БАҚЫЛАУШЫ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАР

2-ші аралық бақылау бағдарламасының сұрақтары

Білім беру бағдарламасының аты: «Жалпы дәрігерлік тәжірибе»

Пән коды: ZHDT 7301-1

Пәні: «ЖТД-і ішкі аурулар»

Кредиттің/сағатының жалпы көлемі: 450 сағ/15 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>Диагнозын анықтаңыз. Науқас 22 жаста, бет терісінде шекарасы анық эритема байқалды, оның фонында нүктелі папулезді-везикулезді бөртпелер орналасқан. Субъективті: қышу, ашу мазалайды. Анамнезінен: сырқаты ағартатын крем қолданғаннан кейін пайда болған.
<variant> Аллергиялық контактілі дерматит
<variant> Жүйелі қызыл жегі
<variant> Шынайы экзема
<variant> Қарапайым көпіршікті теміреткі
<variant> Жіті есекжем
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын көрсетіңіз (толтыратын). Өндірістік тәжірибе өтіп жүрген жоғары оқу орнының студенті жүрек айнуына, құсуға, селсоқтыққа шағымданып келді. "Тағамдық жедел токсикоинфекция" диагнозы қойылды.
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Қабылдауға 72 жастағы науқасты туысы ертіп келген. Олардың айтуынан науқастың есте сақтауы, әсіресе жаңа хабарды сақтауда, нашарлап барады. Науқастың күнделікті өмір сүруіне есте сақтауының бұзылуы айтарлықтай кедергі жасайды. Жақсы білетін немесе айқын танитын зат қана таныс. Жаңа хабарлар кездейсоқ немесе аз уақытқа ғана есінде сақталады, негізгі мәліметтерді есіне түсіре алмау жағдайында, яғни, қайда тұратынын, қазір ғана не істегенін немесе туысының атын. Об-ті жағдайы қанағаттанарлық. АҚ 150\100 мм сын. бағ., пульс 80 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. Аяқтары ісіңкі. Болжам диагнозын нақтаңыз.
<variant> Альцгеймер ауруы
<variant> Паркинсон ауруы
<variant> Гипертониялық энцефалопатия
<variant> Жастық деменция
<variant> Мидың ісігі
<question>Әйел 32 жаста. Жүктіліктің 26-27 аптасы. Алғашқы жүктілік. Кезекті тексеруде гликемия 6.2 ммоль/л анықталды. 2 жыл бұрын гликемия - 4,8 ммоль/л. Осы жағдайда бала үшін мүмкін болатын болжамды анықтаңыз?
<variant> жоғары массалы ұрықтың болуы қаупі жоғары
<variant> құрсақ ішілік даму артта қалуы мүмкін
<variant> ТПА даму қаупі жоғары
<variant> 2500 г дене салмағымен туылуы мүмкін
<variant> Уақыттан бұрын босану қаупі жоғары
<question>Қазақстан Республикасы азаматтарына мүгедектік топты бекіту үшін, медициналық-әлеуметтік экспертиза жүргізіледі, оның ережелері Үкімет қаулысымен бектілген, оларға сәйкес науқастар мүгедектікке құжат тапсыру құқығы мен тиісті барлық жеңілдіктерге ие бола алады. Осы құжаттың бекітілген мерзімін көрсетіңіз.
<variant> 2005 жылдың 20 шілде № 750 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 10 шілде № 751 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 15 шілде № 755 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 25 шілде № 756 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 05 шілде№ 758 Үкімет қаулысы

<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 анықтаңыз:
<variant> аутоиммунды гемолиз
<variant> бласты криз
<variant> асқазан-ішектік қан кету
<variant> жіті гепатит
<variant> агранулоцитоз
<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 анықтаңыз:
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> жедел лейкоз
<variant> миелофиброз
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> лимфосаркома
<question>Қабылдауда 13 жастағы науқас, лимфоаденопатиясы, ауыр әлсіздігі бар. Анализдерінен: эр. 2,0х10^{12} /л, Нв 79 г/л, ТК 0,8, лейк. 6,1х10 ^{9}/л, лейкограммада бластар 85 %, лимф. 10 %, с/я 5 %, тромб. 100 х 10^{9}/л. Диагнозын анықтаңыз:
<variant> жедел лейкоз
<variant> аплазиялық анемия
<variant> лимфогранулематоз
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> инфекциялық мононуклеоз
<question>Ұзақ қолданғанда гемолиздік анемия шақыратын антигипертензиялық дәрмекті есте сақтаңыз:
<variant> метилдопа (допегит)
<variant> бисопролол (конкор)
<variant> нифедипин пролонгированного действия
<variant> метопролол (эгилок)
<variant> гидрохлортиазид (гипотиазид)
<question>16 жастағы қыздың басы жиі ауырады. Об-ті: дене бітімі астениялық, ісінулер жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғағы дұрыс, ЖСС 80 мин, АҚ 170/120 мм сын. бағ. Қанның және несептің жалпы анализдері, биохимиялық көрсеткіштері қалыпты деңгейде. ЭКГ, ЭхоКС сол қарыншаның гипертрофиясы белгілерін анықтады. Изотопты ренографияда оң бүйректің васкулярлы сегменті өзгерген. Артериялық гипертензияның ең мүмкін себебін анықтаңыз:
<variant> бүйрек артерияларының фибромускулдік дисплазиясы
<variant> бүйрек артерияларының атеросклерозы
<variant> бүйрек поликистозы
<variant> бүйрек туберкулезі
<variant> бүйрек артерияларының тромбэмболиясы

<question> 25 жастағы әйелде беті мен аяқтарының ісінуі, басының ауруы, бел аймағындағы ауырлық сезімі бар. Анамнезінен: 3 апта бұрын фолликулалық баспамен ауырған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл, беті мен аяқтарында айқын, жұмсақ ісіну, ішінде бос сұйықтық. Тыныс жиілігі 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 180/100 мм сын. бағ. ЖЖС 56 мин. Қағу симптомы екі жағында да оң. Протеинурия 3,5г/ л. Диагнозын нақтаңыз.
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, бисиндромды (нефротикалық және нефрогенді АГсиндром). Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, жайылма варианты (бүйректік ісіну, нефрогенді АГ). Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит, нефрогенді АГ
<question>28 жастағы науқас баспамен ауырған соң 3 аптадан кейін келді: бүйірлерінің екі жақты сыздап ауырсынуы, бас ауруы, несепке аз көлеммен баруы, ентігу, ісіну. Об-ті: науқас қуқыл тартқан, бетінде айқын ісіну бар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 200/110 мм сын. бағ., ЖСС 100 минутына. Қағу симптомы екі жағында да оң. ҚЖА: Нв 105 г/л, ЭТЖ 28 мм/сағ. Науқастың тәуліктік диурезі 1л, тығыздығы 1030, белогі 1,5 г/л., несебі бұлыңғыр, “ет шайындысы” түстес, эрит. к/а жалпы жапқан. Диагнозын нақтаңыз.
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, диффузды (клиникалық) варианты
<variant> БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, өршу фазасы
<variant> БСА (ХБП): созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы
<variant> Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит
<variant> БСА (ХБП): тубулоинтерстицийлік нефрит
<question>16 жастағы ер бала, жас кезінен қанағыштыққа бейім, кейде көлемді көгерулер түзіледі. Объективті: тізе буындарының гемартрозы. Ана жағынан көкесінің тұқым қуатын қан ауруы бар. ҚЖА ауытқу жоқ. Болжам диагнозын анықтаңыз:
<variant> гемофилия
<variant> геморрагиялық васкулит
<variant> тромбоцитопениялық пурпура
<variant> ауруы, Рандю-Ослердің
<variant> жедел лейкоз
<question>55 жастағы науқас қабылдауда айқын спленомегалиямен. Қан анализінде:эр. 3,2 х10^{12}/л, Hb 98 г/л, ТК 0,9, лейк. 120х10^{9}/л, промиелоциттер12%, миелоциттер 10 %, т/я 12 %, с/я 32 %, лимф. 19 %, баз. 7 %, эоз. 8%. ЭТЖ 42 мм/сағ.Диагнозын анықтаңыз:
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> жедел лейкоз
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> лимфогранулематоз
<variant> эритремия
<question>60 жастағы әйелде мұрнының қанауы, әлсіздік бар. Жалпы белогі 100 г/л, М-градиент анықталды. Краниограммасында патология анықталмады. Миелограммада плазмалық клеткалары 5%. Диагнозын анықтаңыз:
<variant> Вальденстремнің ауруы

<variant> миеломалық ауру
<variant> тромбоцитопениялық пурпура
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> жедел лейкоз
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын көрсетіңіз. Өндірістік тәжірибе өтіп жүрген жоғары оқу орнының студенті жүрек айнуына, құсуға, селсоқтыққа шағымданып келді. "Тағамдық жедел токсикоинфекция" диагнозы қойылды.
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Құжаттың бекітілген күнін көрсетіңіз. Қазақстан Республикасы азаматтарына мүгедектік топты бекіту үшін, медициналық-әлеуметтік экспертиза жүргізіледі, оның ережелері Үкімет қаулысымен бектілген, оларға сәйкес науқастар мүгедектікке құжат тапсыру құқығы мен тиісті барлық жеңілдіктерге ие бола алады. Осы құжаттың бекітілген мерзімін көрсетіңіз.
<variant> 2005 жылдың 20 шілде № 750 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 10 шілде № 751 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 15 шілде № 755 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 25 шілде № 756 Үкімет қаулысы
<variant> 2005 жылдың 05 шілде№ 758 Үкімет қаулысы
<question>Науқастың аурухана парағына жазылатын жұмыссыздықтың түрін көрсетіңіз. 3-ші топтағы мүгедек, аптасына 2-3 рет болатын тұншығу ұстамасына шағымданды, жеңілдетілген жұмыста істейді, ЖРВИ ауырғаннан кейін еңбекке уақытша жарамсыз болды.
<variant> Жалпы ауру
<variant> Кәсіби ауру
<variant> Кәсіби жарақат
<variant> Тұрмыстық жарақат
<variant> Карантин
<question>Диагнозын нақтаңыз. Науқас 28 жаста, қабылдау бөлімінде. Анамнезінде жатыр қосалқыларының кистасы мен қабынуы диагнозы бар. Науқас жүрегінің айнуына, құсуға, ішінің кебуіне нәжісінің шықпауына, ішінің төменгі бөлігінің ұстамалы ауырсынуына, шап аралығына, санға және белге таралатынына шағымданды. Дене қызуы 38^0С. Іші қатайған, пальпация кезінде ауырсынады.
Щеткин - Блюмберг симптомы (+).
<variant> Кистаның бұралып қалуы
<variant> Жыныс ағзаларының ісігі
<variant> Аналық без апоплексиясы
<variant> Жатыр трубаларының жыртылуы
<variant> Жатырдан тыс жүктілік
<question>Диагнозын анықтаңыз. Науқас 22 жаста, бет терісінде шекарасы анық эритема байқалды, оның фонында нүктелі папулезді-везикулезді бөртпелер орналасқан. Субьективті: қышу, ашу мазалайды. Анамнезінен: сырқаты ағартатын крем қолданғаннан кейін пайда болған.
<variant> Аллергиялық контактілі дерматит
<variant> Жүйелі қызыл жегі
<variant> Шынайы экзема

<variant> Қарапайым көпіршікті теміреткі
<variant> Жіті есекжем
<question>Әйел адам 35 жаста, жүктілікке байланысты әйелдер консультациясында қаралады. 28 аптада терінің қышуына байланысты ұйқының бұзылуына, әлсіздікке, лоқсуға шағымданып келді. Биохимиялық қан анализінде: АЛТ-56 Ед/л, АСТ-42 Ед/л, жалпы билирубин-12,4 ммоль/л, СФ-480 Ед/л. Маркерлер диагностикасы: HBsAg – теріс., a-HBs - оң, a-HBcore IgG-теріс, HBeAg - теріс, a-HBe- теріс, anti-HCV IgM - теріс, anti-HCV IgG – теріс. Дұрыс тұжырымды анықтаңыз.
<variant> жүктілік холестазы
<variant> жүктілік гепатозы
<variant> созылмалы вирусты гепатит
<variant> бұл көзеңдегі жүктілікке қалыпты жағдай
<variant> созылмалы холециститтің өршуі
<question>72 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 анықтаңыз:
<variant> аутоиммунды гемолиз
<variant> бласты криз
<variant> асқазан-ішектік қан кету
<variant> жіті гепатит
<variant> агранулоцитоз
<question>69 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 анықтаңыз:
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> жедел лейкоз
<variant> миелофиброз
<variant> созылмалы миелолейкоз
<variant> лимфосаркома
<question>Қабылдауда 15 жастағы науқас, лимфоаденопатиясы, ауыр әлсіздігі бар. Анализдерінен: эр. 2,0х10^{12} /л, Нв 79 г/л, ТК 0,8, лейк. 6,1х10 ^{9}/л, лейкограммада бластар 85 %, лимф. 10 %, с/я 5 %, тромб. 100 х 10^{9}/л. Сіздің болжам диагнозыңыз:
<variant> жедел лейкоз
<variant> аплазиялық анемия
<variant> лимфогранулематоз
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> инфекциялық мононуклеоз
<question>19 жастағы қыздың басы жиі ауырады. Об-ті: дене бітімі астениялық, ісінулер жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғағы дұрыс, ЖСС 80 мин, АҚ 170/120 мм сын. бағ. Қанның және несептің жалпы анализдері, биохимиялық көрсеткіштері қалыпты деңгейде. ЭКГ, ЭхоКС сол

қарыншаның гипертрофиясы белгілерін анықтады. Изотопты ренографияда оң бүйректің васкулярлы сегменті өзгерген. Артериялық гипертензияның ең мүмкін себебін анықтаңыз:
<variant> бүйрек артерияларының фибромускулдік дисплазиясы
<variant> бүйрек артерияларының атеросклерозы
<variant> бүйрек поликистозы
<variant> бүйрек туберкулезі
<variant> бүйрек артерияларының тромбэмболиясы
<question>27 жастағы әйелде беті мен аяқтарының ісінуі, басының ауруы, бел аймағындағы ауырлық сезімі бар. Анамнезінен: 3 апта бұрын фолликулалық баспамен ауырған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл, беті мен аяқтарында айқын, жұмсақ ісіну, ішінде бос сұйықтық. Тыныс жиілігі 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 180/100 мм сын. бағ. ЖЖС 56 мин. Қағу симптомы екі жағында да оң. Протеинурия 3,5г/ л. Диагнозын нақтаңыз.
<variant> БЖЗ (ОПП):жедел гломерулонефрит, бисиндромды (нефротикалық және нефрогенді АГсиндром).Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, жайылма варианты (бүйректік ісіну, нефрогенді АГ). Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит, нефрогенді АГ
<question>30 жастағы науқас баспамен ауырған соң 3 аптадан кейін келді: бүйірлерінің екі жақты сыздап ауырсынуы, бас ауруы, несепке аз көлеммен баруы, ентігу, ісіну. Об-ті: науқас қуқыл тартқан, бетінде айқын ісіну бар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 200/110 мм сын. бағ., ЖСС 100 минутына. Қағу симптомы екі жағында да оң. ҚЖА: Нв 105 г/л, ЭТЖ 28 мм/сағ. Науқастың тәуліктік диурезі 1л, тығыздығы 1030, белогі 1,5 г/л., несебі бұлыңғыр, “ет шайындысы” түстес, эрит. к/а жалпы жапқан. Клиникалық диагнозын нақтаңыз.
<variant> БЖЗ (ОПП): жедел гломерулонефрит, диффузды (клиникалық) варианты
<variant> БСА (ХБП): созылмалы гломерулонефрит, өршу фазасы
<variant> БСА (ХБП): созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы
<variant> Несеп жолдарының инфекциясы (ИМП): жедел пиелонефрит
<variant> БСА (ХБП): тубулоинтерстицийлік нефрит
<question>16 жастағы науқаста мезгіл-мезгіл тері жамылғылары сарғаяды. Тексергенде: басының төбесі шошақ ("башенный череп"), тағдайы терең "готическое небо". Талағы ұлғайған, + 3,0 см. Қан анализінде: Нв 106 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л. Болжам диагнозын анықтаңыз:
<variant> тума гемолиздік анемия
<variant> жүре дамыған гемолиздік анемия
<variant> синдромы, Жильбердің
<variant> созылмалы гепатит
<variant> өт-тас ауруы
<question>19 жастағы науқаста мезгіл-мезгіл тері жамылғылары сарғаяды. Тексергенде: басының төбесі шошақ ("башенный череп"), тағдайы терең "готическое небо". Талағы ұлғайған, + 3,0 см. Қан анализінде: Нв 106 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л., микросфероцитоз. Болжам диагнозын нақтаңыз:
<variant> тума гемолиздік анемия (Минковский-Шоффар ауруы)

<variant> жүре дамыған гемолиздік анемия (марштық гемоглобинурия)
<variant> синдромы, Жильбердің
<variant> созылмалы гепатит, өршу фазасы
<variant> өт-тас ауруы, өттік шаншу (механикалық сарғаю)
<question>62 жастағы ер кісі клиникаға иық сүйегінің сынуымен түсті. ЭТЖ 55 мм/сағ. Гиперпротеинемия М-градиентпен, миелограммада – плазмалық инфильтрация 38%. Болжам диагнозы:
<variant> миелома ауруы
<variant> жедел лейкоз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> миелофиброз
<variant> созылмалы миелолейкоз
<question>19 жастағы ер бала, жас кезінен қанағыштыққа бейім, кейде көлемді көгерулер түзіледі. Объективті: тізе буындарының гемартрозы. Ана жағынан көкесінің тұқым қуатын қан ауруы бар. ҚЖА ауытқу жоқ. Болжам диагнозын анықтаңыз:
<variant> гемофилия
<variant> геморрагиялық васкулит
<variant> тромбоцитопениялық пурпура
<variant> ауруы, Рандю-Ослердің
<variant> жедел лейкоз
<question>Жетекші синдромы мен диагнозын анықтаңыз: 39 жастағы ер кісі, төстің төменгі үштігі аймағындағы, тамақтан соң 15-20 минуттен кейін пайда болатын ауырсынуға шағымданды. Ауырғанына 4 ай, жұмысы іссапарлармен байланысты. Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты. Пальпацияда эпигастрий аймағында семсерше өскіншеге жақын ауырсыну бар. ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖСС 70 мин. ЖЭӨ қалыпты, тісшелер вольтажы сақталған. ФЭГДС: өңеш өтімділігі сақталған, кілегей түсі қалыпты. Асқазанда аш қарынға сөл мөлшері жоғары, кардийінде 0,5х0,8см жара, түбінде фибрин шөгінділері.
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, жара ауруы, асқазан кардий бөлігінің алғаш анықталған жарасы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, алғаш дамыған күш түсу стенокардиясы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, рефлюкс эзофагит
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, тұрақты күш түсу стенокардиясы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, асқазан рагі
<question>Болжам диагнозын нақтаңыз: 55 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>Дәрігер тактикасын анықтаңыз. 39 жастағы бояушы, қабылдауға келесі шағымдармен келді: эпигастрий аймағының кешкі уақытта күшейетін керіп ауыруы, қышқылмен, көп мөлшерлі жағымсыз иісті ауамен кекіру, ашқарынға және кешкілік желінген тағаммен құсу, дене салмағын жоғалту, қатаң жалпы әлсіздік. 12 елі ішек жара ауруы 10 жыл бұрын қойылған, маусымдық өршулері болған, бірақ дәрігерде емделмеген. Об-ті: тері

жамылғылары құқыл. Тілінде ақ-сарғыш шөгінді. Эпигастрий аймағында күшейген перистальтика көзге көрінеді, аускультациялық-перкуссиялық тәсілмен асқазанның төменгі шегі кіндік деңгейінде анықталды.
<variant> хирургты кеңеске шұғыл шақырып, абдоминальді хирургиялық бөлімге жедел жәрдеммен госпитализацияциялау
<variant> гастроэнтеролог кеңесі, амбулаториялық ем
<variant> инфекционист кеңесі, жұқпалы аурулар бөліміне шұғыл госпитализациялау
<variant> гастроэнтеролог кеңесі, стационаралмастырушы технологиямен күндізгі стационарда емдеу
<variant> гастроэнтеролог кеңесі, стационаралмастырушы технологиямен үй жағдайында стационар ұйымдастыру
<question>Болжам диагнозын анықтаңыз. 64 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
<variant> созылмалы калькулезді холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі
<variant> созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі
<variant> созылмалымиелолейкоз. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі
<variant> созылмалы анацидті гастрит. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі
<question>Жетекші синдромдарын, болжам диагнозын анықтаңыз. 49 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^{0}С. 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>Болжам диагнозын нақтаңыз: 19 жастағы қыз, соңғы 3 жыл барысында емханада оң қабырға астының кенет ұстамалы, шаншу тәрізді, кенет басталып, тез басылатын ауыруына байланысты тексеріліп жүр. Ұстамалардың дамуын психикалық-эмоциялық факторлармен байланыстырады. Ұстамалар кезінде жүрегі айнып, тер басады, ауыруы но-шпамен тез жойылады. Бақылау уақытында дене қызуының жоғарылауы, сарғаю орын алмаған. Анализдері қайталанғанмен қабынулық синдром дәлелденбеген.
<variant> өт жолдарының қызметтік бұзылыстары, гипертонустық дискинезиямен

<variant> созылмалы холецистит
<variant> өт-тас ауруы
<variant> тітіркенген ішек синдромы
<variant> өт жолдарының қызметтік бұзылыстары, гипотонустық дискинезиямен
<question>Болжам диагнозын нақтаңыз. 22 жастағы әйел, соңғы 3 жыл барысында емханада оң қабырға астының кенет ұстамалы, шаншу тәрізді, кенет басталып, тез басылатын ауыруына байланысты тексеріліп жүр. Ұстамалардың дамуын психикалық-эмоциялық факторлармен байланыстырады. Ұстамалар кезінде жүрегі айнып, тер басады, ауыруы но-шпамен тез жойылады. Бақылау уақытында дене қызуының жоғарылауы, сарғаю орын алмаған. Анализдері қайталанғанмен қабынулық синдром дәлелденбеген.
<variant> өт жолдарының қызметтік бұзылыстары, гипертонустық дискинезиямен
<variant> созылмалы холецистит
<variant> өт-тас ауруы
<variant> тітіркенген ішек синдромы
<variant> өт жолдарының қызметтік бұзылыстары, гипотонустық дискинезиямен
<question>32 жастағы жас мұғалім, үлкен дәретке сирек баратынына шағымданды.Анамнезінен: тамағының жыбырлап, жиі жөтелуіне байланысты, сабақ сапасын төмендетпеу мақсатында, құрамында кодеині бар жөтелге қарсы таблеткаларды қолданады.Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты. АҚ 110/70 мм сын. бағ. Тілі таза, ылғалды. Іші жұмсақ, ауырсынулар жоқ. Болжам диагнозын анықтаңыз.
<variant> медикаменттік обстирпация
<variant> жуан ішектің обтурациялаушы обстирпациясы
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<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 диагнозын анықтаңыз.
<variant> сигма ішегінің обтурациялаушы ісігі, ішек өтімсіздігі
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<variant> медикаменттік обстирпация
<question>Бронхтық обструкцияның себебін анықтаңыз: 49 жастағы әйел адам түнгі уақытта дамитын тыныс шығарудың қиындауына, тұншығуғашағымданды. Об-ті: аускультацияда патологиялық шуларсыз везикулалық тыныс, жиілігі 19мин. Бронхоскопияда жоғары тыныс жолдарының кілегей қабатының ісінуі және гиперемиясы анықталды. ФГДС: өңештің төменгі үштігінің гиперемиясы, біріккен эрозиялар.
<variant> гастер-эзофаголық рефлюксті ауру, өңештен тыс өкпелік синдром
<variant> бронхтық демікпе (астма), интенмиттолық ағымды
<variant> трахеобронхтық дискинезия
<variant> митральді стеноз, жүректік демікпе (астма)
<variant> паразитоз, бронхобструкциялық синдром

<question>60 жастағы ер кісіде бір ай шамасында макрогематурия, дене қызуының 37,4-37,8^{0}С 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>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 26 жасар әйелде екі босанудан кейін тұрақсыз АГ дамыған. Жағдайының нашарлауына ұзақ жүру, ұзақ уақыт вертикаль қалыпта болу алып келеді. Шамалы уақыт горизонталь жағдайда демалғаннан кейін, АҚ қалыптасады. Диагноздық әдістерді жоспарлағанда бірінші кезекте күдіктенетін нозобірлікті таңдаңыз.
<variant> екі жақты нефроптоз
<variant> созылмалы пиелонефрит
<variant> феохромоцитома
<variant> эссенциаль артериялық гипертензия
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<question>Диабеттік нейропатияның ауырсынулық түріне тән емес белгіні таңдаңыз: 69 жастағы ер кісі 20 жылдан бері қантты диабетпен дертті. Макро-, микроангиопатиялық асқынулары, сонымен қатар, нейропатиясы бар.
<variant> ыстық сезіну
<variant> ұю
<variant> спонтанды ауырсынулар
<variant> сезімталдығының бұзылулары
<variant> парестезиялар
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:34жастағы әйел қалқанша безінің ұлғаюына байланысты тексерілді. Гормондық статусында: ТТГ жоғары деңгейі мен T_3 және T_4 төмен деңгейлері нақталды. Жіңішке инелік аспирациялық биоптатта фолликулалық эпителийдің аса айқын емес пролиферациясы мен коллоидтың жиналуы анықталды.
<variant> эндемиялық жемсау (зоб), гипотиреоз
<variant> эндемиялық жемсау (зоб), эутиреоз
<variant> аутоиммунды тиреоидит
<variant> қалқанша безінің тиреотоксиндік аденомасы
<variant> диффузды токсиндік жемсау (зоб)
<question>Эталондық ем комбинациясын таңдаңыз. Псевдомембраналық колиттің емінде қолданатын “эталондық” комбинацияны көрсетіңіз:
<variant> ванкомицин+метранидазол+ішек адсорбенттері
<variant> линкомицин+цефалоспорин
<variant> метранидазол+клиндамицин+ішек адсорбенттері
<variant> эритромицин+клиндамицин+ішек адсорбенттері
<variant> ванкомицин+тетрациклин
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз.29 жастағы жас мұғалім, үлкен дәретке сирек баратынына шағымданды.Анамнезінен: тамағының жыбырлап, жиі жөтелуіне байланысты, сабақ сапасын төмендетпеу мақсатында, құрамында кодеині бар жөтелге қарсы таблеткаларды қолданады.Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты. АҚ 110/70 мм сын. бағ. Тілі таза, ылғалды. Іші жұмсақ, ауырсынулар жоқ.

<variant> медикаменттік обстирпация
<variant> жуан ішектің обтурациялаушы обстирпациясы
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Осы ауру ішек облитерациясына жиі және тез алып келеді:
<variant> Крон ауруы
<variant> псевдомембранозды колит
<variant> ишемиялық колит
<variant> бейспецификалық жаралы колит
<variant> Уиппл ауруы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз.Диагноздық аспаптық тәсілдерден біреуі жаралы колиттің диагнозын нақтауда ақпаратты:
<variant> колоноскопия, көзделген биопсиялық зерттеумен
<variant> ирригоскопия
<variant> фиброколоноскопия
<variant> іш қуысы органдарының жалпы шолу обзорная рентгенографиясы
<variant> ультрадыбыстық зерттеу
<question>Бронхтық обструкцияның себебін таңдаңыз: 49 жастағы әйел адам түнгі уақытта дамитын тыныс шығарудың қиындауына, тұншығуғашағымданды. Об-ті: аускультацияда патологиялық шуларсыз везикулалық тыныс, жиілігі 19мин. Бронхоскопияда жоғары тыныс жолдарының кілегей қабатының ісінуі және гиперемиясы анықталды. ФГДС: өңештің төменгі үштігінің гиперемиясы, біріккен эрозиялар.
<variant> гастер-эзофаголық рефлюксті ауру, өңештен тыс өкпелік синдром
<variant> бронхтық демікпе (астма), интенмиттолық ағымды
<variant> трахеобронхтық дискинезия
<variant> митральді стеноз, жүректік демікпе (астма)
<variant> паразитоз, бронхобструкциялық синдром
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. 35 жастағы науқас 2 ай бойна қан қақырып, ентіккеніне шағымданды. Лабораториялық тексерулерде анемия және микрогематурия анықталды.
<variant> Гудпасчердің синдромы
<variant> қатерлі ісік
<variant> артерия-веналық аномалия
<variant> өкпе абсцесі
<variant> туберкулез
<question>Фурункулезі бар 46 жастағы ер адам физикалық жүктемеден соң пайда болатын ентігу және жүрек қағуға, жалпы әлсіздікке шағымданды. Кешкі уақытта дене қызуының көтерілуі байқалады. Қарағанда: төменгі қабақтың конъюктивасының ауыспалы қатпарында ұсақ нүктелі бөртпелер бар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс, жүрек ұшында систолалық, II тыңдау нүктесінде диастолалық шулар. ЖЖС 102 мин, АҚ 110/60 мм сын. бағ. Жетекші синдромдары. Болжам диагнозы:
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Инфекциялық эндокардит
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Либман-Сакс эндокардиті
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Жедел ревматизмдік қызба
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Қайталанған ревматизмдік қызба

<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы
<question>60 жастағы ер кісіде бір ай шамасында макрогематурия, дене қызуының 37,4-37,8^{0}С 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>Болжам диагнозды таңдаңыз: 59 жастағы ер кісіде бір ай шамасында макрогематурия, дене қызуының 37,4-37,8^{0}С 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.
<variant> бүйрек рагі
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> тынжы-тас ауруы
<variant> созылмалы пиелонефриттің өршу
<variant> бүйрек туберкулезі
<question>Ісінудің дұрыс анықтамасын таңдаңыз:
<variant> ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, дене қуысына және/немесе жасуша аралық кеңістікке артық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады
<variant> ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек іш қуысына артық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады
<variant> ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну- ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек плевралық қуысқаартық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады
<variant> ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну – ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек перикард қуысынаартық сұйықтықтың жиналуымен сипатталады
<variant> ісіну – гипергидратацияның жекелеген бір түрі, ісіну – ағзаның су алмасуы бұзылысының типтік формасы, тек жасушааралық кеңістікке сұйықтықтың жиналуымен сипатталады
<question>Патологиясын таңдаңыз:19 жаста науқастың шағымдары: күп болып ісіну, шөлдеу, бас ауруы, жай қалыпты ентігу. Науқас 10 күн алдын ангинамен ауырған. Об-ті: бетінің, аяқтарының, бел аймағының айқын ісінуі. АҚ 180/100 мм сын.бағ. Несепте: салыстырмалы тығыздығы 1029, белок 4,5 г/л, лейк. 10-15 к/а., эр. балғын және ескірген 3-5 к/а, гиалинді цилиндрлер 3-4 к/а. Тәуліктік диурезі 300 мл.
<variant> нефроздық синдром
<variant> бүйректің жедел зақымдалуы
<variant> өзекшелік жіті ацидоз
<variant> тез үдеуші гломерулонефрит (БПГН)
<variant> бүйректің созылмалы шамасыздығы, терминаль сатысы
<question>Диагнозды белгілеп, тиімді емді таңдаңыз:38 жаста науқас салмағының жоғарылауын, терлегіштіктің азаюын, бет терісінің домбығуына шағымданды. Ұзақ уақыт

созылмалы тонзиллиттен зардап шегеді. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 89 кг. Терісінде көк жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті домбыққан, көздері ісінген. ЖЖС56 мин. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Қанда глюкоза 3,3 ммоль/л.
<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>Болжам клиникалық диагнозын таңдаңыз: 24жастағы науқаста ангинамен ауыруының үшінші тәулігінде ісіну, макрогематурия, АҚ жоғарылауы дамыды.
<variant> созылмалы гломерулонефриттің өршуі
<variant> жіті гломерулонефрит
<variant> жіті пиелонефрит
<variant> апостематозды нефрит
<variant> бүйрек амилоидозы
<question>Асқынуын таңдаңыз: 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. $3,0x10^{12}$/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>Бүйректік ісінумен сипатталатын симптомдар/синдромдардың жұптарын таңдаңыз:
<variant> нефроздық+гипертензиялық
<variant> дизуриялық+ауырсынулық
<variant> несептік+гипертензиялық
<variant> странгурия + поллакиурия
<variant> несептік+ауырсынулық
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз: науқас 24 жаста. Баспамен ауырғаннан 2 аптадан кейін ісіну синдромы, тұрақты бас ауруы пайда болған. Об-ті: анасаркаға дейінгі ісіну синдромы, АҚ130/80 мм сын.бағ. Қан анализінде: Hb 124 г/л, ЭТЖ 40 мм/сағ., жалпы белок 60 г/л, альбуминдер 50 г/л; НЖА: протеинурия 13,5 г/тәу., эр. 20 к/а., цилиндрлер 3-5 к/а. УДЗ бүйрек көлемі өзгермеген, тостағанша-астауша жүйесі өзгеріссіз.
<variant> жедел гломерулонефрит, нефроздық түрі
<variant> жедел гломерулонефрит,араластүрі
<variant> жедел гломерулонефрит, гипертензиялықтүрі
<variant> жедел гломерулонефрит, гематуриялық түрі
<variant> жедел гломерулонефрит, латентті түрі
<question>Синкопенің анықтамасын таңдаңыз:
<variant> негізгі клиникалық белгісі – сананың өтпелі бұзылысымен сипатталатын, постураль тонустың төмендеуінен – құлауға жалғасатын синдром
<variant> артериялық қысымының, САҚ 140; ДАҚ 90 мм сын. бағ. және одан жоғары болуымен сипатталатын синдром
<variant> хабаршылары пайда болғаннан кейін, құрысулардың дамуымен, сананың бұзылысымен сипатталатын синдром

<variant> гипогликемия жағдайына ұшырағандықтан, сананың бұзылысымен сипатталатын синдром
<variant> жіті атаксиялық жағдаймен сипатталатын синдром
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:39 жастағы әйелде келесі шағымдар бар: ұстамалы түрдегі басының қинайтын ауыруы, ол қорқыныш сезімімен, терлеумен, қол-аяқтары бастарының ине шаншығандай түйреуімен, жүрек қағуымен, жүрек аймағының ауыруымен бірге дамиды. Осындай уақыттарда АҚ$_{d=s}$200/115 мм сын. бағ. деңгейіне дейін жоғарылайды. Орнынан тұруға ұмтылу, естен танумен аяқталады.
<variant> феохромоцитома
<variant> артериялық гипертензияның қатерлі түрі
<variant> аорта коарктациясы
<variant> бейспецификалық аортоартериит (Такаясу ауруы)
<variant> фибромускулярлы дисплазия, САГ
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз: бүйректік эклампсияны гипертензиялық кризден айыратын белгі:
<variant> құрысу синдромының болуы,есінен тану
<variant> басынын күшту ауыруы
<variant> көз көруінің нашарлауы
<variant> тошнота
<variant> головокружение
<question>Осы жағдайдың себебін таңдаңыз:35 жастағы науқаст бір жыл бұрын басынан ревматизмдік емес миокардитті өткерген. Қазіргі кезде мезгіл-мезгіл қысқа уақытқа есінен танатын болған, сол уақытта ЖЖС 30 дейін азаятынын бақылаған.
<variant> толық АВБ, Морганьи-Адамс-Стокстің синдромы
<variant> ырғақтың күрделі бұзылысы, Фредерик синдромы
<variant> синус түйінінің бұзылу синдромы
<variant> бас ми жарақатының салдары, эпилепсия
<variant> атри-вентрикулдік блок I дәр
<question>Синкопенің себебін таңдаңыз:42 жастағы науқаста Менкеберг ақауы бар (изоляцияланған “әктенген” қолқалық стеноз).Соңғы 2 айда бірнеше рет қысқа уақытқа естен танған.
<variant> аорталық ақаулардағы синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аритмиялық синкопе
<variant> эпилепсия
<question>Синкопенің себебін таңдаңыз:17 жастағы жігітте: Жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы, комбиниацияланған митраль-аорталық ақау: жұптасқан митральді ақау, шамасыздығының басымдылығымен; аорта қақпақтарының шамасыздығыбар. Соңғы екі айда физикалық күштемеде, бірнеше рет қысқа уақытқа есінен танған.
<variant> аорталық ақаулардағы синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аритмиялық синкопе
<variant> эпилепсия
<question>Науқастың естен танулары рефлекстің келесі түрімен байланыстысын таңдаңыз:37 жастағы әйел, соңғы 7-8 жылда жөтелгенде, күшенгенде, кейде тамақ жұтқанда дамитын қысқа

уақыттық естен танулардан зардап шеккен, психологтарда, кардиологтарда тексеріліп, қабылдаған ем-тәсілдердің барлығы нәтижесіз болған. Холтерлік зерттеулерде (бірінші рет – 72 сағат; екіншісінде 7 тәулік бақыланған) жоғарыдағы себепкер физиологиялық жағдайларда синус түйінінің қысқа уақыттық тоқтауы және қысқа уақыттық толық АВБ кезегімен дамитындығы дәлелденген. Денсаулығындағы ауытқулар мансабына зиян келтіретіндіктен радикальді ем талап етіп отыр.Науқасқа консилиуммен естен тану (синкопе) синдромы қойылды.
<variant> вагустық рефлекстерге
<variant> ортостаздық рефлексіне
<variant> мойындық вегетациялық – Абрамстың рефлексіне
<variant> клиностатикалық (clinostaticus) Даниелополудың рефлексіне
<variant> рефлексіне, Ортнердің
<question>Нәтижелі емдік шараларды және оның механизмін таңдаңыз:37 жастағы әйел, соңғы 7-8 жылда жөтелгенде, күшенгенде, кейде тамақ жұтқанда дамитын қысқа уақыттық естен танулардан зардап шеккен, психологтарда, кардиологтарда тексеріліп, қабылдаған ем-тәсілдердің барлығы нәтижесіз болған. Холтерлік зерттеулерде (бірінші рет – 72 сағат; екіншісінде 7 тәулік бақыланған) жоғарыдағы себепкер физиологиялық жағдайларда синус түйінінің қысқа уақыттық тоқтауы және қысқа уақыттық толық АВБ кезегімен дамитындығы дәлелденген. Денсаулығындағы ауытқулар мансабына зиян келтіретіндіктен радикальді ем талап етіп отыр. Науқасқа консилиуммен естен тану (синкопе) синдромы қойылды.
<variant> фармакологиялық немесе хирургиялық симпатэктомия түрлі стрестердің жүрек ырғағына әсерін тыяды, миокардтың стрессорлық ықпалдарға тұрақтылығын арттырады
<variant> тұрақты ЭКС жүректің ырғағын өзі қадағалайды, сондықтан стрессорлық ықпалдарда синкопелік асқынулар дамымайды
<variant> қажеттілігіне орай (de-mand) ЭКСстрессорлық ықпалдарда синкопелік асқынуларды тыяды
<variant> кардиопротекторлармен ем; миокардтың стрессорлық ықпалдарға тұрақтылығын арттырады
<variant> бета-адреномиметиктермен ем, атри-вентрикулдік өткізгіштікті жақсартады
<question>Науқастың қысқа уақыттық естен тануының механизміндеріндегі қатені таңдаңыз, есінен қысқа уақытқа жиі танатын, 59 жастағы әйел кісіге: Аяқ веналарының варикозды кеңеюі. Асқ: Синкопе диагнозы қойылды.
<variant> синкопенің ортостаздық механизмі
<variant> төменгі қуыс венадан қанның аяқ веналарына орынан тез тұрған кезде салмағымен кері ағып, аяқ веналарында іркілуі
<variant> айналымдағы қан көлемінің күрт азаюы
<variant> жүрекке келетін қан көлемінің азаюы
<variant> минуттық қан көлемінің азайып, мидың диффузды ишемиясының дамуы
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:47 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамитын естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Анамнезінен: жас кезінде ревматизмдік қызбаның болғандығы, әскерге алынбағандығы мәлім болды. Бұл дертіне байланысты есепке түрып, ем қабылдамаған. Кейінгі 7-8 жылда жүрегінің лүпілін, шалыс соғатындығын байқаған, бірнеше рет ЭКГ түсіріп, дигоксинді жарты таблеткадан жүйесіз қабылдаған.
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы, сол жүрекше тромбы, синкопе
<variant> жүректің тума ақау синдромы, қарыншалық экстрасистолия, синкопе
<variant> дилятациялық кардиомегалия, жүрекшелер фибрилляциясы, синкопе

<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<question>Синкопе механизмін таңдаңыз:47 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамитын естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Анамнезінен: жас кезінде ревматизмдік қызбаның болғандығы, әскерге алынбағандығы мәлім болды. Бұл дертіне байланысты есепке түрып, ем қабылдамаған. Кейінгі 7-8 жылда жүрегінің лүпілін, шалыс соғатындығын байқаған, бірнеше рет ЭКГ түсіріп, дигоксинді жарты таблеткадан жүйесіз қабылдаған.
<variant> сол жүрекшеге тромб байлануы, орнынан көтерілгенде сол а/в тесікті уақытша бітеп қалуы
<variant> жүрекшелер фибрилляциясы, пульс тапшылығы
<variant> митральді стеноздың кризистік өлшемдерге жетуінен
<variant> синус түйінінің қысқа уақыттық асистолиясынан
<variant> өтпелі толық АВБ
<question>Тағы қандай патологиялардың осындай механизмдермен синкопе шақыратынын таңдаңыз:жүктіліктің 30 аптасынан кейін жүктілердегі естен танудың механизмі – жүкті әйел горизонталь қалыпқа жатқанда, үлкейген жатырдың төменгі қуыс венасын басып, жүрекке келетін қан көлемінің және минуттық қан көлемінің күрт азаюымен байланысты (парадокстік синкопе).
<variant> құрсақ қуысында орналасқан “аяғы бар” ісіктер
<variant> аналық безінің кисталары
<variant> парааппендикстік инфильтраттар
<variant> жаралы колит
<variant> дуглас кеңістігінің перитониті
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:19 жасар, есінен жиі танатын жігіттің АҚ 170/100-180/100 мм сын. бағ. деңгейіне жоғарылаған. Аяқтарында әлсіздік бар, жүргенде күшейеді. Об-ті: пальпацияда сол II-III қабырға аралықта систолалық діріл сезілді. Жүректің сол шегі бұғана орта сызығынан 4 см тысқары, төмен ығысқан; оң II-III к/а дөрекі систолалық айдау шуы естілді, шу жауырын аралығына, жүрек ұшына, мойын тамырларына тарайды. Пульс кернеуі мен толуы жоғары, ырғақты, минутына 72 рет. АҚ қолдарында 180/120 мм сын. бағ., аяқтарында 110/70 мм сын. бағ.
<variant> синкопе, жүректің ақаулық синдромы (тума ақау, аорта коарктациясы?), кардиомегалия – аорталық конфигурациялы, САГ
<variant> синкопе, кардиалгия, жүректің жүре дамыған ақаулық синдромы, кардиомегалия, САГ
<variant> артериялық гипертензия (нефрогенді?), жүректің жүре дамыған ақаулық синдромы, кардиомегалия
<variant> синкопе, кардиалгия, қызба, аортит-артериит (Такаясу ауруы)
<variant> синкопе, гипергемодинамика, диффузды токсиндік жемсау
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 57 жастағы әйел соңғы 6-8 ай барысында кенет дамитын ентігу мен соңғы 2-3 айда бірнеше рет есінен танғанына шағымданып келді. Ревматизмдік анамнезі, қандас туғандарында жүрек патологиясы жоқ. Жарты жыл бұрын ЭКГ, ЭхоКГ зерттеулерінен өткен, дәрігер өңеш арқылы ЭхоКГ жолдама берген, науқас одан өтпеген. Об-ті: жүрек шектері өзгермеген, тондары анық, ырғақты, ЖЖС 74 мин. АҚ 130/70 мм сын. бағ.
<variant> сол жүрекше миксомасы
<variant> жүректің шар тәріздес тромбы
<variant> митральді стеноз

