз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> өт тас ауруы
<variant> тамырішілік гемолиз
<variant> гемолиз
<question> Шешім қабылдаңыз: қалалық онкологиялық диспансерге 65 жастағы әйел, 2 ай бұрын сүт безі рагіне байланысты операциядан кейін қаралуға келді. Емделіп шыққаннан соң жағдайы қанағаттанарлық болған. Бірақ соңғы бір апта көлемінде қатты әлсіздік, жүрек айнуы, тәбетінің толық жоғалуы, ірі буындарының ауырсынулары, несебінің қараюы белгілері пайда болды. Қарағанда: терісінің және склерасының сарғаюы байқалады. Теріде тырнақ іздері жоқ. Бауыры қабырға доғасынан 2 см шығыңқы, шеті тегіс, ауырсынбайды. Диагнозды нақтылау үшін қажетті тексерулер –
<variant> anti HBcor Ig M, anti HBcor Ig G, HBs Ag
<variant> anti HBcor Ig M, anti HAV Ig M
<variant> anti HAV Ig M, HBs Ag
<variant> anti HBcor Ig G, anti HCV Ig M
<variant> anti HEV Ig M

<question> Диагнозын болжаңыз: 64 жастағы науқас әйел, оң жақ қабырға астының ауырсынуына, жүрек айнуына және таңертенгілік ауызға ащы дәмнің келуіне, терінің әлсіз қышуына шағымданды. Анамнезінде: тасты холецистетке байланысты холецистэктомия. Оң жақ қабырға астының ауырсынуы бірнеше сағаттан екі тәулікке дейін созылады және айына бірнеше рет қайталанады. Соңғы кездері науқаста оң жақ қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуы пайда болды. Қарағанда: толық, тері жамылғысының және склерасының сарғаюы. Дене қызуы $37,5^0$ С. Жүрек тондары тұйықталған, PS-82, АҚ 135/80 мм сын.бағ. Бауыры қабырға доғасынан 4 см шығыңқы, пальпацияда ауырсынады.
<variant> холангит
<variant> хронический гепатит
<variant> хронический рецидивирующий панкреатит
<variant> постхолецистэктомический синдром
<variant> рак головки поджелудочной железы
<question> Бірінші кезекте диагноздық тәсілді таңдаңыз: 64 жастағы науқас, оң жақ қабырға астының ауырсынуына, жүрек айнуына және таңертенгілік ауызға ащы дәмнің келуіне, әлсіз терінің қышуына шағымданды. Анамнезінде: тасты холецистетке байланысты холецистэктомия. Оң жақ қабырға астының ауырсынуы бірнеше сағаттан екі тәулікке дейін созылады және айына бірнеше рет қайталанады. Соңғы кездері науқаста оң жақ қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуы пайда болды. Қарағанда: толық, тері жамылғысының және склерасының сарғаюы. Дене қызуы $37,5^0$ С. Жүрек тондары тұйықталған, PS-82, АҚ 135/80 мм сын.бағ. Бауыры қабырға доғасынан 4 см шығыңқы, пальпацияда ауырсынады.
<variant> өт жолдары және бауырдың УДЗ
<variant> бауыр арқылы холангиография
<variant> эндоскопиялық гастродуоденоскопия
<variant> эндоскопиялық ретроградты холатопанкреатография
<variant> бауырдың функциональді сынамаларын зерттеу
<question> Гиперспленизм синдромында айқын сезімтал тесті табыңыз:
<variant> қандағы гранулоциттердің және тромбоциттердің санын анықтау
<variant> қан сары суындағы билирубинді анықтау
<variant> радиофармпрепаратымен динамикалық сцинтиграфиялау
<variant> қан сары суындағы АСТ анықтау
<variant> қан сары суындағы сілтілі фосфатазаны анықтау
<question> Гаммаглутамилтранспептидазаның жоғарғы деңгейі ... тән:
<variant> жедел алкогольді гепатитке
<variant> созылмалы гепатиттің В және С түріне
<variant> гемохроматозға
<variant> қантты диабетке
<variant> созылмалы панкреатитке
<question> Клиникалық ситуацияны бағалаңыз, болжам диагнозды таңдаңыз: 67 жастағы науқас оң жақ қабырға астындағы, эпигастрий аймағындағы ауырсынуларға, қайта-қайта құсуларға шағымданып дәрігердің қабылдауына келді. Науқас 3 күн бойы ішімдік пайдаланған. Жалпы жағдайы ауыр, терісі бозғылт, құрғақ, дене қызуы $38,6^0$С. Тамыр соғысы минутына 110, АҚ 80/40 мм сын. бағ. Тынысы везикулалы, төменгі бөліктерінде екі жағынан біршама босаңсыған. Тілі жабындымен қапталған, құрғақ. Іші ісіңкі, жұмсақ, эпигастрии аймағында ауырсыну бар. Кер, Керте, Воскресенский симптомдары оң мәнді.
<variant> жедел панкреатит
<variant> жедел холецистит

<variant> жедел гастрит
<variant> асқазан және 12 елі ішектің ойық жара ауруы
<variant> бауыр циррозы
<question> Диагнозын болжаңыз: 68 жастағы науқас, терінің сарғаюына, қатты жүдеуіне, эпигастрии аймағының ауырсынуына, жүрек айнуы және құсуына шағымданды. Анализде: анемияның ауыр түрі анықталды, ЭТЖ-60мм/сағ. Байланысқан фракцияға байланысты гипербилирубинемия.
<variant> ұйқы безі басының рагі
<variant> гепатоцелюлярлы карцинома
<variant> холестазбен бірлескен созылмалы гепатит
<variant> псевдотуморозды панкреатит
<variant> өт жолдарының дискинезиясы
<question> 78 жастағы науқаста әлсіздік, басының айналуы және нәжісте қан аралас, 2 ай бойы ауырады. Жуан ішектің өрлеуші бөлігінің қатерлі ісігіне күдік туды. Қажетті зерттеуді таңдаңыз.
<variant> ішектің ирригоскопиясы
<variant> іш құрсағын физикалық зерттеу (пальпация, перкуссия, т.б.)
<variant> тік ішекті саусақпен зерттеу
<variant> ректороманоскопия
<variant> фиброколоноскопия
<question> 68 жастағы ер кісі аузынан айқын шіріген иіс шығатынына байланысты қаралды.. Осы симптом кездесетін ауру –
<variant> өңеш дивертикулы
<variant> эзофагит
<variant> өңеш рагы
<variant> созылмалы гастрит
<variant> ойық жара ауруы
<question> 70 жастағы ер кісі жүрек айнуына, терісінің қышынуына, тәбетінің күрт төмендеуіне, оң қабырға астында ауыру сезіміне шағымданып келді. 7 жылдан бері ауырады. Жағдайының нашарлауын майлы тамақпен және алкоголь қабылдаумен байланыстырды. Объективті: тері жабындысы және көзге көрінетін шырышты қабаттары сарғыштанған. Іші жұмсақ, пальпацияда оң қабырғада ауыру сезімі, бауыры 3 см үлкейген, қыры үшкірлеу, беті бұдыр, көкбауыр үлкейген.Сіздің болжам диагнозыңыз.
<variant> бауыр циррозы
<variant> жедел гепатит
<variant> холецистит
<variant> созылмалы гепатит
<variant> панкреатит
<question> Өкпеде интенсивті емес қараю, жөтел жоқ, сілекей ағу, тәбеттің төмендеуі, кіндік айналасында ауыру сезімі, аздаған лейкоцитоз гиперэозинофилиямен (25%-ға дейін), нәжісте құрттың анықталуы күдіктендіретін жағдай:
<variant> өкпелік эозинофильді инфильтрат
<variant> өкпе туберкулезі
<variant> эхинококкоз
<variant> саркоидоз
<variant> өкпе рагі
<question> Ишемиялық колиттің жиі анықталатын жері:

<variant> көк бауыр иілімі
<variant> соқыр ішек
<variant> тік ішек
<variant> сигма тәрізді ішек
<variant> бауыр иілімі
<question> Гастроэзофагтік рефлюкстік ауруының ағымын нашарлататын немесе шақыратын факторларға жатпайтыны:
<variant> хлорпропамидтер
<variant> дилтиазем
<variant> изосорбид динитрат
<variant> атропин туындылары
<variant> теофиллин
<question> 65 жастағы әйел ішінің ұлғаюына, дел-салдық пен әлсіздікке шағымданып келді. УДЗ іш қуысында 1,5 л бос сұйықтық анықталды. Бауыр мен талақтың өлшемдері қалыпты, v.portae диаметрі - 1,0. СА-125 онкомаркерлері күрт жоғары, альфа-фетопротеині 3 есе жоғары. Диагозын болжаңыз:
<variant> аналық бездерінің рагі
<variant> гепатоцеллюлярлы карцинома
<variant> ұйқы безінің рагі
<variant> эндометриоидтық киста
<variant> эндометриоз
<question> 75 жастағы ер адам симфиз үстіндегі қатты және кернеуші ауру сезіміне, әлсіздікке, тәулік бойы сирек зәр шығаруына шағымданады. Анамнезінде: 1 сатылы артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, қуық безінің қатерсіз гиперплазиясымен диспансерлік есепте тұрады. Үнемі емделеді. Объективті: тері жамылғысы бозғылт, ылғалды. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, пульс минутына 100 соққы, артериялық қысым 160/90 мм рт. Перкуторлы қуық үстінен 10 см-ге жоғарыанықталады.
Қандай іс-шара болып табылады бірінші кезектегі қажет.
<variant> Катетер арқылы зәрді шығару
<variant> Дротаверин салу
<variant> Альфа-адреноблокаторларды тағайындау
<variant> Эналаприлат са-лу
<variant> Шұғыл госпитализация
<question> Дұрыс қорытынды жасаңыз. АГ дертінде бүйректердің зақымдалуы .... әкеледі:
<variant> біріншілік-бүріскен бүйрекке
<variant> екіншілік-бүріскен бүйрекке
<variant> поликистозға
<variant> гидронефрозға
<variant> амилоидозға
<question> Науқастың АҚ нәтижелі бақылайтын дәрмек тобын таңдаңыз: 67 жастағы ер кісіні жүрек аймағының шаншып ауыруы, басының ауыруы, әлсіздік, кейде құрысулар, шөлдеу, диурезінің күшеюі мазалайды. Анамнезінен: АҚ соңғы 5 жылда 230/130 мм сын. бағ. дейін жоғарылаған. Об-ті: АҚ 190/100 мм сын. бағ., ЖЖС 70 мин. Қандағы калий деңгейі 2,2 ммоль/л. Зимницкий сынамасында несептің тығыздығы 1006-1015.
<variant> ангиотензин АФ ингибиторлары немесе сартандар
<variant> селективті β-адреноблокаторлар
<variant> жоспарлы операциялық ем

<variant> имидазолин (I_1) рецепторларының агонистері
<variant> дигидропиридинді кальций антагонистері
<question> Науқастың АҚ нәтижелі бақылайтын дәрмек тобын таңдаңыз: 67 жастағы ер кісіні жүрек аймағының шаншып ауыруы, басының ауыруы, әлсіздік, кейде құрысулар, шөлдеу, диурезінің күшеюі мазалайды. Анамнезінен: АҚ соңғы 5 жылда 230/130 мм сын. бағ. дейін жоғарылаған. Об-ті: АҚ 190/100 мм сын. бағ., ЖЖС 70 мин. Қандағы калий деңгейі 2,2 ммоль/л. Зимницкий сынамасында несептің тығыздығы 1006-1015.
<variant> телмисартан, ирбесартан
<variant> бисопролол, амлодипин
<variant> оперативное лечение, плановое
<variant> физиотенз, амлодипин
<variant> амлодипин, конкор
<question> Жетекші синдромдарын, болжам диагнозын анықтаңыз. 65 жастағы әйел, ЖДП дәрігеріне келесі шағымдармен келді: бел аймағында кенет пайда болған, басым оң бөлігінің ауырсынуы, қалтырау.Ауырсыну ұстамасы 20 минут бұрын саяжайдан қайтқан кезде басталған, бұрындары мұндай ұстамалар болмаған.Об-ті: науқас дене қалыбын қайта-қайта өзгертіп, жай таппауда, қозу күйінде. Қарау үстінде науқасты жүрек айнуы, құсу, кіші дәретке шақыру мазалады, дене қызуы 37^0С. Тілі құрғақ, ақ өңезді. Ішінің оң жартысында қатаң ауырсыну, бұлшық еттердің керілуі анықталды. Қалған органдар пальпациясын жүргізу қатты ауырсынудан мүмкін болмады.
<variant> бүйректік шаншу – оң бүйірінің ауырсынуы; тынжы-тас ауруы – бүйрек шаншуы (колика)
<variant> оң мезогастрий аймағының ауырсынуы; ішектің жіті өтімсіздігі
<variant> оң мезогастрий, оң мықын аймағының ауырсынуы; жіті аппендицит
<variant> оң мезогастрий, оң мықын аймағының ауырсынуы; жатырдан тыс жүктілік
<variant> омыртқаның бел аймағының ауыруы; остеохондроз
<question> 72 жастағы ер кісіде бір ай шамасында макрогематурия, дене қызуының 37,4-37,8^0С жоғарылауы, әсіресе кешке, әлсіздік пен қалжырау, дене салмағының азаюы мазалайды. Антибиотиктермен нәтжесіз емделген. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қан анализінде: ЭТЖ 57 мм/сағ. Сіздің болжам диагнозыңыз:
<variant> бүйрек рагі
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> тынжы-тас ауруы
<variant> созылмалы пиелонефриттің өршу
<variant> бүйрек туберкулезі
<question> Себебі белгісіз қызба синдромы бар науқаста миеломалық аурудан күдік туды. Несептің патологиялық тұнбасының топтама миеломадағы (миеломалық ауру) ерекшелігін белгілеңіз:
<variant> протеинурия Бенс-Джонс белоктарымен
<variant> жекеленген протеинурия
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> симптомсыз бактериурия
<question> Клиникалық жағдайды бағалап, асқынуын болжаңыз: 69 жастағы әйел, 11 жылдан бері тынжы-тас ауруы бар, екіншілік пиелонефритпен дертті, 4 жыл бұрын операциялық емді басынан өткерген. Соңғы бір жылда АҚ 190/100-200/110 мм сын. бағ. дейін тұрақты

