



БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

1Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы:7R01117«Анестезиология және реаниматология (ересектер, балалар)»

Пән коды: R-KKT

Пәннің атауы:Кардиологиядағы қарқынды терапия

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 9 кредит, 270 сағат

Курс және оқу семестрі: 3 курс

Әзірлеуші кафедра ассистенті:

Аблатаева Р.Б.

Кафедра меңгерушісі к. м. н доцент

Сейдахметова А.А.

Хаттама № 11 26 06 2025ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары	57/11 () 35беттің 2беті

Кардиологиядағы қарқынды терапия

АБ-1

1 – нұсқа

№ 1.

62 жастағы ер адам жедел жәрдем бригадасымен ОРИТ-ке жеткізілді. Шағымдары: 2 сағаттан бері тоқтамайтын төс артындағы қатты қысатын ауырсыну, сол иыққа, қолға және төменгі жаққа таралуы, ауа жетпеу сезімі, суық жабысқақ тер, айқын әлсіздік. Анамнезінде: артериялық гипертензия 18 жыл, 2 типті қант диабеті 10 жыл, дислипидемия, темекі шегу (40 пачка/жыл), 6 жыл бұрын төменгі қабырға инфарктын өткерген. Үйде нитроглицерин қабылдаған, әсері болмаған. Қарау кезінде: жағдайы өте ауыр, санасы сақталған, айқын мазасыз, терісі бозғылт, суық. АҚК 78/45 мм сын.бағ., ЖСЖ 118/мин, ТЖ 28/мин, SpO₂ 90% (оттегі маскасы 6 л/мин), диурез соңғы сағатта 15 мл. Өкпеде төменгі бөліктерде ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар, жүрек тондары бәсең. ЭКГ: II, III, aVF тіркемелерінде ST сегментінің көтерілуі, V1–V3 тіркемелерінде ST депрессиясы. ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның шығару фракциясы 30%, төменгі қабырғаның гипокинезиясы, өкпе артериясында қысым жоғарылаған. Зертханалық деректер: тропонин I айқын жоғары, лактат 6,1 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л, рН 7,28, ВЕ –8 ммоль/л. Сұрақтар: 1) бұл науқаста жағдайдың ауырлығын анықтайтын жетекші синдромды атаңыз, 2) алғашқы 30–60 минутта интенсивті терапияның негізгі мақсаттары қандай, 3) тыныс алуды қолдаудың қай әдісі осы кезеңде орынды және неге, 4) гемодинамикалық қолдау тактикасын қалай жоспарлайсыз, 5) жүргізіліп жатқан терапияның тиімділігін қандай клиникалық және зертханалық көрсеткіштер арқылы бағалайсыз.

№ 2.

70 жастағы әйел жедел түрде жеткізілді. Негізгі шағымдары: кенеттен дамыған тыныштықтағы ауыр ентігу, жатуға мүмкін еместік, тұншығу сезімі, қызғылт көпіршікті қақырықпен жөтел. Анамнезінде: дилатациялық кардиомиопатия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі IV функционалдық класс, тұрақты жүрекшелер фибрилляциясы, артериялық гипертензия, 5 жыл бұрын ишемиялық инсульт. Соңғы тәулікте шөлдеп, сұйықтықты шамадан тыс қабылдаған, диуретиктерді қабылдамаған. Қарау кезінде: ортопноэ, айқын мазасыздық, терісі көгерген, суық. АҚК 165/95 мм сын.бағ., ЖСЖ 132/мин (ырғақсыз), ТЖ 34/мин, SpO₂ 82% ауада. Өкпеде барлық алаңдарда көп мөлшерде ылғалды сырылдар, жүрек тондары аритмиялы. ЭКГ: жүрекшелер фибрилляциясы, қарыншалық жауап жиі. ЭхоКГ: шығару фракциясы 25%, айқын митралды регургитация, сол жақ жүрекше кеңейген. Қан газдары: рН 7,29, РаО₂ 52 мм сын.бағ., РаСО₂ 48 мм сын.бағ. Зертханалық деректер: BNP айқын жоғары, креатинин 178 мкмоль/л. Сұрақтар: 1) бұл жедел жағдайдың негізгі патофизиологиялық механизмі қандай, 2) науқас төсегінің жанында қандай шұғыл шаралар бірден орындалуы тиіс, 3) тыныс алуды қолдаудың қай стратегиясы тиімді және неге, 4) интенсивті терапияда қандай дәрілік топтар негізгі болып табылады, 5) науқастың жағдайының жақсаруы қандай белгілер арқылы анықталады.

№ 3.

54 жастағы ер адам жедел жәрдеммен жеткізілді. Шағымдары: кенеттен пайда болған жүрек қағуы, бас айналу, көздің қараюы, әлсіздік. Анамнезінде: ишемиялық жүрек ауруы, миокард инфарктынан кейінгі кардиосклероз. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы бұлыңғыр, терісі бозғылт, суық. АҚК 85/60 мм сын.бағ., ЖСЖ 190/мин, ТЖ 24/мин, SpO₂ 94% оттегімен. ЭКГ: кең кешенді, тұрақты тахикардия, QRS >140 мс. ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның шығару фракциясы 35%, айқын дилатация. Лаборатория: электролиттер қалыпты, тропонин айқын жоғары емес, лактат 3,9 ммоль/л. Сұрақтар: 1) ең ықтимал аритмия түрін атаңыз, 2) оның гемодинамикалық қауіптілігін қандай белгілер дәлелдейді, 3) науқас төсегінің жанында алғашқы тактика қандай болуы тиіс, 4)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары	57/11 () 35беттің 3беті

аритмияны тоқтату кезінде қандай асқынулар қаупін ескеру қажет, 5) жағдай тұрақтанғаннан кейін қандай бақылау және алдын алу шаралары маңызды.

№ 4.

28 жастағы ер адам әлсіздік, ентігу, кеуде тұсындағы қысатын ауырсынумен түсті. Ауру басталуынан 2 апта бұрын вирустық инфекциямен ауырған, қызба, тамақ ауруы болған. Соңғы 2 күнде ентігу үдеп, физикалық жүктемеге төзімділігі төмендеген. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы сақталған, АҚҚ 90/55 мм сын.бағ., ЖСЖ 115/мин, ТЖ 26/мин, SpO₂ 93%. Жүрек тондары бәсең, «галоп» ырғағы анықталады. ЭКГ: синусты тахикардия, ST–T өзгерістері. ЭхоКГ: глобальды гипокинезия, шығару фракциясы 25%. Зертханалық деректер: тропонин орташа жоғары, CRP жоғары, лактат 4,9 ммоль/л, метаболикалық ацидоз.

Сұрақтар: 1) бұл науқасты ОРИТ-ке жатқызудың негізгі синдромдық себебі қандай, 2) қандай дифференциалды диагноздармен салыстыру қажет, 3) интенсивті терапияның негізгі бағыттарын атаңыз, 4) механикалық қанайналымды қолдау қай жағдайда қарастырылады, 5) жағдай динамикасын бағалау үшін қандай параметрлерді тұрақты бақылау қажет.

№5.

60 жастағы әйел жедел түрде жеткізілді. Шағымдары: үдемелі ентігу, айқын әлсіздік, кеуде тұсында қысым сезімі. Анамнезінде: сүт безі обыры, соңғы айларда химиотерапия алған. Соңғы аптада ентігу біртіндеп күшейген. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы бәсең, АҚҚ 85/50 мм сын.бағ., ЖСЖ 120/мин, ТЖ 28/мин, SpO₂ 92%. Мойын көктамырлары кернелген, жүрек тондары айқын бәсең. ЭКГ: төмен вольтаж, электрлік альтернация белгілері. ЭхоКГ: айқын перикардальды сұйықтық, оң жақ жүрек қуыстарының диастолалық коллапсы. Лаборатория: лактат 5,3 ммоль/л, метаболикалық ацидоз.

Сұрақтар: 1) бұл науқаста ең алдымен қандай өмірге қауіпті диагнозды ойлау керек, 2) диагнозды растайтын негізгі клиникалық және эхокардиографиялық белгілерді атаңыз, 3) қандай шұғыл емдік шаралар дереу орындалуы тиіс, 4) инвазивті араласу кезінде анестезиолог-реаниматологтың рөлі қандай, 5) жүргізілген емнің тиімділігін қандай көрсеткіштер арқылы бағалайсыз.

Кардиологиядағы қарқынды терапия

АБ – 1

2 - нұсқа

№1.

58 жастағы ер адам 03:40-та жедел жәрдеммен ОРИТ-ке жеткізілді. Шағымдары: кенеттен басталған өте қатты, жіртқыш сипаттағы кеуде артындағы ауырсыну, ауырсынудың арқаға және жауырын арасына таралуы, айқын қорқыныш сезімі, әлсіздік, жүрек айну. Ауру басталғанға дейін толық сау жүрген. Анамнезінде: артериялық гипертензия 20 жылдан бері, гипотензивті препараттарды жүйесіз қабылдайды. Объективті қарау кезінде: жағдайы өте ауыр, санасы сақталған, мазасыз, терісі бозғылт, суық тер басқан. АҚҚ оң қолда 195/110 мм сын.бағ., сол қолда 150/90 мм сын.бағ., ЖСЖ 108/мин, ТЖ 24/мин, SpO₂ 96% ауада. Перифериялық пульс асимметриялы. Жүрек аускультациясында жаңа диастолалық шу анықталады. ЭКГ: жедел ишемия белгілері жоқ. ЭхоКГ: көтерілмелі қолқа аймағында интима жырттылуына күдік, перикард қуысында аз мөлшерде сұйықтық. КТ-ангиография: көтерілмелі қолқаның диссекциясы (Stanford A). Зертханалық деректер: Нв 134 г/л, креатинин 148 мкмоль/л, лактат 3,9 ммоль/л.

Сұрақтар: 1) бұл жағдайда өмірге тікелей қауіп төндіретін жетекші патофизиологиялық процесс қандай, 2) анестезиолог-реаниматолог ретінде алғашқы минуттардағы басты мақсаттарыңыз қандай, 3) гемодинамиканы бақылау мен түзетудің қандай принциптері қатаң сақталуы тиіс, 4) операцияға дейінгі интенсивті терапияда қандай қателіктер өлім қаупін арттырады, 5) науқастың жағдайын динамикада бағалау үшін қандай көрсеткіштер шешуші.



№2.

64 жастағы әйел кенеттен пайда болған қатты енгігу, кеуде тұсының ауырсынуы, жүрек қағуы шағымдарымен жеткізілді. Анамнезінде: төменгі аяқ веналарының терең тромбозы (2 апта бұрын), семіздік, варикозды ауру. Соңғы тәулікте аяқтарының ісінуі күшейген. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы сақталған, айқын мазасыз. АҚҚ 85/55 мм сын.бағ., ЖСЖ 132/мин, ТЖ 34/мин, SpO₂ 86% ауада. Терісі бозғылт-көгерген, мойын көктамырлары кернелген. Өкпеде тыныс әлсіреген, жүрек тондары тұйық. ЭКГ: синусты тахикардия, S1Q3T3 белгісі. ЭхоКГ: оң жақ қарыншаның айқын дилатациясы, трикуспидальды регургитация, өкпе артериясында қысым жоғары. Қан газдары: рН 7,31, РаО₂ 54 мм сын.бағ. Зертханалық деректер: D-димер айқын жоғары, лактат 5,1 ммоль/л, креатинин 162 мкмоль/л.

Сұрақтар: 1) бұл науқаста жетекші өмірге қауіпті синдром қандай, 2) өкпе эмболиясының массивті түрін қандай клиникалық және эхокардиографиялық белгілер дәлелдейді, 3) алғашқы сағаттағы интенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай, 4) тромболитикалық терапия туралы шешім қабылдауда қандай қауіптер мен қарсы көрсеткіштерді бағалайсыз, 5) жүргізілген емнің тиімділігін қандай параметрлер арқылы бағалайсыз.

№3

72 жастағы ер адам түнгі уақытта бірнеше рет кенеттен естен тану эпизодтарына байланысты жедел жәрдеммен ОРИТ-ке жеткізілді. Науқастың айтуынша, соңғы 2 тәулікте әлсіздік, бас айналу, көздің қараюы, жүрек соғысының сиреуі сезілген, бірнеше рет отырған күйінде есінен қысқа уақытқа айырылған. Анамнезінде: ишемиялық жүрек ауруы, артериялық гипертензия, 10 жылдан бері β-блокаторлар қабылдайды, соңғы аптада дозасын өз бетінше арттырған. Қарау кезінде: санасы анық, бірақ тежелген, терісі бозғылт, салқын. АҚҚ 90/60 мм сын.бағ., ЖСЖ 32–36/мин, ТЖ 18/мин, SpO₂ 95% ауада. Жүрек тондары сирек, ырғақсыз. Перифериялық пульс әлсіз. ЭКГ: толық AV-блокада, идиовентрикулярлық ырғақ, PQ интервалы жоқ. ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның шығару фракциясы 45%, айқын жедел ишемия белгілері жоқ. Зертханалық деректер: калий, магний деңгейі қалыпты, тропонин қалып шегінде, креатинин 132 мкмоль/л, лактат 2,6 ммоль/л.

Сұрақтар: 1) бұл науқаста дамыған жедел жағдайдың негізгі патофизиологиялық себебі қандай, 2) гемодинамикалық тұрақсыздықты қандай клиникалық белгілер дәлелдейді, 3) науқас төсегінің жанында алғашқы шұғыл тактика қандай болуы тиіс, 4) уақытша электрокардиостимуляцияны қашан және қандай жағдайда бастау қажет, 5) интенсивті терапия барысында қандай асқынуларды және көрсеткіштерді үздіксіз бақылау қажет.

№4

46 жастағы ер адам ОРИТ-ке жоғары қызба, үдемелі енгігу және жалпы әлсіздік шағымдарымен түсті. Анамнезінде: соңғы 4 аптада толқын тәрізді қызба (38–39 °С), түнгі тершеңдік, тәбеттің төмендеуі, салмақ жоғалту. 2 апта бұрын стоматологиялық инвазивті процедура (тіс жұлу) болған. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы сақталған, бірақ айқын әлсіз. АҚҚ 95/60 мм сын.бағ., ЖСЖ 118/мин, ТЖ 30/мин, SpO₂ 90% ауада. Терісі бозғылт, конъюнктивада және алақандарда петехиялар анықталады. Өкпеде екі жақты ылғалды сырылдар. Жүрек аускультациясында бұрын болмаған дөрекі систолалық шу. ЭКГ: синусты тахикардия. ЭхоКГ: митралды қақпақшада жылжымалы вегетациялар, жедел ауыр митралды регургитация, сол жақ жүрекшеде қысымның айқын жоғарылауы, өкпе гипертензиясы. Зертханалық деректер: Нв 96 г/л, лейкоцитоз, CRP және прокальцитонин айқын жоғары, лактат 4,4 ммоль/л, креатинин 158 мкмоль/л. Қан мәдениеті алынған.

Сұрақтар: 1) бұл клиникалық жағдайда өмірге тікелей қауіп төндіретін жетекші синдромды атаңыз, 2) жедел жүрек жеткіліксіздігінің дамуын қандай клиникалық және эхокардиографиялық белгілер көрсетеді, 3) интенсивті терапияның басым бағыттары қандай болуы тиіс, 4)



кардиохирургиялық емге дейін анестезиолог-реаниматологтың тактикасы қандай, 5) науқастың жағдайын тұрақтандыру критерийлерін атаңыз.