<variant> аорта сағасының стенозы
<variant> толық АВБ
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 70 жастағы ер кісі, мойнына галстук тағып, басын бұра бергенде есінен танып қалды. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары қуқыл. АҚ 80/50 мм сын. бағ., ЖЖС 40 мин. Шұғыл түсірілген ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖЖС 36 мин. Ошақты патологиялық өзгерістер жоқ. Науқас есін 1,5 мин шамасында жиды. Қайта жасалған ЭКГ: ырғағы синусты, ЖЖС 68 мин. Ошақты патология белгілері жоқ.
<variant> каротид синусының синдромы (синдром каротидного синуса), синкопе
<variant> аритмогенді естен тану
<variant> ортостаздық естен тану
<variant> эпилепсия
<variant> обструкциялық ГКМП, синкопе
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:59 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Невропатологтар қажетті зерттеулер жасап, дертінің олар тарапынан еместігін дәлелдеген.Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СҚГ. Қазіргі ЭКГ: Р тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген, алдыңғы жайылма тыртық белгілері.
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы (толық АВБ); миокардтың ишемиялық өзгерістер (тыртықтық сатысы) синдромы; АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы; qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы, ГБСА толық блогі, синкопе
<variant> ырғақ, өткізгіштіктің күрделі бұзылысы – Фредерик синдромы, синкопе
<variant> артық салмақ (алиментарлы семіздік); миокардтың зақымдану белгілері (семіздіктегі КМП); өкпелік гипертензия; кардиомегалия (қос қарыншаның гипертрофиясы)
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:59 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СҚГ. Қазіргі ЭКГ: Р тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген. Алдыңғы жайылма тыртық белгілері.
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың басынан өткерген инфаркті. Асқ: толық АВБ, МАС синдромы. Конк: Артериялық гипертензия II дәр, өте жоғары қауіп тобы (СҚГ, ЖИА)
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, миокардтың басынан өткерген инфаркті. Асқ: Синкопе. Конк: Артериялық гипертензия II дәр, өте жоғары қауіп тобы (СҚГ, ЖИА)
<variant> тума – qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік.
Асқ.: Өкпе артериясы орта тармақтарының тромбэмболиясы. Инфаркті пневмония. Синкопе
<variant> генерализацияланған тонустық-клонустық құрысулармен эпилепсия
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:анасы 13 жасар ер баласын қабылдауға әкелді. Соңғы кездері бірнеше рет есінен танып, неврологтарда зерттеулер жүргізіліп, неврологиялық патологияларды жоққа шығарғанын мәлімдеді. Есінен тану қорқыныш, қобалжыған кездерінде болады, есту қабілеті сақталған. Баланың әкесі, атасы кардиологта есепте тұрады. Есту

қабілеттері бұзылмаған.Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 96 мин. АҚ 95/60 мм сын бағ.ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖЖС 90 мин. qT интервалы ЖЖС санына сай көрсеткішінен ұзақ (0,43сек). Балаға отырып-тұрғызу жүктемесі жасалды, ЭКГ түсірілді. Синусты ырғақ, ЖЖС 120 мин., ЖЭӨ вертикаль, qT интервалы жиілеген ЖЖС сай қысқармады, керісінше ұзарды.
<variant> қарыншалар реполяризациясының баяулау синдромы; синкопе
<variant> qT интервалының тума ұзару синдромы; синкопе; тұқым қуалаушылық
<variant> каротид синусының синдромы (синдром каротидного синуса), синкопе
<variant> аритмогенді естен тану
<variant> ортостаздық естен тану
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:54 жастағы әйелде соңғы 2 аптада бірнеше рет естен танулар болған. Анамнезінен: 37 жасынан аяғының терең веналарының варикозды кеңеюлері бар. 45-46 жасынан жүрек шамасыздығы тұрақталып, 2-3 дәрмектерді қабылдайды (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-ті: перифериялық ісінулер тобығына дейін. Бойы 168см; салмағы 96кг. Өкпесінде везикулалық тыныс, оң өкпесінің ортаңғы бөлігінің үстінде тыныс әлсіреген, крепитациялар естіледі. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖЖС 102 мин., сол II қ/а II тонның айқын акценті. АҚ 135/85 мм сын. бағ. Бауырының Курловпен өлшемдері 14х11х9см. ЭКГ: ырғағы синусты, 104 мин., ЖЭӨ солға ығысқан. Тісшелерінің вольтажы төмен. Қос қарынша гипертрофиясының белгілері.
<variant> артық салмақ; миокардтың зақымдану белгілері (семіздіктегі КМП); өкпелік гипертензия; кардиомегалия; өкпе тінінің тығыздалу синдромы; веналардың варикозды кеңеюі; синкопе, ЖШ
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы (толық АВБ); миокардтың ишемиялық өзгерістер – тыртықтық сатысы – синдромы; АГ; гепатомегалия, синкопе
<variant> өткізгіштіктің бұзылу синдромы; qT интервалының ұзару синдромы; синкопе
<variant> артериялық гипертензия синдромы, миокардтың зақымдану синдромы, артық салмақ, синкопе
<variant> артық салмақ, веналардың варикозды кеңеюі; синкопе,өкпе тінінің тығыздалу синдромы
<question>Жетекші синдромын және диагнозын таңдаңыз:54 жастағы әйелде соңғы 2 аптада бірнеше рет естен танулар болған. Анамнезінен: 37 жасынан аяғының терең веналарының варикозды кеңеюлері бар, ем қабылдамаған. 40 жасынан естен танулар қосылған. 45-46 жасынан жүрек шамасыздығы тұрақталып, 2-3 дәрмектерді қабылдайды (периндоприл, гипотиазид, кардиомагнил). Об-ті: перифериялық ісінулер тобығына дейін. Бойы 168см; салмағы 96кг. Өкпесінде везикулалық тыныс, оң өкпесінің ортаңғы бөлігінің үстінде тыныс әлсіреген, крепитациялар естіледі. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖЖС 102 мин., сол II қ/а II тонның айқын акценті. АҚ 135/85 мм сын. бағ. Кеуде сарайы органдарының екі проекциядағы рентгенограммасында: өкпе түбірінің оң жақта кеңеюі, ортаңғы бөлігінде периинфаркті пневмония белгілері.
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік. Асқ.: Өкпе артериясы орта тармақтарының тромбэмболиясы. Инфаркті пневмония. Синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік III дәр. Асқ.: Синкопе
<variant> метаболизмдік кардиомиопатия. ЖШФК$_{II}$. Фон: Алиментарлы семіздік III дәр. Асқ.: Дәрмектік синкопе
<variant> жүйелі атеросклероз. Аорта атеросклерозы. Аорта қақпақтарының шамасыздығы. Синкопе. Фон: Алиментарлы семіздік

<variant> ауруханадан тыс пневмония, оң өкпенің орта бөлігінің. Асқ.: инфекциялық-токсиндік шок
<question>Дұрыс тұжырымдарын таңдаңыз :19 жастағы жігітте экссудатты плеврит, торакальді хирург пункцияға дайындады. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, перифериялық ісінулер жоқ. Перкуссияда кеуде сарайының оң жартысында III қ/а төмен, жоғарғы шегі қолтық астына қарай қиғаш жоғарылаған, өкпе дыбысының қысқаруы бар. Аускультацияда ол аймақ үстінен тыныс естілмеді, ТЖ 26 мин. Жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 100 мин. Дәрігер пункциялық инені енгізіп, сұйықтықты ағызды, науқас қысқа уақытқа есінен танып қалды.
<variant> плевра қуысына сұйықтық жиналу синдромы; ТШ, ЖШ. Плевралық пункция, синкопе
<variant> плевра қуысына сұйықтық жиналу синдромы; ТШ, ЖШ, инфекциялық-токсиндік шок
<variant> өкпе тінінің тығыздалуы синдромы, ТШ, ЖШ, инфекциялық-токсиндік шок
<variant> плевра қуысына ауа жиналу синдромы; ТШ, ЖШ, синкопе
<variant> сол қарыншалық жедел щамасыздық синдромы, өкпе шемені
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 33 жастағы жақында босанған әйелде адинамия, басының ауыруы, терісінің құрғауы, ішінің қатуы, жиі естен танулар, салмақ жоғалту дамыды. Шаштары мен қасының және жыныс мүшесі аймағының түктерінің түсе бастағандығын да байқаған. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 54 мин.
<variant> Шиеннің (Шиханның) синдромы
<variant> екіншілік гипотиреоз
<variant> біріншілік гипотиреоз
<variant> созылмалы гипокортицизм
<variant> екіншілік гипогонадизм
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:38 жастағы ер кісі бас ауыруына, айналуына, естен тануларға шағымданып келді. Жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы бар. Жүрек шектері солға және төмен ығысқан, оң II қ/а және төс сүйегінің сол қырымен жоғары тембрлі, кеми түсетін, протодиастолалық шу, II тон әлсіреуі естілді. Тамырларда Траубенің қос тоны, Дюрозьенің қос шуы, Квинке пульсі, білезік артериясында пульс биік, секірмелі, 100 мин. АҚ 160/50 мм сын. бағ.
<variant> бөліктік кардиомегалия, аорта қақпақтарының шамасыздығы, САГ, синкопе
<variant> бөліктік кардиомегалия, сол а/в тесіктің стенозы, артериялық гипотензия, синкопе
<variant> бөліктік кардиомегалия, аорта сағасының стенозы, артериялық гипотензия, синкопе
<variant> бөліктік кардиомегалия, митраль қақпақтарының шамасыздығы, синкопе
<variant> бөліктік кардиомегалия, үшжармалы қақпақтарының шамасыздығы, синкопе
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз:35 жастағы науқас басының ауыруына, басының айналуына, естен тануларға шағым айтады. Об-ті: жүректің негізінде, II тыңдау нүктесінде мойын тамырларына таралатын дөрекі мезосистолалық шу естілді. Вальсальв сынамасында шу азаяды және тыныста шығарғанда өзгермейді. ЭКГ: сол қарыншаның гипертрофиясы, сол қарыншаға күш түсу. Рентгенограммада: жүрек конфигурациясы «жүзген үйрек» тәрізді.
<variant> кардиомегалия (аорталық конфигурациялы), қақпақтық ақау синдромы (аорталық стеноз), синкопе
<variant> кардиомегалия (аорталық конфигурациялы), қақпақтық ақау синдромы (аорта қақпақтарының шамасыздығы), синкопе
<variant> кардиомегалия (митральді конфигурациялы), қақпақтық ақау синдромы (митральді қақпақтарының шамасыздығы)
<variant> кардиомегалия (митральді конфигурациялы), қақпақтық ақау синдромы (сол Атривентрикулдікқ тесіктің стенозы)
<variant> кардиомегалия (митральді конфигурациялы), қақпақтық ақау синдромы

(жұптасқан митральді ақау, стеноздың басымдылығымен)
<question>Жетекші синдромдары мен осы жағдайда қарсы көрсетілген дәрмектер тобын таңдаңыз:42 жастағы ер адам, кардиолог-дәрігерде гипертрофиялық кардиомиопатиямен (сол жақ қарыншаның шығу жолының обструкциясы бар) есепте тұрады. Соңғы кездері физикалық күш түскенде стенокардияға тән ауыру сезімі мазалап, ентігіп, антиангиналық дәрмектер қабылдаған. Бірақбасы айналып, естен танулар қосылған. Жағдайының нашарлауын жүрегі қысқанда ішкен дәрмектерімен байланыстырады.
<variant> кардиомегалия (ГКМП обструкциямен), ангинальді, жүрек шамасыздығы, синкопе, нитраттар
<variant> кардиомегалия (ГКМП обструкциямен), ангинальді, жүрек шамасыздығы, бета-блокаторлар
<variant> кардиомегалия (ГКМП обструкциямен), ангинальді, жүрек шамасыздығы, кальций антагонистері
<variant> кардиомегалия (ГКМП обструкциямен), ангинальді, жүрек шамасыздығы, кордарон
<variant> кардиомегалия (ГКМП обструкциямен), ангинальді, жүрек шамасыздығы, жүрек гликозидтері
<question>Бауырда дамуы мүмкін өзгерістерді таңдаңыз:59 жастағы ер кісіде өкпенің созылмалы обструкциялық ауру, басым бронхиттік түрі, декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүрек.
<variant> порталық гипертензия, бауырдың жүректік фиброзы
<variant> цитолиз, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> майлы гепатоз
<variant> фульминантты гепатит
<question>Осы науқастың бауырында дамуы мүмкін өзгерістерді таңдаңыз:52 жастағы әйелде өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, созылмалы ӨТЖ, декомпенсацияланған, ЖШФК 3.
<variant> порталық вена жүйесіндегі гипертензия, уақыт өте бауырдың фиброзы
<variant> гепатоциттердің цитолизі, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы озбыр гепатит
<variant> майлы гепатоз
<variant> фульминантты гепатит
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз: 32 жастағы науқас басының ауыруына, айналуына, естен тануға шағым айтты. Об-ті: жүректің негізінде, екінші тыңдау нүктесінде мойын тамырларына таралатын дөрекі мезосистолалық шу естілді. Вальсальв сынамасында (орнынан көтеріле бергенде) шу азаяды. ЭКГ: сол қарыншаның гипертрофиясы. Рентгенограммада: жүрек конфигурациясы «жүзген үйрек» тәрізді.
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (аорталық стеноз), кардиомегалия, синкопе
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (аорта қақпақтарының шамасыздығы), кардиомегалия, АГ
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (митральді қақпақтарының шамасыздығы), кардиомегалия,синкопе
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (сол Атривентрикулдікқ тесіктің стенозы), кардиомегалия, артериялық гипотензия
<variant> тума қақпақтық ақау синдромы (қарыншааралық перденің дефекті), синкопе
<question>Клиникалық диагнозын таңдаңыз: 34 жастағы жүктілігі 19-20 апталық әйелдің салмағы артық, қалқанша безі I дәрежелі ұлғайған, беті ісіңкі, терісі құрғақ, тілі үлкен. Пульсі 64 мин. Іші қатады. Шамалы экзофтальм, склерасының инъекциясы, Грефенің оң симптомы.

ТТГ қалыпты. Жалпы Т4 пен ТГ антиденелері жоғарылаған. Қалқанша безінің УДЗ: эхотығыздылығы әркелкі.
<variant> аутоиммунды тиреоидит, гипертрофиялық түрі, I дәр. жемсау, клиникалық гипотиреоз; эндокринді офтальмопатия
<variant> диффузды токсиндік жемсау I дәр., эндокринді офтальмопатия
<variant> аутоиммунды тиреоидит, гипертрофиялық түрі, эндокринді офтальмопатия
<variant> біріншілік клиникалық гипотиреоз, эндокринді офтальмопатия
<variant> диффузды токсиндік жемсау I дәр., ісінулік экзофтальм
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 16 жастағы жасөспірімде жоғары типті семіздік, беті айтабақтай, ойықтары көрінетін тері астылық көкшіл жолақтар. АҚ 160/100 мм сын. бағ. Рентгенде: түрік ершігі кеңіген.
<variant> ауру: Иценко-Кушингтің
<variant> пубертаттық кезеңнің гипоталамустық синдромы
<variant> экзогенді-конституциялық семіздік
<variant> андростерома
<variant> альдостерома
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. 10 жастағы қызды емханаға жүрек айнуы мен тоқтаусыз құсуға байланысты жеткізді. Сусызданған, интоксикация белгілері бар. Гликемия 3,2 ммоль/л. Несепте глюкоза жоқ. Ацетонурия +++.
<variant> ацетонемиялық құсу
<variant> диабеттік кетоацидоз
<variant> гипогликемиялық жағдай
<variant> тағамдық токсикоинфекция
<variant> бүйрекүсті безінің шамасыздығы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:34 жастағы ер кісіде артериялық гипертензияның 220/140 мм сын. бағ. дейін ұстамалы жоғарылауы; тремормен, терлеумен, тахикардиямен сипатталады. Өздігінен 20-30 минуттан соң қалпына келеді.
<variant> феохромоцитома
<variant> диффузды токсиндік жемсау (зоб)
<variant> ауруы: Иценко-Кушингтің
<variant> глюкокортикостерома
<variant> альдостерома
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:43 жастағы әйелді салмағының қосылуы, бетінің ісіңкілігі, терісінің құрғауы, іш қатпалары мазалайды. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмен, ал ТТГ жоғары.
<variant> біріншілік гипотиреоз
<variant> орталық генезді семіздік
<variant> екіншілік гипотиреоз
<variant> аналық бездерінің поликистоздық синдромы
<variant> гипоталамустық синдром
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 32 жастағы жақында босанған әйелде адинамия, басының ауыруы, терісінің құрғауы, ішінің қатуы, жиі естен танулар, салмақ жоғалту дамыды. Шаштары мен қасының және жыныс мүшесі аймағының түктерінің түсе бастағандығын да байқаған. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 54 мин.
<variant> синдромы:Шиеннің (Шиханның)
<variant> екіншілік гипотиреоз
<variant> біріншілік гипотиреоз

<variant> созылмалы гипокортицизм
<variant> екіншілік гипогонадизм
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 47 жастағы әйелде қалқанша безі үлкейген, тығыздығы әркелкі. УДЗ: эхотығыздылығының жоғары және төмен ошақтары анықталды. Пункциялық биопсияда: лимфоидты инфильтраттар ошақтары. Т3, Т4, ТТГ қалыпты.
<variant> аутоиммунды тиреоидит
<variant> эндемиялық жемсау (зоб)
<variant> қаоқанша безінің аденокарциномасы
<variant> тиреоидиті – Ридельдің
<variant> жедел іріңді тиреоидит
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:22 жастағы ер кісіде соңғы 10 жылда артық салмақ, тән орналасулармен көкшіл жолақтар (striae), АҚ кезеңімен жоғарылауы, шынтақ пен қолтық асты терісінің гиперпигментациясмы бар.
<variant> гипоталамустық синдром
<variant> глюкокортикостерома
<variant> ауруы: Иценко-Кушингтің
<variant> синдромы: Конның
<variant> нейрогендік семіздік
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:35 жастағы әйел мойын аймағындағы, құлағына тарайтын ауырсыну мен жұтынуының қиындауына шағымданды. Жағдайының өзгеруін басынан өткерген ЖРВА байланыстырады. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, дене қызуы $37,8^0$С. Қалқанша безі 2 дәрежеге дейін үлкейген, тығыз, сипағанда ауырады, қозғалуы шектелген, үстіндегі тері ылғалды, ыстық. Пульсі 96 мин. АҚ 120/80 мм сын. бағ. ҚЖА: Нв 134 г/л, лейк. 9,8 мың. ЭТЖ 30 мм/сағ.
<variant> жеделдеу тиреоидит (Де-Кервена)
<variant> тиреотоксикоз
<variant> фиброзды тиреоидит
<variant> аутоиммунды тиреоидит
<variant> жедел іріңді тиреоидит
<question>Дамыған асқынуын бөліңіз: 58 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.
<variant> гиперосмостық кома
<variant> гиперкетонемиялық кома
<variant> церебральді кома
<variant> гиперлактацидемиялық кома
<variant> гипогликемиялық кома
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:9 жастағы қызды анасы қабылдауға келесі шағымдарымен әкелді: денесінің қызуын сезу, тершеңдік, соңғы 3 айда 5 кг салмақ жоғалту. Об-ті: көңіл-күйі тұрақсыз, жылауық. Тынымсыз, қол саусақтарының майда треморы бар. Тері жамылғылары ыстық, ылғалды, көздің ағында көзін төмен түсіргенде ақ жолақ сақталп қалады. Грефе симптомы оң. Қалқанша безі диффузды ұлғайған, тығыздылығы артқан, үстінен

систолалық шу естілді. Тыныш күйдегі тахикардия, жүрек ұшы түрткісі күшейген. Үлкен дәреті жиі.
<variant> диффузды-токсиндік жемсау (зоб)
<variant> гипертиреоз
<variant> гипотиреоз
<variant> эутиреоздық жемсау (зоб)
<variant> гипоталамустық синдром
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:38 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.
<variant> акромегалия
<variant> қантты диабет
<variant> ауруы: Иценко-Кушингтің
<variant> глюкагонома
<variant> кортикостерома
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 50 жастағы, дене салмағы артық әйелде аш қарынға гликемия деңгейінің артқандығы нақталды: 6,9 и 7,2 ммоль/л.
<variant> қантты диабет, 2 типті
<variant> семіздік
<variant> қантты диабет 1 типті
<variant> гликемиясының ашқарындағы бұзылысы
<variant> глюкозаға толеранттылығының (төзімділігінің) бұзылуы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 17 жастағы жігітте инсулинге тәуелді қантты диабеті 6 жылдан бері: тәулігіне бір рет 18 бір. актрапидті, 38 бір. инсулин лентені, 40 бір. инсулин-ультралентені егеді. Шағымдары: басының тұрақты ауыруы, бас айналулары, көз көруінің мезгілдермен өтпелі нашарлауы, мінезінде озбырлықтың пайда болуы, жұмысқа қабілетінің нашарлауы, ұйқышылдық. «Гипогликемияға» ұқсайтын жағдайларда гликемиясы 15,3 ммоль/л деңгейінде болған. Тұрақты протеинурия, мочевинасы қалыпты. АҚ 170/90 мм сын. бағ.
<variant> инсулинге тәуелді қантты диабет, ауыр ағымды, декомпенсация фазасы, Сомоджи синдромы, диабеттік нефропатия 2 дәр.
<variant> инсулинге тәуелді қантты диабет, ауыр ағымды, декомпенсация фазасы, Сомоджи синдромы, диабеттік нефропатия 3 дәр.
<variant> инсулинге тәуелді қантты диабет, ауыр ағымды, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатия 2 дәр.
<variant> инсулинге тәуелді қантты диабет, ауыр ағымды, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатия 2 дәр., Киммелстилл-Уилсон синдромы
<variant> инсулинге тәуелді қантты диабет, ауыр ағымды, декомпенсация фазасы, диабеттік нефропатия 2 дәр., диабеттік энцефалопатия
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:14 жастағы қыз бала, гестозды жүктіліктен, бас ауыруына, тәбетінің жоғарылауына шағымданады. Бойы ұзын, салмағы артық, фолликулярный гиперкератоз, сандарында қызғылт жолақтар. АҚ 130/70 мм сын. бағ. Жыныстық жетілуі: Ма , Ах , Р , menses 12 жасынан.
<variant> пубертаттық кезеңнің гипоталамустық синдромы
<variant> гипотиреоздық семіздік
<variant> синдром: Иценко – Кушингтің

<variant> зкзогенді – конституциялық семіздік
<variant> гипоовариальді семіздік
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 38 жастағы әйел кісінің шағымдары: мойнының желкесіне таралатын ауыруы, жұтынуының қиындауы. Басынан өткерген ЖРВА байланыстырады. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлық дәрежесінде, дене қызуы 37,8^{0}С. Қалқанша безі 2 дәрежелі үлкеіген, тығыздалған, пальпацияда ауырады, қозғалуы шектелген. АҚ 120/80 мм сын. бағ. Қан анализдерінен: Нв 130 г/л, лейк. 9,8х10^9/л, ЭТЖ34 мм/сағ. FT$_4$89 нмоль/л.
<variant> жеделдеу (Де-Кервеннің) тиреоидит
<variant> диффузды токсиндік зоб
<variant> фиброзды тиреоидит
<variant> созылмалы аутоиммунды тиреоидит
<variant> жедел (жіті)іріңді тиреоидит
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 27 жастағы әйелдің дене салмағы артық, бір жыл бойына етеккірінің келу реттілігі бұзылған. Сандары мен ішінің, сүт бездерінің терісінде қызыл-көкшіл жолақтар. АҚ 140/90 мм сын. бағ. Глюкозаға төзімділік тестінде ашқарында 4,5 ммоль/л; глюкозамен сынамадан кейін 2 сағаттан соң 8,6 ммоль/л. КТ: бүйрек үсті бездерінің екі жақты гиперплазиясы. Қанда кортизол деңгейі таңғы 8-де 1060 нг/л (N – 260-720 нг/л); сағат 14-те 1250 нг/л.
<variant> Иценко-Кушингтің ауруы
<variant> церебральді семіздік
<variant> гипоталамустық синдром
<variant> синдром: Штейн-Левентальдің
<variant> экзогенді-конституциялық семіздік
<question>Болжам диагнозы мен ең бірінші көмекті таңдаңыз: қантты диабетпен ауыратын науқасты қабылдау бөліміне ауыр жағдайда жеткізді, бұл жағдай уланып, көптеген құсулар мен ішінің өтуінен соң дамыған. Айқын сусыздануды, гипотонияның клиникасы, олигоурия. Гликемия 27 ммоль/л, плазма осмостығы 380 ммоль/л (320ммоль/л), несептің ацетонға тесті теріс.
<variant> гипергликемиялық гиперосмостық кома; гипотониялық ерітінді 1 л/сағ.
<variant> гипергликемиялық гиперосмостық кома; инсулиннің 20 бір болюспен
<variant> гипергликемиялық гиперкетонемиялық кома; инсулинді тамшылатып 12-14 бір/ сағ.
<variant> гипергликемиялық гиперкетонемиялық кома; физиологиялық ерітінді1 л/сағ.
<variant> гипогликемиялық кома; коллоидты ерітінділер 500 мл/сағ.
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:дәрігерге 32 жастағы әйел кісі көрінді: жүрек қағуы, ентігу, әлсіздік, ашушаңдық, тершеңдік, салмақ тастау. Анамнезінен: 4-5 ай шамасында дертті, қатты күйзеліспен байланыстырады. Об-ті: әбігершілігі, көздерінің жалтырауы, қол саусақтарының дірілі, гипергидроз анықталды. Өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары күшті, ырғақты, ЖЖС 110 мин. АҚ 160/70 мм сын. бағ.
<variant> гипертиреоз
<variant> нейроциркуляциялық дистония
<variant> гипотиреоз
<variant> феохромоцитома
<variant> біріншілік альдостеронизм
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:6 жастағы балғынның бойы құрдастарынан кем, әкесінің бойы 170 см, анасының бойы 160 см. Тексергенде: сүйектік жасы 3 жасар баланың

жасына сәйкес. ТТГ деңгейі қалыпты. Инсулинмен сынамада СТГ барлық уақыттардағы деңгейі 5 нг/л жоғары емес.
<variant> соматотропты гормонның (СТГ) изоляцияланған дефициті
<variant> жанұялық тапалдық (бәкенелік)
<variant> соматогенді нанизм
<variant> церебральді-гипофиздік нанизм
<variant> тума гипотиреоз
<question>Себебін таңдаңыз: 15 жастағы қантты диабеттің 1 типімен дертті жасөспірімде тек ертеңгілік ашқарындық гипергликемия.
<variant> “таң шапағы – утренней зари” синдромы
<variant> түскі ас алдындағы тез әсерлі инсулиннің аздығы
<variant> таңғы ас алдындағы тез әсерлі инсулиннің аздығы
<variant> кешкі ас алдындағы тез әсерлі инсулиннің көптігі
<variant> түскі ас алдындағы қысқа әсерлі инсулиннің аздығы
<question>Инсулинге тұрақтылық даму механизмдерінің бауырлық патогенезін таңдаңыз:
<variant> гликолиз
<variant> липолиз
<variant> глюконеогенез
<variant> катаболизм
<variant> анаболизм
<question>Болжам диагнозын табыңыз:50 жастағы әйелде ашушаңдық, жалпы әлсіздік, тәулігіне 20 ретке дейінгі “ыстық құйылулары” бар. Об-но: гипергидроз, қызғыш дермографизм, АҚ 150/60 мм сын. бағ. ЖЖС 86 мин. Қынап кілегейі атрофияланған.
<variant> патологиялық климакс
<variant> жатыр миомасы
<variant> тиреотоксикоз
<variant> эндометриоз
<variant> артериялық гипертензия
<question>Диабеттің бұл типінің патогенездік емінің мақсатын таңдаңыз: 57 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.
<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>Дұрыс интерпертациясын таңдаңыз. 22 жастағы науқасқа ФГДС жасалды: Асқазанның кілегей қабаты қызарған, ісінген, көптеген геморрагиялар мен жалпақ эрозиялар бар. Асқазан қуысында көп көлемді, ұйысқан, жіпшеленген кілегей бар. Асқазан қыртыстары иректелген, қалың, бір-біріне жабысқан, үрлегенде (инсуфляция) жақсы жазылады, қыртыстарының қалыңдығы 5мм.




<variant> жедел гастрит, асқазанның жіті эрозиялары
<variant> асқазанның стрестік жарасы
<variant> созылмалы гастрит
<variant> асқазанның рагі
<variant> рефлюкс гастрит
<question>Дұрыс интерпертациясын таңдаңыз. 35 жастағы науқасқа ФГДС жасалды: Асқазанның кілегей қабаты жаппай қызарған, қалтқысы ашық. Асқазанның антраль бөлігінің қуысында көп мөлшерлі, сары-жасыл кілегей жиналған. Қыртыстары ісінген, кіші иінінде жіне қатпарларының жонында геморрагиялардың ошақтары көрінді.



<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалы рефлюкс-гастрит
<variant> жедел гастрит, асқазанның жітіэрозиялары
<variant> асқазанның стрестік жарасы
<variant> асқазанның рагі
<variant> созылмалы HP ассоциацияланған гастрит
<question>Дұрыс интерпертациясын таңдаңыз. 56 жастағы науқасқа ФГДС жасалды: Асқазанның антраль бөлігінің кілегей қабаты айқын қызарған, қан-қызыл ошақтары бар. Артқы қабырғасы мен үлкен иінінің қатпарлары күрт қалыңдаған, ісінген, ретсіз орналасқан, үрлегенде толық жазылмайды. Кілегей қабығы борпылдақ, біркелкі емес, ісіну ошақтары бар, гиперемия мен кілігей ішінің қан құйылулары.

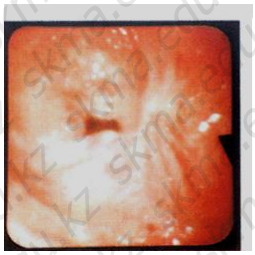


<variant> асқазанның антраль бөлігінің созылмалы беткей гастриті, өршу фазасында
<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалырефлюкс-гастрит
<variant> жедел гастрит, асқазанның жітіэрозиялары
<variant> асқазанның стрестік жарасы
<variant> асқазанның рагі
<question>Дұрыс интерпертациясын таңдаңыз. 62 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.

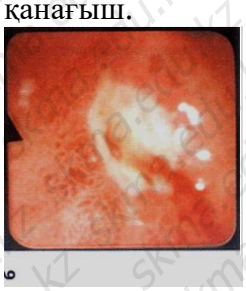


<variant> диффузды (мультифокаль) атрофиялық гастрит

<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалы рефлюкс-гастрит
<variant> жедел гастрит, асқазанның жітіэрозиялары
<variant> асқазанның стрестік жарасы
<variant> асқазанныңрагі
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 55 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның кілегейі гиперемияланған, қатпарлары қалыңдаған, бір жерлерінде геморрагиялық ошақтар. Кіші иінінде кілегейдің ойығы бар, D=2x3 см, саңылау тәріздес, шеттері айқын шектелген. Түбі тегіс, сары түсті фибринмен жабылған. Қыртыстары ойыққа қарай түйіскен (конвергенция). Асқазанның қабырғасы деформацияланған, биопсияда тиген жерлері қанағыш.



<variant> жара ауруы, асқазанның кіші иінінің орташа өлшемді созылмалы жарасы, асқазанның тыртықтық деформациясы
<variant> жара ауруы, 12 елі ішектің буылтығының орташа өлшемді созылмалы жарасы, 12 елі ішектің тыртықтық деформациясы
<variant> диффузды (мультифокаль) атрофиялық гастрит
<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалырефлюкс-гастрит
<variant> асқазанның рагі
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 28 жастағы науқасқа ФГДС жасалды:
Асқазанның антраль бөлігінің кілегейі гиперемияланған, ісінген. 12 елі ішек буылтығының алдыңғы қабырғасында кілегейдің ойығы бар, D=8x10мм, кратер тәріздес, шеттері ісіңкі, қабынулық жұмалақ бар, қыртыстары ойыққа қарай түйіскен (конвергенция), перифериясында грануляциялық тін көрінеді.12 елі ішектің буылтығы деформацияланған, қуысы тарылған. Асқазан қуысында көп мөлшерлі, бұлыңғыр сұйықтық, жасылдау түсті. Эндоскоп тиген жерлері қанағыш.

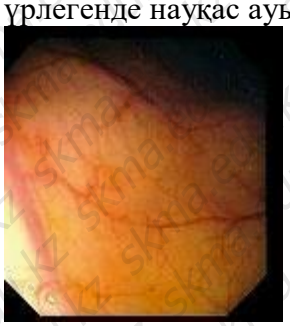


<variant> жара ауруы, 12 елі ішектің буылтығының кіші өлшемді созылмалы жарасы, тыртықтану сатысы, 12 елі ішектің тыртықтық деформациясы
<variant> жара ауруы, асқазанның кіші иінінің орташа өлшемді созылмалы жарасы, асқазанның тыртықтық деформациясы
<variant> жара ауруы, 12 елі ішектің буылтығының ірі өлшемді созылмалы жарасы, 12 елі ішектің тыртықтық деформациясы
<variant> диффузды (мультифокаль) атрофиялық гастрит
<variant> дуоден-гастерлік рефлюкс, созылмалы рефлюкс-гастрит
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, тактикаңыз: 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.



<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>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, тактикаңыз:28 жастағы әйел кісі ФКС зерттеуінен өтті: Жуан ішек кілегейі қызғыш, ішегі түйілген. Қуысында көп мөлшерлі кілегей бар. Ауамен үрлегенде науқас ауырсыну сезеді.



<variant> ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету
<variant> ішектің полипі, емге мұқтаж емес
<variant> ішектің рагі, онколог кеңесі
<variant> бейспецификалық жаралы колит, гастроэнтерологта емдету
<variant> ауруы, Кронның, гастроэнтеролог және хирургтаемдету
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, тактикаңыз:38 жастағы әйел кісі ФКС зерттеуінен өтті: Жуан ішектің төмендеуші бөлігінде қабыну байқалды: кілегей қабаты күрт қызарған, зерниста,ісінген, қалыпты тамырлық сурет көрінбейді, тиген жерлері қанайды (сурет 1); терең емес беткей, жабындысы бар жаралар анықталды (сурет 2).Ауамен үрлегенде жазылуы қиын. Өрлеме ішектің кілегейі өгеріссіз.
Сурет 1



сур. 2



<variant> жуан ішектің дисталь бөлігінің бейспецификалық жаралы колиті, стационарлық ем көрсетілген
<variant> ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету
<variant> ішектің рагі, онколог кеңесі
<variant> бейспецификалық жаралы колиті, гастроэнтерологтаамбулаторлы ем
<variant> ауруы, Кронның, гастроэнтеролог және хирургта емдету
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, тактикаңыз:35 жастағы әйел кісі ФКС зерттеуінен өтті: Мықын ішектің терминаль бөлігінде қабыну белгілері байқалды: кілегейі қызарған, ісінген, “зернистый вид” (сурет 1). Қабыну ішек қабырғасына бойлай енгендіктен, “тас көше” кейібі дамыған (сурет 2).Диагнозды таңдаңыз, тактикаңыз:



Сурет 1



Сурет 2
<variant> терминаль илеитпен сипатталған Кронауруы, орта дәрежелі ауырлықта, өршу фазасы, стационарлық ем ұсынылған
<variant> жуан ішектің дисталь бөлігінің бейспецификалық жаралы колиті, стационарлық ем ұсынылған
<variant> ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету
<variant> ішектің рагі, онколог кеңесі
<variant> бейспецификалық жаралы колиті, гастроэнтерологта амбулаторлы ем
<question>Вильсон-Коновалов ауруының еміне қолданатын дәрмекті таңдаңыз:
<variant> д-пенициламин
<variant> глюкокортикоидтар
<variant> имуран
<variant> роферон
<variant> гептрал
<question>Описторхозды емдеуде қолданылатын дәрмекті таңдаңыз:
<variant> хлоксил
<variant> пиперазин
<variant> нафтамон
<variant> фенасал
<variant> дитразин

<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 23 жастағы науқас, оң жақ қабырға астында ауырлық сезімінің болуына, әлсіз сарғаюға, жалпы әлсіздікке, салмақ жоғалтуына, буындарының ауырсынуына шағымданып келді. Анамнезінде: балалық шақта жедел гепатитпен ауырған. Об-ті: тері жамылғысы сарғыш түсте, бірен-саран телеангиоэктазиялар бар. Бауыры ұлғайған, оң жақ қабырға доғасынан 2 см шығыңқы. Талағы пальпацияланбайды. Трансаминаза деңгейі 3 есе жоғарылаған, жалпы билирубин-32,8 мкмоль/л. Тимол сынамасы-9,3 бр. Қанда HBsAg антидене табылған.
<variant> созылмалы гепатит HBV
<variant> аутоиммунды гепатит
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> бауыр циррозы
<variant> жильбер ауруы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 56 жастағы әйел, терінің қышуына, сарғаюға, оң жақ қабырға астының ауырсынуына, салмақ жоғалтуына, жауырынаралық, иық аумақтарында қара дақтың пайда болуына шағымданды. Анамнезінде: 7 жыл бұрын жауырынаралық, иық аумақтарында пигментация пайда болған. 3-4 жыл көлемінде терінің қышуы мазалаған. Дерматологта емделген, нәтижесіз. Соңғы кездері терінің қышуы күшейіп, сарғаю пайда болған. Анализінде: тікелей фракциядан болған гипербилирубинемия, СФ, ГГТП айқын жоғарылаған, трансаминаза аздап жоғарылаған.
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> созылмалы гепатит вирусты себепті
<variant> вильсон-коновалов ауруы
<variant> өт тас ауруы
<variant> α_1-антитрипсиндік шамасыздық
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: науқас 43 жаста, жүргенде күшейетін оң жақ және сол жақ қабырға астының ауырсынуына, субфебрилді дене қызуының жоғарылауына, жиі мұрнынан қан кетуіне, 3 ай көлемінде бірден 12 кг салмақ жоғалтуына шағымданды. 4 жылдан бері ауырады, алғаш рет тері жамылғысының қараюын байқаған. Соңғы 1 ай көлемінде жағдайының күрт нашарлауы болған, несебінің түсі айқын қарайған, ішінің көлемі ұлғайып, ісінулер пайда болған. Об-ті: тері жамылғысы қола түстес (бронзовой), склерасының сарғаюы, алақан және табан қыртыстарында қара пигменттердің, көкірек тұсында, иықтарында және жауырын маңында "тамырлық жұлдызшалар" болуы. Іш қуысында бос сұйықтықтың болуына байланысты ішінің көлемі ұлғайған. Бауыры мен талағы ұлғайған.
<variant> гемохроматоз
<variant> вильсон-коновалов ауруы
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> бадд-киари ауруы
<variant> бауырдың амилоидозы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 48 жастағы әйел, ота жасаушы дәрігер акушер-гинеколог, аймақтық дәрігерге, күрт әлсіздікке, жұмыс қабілетінің төмендеуіне, соңғы жылдары 5 кг салмақ жоғалтуына, ішінің кебуіне, буындарының ауырсынуына шағымданып келді. Анамнезінде: ота жасау кезінде колдарын және перчатканы бірнеше рет кесіп алған. Қарағанда: тағам қабылдауы қанағаттанарлық, склерасының субиктериялы болуы, тілі сұрғыш жағындымен қапталған. Бауыры оң жақ қабырға доғасынан 1,5-2 см шығыңқы, қыры ауырсынады, дөңгеленген. Талағы пальпацияланбайды. Жүрек және өкпе ағзаларында патологиялық өзгерістер жоқ.
<variant> вирусты гепатит

<variant> созылмалы панкреатит
<variant> ревматоидты артрит
<variant> бауырдың циррозы
<variant> аутоиммунды гепатит
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: гепатомегалия, гипергликемия, терінің гиперпигментациясы, қан сары суында темірдің деңгейінің жоғарылауы тән:
<variant> гемохроматозға
<variant> созылмалы гепатитке, вирусты себепті
<variant> бауыр циррозына
<variant> көк бауыр үстінің гиперфункциясна
<variant> вильсон – коновалов ауруына
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз.Бауырдың билиарлы циррозында ерте пайда болатын белгі:
<variant> терінің қышуы
<variant> талақтың ұлғаюы
<variant> қызыл иектің қанауы
<variant> қанда АЛТ және АСТ жоғарылауы
<variant> холинэстераза деңгейінің төмендеуі
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Бауырдың билиарлы циррозында ерте білінетін синдром:
<variant> холестаз
<variant> астениялық
<variant> порталдық гипертензия
<variant> диспепсиялық
<variant> бауыр шамасыздығы
<question>Сарғаюдың себебін таңдаңыз: созылмалы панкреатитпен ауыратын 49 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.
<variant> ұйқы безінің перидуктальді фиброзынан болған холестаз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> өт тас ауруы
<variant> тамырішілік гемолиз
<variant> гемолиз
<question>Созылмалы гепатиттің бауыр циррозына өтуінің негізгі синдромын таңдаңыз:
<variant> порталық гипертензия
<variant> сарғаюлар
<variant> астеновегетативті
<variant> артериялық гипертензия
<variant> қан айналым шамасыздығы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 28 жастағы әйел, оң қабырға астының ұстама тәрізді ауырсынуына, аузына ащы дәмнің келуіне, жалпы әлсіздікке, терінің әлсіз сарғаюына шағымданды. Диетаны бұзуына байланысты ұстама тәрізді ауырсынулар 10 жыл көлемінде мазалаған. Венаішілік холангиографияда: жалпы өт жолының аздап кеңеюі. Өт қабы ұлғайған, төмен орналасқан, түбінде - ірі тастың болуы байқалды.