жоғарылаған, бетінің ісінуі дамыған. Нв 110г/л, эр. 3,0х10^{12}/л,ТК 0,8; ЭТЖ 20 мм/сағ., креатинині 200,0 мкмоль/л.
<variant> бүйректің созылмалы шамасыздығы
<variant> бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> жедел интерстицийлік нефрит
<variant> созылмалы тубулоинтерстицийлік нефрит
<variant> паранефрит, бүйрек айналасы клетчаткасының абсцесі
<question> 70 жастағы науқас стационарға түскенде әлсіздікке, селқостыққа, оң бел тұсында ауыру сезіміне, кейде зәр шығару ауыру сезімімен, зәрдің түсі лайлы болуына шағымданады. 10 жыл бойы оң жақ бел тұсында ауыру сезімі мазалайды, емделмеген. Соңғы жылы зәрге шығу ауыру сезімімен жиіледі, беліндегі ауыру сезімі күшейді. Объективті: АҚҚ 150/100 мм.с.б. ЖСЖ 80 рет минутына. Ұрғылау симптомы оң жақта оң. Зәр қапшығының тұсы ауырады. ЖҚА-де: эрит- 3,5Х10/л, гемоглобин - 100 г/л, лейкоцит - 7,2Х10/л, ЭТж - 35 мм/сағ. Биохимиялық қан анализінде: жалпы белок 68 г/л, мочевина - 7,8 ммоль/л. ЖЗА: зәрдің түсі аса сарғыш, қышқыл, қант жоқ, белок 0,66 г/л, лейкоцит 10 к/а, эритроцит 30 к/а. Зәрді еккенде микрофлора өспеді. УДЗ-де: бүйректің тостаған-түбекше жүйесінің кеңеюі. Экскреторлы урографияда кеңейген тостаған-түбекше жүйесінде колба тәрізді каверна көрінеді. Сіздің болжам диагнозыңыз?
<variant> бүйрек туберкулезі
<variant> созылмалы пиелонефрит
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> зәр-тас ауруы
<variant> бүйрек қатерлі ісігі
<question> 65 жастағы салмағы артық әйелтәбетінің жақсы болуына қарамастан салмағының азаюына, жыныс органдарында қышынуға, түнде зәрге жиі шығуына шағымданады. Науқаста аталған бүйрек ауруларының қайсысы дамуы мүмкін?"
<variant> капиллярішілік гломерулосклероз
<variant> жедел гломерулонефрит
<variant> обструктивті уропатия
<variant> бүйрек инфаркты
<variant> бүйрек поликистозы
<question> Егде және қарт жастағы адамдарда жиі кездеседі:
<variant> созылмалы пиелонефрит
<variant> зәр-тас ауруы
<variant> жедел гломерулонефрит
<variant> Берже ауруы
<variant> папиллит
<question> Созылмалы гломерулонефриттің терминаль сатысына тән протеинурия:
<variant> 1-2 г тәулігіне
<variant> іздері
<variant> 10-20 г тәулігіне
<variant> 20 г тәулігіне
<variant> зәрде белоктың болмауы
<question> Егде және қарт жаста бүйректің жедел жетіспеушілігінің себептеріне жатпайды:
<variant> АГ, кризсіз ағымы
<variant> су-электролиттік бұзылыстар (құсу, диарея)
<variant> кардиогенді шок

<variant> тыныстың жедел жетіспеушілігі
<variant> тромбоэмболиялық ауру
<question> Бүйрек зақымдалуының жоғарғы қатер топтарына жататын науқастар:
<variant> қант диабетімен
<variant> остеоартрозбен
<variant> созылмалы персистирлеуші гепатитпен
<variant> жүректің ишемиялық ауруымен
<variant> асқазанның және 12 елі ішектің ойық жара ауруымен
<question> Келесі дәрілік препараттар бүйрек зақымдалуының жоғарғы қатерін тудырады.
<variant> гентамицин
<variant> преднизолон
<variant> амоксициллин
<variant> нитронг
<variant> лизиноприл
<question> Ең нефротоксиндік антибиотиктерге жататын топтар:
<variant> аминогликозидтер
<variant> пенициллиндер
<variant> макролидтер
<variant> тетрациклиндер
<variant> левомицетин
<question> Нефроздық синдромның клиникалы-лабораториялық симптомдарына жатпайды:
<variant> артериялық гипертензия
<variant> массивті ісінулер
<variant> массивті протеинурия
<variant> гипоальбуминемия
<variant> гиперхолестеринемия
<question> Нефроздық синдромның клиникалы-лабораториялық симптомдарына жатпайды:
<variant> анорексия
<variant> массивті ісінулер
<variant> массивті протеинурия
<variant> гипоальбуминемия
<variant> гиперхолестеринемия
<question> Егде және қарт жастағы адамдарда созылмалы гломерулонефриттің гипертониялық түрінде САГ бақылауға тағайындалатын дәрмектік топ:
<variant> ААФИ немесе сартандар
<variant> диуретиктер
<variant> ганглиоблокаторлар
<variant> БАБ
<variant> кальций антагонистері
<question> Егде және қарт жастағы адамдардағы бүйректің созылмалы ауруы дамығанда АҚ бақылау мақсатында қолданылады:
<variant> сартандар
<variant> диуретиктер
<variant> ганглиоблокаторлар
<variant> БАБ
<variant> кальций антагонистері

<question> 75 жастағы ер адам симфиз үстіндегі қатты және кернеуші ауру сезіміне, әлсіздікке, тәулік бойы сирек зәр шығаруына шағымданады. Анамнезінде: 1 сатылы артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, қуық безінің қатерсіз гиперплазиясымен диспансерлік есепте тұрады. Үнемі емделеді. Объективті: тері жамылғысы бозғылт, ылғалды. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, пульс минутына 100 соққы, артериялық қысым 160/90 мм рт. Перкуторлы қуық үстінен 10 см-ге жоғарыанықталады.
Қандай іс-шара болып табылады бірінші кезектегі қажет.
<variant> Катетер арқылы зәрді шығару
<variant> Дротаверин салу
<variant> Альфа-адреноблокаторларды тағайындау
<variant> Эналаприлат салу
<variant> Шұғыл госпитализация
<question> 69 жастағы ер адам. АГ есепте тұрады. АҚ бисопрололдың 10 мг/тәу. бақыланады.АҚ ең жоары деңгейі 180/105 мм сын бағ. НЖА тұрақты протеинурия (0,066-0,132) анықталды; қан креатинині қалыпты; ШФЖ/СКФ 115 мл/мин. Науқастың диагнозына өзгеріс енгізіңіз: АГ 3 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, МАУ).
<variant> АГ 3 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин).
<variant> АГ 2 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин).
<variant> АГ 1 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин).
<variant> АГ 3 дәр., қауіп тобы 1 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин).
<variant> АГ 3 дәр., қауіп тобы 4 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин).
<question> 69 жастағы ер адам. АГ есепте тұрады. АҚ бисопрололдың 10 мг/тәу. бақыланады.АҚ ең жоары деңгейі 180/105 мм сын бағ. НЖА тұрақты протеинурия (0,066-0,132) анықталды; қан креатинині қалыпты; ШФЖ/СКФ 115 мл/мин. Науқастың диагнозына өзгеріс енгізілді: АГ 3 дәр., қауіп тобы 3 (жасы, жынысы, СҚГ, гипертензиялық нефропатия). БСА/ХБП (ШФЖ 115 мл/мин). Дәрмектік емін өзгертіңіз.
<variant> бисопрололды алып тастау, ирбесартанды қосу
<variant> бисопрололды алып тастау, кандесартанды қосу
<variant> бисопрололға амлодипин қосу
<variant> рамиприл мен телмисартанды ұсыну
<variant> метилдопаны бисорололдың орына ұсыну
<question> 77 жастағы ер адам, анамнезінде ЖИА. Тұрақты стенокардия. Қант диабет 2 типі. Осы науқас үшін қан қысымының мақсатты деңгейі қандай болуы тиіс?
<variant> 130/80 мм рт ст. төмен
<variant> 130/85 мм рт ст. төмен
<variant> 135/85 мм рт ст. төмен
<variant> 140/85 мм рт ст. төмен
<variant> 140/90 мм рт ст. төмен
<question> Ер кісі 64 жаста, 5 жылдай уақыт АҚҚ 150-160/90-95 мм.с.б дейін жоғарлайды. Қант диабеті 2 типті, диабетон қабылдайды. Объективті: сол жақ шекарасы сол жақ бұғана ортаңғы сызығымен. Өкпесінде везикулярлы тыныс. Жүрек тондары наық,ритімді. ЖСЖ- 80 рет мин.

АҚҚ- 160/94 мм.с.б. Сарысудағы холестерин -6,0 ммоль /л, сарысудағы креатинин - 75 мкм/л, қандағы қант -5,4 ммоль/л. МАУ-100мг тәулігіне. Антигипертензияқ дәрмекті таңдаңыз.
<variant> телмисартан
<variant> эналаприл
<variant> бисопролол
<variant> гидрохлортиазид
<variant> ирбесартан
<question> 70 жастағы ер адам соңғы 6 ай ішінде аяқ-қолдың ауырсынуына және құрысуына байланысты жүгінді. Симптомдар 500 м артық жүргенде күшейіп, тыныштықта өтеді. Анамнезінде 2 типті қантдиабеті. 50 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегеді. Алкоголь ішпейді. Метформин мен аспирин қабылдайды. Балтыр аймағындағы дене температурасының төмендеуі анықталды.
Бұл науқасты жүгізу тиімді тактикасын таңдаңыз.
<variant> Антиагреганттар тағайындау
<variant> Компрессионды шұлықтар кию
<variant> Эндарэктомия
<variant> Шунт операциясы
<variant> Эндовенозды термиялық абляция
<question> Скрининг кезінде 63 жастағы ер адамда шөлдеу, аузының құрғауы шағымдары анықталды. Қарап тексергенде:бойы 176 см, салмағы 84 кг. ДМИ 27,1. Қанда: глюкоза ашқарынға 6,7 ммоль/л. Келесі кезеңде қандай зерттеу жүргізілуі керек ?
<variant> гликемиялық профильді анықтау
<variant> қанда лейкоформуланы анықтау
<variant> зәрде глюкозаны анықтау
<variant> ашқарынға С пептидті анықтау
<variant> липидтік профиль
<question> 72 жастағы әйел, анамнезінде миокард инфарктісі, қант диабеті. Талдауда: холестерин - 5,97 ммоль/л, ТТЛП - 4,53 ммоль/л, ТЖЛП - 0,98 ммоль/л, триглицеридтер - 2,24 ммоль/л, атерогенділік коэффициенті - 5,09. 10 жылдық SCORE көрсеткіші ≥10% есептелген. Дәрігер аторвастатинді тағайындады. ҚР ДСМ 03.10.2019 ж. "артериялық гипертензия" хаттамасына сәйкес ТТЛП (УД – I В) деңгейін қай нысаналы деңгейге дейін төмендету қажет?
<variant> <1,8 ммоль/л
<variant> <1,9 ммоль/л
<variant> <2.0 ммоль/л
<variant> <2,5 ммоль/л
<variant> <2,8 ммоль/л
<question> Әйел 65 жаста, үнемі шөлдеуге, аузының құрғауына, жалпы әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінен: 2 жыл бұрын жедел панкреатитке байланыста ота жасалған. Қарап тексергенде іші жұмсақ. ауру сезімінсіз. Құрсақ қуысының УДЗ көкбауыр өлшемі қалыпты, патологиялық түзіліс жоқ. Жедел панкреатиттің асқынуын анықтауға қандай лабораторлық зерттеу мүмкіндік береді?
<variant> қандағы глюкозаны анықтау
<variant> зәрдегі диастазаны анықтау
<variant> қандағы диастазаны анықтау
<variant> нәжісті жасырын қанға зерттеу
<variant> қан ұйығыштықты анықтау