№5

52 жастағы әйел жедел түрде жеткізілді. Шағымдары: кенеттен пайда болған кеуде тұсының қысатын ауырсынуы, ауа жетпеу сезімі, жүрек қағуы, айқын әлсіздік. Анамнезінен: 12 сағат бұрын ауыр эмоционалдық стресс (жақын туысының кенеттен қайтыс болуы). Бұрын жүрек-қантамыр ауруларымен ауырмаған. Қарау кезінде: санасы сақталған, мазасыз. АҚҚ 100/65 мм сын.бағ., ЖСЖ 108/мин, ТЖ 24/мин, SpO₂ 94% ауада. Өкпеде төменгі бөліктерде аздаған ылғалды сырылдар. ЭКГ: ST сегментінің көтерілуіне ұқсас өзгерістер, теріс Т тістері. Коронарография: коронарлық артерияларда гемодинамикалық маңызды стеноздар анықталмаған. ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның ұшының акинезиясы, базальды сегменттердің гиперкинезиясы, шығару фракциясы 35%. Зертханалық деректер: тропонин I аздап жоғары, BNP айқын жоғары, лактат 3,1 ммоль/л. Сұрақтар: 1) бұл жағдайды жедел коронарлық синдромнан ажыратуға мүмкіндік беретін негізгі белгілер қандай, 2) сол жақ қарынша дисфункциясының патофизиологиялық механизмі неде, 3) интенсивті терапияда қандай емдік стратегия басым болуы тиіс, 4) инотропты қолдау тағайындауда қандай қауіптерді ескеру қажет, 5) болжамды және қалпына келу динамикасын қандай клиникалық және аспаптық көрсеткіштер арқылы бағалайсыз.



БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

2 Аралық бақылауға арналған бағдарлама сұрақтары

БББ атауы: 7R01117 «Анестезиология және реаниматология (ересектер, балалар)»

Пән коды: R-KKT

Пәннің атауы: Кардиологиядағы қарқынды терапия

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 9 кредит, 270 сағат

Курс және оқу семестрі: 3 курс

Әзірлеуші кафедра ассистенті:

Аблатаева Р.Б.

Кафедра меңгерушісі к. м. н доцент

Сейдахметова А.А.

Хаттама № 11 26 06 2025ж.

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары	57/11 () 35беттің 7беті

Кардиологиядағы қарқынды терапия

АБ-2

1 - нұсқа

№1

49 жастағы ер адам ОРИТ-ке жедел түрде жеткізілді. Шағымдары: кенеттен пайда болған айқын ентигу, жүрек қағуы, әлсіздік, кеуде тұсында қысым сезімі. Анамнезінде: 2 апта бұрын жол-көлік оқиғасынан кейін кеуде қуысының жабық жаракатын алған, стационарлық ем алмаған. Соңғы 24 сағатта ентигу үдеп, түнде жатып тыныс ала алмаған. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы сақталған, мазасыз. АҚҚ 105/40 мм сын.бағ. (пульстік қысым кең), ЖСЖ 120/мин, ТЖ 30/мин, SpO₂ 90% ауада. Терісі бозғылт, суық. Жүрек аускультациясында диастолалық шу, өкпеде екі жақты ылғалды сырылдар. ЭКГ: синусты тахикардия. ЭхоКГ: аортальды қақпақша жеткіліксіздігі III–IV дәреже, сол жак қарыншаның жедел көлемдік жүктемесі, ФВ 45%, өкпе гипертензиясы. Зертханалық деректер: лактат 4,1 ммоль/л, креатинин 150 мкмоль/л, газдар: рН 7,30, РаО₂ 58 мм сын.бағ.

Сұрақтар: 1) бұл науқаста жедел гемодинамикалық бұзылыстың негізгі механизмі қандай, 2) анестезиолог-реаниматолог ретінде қандай клиникалық қауіптерді бірінші бағалайсыз, 3) тыныс алуды қолдау тактикасы қалай таңдалады, 4) хирургиялық түзетуге дейінгі интенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай, 5) жағдайдың нашарлауын көрсететін қандай белгілер шұғыл әрекетті талап етеді.

№2

35 жастағы ер адам жедел жәрдеммен жеткізілді. Шағымдары: кенеттен дамыған қатты ентигу, кеуде тұсының бір жақты ауырсынуы, ауа жетпеу сезімі. Анамнезінде: бойы ұзын, арық, темекі шегеді, бұрын өкпе аурулары болмаған. Симптомдар физикалық жүктеме кезінде кенеттен пайда болған. Қарау кезінде: жағдайы өте ауыр, санасы сақталған, мазасыз. АҚҚ 85/55 мм сын.бағ., ЖСЖ 128/мин, ТЖ 36/мин, SpO₂ 84% ауада. Кеуде қуысы асимметриялы, оң жақта тыныс естілмейді, перкуссияда қораптық дыбыс. Мойын көктамырлары кернелген. ЭКГ: синусты тахикардия. Қан газдары: рН 7,27, РаО₂ 48 мм сын.бағ., РаСО₂ 52 мм сын.бағ.

Сұрақтар: 1) бұл жағдайда дамыған шоктың түрін атаңыз, 2) гемодинамикалық тұрақсыздықтың негізгі себебі неде, 3) науқас төсегінің жанында қандай шұғыл шаралар дереу орындалуы тиіс, 4) тыныс алу мен қанайналымды қолдау тактикасы қандай, 5) жүргізілген араласудың тиімділігін қандай көрсеткіштер арқылы бағалайсыз.

№3

67 жастағы әйел ОРИТ-ке жеткізілді. Шағымдары: жалпы әлсіздік, бұлшықет күшінің төмендеуі, жүрек қағуы. Анамнезінде: созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі (IV саты), соңғы 2 күнде диализ алмаған. Қарау кезінде: санасы сақталған, бірақ әлсіз. АҚҚ 100/60 мм сын.бағ., ЖСЖ 90/мин, ТЖ 20/мин, SpO₂ 96%. ЭКГ: кеңейген QRS, жоғары симметриялы Т тістері, синусты ритм.

Зертханалық деректер: К⁺ 7,2 ммоль/л, креатинин 620 мкмоль/л, мочевина 28 ммоль/л, рН 7,25.

Сұрақтар: 1) бұл жағдайда өмірге тікелей қауіп төндіретін негізгі фактор қандай, 2) ЭКГ-дағы өзгерістердің патофизиологиялық негізі неде, 3) науқас төсегінің жанында алғашқы шұғыл терапия қандай болуы тиіс, 4) диализді бастауға көрсеткіштерді қалай бағалайсыз, 5) ем тиімділігін қандай клиникалық және электрокардиографиялық деректер арқылы бақылайсыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары	57/11 () 35беттің 8беті

№4

41 жастағы әйел ОРИТ-ке жеткізілді. Шағымдары: кеуде тұсындағы өткір ауырсыну, терең тыныс алғанда күшеюі, еңтігу, әлсіздік. Анамнезінде: 1 апта бұрын вирустық инфекциямен ауырған. Қарау кезінде: санасы сақталған, АҚҚ 105/70 мм сын.бағ., ЖСЖ 112/мин, ТЖ 26/мин, SpO₂ 93%. Жүрек аускультациясында перикард үйкеліс шуы. ЭКГ: диффузды ST көтерілуі. ЭхоКГ: перикард қуысында орташа мөлшерде сұйықтық, диастолалық толу шектелуі. Зертханалық деректер: CRP жоғары, тропонин қалып шегінде, лактат 2,8 ммоль/л.

Сұрақтар: 1) бұл жағдайда кеуде ауырсынуының патогенезі қандай, 2) іркілмелі жүрек жеткіліксіздігінің дамуын қандай белгілер көрсетеді, 3) интенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай, 4) перикардиоцентезге көрсеткіштерді қалай анықтайсыз, 5) жағдайдың асқынуын қандай клиникалық деректер арқылы ерте байқауға болады.

№5

59 жастағы ер адам жоспарлы тексеру кезінде кенеттен жағдайы нашарлап, ОРИТ-ке ауыстырылды. Шағымдары: айқын еңтігу, ұйқышылдық, бас ауруы. Анамнезінде: семіздік (BMI 38), ұзақ жылдық қатты қорылдау, артериялық гипертензия. Қарау кезінде: санасы бәсең, АҚҚ 170/100 мм сын.бағ., ЖСЖ 110/мин, ТЖ 20/мин, SpO₂ 88% ауада. Өкпеде гиповентиляция белгілері. ЭхоКГ: оң жақ жүрекше мен қарыншаның кеңеюі, өкпе гипертензиясы. Қан газдары: рН 7,28, РаСО₂ 60 мм сын.бағ., РаО₂ 55 мм сын.бағ.

Сұрақтар: 1) бұл жағдайда жедел жүрек жеткіліксіздігінің даму механизмі қандай, 2) гиперкапнияның гемодинамикаға әсерін қалай түсіндіресіз, 3) тыныс алуды қолдаудың қандай стратегиясы басым, 4) интенсивті терапияда қандай кателіктер қауіпті, 5) ұзақ мерзімді болжамды жақсарту үшін қандай шаралар қажет.

Кардиологиядағы қарқынды терапия

АБ– 2

2 - нұсқа

№1

61 жастағы ер адам ОРИТ-ке жедел түрде жеткізілді. Науқас кенеттен дамыған айқын еңтіуге, тұншығу сезіміне, қызғылт көбікті қақырықпен жөтелге, кеуде тұсындағы қысымға шағымданады. Анамнезінен: 5 күн бұрын төменгі қабырға миокард инфарктын өткерген, стационарлық ем алған, соңғы тәулікте жағдайы күрт нашарлаған. Қауіп факторлары: артериялық гипертензия, темекі шегу. Қарау кезінде: жағдайы өте ауыр, санасы сақталған, айқын мазасыз, терісі бозғылт, суық тер. АҚҚ 85/50 мм сын.бағ., ЖСЖ 126/мин, ТЖ 34/мин, SpO₂ 82% оттегі маскасымен. Өкпеде барлық алаңда көп мөлшерде ылғалды сырылдар. Жүрек аускультациясында жаңа пайда болған дөрекі систолалық шу, жүрек тондары бәсең. Диурез <20 мл/сағ. ЭКГ: жедел ишемия динамикасы жоқ. ЭхоКГ: папиллярлы бұлшықеттің дисфункциясы, жедел ауыр митралды регургитация, сол жақ қарынша ФВ 35%, өкпе гипертензиясы. Лаборатория: лактат 6,0 ммоль/л, креатинин 170 мкмоль/л, газдар: рН 7,28, РаО₂ 50 мм сын.бағ.

Сұрақтар: Бұл жедел жағдайдың негізгі патофизиологиялық механизмі қандай? Қандай клиникалық белгілер науқастың жағдайын өмірге қауіпті деп бағалауға мүмкіндік береді? Респираторлық қолдаудың қандай стратегиясы орынды? Хирургиялық коррекцияға дейінгі интенсивті терапияның басым бағыттары қандай? Гемодинамикалық тұрақтанудың қандай критерийлері бар?

№2

68 жастағы әйел түнгі уақытта жедел жәрдеммен жеткізілді. Шағымдары: кенеттен пайда болған тұншығу, ауа жетпеу, кеуде қысымы, қатты үрей сезімі. Анамнезінде: артериялық гипертензия 25 жыл, гипотензивті терапияны жүйесіз қабылдайды, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі II–III ФК.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Шұғыл медицина және мейіргер ісі» Бақылау-өлшеу құралдары	57/11 () 35беттің 9беті	

Соңғы тәулікте эмоционалдық стресс болған. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, ортопноэ, акроцианоз. АҚҚ 220/130 мм сын.бағ., ЖСЖ 118/мин, ТЖ 32/мин, SpO₂ 84% ауада. Өкпеде екі жақты көп мөлшерлі ылғалды сырылдар. Жүрек тондары бәсең, III тон естіледі. Диурез төмен. ЭКГ: сол жақ қарынша гипертрофиясы, ST–T өзгерістері. ЭхоКГ: диастолалық дисфункция, ФВ 50%, сол жақ жүрекше кеңейген. Лаборатория: BNP жоғары, лактат 3,9 ммоль/л, газдар: респираторлық алкалоз бастапқы ацидозбен.

Сұрақтар: Бұл жағдайда өкпе ісінуінің дамуына қандай механизмдер әкелді? Артериялық қысымды төмендетудің қандай принциптері қауіпсіз? Респираторлық қолдау тактикасын қалай таңдайсыз? Қандай дәрілік қателіктер жағдайды нашарлатуы мүмкін? Жағдайдың тұрақтануын қандай клиникалық және мониторинг деректері көрсетеді?

№3

45 жастағы ер адам жүрекке жасалған операциядан (перикардты дренаждау) кейін 4 тәулікте қайтадан жағдайының нашарлауына байланысты ОРИТ-ке ауыстырылды. Шағымдары: кеуде тұсының ауырсынуы, енгізу, әлсіздік, дене қызуының көтерілуі. Анамнезінде: 2 апта бұрын вирустық инфекция. Қарау кезінде: санасы сақталған, әлсіз. АҚҚ 95/60 мм сын.бағ., ЖСЖ 110/мин, ТЖ 26/мин, SpO₂ 93%. Жүрек тондары бәсең, перикард үйкеліс шуы естіледі. Мойын көктамырлары орташа кернелген. ЭКГ: диффузды ST көтерілуі. ЭхоКГ: перикард қуысында орташа мөлшерде сұйықтық, оң жақ бөлімдердің толуы шектелген. Лаборатория: CRP жоғары, лейкоцитоз, лактат 3,2 ммоль/л.

Сұрақтар: Бұл синдромның патогенезі неде? Қай белгілер гемодинамикалық декомпенсацияны көрсетеді? Интенсивті терапияның негізгі бағыттары қандай? Перикардиоцентезге көрсеткіштерді қалай бағалайсыз? Асқинуларды ерте анықтаудың қандай критерийлері бар?

№4

42 жастағы әйел жедел түрде ОРИТ-ке жеткізілді. Науқастың айтуынша, соңғы бірнеше сағат ішінде кенеттен пайда болған қатты бас ауруы, жүрек қағуы, кеуде тұсының қысатын ауырсынуы, ішкі діріл сезімі, қатты тершендік және үрей ұстамасы мазалаған. Бұған дейін бірнеше рет ұқсас, бірақ қысқа мерзімді ұстамалар болған, өздігінен басылған. Анамнезінде: соңғы 1 жылда пароксизмальды артериялық гипертензия эпизодтары (АҚҚ 220–240 мм сын.бағ. дейін), салмақтың төмендеуі, диагноз қойылмаған. Тұқым қуалайтын жүрек аурулары жоқ. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, санасы сақталған, айқын мазасыз, терісі бозғылт әрі ылғалды. АҚҚ 240/140 мм сын.бағ., ЖСЖ 132/мин, ТЖ 30/мин, SpO₂ 94% ауада, дене температурасы 37,6 °С. Перифериялық пульс жиі, кернелген. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары жиі, ырғақты, қосымша тондар жоқ. Диурез соңғы 2 сағатта азайған. ЭКГ: синусты тахикардия, ST–T сегменттерінде ишемияға ұқсас өзгерістер. ЭхоКГ: сол жақ қарыншаның диффузды гипокинезиясы, шығару фракциясы 30–35%, қабырға қалыңдауы жоқ. Лабораториялық деректер: лактат 4,8 ммоль/л, глюкоза 15,2 ммоль/л, тропонин I аздап жоғары, КФК-МВ қалып шегінде, қышқыл-сілтілік тепе-теңдік – метаболикалық ацидозға бейім. Қан және несепте катехоламиндер жоғарылауы күмәнді.

Сұрақтар: Бұл жағдайда жедел миокард дисфункциясының даму патофизиологиялық механизмі қандай? Қандай клиникалық және мониторинг деректері науқастың өміріне тікелей қауіп бар екенін көрсетеді? Интенсивті терапияда қандай дәрілік топтар жағдайды ушықтыруы мүмкін және неге? Гемодинамикалық мониторингтің қандай түрлері осы науқас үшін шешуші? Диагнозды нақтылау және түпкілікті ем тактикасын анықтау үшін қандай қосымша зерттеулер қажет

БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ **практикалық дағдылар тізімі**

1. Кардиологиялық науқастарда базалық жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу техникасы
2. Кардиологиялық науқастарда кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу техникасы



3. Артериялық Пункция
4. Орталық веналарды катетеризациялау (соның ішінде ультрадыбыстық бақылаумен)
5. Тыныс алу терапиясы
6. Орталық веноздық қысымды өлшеу
7. Кардиоверсия жүргізу
8. Электрокардиографияны жазу
9. Артериялық катетеризация және қан қысымын инвазивті бақылау

Қорытынды аттестациялауға арналған бағдарлама сұрақтары

«Кардиологиядағы қарқынды терапия»

2025-2026 оқу жылы.