<variant> созылмалы тасты холецистит, өршу фазасы
<variant> өт қабының ісігі
<variant> созылмалы дуоденитттің өршу фазасы
<variant> өт жолдарының дискинезиясы, гипомоторлы типті
<variant> созылмалы тассыз холециститтің өршу фазасы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 21 жастағы ер жігіт, жұқпалы аурулар ауруханасының қабылдау бөліміне ауыруының алтыншы күні әлсіздікке, оң жақ қабырға астының, басының ауырсынуларына, тәбетінің болмауына, несеп түсінің қараюына, тері жамылғысының сарғаюына шағымданып келді. Несеп түсінің өзгеруі үшінші күні, ал терісінің сарғаюы төртінші күні байқалған. Отбасында барлығы сау. Қарағанда: жалпы жағдайы орташа ауырлықта, тері жамылғысы және склерасы сарғыш түсте. Бауыры қабырға доғасынан 3 см шығыңқы, талағы қабырға доғасында. Қанда: лейк - 6700; т/яд – 6%, с/яд – 40%, лимф.- 42%, мон.- 12%. Жалпы билирубин – 137 ммоль/л; тікелей – 97 ммоль/л; АЛТ – 1,1 ммол/л.
<variant> вирусный гепатит, орташа ауырлықта
<variant> лептоспироз
<variant> описторхоз
<variant> вирусный гепатит, ауыр ағымды
<variant> вирусный гепатит, жеңіл ағымды
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз:19 жасар жас жігітте, терісінің және склерасының сарғаюы байқалды, бауыр өлшемдері Курлов бойынша 10х9х8 см, талақ өлшемдері 14х8 см. Қанда: жалпы билирубин-67ммоль/л, тікелей емес билирубин – 56 ммоль/л. АЛТ және АСТ өзгеріссіз. Гепатобилиарлы жүйенің УДЗ өт қабында тастың болуы анықталды.
<variant> тұқымқуалаушы микросфероцитоз (Минковский –Шоффар ауруы)
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> созылмалы активті гепатит
<variant> синдромы, Жильбердің (қатерсіз гипербилирубинемия)
<variant> синдромы, Дабин-Джонсонның
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 56 жастағы науқас, 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>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Гемолиздік сарғаюға тән белгі:
<variant> билирубинурия
<variant> қанда байланыспаған билирубин деңгейінің жоғарылауы
<variant> сары сулы сілтілі фосфатазаның қалыпты деңгейі
<variant> сары сулы трансаминаза және гаммаглутамилтранспептидазаның қалыпты деңгейі
<variant> гиперретикулоцитоз

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Гемохроматоздың айқын тұрақты клиникалық көріністеріне тән белгі:
<variant> терінің пигментациясы
<variant> экстрапирамидті синдромдар
<variant> белгі: Кайзер-Флейшнер сақинасы
<variant> лейкоцитоз
<variant> анемия
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: ер адам 45 жаста, инсоляция жоқ кезде де терісінің сұр түстенгенін айтады. Тексеру кезінде тығыздалған бауыр мен көкбауыр пальпацияланды, гипергликемия бар, ЭКГ-да: аритмия.
<variant> гемохроматоз
<variant> синдромы, Жильбердің
<variant> синдромы, Бадд-Киаридің
<variant> ауруы Вильсонның
<variant> созылмалы маскүнемдік
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 62 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>Болжам диагнозын таңдаңыз: 39 жастағы науқас, 5 жыл көлемінде жүйелі түрде қолдарының, басының дірілдеуін байқады. Соңғы жылдары ауруының өршуі кезінде жүрісінің бұзылысы мен тілінің күрмеленетіні байқалды. Қолдары мен басының дірілдеуінен жұмысқа жарамдылығын жоғалтты. Қарағанда: қолдары мен басының треморы. Тері жамылғысы құрғақ, сарғыш, бірен-саран телеангиэктазиялар бар, бауырлық алақан. Бауыры мен талағы пальпацияланбайды. Анализінде: жалпы билирубин - 35,4 ммоль/л, АЛТ - 1,7 ммоль/л.
<variant> ауруы, Вильсон-Коноваловтың
<variant> гемохроматоз
<variant> бауыр циррозы
<variant> бауырдың біріншілік билиарлы циррозы
<variant> ауруы, Бюргер-Грютцтің
<question>Омыртқа жотасының ең ақпаратты сәлелік зерттеу тәсілін таңдаңыз:
<variant> радионуклидті диагноз
<variant> магнит-резонанстық томография
<variant> компьютерліктомография
<variant> ультрадыбыстық зерттеу
<variant> объективті тәсіл
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Бас миы ісіктерінің диагнозын нақтауда ең ақпаратты зерттеу тәсілі болып саналады:
<variant> магнит-резонанстық томография
<variant> краниография
<variant> бас миын ультрадыбыстық зерттеу
<variant> компьютерлік томография

<variant> объективті зерттеу тәсілі
<question>Магниттік-резонанстық томографияны жүргізуге қарсы көрсетпені таңдаңыз:
<variant> кардиостимуляторының болуы
<variant> науқастың ес-түссіз жағдайы
<variant> сәулелік емнен кейінгі лейкопениямен асқынған жағдай
<variant> отадан кейінгі ерте кезең
<variant> ауыр анемия
<question>Тіндерді зерттеуде шешуші мүмкіндігі жоғары тәсілді таңдаңыз:
<variant> компьютерлік томография
<variant> магнит-резонанстық томография
<variant> ультрадыбыстық зерттеу
<variant> қуыстарды контрастау
<variant> сцинтиграфия
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өңеш пен асқазанды контрастап зерттегенде, өңештің құрсақтық бөлігі кеуде сарайында орналасқан, асқазанның газдық көпіршігі жоқ, асқазан өз өсімен бұрылған (ротация). Осы ауытқулар тән патология:
<variant> тума қысқа өңеш
<variant> өңештің құрсақ бөлігінің әдетті орналасуы
<variant> өңештің құрсақ бөлігі кілегейінің өзгерісі
<variant> аксиальді жарық
<variant> өңештік тесіктің жарығы
<question>Сәби теңге жұтып қойды, ең таңдамалы рентгендік тәсілді таңдаңыз:
<variant> жалпы шолу рентгеноскопиясы көзделген рентгенографиямен
<variant> жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> әдісі, Земцовтың
<variant> әдісі, Иванов-Подобедтің
<variant> компьютерлік томография
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз.Контрастап зерттеуде асқазан қуысында оны айналып өту симптомы бар, толу дефекті анықталды, рентгендік пальпацияда ол 10 см дейін жылжиды.
<variant> безоар
<variant> қатерсіз ісік
<variant> қатерлі ісік
<variant> кілегейінің гипертрофиясы
<variant> асқазан аденомасы
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз: науқасты емханаға келесі шағымдармен алып келді: кеуде сарайының сол бөлігінің ауыруы, тамақтанғаннан және физикалық күштемеденсоң, жатқандаонын күшеюі, жүрегінің айнуы мен мезгіл-мезгіл жеңілдік әкелетін құсу. Анамнезінен 10 күн бұрын автожарақат алғаны белгілі болды. Кеуде сарайы органдарының жалпы шолу рентгенограммасында: диафрагма үстінде сұйықтық деңгейі бар газдық көпіршік.
<variant> диафрагманың сол жақты жарақаттық жарығы
<variant> стенокардия
<variant> сол жақты абсцестенген пневмония
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің жылжымалы жарығы
<variant> сол жақты гемоторакс
<question>Диафрагманың өңештік тесігінің жылжымалы жарығын (грыжа) рентгендік тексерумен анықтау жағдайын таңдаңыз:

<variant> дене қалыбы – Тренделенбургтікі
<variant> тұрғызып тексеру
<variant> бүйірінде тексеру
<variant> жартылай отырғызып тексеру
<variant> он екі ішектің жасанды гипотониясы негізінде тексеру
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз. Науқас әйелде қызыл, жүрек аймағына және сол жауырынына тарайтын, төс артының күйдіріп, сол қабырға астының, ауыруы бар. Олар алға еңкейгенде жиі дамиды. Рентгендік тексеруде: өңеші кеңімеген, қысқарған, түзуленген, одан барий диафрагма үстінде орналасқан, қабырғалары жұқа газдық қуысқа (газовый пузырь) өтеді де, қатпарлары қалыңдаған созылған асқазанға түседі.
<variant> өңеш ахалазиясы
<variant> диафрагмалық – Богдалектің жарығы
<variant> өңештің асқазанған жайылған рагі
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің жылжымалы жарығы
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің параэзофагтік жарығы
<question>Диагнозын таңдаңыз. 24 жастағы ер кісіде ангинаның үшінші күні ісіну, макрогематурия пайда болып, АҚ жоғарылады. Диагнозын таңдаңыз.
<variant> созылмалы гломерулонефрит, өршуі
<variant> жедел гломерулонефрит
<variant> жеделпиелонефрит
<variant> апостематоздық нефрит
<variant> бүйрек амилоидозы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Helicobacter pylori-дің асқазан тұз қышқылына патогенездік әсер механизмі:
<variant> гастрин концентрациясын жоғарылатып, тұз қышқылының секрециясын арттырады
<variant> асқазанның жақтаулы (обкладочные) клеткаларын жойып, тұз қышқылының секрециясын төмендетеді
<variant> тұз қышқылының секрециясын өзгертпейді, асқазан эпителийінің жасушасына тікелей цитолиздік әсер етеді
<variant> асқазанда аммиак бұлтының дамуынан тұз қышқылын бейтараптайды, концентрациясын азайтады
<variant> шартты патогенді микроағза болғандықтан тұз қышқылының секрециясына әсер етпейді
<question>Пиелонефритке тән белгілер топтамасын таңдаңыз:
<variant> қызба, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> қызба, лейкоцитурия, гематурия
<variant> қызба, дизурия, гематурия
<variant> қызба, лейкоцитурия, протеинурия, гипотензия
<variant> қызба, протеинурия, микрогематурия, гипостенурия
<question>БДҰ критерийін таңдаңыз: қант диабетін нақтау үшін, 75 г глюкозаны ішкізгеннен кейін екі сағаттан соңғы глюкоза деңгейі:
<variant> 11,1 ммоль/л
<variant> 6,0ммоль/л
<variant> 8,0ммоль/л
<variant> 8,4 ммоль/л
<variant> 9,7 ммоль/л

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Емдеу профилактикалық ұйымдарда еңбекке уақытша жарамсыздық экспертизасын бақылаушылар:
<variant> бас дәрігер, орынбасары және бөлімше меңгерушісі
<variant> аймақтық дәрігер немесе медбике
<variant> жалпы тәжірбиелік дәрігер және бас медбике
<variant> менеджер және бас дәрігердің орынбасары
<variant> аймақтық дәрігер және жалпы тәжірбиелік дәрігер
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Әйелде жүктіліктің 22 аптасы. Жалпы тәжірбиелік дәрігерге декреттік демалысқа шығу туралы қаралды. Жүктілік және тууға жарамсыздық парағыберіледі:
<variant> 30 аптадан бастап туғанға дейін 70 календарлық күн және 56 күн туғаннан кейін (асқынусыз)
<variant> 25 аптадан бастап туғанға дейін 60 календарлық күн және 40 күн туғаннан кейін (асқынусыз)
<variant> 28 аптадан бастап туғанға дейін 30 календарлық күн және 36 күн туғаннан кейін (асқынусыз)
<variant> 30 аптадан бастап туғанға дейін 70 календарлық күн және 70 күн туғаннан кейін (асқынусыз)
<variant> 28 аптадан бастап туғанға дейін 60 календарлық күн және 56 күн туғаннан кейін (асқынусыз)
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Төмендегілерден I топ мүгедектігіне жататынын белгілеңіз:
<variant> үш бірдей аяқ-қолдарының айқын парезі бар
<variant> қолдың параличі бар, шамалы афазиямен
<variant> айқын гемипарезі бар
<variant> айқын жоғарғы және төменгі парапарезі бар
<variant> қолдың параличі бар
<question>Шешуші зерттеуді таңдаңыз. Ер адам 40 жаста, эпигастрий аймағындағы ұзақ уақыттан бергі белдеме ауыруға, оның арқаға таралуына, оң қабырға астының керу сезімінешағымданды. УДЗ: ұйқы безінің өзгерістері және созылмалы холециститтің белгілері.
<variant> қанда және зәрде амилаза деңгейін анықтау
<variant> лейкоцитоз айқындылығын анықтау
<variant> қандағы трансаминаза деңгейін анықтау
<variant> гликемиялық профилін анықтау
<variant> қандағы сілтілі фосфатаза деңгейін анықтау
<question>Өкпе тамырындағы тромбты анықтайтын тәсілдіклиникалық тәжірбиеде қолдануғаЕвропалық кардиологиялық қоғамрұқсат еткен (2008, ESC), таңдаңыз.
<variant> компьютерлік томография
<variant> эхокардиография
<variant> D-димер мөлшерін анықтау
<variant> өкпе тамырларының нгиографиясы
<variant> вентиляциялық-перфузиялық сцинтиграфия
<question>Қажетті диагноздық зерттеуді таңдаңыз. Әйел 57 жаста, лапароскопиялық отадан (холецистэктомия) бұрын қаралуға келді. Анамнезінде: аяқ артерияларының атеросклерозы.
<variant> аяқтарының доплерографиясы
<variant> тамырларының дуплексті УДЗ
<variant> жүректің УДЗ

<variant> радиоизотопты флебосцинтиграфия
<variant> эзофагогастродуоденоскопия
<question>Қолданылғанын науқас та, дәрігер де білмейтін зерттеуді таңдаңыз.
<variant> қосарланған соқыр
<variant> үшеулік соқыр
<variant> жалғыз соқыр
<variant> рандомизацияланған бақыланатын
<variant> плацебобақыланатын
<question>ҚР ДСМ № 907 «Денсаулық сақтау ұйымдарының біріншілік медициналық құжаттары туралы» бұйрығына сай, БМСК дәрігерлері қабылдауда толтыратын құжат түрін таңдаңыз.
<variant> 025 үлгі
<variant> 095 үлгі
<variant> 035 үлгі
<variant> 112 үлгі
<variant> 065 үлгі
<question>«Стационарлық көмек көрсету ережелері туралы» ҚР Үкіметінің Жарлығыменстационарға жоспарланған науқастардың талдауларының (жалпы қан талдауы, жалпы зәр талдауы, биохимиялық талдау, бактериальды себу) жарамды мезгілін белгілеңіз.
<variant> 10 күнтізбелік күннен аспауы керек
<variant> 3 күнтізбелік күннен аспауы керек
<variant> 5 күнтізбелік күннен аспау керек
<variant> 7 күнтізбелік күннен аспауы керек
<variant> 14 күнтізбелік күннен аспауы керек
<question>Жүкті әйелдегі нозобірлікті белгілеңіз. 28 жастағы әйел жүктіліктің 17-18 аптасында тіркеуге тұрды. Объективті қарағанда аяғының ісінуі анықталды. АҚ 160/90 мм сын. бағ. НЖА: тығ. 1,012, белок 1,066г/л, лейк. 4-5 к/а, лейкограммада 40% лимфоциттер. Зимницкий сынамасында тығыздығының тербелісі: 0,007. ЭКГ СҚГ белгілері. Креатининиің қандағы концентрациясы 100 мкмоль/л.
<variant> БСА, созылмалы гломерулонефрит
<variant> БЖЗ (ОПП), жедел гломерулонефрит
<variant> НЖИ (ИМП), жедел пиелонефрит
<variant> БСА, созылмалы пиелонефрит
<variant> гестациялық АГ
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Нефроздық синдромға тән:
1. Массивті протеинурия
2. Несепте белсенді лейкоциттердің болуы
3. Цилиндрурия
4. Несеп тұнбасында эпителий клеткаларының көп мөлшерде болуы
Схеманы қолдана отырып, дұрыс жауабын таңдаңыз:
<variant> 1,3
<variant> 1,2,3
<variant> 2,4
<variant> 4
<variant> 1,2,3,4
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Нефроздық синдромда гепаринді қолданудың мәні:
1. Тамырішілік коагуляцияның азаюы

2. Коронарлық тромбоздың алдын алу
3. Қабынуға қарсы әсері бар
4. Гипертромбоцитозды азайту
Схеманы қолдана отырып, дұрыс жауабын таңдаңыз:
<variant> 1,3
<variant> 1,2,3
<variant> 2,4
<variant> 4
<variant> 1,2,3,4
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз.26 жастағы науқас баспамен ауырғаннан соң 2 аптадан кейін қабағының ісінуі, әлсіздік, жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуін, ал 1 ай өткеннен кейін бел аймағындағы ісінулердің пайда болғанына шағымданды. НЖА: сал. тығыздығы 1021, белок4,0 г/л, эритр. 15-20 к/а, гиалинді цилиндрлер анықталды.
<variant> БЖЗ, стрептококтан кейінгі жедел гломерулонефрит
<variant> БСА, бүйрек амилоидозы
<variant> БСА, тынжы-тас ауруы
<variant> БСА, созылмалы пиелонефрит өршуі
<variant> БСА, созылмалы гломерулонефрит өршуі
<question>Схеманы қолдана отырып, дұрыс жауабын таңдаңыз. Бүйректің созылмалы шамасыздығындағы қан өзгерістері:
1.анемия
2.токсиндік лейкоцитоз
3.креатининнің жоғарылауы
4.гиперхолестеринемия
5.гиперурикемия
<variant> 1,3
<variant> 1,2,3,5
<variant> 2,4
<variant> 3,4
<variant> 1,4,5
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Реберг-Тареев және Кокрофт-Голт сынамалары бүйректің ... қызметін көрсетеді.
<variant> фильтрациялық
<variant> концентрациялық
<variant> шығару-бөлушілік
<variant> реабсорбциялық
<variant> қантүзушілік
<question>БСА, созылмалы пиелонефриттің маңызды диагноздық критерийлерін таңдаңыз:
<variant> лейкоцитурия, бактериуриямен
<variant> жоғары дәрежедегі протеинурия
<variant> оксалатурия
<variant> цилиндрурия
<variant> эритроцитурия, цилиндруриямен
<question>Инфекцияның ең мүмкін түсу жолын белгілеңіз.30 жастағы жүкті әйел, жүктіліктің 25-26 аптасы, бел аймағының ауыруынаң кіші дәретке жиі баруына шағымданды. ҚЖА: Нв 112 г/л, ЭТЖ 25 мм/сағ. НЖА: белогі 0,066 г/л, лейк. 15-17 к/а, бактерияурия ++.
<variant> уриногенді

<variant> гематогенді
<variant> контагиозды
<variant> лимфогенді
<variant> аралас
<question>Схеманы қолдана отырып, дұрыс жауабын таңдаңыз:
Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Жүйелі склеродермияда коллаген түзілуді келесі дәрілермен тежейді:
1. делагил
2. азатиоприн
3. преднизолон
4. D-пеницилламин
<variant> 4
<variant> 1,2,3
<variant> 1,3
<variant> 2,4
<variant> 1,2,3,4
<question>Схеманы қолдана отырып дұрыс жауабын таңдаңыз:
Осы диагноздық белгілері CREST синдромына кіреді:
1. эзофагит
2. Рейно синдромы
3. тері кальцинозы
4. телеангиоэктазия
5.Ксантомалар
<variant> 1,2,3,4
<variant> 1,2,3,5
<variant> 1,2,4,5
<variant> 2,3,4,5
<variant> 1,3,4,5
<question>Жүйелі склеродермияда фиброз түзілуді осы дәрілермен тежейді:
1. колхицин
2. делагил
3. D пеницилламин
4. метотрексат
Схеманы қолдана отырып дұрыс жауабын таңдаңыз:
<variant> 1,3
<variant> 1,4
<variant> 2,4
<variant> 3,4
<variant> 1,2
<question>РА диагноздық критерийлерін таңдаңыз:
1. симметриялы артрит
2. қол басы буындарының таңертеңгілік құрысуы
3. буын маңы остеопорозы
4. синовий сұйықтығында рагоциттердің болуы
<variant> 1,2,3,4
<variant> 2,3,4,5
<variant> 1,2,3,5

<variant> 1,3,4,5
<variant> 1,2,4,5
<question>Остеоартроздың (ОА) диагноздыө критерийлерін таңдаңыз:
1. Геберден түйіншектері
2. ұзақ уақыт таңертеңгілік құрысу
3. «моторлы» буын бұлшықетінің атрофиясы
4. преднизолонның әсері жоғары
<variant> 1,3
<variant> 1,3,4
<variant> 2,3,4
<variant> 3,4,5
<variant> 1,4,5
<question>Остеоартроздың диагноздық критерийлерін белгілеңіз.
1. буын саңылауларының тарылуы
2. остеофиттер
3. шеміршек асты остеосклерозы
4.сүйектің буын беттерінің жиектік эрозиялары
Схеманы қолдана отырып, дұрыс жауабын таңдаңыз:
<variant> 1,2,3
<variant> 1,3
<variant> 2,4
<variant> 4
<variant> 1,2,3,4
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Гудпасчер синдромының диагнозында маңызы бар зерттеу:
<variant> бүйрек базаль мембранасына циркуляциялық антиденелердің анықталуы
<variant> лейкоцитоз және ЭТЖ жоғарылауы
<variant> жедел фазалық белоктар титрінің өсуі
<variant> темiртапшылық анемия
<variant> креатининнің жоғарылауы
<question>Емханада күні бойы 40-тан 55-ке дейінгі жас аралықтағы 28 үлкен адамға скрининг жүргізілді. скрининг нәтижелері қандай медициналық үлгідегі құжатқа енгізілуі керегін таңдаңыз?
<variant> үлгі 025-08/е
<variant> үлгі030/е
<variant> үлгі 076/е
<variant> үлгі 080/е
<variant> үлгі 112/е
<question>Алкоголь ішімдігіне мас болған ер кісі шынтақ сүйегін сындырып алды. Біріншілік көмек жарақат бекетінде көрсетілді. Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжаттың .... берілу қажетін таңдаңыз:
<variant> жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы анықтама
<variant> жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> талап етілмейтін жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы

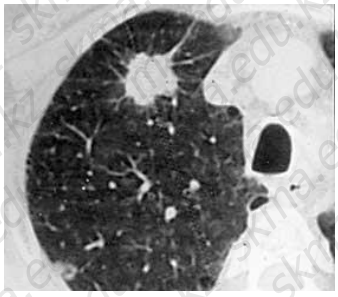
<question>Дұрыс зерттеу тәсілін таңдаңыз. Скрининг барысында 30 жастағы ер адамда шөлдеу, аузының құрғауы анықталды. Об-ті:бойы 176 см, салмағы 84 кг. ДСИ 27,1. Қанда: глюкоза ашқарынға 6,7 ммоль/л.
<variant> гликемиялық профильді анықтау
<variant> қанда лейкоформуланы анықтау
<variant> зәрде глюкозаны анықтау
<variant> ашқарынға С пептидті анықтау
<variant> липидтік профиль
<question>Дұрыс қорытындыны таңдаңыз. Келтірілген дерттердің біреуі ассоциацияланған жағдайларға жатпайды:
<variant> несеп жолдарының инфекциясы
<variant> транзиттік ишемиялық шабуыл типіндегі бас миы қан айналымының жіті бұзылысы
<variant> ЖИА. Тұрақты стенокардия ФК II
<variant> диабеттік нефропатия
<variant> ЖИА. Миокардтың инфаркті
<question>Негізгі диагнозды дәлелдеуде маңызды және бірінші кезекте жүргізілуі керек зерттеуді таңдаңыз. Жасөспірім 15 жаста, фурункулезге шағымданып келді. Анамнезінде: суықтау инфекцияларына бейім, үлкен ағасы қант диабетімен ауырады. Об-ті: физикалық дамуы 7 жасқа сәйкес. Салмағы 40 кг, бойы 150 см. Тері жамылғысы бозарған, құрғақ. Денесінде және терісінде көптеген фурункулдер. АҚ 105/65 мм сын. бағ. Пульсі 88 мин.
<variant> гликемиялық профильді анықтау
<variant> қанда лейкоформуланы анықтау
<variant> зәрде глюкозаны анықтау
<variant> ашқарынға С пептидті анықтау
<variant> бактериологиялық зерттеу
<question>Мектепке тапсырылатын біріншілік медициналық анықтаманы белгілеңіз. Емханаға әлеуметтік жағдайы жақсы отбасының 6 жастағы баласы мектепке тіркеу үшін жүгінді. Бұған дейін бала мектепке дейінгі мекемелерге бармаған. 3 жасында жедел пневмонияны асқынусыз, 5 жасында ішектік жіті инфекциясын өткерген. Зерттеу кезінде нейропсихологиялық және физикалық дамуы жасына сәйкес болды. Кестеге сәйкес вакцинацияланған.
<variant> ф. 026/у
<variant> ф. 063/у
<variant> ф.030/у
<variant> ф. 076/у
<variant> ф. 080/у
<question>Емханада күні бойы 40-тан 55-ке дейінгі жас аралықтағы 28 ересектерге скрининг жүргізілді. Скрининг нәтижелерін енгізетін медициналық құжаттың үлгісін таңдаңыз.
<variant> ү. 025-08/у
<variant> ү.030/у
<variant> ү. 076/у
<variant> ү. 080/у
<variant> ү. 112/у
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжатты таңдаңыз. Алкоголды ішімдікке мас болған жағдайдағы ер кісі шынтақ сүйегін сындырып алды. Біріншілік көмек травмпункте көрсетілді.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама

<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Ерлі-зайыптылар балалар үйінен бала асырап алды. Нәрестешала туылған. Жұбайы жауапты лауазымда жұмыс істейді, жолдасы шығармашылық мамандығымен жұмыс істейді. Олар баланың негізгі күтімін асырап алған әкесіне тапсыруда. Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжат берілуі қажет. Төменде берілгендерден таңдаңыз, кімге және қандай құжат беріледі?
<variant> асырап алған ата-анасына кез келгеніне, жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> тек асырап алған әкесіне, уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> тек асырап алған анасына, уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> кез келген асырап алған ата-анасына,уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<variant> асырап алған әкесіне, уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<question>Дұрыс жауапты таңдаңыз. Ер кісі 35жаста, Рессей федерациясының азаматы. ЖРВИ байланысты қаралуға келді. Об-ті: жағдайы орташа ауырлықта, қызбасы 38,0°С, катаральды белгілер. Астана қаласында бір компанияда жұмыс жасайды. Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжат беріңіз.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<question> Диагнозды нақтау үшін зерттеу әдісін таңдаңыз: 10 жастағы ұл бала сол тізе буынының ауыруы, ісуі, қозғалысының айқын шектелуіне, аяқ терісінде көгерулер пайда болғандығына шағымданды. Анасы баласының соңғы айда қызыл иегі көп қанауын, мұрын қанауын байқады. Анамнезінен: әкесі мен тәтесінде жоғары қанағыштық бар. Об-ті: тері астылық «көгерулер» типтес қан құйылулар, сол тізе буынының көлемі үлкейген, оның үстіндегі терісі қызарған және ұстағанда ыстық. ҚЖА: Hb 100г/л, лейк. 4,6х109/л, тромб. 177х109 /л, ЭТЖ 25 мм/сағ; НЖА: гематурия; Коагулограмма: АЧТВ 60 сек, ТВ – 15 сек, фибриноген – 3 г/л. Тізе буындарының рентгені (фото).



<variant> VII және IX қан ұю факторларын анықтау
<variant> HLA-B27 анықтау
<variant> В және С гепатит маркерлері
<variant> АИТВ-ға қан
<variant> Виллебранд факторын анықтау
<question>Жедел панкреатиттің асқынуын анықтауға лабораториялық зерттеу әдісін таңдаңыз. 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 түзілім жоқ.
<variant> қандағы глюкозаны анықтау
<variant> зәрдегі диастазаны анықтау
<variant> қандағы диастазаны анықтау
<variant> нәжісті жасырын қанға зерттеу
<variant> қан ұйығыштықты анықтау
<question> Вирусқа қарсы терапияның тағайындалуын және оның мақсатын белгілейтін зерттеу әдісін таңдаңыз. 23 жастағы әйел, гестация кезеңі 12 апта; скринингтік зерттеу барысында HBsAg анықталған. Шағымдары жоқ, жағдайы қанағаттанарлық. Об-ті: тері жабындаларының түсі қалыпты, іші жұмсақ, ауыру сезімі жоқ, бауыры қабырға доғасынан 1,0 см төмен, консистенциясы тығыз, шеті дөңестелген, ауыру сезімінсіз. Көк бауыры ұлғаймаған. ЖҚА: Нв – 100 г/л, эр. – 3,9х1012/л, лейк. – 9,2х109/л, тромб. – 180х109/л, ЭТЖ – 25 мм/сағ. АЛТ – 30 бірлік/л, АСТ – 40 бірлік/л, жалпы билирубин – 18 ммоль/л, жалпы белок – 65 г/л, глюкоза – 3,2 ммоль/л, сілтілі фосфатаза – 240 бірлік/л.
<variant> ИФА anti HBcor IgM – гепатит В белсенділігін анықтау үшін
<variant> ИФА HBeAg – вирус репликациясын анықтау үшін
<variant> PCR DNA HBV – вирустың жүктемесін анықтау үшін
<variant> PCR DNA HBV – гепатит В диагнозын анықтау үшін
<variant> ИФА anti HDV – дельта гепатитпен коинфекцияны анықтау үшін
<question> Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз. Ер кісі 72 жаста. Бірнеше күн бойы іш қату мазалайды. Соңғы 3 айда 5 кг арықтаған. Қанда - панцитопения және ЭТЖ 65 мм/сағ.
<variant> прицельды биопсиямен колоноскопия
<variant> ирригоскопия
<variant> тік ішекті пальпаторлы тексеру
<variant> альфа-фетопротеин
<variant> құрсақ қуысы мүшелерінің КТ
<question>Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз. Әйел 60 жаста. Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг азайған, етке жиеркеніштік пайда болған. Анамнезінде: созылмалы гастрит. Об-ті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 дәр. анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ.
<variant> ФЭГДС
<variant> Кеуде қуысы мүшелерінің Р-графисы
<variant> Уреазды тыныстық тест
<variant> Сүйек кемігінің трепанобиопсиясы
<variant> CEA и CA19-9
<question>Қақырықты зерттеуде анықталатын белгіні таңдаңыз. Науқас 74 жаста,пневмония диагнозымен антибактериялық ем алды. Динамикада жағдайы жақсармады, әлсіздік, кеудедегі ауыру сезімі өрістей түсті. Бақылау компьютерлі томографияда шектері анық емес, айқын тығыздықтағы ошақ көлемі ұлғая түскен.



<variant> Атипті клеткалар
<variant> Нейтрофильді цитоз
<variant> Грам-теріс қышқылға тұрақты бациллалар
<variant> Саңырауқұлақты мицеллалар
<variant> Гантел тәрізді денешіктер
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. МӘСК бойынша мүгедектікті мойындаудың басты белгісі –
<variant> Еңбектің қолайсыз болжамы
<variant> Науқастың жасы
<variant> Ем кезіндегі дефектің болуы
<variant> Науқас жұмыс істейтін мекеменің сұранысы
<variant> Науқастың диагнозы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жұмыс істейтін 3-ші топтағы мүгедектің диагнозы: ЖИА, миокардтың басынан өткерген инфаркті, жағдайының төмендеуімен дәрігерге келді. ЭКГ: қарыншалық экстрасистолия. Осындай жағдайда уақытша еңбекке жарамсыздық парағы беріледі:
<variant> болжамына байланысты мерзімге
<variant> 1 айға, болжамына қарамастан
<variant> 2 айға, болжамына қарамастан
<variant> 3 айға, болжамына қарамастан
<variant> 4 айға, болжамына қарамастан
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Отбасылық дәрігер қабылдауына жанұя қаралды, бұл жанұяда бір уақытта екі бала ауырған. Екі баланың күтімі бойынша беріледі.
<variant> Уақытша еңбекке жарамсыздығының бір парағы
<variant> Отбасының бір мүшесіне жеке уақытша еңбекке жарамсыздық парағы
<variant> Отбасы мүшесінің әрбіреуіне екі уақытша еңбекке жарамсыздығының парағы
<variant> Сырқат бала күтімі жайлы анықтама
<variant> Уақытша еңбекке жарамсыздығының парағы бала күтімі бойынша берілмейді
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас 23 жаста, кафеде тамақтанғаннан кейін 1,5-2,0 сағаттан кейін жүрек айнуы, құсу, ішінің ауырсынуы, диарея басталған. Түскі асқа қуырылған ет, тәтті бәліш, шоколад жеген, кофе ішкен. Осы жағдайды шақыруы мүмкін микроорганизм –
<variant> Salmonella typhimurium
<variant> Eschechia coli
<variant> Proteus mirabilis
<variant> Staphilococcus aureus
<variant> Streptococcus faecalis
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас әйел қабылдау бөліміне жүрек айнуы мен қан құсуға шағымданып келді. Об-ті: тері жабындылары сарғыш, бауыры тығыз, пальпация кезінде

ауырсынуы, кіндік маңы көк тамырының кеңейгені нақталды. Сіз кеңейген өңеш веналарынан қан кетуіне байланысты, Блекмор зондын енгіздіңіз. Өткізілген іс шарадан не күтесіз?
<variant> Қан кетудің уақытша тоқтауын
<variant> Жалпы жағдайының жақсаруын
<variant> Қан кетудің мүлдем тоқтауын
<variant> Болатын асқынудың алдын алуды
<variant> Гемодинамиканың қалпына келуін
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас әйел қабылдау бөліміне жүрек айнуы мен қан құсуға шағымданып келді. Об-ті: тері жабындылары сарғыш, бауыры тығыз, пальпация кезінде ауырсынуы, кіндік маңы көк тамырының кеңейгені нақталды. Сіз кеңейген өңеш веналарынан қан кетуіне байланысты, Блекмор зондын енгіздіңіз. Қан кетудің себебі болатын синдром –
<variant> Порталық гипертензия, декомпенсацияланған
<variant> Порталық гипертензия, компенсацияланған
<variant> Бауыр-клеткалық шамасыздық, кома
<variant> Бауыр-клеткалық шамасыздық, энцефалопатия
<variant> Порталық гипертензия, асцит
<question>Бірінші кезекте жүргізілуі тиіс диагностикалық тексерулерді таңдаңыз. Әйел 39 жаста, профилактикалық қаралу мақсатында келді. Жүрек тұсында қысқа уақыттық шаншып ауырсынуға шағымданды. Салмағы 90 кг, ал бойы 170 см, 7 жыл барысында күніне 1 қорап темекі шегеді, физикалық жаттығумен айналыспайды. Тексеруде 8 жыл бұрын болған. Анасы 48 жасында миокардты инфарктін басынан өткерген. Физикалық тексеруде патология анықталмады.
<variant> Липидограмма, қан глюкозасы, ЭКГ
<variant> Кеде сарайының рентгенограммасы, ЭКГ
<variant> Физикалық күштememен тест
<variant> ЭхоКГ, қанның жалпы анализі
<variant> ЭКГ холтер
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Алькогольді ішімдікке мас болған ер кісі шынтақ сүйегін сындырып алды. Біріншілік көмек жарақат бекетінде көрсетілді. Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжаттың .... берілу қажет:
<variant> жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы анықтама
<variant> жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> талап етілмейтін жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Ер адам 42 жаста, глаукоманы анықтауға скрининг жүргізу кезінде жанасусыз әдіспен көз ішілік қысымның келесі көрсеткіштері анықталды: оң көзінде 25 мм сын. бағ., сол көзінде 18 мм сын. бағ. Сіздің тактикаңыз.
<variant> офтальмологқа толық тексерілуге жолдау
<variant> 3 айдан кейін қайталап тексеруді ұсыну
<variant> терапевке жолдау
<variant> глаукома кабинетіне жіберу
<variant> стационар жағдайында толық тексерілуге жолдау
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Ер Скрининг барысында 30 жастағы ер адамда шөлдеу, аузының құрғауы анықталды. Об-ті: бойы 176 см, салмағы 84 кг. ДСИ 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>Дұрыс шешім таңдаңыз. Әйел 32 жаста. Жүктіліктің 26-27 аптасы. Алғашқы жүктілік. Кезекті тексеруде гликемия 6.2 ммоль/л анықталды. 2 жыл бұрын гликемия - 4,8 ммоль/л.
<variant> жоғары массалы ұрық қауібі жоғары
<variant> құрсақ ішілік дамуы тежелуі мүмкін
<variant> ТПА даму қаупі жоғары
<variant> 2500 г дене салмағымен туылуы мүмкін
<variant> уақыттан бұрын босану қаупі жоғары
<question> Антигипертензивті препаратты таңдаңыз. Науқас 26 жаста, жүктіліктің 22-23аптасында жалпы тәжірбиелік дәрігерге бас ауруға,жүрек айнуға, құсуға,оң қабырға астының ауыруына, зәр бөлінуінің азаюына шағымданып келді. Объективті қарау кезінде аяқтарының ісіңкіреуі, екі қолда АҚҚ 150/90 мм с.б., пульс 96 рет минутына.
<variant> метилдопа
<variant> каптоприл
<variant> гипохлортиазид
<variant> карведилол
<variant> бисопролол
<question> Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз: Ер кісі 72 жаста. Бірнеше күн бойы іш қату мазалайды. Соңғы 3 айда 5 кг салмақ тастаған. Қан анализінде панцитопения және ЭТЖ 65 мм/сағ.
<variant> прицельды биопсиямен колоноскопия
<variant> ирригоскопия
<variant> тік ішекті пальпациялық тексеру
<variant> альфа-фетопротеин
<variant> құрсақ қуысы мүшелерінің КТ
<question> Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеу әдісін таңдаңыз. Әйел 80 жаста.Соңғы алты айда дене салмағы 7 кг кеміген, етке жиіркеніштік пайда болған. Анамнезінде созылмалы гастрит. Об-ті: тері жабындысы бозғылт, пальпацияда іші жұмсақ. Қанда анемияның 2 дәрежесі анықталды, ЭТЖ 48 мм/сағ.
<variant> ФЭГДС
<variant> Кеуде қуысы мүшелерінің Р-графиясы
<variant> Уреазалық тыныстық тест
<variant> Сүйек кемігінің трепанобиопсиясы
<variant> СЕА и СА19-9
<question> Диагнозды болжауға мүмкіндік беретін анализді таңдаңыз: 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.
<variant> перифериялық қан анализі
<variant> стернум пункциясы
<variant> трепанобиопсия
<variant> лимфалық түйіндер биопсиясы

<variant> талақ пункциясы
<question> Емге қажетті дәрмекті таңдаңыз: 30 жастағы ер кісі эпигастрий аймағының ауыруына байланысты госпитализацияланды, гипоксиялық-циркуляциялық синдромы айқын. Анамнезінде: асқазанның жара ауруы.Тері жамылғысы бозғылт. Қан анализінде: Нв 90 г/л, эр. 3,5х 10^{12}/л, ТК 0,7, тромб. 180,0х10^{9}/л, ретикул. 0,5%. Билирубин 12 мкмоль/л, сары су темірі 4,6 ммоль/л. Грегерсен реакциясы оң.
<variant> темір дәрмектерін ішке тағайындау
<variant> темір дәрмектерін парентеральтағайындау
<variant> преднизолон
<variant> эритромасса құю
<variant> витамин B_{12}
<question> Дұрыс тұжырымды таңдаңыз: 53 жастағы ер кісінің шағымы – сол қабырға астының ауыруы. Тексергенде: гепатоспленомегалия. Қан анализінде: 3,1х10^{12}/л, Нв 104 г/л, лейк. 126х10^{9}/л, промиелоциттер3 %, миелоциттер 5%, жас9 %, т/я 17 %, с/я 48 %, эоз. 7 %, баз. 3 %, лимф. 8 %, тромб. 580х10^{9} /л, ЭТЖ 24 мм/сағ.
<variant> созылмалымиелолейкоз
<variant> жіті миелолейкоз
<variant> созылмалы лимфолейкоз
<variant> талақтың лимфоцитомасы
<variant> эритремия
<question> Диагнозын нақтайтын қосымша зерттеуді таңдаңыз: 53 жастағы ер кісі дәрігерге мына шағыммен келді – сол қабырға астының ауыруы. Тексергенде: гепатоспленомегалия. Қан анализінде: эритроциттер-3,1х10^{12}/л, Нв 104 г/л, лейк. 126х10^{9}/л, промиелоциттер 3 %, миелоциттер 5%, жас9 %, т/я 17 %, с/я 48 %, эоз. 7 %, баз. 3 %, лимф. 8 %, тромб. 580х10^{9}/л, ЭТЖ 24 мм/сағ.
<variant> цитогенетикалық зерттеу
<variant> белок фракцияларының электрофорезі
<variant> эритроциттердің осмостық резистенттілігі
<variant> лимфалық түйіндердің биопсиясы
<variant> коагулограмма
<question> Қосымша зерттеулерде болатын өзгерісті таңдаңыз: 74 жастағы 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. 2,2 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,2; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
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,d
<variant> b,e, d
<variant> b, e
<question>Емге қажетті дәрмекті таңдаңыз: 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. 2,2 х 10^{12} /л, Нв 88 г/л, ТК 1,2; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
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>Феохромоцитоманың диагноздық критерийін таңдаңыз:
<variant> қанда катехоламиндер деңгейінің жоғарылауы және бүйрек үсті безі өлшемдерінің ұлғаюы
<variant> қанда альдостерон деңгейінің жоғарылауы және бүйрек үсті безі өлшемдерінің ұлғаюы
<variant> қанда холестерин, ТТЛП, үшглицеридтер деңгейінің жоғарылауы және сол қарыншаның ұлғаюы
<variant> қанда глюкоза, глюкозаланған гемоглобин деңгейінің жоғарылауы және дене салмағының ұлғаюы
<variant> қанда билирубин, АСТ, АЛТ деңгейінің жоғарылауы және бауыр өлшемдерінің ұлғаюы
<question>Феохромоцитома диагнозы қойылған науқасқа ота жоспарланды. Отаға дейін артериялық қысымын қадағалайтын әдісін таңдаңыз:
<variant> α-адреноблокаторлардан бастап, тек солардың негізінде β-адреноблокаторларды қосамыз
<variant> β-адреноблокаторлардан бастап, тек қажет болғанда α-адреноблокаторларды қосамыз
<variant> кальций антагонистерінен бастап, тек қажет болғанда β-адреноблокаторды қосамыз
<variant> диуретиктерден бастап, тек қажет болғанда ангиотензин АФ ингибиторларын қосамыз
<variant> ангиотензин АФ ингибиторларынан бастап, тек қажет болғанда β-адреноблокаторды қосамыз
<question>Қатесін табыңыз. Конн синдромына тән емес:
<variant> гиперренинемия
<variant> гипокалиемия
<variant> гипокалиемиялық алкалоз
<variant> құрысулықсиндром
<variant> қанда альдостерон деңгейінің жоғарылауы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 34 жастағы науқас келесі шағымдармен келді: басының қиналдыратын ауыруы, ол қорқыныш сезімімен бірге жүреді, терлеумен, қол-аяқтары бастарының ине шаншығандай түйреуімен, жүрек қағуымен, жүрек аймағының ауыруымен бірге дамиды. Осындай уақыттарда $АҚ_{d=s}$200/115 мм сын. бағ.. Орнынан тұруға ұмтылу, естен танумен аяқталады.
<variant> феохромоцитома
<variant> артериялық гипертензияның қатерлі түрі
<variant> аорта коарктациясы

<variant> бейспецификалық аортоартериит (Такаясу ауруы)
<variant> бүйрек артерияларының фибромускулярлы дисплазиясы, САГ
<question>Емінің дұрыс тактикасын таңдаңыз: ЖТД 38 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: ентігу, әлсіздік, ашаушаңдық, ұйқысыздық, жарты жылда 7,5 кг салмақ жоғалту, тершеңдік. Ауырғанына жарты жыл болған. Об-ті: көздері жарқылға толы, саусақтары дірілдейді, «телеграф бағаны» симптомы оң, терісі сипағанда ыстық, ылғалды. Мебиуса, Кохердің симптомдары оң. Қалқанша безі 2 дәр. үлкейген. Өкпесінде везикулалық тыныс. ЖЖС 120 мин., АҚ 150/ 60 мм сын. бағ.
<variant> тирозол–тиреоидты гормондардыңсинтезін,секрециясын төмендету үшін
<variant> β-блокаторларды –қанда тиреоглобулиндерге антиденелерді азайту үшін
<variant> β-блокаторларды – ЖЖС мен АҚ төмендету үшін
<variant> тирозолды – тиреоидты гормондарға тіндердің сезімталдығын азайту үшін
<variant> тирозолды –қанда белоктармен байланысқан йод деңгейін көтеру үшін
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 17 жастағы науқаста мезгіл-мезгіл тері жамылғылары сарғаяды. Тексергенде: басының төбесі шошақ ("башенный череп"), тағдайы терең "готическое небо". Талағы ұлғайған, + 3,0 см. Қан анализінде: Нв 106 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л.
Диагнозын нақтауға қажеті: a) жалпы және байланысқан билирубин деңгейін анықтау b) эритроциттердің осмостық тұрақтылығын анықтау c) эритроциттер морфологиясы d) ретикулоциттер саны e) біреуі де емес
<variant> a, b, c, d
<variant> a, b
<variant> b
<variant> e
<variant> b, d, c
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 14 жастағы науқаста мезгіл-мезгіл тері жамылғылары сарғаяды. Тексергенде: басының төбесі шошақ ("башенный череп"), тағдайы терең "готическое небо". Талағы ұлғайған, + 3,0 см. Қан анализінде: Нв 106 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л.
<variant> тума гемолиздік анемия
<variant> жүре дамыған гемолиздік анемия
<variant> синдромы, Жильбердің
<variant> созылмалы гепатит
<variant> өт-тас ауруы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 17 жастағы науқаста мезгіл-мезгіл тері жамылғылары сарғаяды. Тексергенде: басының төбесі шошақ ("башенный череп"), тағдайы терең "готическое небо". Талағы ұлғайған, + 3,0 см. Қан анализінде: Нв 106 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л., микросфероцитоз.
<variant> тума гемолиздік анемия (Минковский-Шоффар ауруы)
<variant> жүре дамыған гемолиздік анемия (марштық гемоглобинурия)
<variant> синдромы, Жильбердің
<variant> созылмалы гепатит, өршу фазасы
<variant> өт-тас ауруы, өттік шаншу (механикалық сарғаю)
<question>Мүмкін диагнозын таңдаңыз: 26 жастағы науқасты соңғы кездері әлсіздік, ентігу, мұрнының қанауы, етеккірінің мол келуі бар. Тексергенде: петехийлік-теңбіл қанағыштық. Қан анализінде: Нв 86 г/л, ретикулоциттер 1%, лейкоциттер 1,8х10^{9}/л, лейкоформула анықталмаған.
a) тромбоцитопениялық пурпура b) жіті лейкоз c) аплазиялық анемия d) гемолиздік анемия e) гемофилия
<variant> b, c
<variant> a, b, d