<question> Ер адам 62 жаста, анамнезінде инсульт, қант диабеті бар. SCORE шкаласы бойынша 10 жылдық риск - ≥10%. Антигипертензиялықі терапияны қабылдайды. Ауруды басқару бағдарламасына қатысады. «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету ережелері мен алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына қосылу ережелеріне» сәйкес осы науқасқа БМСК дәрігерлік тексеруден өту жиілігі қандай?
<variant> 3 айда 1 рет
<variant> 1 айда 1 рет
<variant> 2 айда 1 рет
<variant> 6 айда 1 рет
<variant> 12 айда 1 рет
<question> Әйел 65 жаста, үнемі шөлдеуге, аузының құрғауына, жалпы әлсіздікке шағымданып келді. Анамнезінен: 2 жыл бұрын жедел панкреатитке байланыста ота жасалған. Об-ті: іші жұмсақ, ауырсыну сезімінсіз. Құрсақ қуысының УДЗ көкбауыр өлшемі қалыпты, патологиялық түзіліс жоқ. Жедел панкреатиттің асқынуын анықтауға келесі лабораториялық зерттеу мүмкіндік береді.
<variant> қандағы глюкозаны анықтау
<variant> зәрдегі диастазаны анықтау
<variant> қандағы диастазаны анықтау
<variant> нәжісті жасырын қанға зерттеу
<variant> қан ұйығыштықты анықтау
<question> Жетекші синдромы мен болжам диагнозын таңдаңыз: 52 жастағы әйел физикалық күшпен байланыссыз, жүрек тұсының тұрақты сыздап ауырсынуына шағымданды; нитраттар көмектеспейді. Науқас өзін 5-6 жылдан бері дертті санайды, осы уақыт ішінде етеккірі ретсіз келіп, тершеңдік, кенеттен ыстықтағыштық мазалаған, соңғы 8 айда етеккірі тыйылған. Об-ті: көңіл күйі толқымалы, қызыл дермографизм. Жүрек тондары анық, ырғақты, пульсі 80 мин. АҚ 135/80 мм сын. бағ. ЭКГ: синусты ырғақ, ЖЭӨ қалыпты, V_{1-4} Т тісшесі теріс, $V_{5,6}$ жайылған. Динамикада бақылағанда осы өзгерістері, соңғы 4 ай бойы сақталған.
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, климакстік дисгормондық кардиомиопатия (миокардиодистрофия)
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, ревматизмдік емес миокардит
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокардтың жедел инфаркті
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинальді синдром), тұрақты күш түсу стенокардиясы
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, ГКМП
<question> 70 жастағы ер кісі жөтелге, дене қызуының 38^0С жоғарылауына, әлсіздікке, кеуде сарайының оң жартысының ауырсынуына шағымданып келді. Анамнезіне асқазанның жара ауруы, жүректің ишемиялық ауруы, қантты диабет. Рентгендік зерттеуде –оң өкпенің төменгі бөлігінде ошақты көленке. Этиологиялық емге дәрмек таңдаңыз:
<variant> респирациялық фторхинолондар
<variant> макролидтер
<variant> иммуномодуляторлар
<variant> «қорғалған» аминопенициллиндер
<variant> β-лактамды антибиотиктер
<question> 68 жаста науқас салмағының жоғарылауын, терлегіштіктің азаюын, бет терісінің домбығуына шағымданды. Эндемиялық аймақта тұрады. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 89 кг. Терісінде көк жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті домбыққан, көздері ісінген. ЖЖС56 мин. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қанда глюкоза 3,3 ммоль/л. Клиникалық жағдайды болжаңыз, тиімді емді таңдаңыз:

<variant> гипотиреоз, тиреоидты дәрмектермен ем
<variant> гиповитаминоз, витаминотерапия
<variant> бүйректік ісіну, диуретиктерді тағайындау
<variant> бүйректік ісіну, қабынуға қарсы терапия
<variant> семіздік, субкалориялы диета тағайындау
<question> 64 жастағы дене салмағы артық әйел, 2 типті қантты диабетке байланысты сиофорды 500 мг/тәу. қабылдайды; 1200 ккал/тәу. калориялық емдәм ұстанады. Оң қабырға астының ауырсынуы мазалайды. Ашқарында гликемиясы 9,0-9,5 ммоль/л. АҚ 140/80 мм сын. бағ. Бауыры қабырға доғасынан 3-4 см шығыңқы. Дәрігердің тактикасын анықтаңыз.
<variant> сиофорды алып тастап, ұзақ әсерлі инсулинді ұйқы алдында егу керек
<variant> сиофорды осы дозада қалдыру
<variant> сиофор дозасын 1000 мг/ тәу. көбейту
<variant> сиофорға қандай да бір сульфаниламид қосу
<variant> сиофорды алып тастап, қысқа әсерлі инсулинді әр тамақтану алдында егу керек
<question> Емханаға 70 жастағы қантты диабетпен ауыратын әйел жеткізілді. Екі тәулік бойына құсу мен шөл, титықтаған, тері мен кілегейлі қабаттары құрғақ, баяу, тежеліп сөйлейді, кейбір бұлшық еттерінің тартылуы көрінеді. Бауыры ұлғаймаған. Гликемия 35 ммоль/л, несепте ацетон жоқ. Іші «тыныш». ЭКГ: синустық тахикардия, коронарлық бұзылыстар жоқ. Клиниканың бұлай басталуы келесі комаға тән:
<variant> гиперосмостық
<variant> кетоацидоздық
<variant> сүтқышқылдық
<variant> гипогликемиялық
<variant> гипотиреоздық
<question> 65 жастағы ер кісіде 2 типті қантты диабет, ЖИА, АГ бар. Тәулігіне 1000 мг метформин, 2 рет 2 мг глимепирид қабылдайды. Соңғы айларда аяқ бастарының ісінуі мен бұлшық еттерінің ауыруы пайда болды, жалпы жағдайы ауырлады. Жағдайының ауырлау себебін келесі анализ анықтап береді:
<variant> қанның лактатқа
<variant> несептің глюкозаға
<variant> несептің кетон денелеріне
<variant> қанның кетон денелеріне
<variant> қанның гематокритке
<question> 68 жастағы, 8 жылдан бері қантты диабетпен дертті, антигипергликемиялық дәрмектер қабылдайтын, ер кісіде, туыстарының айтуынан соңғы 7 күнде полиурия, полидипсия, әлсіздік, ұйқышылдық біртіндеп дамыған. Об-ті: санасы жоқ, беткей арефлексия, жиілеген тыныс (ацетон иісі жоқ). Терісі құрғақ, көз алмаларының тоеусы төмен. Өкпесінді везикулалық тыныс, сырылдар жоқ. АҚ 90/70 мм сын. бағ. Іші жұмсақ, ауырмайды. Қан анализінен: гипергликемия 55ммоль/л; плазманың осмостығы 380мосм/л (N 320 жоғары емес). НЖА: глюкозурия, ацетон жоқ. Сіздің тұжырымыңыз:
<variant> гиперосмостық кома
<variant> гиперкетонемиялық кома
<variant> церебральді кома
<variant> гиперлактацидемиялық кома
<variant> гипогликемиялық кома
<question> 68 жастағы ер кісіде гипергликемия анықталды. Об-ті тексергенде: бет әлпеті өзгерген – мұрыны, құлақтары, төменгі жақ сүйектері мен қол және аяқ бастары ұлғайған. Бас

ми сауытының рентгендік суреттерінде: бас сүйегінің күмбезі, қарақұсының төмпектері қалыңдап, түрік ершігі кеңіген. Соматотропты гормон продукциясының жоғарылауы нақталды. Болжам диагнозыңыз:
<variant> акромегалия
<variant> қантты диабет
<variant> ауруы: Иценко-Кушингтің
<variant> глюкагонома
<variant> кортикостерома
<question> 65 жастағы, дене салмағы артық әйелде аш қарынға гликемия деңгейінің артқандығы нақталды: 6,9 и 7,2 ммоль/л. Келтірілгендерден ең мүмкін диагнозын болжаңыз:
<variant> қантты диабет, 2 типті
<variant> семіздік
<variant> қантты диабет 1 типті
<variant> гликемиясының ашқарындағы бұзылысы
<variant> глюкозаға толеранттылығының (төзімділігінің) бұзылуы
<question> Жалпы дәрігерлік практика дәрігері, 69 жастағы бойы 160 см, ал дене салмағы 84 кг әйелде ашқарынға тапсырған анализінен глюкозаның 6,9 ммоль/л деңгейін анықтады. Осы жағдайдағы дәрігерлік тактика:
<variant> глюкозаға толеранттылық тестін 75 г глюкозамен жүргізу
<variant> гликемиясын ашқарынға қайталап тексеру
<variant> глткемиясын тамақтанудан соң қайталап анықтау
<variant> гликемиясын кешке анықтау
<variant> гипокалориялық тағамдану мен инсулинотерапия
<question> 65 жастағы дене салмағы қалыпты ер кісі ЖДП дәрігерінде қантты диабеттің 2 типінен медикаменттік емес шаралармен ем алады. Емдәмді салауаттандыру нәтиже бермеді, гликемиясы тәулігіне 10 до 15 ммоль/л., несебінде өзгерістер жоқ. Төмендегі келтірілген дәрмектерден нәтижелісін таңдаңыз:
<variant> сульфонилмочевина дәрмектері мен инсулин
<variant> интенсификацияланған инсулиндік терапия
<variant> сульфанилмочевина дәрмектері мен бигуанидтер
<variant> инсулин семилентені 10 бір. дозасында
<variant> емге тек бигуанидтерді қосу
<question> 2 типті қантты диабеттің компенсациялану критерийлеріне жатады:
<variant> ашқарындағы гликемия < 7,0 ммоль/л
<variant> глюкозаланған гемоглобин (HbA_1c)<8,0 %
<variant> глюкозаланған гемоглобин (HbA_1c)<9,5 %
<variant> несеп глюкозасы> 0,5 %
<variant> холестерині< 6,0 ммоль/л
<question> 65 жастағы ер кісінің бойы 160 см, салмағы 105 кг. Шағымдары жоқ. Ашқарындағы глюкоза деңгейі 6,2 ммоль/л. Науқасты жүргізу тактикасын таңдаңыз:
<variant> глюкозаға толеранттылықтың пероральді тестін жүргізу
<variant> науқаста қантты диабет бар, емдәмді сақтап, глюкозаның деңгейін динамикада бақылау керек
<variant> пациенттің дені сау, тексерулер мен ем қажет емес
<variant> пациентте гипогликемия, анамнезін мұқият қайта жинау қажет
<variant> глюкозаның несептегі деңгейін анықтау керек