1. Миокард инфарктісі бойынша кардиологиялық бөлімшеде емделіп жатқан 42 жастағы науқаста ЭКГ-да алғаш рет тахикардия анықталды. Қарап тексергенде санасы сопорға дейін бұзылған, АҚ 65/40 мм с.б.б. дейін төмендеген, перифериялық импульс әлсіз. Емдеу тактикасындағы бірінші кезектегі іс- әрекет:

- A) синхронды кардиоверсия
- B) амиодаронды көктамыр ішіне енгізу
- C) дигоксинді көктамыр ішіне енгізу
- D) дефибриляция
- E) магний сульфаты көктамыр ішіне

2. Кардиологиялық орталықтың ИТ бөлімшесіне 72 жастағы науқас тұрақсыз стенокардиямен түсті. Коронарлы ангиопластика (ЧТКА) жасалғаннан кейінгі гемодинамикалық көрсеткіштер: АҚ 127/74 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 92 рет, SpO₂ 97%. Жүрек аймағындағы ауру сезіміне шағымдары жоқ. Зертханалық мәліметтер бойынша: Нв 105 г/л, O₂ экстракциясы 37%. Оттегі терапиясын, антикоагулянтты, антиагрегантты және антигипертензивті терапияны алады. Миокардтың оттегіне қажеттілігін азайту үшін емдеуге қосу керек:

- A) В-блокатор
- B) ААФ ингибиторы
- C) инфузиялық терапия
- D) пентоксифиллинді енгізу
- E) эритроцитарлы массаны Нв 110 г/л дейін енгізу

3. 62 жастағы науқас аорта қақпақшасын ауыстыру операциясынан кейін реанимациялық бөлімшеге түсті. Тексеру кезінде сана деңгейі - медикаментозды ұйқы. Бақылау мәліметтері бойынша: АҚ 100/75 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 103 рет, SpO₂ 98%. Науқас ӨЖВ-да жатыр. ЭКГ түсірілді, V4-V5-V6 тіркемелерінде ST сегментінің изосызықтан 4-5мм жоғары көтерілуі анықталды. Шұғыл тропонинге сынама алынды. Нәтижесі 3,3 нг/мл. Қандағы тропонин деңгейі жоғарылауының себебі:

- A) миокард инфарктісінің дамуы
- B) хирургиялық жарадан тропониндердің пайда болуы
- C) ӨАТЭ-ның дамуы
- D) мезентериялық тамырлардың тромбозы
- E) миокард зақымдануының клиникалық дәлелдемелерінің жоқтығын ескере отырып, интерпретация дұрыс емес

4. 67 жастағы науқас еңтігумен кардиологиялық жансақтау бөліміне жатқызылды. Қарап тексергенде науқастың қалпы ортопноэ, терең тыныс алады, есі - есендіреу жағдайында, бет терісі цианозды, бозарған, ылғалды. АҚ 100/85 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 129 рет. Аускультацияда: кеуденің бүкіл бетінде ылғалды сырылдар, қашықтықтан естіледі. Науқаста дамыған болуы мүмкін:

- A) Жедел сол жақ қарыншалық жүрек жеткіліксіздігі
- B) Жедел оң жақ қарыншалық жүрек жеткіліксіздігі
- C) Бронхиальды астма ұстамасы
- D) Созылмалы ларингиттің өршуі



Е) Полисегментарлы пневмония

5.27 жастағы науқас қабылдау бөліміне жүрек аймағындағы пышақ жарақатымен түсті. АҚ 85/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 52 рет. SpO₂ 91%. Сыртқы қан кету белгілері жоқ. Дене аймағында басқа жарақаттар табылмады. Бұл науқаста гипотонияның себебі болып табылады:

А) Тампонадаға байланысты кардиогенді шок

В) Құрсақшілік қан кету

С) ӨАТЭ-ның дамуы

Д) Сол жақты гемоторакс

Е) Симпатикалық діннің зақымдалуы

6. Науқас 59 жастағы әйел, кардиогенді шокпен түсті. Инотропты қолдауды тағайындау тұрғысынан бұл препарат альфа, бета, 1 және 2 дофаминдік рецепторлардың адренергиялық рецепторларын ынталандырады:

А) допамин

В) добутамин

С) допексамин

Д) адреналин

Е) норадреналин

7. Жедел коронарлық синдромның клиникалық көрінісі аясында алғаш дамыған Гис шоғыры сол жақ аяқшасының толық блокадасы мынаны көрсетуі мүмкін:

А) локализациясы анықталмаған жедел миокард инфарктісінің дамуы

В) өкпе артериясының тромбоэмболиясы дамуы

С) декстракардия

Д) Вольф-Паркинсон-Уайт синдромының көріністері

Е) сол қарынша аневризмасының түзілуі

8. Науқас (ер, 50 жаста, салмағы 120 кг). Диагнозы: Пневмония. ЖИА, 3-ші функционалдық классты тұрақсыз стенокардия, өкпенің ауыр созылмалы обструктивті ауруы. Ол реанимацияда емделіп жатыр. Жағдайы тыныс алу қызметіне байланысты нашарлаған. АҚ 200/80 мм с.б.б., ЖЖЖ 110 рет/мин., сатурация 85%, PaCO₂ 62 мм с.б.б. Емдеу шаралары аясында науқасқа аппараттық маска арқылы инвазивті емес ӨЖВ қосылды. Psupport 30 мбар (нөлден), PEEP 10 мбар. Сатурациясы 97% дейін көтерілді, қандағы газда PaCO₂ 30 мм с.б.б. Динамикада 30 минуттан кейін науқастың жағдайы қайтадан нашарлады, PaO₂ және PaCO₂ қалыпқа келтірілген параметрлері аясында метаболизмдік алкалоз пайда болды. Созылмалы гиперкапния мен гипоксемияны жылдам түзету нәтижесінде дамыған метаболизмдік алкалоздың даму механизмін көрсетіңіз:

А) актуальді бикарбонат деңгейінің баяу регрессиясы

В) оксигемоглобин концентрациясының төмендеуі

С) плазмадағы бикарбонат аниондары концентрациясының төмендеуі

Д) тотығу стрессі, липидтердің асқын тотығуы

Е) плазмадағы хлорид аниондары концентрациясының төмендеуі

9. Кардиологиялық реанимация бөліміне жағдайы өте ауыр науқас (М, 50 жаста, салмағы 60 кг) жеткізілді. Жалпы гипотермия (орманда үсіп қалған), дене температурасы 30 градус, ЭКГ-да миокард ишемиясының белгілері және ST интервалының жоғарлауы анықталды. Гипотермияға тән ЭКГ белгілерін анықтаңыз:

А) ST интервалынан кейінгі U-толқыны

В) R толқындарынан кейінгі J-толқындар

С) F толқындары

Д) T толқынының инверсиясы

Е) вольтажы төмен R тістері

10. Науқаста жедел миокард инфарктісінен 10 күн өткен соң перикард үйкеліс шуы және жүрек аймағының қатты ауырсынуы пайда болды, ауырсыну наркотикалық және стероидты препараттармен басылмайды. Систолалық шу анықталмады. Осы жағдайдың аясында мойын



веналарының ісінуі және электромеханикалық диссоциациямен кенеттен гипотензия дамыды.

Науқаста болуы ықтимал:

- A) сол жақ қарынша қабырғасының жыртылуы
- B) папиларлы бұлшықеттің жыртылуына байланысты жедел митральді жеткіліксіздік
- C) қарыншааралық перденің жыртылуы
- D) миокард инфарктісі аймағының кеңеюі
- E) оң жақ қарыншаның инфарктісі

11. Дәрігер қабылдауына жоғары артериальді қысым, мұрыннан қан кету, есте сақтау қабілетінің нашарлауы, аяқтың салқындауы шағымдарымен науқас келді. Объективті - қол бұлшық еттері жақсы дамыған спорттық дене бітімі. Аускультативті қолқа үстіндегі систолалық шу естіледі. Артериялық гипертензия, бүйрек үсті безінің гиперплазиясы және қолқа коарктациясы арасындағы диагнозды ажыратуға төмендегі қосымша зерттеу әдісі ақпаратты болып табылады:

- A) Эхокардиография
- B) Сан, тізе асты артериядағы үлкен тамырларды пальпациялау
- C) Жүректің шолу рентгенографиясы
- D) Жүректің, бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі
- E) Электрокардиография

12. Науқасқа митральді және қолқа қақпақшаларын жасанды протездермен ауыстыру бойынша жүрекке операция жасалды және тікелей емес әсер ететін антикоагулянттарды алуда. Соңғы аптада тері астындағы гематомалар пайда болды (кішкене соққымен көгерулер пайда болады), тістерін тазалаған кезде қызыл иектен қан кететінін байқады, ал зәр шығару кезінде зәр қызғылт түсті болды. Сіздің диагнозыңыз:

- A) антикоагулянттардың шамадан тыс қолдануы
- B) антикоагулянттар жеткіліксіз және дозаны арттыру қажет
- C) тамырлардың тонусының төмендеуі
- D) қан ұюдың бұзылуы
- E) тромб түзілуінің жоғарылауы

13. Науқаста ұзақ уақыт бойы субфебрильді дене температурасы, кезеңдік қалтырау, аяқтарында, іштің алдыңғы қабырғасында кіші бөртпелер пайда болуына, көкбауыр аймағындағы ауырсынуға шағымданады. Объективті: тері жер түсті, құрғақ. Жүрек аускультациясында қолқа қақпақшасының үстіндегі диастолалық шу және жүрек ұшындағы систолалық шу қолтық асты аймағына таралады. Диагноз қойыңыз:

- A) митральды-аорталық ақаумен біріншілік инфекциялық эндокардит
- B) өкпенің қабынуы
- C) қолқа жеткіліксіздігі
- D) ұсақ тамырлардың және көкбауыр тромбозы
- E) спецификалық емес аортоартериит

14. Мойын тамырларының ұлғаюы, қолдың, мойын мен беттің ісінуі, еңтігуге шағымданып науқас түсті. Алдын ала диагноз:

- A) жоғарғы қуыс вена синдромы
- B) оң жақ жүрекше мен қарыншаның миксомасы
- C) Педжет-Шретер синдромы
- D) үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігі
- E) экссудативті перикардит

15. Клиникаға төс артының қатты ауырсынуымен, жедел миокард инфарктісіне күдікпен, қан қысымының төмендеуімен науқас жеткізілді, бірақ ЭКГ-да коронарлық қан айналымының бұзылысының белгілері жоқ. Анамнезінде 10 жыл бұрын мерез болған. Сіздің болжам диагнозыңыз:

- A) қолқаның жоғарлаған бөлігінің ыдыраған аневризмасы
- B) оң жақ жүрекшедегі Вальсальва синусы аневризмасының жыртылуы
- C) қолқа жеткіліксіздігінің дамуы
- D) вариантты Принцметал стенокардиясы



Е) коронариит

16. Науқас инфекциялық ауруды бастан өткізіп, дене температурасы қалыпқа келгеннен кейін жүрек аймағындағы ауырсынуға, аз жүктеме кезінде ентігуге, кезеңдік артериальді қысымның көтерілуіне шағымданады. Жүректің Боткин нүктесінің үстінде Флинт шуы естіледі, ал қан қысымы 140/10 мм с.б.б., 130/0 мм с.б.б. Сіздің диагноз:

А) қолқа жеткіліксіздігінің дамуы

В) оң жақ жүрекше Вальсальва синусы аневризмасының жыртылуы

С) қолқаның жоғарлаған бөлігінің ыдыраған аневризмасы

Д) жүктемелік стенокардия

Е) коронариит

17. Дәрігер науқастың денесіне плазминогенді ферментке айналдыратын сұйықтық енгізді, ал соңғысы фибринді ыдыратты. Бұл «тікелей емес» тромболитикалық әсері бар зат:

А) стрептаза

В) фибринолизин

С) контрикал

Д) трипсин

Е) гепарин

18. 60 жастағы науқас «Жүректің ишемиялық ауруы, жедел Q-миокард инфарктісі, алдыңғы таралған, инфаркттан кейінгі кардиосклероз» диагнозымен кардиореанимация бөлімінде интенсивті терапия алды. Динамикада жағдайы тұрақталған соң кардиология бөліміне ауыстырылады. Реанимациядан кейінгі кезеңде қан айналымы жүйесінің функциясын қалпына келтіру реттілігінің дұрыс нұсқасын таңдаңыз:

А) гипердинамикалық жағдай - салыстырмалы тұрақтандыру кезеңі-гиподинамикалық жағдай

В) гиподинамикалық жағдай- салыстырмалы тұрақтандыру кезеңі-гипердинамикалық жағдай

С) гиподинамикалық жағдай-гипердинамикалық жағдай - салыстырмалы тұрақтандыру кезеңі

Д) гипердинамикалық жағдай-гиподинамикалық жағдай - салыстырмалы тұрақтандыру кезеңі

Е) салыстырмалы тұрақтандыру кезеңі-гипердинамикалық жағдай-гиподинамикалық жағдай

19. Науқас 65 жастағы ер адам кардиология орталығының қабылдау бөліміне жеткізілді, шағымдары кеудедегі қатты ауырсыну және суық жабысқақ тер. Қабылдау кезінде: жағдайы өте ауыр. Науқас өте әлсіз, тежелген. Диффузды цианоз, терісі суық, жабысқақ тер. ТАЖ-минутына 22 рет, өкпеде сырылдар жоқ. ЖЖЖ минутына 100 рет, АҚ-85/70 мм с.б.б. ЭКГ-да: синустық тахикардия, ірі ошақты миокард инфарктісінің жедел фазасы. Кардиогенді шокты емдеу кезінде қажет:

А) кардиотониктерді енгізу, инфузиялық терапия жүргізу, нитраттармен ЖПҚ (тамырлардың жалпы перифериялық қарсылығы) төмендету

В) веноздық қан қайтаруды, перифериялық қарсылықты арттыру, кардиотониканы енгізу

С) инфузиялық терапия жүргізбеу кардиотониктер, нитраттар енгізу

Д) инфузиялық терапия, диуретикалық, кардиотониктер енгізу

Е) инфузиялық терапия, нитраттар, диуретикалық препараттарын енгізу

20. Негізгі артерияларда пульс болмаған, бірақ ЭКГ-да пароксизмальді тахикардия, толық АВ-блокада, қарыншаустілік тахикардия, синус түйінінің әлсіздік синдромының белгілері болған кездегі қан айналымын тоқтауының түрі:

А) электромеханикалық диссоциация

В) қарыншалардың фибрилляциясы

С) импульссіз қарыншалық тахикардия

Д) асистолия

Е) жүрекшелер дірілі

21. Науқас С., 45 жаста, митральды және қолқа қақпақшаларының протездерін ауыстыру үшін жүрекке операция жасалды, кардиореанимация бөлімінде жатыр. Операциядан кейінгі кезеңде гипотензия көбінесе байланысты болуы мүмкін:

А) қан жоғалтумен, гиповолемиямен немесе тұрақты қан кетумен

В) ауырсыну синдромымен



С) науқастың операциялық үстелдегі орнын өзгертумен

Д) анестетиктің артық дозалануымен

Е) эндокриндік жеткіліксіздікпен

22.Науқас К., 58 жаста, қолқа қақпақшасының протезін ауыстыру үшін жүрекке операция жасалды, кардиореанимация бөлімінде жатыр. Жасанды протез имплантациясынан кейін жанама антикоагулянттық терапия жүргізіледі:

А)өмір бойы

В)операциядан кейін 1 ай ішінде

С)операциядан кейін 2 ай ішінде

Д)операциядан кейін 10 жыл ішінде

Е)мүлдем өткізілмейді

23.Кардиология орталығының қабылдау бөліміне жедел жәрдеммен 52 жастағы науқас М. жеткізілді. Тексеру кезінде: жағдайы ауыр. Терісі бозғылт, мұрын-ерін үшбұрышының цианозы. Тынысы шулы, ауыз қуысынан қызғылт көбікті қақырық шығады, ТАЖ 32 рет/мин. Жүрек тондары тұйық, пульс 120 рет/мин, АҚ 210/110 мм с.б.б. Жүрек тектес ісінудің пайда болуында аталған фактор маңызды емес:

А)ақуыздар алмасуының бұзылуы, ұсақ ақуыздарға қарай жылжу

В)капиллярлардағы гидростатикалық қысымның жоғарылауы және қан ағымының баяулауы

С)жасушадан тыс натрийдің сақталуы бар қайталама альдостеронизм

Д)тамыр қабырғасының өткізгіштігін арттыру

Е)соңғы плазма қысымын төмендету

24.47 жастағы науқаста жедел миокард инфарктісінің ағымы Гис шоғырының сол аяқшасының блокадасы және І дәрежелі атриовентрикулярлық блокада дамуымен асқынды. Объективті: акроцианоз және терінің бозаруы күшейді. ЖЖЖ 76 рет/мин, АҚ 90/55 мм с.б.б. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. Гис шоғыры сол жақ аяқшасының блокадасы аясында миокард инфарктісіне күдіктену пайда болады, егерде:

А)V5-V6 тіркемелерінде R тісшесінің жоғарлаған аяғындағы тісшелену немесе QR кешенінің пайда болуы

В)QRS кешенінің ұзақтығы 0,12 с жоғарлауы

С)V5-V6 тіркемелерінде Q тісшесінің болмауы

Д)V1-V2 тіркемелерінде QS кешенінің болуы

Е)ST интервалының 3 мм-ден жоғары төменге ығысуы

25. Науқас И., 63 жаста, миокард инфарктісі бойынша кардиология бөлімінде жатыр, кенеттен жағдайы нашарлап, есінен танып қалды. Шұғыл түрде кезекші реаниматолог шақырылды. Тексеру кезінде: жағдайы өте ауыр, терминальді фаза, тыныс және ұйқы артериясында пульс жоқ, АҚ анықталмайды. Науқаста бұл жағдайдың дамуына 2 минуттан аспады. ЭКГ-да: ырғақты емес хаотикалық жиырылу, ЖЖЖ минутына 300 рет. Төменде аталған ырғақ бұзылысы қарыншалар фибрилляциясы дамуына алып келмейді:

А) пароксизмальді қарыншаүстілік тахикардия

В) қарыншалық тахикардия

С)жиі қарыншалық экстрасистолалар (1 мин ішінде 10 реттен жоғары)

Д)политоптық қарыншалық экстрасистолалар

Е)R-T типті қарыншалық экстрасистолалар

26.Науқас Б., 75 жаста жүректің қатты соғуы және жүрек жұмысының бұзылысына байланысты жедел жәрдеммен кардиология орталығына жеткізілді. Тексеру кезінде науқас әлсіздікке, бас айналуына, ауаның жетіспеушілігіне шағымданады. Объективті: төсекте екі жастықта жатыр, еріннің цианозы. Өкпеде қатты тыныс, құрғақ сырылдар, ТАЖ 32 рет/мин. Жүрек тондары тұйықталған, аритмиялық, пульсі әлсіз, 110 рет/мин. АҚ 90/70 мм с.б.б. ЭКГ: Р тісшесі жоқ, RR аралықтарының ұзақтығы әртүрлі, I, aVL, V4-V6 тіркемелерде ST сегментінің 3 мм-ге дейін көлденең депрессиясы. Пароксизмальді фибрилляциясы бар науқаста синус ырғағының шұғыл реверсиясы келесі жағдайларда көрсетілген:

А)айқын дамидын гемодинамикалық бұзылулар



- В) алғаш пайда болған пароксизм
 С) пароксизм ұзақтығы 6 сағаттан артық
 D) науқастың жасы 60 жастан асқан
 E) QRS кешенінің бастапқы ұзақтығынан 25% - ға кеңеюі
27. 76 жастағы науқас сол жақ қарынша артқы қабырғасының жедел ірі ошақты миокард инфарктісімен түсті. ЭКГ мониторингі PQ интервалының прогрессивті өсуін, содан кейін бірқатар QRS кешендерінің түсуін анықтады. Алғашқы күндерде Чейн-Стокс тынысы және құрысулармен қысқа естен тану эпизодтары бірнеше рет болды. Объективті: терінің және шырышты қабаттардың бозаруы. ЖЖЖ 38 рет/мин. АҚ 170/100 мм с.б.б. ЭКГ-да: QRS-пен P тістерінің әртүрлі аралықтары; қарыншалық комплекстер кең (0,14 с дейін), PP интервалының ұзақтығы 0,82 сек, ал RR – 1,8 сек. Кардиостимуляция жүргізуге көрсеткіш болып табылады:
- A) толық атриоventрикулярлық блокада
 B) жүрекшелердің жыбыры
 C) I дәрежелі атриоventрикулярлық блокада
 D) қарыншалық экстрасистолия
 E) синусты брадикардия минутына 50-ден аз
28. Науқаста аорта стенозы болса, кіші қанайналым жүйесінде ісіну белгілері келесі жағдайларда пайда болады:
- A) сол жақ қарыншадағы соңғы диастолалық қысымның 14 мм с.б.б. жоғарлауы
 B) ырғақ бұзылыстары
 C) артериальді гипертензия
 D) жоғары сол жақ қарыншалық систолалық қысымы
 E) сол жақ қарыншаның гипертрофиясы
29. Кардиохирургиялық науқаста операциядан кейінгі кезеңде электролит алмасуының бұзылуы нәтижесінде ішек парезі, ісіну, қуықтың параличі пайда болды. Бұл жағдайдың себебі ... болып табылады.
- A) гипокалиемия
 B) гипонатриемия
 C) гиперкалиемия
 D) гипернатриемия
 E) гипокальциемия
30. Қан айналымының толықтығын (адекваттылығын) барынша толық сипаттайтын гемодинамикалық көрсеткіш:
- A) қан айналымының минуттық көлемі
 B) артериальді қан қысымы
 C) тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласуы
 D) орташа артериальді қысым
 E) орталық веноздық қысым
31. 67 жастағы науқаста таралған ірі ошақты миокард инфарктісінің алғашқы 4 сағатында кенеттен ЖЖЖ минутына 140-тан жоғарлауы пайда болды. Бірнеше минут ішінде айқын акроцианоз және терінің бозаруы дамыды, АҚ 80/60 мм с.б.б. дейін төмендеді. ЭКГ-да: P тістері анықталмайды; QRS комплексі деформацияланған, ені 0,14 с жоғары; RR аралықтары шамамен бірдей. Миокардтың айқын гипоксиясы бар науқасқа адреналин ерітіндісін енгізу ...
- A) гипоксияны толық жояды
 B) гипоксия сатысын төмендетеді
 C) гипоксияны күшейтеді
 D) зат алмасу процесіне әсер етпейді
 E) зат алмасу процесін күшейтеді
32. Қан ағымына тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласуын төмендететін оң инотропты әсері бар препаратқа жатады:
- A) добутамин
 B) норадреналин



С) мезатон

Д) эфедрин

Е) адреналин

33. Бета-адреноблокациялық әсерге байланысты вазодилатациялық әсері бар препарат:

А) фентоламин

В) нитропруссид

С) бензогексоний

Д) арфонад

Е) пропофол

34. Жалпы қанайналым жүйесінде капиллярлық қан көлемінің үлесі ... % құрайды.

А) 5-7

В) 15-20

С) 10-12

Д) 30-40

Е) 2-4

35. Жалпы қанайналым жүйесінде артериальді қан көлемінің үлесі ... % құрайды.

А) 20-25

В) 15-18

С) 30-40

Д) 50-60

Е) 70-75

36. Жалпы қан айналым жүйесіндегі веноздық қан көлемінің үлесі ... % құрайды.

А) 70-75

В) 15-20

С) 30-45

Д) 50-60

Е) 80-85

37. Науқас жүрекке ота жасалғаннан кейін (үшжармалы қақпақшасының ақауын түзету) ауруханадан шығуға дайындалды, бірақ 12 – ші күні қан айналымының декомпенсациясы құбылыстары пайда болып-төменгі аяқтардағы ісіну, бауырдың 8 см-ге дейін және қабырға доғасының шекарасынан ұлғаюы, тыныштықта елтігу, қан қысымының 70/40 мм сын.бағ. дейін төмендеуі. Жүрек тондары естілмейді, жасанды жүрек клапандарының тондары әлсіреген.

Операциядан кейінгі кезеңде науқаста дамыған асқыну:

А) жүрек тампонадасы бар экссудативті перикардит

В) жедел жүрек жеткіліксіздігі

С) жасанды жүрек протездерінің жартылай тромбозы

Д) жедел миокардит

Е) жедел миокард инфарктісі

38. Науқас клиникаға елтігу, жүрек соғысы, төменгі аяқтарда ісінудің болуы, оң жақ қабырға асты ауырсынуы, мойны көктамырларының пульсациясы, олардың ұлғаюы, әсіресе жатқан кезінде күшеюіне шағымданып келді. Өмір анамнезінде 2 ай бұрын науқас бас миының жарақатымен жол апатына ұшыраған. Травматология бөлімшесінде ем алған. Болжамды диагноз:

А) үш жармалы клапанның жарақаттық жеткіліксіздігі

В) жүректің жарақатының әсеріннен жүрек жеткіліксіздігінің дамуы

С) экссудативті перикардит

Д) жарақаттан кейінгі миокардит

Е) жоғарғы қуыс вена синдромы

39. Науқас клиникаға елтіуге, ауа жетіспеушілігіне, төменгі аяқтардың ісінуіне, оң жақ қабырға асты ауырсынуға (бауырдың ұлғаюы), іштің ұлғаюына, мойын көктамырларының ұлғаюы және олардың пульсациясының жоғарылауына шағымданып келді. Рентгенограммада жүрек көлеңкесінің ұлғаюы, жүрек тондарының аускультациясында тұйықталуы байқалады. ЭКГ кернеуі төмендеген. Осындай клиникалық көрінісі бар жүрек ауруы:



- A) экссудативті перикардит
 B) дилатациялық кардиомиопатия
 C) гипертрофиялық кардиомиопатия
 D) жедел миокардит
 E) үш қақпашалық жүрек ақауы
40. Ревматикалық митральді-үшжармалы қақпақшасының стенозы бар науқаста жыбыр тахикардиямен клиникаға енгізумен, жүрек соғысының жиілеуімен, қан қақырығы бар жөтелге, температура 38 градусқа көтерілуіне шағымданады. Рентгенограммада сол жақ өкпенің ортаңғы бөлігінің инфарктты пневмониясы байқалады, өкпе суреті күшейген. Өкпе ісінуінің белгілері жоқ. Бұл жағдайдың болжамды себебі:
- A) өкпе артериясының кіші тамырларының тромбоэмболиясы
 B) сол жақ жүрекше тромбозы
 C) жоғары өкпе гипертензиясы
 D) сол жақ өкпенің ортаңғы бөлігінің жедел пневмониясы
 E) абсцессті пневмония
41. Дененің гемодинамикалық күйін бір-бірімен тығыз байланысты мына үш фактор анықтайды:
- A) айналымдағы қан көлемі, жүректің лақтырысы және тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласуы
 B) кеуде қуысының сіңіру қызметі, қанның реологиялық жағдайы және жүректің систолалық көлемі
 C) жүрек жиырылу жиілігі, жүрекке веноздық қайту және жүректің систолалық көлемі
 D) орталық веноздық қысым, айналымдағы қан көлемі және жүрекке веноздық қайтару
 E) қан кету жиілігі және гиповолемия ұзақтығы
42. Денедегі гиповолемияға жалпы әсер етуді және гемодинамикаға жартылай әсер етуді анықтайтын факторлар:
- A) АҚК тапшылығының көлемі, қан кету жиілігі және гиповолемия ұзақтығы
 B) АҚК тапшылығының шамасы, қан кету сипаты (артериялық, паренхималық, веноздық) және гиповолемия ұзақтығы
 C) АҚК азаю себебі (қан құйылу, секвестрация), АҚК азаю жылдамдығы, гиповолемия ұзақтығы
 D) АҚК компоненттерінің арақатынасы, қан кету жиілігі және гиповолемия ұзақтығының өзгеруі
 E) жүректің жиырылу жиілігі, жүрекке веноздық қайту және жүректің систолалық көлемі
43. Егде жастағы науқаста кенеттен құрғақ жөтел және бас айналумен жүретін төс артында жедел ауру пайда болды. Біраз уақыттан кейін инспираторлы енгізу және терінің бозаруымен диффузды цианоз дамыды. Эпигастрий аймағында патологиялық пульсация анықталды. Аускультацияда жүректің II тонның күшеюі және өкпе артериясында екі еселенуі анықталды. Себебі болып табылады:
- A) ӨАТЭ
 B) спонтанды пневмоторакс
 C) қақпақшалы пневмоторакс
 D) жедел коронарлық синдром
 E) құрғақ плеврит
44. Науқас М., 50 жаста, түскен кездегі шағымдары: сол жақ иық буынының тартып ауырсынуы және бастың ауруы. Бір күн бұрын, ауыр зат көтергеннен кейін, кеуде қуысының сол жақ жартысында және иық буынында ауырсыну пайда болды. АГ 10 жыл бойы ауырады. Объективті: дененің артық салмағы, беттің гиперемиясы. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, қолқа үстінде II тонның акценті, жүрек ұшында систолалық шу. ЭКГ: синустық ритм 90 рет/мин, минутына 10 ретке дейін суправентрикулярлық қарыншалық экстрасистолалар, жүректің электр осі көлденең бағытта, I, aVL, V4-V6 тіркемелерде ST интервалының 3 мм жоғары ығысуы. Қарыншалық экстрасистолалар жедел миокард инфарктісінде жиі дамиды. Бұл жағдайда енгізу керек:
- A) кордарон
 B) строфантин