<variant> a, d
<variant> a, b, c, d
<variant> e
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, фоль-тапшылықты анемияның емінде тағайындайды:
<variant> фоль қышқылының дәрмектерін ішке
<variant> витамин B_{12} парентеральді
<variant> витамин B_{12}және фоль қышқылын
<variant> витамин B_{12}, С және фоль қышқылын
<variant> арнайы емдәмді
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, генезі нақталмаған мегалобласт анемиясының емін осы дәрмекті тағайындаудан бастайды:
<variant> витамина B_{12}
<variant> преднизолонды
<variant> витаминов B_6мен B_1
<variant> фоль қышқылын
<variant> темір дәрмектерін
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, перифериялық қанның келесі өзгерістері теміртапшылықты анемияға тән:
<variant> гипохромия, микроциттер
<variant> гиперхромия, макроциттер
<variant> нормохромия, макроциттер
<variant> микросфероциттер
<variant> гемолиз, лейкоцитолиз
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, теміртапшылықты анемияны гем синтезінің бұзылысынан дамыған анемиялардан айыратын дифференциялық-диагноздық белгі:
<variant> қан сары суының темір деңгейі
<variant> науқастың жасы
<variant> анемия ауырлығы
<variant> түстік көрсеткіш
<variant> анизоцитоз
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, B_{12} тапшылықты анемиясы бар науқастардың миелограммасына тән:
<variant> қан түзілудің мегалобластық типі
<variant> қан түзілудің нормобластық типі, эритроид өсінділерінің тітіркенуімен
<variant> кеуіп қалған сүйек миы
<variant> сүйек миы өзгермеген
<variant> миелобласты тип
<question>Теміртапшылықты анемияға тән белгілерді таңдаңыз:
a) ретикулоцитоз
b) макроцитоз эритроцитов
c) тіндерге темірдің жиналуы
d) Пламмер симптомы
e) қан сары суының темір байланыстырғын қабілетінің артуы (ОЖСС)
<variant> d, e
<variant> a, b
<variant> b, c, d
<variant> c, e

<variant> a
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз, 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
<variant> темір тапшылықты анемияға
<variant> B_{12}- дефицитті анемияға
<variant> гемолиздік анемияға
<variant> сидероахрезиялық анемияға
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз, плеторалық синдромға тән:
<variant> эритромелалгия, "қоян көз" симптомы, АҚ жоғарылауы
<variant> лейкопения, тромбоцитопения
<variant> эритромелалгия, тромбоцитопения
<variant> "қоян көз" симптомы, АҚ жоғарылауы
<variant> нефропатия
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Тамырішілік шашыраңқы ұю синдромына (ДВС-синдром) тән:
a) тромбоцитопения
b) АТ-III төмендеуі
c) теріс этанол тесті
d) фибриногеннің азаюы
e) гемолиздің белгілері
<variant> a, b, c, d
<variant> a,b
<variant> b, c
<variant> b, d
<variant> a, b, c
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Тамырішілік шашыраңқы ұю синдромының (ДВС-синдром) емінде қолданады:
a) жаңа тоңазытылған плазманы
b) фибриногенді
c) гепаринді
d) реополиглюкинді
e) плазмаферезді
<variant> a, c,d, e
<variant> a, b
<variant> a, d, c
<variant> b, d, c
<variant> a, d
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Тромбоцитопения жиі ілесетін дерттер:
a) эритремия
b) бауыр циррозы
c) жіті лейкоз
d) гемофилия
e) преэклампсия
<variant> b, c, e
<variant> a
<variant> a, d, e

<variant> b
<variant> d, e
<question>Аутоиммунды гемолиздік анемияға сәйкес критерийлерді таңдаңыз:
a) миросфероциттер
b) гипербилирубинемия
c) Хем сынамасы оң
d) Кумбс сынамасы оң
e) феталь гемоглобинінің анықталуы
<variant> b, d
<variant> a, b, e
<variant> b, c
<variant> b,e
<variant> a, d
<question>Аплазиялық анемияның диагноздық критерийлерін таңдаңыз:
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> b, e, c
<variant> a,c, e
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз. Науқас 25 жаста, қабылдау бөлімінде. Анамнезінде жатыр қосалқыларының кистасы мен қабынуы диагнозы бар. Науқас жүрегінің айнуына, құсуға, ішінің кебуіне нәжісінің шықпауына, ішінің төменгі бөлігінің ұстамалы ауырсынуына, шап аралығына, санға және белге таралатынына шағымданды. Дене қызуы 38^0С. Іші қатайған, пальпация кезінде ауырсынады. Щеткин - Блюмберг симптомы (+).
<variant> Кистаның бұралып қалуы
<variant> Жыныс ағзаларының ісігі
<variant> Аналық без апоплексиясы
<variant> Жатыр трубаларының жыртылуы
<variant> Жатырдан тыс жүктілік
<question>Себебін таңдаңыз. Жедел аппендициттің атиптік көрінісі апендикстің ретроцекаль орналасуына байланысты диагноздық қиындықтар тудырады. Бұл жағдайда науқастарда іш қуысының алдыңғы қабырғасының қатаюының болмауы –
<variant> қабыну үрдісі ұзақ уақыт бойы париеталь іш қуысынажайылмайды
<variant> паранефраль қабатта флегмона немесе абсцесс дамиды
<variant> ағзаның айқын интоксикациялануы болады
<variant> ағзаның сусыздануы болады
<variant> Себебі,ішек салдануы болады.
<question>Анемияның түрін таңдаңыз: 30 жастағы ер кісі эпигастрий аймағының ауыруына байланысты госпитализацияланды, гипоксиялық-циркуляциялық синдромы айқын. Анамнезінде: асқазанның жара ауруы.Тері жамылғысы бозғылт. Қан анализінде: Нв 90 г/л, эр. 3,5х 10^{12}/л, ТК 0,7, тромб. 180,0х10^9/л, ретикул. 0,5%. Билирубин 12 мкмоль/л, сары су темірі 4,6 ммоль/л. Грегерсена реакциясы оң.

<variant> теміртапшылықты анемия
<variant> аплазиялық анемия
<variant> гемолиздік анемия
<variant> жіті постгеморрагиялық анемия
<variant> витамин B_{12}- дефицитті анемия
<question>Сүйек миындағы өзгерістерге қатысты дұрыс тұжырымды таңдаңыз: 53 жастағы ер кісінің шағымы – сол қабырға астының ауыруы. Тексергенде: гепатоспленомегалия. Қан анализінде: 3,1х10^{12}/л, Нв 104 г/л, лейк. 126х10^9/л, промиелоциттер 3 %, миелоциттер 5%, жас9 %, т/я 17 %, с/я 48 %, эоз. 7 %, баз. 3 %, лимф. 8 %, тромб. 580х10^9/л, ЭТЖ 24 мм/сағ.
<variant> миелоидты өсінді қатарының тасуы
<variant> сүйек миының “кеуіп қалуы”
<variant> үшөсінділік гиперплазия
<variant> бластоз 30 % аса
<variant> плазмоклеткалық инфильтрация
<question>Диагнозын нақтайтын қосымша зерттеу тәсілдерін таңдаңыз: Қабылдауда 13 жастағы науқас, лимфоаденопатиясы, ауыр әлсіздігі бар. Анализдерінен: эр. 2,0х10^{12} /л, Нв 79 г/л, ТК 0,8, лейк. 6,1х10^9/л, лейкограммада бластар85 %, лимф. 10 %, с/я 5 %, тромб. 100 х 10^9/л.
a) стернум пункциясы
b) трепанобиопсия
c) цитохимиялық зерттеулер
d) иммунофенотиптеу
e) Ph-хромосоманы анықтау
<variant> a, c, d
<variant> a, b, c
<variant> b,d
<variant> e
<variant> c, e
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 58 жастағы ер кісі клиникаға иық сүйегінің сынуымен түсті. ЭТЖ 55 мм/сағ. Гиперпротеинемия М-градиентпен, миелограммада – плазмалық инфильтрация 38%.
<variant> миелома ауруы
<variant> жедел лейкоз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> миелофиброз
<variant> созылмалы миелолейкоз
<question>Жетекші синдромы мен диагнозын таңдаңыз: 40 жастағы ер кісі, төстің төменгі үштігі аймағындағы, тамақтан соң 15-20 минуттен кейін пайда болатын ауырсынуға шағымданды. Ауырғанына 4 ай, жұмысы іссапарлармен байланысты. Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты. Пальпацияда эпигастрий аймағында семсерше өскіншеге жақын ауырсыну бар. ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖСС 70 мин. ЖЭӨ қалыпты, тісшелер вольтажы сақталған. ФЭГДС: өңеш өтімділігі сақталған, кілегей түсі қалыпты. Асқазанда аш қарынға сөл мөлшері жоғары, кардийінде 0,5х0,8см жара, түбінде фибрин шөгінділері.
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, жара ауруы, асқазан кардий бөлігінің алғаш анықталған жарасы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, алғаш дамыған күш түсу стенокардиясы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, рефлюкс эзофагит

<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, тұрақты күш түсу стенокардиясы
<variant> прекардиаль аймағының ауырсынуы, асқазан рагі
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 45 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>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Келесі нозологиялық бірліктің (-тердің) клиникасы стенокардияның клиникасына көбірек ұқсайды:
<variant> диафрагманың өңештік тесігінің жарығы
<variant> өңеш аурулары
<variant> асқазан кардийінің жарасы
<variant> созылмалы колит
<variant> жедел панкреатит
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 27 жастағы ер кісі ЛОР дәрігерінде «ангина» диагнозымен емделуде, төртінші тәулікте үйіне шақырды, жүрек тұсының шаншуына, әлсіздікке, жүрек қағуына шағымданды. Об-ті: дауысы – маңқаланып сөйлейді, кардиомегалия тоталь, жүрек тондары әлсіз, ырғақты, ЖЖС 164 мин. АҚ 90/60 мм сын. бағ.
<variant> күл (дифтерия) ауруы, инфекциялық-токсиндік миокардит, пароксизмдік тахикардия
<variant> созылмалы тонзиллит, ревматизмдік жедел қызба, пароксизмдік тахикардия
<variant> дилятациялық кардиомиопатия, пароксизмдік тахикардия
<variant> экссудатты перикардит, пароксизмдік тахикардия
<variant> созылмалы тонзиллит, ревматизмдік қайталанған қызба, пароксизмдік тахикардия
<question>Жетекші синдромдарын табыңыз: 26 жастағы жігіттің анамнезінде 12 елі ішектің жара ауруы бар. Қазіргі уақытта оны ішінің жоғарғы бөлігі мен кеуде сарайындағы күшті ауырсыну мазалайды, дәрігер кеуде сарайы мен іш қуысы органдарының жалпы шолу рентгенограммаларын жасатып, хирургпен бірге көруге пациентін алып келді.Іш қуысының жалпы шолу рентгенограммасында диафрагманың оң күмбезінің астына газ жиналғандығы анықталды.
<variant> іш, кеуде сарайы аймағындағы ауырсыну синдромы; 12 елі ішек қабырғасының морфологиялық өзгеріс синдромы; іш қуысы органдарының перфорациялық синдромы
<variant> іш, кеуде сарайы аймағындағы ауырсыну синдромы;12 елі ішек қабырғасының морфологиялық өзгеріс синдромы; 12 елі ішектен қан кету
<variant> іш, кеуде сарайы аймағындағы ауырсыну синдромы; өкпе артериясының тромбтық эмболиялық синдромы
<variant> іш, кеуде сарайы аймағындағы ауырсыну синдромы;12 елі ішек қабырғасының морфологиялық өзгеріс синдромы; пенетрациялық асқыну
<variant> іш, кеуде сарайы аймағындағы ауырсыну синдромы;12 елі ішек қабырғасының морфологиялық өзгеріс синдромы; жараның малигнизациялануы
<question>Дәрігердің тактикасын таңдаңыз. 26 жастағы жігіттің анамнезінде 12 елі ішектің жара ауруы бар. Қазіргі уақытта оны ішінің жоғарғы бөлігі мен кеуде сарайындағы күшті ауырсыну мазалайды, дәрігер кеуде сарайы мен іш қуысы органдарының жалпы шолу рентгенограммаларын жасатып, хирургпен бірге көруге пациентін алып келді. Іш қуысының

жалпы шолу рентгенограммасында диафрагманың оң күмбезінің астына газ жиналғандығы анықталды.Науқасқа: Он екі елі ішектің жара ауруы, өршу фазасы.Асқ.: Он екі елі ішек жарасының перфорациясы диагнозы қойылды.
<variant> хирургиялық бөлімге (абдоминальная хирургия) жедел жәрдеммен шұғыл госпитализация
<variant> хирургиялық бөлімге (торакаль хирургиялық) жедел жәрдеммен шұғыл госпитализация
<variant> хирургиялық бөлімге (кардиохирургия) жедел жәрдеммен шұғыл госпитализация
<variant> гастроэнтерологпен жара ауруына эрадикациялық ем тағайындап, амбулаториялық жағдайда емдеу
<variant> күндізгі стационарда жара ауруына эрадикациялық ем жүргізу
<question>Дұрыс тактиканы таңдаңыз. 18 жастағы студент: тамақ ішкен соң 20-30 минуттан кейін эпигастрийдегі дискомфорт сезімі, бас айналуы, жалпы әлсіздік. Анамнезінен: науқас бір апта бұрын тұмаумен ауырып, сол жөнінен өздігінен тәулігіне 3-4 грамнан аспирин қабылдаған, бұдан 2 күн бұрын науқаста бір рет көп мөлшерде сұйық қара нәжіс болған. Бұрын ауырмаған. Об-ті: тері жамылғысы қуқыл. АҚ 90/65 мм сын. бағ., ЖЖС 120 мин. Тілі ақ жамылғымен жабылған. Іші – жұмсақ, эпигастрий аймағында ауырғандық сезіледі. Нв 112 г/л, эр. $3,3x10^{12}$/л, ЭТЖ 16 мм/сағ.
<variant> гастроэнтеролог және хирургтың шұғыл кеңесі, абдоминальді хирургия бөліміне шұғыл госпитализация
<variant> гастроэнтеролог және хирургтың шұғыл кеңесі, торакальді хирургия бөліміне шұғыл госпитализация
<variant> инфекционист кеңесі, жұқпалы аурулар ауруханасына госпитализация
<variant> гастроэнтеролог және хирургтың кеңесі, гастроэнтерология бөліміне порталмен госпитализация
<variant> гастроэнтеролог кеңесі,күндізгі стационарда емдеу
<question>Жетекші синдромдарын 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 қуқыл. 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
<variant> өт жолдарының гиперкинездік дискинезиясы; эпигастрий аймағының ауырсынуы, оң қабырға астының ауырсынуы
<variant> лимфоаденопатия, кахексия, эпигастрий аймағының ауырсынуы, анемиялық
<variant> холестаз (механикалық сарғаю), эпигастрий аймағының ауырсынуы, оң қабырға астының ауырсынуы
<variant> миелопролиферациялық; гепатоспленомегалия; анемиялық; оң және сол қабырға астының ауырсынуы; салмақ жоғалту
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. 67 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 қуқыл. 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. 3,6х10^{12}/л, ТК 0,84, лейк. 8,0х10^{9}/л. ЭТЖ 42 мм/сағ.

<variant> асқазан рагі, IV сатысы (Вирхов безіне метастаз). Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі

<variant> созылмалы калькулезді холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі

<variant> созылмалы калькулезді емес холецистит, өршу фазасы. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі

<variant> созылмалымиелолейкоз. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі

<variant> созылмалы анацидті гастрит. Асқ.: Теміртапшылықты анемия, I дәрежесі

<question>Дұрыс тактика мен жетекші синдромдарын 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 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. 3,5х10^{12}/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. 10,5х10^{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

<variant> холестаз (механикалық сарғаю), оң қабырға астының ауырсынуы, өттік шаншулар, гепатомегалия

<variant> сарғаю, оң қабырға астының ауырсынуы, цитолиз, гепатомегалия, қабынулық

<variant> миелопролиферациялық (гиперплазиялық), гепатоспленомегалия, анемия

<variant> эпигастрий аймағының ауырсынуы, асқазан кілегейінің морфологиялық өзгерісі, гепатомегалия, анемиялық

<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. 3,5х10^{12}/л, гем. 80 г/л, түстік көрс. 0,7, лейк. 10,5х10^{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>Жетекші синдромдарын, болжам диагнозын таңдаңыз. 45 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^{0}С. 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>Диагнозына қатысты дұрыс тұжырымды таңдаңыз: 44 жастағы ер кісі, жаралық анамнезі қысқа, 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
<variant> асқазан шығу жолының стенозы
<variant> жараның пенетрациясы
<variant> жараның перфорациясы
<variant> жарадан қан кету
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз: пальпацияға ілінетін “ішектік абдоминдік масса” тән:
<variant> ауруына: Кронның
<variant> ауруына: Уипплдың
<variant> целиакияға
<variant> бейспецификалық жаралы колитке
<variant> созылмалы дизентериялық колитке
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. 54 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
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<variant> медикаменттік обстирпация
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз. 45 жастағы науқаста ұзақ уақыттық қызбаға байланысты, антибиотиктерді бірнеше қайтара тағайындаулардан кейін, судай сырылдаған нәжіс, ішінің толғақ тәріздес ауыруы, қан анализінде лейкоцитоз дамыды. Рекороманоскопия мен сигмоскопияда: кілегей қабығының ақ-сары түстіжабындысы бар, зақымдану ошақтары анықталды.
<variant> псевдомембралық колит
<variant> жаралы колит
<variant> вирустық колит
<variant> коллагендік колит
<variant> ишемиялық колит
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Бейспецификалық жаралы колитте жиі кездесетін негізгі симптомдар мен синдромдарға жатады:

<variant> қатпалар
<variant> қаны бар, кілегей және ірің араласқан диарея
<variant> ішінің ауырсынуы
<variant> жүйелі зақымдану көріністері
<variant> интоксикациялық, дистрофиялық синдромдар
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Келтірілгендерден, бейспецификалық жаралы колитке тән емес асқынуды саралаңыз:
<variant> сыртқы және ішкі ішектік жыланкөздер
<variant> жуан ішек перфорациясы, ішектік қан кетулер
<variant> жуан ішектің токсиндік дилатациясы
<variant> жуан ішектің рагі
<variant> жуан ішектің стриктурасы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Келтірілгендерден, Крон ауруына тән емес асқыну:
<variant> жуан ішек перфорациясы
<variant> жуан ішектің токсиндік дилатациясы
<variant> ішектік қан кетулер
<variant> сыртқы және ішкі ішектік жыланкөздер
<variant> жуан ішектің стриктурасы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Үйқы безінің сыртқы секрециялық шамасыздығы диареямен сипатталады. Көрсетілген патологиялардан панкреатитпен жиі асқынатынын белгілеңіз:
<variant> өт-тас ауруы
<variant> созылмалы гастрит
<variant> созылмалытассыз холецистит
<variant> асқазанның жара ауруы
<variant> он екі елі ішектің жара ауруы
<question>Артериялық гипертензияның ең мүмкін себебін таңдаңыз. 17 жастағы қыздың басы жиі ауырады, бала кезінде АҚ қалыпты болған. Об-ті: дене бітімі астениялық, ісінулер жоқ. Жүрек тондары айқын, ырғағы дұрыс, ЖСС 80 мин, АҚ 170120 мм сын. бағ. Қанның және несептің жалпы анализдері, биохимиялық көрсеткіштері қалыпты деңгейде. ЭКГ, ЭхоКС сол қарыншаның гипертрофиясы белгілерін анықтады. Изотопты ренографияда оң бүйректің васкулярлы сегменті өзгерген.
<variant> бүйрек артерияларының фибромускулярлы дисплазиясы
<variant> бүйрек туберкулезі
<variant> бүйрек артерияларының атеросклерозы
<variant> бүйрек поликистозы
<variant> бүйрек артерияларының тромбэмболиясы
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. 25 жастағы әйелде беті мен аяқтарының ісінуі, басының ауруы, бел аймағындағы ауырлық сезімі бар. Анамнезінен: 3 апта бұрын фолликулалық баспамен ауырған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, тері жамылғылары құқыл, беті мен аяқтарында айқын, жұмсақ ісіну, ішінде бос сұйықтық. Тыныс жиілігі 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, аорта үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 180/100 мм сын. бағ. ЖЖС 56 мин. Қағу симптомы екі жағында да оң. Протеинурия 3,5гл.
<variant> жедел гломерулонефрит, бисиндромды (нефротикалық және нефрогенді АГ синдромдарымен). Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия

<variant> жедел гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> жедел гломерулонефрит, жайылма варианты (несептің патологиялық тұнбасы, бүйректік ісіну, нефрогенді АГ). Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> созылмалы гломерулонефрит, нефротикалық синдроммен. Асқ.: ЖШФК$_{II}$. Ми сауытішілік гипертензия
<variant> жедел пиелонефрит, нефрогенді АГ
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Кіші қан айналым шеңберінің шамасыздығына тән емес белгі:
<variant> бауырдың ұлғаюы
<variant> ылғалды жөтел
<variant> ентігу
<variant> өкпедегі ылғалды сырылдар
<variant> тахикардия
<question>Тұжырым жасаңыз. Сіздің болжам диагнозыңыз. 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.
<variant> сигма ішегінің обтурациялаушы ісігі, ішек өтімсіздігі
<variant> рефлекторлы обстирпация
<variant> ішек парезі
<variant> ішек инвагинациясы
<variant> медикаменттік обстирпация
<question>Тұжырым жасаңыз. Псевдомембранозды колиттің этиологиялық факторы саналады:
<variant> clostridium dificille
<variant> бейспецификалық коктік флора
<variant> гемолиздік стрептококк
<variant> ішек таяқшалары
<variant> алтын сары стафилококк
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: 47жастағы ер кісі келесі шағымдармен қабылдауға келді: төс сүйегінің артындағы, еңкейгенде және горизонталь қалыптарында күшейетін, күйдіріп ауырсыну; түн мезгіліндегі жөтел. Кардиолог патологияны жоққа шығарды.
<variant> рефлюкс-эзофагит
<variant> гастрит
<variant> стенокардия
<variant> асқазанның шығар трактінің рагі
<variant> миокард инфаркті
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүректе бауырда дамитын өзгерістерді белгілеңіз:
<variant> порталық вена жүйесіндегі гипертензия, бауырдың фиброзы
<variant> гепатоциттердің цитолизі, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы озбыр гепатит

<variant> майлы гепатоз
<variant> фульминантты гепатит
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүректе бауырда дамитын өзгерістер:
<variant> порталық гипертензия, бауырдың жүректік фиброзы
<variant> цитолиз, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> майлы гепатоз
<variant> фульминантты гепатит
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Қайталамалы қалтыраумен сипатталатын гектикалық қызба, лейкоцитоз, эмболиялық абсцесс тән ауруды белгілеңіз:
<variant> сепсис
<variant> ішсүзегі
<variant> малярия
<variant> тамырішілік ШҚҰ (ДВС) синдромы
<variant> жедел лейкоз
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз - УДЗ күтетін нәтижелер: 35 жастағы науқас әйел ЖДП дәрігеріне келесі шағымдармен келді: бел аймағының сыздап ауыруы, кіші дәретке жиі, ауырсынулы баруы, дене қызуының 38-38,5^{0}С жоғарылауы, өзін соңғы бірнеше апта көлемінде науқас санайды. Дәрігерлерге қаралмаған. Тері жамылғылары құқыл, АҚ 180/95 мм сын. бағ. Қағу симптомы оң жағында оң. Несептің жалпы анализінде: полиурия, лейкоцитурия, бактериурия, салыстырмалы тығыздығы төмен. ҚЖА: нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғары, гипохромды анемия.:
<variant> бүйрек өлшемдерінің асимметриясы, астауша-тостағанша жүйесінің деформациясы, бүйрек паренхимасының біркелкілігінің диффузды өзгерістері
<variant> өлшемдерінің симметриялы ұлғаюы, бүйрек паренхимасының біркелкілігінің диффузды өзгерістері
<variant> бүйрек паренхиммасының тығыздалуы, ісінуі, бүйрек контурлары анықталмайды
<variant> бүйрек өлшемдерінің екі жақты кішіреюлері, бүйрек паренхимасының біркелкілігі сақталған
<variant> паранефралық клетчатканың ісінуі, бүйрек қозғалғыштығының шектелуі
<question>Дұрыс этиологиялық емдік тактиканы қолданыңыз. 70 жастағы ер кісі жөтелге, дене қызуының 38^{0}С 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 көлеңке.
<variant> респирациялық фторхинолондар
<variant> макролидтер
<variant> иммуномодуляторлар
<variant> «қорғалған» аминопенициллиндер
<variant> β-лактамды антибиотиктер
<question>Зерттеудің интерпретациясы. 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>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Бүйрек трансплантациясының нәтижелілігінің индикаторларына жатады:
<variant> несептің бөлінуі, креатинин және мочевина деңгейінің қанда дианамикалық төмендеуі, операциядан кейінгі асқынулардың болмауы
<variant> антигипертензиялық дәрмектерсіз нефрогенді АҚ төмендеуі
<variant> гемоглобиннің қалпына келуі, анемияның жойылуы
<variant> шумақшалық фильтрация жылдамдығының төмендеуі
<variant> уремиялық энцефалопатия белгілерінің толық жойылуы
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз:16 жастағы жігіттің венасынан қан алғаннан соң, орнынан тұра беріп, есінен танып қалды. Об-ті: тері жамылғылары қуқыл, суық тер басты. АҚ 80/50 мм сын. бағ. Жүрек тондары әлсіз, ЖЖС 50 мин. Бетіне суық су бүркіп, мүсәтір (нашатырный спирт) спиртін иіскеткенде көзін ашып, есін жиды. Бұрындары қан көргенде, ауырсыну дамығанда жүрегінің айнитынын айтты.ЭКГ: ырғағы синусты, ЖЖС 70 мин., ЖЭӨ қалыпты.ҚЖА: Нв 140 г/л, эрит. $5,0x10^{12}$/л.
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> аритмиялық синкопе
<variant> аорталық ақаулардағы синкопе
<variant> эпилепсия
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: 16 жастағы студент қыз соңғы 2-3 айда таңертең төсегінен тұрарда бірнеше рет есінен танып қалғандығына шағымданды, ешқандай хабаршы белгілер болмайды, төсегінде есін жиып алады, басқа жағдайларда мұндай өзгерістер болмайды, анасының нақтауынан ессіз уақыты 10-15 сек. ғана жалғасады. Об-ті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жамылғылары қалыпты түсті. Жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 64 мин. АҚ 100/70 мм сын. бағ. ЭКГ: патологиясыз.ҚЖА: Нв 136 г/л, эрит. $4,7x10^{12}$/л.
<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аритмиялық синкопе
<variant> аорталық ақаулардағы синкопе
<variant> эпилепсия
<question>Дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз. 16 жастағы студент қыз соңғы 2-3 айда таңертең төсегінен тұрарда бірнеше рет есінен танып қалғандығына шағымданды, ешқандай хабаршы белгілер болмайды, төсегінде есін жиып алады, басқа жағдайларда мұндай өзгерістер болмайды, анасының нақтауынан ессіз уақыты 10-15 сек. ғана жалғасады. Об-ті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жамылғылары қалыпты түсті. Жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 64 мин. АҚ 100/70 мм сын. бағ. ЭКГ: патологиясыз. ҚЖА: Нв 136 г/л, эрит. $4,7x10^{12}$/л. Диагнозын нақтауға жүргізетін сынаманы таңдаңыз:
<variant> екінші тәсілімен Шеллонг сынамасы
<variant> велоэргометриялық сынама
<variant> тредмил тест
<variant> алты минут жүргізу сынамасы
<variant> өңеш арқылы ЭхоКГ түсіру
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: Екі жыл бұрын миокардтың инфарктін басынан өткерген ер кісіде, физфикалық күштеме кезінде жүрек қағуы, ауа жетпеу сезімі, жалпы әлсіздік дамыды, артынша есінен танды. ЭКГ: АВ түйіндік пароксизмдік тахикардия тіркелді.
<variant> аритмогенді синкопе

<variant> ортостаздық синкопе
<variant> вазодепрессиялық синкопе
<variant> аорталық шамасыздықтағы синкопе
<variant> эпилепсия
<question>Дұрыс шешім қабыдаңыз: 60 жастағы реанимацияда ірі ошақты, артқы-диафрагмалық инфарктен ем қабылдап жатқан науқаста, қысқа уақытқа естен тану мен құрысу синдромы орын алды. Жүрек тондары тұйық, ЖЖС 34 мин. АҚ 130/70 мм сын. бағ. ЭКГ: атри-вентрикулдік диссоциация, qRS кешендерінің саны минутына 34, ені 0,14 сек. Р тісшелерінің – 80.
<variant> толық АВБ, Морганьи-Адамс-Стокс синдромы
<variant> ырғақтың күрделі бұзылысы: Фредерик синдромы
<variant> кардиогенді шок
<variant> бас-ми жарақатының салдары: эпилепсия
<variant> жүректің тума ақауы: Толочинова-Роже ауруы
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз:Диффузды токсиндік жемсауы бар 34 жастағы әйелде, тұрақты ентігу, жүрек қағуы бар. Бір күн бұрын есінен қысқа уақытқа танған. Об-ті: жүрек тондары күшті, ырғақсыз, ЖЖС 108 мин., пульсі 78, аритмиялы. ЭКГ: R-Rәртүрлі, II,III AV F, V_1, f толқындары, Р тісшелері жоқ.
<variant> жүрекшелер дірілі, аритмогенді синкопе
<variant> жүрекшелер жыбыры, вазодепрессиялық синкопе
<variant> артериялық гипотензия, ортостаздық синкопе
<variant> анемия, гипоксиялық синкопе
<variant> атри-вентрикулдік блок I дәрежесі
<question>Дұрыс тұжырым жасаңыз: 18 жастағы әйелде, тұрмысқа шыққанына 7 ай болған, аптаның демалыс күндері жанұясымен үй шаруасымен айналысқанда, естен танулар болады. Мектепте емтихан кездері де сабақтың “ауырлығынан” естен танулардың болып тұрғандығы анықталды. Естен тану алдында көңіл-күйі түседі, жайсыз сезімдер мазалайды, жатқызғаннан кейін 10-20 минуттан кейін ғана “есін жинайды”. Соңғы етеккірі 15 күн бұрын болған.АҚ 100/70 мм сын. бағ. Орнынан тұрғызып, неврологиялық сынамалар жүргізілді, соңына қарай қолдарын ербеңдетіп, терең, шуылдай тыныстап, туыстарының қолына жармасып, “естен танды”.
<variant> ситуациялық невроз
<variant> вазопрессиялық естен танулар
<variant> эпилепсиялық естен танулар
<variant> аритмогенді естен танулар
<variant> ортостаздық естен танулар
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Науқас, 1 типті қантты диабетпен 15 жылдан дертті, соңғы айларда гипогликемиялық жағдайлар мен естен танулардың жиілеп, АҚ жоғарылағанын бақылаған. Бұл клиникалық жағдайдың тұжырымы –
<variant> диабеттік нефропатия
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, жүрек шамасыздығы
<variant> тыныс шамасыздығы
<variant> нейропатия фонындағы гипогликемияларға төмен сезімталдық
<variant> инсулинді ұзақ қабылдаудан дамыған инсулинге тұрақтылық
<question>Сәйкес емді қабылдаңыз. Қантты диабеттің 1 типі бар науқас гипогликемиялық комаға түсті, 40% глюкоза в/ішіне енгізілді, гликемиясы 12,3 ммоль/л дейін жоғарылады, бірақ ол есін жимады.

<variant> бас миының ісінуімен күрес шараларын тағайындау
<variant> глюкозаның 40% ерітіндісін қайта енгізу
<variant> глюкозаның 40% ерітіндісінвенаға тамшылатып енгізу
<variant> қысқа әсерлі инсулиннің 0,1Б/кг/сағ. инфузиясы
<variant> жұлын пункциясын жасау
<question>Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз. 62 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.
<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>Дұрыс шешім қабылдаңыз. 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>Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз 43 жастағы әйелді салмағының қосылуы, бетінің ісіңкілігі, терісінің құрғауы, іш қатпалары мазалайды. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмен, ал ТТГ жоғары.
<variant> тиреоидты дәрмектер
<variant> тиреостаттық дәрмектер
<variant> диуретиктер
<variant> йод дәрмектері
<variant> қабынуға қарсы стероидты емес дәрмектер
<question>Дұрыс тексеру тактикасын қоданыңыз. 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.
<variant> қанның лактатқа
<variant> несептің глюкозаға
<variant> несептің кетон денелеріне
<variant> қанның кетон денелеріне
<variant> қанның гематокритке
<question>Тұжырым тандаңыз. Науқас, 1 типті қантты диабетпен 15 жылдан дертті, соңғы айларда гипогликемиялық жағдайлардың жиілеп, АҚ жоғарылағанын бақылаған. Бұл клиникалық жағдайдың тұжырымы –
<variant> диабеттік нефропатии
<variant> жүректің ишемиялық ауруы, жүрек шамасыздығы
<variant> тыныс шамасыздығы

<variant> нейропатия фонындағы гипогликемияларға төмен сезімталдыу
<variant> инсулинді ұзақ қабылдаудан дамыған инсулинге тұрақтылық
<question>Тұжырым таңдаңыз. Ауыр декомпенсацияланған диффузды токсиндік жемсаумен дертті науқастың эндокринді офтальмопатиясы да бар (ЭОП): экзофтальмі 3 дәрежелі, көз алмалары қозғалмайды, көруі нашар, диплопия мен жарықтан қорқу. 5 ай барысында тәулігіне преднизолон 50-60 мг, мерказолил 20-30 мг, анаприлин 40 мг қабылдауда. Эндокринолог сәйкес антитиреоидтық ем тағайындады. ЭОП байланысты емді көрсетіңіз:
<variant> метилпреднизолонмен бір реттік 1000 мг дозада пульс-терапия
<variant> антитиреоидты еммен шектелу
<variant> преднизолон ішке 60 мг/тәу.
<variant> дипроспан немесе целестонды 0,5-1,0 мл ретробульбарлы
<variant> плазмаферез
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. 1 типті қантты диабеті бар науқас ет тағамдарын жақтырмайды. Белок мұқтаждығын жабу мақсатында ұсынуға болады:
<variant> балықты, құс еттерін, ірімшікті, жұмыртқаны, сүзбені
<variant> нан, дақылдар, картоп, ұн өнімдерін
<variant> сүт, айран, қатық
<variant> қияр, қызанақ, қырыққабат, шалғам, шомыр, баялды, кәді,сәбіз, қызылша
<variant> сары май, өсімдік майы, қаймақ, кілегей
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Қантты диабеттің 1 типімен дертті науқас, Актрапид +Протафан біріктірген күшейтілген инсулиндік ем алғалы түн мезгілінде гипогликемиялық жағдайларды басынан жиі өткеретін болды. Протафан дозасын дәлдеуге талпыныстар нәтиже бермеді. Протафанды нәтижелі алмастыратын дәрмекті таңдаңыз:
<variant> левемир
<variant> новомикс
<variant> микстард
<variant> хумулин NPH
<variant> хумулин М3
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Семіздігі мен артериялық гипертензия негізінде қантты диабетпен дертті науқас гликонилдің 3000 мг тәулігіне қабылдайды. Соңғы 2-3 айда постпрандилік (prandi-um-тамақ) гликемияның өскенін бақылаған. Қант деңгейін төмендетуді күшейтетін дәрмекті (тәсілді) таңдаңыз:
<variant> новонорм
<variant> гликонил дозасын арттыру
<variant> актос
<variant> ұзақ әсерлі инсулиннің инъекциясы
<variant> микстрад
<question>Дұрыс емдік тактика қолданыңыз. Алты жасар ұл балада крипторхизммен екі жақты орхиопексия іске асырылды.
<variant> әр жылы хориондық гонадотропиннің бір айлық курсы, 10 жасқа дейін
<variant> 15 жыл бақылау
<variant> хориондық гонадотропинмен 15 жасқа дейін тұрақты емдеу
<variant> андрогендермен 15 жасқа дейін тұрақты емдеу
<variant> хориондық гонадотропинмен және андрогендермен жұптастырып емдеу
<question>Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз. Гипогликемиялық комаға түскен 1 типті қант диабетімен ауыратын науқасқа вена ішіне 40% глюкоза енгізілді, қан глюкозасы 12,3 ммоль/л көрсеткенімен, бірақ санасы қалыптаспады.