<question> 64 жастағы әйелде 2 типті қантты диабет 10 жыл көлемінде бар. Соңғы 2 жылда АҚ 150/90 мм сын. бағ. Тексергенде: НЖА патология жоқ, МАУ екі рет анықталған. Антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз:
<variant> телмисартан
<variant> пропроналол
<variant> гипотиазид
<variant> индапамид
<variant> лабетолол
<question> 69 жастағы ер кісі 20 жылдан бері қантты диабетпен дертті. Макро-, микроангиопатиялық асқынулары, сонымен қатар, нейропатиясы бар. Диабеттік нейропатияның ауырсынулық түріне тән емес белгіні таңңдаңыз.
<variant> ыстық сезіну
<variant> ұю
<variant> спонтанды ауырсынулар
<variant> сезімталдығының бұзылулары
<variant> парестезиялар
<question> 64 жастағы пациентте 2 типті қантты диабет экссудатты фазадағы нейропатиялық жарамен асқынған. Осы жараның жергілікті емінде қолданады –
<variant> хлоргексидин биглюконатының ерітіндісін
<variant> бриллиантты көк ерітіндісін
<variant> сутегінің асқын тотығының ерітіндісін
<variant> ихтиол майын
<variant> бальзамдық линиментін (Вишневскийдің)
<question> 64 жастағы, дене салмағы артық ер кісіде екі рет гликемияның ашқарындағы 8,9 және 10,9 ммоль/л дейін жоғарылауы анықталды. Емхананың эндокринологі қантты диабеттің 2 типін тұжырымдады. Диабеттің бұл типінің патогенездік емінің мақсаты:
<variant> перифериялық тіндерінің инсулинге сезімталдығын арттыру
<variant> экзогенді инсулиннің әсерін күшейту
<variant> инсулиндік рецепторлардың сезімталдығын төмендету
<variant> ұйқы безінің Лангерганс аралшалары бета-клеткаларының қызметін белсендіру
<variant> ішекте глюкоза сіңірілуін азайту
<question> 80 жастағы науқас. Стационарға түскен кездегі шағымдары: әлсіздік, тершеңдік, жүргенде ентігу. 2 айдан бері жоғары қызба, әлсіздік мазалады, антибиотиктер мен сульфаниламидтер (бисептол) қабылдады. Объективті: жағдайы ауыр, ентігу, тері жабындысы айқын. Перифериялық лимфатүйіндері үлкейген. Өкпесінде әлсіз тыныс. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия, пульсі 112 рет минутына. Бауыры қабырға доғасымен, ауырмайды. Зерттегенде ЖҚА-де: эрит-3,1:10/л, гемоглобин-90 г/л, ТК-0,9, лейкоцит-22,1:10/л, т/я-0,5%, с-5%, лимф. 80%. ЭТЖ - 18 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз?
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> жедел лейкоз
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> геморрагиялық васкулит
<variant> көкбауыр амилоидозы
<question> 68 жастағы науқас. Бірнеше жылдар бойы тұрақты терінің қышуымен дерматологта бақыланды. Соңғы жылдары АҚҚ 200/100 мм.с.б. жоғарылағанын, терісінің күрең-көкшіл түсті болғанын, сүйектеріндегі ауыру сезімін байқады. 16 жасынан бастап темекі шегеді, таңертең аздаған қақырықпен жөтел мазалайды. Объективті: өкпесінде қатаң тыныс, бірен-саран

сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, ӨА үстінде II тон акценті. Бауыры қабырға доғасынан 2 см төмендеген, көкбауыр 9 см төмен. Зерттегенде ЖҚА: эрит - 9,5:10/л, гемоглобин - 200 г/л, лейкоцит - 12,8Х10/л, э-6%, т/я- 7%, с- 45%, л- 14%, м- 10%, тромбоцит - 364,4Х10/л, ЭТЖ- 1 мм/сағ, гематокрит -75%. Сіздің диагнозыңыз?
<variant> эритремия (Вакез ауруы)
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> өкпенің созылмалы обструктивті аурулары кезіндегі САГ
<variant> артериялық гипертензия
<variant> бауыр циррозы
<question> 72 жастағы науқас стационарға түскенде әлсіздікке, тершеңдікке, субфебрильді температураға шағымданып түсті. Соңғы жылдары салқын тиіп ауыру жиі мазалады, бір жыл бұрын пневмониямен асқынған ауыр вирусты тұмаумен ауырды, соңғы 6 айда арықтады, ішінде ауырлау сезімі пайда болды, әлсіздік үдеді. Объективті: арық, тері жабындысы бозғылт сарғаюмен. Бұршақ көлемді мойын лимфатүйіндері анықталады, ауырмайды, қозғалмалы. Тыныс алу және жүрек-қантамыр жүйелері бойынша патология жоқ. Бауыры қабырға доғасынан 1,5 см төмен, пальпацияда сезімтал, көкбауыр сол қабырға доғасынан 10 см төмен, тығыз, ауырмайды. ЖҚА: эрит - 2,3Х10/л, гемоглобин - 74 г/л, ретикулоцит - 18%, лейкоцит - 15Х10/л, э-1%, л- 80%, м -1%, тромбоцит - 100Х10/л, Этж 48 мм/сағ. Билирубиннің тура емес фракциясы жоғарылаған. Сіздің болжама диагнозыңыз?
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> лимфогранулематоз
<variant> өкпе туберкулезі
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> лимфосаркома
<question> 65 жастағы салмағы артық әйел тәбетінің жақсы болуына қарамастан салмағының азаюына, жыныс органдарында қышынуға, түнде зәрге жиі шығуына шағымданады. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> қант диабеті
<variant> қантсыз диабет
<variant> вагинит және цистит
<variant> микседема
<variant> феохромоцитома
<question> 65 жастағы салмағы артық әйелтәбетінің жақсы болуына қарамастан салмағының азаюына, жыныс органдарында қышынуға, түнде зәрге жиі шығуына шағымданады. Диагнозды аталғандардың барлығымен дәлелдеуге болады, біреуінен басқа:"
<variant> инсулинге толеранттылыққа тесті
<variant> зәрде ацетон мен қантты анықтау
<variant> қандағы қанттың тұрақсыздығы
<variant> глюкозаға толеранттылыққа тесті
<variant> түскі тамақтан кейін 2 сағаттан соң қантты анықтау
<question> 74 жастағы науқас, жалғыз тұрады. Ентігу және әлсіздікпен қаралды. Объективті: тері жабындысы мен көзінің шырышты қабаты бозғылт-сарғыш түстес, беті, аяқтары ісінген. Перифериялық нейропатия белгілері (ишиалгия, парестезиялар). Тілі таза, ашық қызыл түсті. Тахикардия, 110 мин. Жүрек тондары анық, барлық нүктелерде жұмсақ систолалық шу. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> витамин В-12 тапшылықты анемия
<variant> теміртапшылықты анемия

<variant> ЖИА, жүрек жетіспеушілігі
<variant> жүре дамыған жүрек ақаулары, декомпенсация
<variant> гипотиреоз
<question> 69 жастағы ер адам тәбеті жақсы болғанмен "себепсіз" салмағының жоғалтуына, кейде дене қызуының 38-38,5С жоғарылауына, физикалық күш түскенде шаршағыштыққа шағымданады. Бұрын ауырмаған. Объективті қарағанда сыртқы пішіні жас көрінеді, тахикардия, мерцательді аритмияның пароксизмі жазылған. Бірінші орындағы параклиникалық зерттеу қандай?
<variant> қалқанша безінің УДЗ
<variant> ЭКГ қайталау
<variant> ЭхоКГ
<variant> тазалыққа қанды себу
<variant> кеуде клеткасының рентгенографиясы
<question> Қант диабетінің 2 типімен (инсулинге мұқтаж кезеңі) ауыратын егде жастағы әйел кетоацидоздық комамен реанимация бөлімшесінде жатыр. Объективті: есі жоқ, жарыққа көзінің жанарының реакциясы сақталған, гиперрефлексия. Терісі құрғақ, тургор төмендеген. ТЖ- 26 мин. Ацетон иісі. Гликемия 22 ммоль/л, рН-7,1, калий 3,3 ммоль/л. Аталған емнің қайсысын қолдануға болады?
<variant> 0,9 % NaCL ерітіндісі - 1000 мл бір сағат бойы, актропид 6-10 бірлік/сағ к/т тамшылап, КСІ - 2 г/сағ, 10% кислородпен дем алу
<variant> 5% глюкоза - 200 мл/сағ/к/т, актропид 4 бірлік/сағ тері астына 2 сағат сайын, калий хлор 3 г/сағ, дексаметазон 100 мг к/т, маннитол 15% - 200 мл к/т тамшылап, кислородпен дем алу
<variant> 40% глюкоза ерітіндісі есін жиғанша, глюкогон 1 мг/б/е, калий хлор 2 г/сағ., 10 % глюкоза - 300 мл/сағ к/т тамшылап
<variant> 5% глюкоза - 300 мл/сағ/к/т, актропид 4 бірлік/сағ б\е не в\і 2 сағат сайын, калий хлор 2 г/сағ, кислородпен дем алу
<variant> 0,9% NaCL- 300 мл бір сағат бойы, актропид НМ 6 бірлік/сағ+NHCO3 140 мл + KCL - 1,5 г к/т
<question> Жақында тұмаумен ауырған және кетоацидоздық комамен стационарға түскен науқасқа шұғыл шаралар жүргізілді.Бірақ, лабораториялық көрсеткіштерінің жақсаруына (гликемия 7,8 ммоль/л, түскен кезде 26,6 ммоль/л, рН 7,52, түскен кезде - 2,7 мэкв/л) қарамастан, науқас терең кома жағдайында. Команың себебін анықтаңыз.
<variant> мидың ісінуі
<variant> гипогликемиялық жағдай
<variant> кетоацидоз
<variant> қосымша нейроинфекция
<variant> лактоацидоз
<question> 69 жастағы әйелге 10 жыл бұрын тиреоидэктомия жасалған. Эутирокс 50 мкг/тәу.қабылдайды. Соңғы жылы жағдайы нашарлады. Жүрек тұсында жүрген кезде ауыру сезімі, ентігу пайда болды. Салмағын қосты. Шашының түсуі күшейді, терісі құрғақ, кешке қарай аяғында ісінулер бар. Объективті: бойы 171 см, салмағы 98 кг. Терісі құрғақ, салқын.Беті ісінген, балауыз тәрізді, ксантоматоз байқалады, ерні көгерген. Қол басында, жіліншігінде, табанында ісінулер. Ісінулер тығыз. Шаштары құрғақ, сынғыш.Алақандары сарғыш. Пульсі 56 мин, ырғақты. Жүрек тондары әлсіреген, әлсіз везикулярлы тыныс. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, сезімтал. АҚ 150/70 ммсын.бағ. Қандағы холестерин 8,3 ммоль/л (қалыпты 3,9-5,2).

FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0 ХБ\мл (0,2-2,9).ЭКГ: барлық тісшелерінің вольтажы төмендеген. Болжам диагноз қойыңыз.
<variant> гипотиреоз
<variant> аутоиммунды тиреоидит
<variant> Шиен синдромы
<variant> гипертиреоз
<variant> Шмидт синдромы
<question> 69 жастағы әйелге 10 жыл бұрын тиреоидэктомия жасалған. Эутирокс 50 мкг/тәу. қабылдайды. Соңғы жылы жағдайы нашарлады. Жүрек тұсында жүрген кезде ауыру сезімі, ентігу пайда болды. Салмағын қосты. Шашының түсуі күшейді, терісі құрғақ, кешке қарай аяғында ісінулер бар. Объективті: бойы 171 см, салмағы 98 кг. Терісі құрғақ, салқын. Беті ісінген, балауыз тәрізді, ксантоматоз байқалады, ерні көгерген. Қол басында, жіліншігінде, табанында ісінулер. Ісінулер тығыз. Шаштары құрғақ, сынғыш. Алақандары сарғыш. Пульсі 56 мин, ырғақты. Жүрек тондары әлсіреген, әлсіз везикулярлы тыныс. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, сезімтал. АҚ 150/70 мм сын. бағ. Қандағы холестерин 8,3 ммоль/л (қалыпты 3,9-5,2). FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0 ХБ\мл (0,2-2,9).ЭКГ: барлық тісшелерінің вольтажы төмендеген. Емін түзеңіз.
<variant> эутирокс дозасын әр айда 6,25 және/немесе 12,5 мкг арттыра отырып 100-150 мкг/тәу. дейін жеткізу
<variant> эутирокс дозасын 100 мкг/тәу. дейін бірден жоғарылату
<variant> эутирокс дозасын 150 мкг/тәу. дейін бірден жоғарылату
<variant> эутирокс дозасын әр аптада 6,25 және/немесе 12,5 мкг арттыра отырып 100-150 мкг/тәу. дейін жеткізу
<variant> йод дәрмектерін 400 мкг/тәу. тағайындау
<question> Егде жастағы қант диабетінің негізгі себептері болып табылады:
<variant> панкреас аралшаларының тұқымқуалаушы олқылығы
<variant> панкреас аралшаларының вирусты зақымдалуы
<variant> гипофиздің гормонды-белсенді ісіктері
<variant> бас миының қабыну аурулары
<variant> ұйқы безінің аурулары
<question> Гипогликемиялық комадан шығару шаралары ... басталады:
<variant> болюспен 40% глюкозаныв/і құю
<variant> 10% глюкозаныв/і тамшылату
<variant> болюспен изотонустық ерітіндіні в/і құю
<variant> 5% глюкозаны в/і тамшылату
<variant> 40% глюкозаны, 6-8 ЕД инсулинв/і тамшылату
<question> Қант диабетінің компенсациясын бағалаудағы нәтижелікөрсеткішті таңдаңыз:
<variant> гликозаланған гемоглобин көрсеткіштері
<variant> тәулік бойы гликемия деңгейі
<variant> тәулік бойы глюкозурия көрсеткіштері
<variant> ашқарынға гликемия деңгейі
<variant> постпрандиальдық гликемия деңгейі
<question> Қант диабетінің барлық клиникалық түрін емдеуде міндетті түрде қолданылады –
<variant> диетотерапия
<variant> өсімдікті гипогликозидтермен емдеу
<variant> физиотерпевтік ем
<variant> қант түсіретін таблеткілермен емдеу