- C) обзидан
D) финоптин
E) дигоксин
45. Жедел трансмуральды алдыңғы қабырға миокард инфарктісі диагнозы қойылған науқаста қарыншалық фибрилляция пайда болды. Сіздің әрекетіңіз:
- A) дефибриляция жүргізу
B) строфантин енгізу
C) обзидан енгізу
D) кордарон енгізу
E) норадреналин енгізу
46. Науқас Н., 48 жаста, 6 ай бұрын жүректің артқы және бүйір қабырғаларында Q миокард инфарктімен ауырған. Сол жақ қарынша орташа ұлғайған, лактыру фракциясы 50 %. Клиникалық-стенокардия және жүрек жеткіліксіздігінің белгілері жоқ. ЭхоКГ-да-артқы және бүйір қабырғаларының жұқаруы және акинезиясы. Миокард пен зақымдалған аймақтың қалыңдығы 6 мм. Сол қарыншаның лактыру фракциясы есептеледі:
- A) соққы көлемінің (УО) соңғы диастолалық көлемге (КДО) қатынасы
B) соңғы диастолалық көлемнің (КДО) соққы көлемінің (УО) қатынасы
C) соққы көлемімен соңғы диастолалық көлем арасындағы айырмашылық
D) соққы көлемін соңғы диастолалық көлемге көбейту
E) соққы көлеммен соңғы диастолалық көлем арасындағы айырмашылық
47. Науқас 52 жаста, интенсивті төс артындағы ауырсынуға байланысты кардиология орталығына жеткізілді, ұзақтығы шамамен 40 минут, оны жедел жәрдем дәрігері наркотикалық анальгетиктер енгізумен тоқтатты. Науқас кардиореанимация бөліміне ауыстырылды, бірнеше сағаттан кейін жүректің қатты соғуы пайда болды, ол әлсіздікпен, қан қысымының төмендеуімен бірге дамыды. Бұл жағдайда ЭКГ-да Р тістері анықталмады, қарыншалық комплкстер деформацияланып, 0,14 секундқа дейін кеңейген, қарыншалардың жиырылу саны минутына 150 болды. Миокард инфарктісінің ең сенімді серологиялық маркері болып табылады:
- A) бірінші тәулікте Тп I немесе ТпТ деңгейлерінің жоғарлауы
B) алғашқы күні АЛТ деңгейінің жоғарлауы
C) оң С-реактивті ақуыз
D) алғашқы 3-4 сағатта ЛДГ деңгейінің жоғарлауы
E) алғашқы 3 күнде АСТ деңгейінің жоғарлауы
48. Науқас Т., 47 жаста, кардиологиялық орталықтың қабылдау бөліміне жүрек аймағындағы қатты ауырсынуға байланысты түсті, ауырсыну жедел әлсіздікпен, жүрек жұмысындағы үзіліс сезімімен бірге жүреді. Объективті: ортопноэ, терісі бозғылт, ылғалдылығы қалыпты. Өкпеде везикулярлы тыныс. Жүрек тондары тұйықталған. ЭКГ-да: II, III және aVF-де ST сегментінің 5 мм-ге көтерілуі, I, aVL, V1-V6-да ST сегментінің депрессиясы. ST сегментінің жоғарлауымен көрінетін миокард инфарктісінің алғашқы 12 сағатта болжамы үшін ең тиімді емдік араласу:
- A) фибринолитикалық терапия
B) антикоагулянттарды енгізу
C) бета-блокаторларды енгізу
D) наркотикалық анальгетиктерді көктамыр ішіне енгізу
E) нитраттарды көктамыр ішіне енгізу
49. Қабылдау бөліміне 58 жастағы науқас жеткізілді. Ол қарқындылығы күшейетін эпигастрий аймағындағы тұрақты ауырсынуға, жүрек айнуы мен құсуға, жалпы әлсіздікке шағымданады. Ауырсыну шамамен 6 сағат бұрын басталған, себепсіз пайда болған. Объективті: терінің бозаруы, ылғалдылығы аз, еріннің цианозы. Өкпеде везикулярлы тыныс. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. ЖЖЖ 54 рет/мин. АҚ 110/60 мм с.б.б. Ішперденің тітіркену белгілері жоқ. ЭКГ: синустық ырғақ, R тісшесі вольтажының орташа төмендеуі және II, III, aVF-де ST сегментінің көтерілуі. Жедел миокард инфарктісінен туындаған синусты брадикардияда емдеуді бастау керек:
- A) 0,5-1 мг атропинді көктамыр ішіне енгізумен
B) 1 мг изупрелді көктамыр ішіне енгізумен



- C) 100 мг гидрокортизонды көктамыр ішіне енгізумен
 D) 1 мг изоптинді көктамыр ішіне енгізумен
 E) оң жақ қарыншаның қуысына профилактикалық электродты енгізумен
50. Кішкентай жүрек және жүрек ұшы түрткісі анықталмағандағы оң жақ қарыншалық жеткіліксіздіктің белгілері ... тән.
 A) констриктивті перикардитке
 B) митральды қақпақшаның жеткіліксіздігіне
 C) идиопатиялық кардиомиопатияға
 D) артериальді гипертензияға
 E) қолқа аневризмасына
51. Жедел тотальді жүрек жеткіліксіздігі клиникасы көрінбейді:
 A) жоғары артериальді қан қысымы
 B) кенеттен және тез дамитын жүрек әлсіздігі
 C) адинамия
 D) қолқалық және веноздық қысымның төмендеуі
 E) кіші сирек пульс
52. Жүрек қақпақшаларында протез бар науқастардағы ерекше асқынуларға жатпайды:
 A) миокардит
 B) тромбоз және жүйелік эмболиялар
 C) парапротездік фистулалар және протездік функцияның бұзылуы
 D) инфекциялық эндокардит
 E) геморрагиялық асқынулар
53. 56 жастағы науқастың алдыңғы трансмуральды миокард инфарктісінен кейінгі екінші күні жағдайы кенеттен нашарлады. Келесі белгілер пайда болды: жалпы әлсіздік, терісі ылғалды, бозғылт, ТАЖ минутына 26 рет, АҚ - 85/55 мм с.б.б. ЭКГ-мониторинг кезінде тахикардия, жүрек соғу жиілігі - 108 рет/мин тіркелді. Науқасқа кардиогендік шок диагнозы қойылып, допамин, преднизолон, реополиглюкинді көктамыр ішіне енгізу және натрий гидрокарбонатымен емдеу басталды. ЭКГ деректерін ескере отырып, науқасқа кордарон (амиодарон) ерітіндісі көктамыр ішіне тағайындалды. Кардиогенді шокты емдеуде вазопрессорларды қолдану керек:
 A) инфузиялық терапияның әсері болмаған кезде және қауіпті гипотензия сақталғанда
 B) 2-ші дәрежелі шок кезінде
 C) 3-ші дәрежелі шок кезінде
 D) 1 дәрежелі шок кезінде
 E) жоғары орталық веноздық қысыммен (15 мм сынап бағанасынан жоғары) байланысқан төмен артериальді қан қысымында (70 мм сынап бағанасынан төмен)
54. 62 жастағы науқаста алдыңғы қабырғаның трансмуральды миокард инфарктісінің жедел сатысы Гис шоғыры сол жақ аяқшасының толық блокадасы және І дәрежедегі атриовентрикулярлық блокадасы дамуымен асқынды. Объективті: акроцианоз және терінің бозаруы күшейді. ЖЖЖ 76 рет/мин, АҚ 85/50 мм с.б.б. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. Тыныс әлсіз. Кенеттен сананың жоғалуы және агональды тыныс алу дамыды, клиникалық өлім анықталды. Клиникалық өлімнің негізгі белгілеріне жатпайды:
 A) тыныс алудың жиілеуі, қарашықтар кеңейген, жарыққа реакциясы сақталған
 B) тыныс алудың болмауы, жүрек соғуының болмауы, жарыққа реакциясы жоқ көздің қарашығының кеңеюі
 C) беткей және жылдам тыныс алу, жарыққа реакциясы жоқ көздің қарашығының тарылуы, жіп тәрізді импульс
 D) себепсіз тырысулар, аяқ-қолдардың суық болуы, гипотензия
 E) жүрек ырғағының бұзылуы, диспноэ, цианоз
55. 39 жастағы науқас кардиологиялық орталыққа елтігу, жүректің қатты соғуы, жүрек жұмысындағы бұзылыстар, кеуде қуысы сол жақ жартысының шаншып ауруы, аяқтың ісінуі, дене температурасының көтерілуіне шағымданып түсті. Шамамен бір ай бұрын ол дене температураның 39 С-қа дейін жоғарлауымен, жөтелмен, тамақ ауруымен бірге жүретін тұмаумен



ауырған. Объективті: дене температурасы 37,3 С, акроцианоз. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, экстрасистолалар минутына 10 ретке дейін, ЖЖЖ 112 рет/мин, АҚ 100/60 мм с.б.б. ЭКГ тағайындалды. Миокардиттің электрокардиографиялық белгілері болып табылады:

- A) T тішесі амплитудасының төмендеуі
- B) I, II және aVL тіркемелерінде ST сегментінің депрессиясы
- C) III, V1, V2 тіркемелерінде S1-Q3 синдромы және ST сегментінің жоғары ығысуы
- D) Гис шоғыры сол жақ аяқшасының толық блокадасы
- E) V4-V6 тіркемелерінде терең Q тішесі

56. II дәрежелі, II-типті (Мобитц бойынша) толық емес атриовентрикулярлық блокаданың электрокардиографиялық белгісі болып табылады:

- A) P тішесінің сақталуымен бөлек QRST кешендерінің түсіп қалуы және PQ интервалының тұрақты ұзаруы
- B) қарыншалық комплекстер санының жүрекшелік комплекстер санына сәйкестігі
- C) «тұрақты» P-Q интервалының және бөлек QRST кешендерінің болмауы
- D) QRS кешенінен кейін теріс P тішесінің болуы
- E) d-толқынының болуы және PQ интервалының қысқаруы

57. Венкебах - Самойлов кезеңдерімен II дәрежелі, I типті (Мобитц бойынша) атриовентрикулярлық блокада сипатталады:

- A) үзілісте P тішесінің сақталуымен QRST кешенінің мерзімді жоғалуы және келесі циклдарда P - Q интервалының біртіндеп ұзаруы
- B) P - Q аралығын ұзаруы (0,2 с жоғары)
- C) келесі циклдарда P-P интервалының біртіндеп жоғарлауы және P тішесі және QRST кешенінің кезеңдік жоғалуы
- D) қалыпты P-Q интервалы және P-тішесінің кезеңдік жоғалуы
- E) P тішесінің сақталуымен жеке QRST кешендерінің жоғалуы және P-Q интервалының тұрақты ұзаруы

58. Вольф-Паркинсон-Уайт синдромының электрокардиографиялық белгілері болып табылады:

- A) QRS кешенінің ені 0,10 с жоғары
- B) P-Q аралығы > 0,11 с
- C) жүрекшелердің жыбыры немесе дірілі
- D) толық атриовентрикулярлық блокада
- E) V4-V6 тіркемелерінде терең Q тішесі

59. Фридерик синдромының электрокардиографиялық белгілері болып табылады:

- A) жүрекшелердің жыбыры немесе дірілі
- B) қарыншалардың тұрақты емес ырғағы
- C) толық емес атриовентрикулярлық блокада
- D) QRS кешенінің ені 0,10 с жоғары
- E) V4-V6 тіркемелерінде терең Q тішесі

60. Артериальді қан қысым деңгейін анықтайтын негізгі гемодинамикалық көрсеткіштер:

- A) жүрек лақтырысының жоғарлауы, тамырлардың жалпы перифериялық қарсылығының өсуі, АҚК жоғарлауы
- B) ТЖПҚ өсуі, АДГ шамадан тыс өндірілуі, РААЖ белсенуі
- C) АҚК жоғарлауы, САЖ белсенуі, жүрек лақтырысының жоғарлауы
- D) альдостерон өндірілуінің ұлғаюы, жүрек лақтырысының жоғарлауы, АҚК ұлғаюы
- E) АДГ шамадан тыс өндірілуі, САЖ белсенуі, АҚК жоғарлауы

61. Балалық кезден дененің сол жағындағы II-III қабырға аралықтағы систола - диастолалық шу ... тән.

- A) ашық артериялық түтікке
- B) жүректің митральді ақауына
- C) қарыншааралық перденің ақауына
- D) аорта коарктациясына



Е)балалық шақтағы гемодинамиканың функционалдық жағдайына

62.Фалло тетрадасының клиникалық көрінісіне жатпайды:

А)өкпе гипертензиясы

В)тері жамылғысының цианозы

С)саусақтардың барабан таяқшасы тәрізді қалындауы

Д)оң жақ қарыншаның гипертрофиясы

Е)төстің сол жағында эпицентрі II-III қабырғааралықтағы систолалық шу

63.Трансмуральді миокард инфарктісінің ерте ЭКГ белгісі болып табылады:

А)жүрек ырғағының бұзылысы

В)Q тісшесінің пайда болуы

С)QRS кешенінің өзгерісі

Д)T тісшесінің инверсиясы

Е)ST сегментінің 1 мм-ден жоғарлауы

64.Науқас О., 37 жаста, кардиологиялық орталықтың қабылдау бөліміне енгізу, төс артындағы ауырсыну, жүрек жұмысындағы үзілістер, ауаның жетіспеушілік сезіміне шағымданып түсті. ЭКГ бойынша: II дәрежелі синоатриальді блокада, I дәрежелі атриоventрикулярлық блокада.

Анамнезінен: Гипертрофиялық кардиомиопатия, миокард инфаркты (5 жыл бұрын). Кезекші реаниматолог ЭхоКГ тағайындады. Гипертрофиялық обструктивті кардиомиопатияның классикалық ЭХО-КГ белгісі болып табылады:

А)қарыншааралық перденің асимметриялық гипертрофиясы

В)сол жақ қарыншаның гипертрофиясы

С)сол жақ қарынша қуысының ұлғаюы

Д)сол жақ қарынша қуысының кішіреюі

Е)митральді регургитация

65.Науқас 62 жаста, кардиология бөлімінде жатыр, артериальді гипертензиямен ауырады, тәулік ішінде мойын мен иыққа таралатын, қорқыныш сезімімен бірге жүретін, кеуде қуысының қысып ауырсынуы бірнеше рет қайталанды, дәрі-дәрмекпен басылмады. АҚ 110/70 мм с.б.б. ЭКГ-да: синустық ырғақ. ЖЖЖ 98 рет/мин. ST сегментінің V1 - V4 тіркемелерінде 1,5 мм-ге көтерілуі. Физикалық жүктемемен ЭКГ тестті өткізуге қарсы көрсеткіш болып табылады:

А)жедел миокард инфарктісі (48-72 сағаттан аз)

В)стенокардия ФК бағалау

С)ЖИА диагнозы бар науқастардағы болжамды бағалау

Д)симптомдар пайда болған жағдайда ревазуляризациядан өткен науқасты тексеру

Е)жиілік-адаптивті кардиостимулятордың жұмыс параметрлерін орнату қажеттілігі

66.Физикалық жүктемемен ЭКГ тестті тоқтатуға көрсеткіш болып табылады:

А)ST сегментінің 3 мм-ден жоғары ишемиялық депрессиясы

В)қарыншаүстілік экстрасистолалар

С)АҚ шамалы жоғарылауы

Д)жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы

Е)АҚ айқын емес төмендеуі

67.Тиазидті диуретиктермен ұзақ уақыт емдеуден кейін байқалатын қан қысымының төмендеуі ... байланысты.

А)перифериялық тамырлық резистенттіктің төмендеуіне

В) ренин белсенділігінің төмендеуіне

С) плазма көлемін азаюына

Д)гистаминнің босап шығуына

Е) катехоламин синтезінің төмендеуіне

68.Жедел миокард инфарктісінде кардиогендік шоктың пайда болуы ... байланысты.

А)миокард массасының 40% немесе одан да көп зақымдалуына

В) зақымдалған миокардтың массасына тәуелді болуына

С)миокард массасының 20% зақымдалуына

Д)миокард инфарктісінің орналасуына тәуелді болуына



Е) миокард инфарктісінің орналасуына тәуелді еместігіне

69. Оң жақ қарыншаның инфарктісін диагностикалау үшін ақпаратты ЭКГ белгілері болып табылады:

А) V3R және V4R тіркемелерінде ST сегментін жоғарлауы

В) ЖЭО айқын оң жаққа ауытқуы

С) Гис шоғыры оң аяқшасының толық блокадасы

Д) II, III және aVF тіркемелерінде P-pulmonale пайда болуы

Е) оң жақ қарыншаның шамадан тыс жүктелу белгілері (V5-6 терең S)

70. Миокард инфаркті кезінде тромболитикалық терапияға қарсы көрсеткіш болып табылады:

А) аорта аневризмасына күдік

В) АҚ 160/100 мм.сын.бағ.