<variant> бас миының ісінуімен күрес шараларын тағайындау
<variant> ввести повторно 40% глюкозу
<variant> назначить капельное вливание 5% глюкозы
<variant> назначить инфузию короткодействующего инсулина из расчета 0,1 ед/кг/час
<variant> произвести спинномозговую пункцию
<question>Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз. 38 жастағы әйел дене салмағының артуын, тер бөлінуінің азайғандығын, бетінің домбығатынын байқаған, созылмалы тонзиллиті бар. Об-ті: бойы 158 см, салмағы 98 кг. Терісінде жолақтар жоқ, айқын гиперкератоз, беті ісіңкі, көз аяшықтары жасқа толы. ЖЖС 56 мин., АҚ 100/60 мм сын. бағ. Анализдерінен: қан глюкозасы 3,3 ммоль/л; T_3 пен T_4 төмен, ал ТТГ жоғары.
<variant> тиреоидными дәрмектермен ем
<variant> витаминдермен ем
<variant> диуретиктер тағайындау
<variant> қабынуға қарсы терапия
<variant> калориясы аздау тағамдануды ұсыну
<question>Дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз. Жалпы дәрігерлік практика дәрігері, 49 жастағы бойы 160 см, ал дене салмағы 84 кг әйелде ашқарынға тапсырған анализінен глюкозаның 6,9 ммоль/л деңгейін анықтады.
<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>Дұрыс шешім таңдаңыз. 45 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>Дұрыс тексеру тактикасын таңдаңыз. 3 апталық нәресте, 40 апталық жүктіліктен 4000г салмақпен туылған, енжар, ұйқышыл, беті мен денесінің ісінуі бар. Тілі үлкен, дауысы қарлығыңқы, мұрын қыры кең. Емуі солғын, туылғаннан үшінші күні пайда болған сарғаю сақталуда.
<variant> қандағы тиреоидты гормондар деңгейін анықтау
<variant> қандағы глюкоза деңгейін анықтау
<variant> кариотипін тексеру
<variant> жалпы билирубинін анықтау
<variant> қанның жалпы анализі
<question>Тұжырым таңдаңыз. 47 жастағы әйел кісі 4 ай бойына АҚ 220/120 мм сын. бағ. жоғарылауына байланысты эналаприл мен амлодипин комбинациясын нәтижесіз қабылдаған. Соңғы айда аяқ бұлшық еттерінің құрысулары мен әлсіздігі және полиурия жиілеген. Зерттеу барысында анықталуы заңды бұзылыс:
<variant> плазма альдостероны концентрациясының жоғарылауы
<variant> гиперкалиемия

<variant> кортизолдың несеппен экскрециясының артуы
<variant> плазма ренининің белсенділігінің жоғарылауы
<variant> несептің қышқыл реакциясы
<question>Диагнозын нақтау үшін дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз. Жоспарлы медициналық тексеруде ЖДП дәрігері 38 жастағы әйелдің пульс жиілігі мен ырғақсыздығына көңіл аударды. АҚ 160/80 мм сын. бағ. Пациенттің шағымдары жоқ, қазбалап сұрастыруда соңғы 4 айда 6 кг салмақ жоғалтқаны белгілі болды.
<variant> қанда ТТГ, FT_4 анықтауды
<variant> қалқанша безінің УДЗ
<variant> метанефриндердің тәуліктік несептегі экскрециясын анықтауды
<variant> электрокардиограмманы
<variant> бүйрек үсті бездерінің компьютерліке томографиясын
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. 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>Ең тиімді тағайындауды қолданыңыз. 24 жастағы әйел дәрігерге келесі шағымдармен келді: бір айда 9 кг салмақ жоғалтқан, аузы құрғайды, шөлдеу, кіші дәретке жиі бару, жүрек айнуы мен тәбетінің нашарлауы. Об-но: терісі құрғақ, алақандары мен табан терісі сарғыш, фурункулдар. Несеп анализінде қант 2,9%, ацетон.
<variant> актропид НМ 4 бір.
<variant> диабетон 10мг
<variant> манинил 5мг
<variant> хумалогмикс 25
<variant> лантус 12 бір.
<question>Ең тиімді тағайындауды қолданыңыз 45 жастағы әйелде жарақаттанғаннан соң бас ауруы, АҚ 150/90 мм сын. бағ. дейін жоғарылауы, дене салмағының тез артуы, терісіндегі трофикалық өзгерістер пайда болған. Тері асты шел қабаты біркелкі емес, беті қызарған. Денситометрияда остеопороз белгілері. Кортизолдың қандағы деңгейі сағат 8-де часов 1100 нг/л (норма – 260-720 нг/л), ашқарындағы гликемия 6,1 ммоль/л.
<variant> парлодел
<variant> сиофор
<variant> нифедипин
<variant> кальций Д3
<variant> гидрокортизон
<question>Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз. 39 жастағы әйелді салмағының артуы, әлсіздік, бетінің ісінуі, терісінің құрғауы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі мазалайды. Об-ті: терісі құрғақ, салқын. Қалқанша безі сипалмады. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмендеген, ТТГ жоғарылаған.
<variant> тиреоидты дәрмектер
<variant> тиреостаттық дәрмектер
<variant> диуретиктер
<variant> йод дәрмектері

<variant> стероидты емес қабынуға қарсы дәрмектер
<question>Выберите правильное решение. БДҰ критерийлеріне сәйкес, 75 г глюкозамен сынамадан кейін 2 сағаттан соңғы, қантты диабет диагнозы қойылатын глюкоза деңгейін көрсетіңіз:
<variant> 11,1 ммоль/л
<variant> 6 ммоль/л
<variant> 8 ммоль/л
<variant> 8.4 ммоль/л
<variant> 9.7 ммоль/л
<question>Дұрыс тексеру тактикасын таңдаңыз. 11 жастағы ұлда шөлдің қысуы, кіші дәретке жиі бару, әсіресе түн мезгілінде, терісінің қышуы анықталды.
<variant> ашқарынға қандағы глюкозаны анықтаудан
<variant> тәуліктік несепте глюкозаны анықтаудан
<variant> ертеңгілік несепте ацетонды анықтаудан
<variant> тәуліктік несепте глюкоза мен ацетонды анықтаудан
<variant> түн алдындағы қандағы глюкозаны анықтаудан
<question>ЖИА емдеу барысында коронаролитиктерден таңдалатын топты көрсетіңіз: 56 жастағы 2 типті қантты диабетпен есепте тұратын науқаста, соңғы айда ангинальді синдромдар жиілеп, кардиологқа көрінген, ұсыныстар берілген. <variant> кардиоселективті бета-блокаторлар
<variant> селективті емес бета-блокаторлар
<variant> нитраттар (монотерапия ретінде)
<variant> ангиотензинді АФ ингибиторлары
<variant> кальций антагонисттері
<question>Науқасты жүргізу тактикасын таңдаңыз: 65 жастағы ер кісінің бойы 160 см, салмағы 105 кг. Шағымдары жоқ. Ашқарындағы глюкоза деңгейі 6,2 ммоль/л.
<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>Антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз: 45 жастағы әйелде 1 типті қантты диабет 10 жыл көлемінде бар. Соңғы 2 жылда АҚ 150/90 мм сын. бағ. Тексергенде: НЖА патология жоқ, МАУ екі рет анықталған.
<variant> лизиноприл
<variant> пропроналол
<variant> гипотиазид
<variant> индапамид
<variant> лабетолол
<question>Диагнозын нақтайтын тексеруді таңдаңыз: 18 жастағы жасөспірімде 3 айдан бері аузының құрғауы, шөл мазалайды. ДМИ 25; терісі ылғалды. Ашқарындағы глюкоза деңгейі 8-10 ммоль/л, тамақтан соңғысы – 8-12 ммоль/л.
<variant> қанның GAD антиденелеріне (глутаматдекарбоксилаза) анализі
<variant> қанның ИРИ (иммундық-реакциялық инсулинге) анализі
<variant> қанның ашқарындағы С-пептидке анализі
<variant> глюкозаға толеранттылықтың пероральді тесті

<variant> қанның ашқарындағы С-пептидке жүктемеден кейінгі анализі
<question>Науқас гипотиреозына қатысты тактиканы таңдаңыз: 35 жастағы әйел науқас Симмондс синдромына байланысты преднизолонды 10 мг/тәу., эстроген-гестагенді дәрмектер қабылдайды. АҚ, несептің тығыздығы, қандағы калий мен натрий деңгейлері қалыпты. Жеңіл гипотиреоздың клиникасы бар, ТТГ, Т3 пен Т4 деңгейлері шамалы төмен.
<variant> левотироксиннің аз дозаларымен ем
<variant> медикаменттік емсіз бақылау
<variant> калий йодидінің профилактикалық дозаларымен ем
<variant> калий йодидінің емдік дозаларымен ем
<variant> левотироксиннің супрессиялық дозаларымен ем
<question>Науқасқа қатысты дұрыс тактиканы таңдаңыз: 47 жастағы науқас ер кісі қантты диабеттің 2 типімен 3 жылдан бері ауырады, метформин мен репаглинид қабылдайды. ДМИ 26, ашқарындағы және тамақтан соңғы гликемиясы; үшглицеридтері мен жалпы холестерині қалыпты; жоғары тығыздықтағы ЛП шамалы төмен, төмен тығыздықты ЛП жоғарылаған.
<variant> статиндермен ем тағайындау
<variant> фибраттармен ем тағайындау
<variant> ниацинмен ем тағайындау
<variant> метформин дозасын арттыру
<variant> емді өзгертпеу
<question>Дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз. 20 жастағы науқас әйелде қалқанша безінің 2 дәрежелі ұлғаюы анықталды. УДЗ: қалқанша безі диффузды үлкейген, құрылымы әркелкі, диаметрі 11 мм түйін бар, эхотығыздылығы жоғарылаған.
<variant> электрокардиография
<variant> қанда Т4 белсенді фракциясын анықтауды
<variant> қанда ТТГ деңгейін анықтауды
<variant> қанда ТГ мен ТПО антиденелерді анықтауды
<variant> бездің жіңішке инелік аспирациялық биопсиясын
<question>Болжам диагнозы мен оның шешуші тексеруін таңдаңыз. 42 жастағы ер кісі эрекциялық дисфункцияға байланысты қаралды. Дене массасы артық, гинекомастия. Қанның гормондарға анализлерінен: ЛГ мен ФСГ – 0, пролактині 20000 мБ/л (нормада 20 *нг/мл или* 400 мБ/л), тестостерон 0,1, эстрадиол 0,2.
<variant> гипофиздің аденомасы (пролактинома); магниттік-резонанстық томография
<variant> сүт безінің рагі; маммография
<variant> гипофиздің аденомасы (соматотропинома); бас ми сауытының бүйірлік проекциядағы рентгенографиясы
<variant> гипофиздің аденомасы (гонадотропинома); түрік ершігінің көзделген рентгенографиясы
<variant> гипофиздің аденомасы (кортикотропинома); бүйрек үсті безі мен аталық бездерінің УДЗ
<question>Нағыз уақытынан бұрын жетілу (ержету) синдромына тән гормондық профильдің өзгерістерін таңдаңыз.
<variant> деңгейлерінің жоғарылауы: ЛГ, ФСГ және жыныстық гормондардың
<variant> деңгейлерінің жоғарылауы: ЛГ, ФСГ; деңгейлерінің төмендеуі: жыныстық гормондардың
<variant> деңгейлерінің жоғарылауы: жыныстық гормондардың; деңгейлерінің төмендеуі: ЛГ, ФСГ
<variant> деңгейінің жоғарылауы: СТГ; деңгейлерінің төмендеуі: жыныстық гормондардың

<variant> деңгейінің жоғарылауы: пролактиннің (ПРЛ); деңгейлерінің төмендеуі: жыныстық гормондардың
<question>Қантты диабеттің 1 типінде базальді инсулиннің дозасын жоғарылатуға абсолютті көрсетпе болатын жағдайды таңдаңыз:
<variant> түнгі және ашқарындық гликемияның жоғарылығы
<variant> ашқарындық гликемияның жоғарылығы
<variant> күндізгі және ашқарындық гликемияның жоғарылығы
<variant> препрандиальді гликемияның жоғарылығы
<variant> ұйқы алдындағы гликемияның жоғарылығы
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Қантты диабет диагнозы гликемияның келесі көрсеткішінде нақталады:
<variant> ашқарындық гликемияның деңгейі 6,1 ммоль/л
<variant> ашқарындық гликемияның деңгейі 5,5 ммоль/л жоғары, бірақ <6,1 ммоль/л
<variant> ашқарындық гликемияның деңгейі 5,6 ммоль/л кем
<variant> тамақтанудан кейін 2 сағаттан соңғы гликемияның деңгейі 7,8 ммоль/л
<variant> тамақтан кейін 2 сағаттан соңғы гликемияның деңгейі 8,1 ммоль/л жоғары
<question>Инсулиннің дефицитне тән симптомды таңдаңыз:
<variant> шөл
<variant> көз көрудің нашарлауы
<variant> артық салмақты тез қосу
<variant> тершеңдік
<variant> “ішкі қалтырау” сезімі
<question>Несептің салыстырмалы тығыздығының қантсыз диабетке тән көрсеткіштерін таңдаңыз:
<variant> 1000,0-1003,0
<variant> 1005,0-1015,0
<variant> 1010,0-1012,0
<variant> 1008,0-1018,0
<variant> 1025,0-1030,0
<question>Тума гипотиреоз дертінің симптомдарына қатысы жоғын таңдаңыз:
<variant> шеттік рефлекстердің қозғыштығы
<variant> психомоторлық дамуының тежелуі
<variant> нәресте сарғаюының ұзақ сақталуы
<variant> терісінің құрғақтығы
<variant> бұлшық еттік гипотония
<question>Гормондық профильдердің еркектердің біріншілік гипогонадизміне тән өзгерістерін таңдаңыз:
<variant> жоғарылауы: ЛГ,ФСГ; тестостеронның төмендеуі
<variant> төмендеуі: ЛГ,ФСГ мен тестостеронның
<variant> төмендеуі: ЛГ,ФСГ; тестостеронның жоғарылауы
<variant> төмендеуі: ЛГ,ФСГ; ал тестостерон қалыпты
<variant> қалыпты ЛГ, ФСГ; ал тестостеронның төмендеуі
<question>Эндемиялық аймақтарда ДДҰ ұсынған, йодтық алдан алуды топтарда жүргізу шарасын таңдаңыз:
<variant> калий йодиді
<variant> йодталған ас тұзы
<variant> йодталған бөтелкедегі сулар

<variant> йодталған нан
<variant> молекулалық йод
<question>Диффузды токсиндік жемсаудың патогенездік еміне ұсынылған дәрмекті таңдаңыз:
<variant> тиреостатиктер
<variant> бета-блокаторлар
<variant> седативті
<variant> ангиотензин АФ ингибиторлары
<variant> левотироксин
<question>Эндемиялық аймақтарда ДДҰ ұсынған, йодтық алдан алуды жекелеп жүргізу шарасын таңдаңыз:
<variant> калий йодиді
<variant> йодталған ас тұзы
<variant> йодталған бөтелкедегі сулар
<variant> йодталған нан
<variant> молекулалық йод
<question>СТГ тапшылығымен сипатталатаны дертті таңдаңыз.
<variant> гипопитуитаризм
<variant> гипогонадизм
<variant> гипотиреоз
<variant> гипопаратиреоз
<variant> гипокортицизм
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Сәбилердің крипторхизмінің емі аяқталуы тиіс –
<variant> екі жасқа дейін
<variant> жеті жасқа дейін
<variant> он төрт жасқа дейін
<variant> бес жасқа дейін
<variant> жиырма жасқа дейін
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Бүйрек үсті безінің тума дисфункциясында сүйектік жас –
<variant> паспорттық жастан озық
<variant> паспорттық жасқа сай
<variant> паспорттық жастан қалыңқы
<variant> өзгермейді
<variant> әртүрлі болуы мүмкін
<question>Сульфаниламидтердің глюкозаны азайту механизмін таңдаңыз:
<variant> бета-клеткалармен инсулин секрециясын күшейтуі
<variant> бауырлық глюконеогенезді тежеуі
<variant> эндогенді инсулиннің әсерін жақсартуы
<variant> ішекте глюкоза резорбциясын баяулатуы
<variant> глюкагон секрециясын баяулатуы
<question>Ең мүмкін команы таңдаңыз: Қантты диабеттің 1 типі бар науқас кенеттен есінен танды.
<variant> гипогликемиялық
<variant> кетоацидоздық
<variant> сүтқышқылдық
<variant> гиперосмостық
<variant> бауырлық
<question>Физикалық жұмыспен айналысуға болатын уақытын санап, ұсыныс таңдаңыз.

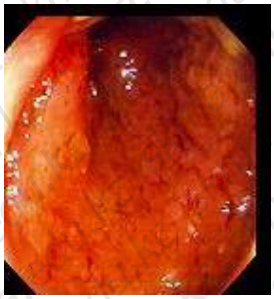
33 жастағы қантты диабетпен дертті науқас Актрапид пен Протафанды қабылдайды.
<variant> тамақтанғаннан соң 1 сағаттан кейін
<variant> күндіз, кез келген уақытта
<variant> тамақтанғаннан соң 2-3 сағаттан кейін
<variant> таңда, ертеңгі ас алдында
<variant> кеште, ұйқы алдында
<question>Ең нәтижелі емін таңдаңыз. 37 жастағы әйелде андростерома анықталды.
<variant> аденомэктомия
<variant> циклдық гормонотерапия
<variant> дексаметазонмен ем
<variant> диферелинмен ем
<variant> андрокурмен ем
<question>Диагнозын нақтауда негізгі саналатын көрсеткішті таңдаңыз:Пациентте аутоиммунды тиреоидиттен күдік туды. ДЕХ сәйкес тексерулер кешені тағайындалды.
<variant> тироидблокадалаушы антиденелердің өндірілу деңгейінің жоғарылауы
<variant> қандағы ТТГ деңгейінің жоғарылауы
<variant> қандағы ТТГ деңгейінің төмендеуі
<variant> тироидбелсендіруші антиденелерді өндіру деңгейінің жоғарылауы
<variant> қандағы Т3 пен Т4 деңгейінің төмендеуі
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Науқасқа диффузды токсиндік жемсау диагнозы қойылды. Диффузды токсиндік жемсау патогенезінің негізгі патологиялық процесін көрсетіңіз:
<variant> тироидбелсендіруші антиденелерді өндіру деңгейінің жоғарылауы
<variant> тироидблокадалаушы антиденелердің өндірілу деңгейінің жоғарылауы
<variant> қандағы ТТГ деңгейінің жоғарылауы
<variant> қалқанша безі тінінің лимфоидты инфильтрациясы
<variant> фолликулалардың аутоиммунды зақымдалуы
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. 27 жастағы пациентте қантты диабеттің 2 типі мен поликистозды аналық бездер синдромы бар. Осы екі дертті біріктіретін жалпы механизмін табыңыз.
<variant> инсулинге төмен сезімталдық
<variant> инсулиннің рецепторларына антиденелердің түзілуі
<variant> инсулинге антиденелердің түзілуі
<variant> инсулиннің абсолюттік тапшылығы
<variant> инсулинге жоғары сезімталдық
<question>Пациентке бірінші кезекте көрсетілген дәрмекті (дәрмектер тобын) таңдаңыз. 27 жастағы пациентте семіздік, қантты диабет 2 типті және поликистозды аналық бездер синдромы мен дисменорея.
<variant> метформин
<variant> прогестерон дәрмегін
<variant> эстрогендерден
<variant> дексаметазон
<variant> инсулин дәрмектері
<question>Йодтың артық дозасына мұқтаж болмайтын жас санатын таңдаңыз.ОҚО йод тапшылықты аймақтарға жатқызылған. ДДҰ осы аймақтардың тұрғындарын йод дәрмектерін жасына тәуелді 100-200 мкг дозасында күнделікті қолданымға ұсынған. Бұдан басқа өмірдің белгілі кезеңдерінде организмнің йодқа мұқтаждығы артады.
<variant> егде кісілер

<variant> балалар
<variant> жасөспірімдер
<variant> жүктілер
<variant> нәрестелер
<question>Қантты диабеттің 1 типі мен иммундық-жанамалық диабеттің ерекше түрлерінің ортақ механизмін тандаңыз.
<variant> инсулин мен бета-клеткаларға түрлі антиденелердің болуы
<variant> инсулиндік резистенттілік
<variant> гиперинсулинизм
<variant> антиденелердің – GAD 64 болуы
<variant> инсулин рецепторлары санының азаюы
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз. 43 жастағы ер кісіге «Кортикостерома» диагнозы қойылды. Синдромды АГ емін таңдау үшін, кортикостеромадаға АГ механизмін анықтаңыз.
<variant> ағзада натрийдің іркілуі
<variant> симпаттық адренал жүйесі белсенділігінің артуы
<variant> тамырлар тегіс салалы бұлшық ет қдеткаларының гипертрофиясы
<variant> антидиурездік гормон белсенділігінің артуы
<variant> антидиурездік гормонға сезімталдықтың артуы
<question>Дұрыс тұжырым тандаңыз. 13 жастағы ұл балада қантты диабет, 1 типті. Эндокринолог глюкоза деңгейін бақылау емін тағайындады. Сент-Винсент Декларациясына сәйкес қантты диабеттің жақсы бақылануының критериін анықтаңыз.
<variant> ашқарындағы глюкоза деңгейі < 7,0; тамақтан соң <10,0 ммоль/л
<variant> ашқарындағы глюкоза деңгейі <9,9; тамақтан соң <15,0 ммоль/л
<variant> ашқарындағы глюкоза деңгейі < 4,0; тамақтан соң <6,0 ммоль/л
<variant> ашқарындағы глюкоза деңгейі > 7,0; тамақтан соң >10,0 ммоль/л
<variant> ашқарындағы глюкоза деңгейі >8,0; тамақтан соң <12,0 ммоль/л
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз.Глюкозаға төзімділікті тексеруде, балаларға құрғақ глюкозаның келесі мөлшері беріледі.
<variant> сынамаға 1,75 г/кг, бірақ 75 г көп емес
<variant> сынамаға 2,0 г/кг, бірақ 100 г көп емес
<variant> сынамаға 70гна
<variant> сынамаға 37г
<variant> сынамаға 75 г
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз.Кетоацидоздық және гиперосмостық комаларға ортақ белгі – гипергликемия,
дегенмен осы асқынулардың алғашқы сағаттарындағы емінің айырмашылықтары бар: гиперосмостық комалардың алғашқы сағаттарында дегидратация, гиповолемия және гемоциркуляцияның бұзылыстарының коррекциясында қолданады:
<variant> вена ішіне тез, натрий хлоридінің 0,45% ерітіндісін (гипотониялық ерітінді) енгізеді, әрі қарай изотониялық ерітіндіге өтеді де, инсулиндік ем негізінде оны глюкозаның деңгейі 12-14 моль/л болғанға дейін жалғастырады+инсулиндік ем
<variant> алғашқы сағаттарда 1 л артық сұйықтық енгізуге болмайды; кейінгі 2 сағатта тағы 1 л; ал үшінші литрді кейінгі үш сағатта енгізеді; кетоацидоздық комада регидратация мақсатында 0,9% натрий хлоридін енгізеді+инсулиндік ем
<variant> буферлік ерітінділерді вена/ішіне енгізу көрсетілген
<variant> электролиттердің деңгейін инфузиялық ерітінділермен коррекциялау қажеттілігі жоқ
<variant> инсулиндік емді тек тері астына қолданады

<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз.Кетоацидоздық және гиперосмостық комаларға ортақ белгі – гипергликемия,дегенмен осы асқынулардың алғашқы сағаттарындағы емінің айырмашылықтары бар: гипергликемиялық кетоацидоздық комалардың алғашқы сағаттарында дегидратация, гиповолемия және гемоциркуляцияның бұзылыстарының коррекциясында қолданады:
<variant> алғашқы сағаттарда 1 л артық сұйықтық енгізуге болмайды; кейінгі 2 сағатта тағы 1 л; ал үшінші литрді кейінгі үш сағатта енгізеді; кетоацидоздық комада регидратация мақсатында 0,9% натрий хлоридін енгізеді+инсулиндік ем
<variant> вена ішіне тез, натрий хлоридінің 0,45% ерітіндісін (гипотониялық ерітінді) енгізеді, әрі қарай изотониялық ерітіндіге өтеді де, инсулиндік ем негізінде оны глюкозаның деңгейі 12-14 моль/л болғанға дейін жалғастырады+инсулиндік ем
<variant> буферлік ерітінділерді вена/ішіне енгізу көрсетілмеген
<variant> электролиттердің деңгейін инфузиялық ерітінділермен коррекциялау қажеттілігі жоқ
<variant> инсулиндік емді тек тері астына қолданады
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз.54 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>Дұрыс тұжырымды тандаңыз.43 жастағы науқас әйелде Иценко-Кушинг ауруы нақталған. Иценко-Кушинг ауруындағы дамитын остеопороздың патогенезі:
<variant> катаболизм
<variant> липолиз
<variant> глюконеогенез
<variant> анаболизм
<variant> гликогенолиз
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз. 39 жастағы пациентте дене салмағы артық, ашқарындағы гликемияның бұзылысы да бар. Төмендегілерден бір дәрмектосындай жағдайда әсіресе көрсетілген:
<variant> метформин
<variant> глимепирид
<variant> репаглинид
<variant> глулизин
<variant> гликлазид
<question>Ең мүмкін команы тандаңыз: 19 жастағы бойжеткенге қантты диабеттің 1 типі қойылған. Ол бірінші рет кенеттен есінен танды.
<variant> гипогликемиялық
<variant> кетоацидоздық
<variant> сүтқышқылдық
<variant> гиперосмостық
<variant> бауырлық
<question>Дерттің себебін тандаңыз:3 жастағы сәбиде басынан нейроинфекция өткергеннен соң шөлдеп, тәулігіне 3-3,5л дейін су ішу, несепке жиі, көп мөлшермен бару дамыды. Несебінің түсі су түстес. ЖДП дәрігері тексере келе, қантсыз диабет диагнозын нақтады.

<variant> антидиурездік гормонның (АДГ) тапшылығы
<variant> гонадотропиндердің артық өнуі
<variant> пролактин дефициті
<variant> соматотропты гормонның (СТГ) дефициті
<variant> антидиурездік гормонның (АДГ) артық өнуі
<question>Дерттің дәрмектік емін тандаңыз: 3 жастағы сәбиде басынан нейроинфекция өткергеннен соң шөлдеп, тәулігіне 3-3,5л дейін су ішу, несепке жиі, көп мөлшермен бару дамыды. Несебінің түсі су түстес. ЖДП дәрігері мен эндокринолог тексере келе, қантсыз диабет диагнозын нақтады.
<variant> миниринің назальді спрейі
<variant> қысқа әсерлі инсулин
<variant> ұзақ әсерлі инсулин
<variant> верошпирон
<variant> метформин
<question>Осы жағдайға тән гормондық профильді таңдаңыз. 20 әйелдің гормондық статусын тексергеннен соң: “Біріншілік гипергонадотроптыгипогонадизм” диагнозы қойылды.
<variant> жоғары деңгейі – ФСГ мен ЛГ; эстрадиол мен прогестеронның төмен деңгейлері
<variant> төмен деңгейлері – ФСГ мен ЛГ; эстрадиол мен прогестеронның жоғары деңгейлері
<variant> жоғары деңгейлері – ФСГ менЛГ; сонымен қатар, эстрадиол мен прогестеронның да
<variant> қалыпты деңгейлері – ФСГ мен ЛГ; эстрадиол мен прогестеронның төмен деңгейлері
<variant> төмен деңгейлері – ФСГ мен ЛГ; эстрадиол мен прогестеронның қалыпты деңгейлері
<question>Миниринің дозасын таңдау жіне коррекциялауда қолданылатын анализді таңдаңыз: 3 жастағы сәбиді ЖДП дәрігері мен эндокринолог тексере келе, қантсыз диабет диагнозын нақтады. Миниринің мұрынға спрейі ұсынылды.
<variant> несептің Зимницкий тәсілімен анализі
<variant> несептің Нечипоренко тәсілімен анализі
<variant> несептің Кокрофт-Голт тәсілімен анализі
<variant> бүйректің қызметтік резервін анықтау
<variant> несептің жалпы анализі
<question>Осы жағдайдағы ең тиімді дәрмекті таңдаңыз. 29 жастағы әйелге аутоиммунды тиреоидит диагнозы қойылды. Қалқанша безінің қызметтік жағдайы – гипотиреоз.
<variant> левотироксин орынбасушы дозада
<variant> калия йодиді емдік дозада
<variant> калия йодиді профилактикалыө дозада
<variant> левотироксин супрессиялық дозада
<variant> глюкокортикоидтар
<question>Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз. 34жастағы әйел қалқанша безінің ұлғаюына байланысты тексерілді. Гормондық статусында: ТТГ жоғары деңгейі мен T_3 және T_4 төмен деңгейлері нақталды. Жіңішке инелік аспирациялық биоптатта фолликулалық эпителийдің аса айқын емес пролиферациясы мен коллоидтың жиналуы анықталды.
<variant> левотироксин 50-75 мкг/тәу. (6 айдан соң тиреомегалия динамикасына байланысты тактика) және бірге калий йодиді 200 мкг/тәу.
<variant> калий йодиді 200 мкг/тәу. тек 6 ай, соңынан йодталған тұз
<variant> левотироксин 50-75 мкг/тәу. өмір бойы
<variant> тек левотироксин 50-75 мкг/тәу., 6 айдан соң йод дәрмектері
<variant> тирозол

<question>Дұрыс шешім тандаңыз. 7 жастағы ұлда соматикалық шамасыздықтан күдік туды. Келесі дәрмек соматикалық шамасыздықты анықтау сынамасында бой өсіру гормонының секрециясын белсендіруші ретінда қолданылады:
<variant> инсулин
<variant> дексаметазон
<variant> профази
<variant> кордарон
<variant> левотироксин
<question>Дұрыс шешім тандаңыз.Бәкенелік (тапалдық) келесі дерттерде кездеседі: бой өсуі мен жыныстық жетілудің конституциялық тежелуі (кеш пубертаттық синдромы), жанұялық бәкенелік (генетикалық), соматотропты шамасыздық, Ларон синдромы, психологиялық ергежейлілік (депривациялық, психосоциалбді нанизм), псевдогипопаратиреоз (Олбрайт синдромы), Шерешевский-Тернер синдромы (гонадалар дисгенезиясы) және т.б. Келесі тәсіл бойы бәкене науқастардың барлағына бірінші кезекте тағайындалады.
<variant> қол басының рентгендік зерттеулері
<variant> кариотипін анықтау
<variant> жамбас қуысы органдарының УДЗ
<variant> бой өсіру горманының базальді деңгейін зерттеу
<variant> инсулинмен сынама
<question>Дұрыс шешім тандаңыз.14 жастағы қызда бәкенелік анықталған, оның себебі – Шерешевский-Тернер синдромы. Осы синдром анықталғандарға бірінші кезекте тағайындалады.
<variant> соматотропиннің дәрмектері
<variant> эстрогендердің дәрмектері
<variant> прогестеронның дәрмектері
<variant> циклдік гормондың ем
<variant> левотироксин
<question>Төмендегілерден жүктілік кезінде аталған дертпен қабылдауға болатын дәрмекті таңдаңыз:Фертиль жасындағы, «Д» есепте диффузды токсиндік жемсау диагнозымен тұратын әйел жүктілік жоспарлады.
<variant> пропилтиоурацил
<variant> мерказолил
<variant> тирозол
<variant> левотироксин
<variant> йодид калия
<question>Дұрыс тұжырым мен емдеу тактикасын таңдаңыз. 38 жастағы әйел кісі ФКС зерттеуінен өтті:
Жуан ішектің төмендеуші бөлігінде қабыну байқалды: кілегей қабаты күрт қызарған, зерниста,ісінген, қалыпты тамырлық сурет көрінбейді, тиген жерлері қанайды (сурет 1); терең емес беткей, жабындысы бар жаралар анықталды (сурет 2).Ауамен үрлегенде жазылуы қиын. Өрлеме ішектің кілегейі өгеріссіз.
Сурет 1



сур. 2



<variant> жуан ішектің дисталь бөлігінің бейспецификалық жаралы колиті, стационарлық ем көрсетілген
<variant> ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету
<variant> ішектің рагі, онколог кеңесі
<variant> бейспецификалық жаралы колиті, гастроэнтерологтаамбулаторлы ем
<variant> ауруы, Кронның, гастроэнтеролог және хирургта емдету
<question>Дұрыс тұжырым мен емдеу тактикасын тандаңыз 35 жастағы әйел кісі ФКС зерттеуінен өтті: Мықын ішектің терминаль бөлігінде қабыну белгілері байқалды: кілегейі қызарған, ісінген, “зернистый вид” (сурет 1). Қабыну ішек қабырғасына бойлай енгендіктен, “тас көше” кейібі дамыған (сурет 2).



Сурет 1



Сурет 2

<variant> терминаль илеитпен сипатталған Кронауруы, орта дәрежелі ауырлықта, өршу фазасы, стационарлық ем ұсынылған
<variant> жуан ішектің дисталь бөлігінің бейспецификалық жаралы колиті, стационарлық ем ұсынылған
<variant> ішектің тітіркену синдромы, гастроэнтерологта емдету
<variant> ішектің рагі, онколог кеңесі
<variant> бейспецификалық жаралы колиті, гастроэнтерологта амбулаторлы ем
<question>Вильсон-Коновалов ауруының еміне қолданатын дәрмекті тандаңыз:
<variant> д-пенициламин
<variant> глюкокортикоидтар

<variant> имуран
<variant> роферон
<variant> гептрал
<question>Описторхозды емдеуде қолданылатын дәрмекті тандаңыз:
<variant> хлоксил
<variant> пиперазин
<variant> нафтамон
<variant> фенасал
<variant> дитразин
<question>Жильбер синдромын сипаттайтын лабораториялық белгілерін тандаңыз:
<variant> қанда байланыспаған билирубиннің жоғарылауы
<variant> билирубинурия
<variant> трансаминаза активтілігінің жоғарылауы
<variant> ретикулоцитоз
<variant> гипоальбуминемия
<question>Бауыр циррозын, біріншілік бауыр рагынан ажырату белгісін тандаңыз:
<variant> қанда а-фетопротеиннің болмауы
<variant> бауырдың бұдырлануы
<variant> аминотрансфераза деңгейінің жоғарылауы
<variant> сарғаю
<variant> билирубин деңгейінің жоғарылауы
<question>Цитолиз синдромы айқын білінетін ауруды тандаңыз:
<variant> айқын активтілікті созылмалы гепатит
<variant> конституциялық сарғаюдағы Жильбер синдромы
<variant> тұқымқуалаушылық сфероцитоз
<variant> өт-тас ауруы
<variant> бауырдың циррозы
<question>Созылмалы гепатиттің диагнозын нақтайтын тәсілді таңдаңыз:
<variant> бауыр биопсиясы
<variant> бауыр ферменттерін зерттеу
<variant> иммунологиялық көрсеткіштер
<variant> бауырдың УДЗ
<variant> функционалдық бауыр сынамалары
<question>Дұрыс шешім тандаңыз: бауырішілік холестазды растайтын белгілерді көрсетіңіз:
<variant> сілтілі фосфатаза және ГГТП жоғарылауы
<variant> липопротеидтер деңгейінің жоғарылауы
<variant> g-глобулин деңгейінің жоғарылауы
<variant> сілтілі фосфатазаның жоғарылауы
<variant> қышқыл фосфатазаның төмендеуі
<question>Вирусты гепатит және бауырдың басқа да жедел зақымдануына тән цитолиз синдромының көріністерін таңдаңыз:
<variant> АЛТ, АСТ, ЛДГ активтілігінің жоғарылауы
<variant> сілтілі фосфатаза деңгейінің жоғарылауы, гипербилирубинемия
<variant> жалпы белок, протромбин, холестерин деңгейлерінің төмендеуі
<variant> γ-глобулиннің жоғарылауы
<variant> белокты тұнба сынаманың өзгеруі

<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: бауырлық кома … интоксикациясының салдарынан дамиды.
<variant> аммиак
<variant> өт қышқылы
<variant> мочевина
<variant> билирубин
<variant> кетонды денелер
<question>Созылмалы гепатит және бауыр циррозымен ауыратын науқастарда гиперспленизм синдромының емінде қолданылатын дәрмекті таңдаңыз:
<variant> преднизолон
<variant> метилурацил
<variant> пентоксил
<variant> эритропоэтин
<variant> гептрал
<question>Декомпенсацияланған бауыр циррозының базисті емінде қолданылатын дәрмектерді таңдаңыз:
<variant> верошпирон, лактулоза, урсодезоксихолий қышқылы
<variant> эссенциале, триампур, В тобының витаминдері
<variant> пироцетам, гипотиазид, тетрациклин
<variant> ципрофлоксацин, фестал, холестерамин
<variant> токоферол, эритромицин, С витамині
<question>Науқас жағдайын саралап, несеп айдайтын дәрмекті таңдаңыз: 54 жастағы ер кісі, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, соңғы 2 апта көлемінде несеп бөлінуінің шектелуі мазалаған. Об-ті: жалпы жағдайы орта ауырлықта, азыңқы. Тері жамылғысы және шырышты қабаты иктериялық. Ішінің көлемі асцитке байланысты ұлғайған. Бауыры қабырға доғасынан 5-6 см шығыңқы, тығыз. Айқын спленомегалия.
<variant> верошпирон
<variant> арифон
<variant> маннитол
<variant> фуросемид
<variant> гипотиазид
<question>Вирусты гепатиттің емінде ПегИнтрон препаратының (Пегинтерферон альфа-2в) дене салмағының кг байланысты тиімді мөлшерін таңдаңыз:
<variant> 1,5 мкг/кг
<variant> 0,5 мкг/кг
<variant> 1,0 мкг/кг
<variant> 2,0 мкг/кг
<variant> 2,5 мкг/кг
<question>Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз. 38 жастағы, науқас оң жақ қабырға астының ауырлық сезімінің болуына, мұрыннан қан кетуге шағымданды. Об-ті: көрінетін шырышты қабаттары субиктериялық, гепато-спленомегалия. Қанда: ЭТЖ-21 мм/с, жалпы билирубин- 58,8 мкмоль/л (тікелей билирубин 22,4 мкмоль/л), тимол сынамасы -12 бр., АЛТ-6,4 мкмоль/л, АСТ-5,9 мкмоль/л. HBV-қа ПЦР – оң мәнді.
<variant> вирустарға қарсы дәрмектер
<variant> цитостатиктер
<variant> глюкокортикоидтар
<variant> өт айдайтын дәрмектер

<variant> антибактериялық дәрмектер
<question>Созылмалы гепатит пен қатерсіз гипербилирубинемияның дифференциялық диагнозын болжаудағы ақпаратты тестті тандаңыз.
<variant> бауыр биопсиясы
<variant> кумбс тесті
<variant> тағамның энергетикалық құндылығын шектеу сынамасы
<variant> ex juvantibus фенобарбиталмен ем
<variant> билирубинді анықтау
<question>Созылмалы гепатиттердің диагнозын нақтаудағы ең тиімді тәсілді тандаңыз:
<variant> бауырдың УДЗ
<variant> көзделген пункциялық биопсия
<variant> индикаторлы ферменттердің активтігінің өзгеруі
<variant> гепатодепрессия индикаторларының активтігінің өзгеруі
<variant> гепатосканерлеу
<question>Аутоиммунды гепатиттің емінде қолданылатын дәрмекті тандаңыз:
<variant> кортикостероидтар
<variant> циметидин
<variant> делагил
<variant> легалон
<variant> адреналин
<question>Бауырдың біріншілік билиарлы циррозының диагноздық спецификалық тестін таңдаңыз:
<variant> антимитохондрийлік антиденелер (М2)
<variant> гипергаммаглобулинемия
<variant> тест, LE- клеткасына
<variant> тегіс бұлшық етіне антиденелер
<variant> бауырлық-панкреатитті антигенге антиденелер (LP)
<question>Науқасты емдеуге урсодезоксихоль қышқылының дәрілерімен қатар берілетін дәрмекті тандаңыз: Науқас, 15 жаста, сарғаю, буындарының ауыруы, дене қызуының 38,5^{0}С дейін көтерілуі, жалпы әлсіздікке шағымданады. Сарғаюға дейінгі кезең астено-вегетативті синдром, анорексиямен байқалған. Жедел вирусты гепатиттен күдіктенуге байланысты жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызылған. Қарап тексергенде: терісі және шырыш қабаттары сарғайған, кеудесі мен арқасында "қан тамырлық жұлдызшалар" бар, бетінде геморрагиялық пурпура. Бауыр қабырға доғасынан 5 см-ге шығып тұр, пальпацияда ауырады. Көкбауыры ұлғаймаған. Қан анализінде - жеңіл дәрежелі анемия (Нв = 90 г/л), ЭТЖ=55 мм/сағ. Тимол сынағы - 16 Б., γ-глобулиндер - 40,2%, трансаминазалар белсенділігі 5 есеге көбейген, жалпы билирубин – 35,5 мкмоль/л (тікелей - 25,5 мкмоль/л, тікелей емес - 10 мкмоль/л). LE-жасушалары, вирусты гепатиттің серологиялық маркерлері жоқ. Шағымдары, анамнезі жалпы қарап тексеру нәтижелерінің негізінде науқасқа «Аутоиммунды гепатит, I тип» диагнозы қойылды. Ол диагнозды тегіс салалы бұлшық етке және антиядролық антиденелер титрінің жоғары болуы дәлелдеді.
<variant> преднизолон
<variant> азитромицин
<variant> фенобарбитал
<variant> делагил
<variant> аспирин
<question>Бауыр энцефалопатиясына тән емес белгіні тандаңыз:

<variant> ауыздан бауырлық иістің шығуы
<variant> "шапалақтаушы" тремор
<variant> қанда аммиак мөлшерінің көбеюі
<variant> есте сақтаудың төмендеуі
<variant> гипербилирубинемия
<question>Диагнозды нақтылау үшін қажетті тексерулерді қолданыңыз: қалалық онкологиялық диспансерге 55 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. –
<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>Жүкті әйелдердегі рецидивтеуші сарғаюда қолданылатын дәрмекті таңдаңыз:
<variant> урсодезоксихолий қышқылы дәрмегі
<variant> кортикостероидтар
<variant> ауыстыра қан құю
<variant> интерферон
<variant> иммуран
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Терілік холангиография ... диагнозына мүмкіндік беретін тәсіл:
<variant> өт жолдарының өтімсіздігі, механикалық сарғаюы
<variant> созылмалы гепатит
<variant> бауыр циррозы
<variant> бауыр абсцесі
<variant> бауырішілік тамырлық блок
<question>Дұрыс тексеру тактикасын таңдаңыз: 56 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 таңдаңыз:
<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>Гиперхромды анемияның ең мүмкін себебін таңдаңыз:
<variant> алкоголизм
<variant> қан жоғалту
<variant> темекі шегу
<variant> бауыр циррозы
<variant> созылмалы гепатит
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Гаммаглутамилтранспептидазаның жоғарғы деңгейі ... тән:
<variant> жедел алкогольді гепатитке
<variant> созылмалы гепатиттің В және С түріне
<variant> гемохроматозға
<variant> қантты диабетке
<variant> созылмалы панкреатитке
<question>Гемохроматоздың верификациясын нақтылайтын диагноздық процедураны таңдаңыз:
<variant> бауыр биопсиясы
<variant> тері биопсиясы
<variant> қан сары суындағы темірді анықтау
<variant> ащы ішек биопсиясы
<variant> ректальді биопсия
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Сарғаю синдромы созылмалы панкреатиттің келесі түрінің көрінісі болып табылады:
<variant> псевдотуморозды (ұйқы безінің басының)
<variant> рецидивтеуші
<variant> латентті
<variant> ауырсыну
<variant> паренхиматозды
<question>Бауырдың біріншілік рагінің дамуына алып келетін жиі себебін таңдаңыз:
<variant> созылмалы аурулар, В,С,Д вирустарына байланысты
<variant> ұзақ уақыт оральді контрацептивтерді қолдану
<variant> ұзақ уақыт туберкулезге қарсы дәрмектерді қолдану
<variant> ұзақ уақыт рентген-контрасты дәрмектерді қолдану
<variant> бауырдың жарақаты
<question>Клиникалық ситуацияны бағалаңыз, болжам диагнозды таңдаңыз: 44 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>Клиникалық жағдайды бағалаңыз, диагнозын таңдаңыз: 21 жастағы ер адам, әлсіздік, оң жақ қабырға асты ауыруларына, бас ауыруына, тәбеттің болмауына, жүрек айнуға, несептің күңгірттенуіне, тері жабындыларының сарғаюына шағымданды, ауырған соң 6-шы күні жұқпалы аурулар ауруханасының қабылдау бөліміне келіп түсті. Несептің күңгірттенуі ауруының 3-ші күні, сарғаю төртінші күні пайда болған. Отбасында барлығы сау. Қарап тексергенде науқастың жағдайы орташа ауырлықта, тері жабындылары, көзінің ағы аздап сарғайған. Бауыры қабырға доғасының шегі астынан 3 см-ге шығып тұр, көкбауыр – оның шегі бойымен. Перифериялық қанда: лейкоцит – 6700, таяқша/яд – 6%, сегмент/яд – 40%, лимфоциттер – 42%, моноциттер – 12%. Жалпы билирубин – 137 ммоль/л, тура – 97 мкмоль/л, АлАТ – 1,1 ммоль/л.
<variant> вирусты гепатит, орташа ауырлықта
<variant> лептоспироз
<variant> описторхоз
<variant> вирусты гепатит, ауыр ағымы
<variant> вирусты гепатит, жеңіл ағымы
<question>Тұжырым таңдаңыз:
Өңеш пен асқазанды контрастап зерттегенде, асқазан денесінің ортаңғы үштігіне дейін кеуде сарайында орналасқан, деформацияланған, өңештқ тесік тұсында қысылған. Өңеші тартылып тұр, ұзармаған.
<variant> тума қысқа өңеш
<variant> диафрагменың өңештік тесігінің жарығы
<variant> өңеш ахалазиясы
<variant> кардиоспазм
<variant> күйіктен кейінгі тыртық
<question>Тұжырым таңдаңыз. Жұтқыншақ пен өңешті контрастап зерттегенде, өңештің бірінші физиологиялық тарылу деңгейінде, артқы қабырға бойымен қапшық пішінді 2х3 см томпаю анықталды, контурлары анық, түзу.
<variant> ценкердің дивертикулы
<variant> тракциялық дивертикул
<variant> пульсациялық дивертикул
<variant> эпифренальді дивертикул
<variant> өңеш рагі
<question>Науқасқа жүргізілетін лабораториялық тексерулерді таңдаңыз: Ер адам 48 жаста, эпигастрий аймағының және сол қабырға астының ауыруы, жіңішке ішектік диарея синдромдары бар. Об-ті: арық, терісі құрғақ, «рубин тамшылары», Мейо-Робсона нүктесінде ауыру сезімі бар.
<variant> амилаза және липаза деңгейі
<variant> липидті профиль
<variant> сілтілі фосфатаза және ГГТП деңгейі
<variant> гликемиялық профиль
<variant> алкогольдегидрогеназа деңгейі
<question>Науқасқа жүргізілетін аспаптық зерттеу тәсілін таңдаңыз:Ер адам 48 жаста, эпигастрий аймағының және сол қабырға астының ауыруы, жіңішке ішектік диарея синдромдары бар. Об-ті: арық, терісі құрғақ, «рубин тамшылары», Мейо-Робсона нүктесінде ауыру сезімі бар.
<variant> ұйқы безінің УДЗ (УДЗ кешенінің құрамында)
<variant> электрокардиограмма

<variant> құрсақ органдарының жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> фиброколоноскопия
<variant> лапароскопия
<question>Науқастың жағдайының ауырлауын нақтайтын зерттеу әдісін таңдаңыз: Бауыр циррозымен дертті науқас, асциттің айқын көріністерімен түсті. Сонымен қатар науқаста, белгісіз локализациялы іштің ауыруы бар. Асцит және бауырлық энцефалопатия көріністері соңғы 1 апта ішінде күшейген. ҚЖА: лейк. 8,4 х109л, ЭТЖ 22 мм/сағ.
<variant> парацентез, асциттік сұйықтықты зерттеу (белок, рН, жасушалар, баксебінді)
<variant> электроэнцефалография
<variant> сарысуда және зәрде Na, K, Ca деңгейін анықтау
<variant> сарысуда және зәрде креатинин, мочевина деңгейін анықтау
<variant> құрсақ қуысы ағзаларының компьютерлі томографиясы
<question>Клиникалық жағдайды және лабораториялық мәліметтерін бағалап, болжам диагнозын қойыңыз: Науқас 16жаста келесі шағымдармен келді: массивті ісіну, шөлдеу, бас ауруы, тыныштықта ентігу. Науқас 10 күн алдын баспамен ауырған. Об-ті: бетінің, аяқтарының, бел аймағының айқын ісінуі. АҚ 180100 мм сын. бағ. Несепте: салыстырмалы тығыздығы 1029, белок 4,5 гл, лейк. 10-15 ка. эр. балғын және ескірген 3-5 ка, гиалинді цилиндрлер 3-4 ка. Тәуліктік диурез 300 мл.
<variant> нефриттік синдром
<variant> бүйректің жедел зақымдалуы
<variant> өзекшелік жіті ацидоз
<variant> тез үдеуші гломерулонефрит (БПГН)
<variant> бүйректің созылмалы шамасыздығы, терминаль сатысы
<question>Клиникалық-лабораториялық синдромдарды қамтып, дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз: 70 жастағы әйелде 11 жылдан бері тынжы-тас ауруы, 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, эритр. 3,0х10/12л, ТК 0,8; ЭТЖ 20 ммсағ., креатинині 200,0 мкмольл.
<variant> артериялық гипертензия, бүйректік ісіну, анемия, гиперкреатининемия, бүйректің созылмалы шамасыздығы
<variant> паранефрит, бүйрек айналасы клетчаткасының абсцесі, артериялық гипертензия, анемия
<variant> артериялық гипертензия, анемия, бүйректік ісіну, бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> жедел интерстицийлік нефрит, артериялық гипертензия, бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> созылмалы тубулоинтерстицийлік нефрит, артериялық гипертензия, бүйректің созылмалы шамасыздығы
<question>Лабораториялық белгілерді пайдаланып, науқасқа тұжырым таңдаңыз:Науқаста массивті ісіну мен протеинурия (6,0 г/тәу.), гиперхолестеринемия (9,8 ммоль/л), гипопротеинемия (50гл) мен гипоальбуминемия (30%) анықталды. АҚ 120/80 мм сын. бағ.
<variant> нефроздық синдром
<variant> созылмалы пиелонефрит, өршу фазасы
<variant> жіті пиелонефрит
<variant> бүйректің созылмалы шамасыздығы, терминаль сатысы
<variant> тынжы-тас ауруы
<question>Осы ұғымға кірмейтін белгіні таңдаңыз:Нефроздық синдром – бес клиникалық-лабораториялық белгілерден тұратын ауыр жағдай.