<variant> инсулинмен емдеу
<question> Қант диабетімен науқастарда бүйрек зақымдалғанда қолданылатын қант түсіретін пероральды дәрмек:
<variant> глюренорм
<variant> бетаназ
<variant> мииндиаб
<variant> глинил
<variant> глинил
<question> Кетоацидоздың кетоацидоздық комаға жалғасуына үлес қоспайды:
<variant> емдәм калоражының төмендеуі
<variant> инсулин дозасын негізсіз төмендету
<variant> физикалық және психикалық жарақат
<variant> алкоголь қолдану
<variant> жедел интеркурентті аурулар
<question> Екіншілік гипотиреоздың дамуына әкелетін фактор:
<variant> тиреостатикалық ем
<variant> эутирокспен емдеу
<variant> гипопитуитаризм
<variant> тиреоидты гормондардың биосинтезінің тума бұзылыстары
<variant> диффузды-токсиндік зоб
<question> Егде жастағы адамдарда диффузды токсиндік жемсаудың клиникалық көріністеріне тән емес:
<variant> офтальмопатияның жиі болуы
<variant> қанайналым жүйесі бұзылыстарымен аз симптомды түрі
<variant> жемсаудың түйінді түрінің басым болуы
<variant> претибиалық микседеманың болуы
<variant> созылған қолдарының саусақтарының паркинсондық дірілі
<question> Гипотиреоздық команың еміне қатысы жоқ:
<variant> қосымша инфекциялық ауруларды емдеу
<variant> тиреоидты гормондардың адекватты дозасын енгізу
<variant> глюкокортикостероидтарды қолдану
<variant> гиповентиляциямен күрес
<variant> регидратация
<question> Мегалобластық қантүзілу егде кісілерде келесі фактормен байланысты болуы мүмкін:
<variant> В12 витамині жетіспеушілігімен
<variant> темір жетіспеушілігімен
<variant> ионизациялаушы радиациямен
<variant> созылмалы лимфолейкозбен
<variant> аплазиялық анемиямен
<question> Жедел лейкоз диагнозын қою үшін және түрін анықтау үшін келесі параклиникалық зерттеулер қажет емес:
<variant> трепанобиопсия
<variant> толық клиникалық анализ
<variant> стернальды пункция
<variant> цитохимиялық зерттеу
<variant> цитогенетикалық зерттеу

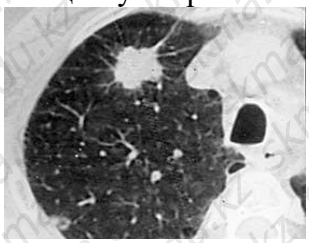
<question> Жедел лейкоздың келесі түрінің ем нәтижесі жақсы:
<variant> балалардағы жедел лимфобласты лейкоз
<variant> үлкен адамдардағы жедел лимфобласты емес лейкоз
<variant> үлкен адамдардағы жедел лимфобласты лейкоз
<variant> дифференцияланбаған лейкоз
<variant> миелодисплазиялық синдром
<question> Егде және қарт жастағы адамдар жиі ауырады:
<variant> В-12 жетіспеушілік анемиямен
<variant> аутоиммундық гемолиздік анемиямен
<variant> созылмалы постгеморрагиялық теміржетіспеушілікті анемиямен
<variant> аплазиялық анемиямен
<variant> "Ольга Иммерслунг" анемиясымен
<question> Анемия диагнозында келесі параклиникалық зерттеулер әдісі қажет емес:
<variant> ЭхоКГ
<variant> толық клиникалық қан анализі (гемоглобин, эритроцит, ретикулоцит, тромбоцит, лейкоцит, лейкоцитарлы формула, ЭТЖ)
<variant> стернум пункциясы
<variant> қан сару суындағы темір деңгейі
<variant> асқазан-ішек жолдарын аспаптық зерттеу
<question> Гематомалық типті қанағыштық тән:
<variant> гемофилияға
<variant> тромбоцитопенияға
<variant> тромбоцитопатияға
<variant> геморрагиялық васкулитке (Шенлейн-Генох ауруы)
<variant> Рандью-Ослер ауруына (телеангиоэктазия)
<question> Васкулярлы-пурпуралы қанау типі тән:
<variant> геморрагиялық васкулитке (Шенлейн-Генох ауруы)
<variant> гемофилияға
<variant> Виллебранд ауруына
<variant> аутоиммунды тромбоцитопенияға
<variant> гемофилияға
<question> Тура емес антикоагулянттардытағайындауға дейін және емдегенде гемостаздың ... көрсеткішін тексеру қажет:
<variant> протромбинді индекс
<variant> қан кету ұзақтығы
<variant> қан ұю уақыты
<variant> ұйыған қан ретракциясы
<variant> тромбоциттер саны
<question> Артериялық гипертензия қант диабетімен үйлескен егде жастағы науқастарға ұсынылады:
<variant> телмисартан
<variant> гидрохлотиазид
<variant> бисопролол
<variant> метопролол
<variant> амлодипин
<question> 65 жастағы науқас әйелдің анамнезінде АГ, ЖИА, аорталық-коронарлық шунттау, қантты диабет. Ем қабылдауда.. Анализдерінде: глюкоза 153.7 mg/dL, мочевина - 53,62 mg/dL,

креатинин 1,08 mg/dL, несеп қышқылы - 314,2 μmol/L, жалпы билирубині 0,4 mg/dL, тікелей билирубині - 0,06 mg/dL, ALT 19,82 U/L, AST 19,18 U/L, С-реак. белок 0,17 mg/dL, жалпы холестерині - 5,91 mmol/L, жоғары тығыздықтағы липопротеиндері - 1,07, төмен тығыздықтағы липопротеиндері - 4,28, үшглицеридьері - 2,85 mg/dL. Дәрігер
Аторвастатин тағайындады. Статиндерді қабылдағанда ұсынылатын бауыр қызметінің көрсеткіштерін көрсетіңіз:
<variant> норманың жоғарғы шегінің 3 есесінен аспау керек
<variant> норманың жоғарғы шегінің 4 есесінен аспау керек
<variant> норманың жоғарғы шегінің 5 есесінен аспау керек
<variant> норманың жоғарғы шегінің 6 есесінен аспау керек
<variant> норманың жоғарғы шегінің 7 есесінен аспау керек
<question> 67 жастағы әйел іштің ауыруына, салмағының төмендеуіне, оң жақ қабырға астындағы пальпацияланатын түзіліске және жалпы жағдайының түсініксіз нашарлауына шағымданды. Бауырдан іштің үйкеліс шуы естіледі. Диспансерлік есепте тұрады. Аталған көрсеткіштердің қайсысы гепатоцеллюлярлық карцинома скринингтік тест ретінде пайдалануға болады?
<variant> Альфа-фетопротеин (АФП)
<variant> Билирубин
<variant> D-димер
<variant> Креатинин
<variant> Гликозирленгенгемоглобин
<question> Ер кісі 66 жаста, үйде 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 мин. Қарап 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, менингиаль белгілері жоқ. Науқасты емдеуде керек тактика.
<variant> нейрохирургия бөлімшеге жеткізу керек
<variant> науқасты үйіне тастап, отбасылық 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> магнитті-резонансты томография
<variant> Электроэнцефалография
<variant> жалпы қан анализі

<variant> қанның биохимиялық анализі
<variant> электрокардиография
<question> 67 жастағы ер адам. Сол жақтағы тізе буындарының ауыруы мен ісінуіне, басқа да ірі буындардағы ауыспалы сипаттағы ауыру сезіміне, бұлшықеттегі ауыруға, бас ауыруына, салмағының 5 кг-ға төмендеуіне, кешкі уақыттарда дене температурасының 37,5°-ға дейін көтерілуіне шағымданады. Кей кездерде дене температурасы бірнеше күн бойына 38,5°-ға дейін көтеріледі. Бұл симптомдардың барлығы 6 ай бұрынғы салқын тиюден кейін пайда болған. Анамнезінде – қолдан сатып алынған сүт өнімдерін көп пайдаланған. Объективті: алақан мен табанның гипергидрозы, тізе буындарының симметриялы емес ісіну, локалды температура, положительный симптом баллотирования наколенника. Қанның жалпы анализі: Эр – 3,2, Нб – 110 г/л, Л- 4,9 х109/л, Нф – 68%, Лф – 38%, СОЭ 29 мм/ч. РФ – 22 МЕ/мл, СРБ - +++. РХ – теріс; РА – теріс. Қандай зерттеу диагнозды нақты анықтауға көмектеседі?
<variant> Бруцеллездік антигендерге антиденеге ИФА
<variant> Антицитруллиндік антидене
<variant> Тізе буындарының рентгенографиясы
<variant> Қандағы зәр қышқылын зерттеу
<variant> Манту сынамасы және кеуде қуысы органдарының Р-суреті
<question> Ер кісі 64 жаста, денесінің оң жақ бүйір беткейінде түзілімнің пайда болуына шағымданады. Анамнезінде түзілімнің 4 ай бұрын байқаған. Дәрігер қарап тексергенде жұмсақ-эластикалық консистенциялы,қозғалмалы,өлшемі 2,5х3,0 см, тері асты шелінің деңгейінде анық шекарасмен түзілім анықтады.Осы жағдайда сіздің ары қарайғы тактикаңыз?
<variant> Хирургке жолдау: алып тастау және гистология үшін
<variant> Динамикада бақылауды ұсыну
<variant> Түзілімге пункция жасау
<variant> сорып алу терапиясын тағайындау
<variant> Қыздыратын компресс ұсыну
<question> Әйел 64 жаста. Ауыр емес жүктемеден кейінгі ентігуге, құрғақ жөтелге шағымданып келді. Ентігу аралас сипатта. 5 жылдан бері ӨСОА диагнозымен бақылауда тұрады. 30 жылдан бері күніне 1-1,5 қорап шылым шегеді. Науқас аз қақырықты жөтел ұстамасында қақырықта қан жағындысының болатынын байқаған. Ентігу бұрынғыға 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 жүргізу қажет ?
<variant> Бронхоскопия биопсиямен
<variant> кеуде қуысының КТ
<variant> Спирографию
<variant> SYFRA онкомаркерін анықтау
<variant> GenExpert
<question> 65 жастағы әйел 1 ай бойы мазалайтын эпизодтық жөтел мен ентігуге шағымданады. Жөтел өнімсіз, баспалдақпен көтерілу кезінде және түнде күшейеді. 8 апта бұрын дене қызуы көтерілген, тамақтың ауруы және мұрынның бітелуі болған. 10 жыл бойы АГ. Күн сайын 16 жыл бойы жарты қорап темекі шегеді. PS 78/мин, ТЖ 18/мин, АҚҚ 145/95 мм.с.б. Пульсоксиметрия 96%. Дем шығару соңында аускультативті- құрғақ сырылдар. Спирометрия: FVC 65% және FEV 60%. Ең ықтимал тұжырымды дәлелдеуге маман кеңесңн ұсыныңыз.
<variant> Бронхтық астма, аллерголог
<variant> Ауруханадан тыс пневмония, пульмонолог
<variant> Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, кардиолог
<variant> α1-антитрипсин тапшылығы, терапевт