С) трансмуральді ИМ

Д) алғаш рет пайда болған Гис шоғыры сол жақ аяқшасының толық блокадасы

Е) некроздан кейінгі уақыт 3 сағаттан аз

71. Миокард инфаркті кезінде пансистолалық шу пайда болуының себебі болып табылады:

А) сол жақ папиллярлық бұлшықеттің жыртылуы

В) жүрекше аралық перденің жыртылуы

С) сол жақ қарыншаның инфарктісі

Д) алғаш рет пайда болған Гис шоғыры сол жақ аяқшасының толық блокадасы

Е) электромеханикалық диссоциацияның әр түрлілігі

72. Артериальді қысымды тікелей өлшеу кезінде ақпарат дәлдігі жақсартады, егер:

А) сығылмайтын сұйықтық жүйені толығымен толтырса

В) жүйенің резонанстық жиілігі жүрек соғу жиілігіне тең

С) өткізгіш жақсы созылатын диафрагмамен жабдықталған

Д) катетер жұмсақ иілгіш материалдан жасалған

Е) ұзын, қуысы тар катетер қолданылады

73. Науқас Р., 60 жаста, кардиологиялық орталықтың қабылдау бөліміне қабылданды, реаниматолог және кардиолог шақырылды. Төменгі жаққа және екі иыққа таралатын, қатты қарқынды кеуде қуысының ауырсынуына шағымданады. Ауырсыну шамамен 2 сағат бұрын басталған, нитраттармен басылмайды. Бірнеше рет құсу болды. Объективті: терісі бозғылт, суық термен жабылған, айқын акроцианоз. Өкпеде қатты тыныс, төменгі бөліктерінде әлсіреген. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. ЖЖЖ 108 рет/мин. АҚ 85/60 мм с.б.б. ЭКГ: синустық тахикардия, III, aVF, V5-V6 тіркемелерінде ST сегментінің көтерілуі, QRS комплекстері өзгеріссіз. Науқас ауруханаға түскен кезде аталған фактордың болуы кардиогендік шокты болжамдауға мүмкіндік береді:

А) сол жақ қарыншаның лақтыру фракциясы 35% төмен

В) жасы 50-ге дейін

С) жынысы еркек

Д) кіші ошақты МИ

Е) сол жақ қарыншаның ЛФ 45% жоғары

74. Науқас К., 60 жаста, кардиореанимация бөлімінде интенсивті терапия алуға. Анамнезінде миокард инфаркты екі рет, лақтыру фракциясы 30%, жүрек жеткіліксіздігі (NYHA II ФК).

Оңтайлы дәрі-дәрмек терапиясын алуға. Коронар ангиографияға сәйкес-реваскуляризацияны қажет етпейтін оң жақ коронарлық артерияның созылмалы окклюзиясы. Күнделікті ЭКГ мониторингінге сәйкес-сирек кездесетін қарыншалық экстрасистолалар. Оң жақ қарыншалық жеткіліксіздікте аталған белгілер байқалмайды:

А) өкпе капиллярларындағы қысымның айқын жоғарлауы

В) аяқтың ісінуі

С) кіші қан айналым шеңберіндегі гипертензия

Д) мойын тамырларының ісінуі

Е) оң қарыншадағы соңғы диастолалық қысымның жоғарылауы



75. Жоғары орталық веноздық қысымды жедел жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігі мына жағдайға тән емес:

- A) қан кету
- B) кернеулік пневмоторакс
- C) веноздық ауалы эмболия
- D) өкпе эмболиясы
- E) жүрек жеткіліксіздігі

76. Науқас С., 74 жаста, айқын еңтігу мен жалпы әлсіздікке байланысты шұғыл ауруханаға жатқызылды. Тексеру кезінде: есі анық, әлсіз. Дене қалпы ортопноэ. Терісі бозғылт, ылғалды, акроцианоз. ТАЖ минутына 32 рет, қатты тыныс, төменгі бөліктерде екі жағында ылғалды, ұсақ көпіршікті сырылдар бар. Жүрек тондары тұйық, ырғақты, барлық бөлімдерде систолалық шу. ЖЖЖ минутына 96 рет, АҚ 75/46 мм с.б.б. ЭхоКГ- да жүректің барлық камераларының кеңеюі, сол жақ қарыншаның лақтыру фракциясы 26%. ЭКГ тағайындалған. Дилатационды кардиомиопатияның клиникалық көріністері болып табылады:

- A) пароксизмальды тахикардия және жыбыр аритмиясы
- B) Гис шоғыры оң аяқшасының блокадасы
- C) мойын тамырларының ісінуі
- D) өкпе капиллярларында қысымның жоғарлауы
- E) жүрек аймағының ауырсынуы

77. Митральді стеноздағы клиникалық гемодинамика өзгерісі байқалатын митральды саңылау аймағында пайда болады:

- A) 2-2.5 см² дейін
- B) 3-3.5 см² дейін
- C) 1 см² дейін
- D) 1 см²-тан аз
- E) 3 см²-тан аз

78. Қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігіндегі артериальді қысымды сипаттаңыз:

- A) қалыпты немесе жоғары систолалық және төмен диастолалық
- B) қалыпты
- C) төмен систолалық және жоғары диастолалық
- D) қолда жоғары және аяқта төмен
- E) төмен систолалық және диастолалық қысым

79. ЭКГ мәліметтері бойынша: Р тісшесінің болмауы, QRS кешендерінің деформациясы, минутына 300-ге дейін жүрек соғу жиілігі, қан айналымын тоқтатудың түрі:

- A) пульссіз қарыншалық тахикардия
- B) қарыншалардың фибрилляциясы
- C) асистолия
- D) электромеханикалық диссоциация
- E) жүрекшелердің дірілі

80. Науқасты ӨЖВ- на ауыстыру қажеттілігі болған жағдайда артериальді қандағы рО₂ және рСО₂ көрсеткіштері үлкен маңызға ие. Осы газдардың кернеулік саны орнатылған, бұл ӨЖВ- ға ауыстырудағы оң критерий болып табылады. Газдардың кернеулігі құрайды:

- A) 60 мм с.б.б.
- B) 30 мм с.б.б.
- C) 40 мм с.б.б.
- D) 50 мм с.б.б.
- E) 70 мм с.б.б.

81. Өкпе ісінуінің аясында дамыған ауыр гипоксияға байланысты науқас ӨЖВ- на ауыстырылған. ӨЖВ- ның мақсатты режимі:

- A) тыныс шығаруда оң қысыммен гипервентиляция режимінде
- B) тыныс шығаруда теріс қысыммен нормовентиляция режимінде
- C) тыныс шығаруда оң қысыммен нормовентиляция режимінде



- D) тыныс шығаруда теріс қысыммен гипервентиляция режимінде
E) жоғары жиілікті ӨЖВ режимінде
82. Жүрекке жабық массаж жасаудың тиімділік критерийіне ЖАТПАЙДЫ:
- A) қабырғаның сынуы
B) беттің терісі және шырышты қабатының қызғылт түстенуі
C) ұйқы артериясында пульстің пайда болуы
D) қарашықтардың тарылуы
E) АҚ - 80-90 мм с.б.б.
83. Гиперкалиемиаға тән ЭКГ- дағы белгілер:
- A) QRS комплексінің деформациясы және биік өткір Т тішесі
B) Т тішесінің тегістелуі
C) ST интервалының төмендеуі, теріс Т тішесі
D) ЭКГ барлық тішселері биіктігінің төмендеуі
E) Р тішесінің тегістелуі
84. Дәстүрлі түсініктерге сәйкес, көк тамырға дроперидол енгізгенде оның гипотензивті әсері ... созылады.
- A) 2,5 сағатқа дейін
B) 15 минутқа дейін
C) 30 минутқа дейін
D) 45 минутқа дейін
E) 60 минутқа дейін
85. Трансмуральды алдыңғы таралған миокард инфарктісі бойынша кардиореанимациядағы науқаста (61 жаста, салмағы 95 кг) операциядан кейінгі 3-ші күні тыныс алу кезінде күшейетін жүректің қысып ауруы, еңтігу пайда болды, дене температурасы 38 С-қа дейін көтерілді. Қарап тексергенде: қатты тыныс және оң жақ өкпеде жауырын астында дыбысты ылғалды сырылдар, перикардтың үйкеліс шуы естіле бастады, ол 2-3 күн сақталды. Қанда: лейкоциттер $17,2 \times 10^9/\text{л}$, п-12%, э-8%, ЭТЖ - 32 мм/сағ. Жедел жүрек тампонадасында Бек триадасына мыналар кіреді:
- A) «кіші тыныш» жүрек, жоғары веноздық қысым, артериальді гипотензия
B) мойын веналарының күрт ісінуі, визуальды жүрек ұшы түрткісі
C) «диірмен дөңгелегі» тәрізді шу, артериальді гипотензия
D) артериальді гипотензия, акроцианоз, жоғары веноздық қысым
E) артериальді гипотензия, жүрек аймағындағы ауырсыну, тахикардия
86. 9 жастағы балада қарыншалық фибрилляция анықталды. Электрлік дефибрилляцияны жүргізу туралы шешім қабылданды. Разряд энергиясын таңдаңыз:
- A) 2 Дж/кг
B) 1 Дж/кг
C) 3 Дж/кг
D) 4 Дж/кг
E) 5 Дж/кг
87. Науқасқа 750 мл эритроциттер, 1000 мл жаңа мұздатылған плазма, 500 мл стабизол және 1500 мл физиологиялық ерітінді құйылғаннан кейін тыныс алудың қиындауы, кеуде қуысының қысылу сезімі, жүрек аймағындағы ауырсыну, беттің цианозы пайда болды, аритмия, тахикардия, қан қысымының төмендеуі, диастолада жүректің тоқтауы анықталды. Нв- 86 г/л , эр- $3,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нт-21%. Науқаста мына асқыну дамыған:
- A) гипертрансфузияға байланысты жүректің жедел дилатациясы
B) ауалы эмболия
C) анафилактикалық шок
D) ӨАТЭ
E) жедел миокард инфарктісі
88. 12 жастағы балаға жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу кезінде жүректің жабық массажы басталғаннан кейін радиальды артерияда кеуде қуысының компрессиясымен қатаң синхронды



пульс пайда болды және систоалық қан қысымы 60 мм с.б.б. шегінде анықтала бастады. Осы белгілер ... көрсетеді.

- A) жүрек массажының тиімділігін
- B) жүрек массажының адекваттылығын
- C) жүрек массажының жеткіліксіздігін
- D) жүрек массажының тиімсіздігін
- E) қарыншалар фибрилляциясын

89. Кардиологиялық орталықтың қабылдау бөліміне 50 жастағы науқас С. жеткізілді, шағымдары шүйде аймағындағы қатты ауырсыну, құсу, көз алдында шіркейлердің көрінуі. Жағдайының нашарлауын стресстік жағдаймен байланыстырады. Объективті тексеру кезінде: жағдайы ауыр, қозған, бет терісі қызарған, пульсі -100 рет/мин, ырғақты, кернеулі, АҚ-220 / 110 мм с.б.б. Аортаның қабатталуы немесе оның аневризмасының жыртылуымен асқынған гипертониялық кризді басу үшін бірінші қатардағы препараттар болып табылады:

- A) нитраттар
- B) магний сульфаты
- C) орталық әсер ететін α -агонистер
- D) ганглиоблокаторлар
- E) ААФ ингибиторлары

90. Диуретиктерді қабылдау аясында электролиттік бұзылулардан туындаған «пируэт» типті (torsades de pointes) қарыншалық тахикардия үшін таңдаулы препарат болып табылады:

- A) магний сульфаты
- B) β -блокаторлар
- C) амиодарон
- D) прокаинамид
- E) кальций антагонистері

91. Пароксизмальді қарынша үстілік тахикардия үшін «вагустық» әдіс ретінде қолданылатын ұйқы безінің интенсивті массажи ... алып келуі мүмкін.

- A) синкопальды жағдайға
- B) көмей мен кеңірдектің қысылуына
- C) жүрек соғу жиілігінің парадоксальды жоғарлауына
- D) артериальді қан қысымының күрт жоғарлауына
- E) Горнер синдромына

92. Пароксизмальді қарынша үстілік тахикардиядағы кардиогенді шоктың аритмиялық нұсқасы дамуының негізгі себебі болып табылады:

- A) диастоланың қысқаруы, миокардтың гипоксиясы, жүрек лақтырысының төмендеуі
- B) сол жақ жүрекшенің созылуы, натриуретикалық гормон синтезінің жоғарлауы, дегидратация
- C) диастола кезінде жүрек камераларының созылуы, жүректің шамадан тыс жүктелуі, соққы көлемінің төмендеуі
- D) диастоланың қысқаруы, қарыншалардағы соңғы диастоалық көлемнің азаюы, жүрек лақтырысының жоғарлауы
- E) систола кезінде өкпе артериясы мен аортадағы қан ағымының асинхронды болуы

93. Жедел коронарлық синдроммен асқынған гипертониялық кризде таңдаулы препарат болып табылады:

- A) метопролол
- B) нифедипин
- C) эбрантил
- D) эналаприл
- E) фуросемид

94. Жүректің ишемиялық ауруында қолданылатын нитраттарға толеранттылық негізделген:

- A) тамырлардағы тегіс бұлшықет жасушаларында SH-тобындағы күкірт иондарының азаюы
- B) қанда нитраттардың әсерін басатын эндогендік катехоламиндердің басым болуы
- C) нитраттардың алмасуы нәтижесінде организмде нитриттердің жиналуы



D) тамырлардағы тегіс бұлшықет жасушаларының саркоплазмасында Ca^{2+} иондарының жиналуы
 E) азот оксидінің (II) әсерін төмендететін нитратсинтетазаның активациясы

95. Қарыншалық фибрилляцияға алып келетін жүрек ырғағының бұзылысы болып табылады:

- A) қарыншалық экстрасистолия
- B) жүрекшелік экстрасистолия
- C) жүрекшелердің фибрилляциясы
- D) жүрекшелердің дірілі
- E) синусты брадикардия

96. Науқас (ер, 55 жаста, салмағы 115 кг) оң жақ қарыншалық ауыр жүрек жеткіліксіздігі, ӨСОА, созылмалы өкпелік жүрек дамуы аясында жедел кардиогенді өкпе ісінуімен кардиологиялық реанимация бөліміне түсті. Науқас қозулы, каталкада мәжбүрлі отырған қалыпта. АҚ - 220/100 мм с.б.б., ЖЖЖ- 115/мин, диурез жылдамдығы физиологиялықтан жоғары. ҚСЖ талдауда: PaO_2 55 мм с.б.б., $PaCO_2$ 65 мм с.б.б., BE +8 ммоль/л. Сатурация 84%, ТАЖ 22 рет/мин, аузынан көпіршік шығады. Ауруханаға жатқызылғаннан бір сағат өткен соң науқастың неврологиялық статусы нашарлады, тексеруге нашар жауап береді. Дене, бет және мойынның тері жамылғысы қанық қызыл түсте, ылғалды. ТАЖ 12 рет/мин, ЖЖЖ 85 рет/мин, АҚ 160/80 мм с.б.б., сатурациясы 79%. Кома дамуының патогенетикалық механизмі:

- A) Гиперкапния. Церебральды вазоплегия, церебральді ісіну
- B) Гиперкапния. Церебральды ангиоспазм, мидың ишемиясы
- C) Гипербаземия. Церебральды вазоплегия, мидың ишемиясы
- D) Гипокапния. Церебральды ангиоспазм, мидың ісінуі
- E) Гипобаземия. Церебральды ангиоспазм, мидың ишемиясы

97. Науқас (ер, 70 жаста, салмағы 85 кг) созылмалы жүрек жеткіліксіздігі аясында жедел кардиогенді өкпе ісінуімен кардиологиялық реанимация бөліміне түсті. Өкпенің барлық алаңында ылғалды сырылдар, аузынан көпіршік бөлінеді, тахипноэ. АҚ 200/100 мм с.б.б., ЖЖЖ- 130 рет/мин, олигурия. 100 мг фуросемид бір мезгілде көктамыр ішіне енгізіліп, қосалқы өкпенің жасанды вентиляциясы басталды. Науқастың жағдайы жақсарды. Зәр шығару пайда болды, диурез жылдамдығы 0,3 мл/кг/сағ. Дәрігер қайта дегидратация жүргізуді шешті (перфузорға фуросемидті 40 мг/сағ жылдамдықпен қойды), 4 сағаттан кейін теріс динамика байқалды. Естің бұзылуы және гипотензия пайда болды. Электролиттер талдауында: Na^+ 136 ммоль/л, K^+ 3,6 ммоль/л, Cl^- 86 ммоль/л, Ca^{++} 0,9 ммоль/л. Науқас жағдайы нашарлауының себебі болып табылады:

- A) гиповолемия және гипохлоремия
- B) гиповолемия және гипонатриемия
- C) гиповолемия және гиперкальциемия
- D) гиповолемия және гипокалиемия
- E) гиповолемия және гиперкалиемия

98. Геронтологиялық кардиологиялық науқас (ер, 72 жаста, салмағы 70 кг) көпкомпонентті антигипертензивті және ишемияға қарсы ем қабылдайды, оған 150 мг таблеткадағы ацетилсалицил қышқылы (АсК), 10 мг таблеткадағы бисопролол, 8 мг таблеткадағы периндоприл және 16 мг таблеткадағы кандисартан кіреді. Науқас ыстық күндердің бірінде ұмытшақтықтан 8 таблетканы, әрқайсысы 150 мг-нан АсК қабылдаған, сонымен қатар тәулік бойы басқа дәрілерді дозасын асырмай қабылдауды жалғастырған. Сағат 22:00-де жедел коронарлық синдром (STEMI) дамыған. Бұл фармакологиялық механизм жедел коронарлық жеткіліксіздіктің дамуына әсер етті:

- A) АсК үлкен дозасы тромбоциттер агрегациясының жоғарылауына алып келеді
- B) АсК үлкен дозасы кандисартанмен бірге коронарлық спазмды шақырады
- C) АсК үлкен дозасы бисопрололмен бірге тахикардияны тудырады
- D) АсК үлкен дозасы периндоприлмен бірге алдын ала жүктемені арттырады
- E) АсК үлкен дозасы брадикардия және жүрек тоқтауына алып келеді

99.6 жастағы, салмағы 20 кг бала кардиология бөлімінен жағдайы нашарлап реанимация бөліміне ауыстырылды. Бұрын (1 жыл алдын) гломерулонефрит нәтижесінде жүре пайда болған жүрек ақауына байланысты созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі дамыған. Альдостерон антагонисттерін қабылдайды. Қозулы, тері жамылғысы бозғылт түсте. АҚ 130/80 мм с.б.б., ТАЖ 22 рет/мин.