<variant> артериялық гипертензия
<variant> массивті протеинурия
<variant> гипопротеинемия
<variant> гипоонкостық массивті ісіну
<variant> гиперхолестеринемия, липидурия
<question>Протеинурия (шамалыдан массивтіге дейінгі) және жұлмаланған (выщелоченные) эритроцитурияның, цилиндруриянның біріге дамуында, келесі тұжырымды жасайсыз:
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – нефриттерге тән
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – дизуриялық синдромға тән
<variant> нефрогенді ісіну синдромы
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – нефроздық синдромға тән
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – пиелонефриттерге тән
<question>Протеинурия (негізінен шамалы) лейкоцитуриямен және бактериуриямен біріге дамығанда, жасайтын тұжырымды таңдаңыз:
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – пиелонефриттерге тән
<variant> дизуриялық синдром
<variant> несептің патологиялық тұнбасы – нефриттерге тән
<variant> нефрогенді ісіну синдромы
<variant> нефротический синдром
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Несептің патологиялық тұнба синдромының гломерулонефриттердегі ерекшеліктерін таңдаңыз.
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> жекеленген протеинурия
<variant> протениурия Бенс-Джонс белоктарымен
<variant> симптомсыз бактериурия
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Несептің патологиялық тұнба синдромының пиелонефриттердегі ерекшеліктерін белгілеңіз.
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> симптомсыз бактериурия
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> жекеленген протеинурия
<variant> протеинурия Бенс-Джонс белоктарымен
<question>Дұрыс тұжыырм таңдаңыз. Несептің патологиялық тұнба синдромының бүйрек амилоидозындағы ерекшеліктерін белгілеңіз.
<variant> жекеленген протеинурия
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> протеинурия Бенс-Джонс белоктарымен
<variant> симптомсыз бактериурия
<question>Дұрыс тұжыырм таңдаңыз. Миелома ауруындағы несептің патологиялық синдромының ерекшеліктерін белгілеңіз.
<variant> протеинурия, Бенс-Джонс белоктарымен
<variant> жекеленген протеинурия
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> симптомсыз бактериурия

<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Шумақтық фильтрацияның төмендеуін келесі сынамалар анықтайды-
<variant> Кокрофт-Голт, Реберг
<variant> үш және төрт стакандық
<variant> Аддис-каковский, Зимницкий
<variant> Нечипоренко, Зимницкий
<variant> преднизолонмен арандату
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Бүйректердің интерстицийі, тостағаншалары зақымданғанда орын алады-
<variant> полиурия
<variant> олигоурия
<variant> анурия
<variant> ісінудіңүдеуі
<variant> артериялықгипертензия
<question>Гемолиздік-уремиялықсиндром (Гассердерті) клиникасына қатысы жоқ тұжырымды таңдаңыз:
<variant> теміртапшылықтыанемия
<variant> билирубинемия
<variant> микроангиопатиялықгемолиздіканемия
<variant> тромбоцитопения
<variant> бүйректіңжітішамасыздығы
<question>Шешуші тексеруді таңдаңыз: Науқас 40 жаста, айқын әлсіздікке, бас ауыруына, тәбетінің төмендеуіне, салмақ тастауға, аяқтарындағы ісінуге шағымданады. Бүйрек аурумен 8 жыл ауырады, зерттелмеген. Об-ті: салмағы төмен, терісі бозарған. Қан анализі: Нв80 г/л, эр. 3,2 млн., лейк. 6,8 мың., ЭТЖ25 мм/сағ. Зәр анализі: тығыздығы1015, белогі1,8 г/л, лейк. 6-7 в к/а, эрит. 11-14 к/а.
<variant> бүйректің пункциялық биопсиясы
<variant> хромоцистоскопия
<variant> іш қуысының жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> Бенс-Джонс белогін анықтау
<variant> зәрді бактериологиялық зерттеу
<question>Тиімді емді қолданыңыз. Әйел 43 жаста салмақ қосуға, әлсіздікке, бетінің ісінуіне, терісінің құрғауына, іш қатуына, аменореяға, есте сақтаудың төмендеуіне шағымданды. Терісі құрғақ, мұздай. Қалқанша безі пальпацияланбайды. АҚ 90/60 мм сын. бағ., пульсі 52 мин. Т3, Т4 төмендеген, ТТГ жоғарылаған.
<variant> тиреоидты дәрмектерді өмір бойына
<variant> тиреостатты дәрмектерді өмір бойына
<variant> диуретиктерді курстармен
<variant> йод дәрмектерін өмір бойына
<variant> стероидты емес қабынуға қарсы дәрмектердің бір курсы
<question>Ер адам 45 жаста, нәжісіне қан мен шырыш араласуына, үлкен дәретінің негізінен түнгі және таңғы уақытта жиілеуіне шағымданды. Сол мықын аймағының шамалы ауырсынуы бар. Тиімді зерттеуді тағайындаңыз:
<variant> ректороманоскопия
<variant> тік ішекті саусақпен тексеру
<variant> нәжісті жасырын қанға тексеру
<variant> қан сары суын темір деңгейіне зерттеу

<variant> нәжісті микробиологиялық зертеу
<question>Синдромға тән лабораториялық өзгерістерді таңдаңыз:
Бауыр циррозы бар науқаста гиперспленизм синдромы анықталды.
<variant> лейкоцитопения, тромбоцитопения, эритроцитопения
<variant> белсенділіктері жоғарылаған АЛТ, АСТ, СФ
<variant> билирубинемия, гиперхолестеринемия
<variant> диспротеинемия, гипопротеинемиямен
<variant> диспротеинемия, гипергаммаглобулинемиямен
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Аталған ситуациялардың ішінен плазмаферез ..... оң әсер етеді.
<variant> Гудпасчер синдромында
<variant> геморрагиялық васкулитте
<variant> стрептококтан кейінгі жедел гломерулонефритте
<variant> бүйректің созылмалы ауруында (созылмалы пиелонефрит)
<variant> созылмалы тубулоинтерстицийлік нефритте
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Гломерулонефриттің келесі морфологиялық түрінде нефротикалық және нефритикалақ синдромдар кездеседі.
<variant> мембранапролиферациялық
<variant> гломерулонефрит, минимум өзгерістермен
<variant> мембраналық
<variant> фокусты-сегменттік гломерулосклероз
<variant> мезангийпролиферациялық
<question>Патогенездік емін таңдаңыз. 31 жастағы науқас созылмалы гломерулонефритпен 3 жылдан бері ауырады. 1 жыл бұрын өршуі болған, преднизолонның монотерапиясы нәтиже берген. Қазіргі уақытта артериялық гипертензия қосылған, несептің патологиялық тұнбасы бар. Бүйрек қызметі бұзылмаған. Бүйрек биопсиясында мезангийпролиферациялық өзгерістер анықталды..
<variant> үшкомпонентті схема: циклофосфамид, гепарин, преднизолон
<variant> пульс терапия, преднизолонмен
<variant> тұрақты преднизолондық терапия, ішке
<variant> пульс терапия, циклофосфамидпен
<variant> плазмаферез
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Тез өршитін гломерулонефриттің жиі себебі:
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> безгек (малярия)
<variant> геморрагиялық қызбалар
<variant> токсоплазмоз
<variant> Бехчет ауруы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, жедел гломурулонефриттің стрептококктық этиологиялы түрін дәлелдейді:
<variant> қандағы антистрептолизин «О» титрі
<variant> несеппен стрептококтың бөлінуі
<variant> гемокультурада стрептококктардың өнуі
<variant> стрептококтік инфекциялық ошақтардың болуы
<variant> аран жұғындысынан стрептококктардың бөлінуі
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, бүйректі ауыстыруға абсолютті қарсы көрсетпені белгілеңіз.

<variant> бүйректің қатерлі ісіктері
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> диабеттік нефропатия
<variant> жасының 60 асуы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, нефриттердің келесі вариантын глюкокортикоидтармен емдеу нәтижелі.
<variant> мембраналық
<variant> тезүдемелі
<variant> мезангийлік
<variant> подоциттердің кіші аяқтарының ауруы
<variant> гематуриялық
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Глюкокортикоидтармен пульс терапия ..... қолданады.
<variant> жоғарғы белсенділіктегі ГН
<variant> алғаш дамыған созылмалы ГН
<variant> протеинурияда, 3г/тәу. жоғары болғанда
<variant> бүйректің созылмалы ауруының бастапқы сатысында
<variant> қанда холестериннің жоғарылағанда
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, қандағы осы өзгеріс БСА диагнозына сәйкес емес.
<variant> абсолютті эритроцитоз
<variant> гиперкреатинемия
<variant> лейкоцитоз
<variant> гиперурикемия
<variant> қанда қалдық азоттың жоғарылауы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Созылмалы гломерулонефриттің осы варианты рецидивтеуші жітінефроздық синдроммен көрінеді.
<variant> мезангийкапиллярлы
<variant> мезангийпролиферациялық
<variant> мембраналық
<variant> шумақшалардың минимум өзгерістерімен
<variant> фиброплазиялық
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, бүйректің созылмалы шамасыздығындағы биохимиялық көрсеткіштердің өзгерісі –
<variant> гиперкреатининемия
<variant> гиперальбуминемия
<variant> дислипидемия
<variant> уробилинурия
<variant> гипербилирубинемия
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз . Антибиотиктің осы тобы бүйректің жіті зақымдануын (ОПП) жиі тұғызады.
<variant> ааминогликозидтер
<variant> пенициллиндер
<variant> цефалоспориндер
<variant> макролидтер
<variant> тетрациклиндер
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыздар. Созылмалы пиелонефритте анықталады:
1. Липидурия

2. Штернгеймер-Мальбин жасушалары
3. Бактериурия
4. Бенс-Джонс белогі
5. Гипостенурия
<variant> 2,3,5
<variant> 1,4
<variant> 1,3,4
<variant> 1,2
<variant> 2,4
<question>Дұрыс тұжырым тандаңыз. Созылмалы гломерулонефритке тән емес:
<variant> бактериурия
<variant> ісіну синдромы
<variant> артериялық гипертензия
<variant> протеинурия
<variant> микрогематурия
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, бүйректің созылмалы шамасыздығының терминаль сатысында дамиды:
<variant> гиперкалиемия
<variant> гипермагниемия
<variant> гипокалиемия
<variant> гипернатриемия
<variant> гиперхлоремия
<question>Дұрыс тұжырым тандаңыз, созылмалы пиелонефриттің жоспарлы, рецидивке қарсы еміне ..... кіреді.
1. уроантисептиктер
2. антиагреганттар
3. антибактериялық дәрмектер, әр ай сайын ауыстырылады
4. СҚҚД
5. допегит
<variant> 1,3
<variant> 1,4
<variant> 2,4
<variant> 3,5
<variant> 2,3
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, склеродермияда ең жиі зақымдалатын асқазан – ішек жолының бөлігі:
<variant> өңеш
<variant> асқазан
<variant> ұлтабар
<variant> жіңішке ішек
<variant> жуан ішек
<question>Негізгі диагнозды дәлелдеуде келесі зерттеу маңызды және бірінші кезектегі зерттеу әдісін тандаңыз: Жасөспірім 15жаста, фурункулезге шағымданып келді. Анамнезінде: суықтау инфекцияларына бейім, үлкен ағасы қант диабетімен ауырады. Объективті: физикалық дамуы 7 жасқа сәйкес. Салмағы 40 кг, бойы 150 см. Тері жамылғысы бозарған, құрғақ. Денесінде және терісінде көптеген фурункулдер. АҚ 105/65 мм сын. бағ. Пульс 88 мин.
<variant> гликемиялық профилін анықтау

<variant> қанда лейкоформуланы анықтау
<variant> зәрде глюкозаны анықтау
<variant> ашқарынға С пептидті анықтау
<variant> бактериологиялық зерттеу
<question>Сіздің тактикаңызды таңдаңыз. Ер адам 42 жаста, глаукоманы анықтауға скрининг жүргізу кезінде жанасусыз әдіспен көз ішілік қысымның келесі көрсеткіштері анықталды: оң көзінде 25 мм сын. бағ., сол көзінде 18 мм сын. бағ.
<variant> офтальмологқа толық тексерілуге жолдау
<variant> 3 айдан кейін қайталап тексеруді ұсыну
<variant> терапевке жолдау
<variant> глаукома кабинетіне жіберу
<variant> стационар жағдайында толық тексерілуге жолдау
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Әйел адам 32 жаста, жүктілікке байланысты әйелдер консультациясында қаралады. 28 аптада терінің қышуына байланысты ұйқының бұзылуына, әлсіздікке, локсуға шағымданып келді. Биохимиялық қан анализінде: АЛТ-56 Ед/л, АСТ-42 Ед/л, жалпы билирубин-12,4 ммоль/л, СФ-480 Ед/л. Маркерлер диагностикасы: HBsAg – теріс., a-HBs - оң, a-HBcore IgG-теріс, HBeAg - теріс, a-HBe- теріс, anti-HCV IgM - теріс, anti-HCV IgG – теріс.
<variant> жүктілік холестазы
<variant> жүктілік гепатозы
<variant> созылмалы вирусты гепатит
<variant> бұл көзеңдегі жүктілікке қалыпты жағдай
<variant> созылмалы холециститтің өршуі
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз.Әйел 32 жаста. Жүктіліктің 26-27 аптасы. Алғашқы жүктілік. Кезекті тексеруде гликемия 6.2 ммоль/л анықталды. 2 жыл бұрын гликемия - 4,8 ммоль/л.
<variant> жоғары массалы ұрық қауібі жоғары
<variant> құрсақ ішілік дамуы тежелуі мүмкін
<variant> ТПА даму қаупі жоғары
<variant> 2500 г дене салмағымен туылуы мүмкін
<variant> уақыттан бұрын босану қаупі жоғары
<question>Осы науқасқа гипотензивті препаратты таңдаңыз? Науқас 26 жаста, жүктіліктің 22-23аптасында жалпы тәжірбиелік дәрігерге бас ауруға,жүрек айнуға, құсуға,оң қабырға астының ауыруына, зәр бөлінуінің азаюына шағымданып келді. Объективті қарау кезінде аяқтарының ісіңкіреуі, екі қолда АҚҚ 150/90 мм с.б., пульс 96 рет минутына.
<variant> метилдопа
<variant> каптоприл
<variant> гипохлортиазид
<variant> карведилол
<variant> бисопролол
<question>Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді таңдаңыз. Ер кісі 72 жаста. Бірнеше күн бойы іш қату мазалайды. Соңғы 3 айда 5 кг салмақ тастаған. Қан анализінде панцитопения және ЭТЖ 65 мм/сағ.
<variant> прицельды биопсиямен колоноскопия
<variant> ирригоскопия
<variant> тік ішекті пальпациялық тексеру
<variant> альфа-фетопротеин

<variant> құрсақ қуысы мүшелерінің КТ
<question>Диагнозды нақтылау үшін жүргізілетін зерттеуді тандаңыз.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.
<variant> ФЭГДС
<variant> Кеуде қуысы мүшелерінің Р-графиясы
<variant> Уреазалық тыныстық тест
<variant> Сүйек кемігінің трепанобиопсиясы
<variant> СЕА и СА19-9
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. Феохромоцитомадағы артериялық гипертензияның абсолютті диагноздық критерийі:
<variant> бүйрек үсті безі ісігінің және катехоламиндер гиперпродукциясының дәлелі
<variant> альдостеронның қандағы деңгейінің өсуі
<variant> несептегі 5-оксииндолсірке қышқылының жоғары деңгейі
<variant> альфа-адреноблокаторлардың гипотензиялық әсерінің болмауы
<variant> бета-адреноблокаторлардың гипотензиялық әсерінің болмауы
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. Ұзақ қолданғанда гемолиздік анемия шақыратын антигипертензиялық дәрмек:
<variant> метилдопа
<variant> эгилок
<variant> конкор
<variant> .нифедипин, ұзақ әсерлі
<variant> гидрохлортиазид
<question>Дұрыс шешім тандаңыз: жүктілерде артериялық гипертензия туралы тұжырым АҚ ... болғанда және одан жоғарылағанда жасалады (егер АМАД пен ДМАД жүргізілмесе):
<variant> 140/90 мм сын. бағ.
<variant> 120/70 мм сын. бағ.
<variant> 130/80 мм сын. бағ.
<variant> 135/85 мм сын.бағ.
<variant> 150/95 мм сын.бағ.
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жүктілердегі артериялық гипертензияны емдеуде қолданылмайтын дәрмек.
<variant> лозартан
<variant> метилдопа
<variant> индапамид
<variant> нифедипин
<variant> фозиноприл
<question>Феохромоцитомасы бар науқастардағы артериялық гипертензияның дәрмектік емін ұйымдастыру тактикасын тандаңыз:
<variant> α-адреноблокаторлардан бастап, қажет болғанда β-адреноблокаторларды қосамыз
<variant> β-адреноблокаторлардан бастап, қажет болғанда α-адреноблокаторларды қосамыз
<variant> кальций антагонистерінен бастап, қажет болғанда β-адреноблокаторды қосамыз
<variant> диуретиктерден бастап, қажет болғанда ангиотензин АФ ингибиторларын қосамыз
<variant> ангиотензин АФ ингибиторларынан бастап, қажет болғанда β-адреноблокаторды қосамыз
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. АГ бар жүктілердің асқынуларына жатпайды:

<variant> тромбоциттер санының артуы
<variant> перинатальді өлім-жітім
<variant> қалыпты орналасқан плацентаның уақытынан бұрын сылынуы
<variant> бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> сол қарыншалық жедел шамасыздығы
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. Иценко-Кушинг нозобірлігі мен Иценко-Кушинг синдромының дифференциялық диагнозында маңызды:
<variant> дексаметазонмен сынама
<variant> ми сауытының рентгенографиясы
<variant> бүйрекүсті безінің УДЗ
<variant> қанда кортизола деңгейнн зерттеу
<variant> верошпиронмен сынама
<question>Дұрыс тактиканы таңдаңыз. ЖТД 38 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: ентігу, әлсіздік, ашаушаңдық, ұйқысыздық, жарты жылда 7,5 кг салмақ жоғалту, тершеңдік. Ауырғанына жарты жыл болған. Об-ті: көздері жарқылға толы, саусақтары дірілдейді, «телеграф бағаны» симптомы оң, терісі сипағанда ыстық, ылғалды. Мебиуса, Кохердің симптомдары оң. Қалқанша безі 2 дәр. үлкейген. Өкпесінде везикулалық тыныс. ЖЖС 120 мин., АҚ 150/60 мм сын. бағ.
<variant> тирозолды – тиреогормондардың синтезі мен секрециясын төмендету үшін
<variant> β-блокаторларды – қанда тиреоглобулиндерге антиденелерді азайту үшін
<variant> β-блокаторларды – ЖЖС мен АҚ төмендету үшін
<variant> тирозолды – тиреоидты гормондарға тіндердің сезімталдығын азайту үшін
<variant> тирозолды –қанда белоктармен байланысқан йод деңгейін көтеру үшін
<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 110 гл, эр. $3,0x10^{12}$л, ТК 0,8; ЭТЖ 20 ммсағ., креатинині 200,0 мкмольл.
<variant> бүйректің созылмалы шамасыздығы
<variant> бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> жедел интерстицийлік нефрит
<variant> созылмалы тубулоинтерстицийлік нефрит
<variant> паранефрит, бүйрек айналасы клетчаткасының абсцесі
<question>Клиникалық жағдайды бағалап, диагнозын қойыңыз: 25 жастағы ер кісі ЛОР бөлімінде «ангина» диагнозымен емделіп шыққаннан соң, екінші аптада жүрек тұсының шаншуына, әлсіздікке, жүрек қағуына шағымданды. Об-ті: дауысы – маңқаланып сөйлейді, кардиомегалия тотальді, жүрек тондары әлсіз, ырғақты, ЖЖС 164 мин. АҚ 90/60 мм сын. бағ.
<variant> күл (дифтерия) ауруы, инфекциялық-токсиндік миокардит, пароксизмдік тахикардия
<variant> дилятациялық кардиомиопатия, пароксизмдік тахикардия
<variant> созылмалы тонзиллит, ревматизмдік жедел қызба, пароксизмдік тахикардия
<variant> экссудатты перикардит, пароксизмдік тахикардия
<variant> созылмалы тонзиллит, ревматизмдік қайталанған қызба, пароксизмдік тахикардия
<question>Жағдайды бағалап, бауырда дамуы мүмкін өзгерістерді анықтаңыз: 59 жастағы ер кісіде өкпенің созылмалы обструкциялық ауру, басым бронхиттік түрі, декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүрек.
<variant> порталық гипертензия, бауырдың жүректік фиброзы
<variant> фульминантты гепатит

<variant> цитолиз, майда түйінді цирроз
<variant> созылмалы гепатит
<variant> майлы гепатоз
<question>Жағдайды бағалап, антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз. Науқас 26 жаста, жүктілік мерзімі 22-23 апта, жалпы тәжірибелік дәрігерге басының ауруына, жүрегінің айнуына, құсуға, оң қабырғаастындағы ауырсынуға және зәр шығарудың төмендеуіне шағымданып келді. Объективті қарауда аяқтары ісінген, АҚ 150/90 мм сын. бағ., екі қолында бірдей, пульсі 96 мин.
<variant> Метилдопа (допегит)
<variant> Каптоприл (капотен)
<variant> Гипохлортиазид (гидрохлортиазид)
<variant> Платифиллин (гидротартраты)
<variant> Бисопролол (конкор)
<question>Науқасты жүргізудің тактикасын таңдаңыз: 26 жастағы науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге 2 ай бойы етеккірінің болмауына шағымданып келді. 20 жасынан бастап жүректің ревматизмдік ауруымен жалпы тәжірибелік дәрігердің тізімінде тұр. Соңғы 6 айда жүрген кезде, аздаған физикалық жүктемеде ентігу мазалаған. Қазіргі жүктілігі бірінші, 6 апта. Ревматологтың қорытындысы: ЖСРА, жұптасқан митраль ақауы, стеноздың басымдылығымен. Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі II Б саты.
<variant> республикалық ана мен бала орталығына жолдау
<variant> жүктілікті үзуге жолдау
<variant> терапиялық аурханаға жатқызу
<variant> босану үйіне жатқызу
<variant> перинаталь орталығына жолдау
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Клиникалық өлімнің нақты белгісі:
<variant> ұйқы артериясында пульстің болмауы
<variant> көз қарашығының тарылуы
<variant> тері қабатының бозаруы
<variant> өлілік таңбалардың пайда болуы
<variant> қан қысымының төмендеуі
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Өкпе шеменіндегі эффективті көмек көрсету осыдан басталады:
<variant> науқасты ортопноэ позициясына келтіру, санға және 1 қолына пульстің жоғалуына дейін бұрау қою
<variant> науқасты Фаулер позициясына отырғызу, санына бұрау салып, пульстің жоғалуын күтеміз
<variant> науқастың аяқтарын жоғары көтеріп жатқызу
<variant> небулайзер арқылы тыныстық аналептиктерді беру
<variant> наркотик анальгетиктерді қолдану
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Ересектердің нәтижелі реанимациясында компрессия жиілігі минутына:
<variant> 100-120 мин
<variant> 60-80 мин
<variant> 120 мин көп
<variant> 80-120 мин
<variant> 90 мин көп емес

<question>Науқастың диагнозын және кеткен қателіктерін тандаңыз. Науқас 43жастағы ер кісі, ауыр АГ қаралды. Бірнеше жылдардан бері қорқыныш сезімдерінің ұстамалары, жүрек айнуы, басының ауыруы мазалауына байланысты психиатрға қаралып жүрген. Алғаш келгенде АҚ 190/120 мм сын. бағ. және тахикардия болды. Бета-блокаторлармен антигипертензиялық ем басталды. Бірнеше күннен кейін науқас өкпе шеменімен ауруханаға түсті, есі кіресілі-шығасылы, АҚ 260/140 мм сын. бағ.
<variant> феохромоцитома, операцияға дейін альфа блокаторлармен (фентоламин) емдейді
<variant> эссенциаль артериялық гипертензия III дәр., емі дұрыс басталған
<variant> Конн синдромы, операцияға дейін минералокортикоид альдостерон тағайындайды

<variant> реноваскулярлы гипертензия, операцияға дейін сартандармен емдейді
<variant> қолқа коарктациясы, операцияға дейін вазодилятаторлар тағайындайды
<question>Дұрыс шешімді таңдаңыз. 30 жастағы митраль стенозы бар жүкті әйелде, жүктілігінің 8 аптасында өкпенің рецидивтеуші шемені дамыды. Ең тиімді тактика:
<variant> шұғыл комиссуротомия
<variant> жүрек гликозидтерімен ем
<variant> жүктілігін үзу
<variant> қан ағызу
<variant> босануға дейін төсек тәртібі
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Науқас әйел 34 жаста, АҚ 160/90 мм сын.бағ., басының жиі ауыратынына шағымданды. Зәр анализінде: тығыздығы 1022, белокжоқ., лейк. 8 көру аймағында. 10 жылдан бері регивидон қабылдап жүр. АҚ жоғарылау себебін нақтаңыз:
<variant> оральді контрацептивтер қабылдау
<variant> эссенциаль АГ
<variant> бүйректің созылмалы ауруы
<variant> біріншілік гиперальдостеронизм
<variant> феохромоцитома
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Жоғары артериялық гипертензиямен сипатталатын келесі нозобірлікке мына көріністер тән: шөлдеу, полиурия, зәр меншікті салмағының төмендеуі, бұлшық еттердің әлсіздігі және ауыруы мен тырысуы, қан сарысуында калийдің төмендеуі.
<variant> Конн синдромы
<variant> қант диабеті
<variant> феохромоцитома
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> вазореналь гипертензиясы
<question>Пациентке тиімді тактиканы анықтаңыз. 63 жастағы ер кісіде, естен тануға жалғасатын бас айналу ұстамалары кенеттен дамиды, олар 3 жыл бұрын басынан өткерген миокардиттен соң мазалай бастаған. Соңғы кездері ұстамалар айына 2-3 ретке дейін жиілеген. АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЖЖС 75 мин. ЭКГ: PQ интервалы ұзарған, Самойлов-Венкебах кезеңдері жиі.
<variant> Жасанды ырғақ көзін орнату
<variant> Кальций антагонистерін жүйелі қабылдау
<variant> Бета-адреноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> М-холиноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> Аортокоронарлық шунттау

<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын таңдаңыз. 25 жастағы әйел жүктіліктің 6-7 аптасында жасанды жолмен түсік жасату мақсатында келді. Екі апта бұрын ЖРВИ, ауыр ағымымен амбулаторлы ем қабылдаған. Әйел ҚР азаматшасы және тұрақты жұмысы бар.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын таңдаңыз. Жоғары оқу орнының студенті аймақтық дәрігерге келді. Оған "Ауруханадан тыс пневмония, жеңіл ағымды" диагнозы қойылды. Амбулаторлы ем қабылдады.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Алдағы 10 жылда жүрек-тамырлық асқынулардың даму жиілігін таңдаңыз. 62 жастағы ер кісіде АҚ 175-190/95-110 мм сын. бағ. дейін жоғарылайды. Ем қабылдауы тұрақсыз. Дене салмағы 100 кг, бойы 165см, бел өлшемі 105см. Об-ті: жүректің сол шегі 5 қ/а сол бұғана ортаңғы сызығынан 1 см солға. ЭКГ: ритмі синусты, Соколов-Лайон индексі 40 мм. МАУ 300 мг/тәу. Ұйқы артериясының интима-медиа кешені 1мм.
<variant> 30% жоғары
<variant> 10% дейін
<variant> 21-30%
<variant> 10-15%
<variant> 16-20%
<question>Науқасты жүргізу тактикасын анықтаңыз. ЖРВИ диагнозымен уақытша еңбекке жарамсыздық парағы 18.10- 20.10 күнге дейін берілген, 20.10. күні дәрігер қабылдауына келуі көрсетілген. Ал науқас 25.10 күні жағдайының нашарлауымен дәрігерге келді, қала сыртына шығып кеткен. R-граммада оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрат ошағы анықталды, ТШ жоқ, ЖСС 100 мин.
<variant> 25.10 бастап ұзарту, режим бұзылуын көрсету, стационар алмастырушы ем
<variant> 21.10 бастап ұзарту, режим бұзылуын көрсету, амбулаториялық ем
<variant> 25.10 бастап ұзарту, ауруханаға жатқызу
<variant> 25.10 бастап жаңа ауруханалық парақ ашу, амбулаториялық ем
<variant> 25.10 бастап ұзарту (режим бұзылуын көрсетпеу), амбулаториялық ем
<question>Жүктілердегі артериялық гипертензияны емдеуде қолданылатын дәрмекті есте сақтаңыз:
<variant> метилдопа (допегит)
<variant> нифедипин (коринфар)
<variant> фозиноприл (фозикард)
<variant> индапамид (арифон)
<variant> телзап (телмисартан)
<question>Есте сақтаңыз, қатерлі артериялық гипертензия белгілеріне жатпайды:
<variant> тұрақсыз артериялық гипертензия
<variant> гипертензиялық жүрек, декомпенсацияланған

<variant> диастолалық қысым 130 мм сын. бағ. жоғары
<variant> АГД емге тұрақты артериялық қысым
<variant> бүйректің созылмалы ауруының дамуы
<question>Жүктілердегі артериялық гипертензияны емдеуде метилдопа дәрмегін жиі қолданады. Осы дәрмектің FDA жіктемесіндегі қай топқа жататынын (тератогенді жіктеме) - Управления по контролю и качеству пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA, 1979) анықтаңыз:
<variant> класс В
<variant> класс А
<variant> класс С
<variant> класс D
<variant> класс Х
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын таңдаңыз. 30 жастағы әйел жүктіліктің 6-7 аптасында жасанды жолмен түсік жасату мақсатында келді. Екі апта бұрын ЖРВИ, ауыр ағымымен амбулаторлы ем қабылдаған. Әйел ҚР азаматшасы және тұрақты жұмысы бар.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық құжатын көрсетіңіз. Жоғары оқу орнының студенті аймақтық дәрігерге келді. Оған "Ауруханадан тыс пневмония, жеңіл ағымды" диагнозы қойылды. Амбулаторлы ем қабылдады.
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>60 жастағы ер кісіде АҚ 175-190/95-110 мм сын. бағ. дейін жоғарлайды. Ем қабылдауы тұрақсыз. Дене салмағы 100 кг, бойы 165см, бел өлшемі 105см. Об-ті: жүректің сол шегі 5 к/а сол бұғана ортаңғы сызығынан 1 см солға. ЭКГ: ритмі синусты, Соколов-Лайон индексі 40 мм. МАУ 300 мг/тәу. Үйқы артериясының интима-медиа кешені 1мм. Алдағы 10 жылда жүрек-тамырлық асқынулардың даму жиілігін таңдаңыз.
<variant> 30% жоғары
<variant> 10% дейін
<variant> 21-30%
<variant> 10-15%
<variant> 16-20%
<question>Науқасты жүргізу тактикасын нақтаңыз. ЖРВИ диагнозымен уақытша еңбекке жарамсыздық парағы 18.10- 20.10 күнге дейін берілген, 20.10. күні дәрігер қабылдауына келуі көрсетілген. Ал науқас 25.10 күні жағдайының нашарлауымен дәрігерге келді, қала сыртына шығып кеткен. R-граммада оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрат ошағы анықталды, ТШ жоқ, ЖСС 100 мин.
variant> 25.10 бастап ұзарту, режим бұзылуын көрсету, стационар алмастырушы ем
variant> 21.10 бастап ұзарту, режим бұзылуын көрсету, амбулаториялық ем
variant> 25.10 бастап ұзарту, ауруханаға жатқызу
variant> 25.10 бастап жаңа ауруханалық парақ ашу, амбулаториялық ем

variant> 25.10 бастап ұзарту (режим бұзылуын көрсетпеу), амбулаториялық ем
<question>Пациентке тиімді тактиканы таңдаңыз. 67 жастағы ер кісіде, естен тануға жалғасатын бас айналу ұстамалары кенеттен дамиды, олар 3 жыл бұрын басынан өткерген миокардиттен соң мазалай бастаған. Соңғы кездері ұстамалар айына 2-3 ретке дейін жиілеген. АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЖЖС 75 мин. ЭКГ: PQ интервалы ұзарған, Самойлов-Венкебах кезеңдері жиі.
<variant> Жасанды ырғақ көзін орнату
<variant> Кальций антагонистерін жүйелі қабылдау
<variant> Бета-адреноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> М-холиноблокаторларды жүйелі қабылдау
<variant> Аортокоронарлық шунттау
<question>Қатерлі артериялық гипертензиясы, бүйрек қызметінің үдемелі шамасыздығы және асимметриялық полиневриті бар 30 жастағы науқастың диагнозын болжаңыз:
<variant> түйіншектік периартериит
<variant> созылмалы гломерулонефрит
<variant> жүйелі қызыл жегі
<variant> амилоидоз, бүйрек зақымдануымен
<variant> геморрагиялық васкулит
<question>Жағдайының күрт нашарлау себебін анықтаңыз: ауыр бөліктік пневмониясы бар 75 жастағы ер кісінің дене қызуының кризистік төмендеу барысында кенет ауыр әлсіздік, басының айналуы, құлақтарының шулауы, жүрегінің айнуы, лоқсу пайда болды. Об-ті: құқыл, айқын акроцианоз, суық, жабысқақ тер, ЖЖС 120 мин., пульсі қылдай, жүрек тондары тұйықталды. АҚ 80/50 мм сын. бағ.
<variant> инфекциялық-токсиндік шок
<variant> кардиогенді шок
<variant> сепсис
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> жедел респирациялық дистресс-синдром
<question>Дамыған асқынуды анықтаңыз: қантты диабетпен дертті, пневмониядан емделудегі 45 жастағы әйелде дене қызуының 39^0С жоғарылауы, суық тер мен айрықша қалтырау дамыды. ТЖ 32, ЖЖС 108 мин. ҚЖА: лейкоцитоз 18 мың, күрт солға ығысумен. ЭТЖ 48 мм сын. бағ. Қаннан алтын сары стафилококк егілді. ЭхоКГ: қақпақтары қалыпты
<variant> сепсис
<variant> инфекциялық эндокардит
<variant> инфекциялық-токсиндік шок
<variant> тыныстың жедел шамасыздығы
<variant> жедел респирациялық дистресс-синдром
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқастың эвакуациясынан кейін қорытынды дезинфекцияны қашан жүргізеді?
<variant> науқас эвакуациясына кейін шұғыл
<variant> жұмыс ауысымының аяғында
<variant> науқас эвакуациясы кезінде
<variant> жұмыс ауысымының әр жарты сағатында
<variant> жұмыс ауысымының әр сағатында
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. Жалпы тәжірибелік дәрігердің қабылдауына жүктілік мерзімі 12-13 апталық 29 жастағы науқас келді, басының шүйде бөлігінің ауырсынуына, кейде жүрек айнуына шағымданды. Алғаш шағымдары бір апта бұрын дамыған. Созылмалы ауруларын жоққа шығарды. Об-ті: есі анық, аяқ бастарының ісінуі бар, жүрек тондары тұйық,

ырғақты. АҚ 160/100 мм сын. бағ. ЖСС 90 мин. Қанның жалпы анализінде (тромбоциттер санын қоса), биохимиялық анализдерде (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин) ауытқулар жоқ. Несепте протеинурия 0,1 г/л. Құрсақішілік ұрықтың жағдайы қанағаттанарлық.
<variant> созылмалы артриялық гипертензия
<variant> жеңіл дәрежелі преэклампсия
<variant> гестациялық артериялық гипертензия
<variant> жүктілердің симптомсыз бактериуриясы
<variant> гестациялық пиелонефрит
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас әйел 30 жаста, тексергенде: АҚ 160/90 мм сын. бағ., басының жиі ауыратынына шағымданды. Несеп анализінде: салыстырмалы тығыздығы 1022, белок жоқ, лейк. 8 көру аймағында. 10 жылдан бері регивидон қабылдап жүр. АҚ жоғарылау себебі қандай:
<variant> дәрмектік АГ
<variant> эссенциаль АГ
<variant> нефропаренхималық АГ
<variant> эндокринді (Конн, феохромоцита)
<variant> гестациялық
<question>Жасанды ырғақ жүргізушісінің имплантациясына көрсетпе клиникалық симптомды таңдаңыз. Миокардтың көлемді жедел инфарктін басынан өткерген 50 жастағы науқастың ЭКГ Гис шоғырының сол аяқшасының блогі, I дәрежелі және кезеңді түрде II дәрежелі атриовентрикул блогі (Мобитц I типі) пайда болып тұрады.
<variant> қысқа уақытқа есін жоғалтулар
<variant> физикалық жүктемеде ентігудің пайда болуы
<variant> әр 50 м жүргенде стенокардия ұстамаларының дамуы
<variant> жүрегінің аунап кету сезімі
<variant> синусты тахикардия
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жөтеліп келген, анамнезінде кондиционерлері бар пансионаттарда, қонақ үйлерде болған; диареясы, айқын интоксикациясы, фебрильді қызбасы бар; лимфоцитопениялы лейкоцитоз анықталған және рентгендік тексерумен өкпенің тығыздалу синдромы нақталған науқастар пневмониясының этиологиясы:
<variant> легионелла
<variant> хламидий
<variant> микоплазма
<variant> пневмококк
<variant> стафиллококк
<question>Жағдайының күрт нашарлау себебін таңдаңыз: ауыр бөліктік пневмониясы бар72 жастағы ер кісінің дене қызуының кризистік төмендеу барысында кенет ауыр әлсіздік, басының айналуы, құлақтарының шулауы, жүрегінің айнуы, лоқсу пайда болды. Об-ті: қуқыл, айқын акроцианоз, суық, жабысқақ тер, ЖЖС 120 мин., пульсі қылдай, жүрек тондары тұйықталды. АҚ 80/50 мм сын. бағ.
<variant> инфекциялық-токсиндік шок
<variant> кардиогенді шок
<variant> сепсис
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> жедел респирациялық дистресс-синдром
<question>Дамыған асқынуды таңдаңыз: қантты диабетпен дертті, пневмониядан емделудегі 47 жастағы әйелде дене қызуының 39^0С жоғарылауы, суық тер мен айрықша қалтырау дамыды.