<variant> ГЭРА, гастроэнтеролог
<question> Ер адам 64 жаста, глаукоманы анықтауға скрининг жүргізу кезінде жанасусыз әдіспен көз ішілік қысымның келесі көрсеткіштері анықталды: оң көз - 25 мм сын.бағ, сол көз - 18 мм сын.бағ.Ары қарайғы тактикаңыз қандай?
<variant> офтальмологқа толық тексерілуге жолдау
<variant> 3 айдан кейін қайталап тексеруді ұсыну
<variant> терапевтке жолдау
<variant> глаукомды кабинетке жіберу
<variant> стационар жағдайында толық тексерілуге жолдау
<question> Ер кісі 72 жаста. Бірнеше күн бойы іш қату мазалайды. Соңғы 3 айда 5 кг арықтаған. Қанда - панцитопения және ЭТЖ 65 мм/сағ.Диагнозды нақтылау үшін қажетті зерттеу және маман кеңесі
<variant> прицельды биопсиямен колоноскопия, онколог
<variant> тік ішекті пальпаторлы тексеру, проктолог
<variant> Альфа-фетопротеин, онколог
<variant> құрсақ қуысы мүшелерінің КТ, онколог
<variant> Ирригосокпия, хирург
<question> Ер кісі 65 жаста, терапевтке кешкісін дене температурасының 38о дейін жоғарылауына, әлсіздікке, шаршағыштыққа, тәбетінің болмауына, қан жағындысы бар, шырышты қақырықты жөтелге, оң жақ кеуде торының ауруына, соңғы 3 айда 2 кг арықтағанына шағымданып келді. Туберкулезбен контактыны жоққа шығарады. Оң жақ өкпеде аздаған ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі. Қан анализінде: эр – 3,28х 1012, Hb – 138, э – 2, с/я – 69, м – 11, лимф – 18, лейк. – 10,2 х 109, ЭТЖ – 38 мм/сағ. Диагностика алгоритмі бойынша кең спектрлі антибиотиктермен ем қабылдады. Алған емнен нәтиже болған жоқ, интоксикациялық синдром жойылған жоқ. Бақылау рентгенограммасында өкпедегі инфильтрат қатаюмен теріс динамика беруде. Науқасты жүргізуде қандай тактика БАРЫНША тиімді?
<variant> ТМБ қақырық анализі және фтизиатр консультациясы
<variant> дәріге сезімталдылықты анықтауға екіншілік флораға қақырық анализі
<variant> атипиялық тінге қақырық анализі және онкологтың консультациясы
<variant> атипиялық микобактерияға қақырық анализі
<variant> кандидаға қақырық анализі
<question> 63 жастағы әйел ентігуге, дене қызуының 38.0º дейін жоғарылауына, әлсіздікке, тершеңдікке шағымданып түсті. 2 күн бұрын ЖРВИ фонында ауырған. Объективті: терісі ылғалды,бозғылт, тырнақтары барабан таяқшасы тәрізді.АҚҚ 130/90 мм сын. бағ., ЖЖС – 115 мин, ТЖ – 18 мин. Әлсіз тыныс фонында сол жақтың төменгі бөлігінде ылғалды майды көпіршікті сырылдар естіледі. Пульсоксиметрия – 88%. Рентгенограммада: қабырғалары горизонталь орналасқан, қабырға аралықтары кеңіген, өкпе түбірі кеңейген, фиброзды және қантамырлық компоненттердің есебінен өкпе суреті күшейген, сол өкпенің төменгі бөлігінде инфильтратты қосылған көлеңкелер бар. Қандай тактика БАРЫНША тиімді?
<variant> реаниматолог кеңесі, РИТБ (ОРИТ) жедел госпитализациялау
<variant> ципрофлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> левофлоксацинмен стационар жағдайында үйде емдеу
<variant> күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу
<variant> терапевтік бөлімге жоспарлы түрде госпитализациялау, ровамицин
<question> 67 жастағы ер адам 2 ай бойы жүрген кездегі ентігуге шағымданып дәрігерге жүгінді. Анамнезінде гиперхолестеринемия, симвастатинді қабылдайды. 35 жыл бойы үйлерді бұзу

жөніндегі компанияда жұмыс істеді. 33 жыл күніне 1 қорап темекі шегеді. Аускультацияда екі өкпеде де ұсақ сырылдар естіледі. Рентгенде-төменгі бөліктегі диффузды инфильтраттар және кальцийленген плевралық бляшкалар. Науқаста қандай жағдайдың дамуы орыналуы мүмкін?
<variant> Бронхогенді карцинома
<variant> Қалқанша безінің карциномасы
<variant> Туберкулез
<variant> Саркоидоз
<variant> Мезотелиома
<question> 68 жастағы ер адам дәрігерге сол аяғындағы ауырсынатын бөртпеге байланысты барған. Соңғы 2 жылда ол мезгіл-мезгіл суықта саусақтарының түсі ақтан көкке және қызылға өзгеретін, кейін жоғалып кететін эпизодтар пайда болған. 20 жыл бойы күніне 2 қорап темекі шегеді. АҚҚ - 115/78 мм с.б.б. Қарап тексергенде, сол аяқтың бүйір бетінде бірнеше қара күлгін түйіндер қоршаған эритема бар. Оң саусақтың ұшында құрғақ жаралар бар. Болжам диагнозы, бейінді маман кеңесі:
<variant> Облитерациялаушы тромбоангиит, ангиохирург
<variant> Дислипидемия, кардиолог
<variant> Артериит Такаясу, ревматолог
<variant> Полиневропатия, невролог
<variant> Терең веналардың тромбозы, ангиохирург
<question> Қабылдауға 72 жастағы науқасты туысы ертіп келген. Оның айтуы бойынша науқастың есте сақтауы нашарлап барады, әсіресе жаңа хабарды сақтауда. Науқастың күнделікті өмір сүруіне есте сақтауының бұзылуы айтарлықтай кедергі жасайды. Жақсы білетін немесе айқын танитын зат қана сақталады. Жаңа хабарлар кездейсоқ немесе аз уақытқа ғана есінде сақталады. Науқас негізгі мәлметтерді есіне түсіре алмау жағдайында, яғни қайда тұратынын,қазір ғана не істегенін немесе туысының атының кім екенін. Объективті жағдайы қанағаттанарлық. АҚҚ 150\100 ммсын .бағ. пульс 80 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритмі дұрыс.Аяқтары ісіңкі. Сіздің болжам диагнозыңыз, маман кеңесі?
<variant> Альцгеймер ауруы, невролог
<variant> Паркинсон ауруы, невролог
<variant> Гипертониялық энцефалопатия, невролог
<variant> Қарттық деменция, психиатр
<variant> Мидың ісігі, онколог
<question> Науқас 74 жаста,пневманияға байланысты антибактериальды терапия алды. Динамикада жағдайы жақсармады, әлсіздік, кеудедегі ауру сезімі өрістеп, арықтап кетті. Контрольдік компьютерлі томографияда - анық емес шекарасымен, айқын тығыздықта,ошақ көлемі бүрнеше мөлшерге ұлғайған. Қақырықты зерттеуде қандай қорытынды БАРЫНША анықталуы мүмкін?



<variant> Атипті клеткалар
<variant> Грам-теріс қышқылға төзімді бациллалар
<variant> Нейтрофильді цитоз

<variant> Саңырукұлақты мицеллия
<variant> гантелтәріздес денешіктер
<question> Дұрыс қорытынды жасаңыз. Стенокардияға патогномды болып табылады:
<variant> физикалық күштемеге төс артының ауыруы және ST сегментінің 2 мм және одан аса депрессиясы
<variant> ST сегментінің 1 мм-ге және одан аз супрессиясы
<variant> физикалық күштемеге төс артының ауыруы, физикалық күштемеге ЭКГ өзгеріссіз болуы
<variant> физикалық күштемеге экстрасистолияның дамуы
<variant> III стандартты және aVF тіркемелерінде Q тісшесінің ұлғаюы
<question> Өкпе артериясы тромбоэмболиясының негізгі электрокардиографиялық белгілеріне жататындарын белгілеңіз:
<variant> SI-QIII синдромы және ST сегментінің III,V1,V2 тіркемелерінде жоғары ығысуы
<variant> V4-V6 тіркемелерінде терең Q сермесі
<variant> I, II және aVL тіркемелерінде ST сегментінің депрессиясы
<variant> II, III және aVF тіркемелерінде ST сегментінің депрессиясы
<variant> кеуделік әкетулерде Т тісшесінің инверсиясы
<question> Миокардтың трансмураль инфарктінің ерте ЭКГ белгісін таңдаңыз:
<variant> QS кешенінің пайда болуы
<variant> QRS комплексінің өзгерісі
<variant> Т сермесінің инверсиясы
<variant> жүрек ырғағының бұзылысы
<variant> ST сегментінің 1 мм-ден аса жоғарылауы
<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 бір қорап шылым тартады. Об-ті: ДСИ (ИМТ) 32, АҚ 135/65 мм сын. бағ. ЖЖС 75 мин, жүрек тондары анық, ретті. Диагноздың бірінші кезеңінде келесі зерттеуді жүргізу және кеңеске жіберу керек:
<variant> Коронароангиография, кардиолог
<variant> Кеуде торының Р-графиясы, пульмонолог
<variant> Эхокардиография, кардиолог
<variant> Холтер-Электрокардиография, аритмолог
<variant> Үйқы артериясының допплер-сонографиясы
<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лимфа түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.
Осы берілген мәліметтердің ішінен диагнозды болжауға мүмкіндік беретін анализді таңдаңыз:
<variant> перифериялық қан анализі
<variant> стернум пункциясы
<variant> трепанобиопсия
<variant> лимфалық түйіндер биопсиясы
<variant> талақ пункциясы
<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лима түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28

мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.
Анемия себебін және кеңеске жіберетін бейінді маманды анықтаңыз:
<variant> аутоиммунды гемолиз, гематолог
<variant> бласты криз, гематолог
<variant> асқазан-ішектік қан кету, хирург
<variant> жіті гепатит, гепатолог
<variant> агранулоцитоз, гематолог
<question> 68 жастағы науқас әлсіздік, тершеңдік, дене салмағын 2 жылда 10 кг жоғалтқанына шағымданып келді. Бауыры мен көкбауыры ұлғайған, лимфа түйіндерінің барлығы ұлғайған. Қан анализінде: Нв 85 г/л, эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, т/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, ЭТЖ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11мкмоль/л. Сары су темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.
Болжам диагнозын, кеңеске жіберетін маманды анықтаңыз:
<variant> созылмалы лимфолейкоз, гематолог
<variant> жедел лейкоз, гематолог
<variant> миелофиброз, гематолог
<variant> созылмалы миелолейкоз, гематолог
<variant> лимфосаркома, онкогематолог
<question> 65 жастағы ер кісі клиникаға иық сүйегінің сынуымен түсті. ЭТЖ 63 мм/сағ. Гиперпротеинемия М-градиентпен, миелограммада – плазмалық инфильтрация 38%. Болжам диагнозы, маманға кеңеске жіберіңіз:
<variant> миелома ауруы, онкогематолог
<variant> жедел лейкоз, гематолог
<variant> созылмалы гепатит, гепатолог
<variant> миелофиброз, онкогематолог
<variant> созылмалы миелолейкоз, гематолог
<question> Дұрыс тұжырымды және кеңеске маманды таңдаңыз, қан анализінің мына өзгерістері: эр. 1,8 х 10_{12}/л , Нв 36 г/л, ЦП 0,9; лейк. 1,6х10^{9}/л, тромб. 5,0х10^{9} /л ... тән:
<variant> аплазиялық анемияға, гематолог
<variant> темiртапшылықты анемияға, терапевт
<variant> B_{12}- дефицитті анемияға, терапевт
<variant> гемолиздік анемияға, гематолог
<variant> сидероахрезиялық анемияға, терапевт
<question> Плеторалық синдромға тән дұрыс тұжырымдарды және кеңеске маман таңдаңыз,:
<variant> эритромелалгия, "қоян көз" симптомы, АҚ жоғарылауы; гематолог
<variant> лейкопения, тромбоцитопения; гематолог
<variant> эритромелалгия, тромбоцитопения, терапевт
<variant> "қоян көз" симптомы, АҚ жоғарылауы, офтальмолог
<variant> нефропатия, нефролог
<question> Аплазиялық анемияның диагноздық критерийлерін белгілеңіз:
a) панцитоз
b) панцитопения
c) сүйек миының кебуі
d) қан түзілуінің мегалобласты типі
e)геморрагиялық синдром
<variant> b, c, e