Бақылау үшін электролиттік талдауда науқаста гиперкалиемия анықталды, K^+ 6,5 ммоль/л. Сіз ЭКГ түсірдіңіз. Бұл электролит ығысуы ЭКГ-да келесі электрофизиологиялық өзгеріске ие болады:

- A) синустық брадикардия
- B) синустық тахикардия
- C) AV түйіндік тахикардия
- D) суправентрикулярлық тахикардия
- E) идиовентрикулярлық ырғақ

100. Балалар реанимация бөліміне жүре пайда болған кардиомиопатияның декомпенсациясына байланысты кардиогенді ісінумен науқас түсті (7 жас, салмағы 23 кг). Ұзақ уақыт бойы созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауырады, бір апта бойы күрделі базалық терапияны (альдостерон антагонисттерін) қабылдамаған. АҚ 180/90 мм с.б.б., ЖЖЖ 115 рет/мин, ТАЖ 25 рет/мин. Есі анық, әлсіз бас ауруы, ылғалды жөтел. Патологиялық алдын ала жүктемені түзету үшін патогенетикалық негізделген препарат болып табылады:

- A) ілмектік диуретиктер
- B) гипотониялық кристаллоидтар
- C) реполяризация ингибиторлары
- D) альфа1-адреномиметиктер
- E) бета-блокаторлар

101. Науқас (әйел, 70 жаста, салмағы 100 кг) ұзақ уақыт бойы артериальді гипертензия және ЖИА-мен ауырады, жедел жәрдеммен ауруханаға «жедел коронарлы синдром» диагнозымен жеткізілгеннен кейін, жүрек жиырылу жиілігі 150-180- 200 рет/мин дейін жүрекшелердің фибрилляция дамыды. Дәрілік кардиоверсия (верапамил және амиокардин) әрекеті сәтсіз болды. Атаралгезиямен электрлік кардиоверсия жасау туралы шешім қабылданды. Анестезияның осы түрін орындау үшін препараттардың комбинациясын ұсыныңыз:

- A) морфин 5 мг + реланиум 10 мг, к/і
- B) натрий тиопенталы 200 мг + реланиум 10 мг, к/і
- C) кетамин 50 мг + профол 100 мг, к/і
- D) атропин 1 мг + фентанил 100 мкг, к/і
- E) натрий тиопенталы 300 мг + кетамин 50 мг, к/і

102. Жағдайы өте ауыр науқас (ер, 18 жаста, салмағы 65 кг) кардиологиялық интенсивті терапия бөліміне жеткізілді. Түскеннен 20 минут бұрын науқас жоғары вольтты электр жарақатын алған. Түскен кезде 28-32 рет/мин жиілікпен тұрақты идиовентрикулярлы ырғақ тіркелді. АҚ мм с.б.б. Науқас қарап тексергенде баяу жауап береді, Глазго кома шкаласы бойынша 12 балл. Гемодинамиканы тұрақтандыру үшін бірінші қатардағы препаратты ұсыныңыз:

- A) адреналин
- B) мезатон
- C) пропранолол
- D) верапамил
- E) преднизолон

103. Науқас (ер, 60 жаста, салмағы 90 кг) ауыр созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен кардиологиялық интенсивті терапия бөліміне түсті, анамнезінен жағдайының нашарлауы диуретиктерді қабылдаудағы қателіктен болғаны анықталды. Науқас 5 мг 5 таблетка салуретик қабылдаған. Науқастың плазма осмольарлығын зертханалық мәліметтер бойынша есептеңіз: Na^+ 125 ммоль/л, Cl^- 85 ммоль/л, мочевина 5 ммоль/л, глюкоза 5 ммоль/л, АВ 20 ммоль/л, K^+ 2,5 ммоль/л, креатинин 0,13 ммоль/л.

- A) 260 мосм/л
- B) 293 мосм/л
- C) 235 мосм/л
- D) 215 мосм/л
- E) 205 мосм/л



104. Науқас (ер, 65 жаста, салмағы 90 кг) кардиологиялық реанимация бөлімінен ауыстырылғаннан кейінгі 2-ші күні, ол жерде бақылауға алынған және мына диагноз бойынша емделген: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, жедел кардиогенді өкпе ісінуі. Жағдайының нашарлауы 10% глюкоза және липидті қоспасы бар парентеральді тамактанудың аясында пайда болды. Қайтадан клиникалық талдаулар алынды. Қан плазмасындағы глюкоза 7 ммоль/л, мочевиная 3 ммоль/л, Na⁺ 125 ммоль/л, гематокрит 30%, Cl⁻ 95 ммоль/л. АҚ 170/80 мм с.б.б., ЖЖЖ 100 рет/мин. Су-электролит алмасуының бұзылуын болжаңыз:

- A) Гипоосмолярлы гиперволемиа
- B) Изоосмолярлы гиповолемиа
- C) Гиперосмолярлы гиперволемиа
- D) Гиперосмолярлы гиповолемиа
- E) Изоосмолярлы гиперволемиа

105. Синустық тахикардияны емдеуге селективті емес бета-блокаторлар қарсы көрсетілген науқастар тобын анықтаңыз:

- A) өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар
- B) 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастар
- C) тұрақты жүрекшелер фибрилляциясы бар науқастар
- D) феохромоцитомасы бар науқастар
- E) re-entry аритмиясы бар науқастар

106. Жүрек ырғағының және қанайналымның бұзылыстары бар тұрақсыз науқас (ер, 60 жаста, салмағы 85 кг) терапия бөлімінен кардиологиялық реанимация бөліміне ауыстырылды.

Кардиореанимация бөлімшесінде науқасқа электрлік кардиоверсияға көрсеткіштерді анықтаңыз:

- A) тахикардиямен жүретін гипотензия
- B) брадикардиямен жүретін гипертензия
- C) брадикардиямен жүретін нормотензия
- D) тахикардиямен жүретін гипертензия
- E) брадикардиямен жүретін гипотензия

107. Монтаждау жұмыстарын орындау кезінде жоғары вольтті панельден электр соққы алған науқасқа (ер, 45 жаста, салмағы 80 кг) үшінші дәрежелі АВ блокадасы бойынша шұғыл медициналық көмек көрсетіңіз. Глазго шкаласы бойынша 10 балл. АҚ 50/20 мм с.б.б., ЖЖЖ 35 рет/мин., ТАЖ 17 рет/мин.

- A) адреналин
- B) верапамил
- C) изосорбид динитрат
- D) эсмолол
- E) галантамин

108. Науқас (әйел, 60 жаста, салмағы 70 кг) кардиологиялық бөлімшеде гипертониялық криз, жедел кардиогенді өкпе ісінуі диагнозымен емделуде, анамнезінде ишемиялық типті ЖМКБ бар. Жағдайы ауыр, тыныс және жүрек жеткіліксіздігінің белгілері өршіген. Тахипноэ 30 рет/мин дейін, РаО₂ 52 мм с.б.б., РаСО₂ 21 мм с.б.б., рН 7.55, р50 18 мм с.б.б., ВЕ +3 ммоль/л. АҚ 100/80 мм с.б.б., ЖЖЖ 100 рет/мин. Осы қышқыл-негіздік тепе- теңдік ми тамырларының тонусына келесі жолмен әсер етеді:

- A) Церебральды тамырлар тарылуын қолдайды. Перфузияны төмендетеді
- B) Церебральды вазоплегияны қолдайды. Перфузияны арттырады
- C) Церебральды тамырлар тарылуын қолдайды. Перфузияны арттырады
- D) Церебральды вазоплегияны қолдайды. Перфузияны төмендетеді
- E) Ми затының ишемия аймағында вазоспазмның регрессиясын қолдайды

109. 55 жастағы науқас ауруханаға жүрек аймағындағы қысылған сипаттағы ауруға, еңтігуге, қатты әлсіздікке, жүрек жұмысының бұзылуына шағымданып түсті. ЭКГ-да қарынша үстілік тахикардия 186 рет/мин анықталды, АҚ 148/96 мм с.б.б. Анамнезінде- лидокаинге аллергия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар. Анамнезді ескере отырып, аритмияны басу үшін дәрілер тобын таңдаңыз:



- A) жүрек гликозидтері
- B) ААФ ингибиторлары
- C) β-блокаторлар
- D) кальций антагонистері
- E) α-адреноблокаторлар

110. Реанимация бөлімшесіне жатқызылған 40 жастағы науқаста ЖЖЖ 214 рет/мин болатын пароксизмальды қарынша үстілік тахикардия анықталды. ЭКГ- да Вольф-Паркинсон-Уайт синдромы анықталды. Осы тахикардияны тоқтату үшін қолданылмайтын препаратты көрсетіңіз:

- A) ателолол
- B) калий хлориді
- C) пропafenон
- D) флекаинид
- E) амиодарон

111. 67 жастағы науқас өкпенің кардиогенді ісінуі бойынша реанимация бөлімшесіне жатқызылған. Қарап тексергенде АҚ 190/150 мм с.б.б., ЖЖЖ 102 рет/мин, қанның сатурациясы 89%. Осы жағдайға дәрілердің ең қолайлы комбинациясын таңдаңыз, таңдалған комбинацияны қолданудың негізгі мақсаты өкпе қан айналымындағы гидростатикалық қысымды төмендету және алдын ала жүктемені азайту болуы керек:

- A) морфин гидрохлориді+изосорбид динитрат+лазикс+оттегі
- B) промедол+натрий нитропруссиді+маннитол+оттегі
- C) морфин гидрохлориді+преднизолон+верапамил+оттегі
- D) изосорбид динитрат+дексаметазон+варфарин+оттегі
- E) изосорбид динитрат +атропин+аллапинин+лазикс+оттегі

112. 68 жастағы науқаста (салмағы 80 кг) дилатациялық кардиомиопатия аясында өкпе артериясының тромбоэмболиясының клиникасы дамыған. Басталған реанимациялық шаралар, оның ішінде 18 ЕД/кг/сағ жылдамдықпен енгізілген фракцияланбаған гепаринді қолдану науқастың жағдайын тұрақтандыруға мүмкіндік берді. Интенсивті терапияның екінші күні келесі коагулограмма нәтижелерінің динамикасын талдау кезінде мыналар анықталды: АЧТВ – 32 сек, протромбин уақыты 12 сек, МНО 1,0, фибриноген 3,2 г/л. Гепариндік терапияның тиімділігін бағалаңыз және қажет болған жағдайда қосымша тағайындауды көрсетіңіз:

- A) гепариндік терапия тиімсіз, енгізілетін гепариннің дозасын арттыру қажет
- B) гепариндік терапия тиімсіз, қосымша төмен молекулярлық гепарин қосу қажет
- C) гепариндік терапия тиімсіз, терапияға варфарин қосу керек
- D) гепариндік терапия тиімсіз, қосымша жаңа мұздатылған плазма тағайындау керек
- E) гепариндік терапия тиімді, қосымша тағайындаулар қажет емес

113. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауыратын 60 жастағы науқаста кенеттен жағдайының күрт нашарлауы, минутына 30 ретке дейінгі тахипноэ, жүрек аймағындағы ауру, АҚ 60/30 мм с.б.б. дейін төмендеуі пайда болды. 30 мм сын. бағ. Объективті тексергенде тері жабындылары бозарған, ылғалды. Дамыған жағдайдың себебін көрсетіңіз:

- A) Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- B) Спонтанды пневмоторакс
- C) Эйзенменгер синдромының көрінісі
- D) ЖРДС синдромы
- E) Аортаның кеуделік бөлімінің қабаттасқан аневризмасы

114. Жедел коронарлық синдромның клиникалық көрінісі дамыған 57 жастағы науқаста кардиологиялық стационардың қабылдау бөліміне түскен кезде ЭКГ-да синустық ритм, QrS комплексі, V5-V6 тіркемелерінде ST сегментінің жоғарылауы және теріс Т тісшесі тіркелді. Клиникалық көрініс және ЭКГ мәліметтерін ескере отырып, болжамды диагнозды көрсетіңіз:

- A) Сол жақ қарынша жоғары бүйір қабырғасының Q оң миокард инфаркты
- B) Оң қарынша төменгі қабырғасының Q оң миокард инфаркты
- C) Сол жақ қарыншаның артқы қабырғасының Q оң миокард инфаркты
- D) Сол қарыншаның айналмалы миокард инфаркты



Е) Оң жақ қарыншаның алдыңғы - бүйір қабырғасының үлкен ошақты миокард инфаркты
115. Кардиомиопатиясы бар науқаста кенет елтігу, жүрек тұсының ауруы, қан қысымының төмендеуі және әлсіздіктің пайда болуы аясында жедел ЭКГ түсірілді, ол жерде Гис шоғыры оң жақ аяқшасының толық емес блокадасы, QIII және SI комплексі, P-pulmonale тіркелді. Осы клиникалық жағдайда пайда болған асқынуды көрсетіңіз:

- A) Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- B) Екі жақты гидроторакс
- C) Спонтанды пневмоторакс
- D) Миокард инфаркты
- E) Жүректің тампонадасы

116. Аурухананың қабылдау бөліміне 66 жастағы науқас пароксизмальді қарынша үстілік тахикардиямен түсті. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел жәрдем қызметкерлері бірнеше рет Вальсальва сынамасын жасаған, нәтижесіз - сынақтар кезінде де, олар аяқталғаннан кейін де науқастың жүрек соғу жиілігі төмендемеген. Вагустық сынамалардың әсерінің болмауы ... көрсетуі мүмкін.