ТЖ 32, ЖЖС 108 мин. ҚЖА: лейкоцитоз 18 мың, күрт солға ығысумен. ЭТЖ 48 мм сын. бағ. Қаннан алтын сары стафилококк егілді. ЭхоКГ: қақпақтары қалыпты
<variant> сепсис
<variant> инфекциялық эндокардит
<variant> инфекциялық-токсиндік шок
<variant> тыныстың жедел шамасыздығы
<variant> жедел респирациялық дистресс-синдром
<question>Қате тұжырымды таңдаңыз. Бронхтық астмасы бар жүктілерді жүргізу шараларына жатады:
<variant> жүктілерге ем нәтижесін бақылауға пикфлоуметрияны қолдану қажет емес
<variant> ингаляциялық ГКС жүктілерде де қолданудың артықшылықтары анық
<variant> ингаляциялық ГКС бронх өткізгіштігін бақылай алмаған жағдайларда, біріктірілген дәрмектерді тағайындайды
<variant> бронх өткізгіштігін бақылауға қолданылатын дәрмектердің (ИГКС, ß2-агонистер, лейкотриендер) ешқайсысы да ұрық дамуының ақауына әкелмейді
<variant> бронх өткізгіштігін бақылауға қолданылатын дәрмектерден будесонид пен беклометазон таңдаулы саналады
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз. Жалпы тәжірибелік дәрігердің қабылдауына жүктілік мерзімі 12-13 апталық 29 жастағы науқас келді, басының шүйде бөлігінің ауырсынуына, кейде жүрек айнуына шағымданды. Алғаш шағымдары бір апта бұрын дамыған. Созылмалы ауруларын жоққа шығарды. Об-ті: есі анық, аяқ бастарының ісінуі бар, жүрек тондары тұйық, ырғақты. АҚ 160/100 мм сын. бағ. ЖСС 90 мин. Қанның жалпы анализінде (тромбоциттер санын қоса), биохимиялық анализдерде (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин) ауытқулар жоқ. Несепте протеинурия 0,1 г/л. Құрсақішілік ұрықтың жағдайы қанағаттанарлық.
<variant> созылмалы артриялық гипертензия
<variant> жеңіл дәрежелі преэклампсия
<variant> гестациялық артериялық гипертензия
<variant> жүктілердің симптомсыз бактериуриясы
<variant> гестациялық пиелонефрит
<question>Оң қарыншалық шамасыздықтың клиникасына қатысы жоқ белгіні таңдаңыз:
<variant> кіші қанайналым шеңберіндегі іркіліс
<variant> аяқтарындағы ісіну
<variant> кіші қанайналым шеңберіндегі гипертензия
<variant> мойын веналарының томпаюы
<variant> өкпе капиллярларындағы қысымның жоғарылауы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Туберкулезді папиллитте ақпаратты жақсы береді:
<variant> ретроградты пиелография
<variant> экскрециялық урография
<variant> томография
<variant> ангиография
<variant> жалпы шолу рентгенографиясы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өкпе ұшылық рактің Панкост типті ісігіне ең тән өзгерістер:
<variant> өкпе ұшындағы көлеңке, қабырғаның деструкциясымен бірге
<variant> өкпе ұшындағы көлеңке
<variant> өкпе түбіріне "жол"
<variant> ыдырау қуысы

<variant> горизанталь деңгейі бар қуыс
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Медиастинум рагінің ерекшелейтін белгісі:
<variant> медиастинум көлеңкесінің асимметриялық кеңеюі
<variant> белгісі жоқ
<variant> медиастинум көлеңкесінің симметриялық кеңеюі
<variant> трахеяның басылуы
<variant> өңештің басылуы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өкпе рагін қатерсіз домалақ пішінді түзілімдерден ажыратып алуда (дифференциялық диагнозында) маңызды салмағы бар:
<variant> контурлар сипатының
<variant> өлшемінің
<variant> әк шөгінділерінің болмауының
<variant> ыдырау қуысының болуының
<variant> диссеминацияның болуының
<question>Бронхішілік аденоманың ең тән белгісін таңдаңыз.:
<variant> бронх өткізгіштігінің бұзылысы
<variant> түбіріндегі дөңгелек құрылым
<variant> өкпе суретінің жергілікті өзгерісі
<variant> тән белгілер жоқ
<variant> әк шөгінділерінің болмауы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Скиалогиялық (скиа – тень; логос – наука) белгілердің біреуі гамартохондроманың диагнозында маңызды:
<variant> әк шөгінділерінің болуы
<variant> контурларының айқындылығы
<variant> түбіріне "жол"
<variant> қасындағы ошақты көлеңкелер
<variant> түбіріндегі дөңгелек құрылым
<question>Айқын шектелген, гомогенді емес, дөңгелек, контурлары түзу, өкпенің ұшында орналасқан, орақ тәріздес (жаңа туған ай) ашаңдануы бар түзілім тән патологияны таңдаңыз:
<variant> туберкулома
<variant> рак
<variant> гамартома
<variant> гемангиома
<variant> туберкулез
<question>Өкпе түбірінің біржақты кеңеюі және оның полициклдік сипаты тән патологияны таңдаңыз:
<variant> туберкулезді бронхоаденит
<variant> лимфогранулематоз
<variant> саркоидоз
<variant> өкпенің орталық рагі
<variant> медиастенит
<question>Медиастинум невриномасының еі жиі орналасуын таңдаңыз:
<variant> қабырға-омыртқалық бұрыш
<variant> басыр орналасуы жоқ
<variant> алдыңғы кеудеаралық
<variant> кардио-диафрагмалық бұрыш
<variant> артқы кеудеаралық

<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Медиастинум лимфалық түйіндерінің және өкпе түбірлерінің екі жақты кеңеюі мен бронхтардың басылуы тән патология:
<variant> лимфосаркома
<variant> саркоидоз
<variant> туберкулез
<variant> лимфогранулематоз
<variant> лимфолейкоз
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Трахеяны ығыстыра алатын дерт:
<variant> паратрахеалық ісіктер
<variant> трахеаның ісіктері
<variant> лимфаденит
<variant> трахеит
<variant> диафрагмаүстілік плеврит
<question>Болжам диагнозды таңдаңыз:42 жастағы әйел кісі ұстамалы жөтелге, кейде қан қақыруға шағымданды. Өзін 8 жылдан бері дертті санайды. Томограммаларда оң негізгі бронх өзегінде диаметрі 1,2 см домалақ құрылым анықталды.
<variant> қатерсіз ісік (аденома
<variant> рак
<variant> бронхостеноз
<variant> бронх дивертикулы
<variant> бөгде дене
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өкпенің орталық рагінің диагнозын нақтайтын негізгі тәсіл:
<variant> өкпені рентгендік зерттеу
<variant> өкпенің томографиясы
<variant> компьютерлік томография
<variant> өкпені радиоизотопты зерттеу
<variant> трахеобронхоскопия мен биопсия
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Иығының ауыруы, қол бұлшықетінің атрофиясы мен Горнер синдромы (бұларды Пенкост синдромына біріктірген) тән:
<variant> өкпенің жоғарғы бөлігінің перифериялық рагіне
<variant> өкпенің жоғарғы бөлігінің орталық рагіне
<variant> өкпенің ортаңғы бөлігінің орталық рагіне
<variant> өкпенің ортаңғыбөлігінің перифериялық рагіне
<variant> өкпенің төменгі бөлігінің орталық рагіне
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өкпе рентгенограммасындағы сақина тәріздікөлеңке синдромы төмендегілерден мынаған ... тән:
<variant> өкпенің ауалы кистасына
<variant> туберкулемаға
<variant> өкпе ателектазына
<variant> өкпенің орталық рагіне
<variant> жарылмаған абсцесіне
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Ауруханадан тыс пневмонияның ауыр емес ағымындағы еңбекке уақытша жарамсыздық күні созылады...
<variant> 15 күнге
<variant> 3 күнге
<variant> 6 күнге

<variant> 9 күн ге
<variant> 12 күнге
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Дәрмектердің бұл тобы жүйелі склеродермияның базистік еміне кіреді.
<variant> антифиброзды дәрмектер
<variant> ҚҚСЕД (НПВС)
<variant> ангиопротекторлар
<variant> витаминдер
<variant> простогландиндер
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Қан сарысуында креатинфосфокиназа белсенділігінің жоғарылауы кездеседі:
<variant> дерматомиозитте
<variant> ревматоидты артритте
<variant> жүйелі склеродермияда
<variant> түйінді полиартериитте
<variant> ЖҚЖ
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Созылмалы іріңді ринит, отит, артрит, артромиалгиялар, терінің геморрагиялық васкулиті, өкпедегі инфильтраттар және олардың ыдырауы тән:
<variant> Вегенер гранулематозына
<variant> түйінді полиартериитке
<variant> Такаясу ауруына
<variant> Гудпасчер синдромына
<variant> склеродермияға
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Жоғары оқу орнының студенті аймақтық дәрігерге келді. Оған "Ауруханадан тыс пневмония, жеңіл ағымды" диагнозы қойылды. Амбулаториялық ем қабылдады. Оған жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжаттың келесі түрі берілу қажет:
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжаттың келесі түрі берілу қажетін таңдаңыз. Ер кісі 35жаста, Рессей федерациясының азаматы. ЖРВИ байланысты қаралуға келді. Қарап тексергенде жағдайы орташа ауырлықта , қызба 38.0°С, катаральды белгілер. Астана қаласында бір компанияда жұмыс жасайды.
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы парағы
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы талап етілмейтін парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<variant> Жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы анықтама
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Кардиогенді шоктың диагноздық белгілері:
А. АҚ және пульстік қысымның төмендеуі
Б. сырылды тыныс (клокочущее)
В. олигоурияның анурияmen ұласуы
Г. III-IV қабырға аралықтарында прекардио пульсі
Д. терінің бозаруы және көкшілденуі, акроцианоз
<variant> А, В

<variant> А, Б
<variant> Б, В
<variant> А, Г
<variant> Б, Г
<question>Дұрыс жауабын белгілеңіз. Науқас 52 жаста, алғаш рет анықталған АГ (150/90 мм сын. бағ. деңгейінде), диагноздық зерттеулер жасалды. Келтірілген белгілердің ішінен нысана ағзалардың зақымдалғанын көрсететін симптом:
<variant> протеинурия
<variant> ашқарындағы глюкоза 5,5 ммоль\л
<variant> қан холестерині 5,9 ммоль\л
<variant> ЖТЛП (ЛПВП)>1,2 ммоль\л
<variant> креатинин 80 ммоль\л
<question>26 жасар, астеник әйелде екі босанудан кейін тұрақсыз АГ бақыланды. Жағдайының нашарлауын ұзақ жүрумен, ұзақ уақыт бойы тіке қалыппен байланыстырады. Шамалы уақыт горизонталь жағдайда демалғаннан кейін АҚ қалыптасады. Диагноздық әдістерді жоспарлауда бірінші кезекте күдіктенетін нозобірлікті таңдаңыз.
<variant> нефроптоз
<variant> созылмалы пиелонефрит
<variant> феохромоцитома
<variant> эссенциаль гипертония
<variant> нейроциркуляциялық дистония
<question>Дұрыс қорытындыны таңдаңыз. АҚ жоғарылауына үлес қосатын факторларды таңдаңыз:
<variant> натрийуретикалық гармон өндіру
<variant> ренин-ангиотензин жүйесінің белсенуі
<variant> симпато-адренал жүйесінің белсенуі
<variant> А II түзілуінің жоғарылауы
<variant> альдостерон түзілуінің ынталандырылуы
<question>Дұрыс қорытындыны таңдаңыз. Артериялардың тегіс салалы бұлшықеттеріне және кардиомиоциттерге АII-нің патологиялық әсері ... арқылы жүзеге асады:
<variant> АТ2 рецепторлары
<variant> АТ1 рецепторлары
<variant> АТ3 рецепторлары
<variant> альфа-адренорецепторлары
<variant> бета-адренорецепторлары
<question>Дұрыс қорытындыны таңдаңыз. АГ дамитын бас миының зақымдануларына қатысы жоқ:
<variant> бас миының амилоидозы
<variant> ишемиялық инсульт
<variant> геморрагиялық инсульт
<variant> ми қанайналымының созылмалы бұзылысы
<variant> транзиттік ишемиялық шабуыл
<question>Дұрыс қорытындыны таңдаңыз. АГ дертінде бүйректердің зақымдалуы .... әкеледі:
<variant> біріншілік-бүріскен бүйрекке
<variant> екіншілік-бүріскен бүйрекке
<variant> поликистозға
<variant> гидронефрозға

<variant> амилоидозға
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Гемодинамиялық артериялық гипертензия кездесетін жағдайларды таңдаңыз:
А. пиелонефрит
Б. қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі
В. біріншілік альдостеронизм
Г. қолқа атеросклерозы
Д. гломерулонефрит
<variant> Б, Г
<variant> А, Б
<variant> А, В
<variant> Б, В
<variant> А, Д
<question>53 жастағы әйел физикалық жүктеме кезіндегі ентігуге, қиын бөлінетін қақырықты жөтелге, жүрегінің қағуына шағымданды. 20 жылдан аса бронхтық патологиядан зардап шегеді, жылдың суық мезгілінде 2-3 ретке дейін өршуі болады. Об-ті: саусақтары «дабыл таяқшасы» тәрізді, кеуде сарайы күбі тәрізді. Аускультацияда тыныс шығару ұзарған, өкпенің барлық алаңында құрғақ ысқырықты сырылдар. ТЖ 26 мин. Спирография сипаттамасы: ФДШК1 (ОФВ1) 68%. Күз-қыс мерзімінде негізгі аурудың асқынуының алдын- алуда тиімді тактиканы таңдаңыз.
<variant> қыркүйек-қазан айларында жоспарлы түрде тұмаудан екпе салу
<variant> күз-қыс мерзімінде ипратропиум бромидінің мөлшерін ұлғайту
<variant> макролид тобындағы антибиотиктерді алдын алу үшін тағайындау
<variant> иммуностимуляция мақсатында инозин пранобекса курсын өткізу
<variant> күз-қыс мерзімінде УФО курсын өткізу
<question>Зерттеудің дұрыс тактикасын таңдаңыз. 13 жастағы балада үш апта бойы интоксикация фонында жөтел мазалайды. Туберкулезді ерте анықтау үшін, ЖТД тағайындайтын тексерулер:
<variant> Манту сынамасы және кеуде клеткасының флюрографиясы
<variant> Манту сынамасы және кеуде клеткасының рентгенографиясы
<variant> Манту сынамасы және кеуде клеткасының рентгеноскопиясы
<variant> Пирке сынамасы және кеуде клеткасының флюрографиясы
<variant> Кох сынамасы және кеуде клеткасының флюрографиясы
<question>Дұрыс шешімін таңдаңыз. Жоғары оқу орнының студенті аймақтық дәрігерге келді. Оған "Ауруханадан тыс пневмония, жеңіл ағымды" диагнозы қойылды. Амбулаториялық ем қабылдады. Оған жұмысқа уақытша жарамсыздық туралы құжаттың келесі түрі берілу қажет:
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы анықтама
<variant> Уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> Талап етілмейтін уақытша жұмысқа жарамсыздық туралы парағы
<variant> медико-қоғамдық эксперттік комиссия қорытындысы
<variant> Дәрігерлік-кеңестік комиссиясының қорытындысы
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз. Ер кісі 44 жаста, 5 жылдай уақыт АҚ 150-160/90-95 мм.с.б дейін жоғарлайдыҚант диабеті 2 типті, диабетон қабылдайды. Объективті: сол жақ шекарасы сол бұғана ортаңғы сызығымен. Өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары анық, ритімді. ЖЖС 80 мин. АҚ 160/94 мм сын. бағ. Сарысудағы холестеринң 6,0 ммоль /л, сарысудағы креатинині 75мкм/л, қандағы қант 5,4 ммоль/л. МАУ 100мг тәу. Антигипертензиялық дәрмекті тағайындаңыз.

<variant> телмисартан
<variant> рамиприл
<variant> бисопролол
<variant> гидрохлортиазид
<variant> амлодипин
<question>Гормондар өндірілуінің тапшылығынан дамитын артериялық гипертензияны таңдаңыз:
<variant> қантты диабеттегі артериялық гипертензия
<variant> Конн синдромындағы артериялық гипертензия
<variant> гиперпаратиреоздағы артериялық гипертензия
<variant> феохромоцитомадағы артериялық гипертензия
<variant> Иценко-Кушинг ауруындағы артериялық гипертензия
<question>Қатесін табыңыз. Артериялық гипертензиясы бар жүктілердің асқынуларына жатпайды:
<variant> тромбоциттер санының артуы
<variant> перинатальді өлім-жітім
<variant> қалыпты орналасқан плацентаның уақытынан бұрын сылынуы
<variant> бүйректің жедел шамасыздығы
<variant> сол қарыншалық жедел шамасыздығы
<question>Қатесін табыңыз. Артериялық гипертензиясы бар жүктілердің асқынуларына жатпайды:
<variant> жүктілердің ісінуі
<variant> эклампсия, эклампсиялық кома
<variant> тамырішілік шашыраңқы ұю синдромы (ДВС – синдром)
<variant> миға қан құйылу
<variant> фетоплацентальдық шамасыздық
<question>Болжам диагнозын таңдаңыз: 15 жастағы жасөспірім дене қызуының 39-40^{0}С жоғарылауына, қалтырауға, кеуде сарайы мен ішінің бұлшық еттерінің күшті ауыруына шағымданды. Ауырсыну қимыл-қозғалыста, жөтелгенде күшейеді, ұстамалы түрде, әр сағатта 5-10 минуттан мазалайды. Осыдан 3-4 күн бұрын да осындай шағымдармен ем алып кеткен. Айналасындағы қоршаған ортада жоғары тыныс жолдарының жедел респирациялық вирусты ауруларымен (ЖРВА) ауырғандар жиілеген. Об-ті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, дене қызуы 39^{0}С. Жұтқыншағының кілегей қабаты қызарған, мойын лимфалық түйіндері үлкейген. Өкпесінде везикулалық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 90 мин.
<variant> эпидемиялық миалгия (Борнхольм ауруы)
<variant> лептоспироз
<variant> ботулизм
<variant> ревматизмдік полимиалгия
<variant> дерматомиозит
<question>Науқас жағдайын жақсартатын дәрмекті таңдаңыз: 37 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>Асқынуын белгілеңіз: 54 жастағы пациент клиниканың қабылдау бөліміне: миокардтың алдыңғы-перделік, ұшына жайылған қайталанған инфаркті диагнозымен жеткізілді. Об-ті: жағдайы ауыр, құқыл, суық тер, акроцианоз, өкпесінің төменгі бөліктерінде ылғалды үнсіз сырылдар. ЖЖС 110 мин. АҚ 80/60 мм сын. бағ. Пульсі әлсіз, олигурия, науқас қозған күйде.
<variant> кардиогенді шок, эректильді фаза
<variant> кардиогенді шок, торпидті фаза
<variant> жедел соматогенді психоз
<variant> жедел сол қарыншалық шамасыздық, өкпе шемені
<variant> транзиторлы гипотензия
<question>Дәрігерлік тактиканы таңдаңыз: 40 жастағы ер кісіде жұмыстан қайтқанда, өмірінде бірінші рет төс артында орналасқан, сол жауырынына тарайтын ауырсыну дамыды, тоқтағанда, үйіне жеткенде ауырсыну жойылды, баспалдақпен көтерілгенде қайталанды. АҚ 135/80 мм сын. бағ., пульсі 90 мин. Басқа жүйелері мен ЭКГ патология жоқ.
<variant> шұғыл госпитализацияны ұйымдастыру
<variant> анальгетиктер салу
<variant> кардиолог консультациясын ұсыну
<variant> нитраттар мен бета-адреноблокаторлар тағайындау
<variant> жоспарлы госпитализацияны ұйымдастыру
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. COVID 19-дың егде кісілердегі қауіп факторларына жатпайды:
<variant> ер кісілердегі аталық без аденомасы, әйелдердегі жатыр миомасы
<variant> бүйректердің созылмалы аурулары/ХБП, АГ, ЖИА
<variant> иммунтапшылықты жағдайлар (онкологиялық дерттердегі, гематологиялық аурулардағы т.б.)
<variant> тыныс жүйесінің ілеспелі дерттері (ӨСОА/ХОБЛ, БА, өкпенің фиброзды өзгерістері т.б.)
<variant> эндокринопатиялар (қантты диабет, метаболизмдік синдром, семіздік т.б.)
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. COVID 19-дың егде кісілердегі қауіп факторларына жатпайды:
<variant> гонартроз, коксартроз, Геберден түйіншіктері
<variant> жасының 65-тен асуы
<variant> қанайналым жүйесінің аурулары/ БСК (артериялық гипертония, ЖСШ/ХСН т.б.)
<variant> тыныс жүйесінің ілеспелі дерттері (ӨСОА/ХОБЛ, БА, өкпенің фиброзды өзгерістері т.б.)
<variant> эндокринопатиялар (қантты диабет, метаболизмдік синдром, семіздік т.б.)
<question>COVID 19-дың жетекші патогенездік механизмдеріне жатпайтын тұжырымды белгілеңіз:
<variant> көп мөлшердегі медиаторлардың бөлінуіне жалғасатын бейиммундық немесе псевдоаллергиялық реакциялардың басымдылығы
<variant> вирустардың репликациясы, виремия
<variant> тромб-қабынулық; цитокиндердің өндірілуі
<variant> цитокиндік шторм, асқынулар
<variant> репарациялық процестердің белсенуі, иммунитеттің қалыптасуы

<question>Тератогенді жағымсыз әсеріне байланысты, ААФ ингибиторларымен емдеуге қарсы көрсетпені тандаңыз:
<variant> жүктілік
<variant> жүрек жетіспеушілігі
<variant> қант диабеті
<variant> Рейно синдромы
<variant> подагра
<question>Тератогенді жағымсыз әсеріне байланысты, ААФ ингибиторларымен емдеу ұсынылмайды:
<variant> фертиль жасындағы әйелдерге
<variant> егде жасындағы әйелдерге
<variant> қантты диабеті бар әйеелдерге
<variant> бедеулігі бар әйелдерге
<variant> жатырэкстирпациясына ұшыраған әйелдерге
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Синкопе себептерін анықтауға қажетті тестерге біреуі жатпайды:
<variant> пиклоуметрия
<variant> каротид синусының массажы
<variant> тилт (TILT)-тест
<variant> электрокардиографиялық мониторинг
<variant> эхокардиография
<question>Тұжырым жасаңыз. Саркоидоздың I сатысын дифференциялайтын нозобірлік:
<variant> кеуде-ішілік лимфатүйіндерінің туберкулезі
<variant> диссеминацияланған туберкулез
<variant> ошақты туберкулез
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> фиброзды-каверналық туберкулез
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Туберкулездік менингитпен асқынуы мүмкін туберкулездің клиникалық түрі:
<variant> диссеминацияланған туберкулез
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> ошақты туберкулез
<variant> каверналық туберкулез
<variant> цирроздық туберкулез
<question>Тұжырым жасаңыз: 48 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)
<variant> плевра ісігі
<variant> туберкулема
<variant> жоғары бөліктік сөмкеленген плеврит
<variant> өкпе абсцесі
<question>Тұжырым жасаңыз. 54 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
<variant> екі жақты пневмония
<variant> өкпе шемені
<variant> өкпенің инфильтрациялық туберкулезі
<variant> идиопатиялық фиброздаушы альвеолит
<question>Тұжырым жасаңыз. 56 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
<variant> жедел пневмония
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> өкпе абсцесі
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: 32 жастағы әйелді жөтел, субфебриль дене қызуы, әлсіздік, тершеңдік (негізінен түнде) мазалайды. 2 ай өзін дертті санайды. Об-ті: өкпесінде везикулалық тыныс, ТЖ 16 мин. АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЖЖС 76 мин. Рентгендік зерттеуде оң өкпенің ұштық және артқы сегменттерінде күшейген өкпе суреті негізінде әртүрлі өлшемді, контурлары анық емес ошақтар анықталды. Басқа патология жоқ.
<variant> ошақты туберкулез
<variant> ауруханадан тыс пневмония
<variant> қатерлі ісіктің метастаздары
<variant> саркоидоз
<variant> өкпе рагі
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Құрғақ жөтелде ұзақ уақыт қан қақыру ... тән.
<variant> бронхогенді ісікке
<variant> өкпе туберкулезіне
<variant> пневмокониозға
<variant> созылмалы бронхитке

<variant> бронхоэктаздық ауруға
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Муковисцидоздың клиникасына қатысы жоқ:
<variant> перифериялық және кеуде ішілік лимфа түйіндерінің ұлғаюы
<variant> қақырығы қиын бөлінетін тынбайтын жөтел
<variant> өкпелік гипертензия, өкпе текті жүрек
<variant> нәжістегі нейтральді май
<variant> тырнақтары сағат әйнегіндей, басы доғалданған қол саусақтары
<question>Дұрыс тұжырымын табыңыз. Тыныс шамасыздығының III дәрежесінде қанда анықталатын өзгерісті көрсетіңіз:
<variant> эритроцитоз
<variant> лейкопения
<variant> анемия
<variant> эозинофилия
<variant> өзгерістер жоқ
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Созылмалы бронхиті бар науқастарда өкпе артериясының тромбтық эмболиясының дамуында шешуші маңызы бар:
<variant> полицитемия (екіншілік эритроцитоз)мен қан тұтқырлығының артуының
<variant> тыныс шамасыздығы мен гипоксияның
<variant> кіші қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> кіші үлкен қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> аяқ веналарының варикозды кеңеюінің
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. 46 жастағы әйел кісінің шағымдары: оң иық буынының ауырсынуы, құрғақ жөтел, әлсіздік. Иығының ауыруы алғаш 3 ай бұрын қимыл-қозғалыспен байланысты мазалай бастаған, өздігінен ауырсынуды басуға тырысқан, бірақ ол күшейе түсіп, жөтел, әлсіздік қосылған. Об-ті: 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)
<variant> плевра ісігі
<variant> туберкулема
<variant> жоғары бөліктік сөмкеленген плеврит
<variant> өкпе абсцесі
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. 54 жастағы әйелде жөтел, көп көлемді қақырықпен, ентігу, кеуде сарайының ауыруы, температура, 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
<variant> екі жақты пневмония

<variant> өкпе шемені
<variant> өкпенің инфильтрациялық туберкулезі
<variant> идиопатиялық фиброздаушы альвеолит
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. 56 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
<variant> жедел пневмония
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> өкпе абсцесі
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: 32 жастағы әйелді жөтел, субфебриль дене қызуы, әлсіздік, тершеңдік (негізінен түнде) мазалайды. 2 ай өзін дертті санайды. Об-ті: өкпесінде везикулалық тыныс, ТЖ 16 мин. АҚ 110/70 мм сын. бағ. ЖЖС 76 мин. Рентгендік зерттеуде оң өкпенің ұштық және артқы сегменттерінде күшейген өкпе суреті негізінде әртүрлі өлшемді, контурлары анық емес ошақтар анықталды. Басқа патология жоқ.
<variant> ошақты туберкулез
<variant> ауруханадан тыс пневмония
<variant> қатерлі ісіктің метастаздары
<variant> саркоидоз
<variant> өкпе рагі
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Кенет жүректік өлімнің алдын алу мақсатында ЖДП дәрігері келесі патологияларды анықтауы керек:
<variant> Анамнезінде синкопалық жағдайлары бар; ЭКГ өзгерістері бар (Бругада синдромы, WPW, QT интервалы ұзарған) жас пациенттерді
<variant> синустық тахикардиясы мен бірлі-екілі қарыншалық ЭС бар жас пациенттерді
<variant> Гис шоғыры оң аяғының толық емес блогі баржас пациенттерді
<variant> жүрекшелік бірлі-екілі ЭС баржас пациенттерді
<variant> гастер-эзофагтік рефлюксі, билиарлы-кардиолық синдромы бар жас пациенттерді
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз: 60 жастағы, ЖИА, миокардтың басынан өткерген инфаркті диагнозы бар ер кісі кенет естен танды, эпилепсия тәрізді құрысулар мен кіші дәретін ұстай алмауы дамыды. Түсірілген ЭКГ: АВБ II дәр., Мобитц 2 анықталды.
<variant> синдромы, Морганьи-Адамс-Стокстің
<variant> синдромы, Фредериктің
<variant> синдромы, Лютембашенің
<variant> эпилепсия
<variant> ауруы, Толочинов-Роженің
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. : 27 жастағы әйелде жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы, митральді стенозы бар. Жүктілігінің соңғы айында сол қарыншалық жедел шамасыздық, жүректік астма қайталана берді.
<variant> комиссуротомия мен кесар тілігін шұғыл, бір мезгілде жасау
<variant> жүрек гликозидтері мен диуретиктерді тағайындау
<variant> жүктілігін табиғи жолмен үзу
<variant> кесар тілігінен соң сол қарыншалық шамасыздығын дәрмектермен емдеу

<variant> босану уақытына дейін төсектік тәртіп тағайындау
<question>Дұрыс шешім қабылдаңыз. Созылмалы бронхиті бар науқастарда жеделдеу өкпе текті жүректің өкпе артериясының тромбтық эмболиясы арқылы дамуында шешуші маңызы бар себеп:
<variant> полицитемия (екіншілік эритроцитоз)мен қан тұтқырлығының артуының
<variant> тыныс шамасыздығы мен гипоксияның
<variant> кіші қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> кіші үлкен қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысының
<variant> аяқ веналарының варикозды кеңеюінің
<question>Жетекші синдромдарын таңдаңыз. 25 жастағы науқас басының ауыруына, айналуына, естен тануға, ентігуге шағым айтты. Об-ті: жүректің негізінде, екінші тыңдау нүктесінде мойын тамырларына таралатын дөрекі мезосистолалық шу естілді. Вальсальв сынамасында (орнынан көтеріле бергенде) шу азаяды. ЭКГ: сол қарыншаның гипертрофиясы, тахикардия 98 мин. Рентгенограммада: жүрек конфигурациясы «жүзген үйрек» тәрізді.
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (аорталық стеноз), кардиомегалия, синкопе, ЖШ ФК 2
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (аорта қақпақтарының шамасыздығы), кардиомегалия, САГ
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (митральді қақпақтарының шамасыздығы), кардиомегалия,синкопе
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау синдромы (сол Атривентрикулдікқ тесіктің стенозы), кардиомегалия, артериялық гипотензия
<variant> тума қақпақтық ақау синдромы (қарыншааралық перденің дефекті), синкопе
<question>Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз. 30 жастағы, митральді стенозы бар жүкті әйелде жүктілігінің соңғы айында солқарыншалық жедел шамасыздықтар қайталана берді.
<variant> комиссуротомия мен кесар тілігін шұғыл, бір мезгілде жасау
<variant> жүрек гликозидтері мен диуретиктерді тағайындау
<variant> жүктілігін табиғи жолмен үзу
<variant> кесар тілігінен соң сол қарыншалық шамасыздығын дәрмектермен емдеу
<variant> босану уақытына дейін төсектік тәртіп тағайындау
<question>Науқаста Атривентрикулдік блокаданың Ш дәрежесі және естен тану ұстамалары бар. Ең тиімді емдеу жолын таңдаңыз.
<variant> хирургиялық емге жолдама беру- электрокардиостимулятор (ЭКС) имплантациясы
<variant> бірінші орындағы аритмияға қарсы препаратты тағайындау
<variant> бірлескен аритмияға қарсы препараттарды тағайындау
<variant> жүрек бұлшық етінің зат алмасу процесін жақсартатын препараттарды тағайындау
<variant> физиотерапияны тағайындау
<question>Дұрыс шешім тандаңыз. Өкпенің перифериялық рагінде қоршаған өкпе тіні өзгере ме?
<variant> кейде ісіктен түбіріне жолақ-жолақ жол түзіледі
<variant> өзгермейді
<variant> айналасында ошақты көлеңкелер дамиды
<variant> ісік әрқашан пневмосклерозбен қоршалған
<variant> кальцинаттардың болу
<question>Ошақты пневмонияны (бронхопневмонияны) ошақты туберкулезден айырудағы ең маңызды белгіні таңдаңыз:
<variant> процестің динамикасы

<variant> ошақтардың өлшемдері
<variant> ошақты көлеңкелердің шектері
<variant> петрификаттардың болмауы
<variant> түбірлерінің қатаюы
<question>Бронхоэктаздарды зерттеуі басты әдісін тандаңыз. Науқаста кеуде сарайы органдарын рентгендік зерттеу нәтижесінде “ара ұясы” тәрізді сурет анықталды, цилиндрлік бронхоэктаздармен сипатталуы мүмкін бронхоэктаздық ауруға күдік туды.
<variant> бронхография
<variant> томография
<variant> ангиопульмонография
<variant> жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> эхокардиография
<question>Сәби теңге жұтып қойды, ең таңдамалы рентгендік тәсілді тандаңыз. :
<variant> жалпы шолу рентгеноскопиясы көзделген рентгенографиямен
<variant> жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> әдісі, Земцовтың
<variant> әдісі, Иванов-Подобедтің
<variant> компьютерлік томография
<question>Өкпенің дренаждалудағы жіті абсцесіне тән белгілердің біреуін тандаңыз:
<variant> сұйықтықтың горизонталь деңгейі
<variant> белгілері жоқ
<variant> "секвестрдің" болуы
<variant> түбіріне "жолдың"болуы
<variant> түбірлерінің қатаюы
<question>Ең ақпаратты зерттеу тәсілін таңдаңыз: 33 жастағы ер кісі дене қызуының 38,4^{0}С жоғарылауына, шамалы қақырықты жөтелге шағымданды. Тұмауға қарсы вакцинаны 4 ай бұрын алған. Объективті: өкпесінің оң төменгі бөлігінің үстінде үнді ылғалды сырылдар. ҚЖА: лейкоцитоз.
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шол рентгенографиясы
<variant> қанның биохимиялық анализі
<variant> артериялық қанның газдық құрамын анықтау
<variant> қақырық анализі
<variant> антибиотиктерге сезімталдыққа егу
<question>Ең ақпаратты зерттеу тәсілін таңдаңыз:15 жастағы жасөспірімде келесі шағымдар бар: кілегейлі қақырықпен жөтел, мұрнының қосалқы қуыстарының үстінде жағымсыз сезімдер, дене қызуының жоғарылауы, ауырғанына екі аптадай.
<variant> мұрынның қосалқы қуыстарының рентгенографиясы
<variant> қақырықтың бактериологиялық зерттеуі
<variant> спирометрия
<variant> бронхография
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу рентгенографиясы
<question>Күдіктенген дертті дәлелдеуге ең ақпаратты әдісті таңдаңыз 25 жастағы науқас дәрігерге көп көлемді іріңді қақырықпен жөтелге шағымданып келді. Бронхоэктаз ауруына күдік туды. Постураль дренаж симптомы оң болды.:
<variant> бронхография
<variant> қақырықты микрофлораға егу
<variant> томография

<variant> кеуде сарайы органдарыныі жалпы шолу рентгенограммасы
<variant> өкпе сцинтиграфиясы
<question>Бронхоэктаздық ауруы диагнозын нақтауға қажетті әдісті қолданыңыз:
<variant> бронхография
<variant> спирография
<variant> кеуде клеткасының рентгеноскопиясы
<variant> флюорография
<variant> трансторакальді биопсия
<question>Диагнозын нақтауға қажетті тәсілді таңдаңыз:65 жастағы науқаста кеуде сарайының рентгенограммасында өкпесінде домалақ перифериялық көлеңке анықталды.
<variant> өкпенің тері арқылы (чрезкожная) биопсиясын УДЗ бақылауымен жүргізу
<variant> бронхография
<variant> томография
<variant> бронхоскопия биопсиямен
<variant> динамикалық бақылауды 2 айдан кейін жүргізу
<question>Емхана дәрігерінің дұрыс тактикасын таңдаңыз: 60 жастағы ер кісіні алдын-алу рентгендік тексеруден өткізгенде, өкпенің оң жоғарғы бөлігінде диаметрі 2 см, плевра астында орналасқан домалақ түзілім анықталды. Қоршаған өкпе тіні өзгермеген. Науқастың шағымдары жоқ.
<variant> емханаға 4-6 айдан соң қайта қаралуды ұсыну
<variant> емханаға ауырсыну, жөтел, қан қақыру сияқты шағымдар пайда болғанда ғана қайта қаралуды ұсыну
<variant> арнайыландырылған емдік мекемеге шұғыл жіберу
<variant> антибактериялық курс жүргізіп, емханада қайта рентгендік тексеруден өткізу
<variant> емханаға бір жылдан соң қайта қаралуды ұсыну
<question>Дұрыс жауаптардың топтамасын таңдаңыз Өкпе рагінің кешенді диагнозы келесі тәсілдермен іске асырылады: а) биопсиямен бронхоскопия; б) катетеризациялық биопсия; в) медиастиноскопия; г) өкпе мен түзілімнің трансторакаль пункциясы; д) қақырықтың цитологиялыө зерттеуі.
<variant> б,г,д
<variant> а,б,в
<variant> б,в,г
<variant> б,в,д
<variant> а,г,д
<question>Дұрыс жауаптардың топтамасын таңдаңыз: Өкпенің перифериялық рагіне тән бастапқы симптомдарын көрсетіңіз: а) қан араласқан іпінді қақырық; б) рентгенде – өкпенің немесе бөлігінің гиповентиляциясы; в) өкпеде домалақ көлеңкенің анықталуы; г) өкпеде домалақ көлеңкенің симптомсыз ағымы бола келе, кейін жөтелдің қосылуы.
<variant> а,б
<variant> а,в
<variant> б,в
<variant> в,г
<variant> б,г
<question>Дұрыс жауаптардың топтамасын таңдаңыз: Өкпенің орталық рагінің диагнозын нақтайтын негізгі тәсілдерге жатады:
а) с биопсиямен бронхоскопия; б) өкпе артериясының ангиографиясы; в) медиастиноскопия; г) қақырықты цитологиялық зерттеу.

<variant> а,г
<variant> а,в
<variant> а,б
<variant> б,г
<variant> б,в
<question>Дұрыс жауаптардың топтамасын таңдаңыз: Өкпенің орталық рагінің диагнозын нақтайтын рентгендегі ерте белгілерді таңдаңыз: а) признаки гиповентиляции сегментов или долей легкого; б) наличин инфильтративных теней в области корня легкого; в) локальная эмфизема сегментов или долей легкого; г) тень опухоли; д) деформация бифуркации трахеи.
<variant> б,д
<variant> в,г
<variant> а,в
<variant> а,б
<variant> б,г
<question>Сыртқы тыныс қызметінің көлемдік және жылдамдықтық көрсеткіштерін өлшеп, тексертетін тәсілді таңдаңыз –
<variant> спирометрия
<variant> томография
<variant> пиклофлоуметрия
<variant> биопсия
<variant> рентгеноскопия
<question>Тыныстың бірінші секундтағы екпіндетіп шығарған көлемін тексеретін қызметтік диагноздық әдісті таңдаңыз:
<variant> пкфлоуметрия
<variant> спирография
<variant> биопсия
<variant> топография
<variant> артроскопия
<question>Бронх өткізгіштігінің динамикасын бақылау және науқастың емге сенімін бекіту мақсатында аспаптық тексеруді тандаңыз: 24 жастағы ер кісі түнгі мезгілдерде мазалайтын, қақырық қиын бөлінетін тұншығу ұстамасына шағымданды. Анамнезінде маусымдық поллиноз, цитрустарға, шоколадқа, жануарлар жүніне аллергия. Бірінші рет қаралып отыр. Науқасқа қойылған диагноз: Бронхтық астма, аллергиялық компоненттің басымдылығымен. Жеңіл персистенциялаушы ағымды, бақыланатын түрі. Сатылы ем тағайындалды.
<variant> пикфлоуметрия
<variant> бронхография
<variant> бронхоскопия
<variant> кеуде сарайының рентгенографиясы
<variant> кеуде сарайының компьютерлік томографиясы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Бронхтық астманың бақылану тұрақтылығы мен ағым ауырлығын науқастар ... көмегімен тексере алады:
<variant> пикфлоуметрдің (тыныс шығару мониторы)
<variant> тонометрдің (АҚ мониторы)
<variant> пульс жиілігін бақылау
<variant> небулайзердің
<variant> глюкометрдің

<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруының диагноздық стандарты саналады:
<variant> спирография
<variant> рентгенография
<variant> ангиография
<variant> компьютерлік томография
<variant> эхокардиография
<question>Диагнозын нақтайтын зерттеуді тандаңыз. 70 жастағы ер кісіні соңғы 7 айда құрғақ жөтел, кеудесінің оң жартысының ауыруы мазалайды. 7 кг салмақ жоғалтқан. Соңғы 4 аптада әлсіздік күшейген, жәй күйде ентігу дамыған, дене қызуы 380С 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 даңгейіне дейін.
<variant> плевралық пункция, сұйықтықтың лабораторлық зерттелуімен
<variant> бронхоскопия
<variant> қақырықтың атиптік клеткаларға анализі
<variant> кеуде сарайының компьютерлік томографиясы
<variant> торакоскопия
<question>Диагнозын нақтайтын зерттеуді
<question>Диагнозын нақтайтын зерттеуді тандаңыз : Отбасылық дәрігерге 56 жастағы науқас, 2 сағат бұрын басталғантөс арты және эпигастрийдегісығып ауыруға шағымданып келді. ЭКГ:$R_{II,III,AVF}$ төмен вольтажды, $ST_{II, III, AVF}$ депрессиясы.
<variant> кардиоспецифических ферментті анықтау
<variant> велоэргометрия
<variant> холестерин, қандағы триглицерид
<variant> холтер-монитор,ЭКГ
<variant> эхоКГ
<question>Диагноздық шешуші әдісті таңдаңыз: Әйел 33 жаста. Шаршағыштыққа, жүрек аймағындағы мезгілдерімен шаншып ауыруға шағымданды. Анамнезінде баспамен жиі ауырады. Об-ті: пульсі мин 95, аускультацияда жүрек тондары тұйықталған, жүрек ұшында I тон әлсіреген, систолалық шу, сол қырында күшейеді.
<variant> эхокардиография
<variant> электрокардиография
<variant> коронарография
<variant> ЭКГ, тәуліктік мониторы
<variant> артериялық қысымның тәуліктік мониторы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Анамнезінде кондиционері бар отельде, пансионатта душ қолдану; дерттің фебрильді қызба, айқын интоксикация, миалгия, артралгия, жөтел, абдоминальді ауыру, диареямен басталуы; лимфоцитопениялы лейкоцитоз, ЭТЖ 50 мм/сағ. болуына осы қоздырғыш себепкер:
<variant> легионелла
<variant> хламидий
<variant> микоплазма
<variant> пневмококк
<variant> стафилококк
<question>Тиімді тактиканы тандаңыз: 43 жастағы ер кісінің шағымдары: төс артындағы күшті қысып ауыру эпигастрий аймағына тарайды. ЖИА бар, соңғы күндері ұстамалары

жиілегендіктен, жедел жәрдем шақырды. Об-ті: терісі бозарған, тынысы 26 мин. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, пульсі 100 мин. АҚ 100/55 мм сын. бағ. ЭКГ: ST в I,II, aVL ,$_{V1-4}$ көтерілген.
<variant> жедел госпитализация
<variant> амбулаториялық ем
<variant> күндізгі стационар
<variant> үй жағдайындағы стационар
<variant> кардиолог консультациясы
<question>Тиімді зерттеуді таңдаңыз. Ер адам 74 жаста, төс артындағы тыныс алуға байланыссыз, үдемелі, ұстамалы ауыруға шағымданады. Нитроглицерин нәтижесіз.
<variant> ЭКГ, тропонин Т
<variant> Tl^{201}сцинтиграфия
<variant> стресс ЭхоКГ
<variant> физикалық күштememен ЭКГ
<variant> ЭКГ тәуліктік мониторлау
<question>Ең ақпаратты тексеруді таңдаңыз: Науқас 50 жаста, аздаған шырышты қақырықпен тұрақты жөтелге, күштемеге ентігуге шағымданды, анамнезінен 15 жылдан аса темекі шегеді. Об-ті: кеуде сарайы күбі тәрізді, бұғана үсті аймағы томпиған. Дауыс дірілі екі жақтада әлсіреген. Перкуссияда қорап дыбысы. Аускультацияда: тынысы қатқыл, тыныс шығаруы ұзарған, құрғақ сырылдар, екпіндетіп тыныс шығаруда күшейеді.
<variant> спирография
<variant> кеуде сарайының рентгенографиясы
<variant> қақырықтыңжалпы анализі
<variant> өкпенің компьютерлік томографиясы
<variant> бронхоскопия
<question>Ең тиімді зерттеуді таңдаңыз. Ер адам, 50 жаста сол аяқбасының қатты ауыруына шағымданып келді. Алкоголмен етті көп мөлшерде қолданған. Таңғы 6-лар шамасында, оң аяқтың I плюснефалангааралық буындарында күшті ауырсыну дамыған. Об-ті: бас барма. буынының үстіндегі терінің түсі қошқыл, сипағанда ыстық, пальпацияда қатты ауырады, қозғалу және жүру мүмкін емес, дене қызуы 38° С.
<variant> қандағы зәр қышқылын анықтау
<variant> науқас буынының пункциясы
<variant> қанныңжалпы анализі
<variant> оң аяқбасының рентгенографиясы
<variant> зақымдалған буынның УДЗ
<question>Дәрігердің тектикасын таңдаңыз. Әйел 32 жаста, профилактикалық тексерілуге келді. Анамнезінде 14 жасында ревматизмдік жедел қызба болған, ол буындар мен жүректің зақымдануымен көрінген. Ол әлсіздікке, тез шаршағыштыққа, ентікпеге, кештерде аяқтарының ісінуіне шағымданды. Жағдайы қанағаттанарлық. Терісі құрғақ, бозарған. Жүрек тондары тұйықталған, жүрек ұшында пансистолалық шу. Аяқ бастарында домбығу бар.
<variant> допплер-ЭхоКГ
<variant> динамикада бақылау
<variant> ревматологкеңесі
<variant> кардиохирург кеңесі
<variant> антибиотик және фуросемид тағайындау
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Ер адам 47жаста, ауруханадан тыс оңжақты пневмониядан емделуде. Кеуде клеткасының оң жартысында ауыру сезімі дамыды, жөтелгенде

күшейеді, ентігу, әлсіздік күшейді. Об-ті: тыныс актінде кеуде сарайының оң жартысы қалыңқы, к/а тегістелген. Аускультацияда осы аймақта тыныс естілмейді. Бүйірлік проекциядағы рентгенограммада артқы қабырға-диафрагмалық бұрышта сұйықтық бары анықталды.Бірінші жүргізілетін тиімді әдіс:
<variant> плевралық пункция
<variant> бронхоальвеолалық лаваж
<variant> ультрасонография
<variant> радионуклидті сканерлеу
<variant> медиастиноскопия
<question>Клиникалық хаттамаларға сәйкес қосымша зерттеу әдістерін тандаңыз : ер адам 48 жаста, таңғы уақыттағы ұстамалы жөтелге; аздаған физикалық жүктемедегі ентігуге шағымданды. 25 жылдай темекі тартады, күніне 20 данадан. Жалпы тәжірбиелік дәрігер міндетті клиникалық минимумды ұсынды.
<variant> спирография
<variant> компьютерлік томография
<variant> бронходилатациялық тест
<variant> бронхоскопия
<variant> медиастиноскопия
<question>Ревматоидты артритке тән лабораториялық белгіні тандаңыз
<variant> латекс-тестің жоғары титрі
<variant> Le клеткаларының жоғары титрі
<variant> АНФ жоғары титрі
<variant> АСЛО жоғары титрі
<variant> КФК жоғары титрі
<question>Дұрыс тұжырым тандаңыз, дерматомиозиттегі бұлшықеттік синдромның ерекшелігі:
<variant> қол-аяқтың проксималь бұлшық еттерінің зақымдануы
<variant> қол-аяқтың дисталь бұлшық еттерінің зақымдануы
<variant> қол басы бұлшық еттерінің зақымдануы
<variant> кеуде сарайы бұлшық еттерінің зақымдануы
<variant> бұлшық еттерінің зақымдануының асимметриялылығы
<question>Дұрыс тұжырым тандаңыз, жүйелі склеродермия диагнозындағы маңызды зертханалық көрсеткіш:
<variant> қандағы оксипролин деңгейі
<variant> комплемент титрі
<variant> қандағы LE клеткалар саны
<variant> қан сарысуында КФК деңгейі
<variant> ЭТЖ жоғары болуы
<question>Подагралық артрит басталатын буынды тандаңыз:
<variant> бірінші бақай-фалангалық
<variant> жамбас
<variant> тізе
<variant> білезік
<variant> иық
<question>Подаграның рентгендік белгісін тандаңыз.
<variant> сүйек тінінің эрозиясы (“ойық” симптомы)
<variant> диафиз кортиксінің тарамдалуы
<variant> анкилоздар