<variant> a, d
<variant> b, d, e
<variant> a, b, e
<variant> a,c, e
<question> Дұрыс тактиканы таңдаңыз. 62 жастағы зейнеткер, ер кісі, емханаға келесі шағымдармен келді: әл-дәрменінің, тәбетінің құруы, жүрегінің айнуы, тамақтан жиіркену, дене салмағын жоғалту. Бір жылдың ішінде 15 кг салмақ жоғалтқан. Об-ті: науқас өте жүдеу, тері жамылғылары құқыл. Бойы 172 см, дене салмағы 53 кг. Сол бұғана үстінде 2 см дейін үлкейген лимфалық түйін пальпацияланды. Пальпацияда ішінің эпигастрий аймағы ауырады, бұлшық еттің шамалы керілуі анықталды. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ТК 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.
<variant> онколог кеңесі
<variant> хирург кеңесі
<variant> гастроэнтеролог кеңесі
<variant> гематолог кеңесі
<variant> терапевте емделу
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 67 жастағы ер кісінің шағымдары: оң және сол қабырға астының ауыруы, дене қызуының субфебриль сандарға жоғарылауы, мұрнының жиі қанауы, 3-4 айда 9 кг салмақ тастауы. Өзін 2 жыл көлемінде дертті санайды: тері түсі қоңырая бастаған. Об-ті: тері жамылғысы қола түсті, склерасы сары, алақан сызықтарында күңгірт пигментация, төсінде, арқасында, иықтарында “тамырлық жұлдызшалар”. Іші бос сұйықтық есебінен ұлғайған, бауыры талағы үлкейген.
<variant> гемохроматоз, гастроэнтеролог
<variant> Вильсона Коноваловтың ауруы, гастроэнтеролог
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы, гастроэнтеролог
<variant> Бадд-Киаридің ауруы, хирург
<variant> бауыр амилоидозы, гастроэнтеролог
<question> Диагнозына қатысты дұрыс тұжырымды және кеңеске маман таңдаңыз: 64 жастағы, жаралық анамнезі қысқа және жарасы ұзақ уақыт тыртықталмай жүрген ер кісі, келесі шағымдармен қаралды: әлсіздік, жүрек айнуы, тәбетінің жоғалуы, эпигастрий аймағының тұрақты ауыруы, салмақ жоғалту.
<variant> рактің біріншілік-жаралық формасы, онколог
<variant> асқазан шығу жолының стенозы, хирург
<variant> жараның пенетрациясы, хирург
<variant> жараның перфорациясы, хирург
<variant> жарадан қан кету, хирург
<question> Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Пациент диареяға, ішінің бар аймағының ұстамалы ауыруына, бірден ыстықтау сезіміне, бетінің гиперемиясына, тұншығу ұстамалары мен жүрек қағуына шағымданды.
<variant> карциноиды синдром, эндокринолог (онколог)
<variant> Уипплдың ауруы, гастроэнтеролог
<variant> лимфосаркома, онколог
<variant> лимфогранулематоз, онколог
<variant> бейспецификалық жаралы колит, гастроэнтеролог
<question> Болжам диагнозын, кеңеске маман таңдаңыз. 74 жастағы әйелді ішінің төменгі жағының толғақ тәріздес ұстамалы ауырсынуы мазалайды, ауырсынуы сегізкөзіне тарайды, іші кебеді, газдың бөлінбеуі, соңғы 4 тәулікте үлкен дәреттің болмауы көңілін алаңдатады. Науқас

соңғы көптеген жылдар барысында іш қатуынан зардап шегеді. Об-ті: іші кебіңкі, пальпацияда шамалы ауырады. Перкуссияда жоғары тимпанит, “судың шолпыл” симптомы естілді. Тік ішек арқылы тексергенде: тік ішектің ампуласы бос, сфинктер босаңсыған. Сифонды клизма қоюға талпыныс жасағанда – сұйықтық көлемі 350 мл жеткенде, кері құйылды.
<variant> сигма ішегінің обтурациялаушы ісігі, ішек өтімсіздігі; онколог
<variant> рефлекторлы обстирпация, гастроэнтеролог
<variant> ішек парезі, хирург, невролог
<variant> ішек инвагинациясы, хирург
<variant> медикаменттік обстирпация, терапевт
<question> Диагнозын болжаңыз, маманға жіберіңіз. 68 жастағы әйел кісінің шағымдары: оң иық буынының ауырсынуы, құрғақ жөтел, әлсіздік. Иығының ауыруы алғаш 3 ай бұрын физикалық күштememен байланысты мазалай бастаған, өздігінен ауырсынуды басуға тырысқан, бірақ ол күшейе түсіп, жөтел, әлсіздік қосылған. Об-ті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, оң иық буынының қимыл көлемі күрт шектелген, пальпацияда ауырсынуы айқын, Горнер симптомы оң (птоз, миоз, энофтальм). Аускультациялық зерттеуде оң өкпесінің жоғарғы бөлігінде везикулалық тыныс әлсіреген.
Рентгендік көрінісінде:

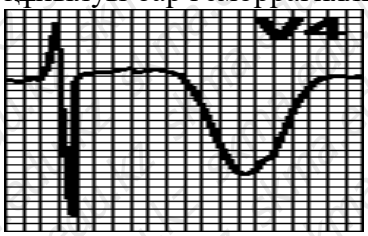


<variant> өкпенің жоғарғы сайының ісігі (Панкост рагі); онколог
<variant> плевра ісігі; онколог
<variant> туберкулема; фтизиатр-хирург
<variant> жоғары бөліктік сөмкеленген плеврит; торакаль хирургі
<variant> өкпе абсцесі; торакаль хирургі
<question> Диагнозын болжаңыз, маманға жіберіңіз. 64 жастағы әйелде жөтел, көп көлемді қақырықпен, ентігу, кеуде сарайының ауыруы, әлсіздік бар. Дертті болғанына 6 ай. Рентгендік тексеруде: екі жақты төменгі бөліктерінде және оң орта бөлігінде әркелкі тығыздықтағы, пішіндері әртүрлі, контурлары анық емес, бөлікаралық саңылаудан жоғарғы бөліктеріне таралатын көлеңкелер анықталды.
<variant> бронхиолалық-альвеолалық рак; онколог
<variant> екі жақты пневмония; пульмонолог
<variant> өкпе шемені; кардиолог
<variant> өкпенің инфильтрациялық туберкулезі; фтизиатр
<variant> идиопатиялық фиброздаушы альвеолит; пульмрнолог
<question> Диагнозын болжаңыз, маманға жіберіңіз. 67 жастағы ер кісіні жөтел, кезеңдерімен қан қақыру, салмақ жоғалту мазалайды. 1,5 ай дертті, 5 кг салмақ тастаған. Об-ті: сол жоғары бөлігінде везикулалық тыныс әлсіреген. Рентгендік тексеруде: сол өкпесінің жоғарғы бөлігі кішірейген, әркелкі тығыздалған, суреті қоюланған. Жоғарғы бөліктік бронх сүйірлене тарылған, қабырғалары біркелкі емес. Бөлікаралық плевра жоғарыға ығысқан. Түбір аймағы мен аорта доғасының астында ұлғайған л/түйіндер.

<variant> орталық рак, онколог
<variant> жедел пневмония, терапевт, пульмонолог
<variant> инфильтрациялық туберкулез, фтизиатр
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы, кардиолог
<variant> өкпе абсцесі, хирург
<question> Диагнозын болжаңыз, иаианға жіберіңіз: 63 жастағы ер кісінің жөтелге, әлсіздікке, шаршағыштық пен кеудесінің ауырсынуы, ентігуге шағымдары бар. 2 ай дертті. Об-ті: өкпесінде тынысы везикулалық, сырылдар жоқ, ТЖ 26 мин. АҚ 125/80 мм сын. бағ. ЖЖС 92 мин. Жалпы шолу рентгенограммасында орталық көлеңкенің бір жақты кеңеюі. Томограммада паратрахеалық, трахея-бронхтық лимфалық түйіндер топтамасының ретсіз ұйысуы (бір конгломератқа) бар. Сыртқы контурлары адыр-бұдыр. Іргелес өкпе тінінің қоюлануы, пішінінің өзгеруі анықталды. Бронхоскопияда кеңірдектің оң қабырғасы мен оң басты бронх қабырғалары ебедейсіз, кілегей қабаттары қызарған, қанағыш.
<variant> өкпе рагінің медиастинумдік түрі, онколог
<variant> кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезі, фтизиатр
<variant> лимфогранулематоз, окнколог
<variant> саркоидоз, терапевт
<variant> тимома, онколог
<question> Шешім қабылдаңыз: 66 жастағы ер кісіні іріңді қақырық бөлінетін жөтел, дене қызуының 39,5^{0}С жоғарылауы, кеуде сарайының ауыруы, ентігу әлсіздік мазалайды. Жіті ауырған, қалтырау,кеудесінің ауыруы, құрғақ жөтелден басталған, емделмеген, 1 аптадан соң аузын толтырып іріңді қақырықпен жөтелге ауысқан, соңғы тәулікте қан араласа бастаған.
<variant> өкпе абсцесі, торакальді хирургия бөліміне шұғыл госпитализация
<variant> каверналық туберкулез, тубдиспансердің торакальді хирургия бөліміне шұғыл госпитализация
<variant> перифериялық рактің қуыстық түрі, порталмен онкологияға жолдау
<variant> өкпе эхинококкозі,торакальді хирургия бөліміне шұғыл госпитализация
<variant> өкпе абсцесі, пульмонология бөліміне шұғыл госпитализация
<question> Жетекші синдромын, болжам диагнозын анықтаңыз; маманға жіберіңіз: дені сау 73 жастағы ер адамда қатты жөтелден кейін ентігу ұстамасы мен кеудесінің сол жағында күшті ауырсыну пайда болған. Тексергенде: кеуде сарайының сол бөлігінде тимпанит, везикулалық тыныстың күрт әлсіреуі.
<variant> торакалгия, плевра қуысына ауа жиналу, спонтанды пневмоторакс; хирург
<variant> вертеброгенді торакалгия, кеуде омыртқааралық остеохондроз; невролог
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокард инфаркті; кардиолог
<variant> торакалгия, құрғақ плеврит; пульмонолог
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, өкпе артериясының тромбоэмболиясы; кардиолог
<question> 65 жастағы ер кісі үдемелі ентігуге шағымданды. Зерттеулерден: ЭТЖ 65 мм сын. бағ. Рентгендік зерттеуде плевра қуысына сұйықтық жиналу анықталды. Пункциямен 500 мл сұйықтық алынды. 2 күннен соң сұйықтық қайта жиналды. Диагнозын нақтайтын зерттеуді таңдаңыз, маманға жіберіңіз.
<variant> экссудатты цитологиялық зерттеу; онколог
<variant> трансбронхтық пункция; хирург
<variant> онкомаркерлерге тексеру; онколог
<variant> кеуде сарайы органдарының магниттік-резонанстық томографиясы, онколог
<variant> кеуде сарайы органдарының компьютерлік томография, невролог

<question> Дұрыс тұжырымды, кеңеске маманды таңдаңыз. Құрғақ жөтелде ұзақ уақыт қан қақыру ... тән.
<variant> бронхогенді ісіккеғ онколог
<variant> өкпе туберкулезінеғ фтизиатр
<variant> пневмокониозға, профпатолог
<variant> созылмалы бронхитке, пульмонолог
<variant> бронхоэктаздық ауруға, пульмонолог
<question> Жетекші синдромын, болжам диагнозын анықтаңыз, маманға жіберіңіз: 66 жастағы ер кісінің рентгендік зерттеуінде: кеуде аралығының ұзына бойы оңға қарай үлкейгені, контурларының анық еместігі анықталды. КТ плевраның медиастинумдық, алдыңғы костальді және диафрагмалық беттерінде өзара тұтасқан түрлі өлшемді түйіндер анықталды. Висцераль плевраның негізгі бөлікаралық саңылау бойымен біркелкі емес қалыңдауы анықталды. Плевра қуысында латеропозицияда 3,5-4,0 см текшеленіп жайылған бос сұйықтық бар. Кеуде аралығы ығыспаған. Барлық ірі бронхтардың қуыстары өзгермеген. Өкпеде ошақты және инфильтрациялық өзгерістер жоқ. Плевра қуысынан, сорып тастағаннан соң қайта жинала беретін, геморрагиялық экссудат бірнеше рет алынды.
<variant> плевраның зақымдану синдромы (сұйықтықтың рецидивтеуші жиналуы), плевраның мезотелиомасы; онколог
<variant> плевраның зақымдану синдромы (сұйықтықтың рецидивтеуші жиналуы), плевраның метастаздық зақымдануы; онколог
<variant> плевраның зақымдану синдромы, өкпе рагінің медиастинумдік түрі; онколог
<variant> плевраның зақымдану синдромы, лимфома; онколог
<variant> плевраның зақымдану синдромы, өкпе туберкулезі; фтизиатр
<question> 68 жастағы, ішімдікті көп қолданатынер кісі пневмонияға байланысты амбулаторлық жағдайда антибиотиктер қабылдаған, бірақ науқастың жағдайы жақсармаған, керісінше, дене қызуы 39^0С дейін жоғарылаған. ҚЖА: айқын нейтрофильдік лейкоцитоз, солға ығысумен, ЭТЖ 40 мм/сағ. Рентгенограммада: сұйықтықтың анықгоризонталь деңгейі бар инфильтрат. Жетекші синдромдары, болжам диагнозы; маманға жіберіңіз:
<variant> өкпеде қуыс түзілу, өкпенің тығыздалу, қызба, интоксикация, бейспецификалық қабыну, өкпе абсцесі; торакаль хирург
<variant> өкпеде қуыс түзілу, өкпенің тығыздалу синдромы, қызба, плеврaға сұйықтық жиналу, плевропневмония; пульмонолог
<variant> өкпеде қуыс түзілу, өкпе ауалылығының арту, қызба, интоксикация, туберкулез; фтизиатр
<variant> өкпеде қуыс түзілу, өкпе ауалылығының кему, қызба, плевраның зақымдану, плеврит; хирург
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылу, өкпе ауалылығының кему, өкпенің тығыздалу, пневмосклероз; пульмонолог
<question> 69 жастағы ер кісінің жүрек ұшында дене қалыбымен байланысты өзгеретін, тұрақсыз диастолалық шу анықталды. Соңғы жыл көлемінде естен танулар басталған. Дене қызуы жиі көтеріледі. Бұл жағдайды болжаңыз, маманға жіберіңіз:
<variant> сол жүрекшенің миксомасы; онколог
<variant> емізікше бұлшық еттің үзілуі; кардиохирург
<variant> митральді қақпақтардың шамасыздығы; ревматолог
<variant> митральді стеноз; ревматолог
<variant> жүректің тума ақауларын (Лютембаше синдромын); кардиохирург

<question> Дұрыс тұжырымды, кеңеске маманды таңдаңыз. 76 жастағы ер кісіні жөтел, кезеңдерімен қан қақыру, салмақ жоғалту, дене қызуы мазалайды. 1,5 ай дертті, 5 кг салмақ тастаған. Об-ті: сол жоғары бөлігінде везикулалық тыныс әлсіреген. Рентгендік тексеруде: сол өкпесінің жоғарғы бөлігі кішірейген, әркелкі тығыздалған, суреті қоюланған. Жоғарғы бөліктік бронх сүйірлене тарылған, қабырғалары біркелкі емес. Бөлікаралық плевра жоғарыға ығысқан. Түбір аймағы мен аорта доғасының астында ұлғайған л/түйіндер.
<variant> орталық рак; онколог
<variant> жедел пневмония; пульмонолог
<variant> инфильтрациялық туберкулез; фтизиатр
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы; кардиолог
<variant> өкпе абсцесі; пульмонолог
<question> 65 жастағы ер кісіні соңғы 8 айда құрғақ жөтел, кеудесінің оң жартысының ауыруы мазалайды. 5 кг салмақ жоғалтқан. Соңғы 3 аптада әлсіздік күшейген, жәй күйде ентігу дамыған, дене қызуы 38^0С жоғарылаған. Об-ті: кеудесінің оң жартысының үстінде перкуссиялық дыбыс тұйық, тынысы тек өкпе ұшында естілді, сол жағында везикулалық тыныс. Рентгендік зерттеуде: оң плевра қуысында сұйықтық анықталды, ол III қабырға деңгейіне дейін. Диагнозын нақтайтын зерттеуді белгілеңіз, маманға жібңрңгңз:
<variant> плевралық пункция, сұйықтықтың лабораторлық зерттелуімен; пульмонолог
<variant> бронхоскопия; фтизиатр
<variant> қақрықтың атиптік клеткаларға анализі; онколог
<variant> кеуде сарайы органдарының компьютерлік томографиясы; хирург
<variant> торакоскопия; хирург
<question> 76 жастағы ер кісіде субарахналық (Ара́хнанемесеАрахнея /грек сөзінен) қан құйылуы бар геморрагиялық инсульт дамыған. ЭКГ қарап, дұрыс тұжырымды таңдаңыз:



<variant> кең, өте терең Т тісшесі ОНЖ зақымданғанда, әсіресе, субарахналық қан құйылуларда тіркеледі
<variant> жіңішке, терең Т тісшесі ЖИА тіркеледі
<variant> жіңішке, терең Т тісшесі сол және оң қарынша гипертрофияларында тіркеледі
<variant> алып теріс Т тісшелері V3-V4 (> 10 мм) апекстік ГКМП тіркеледі
(Ямагучи кардиомиопатисы)
<variant> кең, терең Т тісшесі – қалыпты бір түрі
<question> Травматология бөлімшесінде сан сынығымен жатқан 70 жастағы науқаста отырайын деген кезде кенеттен кеуде артында өткір, қысып ауыру сезімі пайда болды тұншығу, дем алу жиілігі 40 рет минутына, терісі бозғылт, бұл жағдай денесінің жоғарғы бөліктерінің үдемелі түрде көгерулерімен ауысты, салқын жабысқақ тер басты. АҚҚ 40/20 мм.с.б., пульсі 120 рет минутына, тондары естілмейді. Тыныс алу, асқорыту жүйелері жағынан өзгерістер жоқ. Сіздің алғашқы диагнозыңыз.
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> ЖИА. Миокард инфарктысы
<variant> аортаның сылынушы аневризмасы
<variant> кардиогенді шок

<variant> ЖИА. Үдемелі стенокардия
<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы. Сіздің диагнозыңыз.
<variant> саркоидоз
<variant> туберкулез
<variant> жедел ревматизм
<variant> ревматоидтық артрит
<variant> Хамен-Рич ауруы
<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы.Науқастағы көздің зақымдалуы ...көрінісі:
<variant> увеит
<variant> қант диабетінің асқынуы
<variant> гиперкальциемия
<variant> тума ақау
<variant> инфекциялық инфильтрациялар
<question> 65 жастағы науқас күш түскенде ентігуге, артралгияға, қызбаға және аяқтарындағы түйінді эритемаға шағымданды. Объективті: гепато-спленомегалия, жайылған лимфоаденопатия, көздің қасаң қабығының бұлыңғырлауы. Кеуде клеткасының рентгенографиясында өкпе түбірінің екі жақты аденопатиясы.Оптимальды еміне жатады:
<variant> стероидтар
<variant> аспирин
<variant> изониазид және стрептомицин
<variant> антивирусты дәрмектер
<variant> антибиотиктер
<question> 70 жастағы науқаста рентгендік тексеруде өкпенің диффузды инфильтрациясы; күшті және тез үдемелі ентігу. Биопсияда карциноматоз бар екендігі анықталды.Сіздің диагнозыңыз, маманға жолдаңыз
<variant> артқы назофарингстік карцинома; онколог
<variant> бронхогенді карцинома; онколог
<variant> асқазан карциномасы; онколог
<variant> базальклеткалы карцинома; онколог
<variant> өңеш карциномасы; онколог
<question> 70 жастағы науқаста рентгенологияда өкпенің диффузды инфильтрациясы фонында күшті және тез үдемелі ентігу. Биопсияда карциноматоз бар екендігі анықталды.Өкпенің аденоматозының белгілері болып табылады:
<variant> көптеген ошақтардан дамиды
<variant> Ничего из перечисленного
<variant> аурудың барлық ағымында гистологиялық зерттеудің теріс болуы
<variant> көптеген метастаздардың болуы
<variant> аталғандардың барлығы

<question> 75 жастағы науқас 3 ай бойы экссудатты плевриттен емделуде, клиникалық нәтиже болмады, плевра қуысына сұйықтық жиналу рецидиві үзілмеді. Сіздің диагнозыңыз, маманға жіберіңіз.
<variant> мезотелиома, онколог
<variant> өкпе қатерлі ісігі, онколог
<variant> Дресслер синдромы; кардиолог
<variant> жүрек жетіспеушілігі; кардиолог
<variant> қант диабеті, декомпенсация, энлокринолог
<question> 78 жастағы науқас әйел мойнында, иығында, жамбас белдеуінде ауыру сезіміне және құрысуға, бұлшық еттік әлсіздікке, субфебриль температураға шағымданды. 2-3 ай бойы ауырады. Объективті: пальпацияда мойын, иық тұсында, жамбас белдеуінде ауыру сезімі және қозғалысының айқын шектелуі. ЖҚА: ЭТЖ 70 мм/сағ. Науқастың сөзіне қарағанда преднизолонның 1 немесе 2 таблеткісі жағдайын жақсартады. Рентгенде сүйек-буын жүйесінде патология жоқ. Науқаста қандай диагноз?
<variant> жүйелі дерматомиозит
<variant> ревматизмдік полимиалгия
<variant> ревматоидты артрит
<variant> қатерлі ісік
<variant> ісіктік полимиозит
<question> 78 жастағы науқас әйел мойнында, иығында, жамбас белдеуінде ауыру сезіміне және құрысуға, бұлшық еттік әлсіздікке, субфебриль температураға шағымданды. 6 ай бойы ауырады. Объективті: пальпацияда мойын, иық тұсында, жамбас белдеуінде ауыру сезімі және қозғалысының айқын шектелуі. ЖҚА: ЭТЖ 70 мм/сағ. және креатининфосфокиназаның жеті рет жоғарылауы. Науқастың сөзіне қарағанда преднизолонның 1 немесе 2 таблеткісі жағдайын жақсартады. Рентгенде сүйек-буын жүйесінде патология жоқ. Сіздің тактикаңыз
<variant> ревматолог кеңесін ұйымдастыру
<variant> онколог кеңесін ұйымдастыру
<variant> ҚҚСЕД қатарымен емдеу
<variant> санаторий-курорттық ем
<variant> емге мұқтаж емес
<question> 68 жастағы науқас әйел клиникаға иығында, жамбас белдеуінде айқын бұлшықеттік әлсіздікке, қолдың буындарындағы ауыру сезіміне шағымданып келді. Объективті: қызғылт-көкшіл эритемамен периорбиталь ісіну, афония, иық және жамбас белдеуінің бұлшық етттері ісінген, қамыр консистенциялы. Буындарының сыртқы пішіні өзгермеген. КТ-да жұтқыншақта ісік анықталды. КФК 14 МЕ/мл жоғарылаған. Науқастың диагнозы.
<variant> екіншілік дерматомиозит
<variant> бұлшық еттік дистрофия
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> жүйелі склеродермия
<variant> біріншілік дерматомиозит
<question> 40 жыл темекі шегетін егде жастағы науқаста қан аралас беткей жөтел, жарты жылда 20 кг-ға арықтау, әлсіздік, аздаған физикалық күш түскенде ентігу, нейтрофилез, тромбоцитоз және ЭТЖ жоғарылауы бар. Сіздің тұжырымыңыз, маман кеңесін ұйымдастырыңыз.
<variant> өкпе рагі, онколог
<variant> бөліктік пневмония, пульмонолог
<variant> бронх демікпесі, аллерголог

<variant> өкпе артерияларының тромбоэмболиясы, кардиолог
<variant> Леффлер синдромы, аллерголог
<question> 6 сағат шірік шөппен жұмыс жасағаннан кейін фермерде аралас сипатта ентігу, қалтырау, қызуының 39^0С жоғарылауы, аздаған қақырықпен жөтел, кейде қан аралас, қан сары суында преципитациялаушы антидененің табылуы келесі ауруға тән, маман кеңесңн таңдаңыз:
<variant> экзогенді аллергиялық альвеолит, аллерголог
<variant> өкпенің милиарлы туберкулезі, фтизиатр
<variant> бронхопневмония, пульмонолог
<variant> идиопатиялық фиброздаушы альвеолит, пульмонолог
<variant> бронхтық астма, аллерголог
<question> 65 жастағы әйел қол саусақтарының дисталь фалангааралық буындарының қызаруы, ісінуіне шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Диагноз?
<variant> эрозиялық остеоартрит
<variant> ревматоидты артрит
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> анкилоздаушы спондилоартрит
<variant> жүйелі склеродермия
<question> 65 жастағы әйел қол басы саусақтарының дисталь фалангааралық буындарында ауыратын түйіндердің біртіндеп пайда болғанына шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Диагноз:
<variant> Геберден полиостеоартрозы
<variant> ревматоидты артрит
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> анкилоздаушыспондилоартрит
<variant> жүйелі склеродермия
<question> 65 жастағы әйел қол басы саусақтарының проксималь фалангааралық буындарында ауыратын түйіндердің біртіндеп пайда болғанына шағымданды. Басқа буын жағынан шағымдар жоқ. Тұжырым:
<variant> Бушар түйіндері
<variant> ревматоидты артрит
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> анкилоздаушыспондилоартрит
<variant> жүйелі склеродермия
<question> 72 жастағы ер кісі, 30 жыл бойы күніне 30 дана шылым шегеді, дәрігерге қан түкіріге шағымданып келді. Науқас күнделікті таңертең 5-10 мл қақырық түсуіне шағымданады. Физикалық және рентгенологиялық зерттеулер патология таппады. Қан түкірудің себебі жіне маман кеңесі:
<variant> бронхогенді карцинома, онколог
<variant> өкпе туберкулезі, фтизиатр
<variant> бронхоэктазия, пульмонолог
<variant> созылмалы обструкциялық бронхит, пульмонолог
<variant> альфа 1 -антитрипсиннің жетіспеушілігі, пульмонолог