<variant> буын айналасындағы остеопороз
<variant> шеміршекастылық остеосклероз
<question>РА диагнозын жоққа шағыруға мүмкіндік беретін диагнозд критерийді тандаңыз.
<variant> дисталь фалангааралық буындардың зақымдалуы
<variant> таңертеңгілік құрысу
<variant> буын беттерінің узурациясы
<variant> анкилоздар
<variant> буын маңы тіндерінің зақымдалуы
<question>Вегенер ауруының емінде таңдамалы дәрмекті тандаңыз.
<variant> циклофосфамид
<variant> кортикостероидтар
<variant> аминохинолин препараттары
<variant> метотрексат
<variant> антибиотиктер
<question>Дұрыс тұжырымды тандаңыз. 20 жастағы ер адамда буындардағы ауырсыну, уретрит, коньюнктивит мазалайды. Патологияны тандаңыз.
<variant> Рейтер ауруы
<variant> псориаздық артропатия
<variant> Шегрен синдромы
<variant> Фелти синдромы
<variant> саркоидоз
<question>Остеоартроздағы ауырсынудың себебін тандаңыз.
<variant> трабекулярлы микросынулар
<variant> периартикул тіндерде зәр қышқылы тұздарының шөгуі
<variant> буын саңылауының тарылуы
<variant> шеміршек метаболизмінің бұзылысы
<variant> бұлшық еттер гипотрофиясы
<question>РА глюкокортикостероидтармен жүйелі емдеу көрсетпелерін тандаңыз.
<variant> ревматоид артритінің жүйелі зақымданулармен ауыр ағымы
<variant> ревматоид артриті, баяу үдемелі ағымды
<variant> ревматоид артриті I дәрежелі белсенділігі
<variant> ревматоид артриті II дәрежелі белсенділігі
<variant> ревматоид артриті қант диабетімен біріге кездескенде
<question>Тұжырым тандаңыз.48 жастағы әйел адам құлақ маңы безі аумағындағы түзілімнің пайда болуына шағымданды. Соңғы 5-6 аптада ауызының құрғауы, көзінде бөгде дененің болуы сезімі, жарықтан қорқу, көзінде жастың болмауы, субфебрилитет, кезеңді полиартралгия пайда болды,
<variant> Шегрен ауруы
<variant> Шарп синдромы
<variant> Фелти синдромы
<variant> Уиппл ауруы
<variant> Такаясу ауруы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, бейспецификалық аортоартериитте зақымдалады:
<variant> ірі артериялар
<variant> орта калибрлі артериялар
<variant> веналар
<variant> ұсақ калибрлі артериялар

<variant> капиллярлар
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, Геберден түйіндері дегеніміз:
<variant> соңғы фалангалардың эпифиздерінің шеттік сүйектік өсінділері (сүйек тасуы)
<variant> буынның сүйектік негізіне, шеміршектер мен сіңірлерге зәр қышқылы кристаллдарының шөгуі
<variant> құрамында липиді бар гистиоциттермен және алып клеткалармен дерманың, синовий қабықшасының инфильтрациясы
<variant> тері асты клетчаткасының ошақты некрозы және созылмалы қабынуы
<variant> тері асты клетчаткасында, бұлшық еттерде кальций тұздарының шөгуі
<question>Қатерлі ісікпен қатарласа жиі кездесетін патологияны таңдаңыз.
<variant> дерматомиозит
<variant> ЖҚЖ
<variant> склеродермия
<variant> түйінді полиартериит
<variant> Бехчет синдромы
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, ревматоидты артрите келесі синдромға сілекей және жас бездерінің зақымдалуы тән:
<variant> Шегрен
<variant> Каплан
<variant> Фелти
<variant> Рейтер
<variant> псевдосепсистік
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, ревматоидты артритте осы синдром өкпенің зақымдалуымен сипатталады:
<variant> Каплан
<variant> Фелти
<variant> Шегрен
<variant> Рейтер
<variant> псевдосепсистік
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, Бехтерев ауруының диагноздық критерийі:
<variant> антиген HLA B 27
<variant> ревматоидты фактор 1:32 жоғары
<variant> LE жасушалары
<variant> антинуклеустік антиденелер
<variant> гиперурикемия
<question>Вегенер гранулематозына тән Дұрыс тұжырым таңдаңыз:
<variant> мұрын- жұтқыншақтың жаралы-некроздық зақымдануы
<variant> этиологиясы HBs антигенмен байланысты
<variant> ірі калибрлі артериялардың зақымдануы
<variant> қан антинуклеустік факторының жоғары титрі
<variant> кортикостероидтар таңдамалы препараттар болып табылады
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, тофустар дегеніміз –
<variant> тіндерде зәр қышқылы тұздарының жиналуы
<variant> остеофиттер
<variant> қабыну гранулемалар
<variant> теріасты клетчаткасының тығыздалуы
<variant> кальцинаттар

<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, осы белгі РА тән диагноздық критерийге жатады:
<variant> 6 апта бойы 1 сағаттан астам таңертеңгілік сіреспенің болуы
<variant> екі жақты сакроилеит
<variant> зақымданудың асимметриялылығы
<variant> сақиналы эритеманың болуы
<variant> 2 апта ішіндегі 3 және одан да көп буындардың артриттері
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, осы деррттерді дәнекер тінінің диффузды ауруларына жатқызады:
1. Жүйелі қызыл жегі
2. Рейно синдромы
3. Шегрен синдромы
4. Жүйелі склеродермия
5. Дерматомиозит
<variant> 1,3,4,5
<variant> 1,2,3
<variant> 2,3
<variant> 4,5
<variant> 1,2,3,4
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз, подагралық артритке тән:
1. жедел басталу
2. ауырсынудың тез күшеюі
3. буын үстіндегі терісінің гиперемиясы
4. буынның ісінуі
5. буын қызметінің бұзылысы.
<variant> 1,2,3,4,5
<variant> 3,4,5
<variant> 2,4,5
<variant> 1,3
<variant> 4,5
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз, жүйелі қызыл жегідегі жүрек зақымдалулары:
1. Инфаркт
2. Миокардит
3. Перикардит
4. Эндокардит
5. Коронариит
<variant> 2,3,4,5
<variant> 1,2,4,5
<variant> 1,2,3,4,5
<variant> 2,3,4
<variant> 2,3
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз, тіс түбінің кариесі неғұрлым тән дерт:
<variant> Шегрен синдромы
<variant> Бехчет синдромы
<variant> Рейтер синдромы
<variant> Шарп синдромы
<variant> Гудпасчер синдромы

<question>Мәліметтерді саралап, пациенттің асқынуын саралап, тұжырым тандаңыз: миокард инфарктіне ұшыраған ер кісіде интенсивті ангинозды синдром, тахикардия, АҚ күрт төмендеуі, қылдай пульс.
<variant> кардиогенді шок
<variant> жүрек аневризмасы
<variant> өкпе шемені
<variant> аутоиммунды Дресслер синдромы
<variant> миокард инфарктінің рецидиві
<question>Диагнозын нақтайтын лабораториялық көрсеткішті тандаңыз: 38 жастағы ер кісі төс артының интенсивті, ұзақтығы 2 сағаттан аса, нитроглицеринмен басылмайтын ауыруына шағымданды. ЭКГ: ST сегменті 2 мм ығысқан, Т тісшесі теріс.
<variant> кардиоспецификалық ферменттердің жоғарылауы
<variant> холестерин, триглицеридтердің жоғарылауы
<variant> трансаминазалардың жоғарылауы
<variant> сілтіліфосфатаза, ГГТП жоғарылауы
<variant> азотемия
<question>Жағдайға баға беріңіз, асқынуын тандаңыз: 56 жастағы пациент клиниканың қабылдау бөліміне: миокардтың алдыңғы-перделік, ұшына жайылған қайталанған инфаркті диагнозымен жеткізілді. Об-ті: жағдайы ауыр, қуқыл, суық тер, акроцианоз, өкпесінің төменгі бөліктерінде ылғалды үнсіз сырылдар. ЖЖС 110 мин. АҚ 80/60 мм сын. бағ. Пульсі әлсіз, олигурия, науқас қозған күйде.
<variant> кардиогенді шок, торпидті фаза
<variant> кардиогенді шок, эректильді фаза
<variant> жедел соматогенді психоз
<variant> жедел сол қарыншалық шамасыздық, өкпе шемені
<variant> транзиторлы гипотензия
<question>Дұрыс тұжырымын тандаңыз. Миокардтың жедел инфарктімен дертті науқасты ұзақ уақыт қимылдатпағанда дамуы мүмкін асқынуды анықтаңыз:
<variant> тромбоэмболиялық асқынулар
<variant> жүрек шамасыздығы
<variant> брадикардия
<variant> артериялық гипертензия
<variant> жүректің систолалық көлемінің төмендеуі
<question>Дәрігерлік тактиканы таңдаңыз, сізді үйге шақырды: 40 жастағы ер кісіде жұмыстан қайтқанда, өмірінде бірінші рет төс артында орналасқан, сол жауырынына тарайтын ауырсыну дамыды, тоқтағанда, үйіне жеткенде ауырсыну жойылады, баспалдақпен көтерілгенде қайталанады. АҚ 135/80 мм сын. бағ., пульсі 90 мин. Басқа жүйелері мен ЭКГ патология жоқ.
<variant> шұғыл госпитализацияны ұйымдастыру
<variant> анальгетиктер салу
<variant> кардиологконсультациясын ұсыну
<variant> нитраттар мен бета-адреноблокаторлар тағайындау
<variant> жоспарлы госпитализацияны ұйымдастыру
<question>Миокардтың аурсынусыз ишемиясына тән дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз:
<variant> екі тәуліктік ЭКГ мониторлауда анықталады
<variant> миокардтың инфаркті және/немесе стенокардиясы жоқ адамдарда болмайды
<variant> миокардтың ауырсынулы ишемиясына қарағанда қауіпсіздеу
<variant> тек нитраттармен емделеді

<variant> стенокардия дамығанға дейін емді қажет етпейді
<question>Науқас жағдайын жақсартатын тактиканы таңдаңыз: 37 жастағы ер кісіні жүрек аймағының шаншып ауыруы, басының ауыруы, әлсіздік, кейде құрысулар, шөлдеу, диурезінің күшеюі. 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> жоспарлы операциялық ем
<variant> I_1 имидазолин рецепторларыныңагонистері
<variant> селективтіβ-адреноблокаторлар
<variant> ангиотензин АФ ингибиторлары
<variant> дигидропиридиндікальцийантагонистері
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. Гормондар өндірілуінің тапшылығынан дамитын артериялық гипертензияға жатқызады:
<variant> артериялық гипертензия, қантты диабеттегі
<variant> артериялық гипертензия, Конн синдромындағы
<variant> артериялық гипертензия, гиперпаратиреоздағы
<variant> артериялық гипертензия, феохромоцитомадағы
<variant> артериялық гипертензия, Иценко-Кушинг ауруындағы
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. Қатерлі гипертензия белгілеріне жатпайды:
<variant> лабильді АҚ
<variant> систолалық күш түсудің ЭКГ тіркелуі
<variant> диастолалық қысым 130 мм сын. бағ. жоғары
<variant> әдетті антигипертензиялық дәрмектерге тұрақты АҚ
<variant> көз түбі торының айқын гипертензиялық ангиопатиясы
<question>Жағдайының нашарлау себебін бағалаңыз. 65 жастағы эссенциаль артериялық гипертензиясымен дертті, өз шешімімен тек коринфар қабылдап жүрген ер кісіде, бірнеше сағат бұрын АҚ 225/115 мм сын. бағ. дейін жоғарылады. Бас ауыруы, айналуы, оң қолында әлсіздік, құсу дамыды.
<variant> инсульт
<variant> антигипертензиялық ем жеткіліксіз болған
<variant> егде кісілер АГ ерекшелігі
<variant> бас миының веналық шамасыздығы
<variant> миокардтың жедел инфаркті
<question>Науқастың нысана органдарының зақымдануын нақтылайтын зерттеу әдістерін қолданыңыз: 57 жастағы ер адамның соңғы жылдары артериялық қысымы жоғарылап, емханада зерттелуде.
<variant> ЭКГ, допплер ЭхоКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> велоэргометрия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> сцинтиграфия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> рентгенография, велоэргометрия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту
<variant> вентрикулография, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<question>Тактиканы таңдаңыз: АҚ белсенді төмендету қажеттілігі бар ма? 62 жастағы ер кісіде АҚ 220/100 мм сын. бағ. дейін жоғарылады, басының қатты ауыруы негізінде тынысының тарылуы, қатты ентігу, ауа жетпей сезімі қосылды. Өкпесінің төменгі бөліктерінде майда көпіршікті ылғалды сырылдар дамыды. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, ЖЖС 100 мин.
<variant> иә, себебі бұл жағдай өмірге қауіп тудырады
<variant> жоқ, себебі бұл науқас егде жаста

<variant> жоқ, себебі бұл жағдай өмірге қауіп тудырмайды
<variant> жоқ, себебі бұл жағдай өкпелік патологияның көрінісі
<variant> иә , себебі бұл егде жастағы науқастарға АҚ тез төмендеду керек
<question>Шешуші тексеруді анықтаңыз: 30 жастағы ер кісі, естен танумен қабаттасатын төс артындағы сығып ауырсынуға шағымданды. Анамнезінде ревматизм. Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты, Боткин-Эрб пен оң II к/а диастолалық шу, ЖСС 88 мин. АҚ 150/40 мм сын. бағ. ЭКГ: СҚГ. Т тропонині өзгермеген.
<variant> эхокардиография
<variant> электроэнцефалография
<variant> вентрикулография
<variant> коронароангиография
<variant> ЭКГтәуліктік мониторлау
<question>Ең ұтымды тактиканы таңдаңыз. 30 жастағы, митральді стенозы бар жүкті әйелде жүктілігінің соңғы айында солқарыншалық жедел ісінулер қайталана берді.
<variant> комиссуротомия мен кесар тілігін шұғыл, бір мезгілде жасау
<variant> жүктілігін табиғи жолмен үзу
<variant> жүрек гликозидтері мен диуретиктерді тағайындау
<variant> кесар тілігінен соң сол қарыншалық шамасыздығын дәрмектермен емдеу
<variant> босану уақытына дейін төсектік тәртіп тағайындау
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз . Жүректің тума ақауы турасындағы Тұжырым таңдаңыз. 13 жастағы қыз баланы объективті тексергенде: жоғарғы шегінің жоғары ығысуы, жүрек мықынының жойылуы; аускультацияда жүрек ұшында диастолалық шу, төстің сол қырымен III к/а систолалық шу естілді. ЭКГ: оң жүрекше мен қарыншаның гипертрофиясы.
<variant> тума ақау – Лютамбаше синдромы: сол атрио-вентрикул тесігінің стенозы мен жүрекше аралық перденің дефекті
<variant> Толочинов-Роже ауруы (қарынша аралық перденің жоғарғы және төменгі бөліктерінің дефекті)
<variant> тума ақау –Эйзенменгердің кешені (аорта декстрапозициясы мен қарынша аралық перденің дефекті)
<variant> тума ақау –Фаллоның тетрадасы
<variant> ашық артериялық өзек (Боиаллов өзегі)
<question>Дұрыс тұжырымын таңдаңыз. ӨСОА бар науқастарда жеделдеу өкпе текті жүректің өкпе артериясының тромбтық эмболиясы арқылы дамуында шешуші маңызы бар себеп:
<variant> полицитемия (екіншілік эритроцитоз) мен қан тұтқырлығының артуы
<variant> тыныс шамасыздығы (екіншілік эритроцитоз) мен гипоксия
<variant> кіші қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысы (Китаев рефлексімен)
<variant> үлкен қанайналым шеңберінде гемодинамиканың бұзылысы, гептомегалия, аяқтарының ісінуі
<variant> аяқ веналарының варикозды кеңеюі, рецидивтеуші тромбоэмболия
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз. Кенет жүректік өлімнің алдын алу мақсатында ЖДП дәрігері келесі патологияларды анықтауы керек:
<variant> анамнезінде синкопалық жағдайлары бар; ЭКГ өзгерістері бар (Бругада синдромы, WPW, QT интервалы ұзарған) жас пациенттерді
<variant> синустық тахикардиясы мен бірлі-екілі қарыншалық ЭС бар жас пациенттерді
<variant> Гис шоғыры оң аяғының толық емес блогі бар жас пациенттерді
<variant> жүрекшелік және қарыншалық бірлі-екілі ЭС бар жас пациенттерді

<variant> билиарлы-кардиальді синдромы гастер-эзофагтік рефлюкстен дамыған жас пациенттерді
<question>Дұрыс тұжырым таңдаңыз. Морганьи – Адамс – Стокс синдромы ... жағдайда дамиды.
<variant> Толық атриовентрикул блокадасында
<variant> Жүрекшелер жыбырында
<variant> Қарынша үстілік тахикардиясында
<variant> Үдемелі түйінді ырғақта
<variant> Қарыншалық экстрасистолияда
<question>Диагнозды дәлелдейтін әдісті таңдаңыз. 32 жастағы науқас қабылдауға таңертең пайда болатын кеудесіндегі дискомфортқа, жүректің мезгілдік шалыс соғуына шағымданып келді. Кардиология бөлімінің дәрігері вазоспазмдық стенокардиядан күмәнданды.
<variant> Тәуліктік ЭКГ мониторлау
<variant> Тыныштықтағы Электрокардиограмма
<variant> Тынышықтықтағы эхокардиография
<variant> кеуде клеткасы мүшелерінің рентгенографиясы
<variant> жүректің магниттік-резонансты томографиясы
<question>Жағдайды бағалап, болжам диагноз қойыңыз. Жалпы тәжірибелік дәрігердің қабылдауына жүктілік мерзімі 16-17 апталық 27 жастағы науқас келді, басының ауырсынуына, әсіресе шүйде бөлімінің ауырсынуына, бас айналуына, кейде жүрек айнуына шағымданды. Шағымдары алғаш 3 күн бұрын дамыған. Созылмалы аурулары жоқ. Физикалық қарау кезінде есі анық, аяқ бастарының ісінуі, жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. АҚ 160/100 мм сын. бағ. ЖСС 90 мин. Қанның жалпы анализінде, биохимиялық анализде (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, тромбоциттер деңгейі) қалыпты. Зәрде протеинурия 0,1 г/л. Құрсақішілік ұрықтың жағдайы қанағаттанарлық.
<variant> созылмалы артериялық гипертензия
<variant> жеңіл дәрежелі преэклампсия
<variant> гестациялық артериялық гипертензия
<variant> жүктілердің симптомсыз бактериуриясы
<variant> гестациялық пиелонефрит
<question>Диагнозды дәлелдейтін аспаптық зерттеу әдісін таңдаңыз. 32 жастағы науқас қабылдауға кеудесінде дискомфортқа, таңертең пайда болатын жүректің мезгілдік шалыс соғуына шағымданып келді. Жалпы тәжірибелік дәрігер науқаста вазоспазмдық стенокардияға күмәнданды.
<variant> ЭКГ тәуліктік мониторлау
<variant> Тыныштықтағы электрокардиограмма
<variant> Тынышықтықтағы эхокардиография
<variant> кеуде клеткасы мүшелерінің рентгенографиясы
<variant> жүректің магниттік-резонансты томографиясы
<question>Дұрыс шешім таңдаңыз, жалпы тәжірибелік дәрігердің қай жағдайда науқасты ЭКГ жолдайтынын және скринингтік қараудың нәтижелерінен қажет болса кардиологтың кеңесіне жіберетінін шешіңіз.
<variant> жүрек-қантамыр ауруларының екі немесе одан да көп қауіп факторлары болса
<variant> Кетле индексі 25-тен жоғары болса
<variant> бел диаметрі ерлерде 94 см, әйелдерде 80 см асса
<variant> анамнезінде алкагольді шектен тыс қабылдауы анықталса
<variant> шылымқор индексі жоғары болса

<question>Антигипертензиялық дәрмектердің БСА бар науқастарда жүрек-тамырлық асқынулардың алдын алу үшін тағайындалатын тобын таңдаңыз.
<variant> ААФ ингибиторлары
<variant> тиазидті диуретиктер
<variant> селективті бета-блокаторлар
<variant> кальций каналдарының блокаторлары
<variant> селективті емес бета-блокаторлар
<question>Амбулаториялық жағдайда диагнозды дәлелдеуге көмектесетін зерттеу әдісін қолданыңыз. Дәрігердің қабылдауына 12 жастағы ер бала жедел миокардитке күдікпен келді.
<variant> эхокардиография
<variant> қанның биохимиялық анализі
<variant> велоэргометрия
<variant> ЭКГ және АҚ тәуліктік мониторлау
<variant> тропониндік сынама
<question>Науқасқа тағайындалатын қосымша зерттеу әдісін қолданыңыз. Сізді 32 жастағы науқасқа қабылдау бөліміне шақырды. Науқас таңертең жүгіріп жүргенде есінен танып қалған. ЭКГ: I,AVL, V2-V6 тіркемелерінде Т тісшесінің терең инверсиясы. Анамнезінде төс артының ауыруы және ентігу ешқашан мазаламаған. Сіздің болжама диагнозыңыз гипертрофиялық кардиомиопатия.
<variant> доплер-эхокардиография
<variant> холтерлік мониторлау
<variant> стресс-эхокардиография
<variant> коронарография
<variant> велоэргометрия
<question>Асқынуын дәлелдеу мақсатында ең қажетті зерттеу әдісін таңдаңыз.Науқас 45 жаста, шұғыл терапия палатасына миокардтың алдыңғы қабырғасының жедел инфаркті диагнозымен түсті. АҚ 150/100 мм сын.бағ., ЖСС 100 мин. Екі күннен кейін қысқа уақыттық ентігуге шағымданды. АҚ 100/70 мм сын.бағ., ЖСС 120 мин., ТЖ 32 мин. Өкпенің төменгі бөліктерінде ылғалды сырылдар пайда болды. Төстің төменгі үштігінде голосистолалық шу, шоқырақ ырғағы дамыды.
<variant> эхокардиография
<variant> 12 тіркемелі электрокардиограмма
<variant> өкпе рентгенографиясы
<variant> өкпе артериясының сыналану қысымын өлшеу
<variant> Артериялық қандағы газдарды зерттеу
<question>Дұрыс тактиканы таңдаңыз. Науқас 50 жаста, әдеттегі медициналық тексерілуге келді. Шағымдары жоқ. Қарап тексергенде: АҚ 160/100 мм сын.бағ, ЖСЖ 72 минуту, ырғақты, дене қызуы қалыпты. Көз түбінің қан тамырларын зерттегенде артериолалардың тарылуы және иректелуі байқалды. Кеуде қуысында айтарлықтай өзгерістер жоқ. Жүрек ұшы түрткісі күшейген, басқа физикалық зерттеулерде ауытқулар жоқ. ЭКГ: сол қарынша гипертрофиясы. ҚЖА, НЖА өзгерістер жоқ.
<variant> АГД беріп, қауіп факторлары мен нысана органдардың зақымдануын анықтайтын зерттеулер тағайындау
<variant> қауіп факторлары мен нысана органдардың зақымдануын анықтау үшін ауруханаға тексерілуге порталмен жіберу
<variant> антигипертензиялық дәрілерді шұғыл тағайындау, ауруханаға тексерілуге порталмен жіберу

<variant> "эсенциаль АГ" диагнозын қойып, амбулаториялық жағдйда ем тағайындау
<variant> үш күн сайын АҚ өлшеп, науқасты бақылау
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Кардиогенді шокқа тән емес белгілер:
А. өкпе шемені (отек легких)
Б. олигоурия
В. диффузды жылы цианоз
Г. полиурия
Д. гипотония
<variant> В, Г
<variant> А, Б
<variant> А, В
<variant> В, Д
<variant> Г, Д
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Жүрек миокардының зақымданғанын келесі көрсеткіштер білдіреді:
А. МВ КФК титрінің көбеюі
Б. тропониндердің көбеюі
В. АЛаТ көбеюі
Г. ВВ КФК титрінің көбеюі
Д. Гиперпротеинемия
<variant> А, Б
<variant> А, В
<variant> Б, В
<variant> В, Г
<variant> В, Д
<question>Артериялық гипертензияны ұзақ уақыт емдеуге қолданылатын дәрмектерді таңдаңыз: Науқаста подаграның бүйрек-буындық түрі бар, АҚ көтеріледі.
А. моноприл (фозиноприл)
Б. нормодипин
В. пентамин
Г. гипотиазид
Д. лозартан
<variant> А, Б, Д
<variant> Б, В, Г
<variant> А, В, Г
<variant> В, Г, Д
<variant> А, Г, Д
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Бета-адреноблокаторларды қолдануға болмайтын жағдайлар:
А. III дәрежелі AV блокада
Б. пароксизмдік тахикардия
В. кардиогенді шок
Г. жүрекшелер фибрилляциясы
Д. II-III дәрежелі синоаурикулдік блок
<variant> А, В, Д
<variant> А, Б, В
<variant> Б, В, Г

<variant> В, Г, Д
<variant> А, Г, Д
<question>Дұрыс тұжырымдарды таңдаңыз. Тромболизистік терапия жүргізуге абсолютті қарсы көрсетпелерді белгілеңіз:
А. қан кету
Б. қолқаның сылыну аневризмасы
В. жақында ғана болған ми сауыты-мидың жарақаты
Г. геморрагиялық инсульт
Д. ӨАТЭ (ТЭЛА)
<variant> А, Б, В, Г
<variant> А, Б, Г, Д
<variant> Б, В, Г, Д
<variant> А, В, Г, Д
<variant> А, Б, В, Д
<question>Перикард қуысына сұйықтықтың жиналғанын анықтайтын ең тиімді зерттеуді таңдаңыз:
<variant> ЭхоКГ
<variant> ЭКГ
<variant> ЭКГ с нагрузкой
<variant> пробы с атропином
<variant> рентгенографии органов грудной клетки
<question>Гипертрофиялық кардиомиопатия диагнозының ең маңызды зерттеуін таңдаңыз:
<variant> ЭхоКГ
<variant> ЭКГ
<variant> ФКГ
<variant> Кеуде сарайы органдарының рентгенографиясы
<variant> ВЭМ-проба
<question>Коморбустық жағдайын ескере келе, науқасқа тағайындайтын топты таңдаңыз. Науқас 50 жаста ұзақ уақыт бронхтық астмамен ауырады. Үш жыл барысында АҚ жоғарылауына байланысты мезгіл-мезгіл каптоприл қабылдайды. Соңғы жылдары АҚ деңгейі тұрақты 130\90-140\90 мм сын. бағ. Бұдан басқа төс артындағы ауыру сезімдері қосылды, ол стенокардия деп бағаланды .
<variant> кальций антагонистері
<variant> диуретиктер
<variant> в-адреноблокаторлар
<variant> нитраттар
<variant> а-адреноблокаторлар
<question>Дұрыс вариант таңдаңыз. Тахи-брадикардия фонында аз уақытқа есінен тану, тынысының, пульсі мен қан қысымының болмауы, терісінің бозғылттануы, құрысулар, өз бетімен кіші дәретінің жіберілуі мен дефекация және жағдайының бастапқы қалпына өздігімен келуі келесі жағдайға тән:
<variant> Морганьи-Эдамс-Стокс ұстамасына
<variant> Қарыншалардың фибрилляциясына
<variant> Гипергликемиялық жағдайға
<variant> Эпилепсиялық статусқа
<variant> Ортостаздық коллапсқа

<question>Дұрыс тактиканы таңдаңыз: Емханада 38 жастағы науқас төс артының күшті ауырғандығына шағымданды. ЭКГ жедел миокард инфарктінің белгілері бар.

<variant> кардиологиялық бөлімге жедел госпитализациялау үшін жедел жәрдем шақырту, ауырсыну синдромымен күресу
<variant> кардиологиялық бөлімге жедел госпитализациялау ға жедел жәрдемді шақырып, күту
<variant> науқасты зерттеулерден өткізу (қан анализі, холестерин), соңынан госпитализациялау
<variant> ауырғандықты басып, емханалық жағдайда емін жалғастыру
<variant> емхананың күндізгі стационарына жедел жатқызып, емдеу
<question>Дұрыс тұжырымды белгілеңіз.Саркоидоздың I сатысымен дифференциялау қажет нозобірлік:
<variant> кеуде-ішілік лимфатүйіндерінің туберкулезі
<variant> диссеминацияланған туберкулез
<variant> ошақты туберкулез
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> фиброзды-каверналық туберкулез
<question>Туберкулездік менингитпен асқынуы мүмкін туберкулездің клиникалық түрін таңдаңыз:
<variant> диссеминацияланған туберкулез
<variant> инфильтрациялық туберкулез
<variant> ошақты туберкулез
<variant> каверналық туберкулез
<variant> цирроздық туберкулез
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Жөтеліп келген, анамнезінде кондиционерлері бар пансионаттарда, қонақ үйлерде болған; диареясы, айқын интоксикациясы, фебрильді қызбасы бар; лимфоцитопениялы лейкоцитоз анықталған және рентгендік тексерумен өкпенің тығыздалу синдромы нақталған науқастар пневмониясының этиологиясы:
<variant> легионелла
<variant> хламидий
<variant> микоплазма
<variant> пневмококк
<variant> стафиллококк
<question>Зерттеу жоспарын таңдаңыз. Науқас 22 жаста, терапевтке кешкі уақытта дене қызуының 37,7° дейін жоғарылауына, тершеңдік, әлсіздік, мазасыздық, 2 апта шамасында қақырықпен жөтелге, кеуде қуысының оң жақты ауыруына, салмақ жоғалтуына шағымданып келді.
<variant> МБТ қақырықты зерттеу, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Бронхоскопия, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, бронхоскопия
<question>Ем тактикасын анықтаңыз. Әйел 47 жаста, 2 апта бойы қиын бөлінетін шырышты-іріңді қақырықты жөтел және түнгі уақыттағы ұстамалы құрғақ жөтел, дене қызуының 37,8°С дейін жоғарылауы мазалайды. Қарап тексергенде: ТЖ 22 мин, өкпесінде қатаң тыныс, шашыраңқы құрғақ ызыңдаған сырылдар. Рентгенде өкпе суретінің күшеюі анықталды.
<variant> рокситромицинмен амбулаториялық емдеу
<variant> күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу

<variant> пефлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, ровамицин
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, левофлоксацин
<question>Тактикасын анықтаңыз. 55 жастағы әйелде жүрек аймағында физикалық күштемеге байланыссыз, нитроглицеринмен басылатын сығып ауырсыну дамиды. Аяқ веналарының варикозды кеңеюінен зардап шегеді. АҚ 160/90 мм сын. бағ. дейін жоғарылап тұрады. 12 тіркememен түсірген ЭКГ патология жоқ.
<variant> Шұғыл госпитализациялау, коронароангиография
<variant> Кардиологтың жоспарлы кеңесі, велоэргометрия
<variant> Шұғыл госпитализациялау, обзиданмен күш түсіру сынамасы
<variant> Тәуліктік мониторлау, соңынан дәрмектік коррекция
<variant> Қан ферменттерін динамикада тексеру, кардиолог кеңесі
<question>Соңғы жылдары артериялық қысымы жоғарылап жүрген 57 жастағы ер адам емханада зерттелуде. Науқастың нысана органдарының зақымдануын нақтылайтын зерттеу әдістерін ұсыныңыз:
<variant> эхокардиография, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> велоэргометрия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> сцинтиграфия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<variant> рентгенография, велоэргометрия, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту
<variant> вентрикулография, ЭКГ, көз түбін окулисте тексерту, НЖА, қан креатинині
<question>Зерттеу жоспарын таңдаңыз. Науқас 25 жаста, терапевтке кешкі уақытта дене қызуының 37,7° дейін жоғарылауына, тершеңдік, әлсіздік, мазасыздық, 2 апта шамасында қақырықпен жөтелге, кеуде қуысының оң жақты ауыруына, салмақ жоғалтуына шағымданып келді.
<variant> МБТ қақырықты зерттеу, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Бронхоскопия, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, бронхоскопия
<variant> Плевра қуысын ультрадыбыстық зерттеу, рентгенография
<question>Ем тактикасын анықтаңыз. Әйел 50 жаста, 2 апта бойы қиын бөлінетін шырышты-іріңді қақырықты жөтел және түнгі уақыттағы ұстамалы құрғақ жөтел, дене қызуының 37,8°С дейін жоғарылауы мазалайды. Қарап тексергенде: ТЖ 22 мин, өкпесінде қатаң тыныс, шашыраңқы құрғақ ызыңдаған сырылдар. Рентгенде өкпе суретінің күшеюі анықталды.
<variant> рокситромицинмен амбулаториялық емдеу
<variant> күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу
<variant> пефлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, ровамицин
<variant> терапевтік бөлімге госпитализациялау, левофлоксацин
<question>Тактикасын анықтаңыз. 60 жастағы әйелде жүрек аймағында физикалық күштемеге байланыссыз, нитроглицеринмен басылатын сығып ауырсыну дамиды. Аяқ веналарының варикозды кеңеюінен зардап шегеді. АҚ 160/90 мм сын. бағ. дейін жоғарылап тұрады. 12 тіркememен түсірген ЭКГ патология жоқ.
<variant> Шұғыл госпитализациялау, коронароангиография
<variant> Кардиологтың жоспарлы кеңесі, велоэргометрия
<variant> Шұғыл госпитализациялау, обзиданмен күш түсіру сынамасы
<variant> Тәуліктік мониторлау, соңынан дәрмектік коррекция
<variant> Қан ферменттерін динамикада тексеру, кардиолог кеңесі

<question>31 жастағы ер кісіде: дене қызуының 39^0С көтерілуі, балтыр бұлшықеттерінің ауыруы, ірі буындарының ауыруы, парестезиялар, жүрек қағуы, ентігу, қатты жүдеу, жалпы әлсіздік бар. Өзін үш ай бойы науқас санайды, жедел пневмониямен ауырған. Об-ті: гипостеник, терісі қуқыл, Қар (плечевая) артериясының бойымен майда түйіншелер пальпацияланды. Өкпесінде әлсіз везикулалық тыныс. Жүрек тондары әлсіреген, ырғақсыз, ЭС. АҚ 190/110 мм сын. бағ. ЖЖС 92 мин. ҚЖА: Нв 115 г/л, лейк. $10x10^9$/л. ЭТЖ 40 мм/сағ. НЖА: эритроцитурия (ескірген). Диагнозын нақтаңыз.
<variant> жүйелі васкулит: түйінді (пери-)полиартериит (Куссмауль-Майер ауруы)
<variant> жүйелі васкулит: бейспецификалық аортаартериит (Такаясу ауруы)
<variant> жүйелі васкулит: Шенлейн-Генох пурпурасы
<variant> жүйелі васкулит: Вегенер гранулематозы
<variant> жүйелі васкулит: облитерациялаушы тромбангиит (Бюргер ауруы)
<question>Асқынуын анықтаңыз: 64 жастағы миокардтың жедел инфарктін басынан өткерудегі науқаста, 4 аптада кеуде қуысында ауырсыну сезімі, қызба, перикард үйкеліс шуы, ЭТЖ жоғарылауы дамыды, ЭКГ динамикада өзгеріссіз.
<variant> аутоиммундық асқыну – Дресслер синдромы
<variant> миокардтың жыртылуы (жүрек жарылуы)
<variant> миокардтың некроз аймағының кеңеюі
<variant> идиопатиялық перикардит
<variant> қарыншалардың жүректік хордаларының үзілуі
<question>Жетекші синдромы мен болжам диагнозын анықтаңыз: 47 жастағы әйел кеуде сарайының сол жартысының күшті ауырсынуына, ауа жетпеу сезіміне, ауыруының сағаттарға жалғасатынына шағымданды. Өзін 2 жылдай науқас санайды, бірнеше рет кардиологтарда болып, ЭКГ түсірген, патология табылмаған, невролога емделген, нәтижесіз. Об-ті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, салмағы артық (дене массасының индексі 33). Омыртқа жаны нүктелері омыртқа жотасының мойын, кеуде бөліктерінде ауырады, қабырға аралықтарына тарайды, бұлшықеттер дефансы бар. Жүрек шектері солға ығысқан. АҚ 135/85 мм сын. бағ. Шұғыл түсірген ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖСС 78 мин. ЖЭӨ горизонталь. Сол қарынша гипертрофиясының белгілері ($R_{v5,v6}>R_{v4}$).
<variant> дископатия – торакалгия, омыртқа аралық остеохондроз, түбіртектік синдром
<variant> қабырғааралық бұлшық еттерінің ауырсынуы, миозит
<variant> қабырғааралық бұлшық еттерінің ауырсынуы, Зостер ұшығы
<variant> торакалгия, Бехтерев ауруы
<variant> жүрек алды аймағының ауырсынуы, Титце синдромы
<question>Асқынуын көрсетіңіз: миокард инфарктіне ұшыраған ер кісіде интенсивті ангинозды синдром, тахикардия, АҚ күрт төмендеуі, қылдай пульс.
<variant> кардиогенді шок
<variant> өкпе шемені
<variant> жүрек аневризмасы
<variant> аутоиммунды Дресслер синдромы
<variant> миокардинфарктінің рецидиві
<question>Шешуші тексеруді анықтаңыз: 32 жастағы ер кісі, естен танумен қабаттасатын төс артындағы сығып ауырсынуға шағымданды. Анамнезінде ревматизм. Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты, Боткин-Эрб пен оң II қ/а диастолалық шу, ЖСС 88 мин. АҚ 150/40 мм сын. бағ. ЭКГ: СҚГ. Т тропонині өзгермеген.
<variant> эхокардиография
<variant> вентрикулография

<variant> коронароангиография
<variant> электроэнцефалография
<variant> ЭКГ тәуліктік мониторлау
<question>Жетекші синдромын, болжам диагнозын анықтаңыз: 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
<variant> вертеброгенді торакалгия, кеуде омыртқааралық остеохондроз
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокард инфаркті
<variant> торакалгия, құрғақ плеврит
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question>70 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.
<variant> экссудатты цитологиялық зерттеу
<variant> трансбронхтық пункция
<variant> онкомаркерлерге тексеру
<variant> магниттік-резонанстық томография
<variant> компьютерлік томография
<question>Фурункулезі бар 46 жастағы ер адам физикалық жүктемеден соң пайда болатын ентігу және жүрек қағуға, жалпы әлсіздікке шағымданды. Кешкі уақытта дене қызуының көтерілуі байқалады. Қарағанда: төменгі қабақтың конъюктивасының ауыспалы қатпарында ұсақ нүктелі бөртпелер бар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс, жүрек ұшында систолалық, II тыңдау нүктесінде диастолалық шулар. ЖЖС 102 мин, АҚ 110/60 мм сын. бағ. Жетекші синдромдары. Болжам диагнозы:
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Инфекциялық эндокардит
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Либман-Сакс эндокардиті
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Жедел ревматизмдік қызба
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Қайталанған ревматизмдік қызба
<variant> қызба, жүре дамыған қақпақтық ақау, васкулиттік. Жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы
<question>Диагнозын таңдаңыз: 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
<variant> кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезі
<variant> лимфогранулематоз
<variant> саркоидоз
<variant> тимома

<question>Жетекші синдромдарын және диагнозын таңдаңыз: 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
<variant> вертеброгенді торакалгия, кеуде омыртқааралық остеохондроз
<variant> коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокард инфаркті
<variant> торакалгия, құрғақ плеврит
<variant> коронарогенді емес кардиалгия, өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Өкпенің аспергиллезі сынды диагнозын қою үшін, өкпедегі келесі өзгерістің болуы есепке алынуы керек:
<variant> санацияланған ескі каверналардың
<variant> жаңа каверналардың
<variant> өкпеде өзгерістердің болмауы
<variant> қабынулық роцестің болуы
<variant> плевралық қуысты сұйықтықтың болуы
<question>Өкпе эмфиземасына ең тән рентгендік белгіні таңдаңыз:
<variant> өкпе ауалылығының артуы, суретінің кедейленуі
<variant> өкпе суретінің күшеюі және деформациясы
<variant> өкпе түбірлерінің кеңеюі
<variant> диффузды торлы диссеминация
<variant> диффузды түйінді диссеминация
<question>Сыртқы тыныс қызметінің көлемдік және жылдамдықтық көрсеткіштерін өлшеп, тексертетін тәсілді таңдаңыз –
<variant> спирометрия
<variant> томография
<variant> пиклофлоуметрия
<variant> биопсия
<variant> рентгеноскопия
<question>Тыныстың бірінші секундтағы екпіндетіп шығарған көлемін тексеретін қызметтік диагноздық әдісті таңдаңыз:
<variant> пикфлоуметрия
<variant> спирография
<variant> биопсия
<variant> топография
<variant> артроскопия
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. Науқас 42 жаста, шағымдары: жөтел іріңді қақырықпен, қалтырау, дене қызуы 40С, айқын улану белгілері. Обьективті және рентгендік зерттеулер өкпе тінінің іріңді-деструкциялық өзгерістерін – жұқа қабықты түзілімдердің пайда болғанын көрсетті.Бұл клиникалық көрініст тудыратын микроорганизм:
<variant> стафилококк
<variant> микоплазма
<variant> клебсиелла
<variant> аденовирус
<variant> пневмококк
<question>Дұрыс жауабын таңдаңыз.Түйіншектік полиартериит емінің негізін құрайтын топты белгілеңіз.

<variant> иммунодепрессанттар
<variant> ҚҚСЕД (НПВС)
<variant> аминохинолиндер
<variant> ангиопротекторлар
<variant> витаминдер
<question>Диагноздың бірінші кезеңінде келесі зерттеуді жүргізу керегін таңдаңыз:
Ер кісі 45 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.
<variant> Коронароангиография
<variant> Кеуде торының Р-графиясы
<variant> Эхокардиография
<variant> Холтер-Электрокардиография
<variant> Ұйқы артериясының допплер-сонографиясы
<question>Төмендегі шаралардың маңыздысын таңдаңыз. Науқас 22 жаста, терапевтке кешкі уақытта дене қызуының 37,7о дейін жоғарлауына, тершеңдік, әлсіздік, мазасыздық, 2 апта шамасында қақырықпен жөтелге,оң жақты кеуде қуысының ауруына, салмақ жоғалтуына шағымданып келді.
<variant> МБТ қақырықты зерттеу, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Бронхоскопия, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, жалпы шолу рентгенограмма
<variant> Спирография, бронхоскопия
<variant> Плевра қуысының ультрадыбыстық зерттеу, рентгенография
<question>Дұрыс тұжырымды таңдаңыз. 68 жастағы ер кісінің жүрек ұшында дене қалыбымен байланысты өзгеретін,тұрақсыз диастолалық шу анықталды. Соңғы жыл көлемінде естен танулар басталған. Бұл жағдайда болжауға болады:
<variant> сол жүрекшенің миксомасын
<variant> емізікше бұлшық еттің үзілуін
<variant> митральді қақпақтардың шамасыздығын
<variant> митральді стеноз
<variant> жүректің тума ақауларын