- A) науқаста аорта жеткіліксіздігінің болуын
- B) науқаста митральды жеткіліксіздіктің болуын
- C) науқаста үш жармалы жеткіліксіздігінің болуын
- D) науқаста созылмалы жүректің ишемиялық ауруы бар болуын
- E) науқаста туа біткен жүрек ақауының болуын

117. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқаста қарыншалық тахикардия дамыған. Қарап тексергенде: есі анық, енжар, адекватты. АҚ 134/82 мм с.б.б., пульсті есептеу мүмкін емес, SpO2 91%. ЭКГ-да – қарыншалық тахикардия, ЖЖЖ минутына 200 рет. Осы тахикардияны басу үшін қолданылмайтын препаратты көрсетіңіз:

- A) дигоксин
- B) лидокаин
- C) новокаинамид
- D) амиодарон
- E) прокаинамид

118. 49 жастағы науқасқа жүрек-өкпе реанимациясын (ЖӨР) жүргізуде жүрекке тікелей емес массаж жасау кезінде кеуде қуысының компрессиясымен синхронды ұйқы артериясында пульсация пайда болуы анықталды, монитордағы плетизмограмма қанның сатырациясын көрсетеді. «Ауыздан-ауызға» жасанды вентиляция жүргізген кезде кеуде қуысының айтарлықтай көрінетін экскурсиясы байқалады, дем шығару пассивті. Орындалған ЖӨР сипаттаңыз:

- A) тиімді ЖӨР
- B) тиімсіз ЖӨР
- C) сәтті ЖӨР
- D) сәтсіз ЖӨР
- E) адекватты емес ЖӨР

119. 20 минутқа созылатын сәтті жүрек-өкпе реанимациясынан кейін науқас реанимациядан кейінгі кезеңде қарқынды терапияны жалғастырғанына қарамастан, ЖҚС бойынша 8 баллға дейін сананың бұзылуы түріндегі тұрақты неврологиялық тапшылықты сақтайды, мерзімді қысқа мерзімді тоник конвульсиялары. Бұл жағдайда науқастың жағдайының ауырлығы мыналарға байланысты:

- A) церебральды ісіну
- B) дизэлектрлит бұзылыстары
- C) жедел цереброваскулярлық апат
- D) дещеребрация
- E) интракраниальды қысымның төмендеуі

120. Науқас (әйел, 50 л, 70 кг) мамандандырылған бөлімшеде көктамыр ішіне 3 литр физиологиялық ерітінді құйылғаннан кейін жедел өкпе ісінуімен кардиологиялық реанимация бөліміне түсті. Науқастың есі, козуы, қанығуы 88%. Аускультацияда барлық өкпе өрістерінде



ылғалды сырылдар, тыныс алу жиілігі 25/мин. Қан қысымы 200/100 мм с.б.б., пульсі 120/мин, диурез жылдамдығы физиологиялықтан жоғары, зәр шығару катетерін қойғанда 0,5 л бозғылт сары түсті гипотониялық несеп бөлінді. Патогенетикалық негізделген бастапқы терапияны тағайындаңыз:

- A) фуросемид
- B) верапамил
- C) каптоприл
- D) эсмолол
- E) нифедипин

121. Туа біткен жүрек ақауы бар балада кардиогенді шок дамыды, ол төмен жүрек соғуымен және жоғары қан тамырларының тұрақтылығымен сипатталады. Инотропты препаратты таңдаңыз:

- A) добутамин
- B) дофамин
- C) адреналин
- D) фенилэфрин
- E) вазопрессин

122. Қарт адам (салмағы 80 кг) саяжайда қарбыз жегеннен кейін, жағдайы нашарлаудан бір сағат бұрын өзін нашар сезінген. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі ФК 3, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің 1 сатысымен ауырады. Бета-блокаторларды, альдостерон антагонистерін, антиагреганттарды қабылдайды. Мен бүгін дәрі қабылдауды сағындым. Жедел респираторлық дисфункциямен жедел жәрдем бөлмесіне түсті. Көңілді. Еріксіз шамадан тыс зәр шығару және дефекация. Қарап тексергенде сыртқы мойын венасының диаметрі екі есе ұлғайған, ауыз қуысының саңылауы көкшіл, ауыз вестибюльінде және ауыз қуысында көп мөлшерде ақшыл-қызылт көбік бар. ТЖ 30/мин, АҚ 200/100 мм с.б.б., пульс 130/мин. Жансақтау бригадасы келіп, О2-мен қосалқы желдету жүргізілді. Науқасқа қазіргі уақытта қажетті этиопатогенетикалық кардиотропты терапия:

- A) Сусыздану. Алдын ала жүктемені азайту
- B) Оң хронотропты терапия. Тыныштандыру
- C) Инотропты жүктеме. Алдын ала жүктемені арттыру
- D) Сусыздану. Алдын ала жүктемені арттыру
- E) Регидратация. Кейінгі жүктемені азайту

123. Сол жақ қарынша төменгі қабырғасының трансмуральді миокард инфарктісінің белгілері:

- A) II, III, aVF тіркемелерінде QS, ST сегментінің жоғарлауы, V1-V4 - те (-) Т тісшесі
- B) V1-V4-те QS, ST сегментінің жоғарлауы, II, III, aVF-де (-) Т тісшесі
- C) V1-V4-те ұзын тар R тісшелері, II, III, aVF-де ST сегментінің депрессиясы, qR
- D) II, III, aVF, V1-V4 тіркемелерде ST сегментінің депрессиясы, (-) Т тісшесі
- E) тек V1-V4 –те qr, ST сегментінің көтерілуі, (-) Т тісшесі

124.2 типті гипертониялық криз бар науқаста өкпенің альвеолярлы ісінуімен жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік дамыды. Интенсивті терапия нитраттарды, салуретиктерді, глюкокортикоидтарды және наркотикалық анальгетиктерді қолдануды қамтыды. Альвеолалардағы көбіктенуді азайту үшін қосымша препаратты көрсетіңіз:

- A) антифомсилан
- B) севофлуран
- C) эуфиллин
- D) апротинин
- E) курсерф

125. ЭКГ- да QT интервалының ұзаруымен көрінетін туа біткен жүрек ақауы бар науқастың қатты әлсіздік, еңтігу және жүрек жұмысындағы үзілістер түрінде жағдайының нашарлауы анықталды. ЭКГ-да қарыншалық тахикардия түріндегі пароксизмальді бұзылыс анықталды. Оны басу үшін препаратты таңдаңыз:

- A) магний сульфаты
- B) кордарон



C) лидокаин

D) этагизин

E) амиодарон

126. Синустық түйіннің әлсіздік синдромы бар науқаста жасанды кардиостимуляторды имплантациялауға дайындық кезінде Морганьи-Адамс-Стокс ұстамасы пайда болды. Атропинді көктамыр ішіне енгізу ЖЖЖ минутына 18-ден 54-ке дейін арттыруға мүмкіндік берді. Алайда, бір минуттан кейін науқаста жүрек бұлшықетінің электрлік белсенділігінің сақталуымен клиникалық өлім белгілері пайда болды. Бұл жағдайда жүрек тоқтауының түрін көрсетіңіз:

A) электромеханикалық диссоциация

B) асистола

C) пульссіз қарыншалық тахикардия

D) жүректің қарыншалық фибрилляциясы

E) қарыншалардың дірілі

127. Синустық тахикардияны емдеуге селективті емес бета-адреноблокаторлар қарсы көрсетілген науқастар тобын анықтаңыз:

A) өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар

B) 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастар

C) тұрақты жүрекшелер фибрилляциясы бар науқастар

D) феохромоцитомасы бар науқастар

E) аритмиясы қайталанатын науқастар

128. 55 жастағы науқаста сол жақ қарынша төменгі қабырғасының миокард инфарктісіне байланысты кардиогенді шок анықталды. Қарап тексергенде – АҚ 60/25 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 92 рет, пульс минутына 92 рет. Артериялық гипотензияны басу және шеткері тамырлардың кедергісін қалыпқа келтіру үшін бірінші қатардағы препаратты таңдаңыз:

A) норадреналин

B) лидокаин

C) дигитоксин

D) фенилэфрин

E) адреналин

129. Көрсетілген емдік шаралар мен клинико-патофизиологиялық өзгерістер тізбегі бойынша жүрек қызметі тоқтауы дамуының ең дұрыс себеп-салдарлық байланысын анықтаңыз:

A) трахеостомия – ӨЖВ – трахеостомиялық канюляны ауыстыру – пневмомедиастинум – екі жақты кернеулік пневмоторакс

B) трахеобронхальды лаваж – прон- позиция – төменгі аяғындағы веноздық толу – флеботромбоз – ӨАТЭ

C) бұғана асты венасының катетеризациясы – пневмоторакс – бассүйек қуысынан веноздық шығудың қиындауы – мидың ісінуі

D) жұлындық анестезия – пункциядан кейінгі бас ауруы – бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы – дислокациялық синдром

E) ӨЖВ жүргізу – бассүйек ішілік қысымның жоғарлауы – сагитальді синустың тромбозы – мидың ісінуі

130. Сепсиспен ауыратын науқасқа 18 бірлік/кг/сағ жылдамдықпен фракцияланбаған гепаринді үздіксіз инфузиялау арқылы гепарин терапиясын жүргізу кезінде реаниматолог дәрігер 30 сек шегінде белсендірілген бөліктік тромбопластин уақытының (АЧТВ) мәнін анықтады. Бұл жағдайда жүргізілген гепарин терапиясының тиімділігін бағалаңыз:

A) тиімсіз

B) тиімді

C) гепариндік терапия тиімділігінің критерийі ретінде бұл (АЧТВ) пайдаланылмайды

D) гепариндік терапияның көрсетілген жылдамдығы дұрыс емес, сондықтан тиімді емес

E) сұрақтың қойылуы дұрыс емес, өйткені сепсис үшін тек төмен молекулярлы гепарин қолданылады



131. Сепсис кезінде метаболизмдік ацидозды жою үшін натрий гидрокарбонаты ерітіндісін қолдану келесі даму мүмкіндігіне байланысты қанның рН > 7,0 мәнімен шектеледі:

- A) критикалық гипокалиемия және гипокальциемия
- B) критикалық гиперкалиемия және гиперкальциемия
- C) ауыр гиперкальциемиялық криз
- D) тұрақты гипернатриемия
- E) тұрақты гипонатриемия

132. Қанның фибринолитикалық белсенділігінің жоғарылауының жоғары сезімтал, бірақ спецификалық емес көрсеткіші болып табылатын D-димердің мәні, ең алдымен, қанда болуын көрсетеді:

- A) фибриногеннің ыдырау өнімдері
- B) антитромбин III жоғары концентрациясы
- C) фибриноген деңгейі
- D) қандағы тромбопластин деңгейі
- E) қан ұюының IV факторының белсенділігі

133. Септикалық шокта ағзаға триггер фактор (инфекция) әсер еткен кездегі қан қысымы күрт төмендеуінің патофизиологиялық механизмін түсіндіріңіз:

- A) тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласудың күрт төмендеуі
- B) триггер факторының тікелей кардиодепрессиялық әсері
- C) абсолюттік гиповолемияның жылдам дамуы
- D) тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласуының жылдам өсуі
- E) орталық жүйке жүйесінің парасимпатикалық бөлімінің активациясы

134. Екі жақты пневмониясы бар кардиологиялық науқаста 30 000 бірлік/тәу дозада фракцияланбаған гепаринмен терапия жүргізілгенде, 3-ші тәулікте тромбоцитопения $310 \cdot 10^9/\text{л}$ бастапқы мәнінен $50,0 \cdot 10^9/\text{л}$ дейін тіркелді, аяқтың терең тамырларының жедел флеботромбозының клиникалық көрінісі бар. Бұл клинико-зертханалық көріністердің қосарлануын түсіндіруге болады:

- A) гепарин - индуцирленген тромбоцитопения
- B) сепсистің көрінісі
- C) тағайындалған гепариннің төмен дозасы
- D) гепариннің кофакторы ретінде қандағы III антитромбинінің азаюы
- E) бұл көріністер, ең алдымен, гепариндік терапия тиімділігінің критерийі болып табылады

135. Дистрибутивтік шоктар тобы интенсивті терапияда вазопрессорлар мен симпатомиметиктерді қолдануды қамтиды. Осы топтағы шок жағдайлары дамуының патофизиологиялық механизмімен фармакологиялық әсері анық сәйкес келетін препаратты көрсетіңіз:

- A) норадреналин
- B) добутрекс
- C) адреналин
- D) допамин
- E) добутамин

136. Терапияда фракцияланбаған гепарин қолданылған септикалық эндокардитпен ауыратын науқаста гепарин терапиясының тиімділігін бағалау кезінде келесі нәтижелер анықталды: АЧТВ - 58 сек, протромбин уақыты 21 сек, МНО 1,6, фибриноген 3,9 г / л. Бұл жағдайдағы гепарин терапиясының тиімділігін бағалаңыз:

- A) гепариндік терапия тиімді
- B) гепариндік терапия іс жүзінде тиімді, бірақ осы жағдайда емес
- C) гепариндік терапия тиімсіз
- D) осы ауруға гепариндік терапия жүргізіледі
- E) осы көрсеткіштерді пайдалана отырып, гепариндік терапияның тиімділігін бағалау мүмкін емес

137. Жедел коронарлық синдромы бар науқасқа 10000 бірлік фракцияланбаған гепаринді бір рет көктамыр ішіне енгізгеннен 3 сағаттан кейін зертханалық деректер қанның ұю жүйесінде коагуляциялық компоненттің белсендірілгенін көрсетеді. Бұл белсендіруді түсіндіруге болады:



- A) фракцияланбаған гепариннің жартылай шығарылу кезені қысқа
- B) науқастың қанындағы антитромбин III деңгейінің төмендеуі
- C) фракцияланбаған гепаринді енгізгеннен кейін фибриноген деңгейінің жоғарлауы
- D) қандағы тромбин деңгейінің жоғарлауы
- E) септикалық процеске байланысты фибринолиздің активациясы

138. Гиповолемиялық шоктар тобы интенсивті емдеу кезінде инфузионды-трансфузиялық терапия жүргізуде әртүрлі ерітінділерді қолдануды қамтиды. Фармакологиялық әсері осы топтағы шок жағдайларының дамуының патофизиологиялық механизмімен айқын сәйкес келетін инфузиялық терапияға арналған бастапқы ерітіндіні көрсетіңіз:

- A) 0,9% натрий хлоридінің ерітіндісі
- B) стерофундин
- C) 5% глюкоза ерітіндісі
- D) нормофундин
- E) жаңа мұздатылған плазма

139. Реанимациядағы науқастарда әртүрлі критикалық жағдайларда қанның үю жүйесінің бұзылуын да, фибринолиздің шамадан тыс белсендіруін де жою үшін препаратты таңдаңыз:

- A) жаңа мұздатылған плазма
- B) нативті плазма
- C) тромбоконтрат
- D) октаплекс
- E) супернатантты плазма

140. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне байланысты реанимация бөліміне түскен 58 жастағы науқасқа эхокардиография жүргізілді, оның нәтижесінде фиксацияланған жүректің төмен лақтырысы анықталды. Бұл аспаптық зерттеу нәтижесі мынаны көрсетуі мүмкін:

- A) Аорталық стеноз
- B) Аортальді жеткіліксіздік
- C) Үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігі
- D) Митральді стеноз
- E) Митральді жеткіліксіздік

141. Науқас Д., 40 жаста, кардиохирургиялық операция жоспарлануда. Қосалқы аурулары: тахисистолалық түрдегі жүрекшелер фибрилляциясының (ЖФ) тұрақты түрі. Жүрек ырғағының бұзылысына қатысты қауіпсіз операция үшін қажетті тактиканы таңдаңыз:

- A) ЖФ тахисистолалық түрін норма- немесе брадисистолалық түрге айналдыруға тырысу
- B) операция алдында жүректің жоспарлы радиожилік катетер абляциясын жүргізу
- C) синустық ырғақты қалпына келтіру үшін синхронды емес кардиоверсияны жүргізу
- D) синустық ырғақты қалпына келтіру үшін синхрондалған кардиоверсияны жүргізу
- E) синустық ырғақ қалпына келгенше антиаритмиялық препараттарды тағайындау

142. Операция алдында бұлшықетшілік премедикация кезінде 32 жастағы науқаста кенет тыныс алудың қиындауы, мұрын-ерін үшбұрышының цианозымен терінің қызаруы байқалды. Науқас есін жоғалтқан. Бақылау кезінде: АҚ 70/40 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 45, SpO2 78%. Көмек көрсетудегі бірінші кезекте орындалады:

- A) адреналинді енгізу
- B) натрий хлоридін 1,5-2 л көлемінде енгізу
- C) гелофузиді 500 мл көлемінде енгізу
- D) 3%натрий гидрокарбонатын 300мл енгізу
- E) бронходилаторларды енгізу

143. Науқас 63 жаста, коагулограмма бойынша: ПТИ 63%, МНО 1,59. Операциядан кейін 5-ші күні реанимация бөлімшесінде жатыр, коагулопатия белгілері жоқ. Жаңа мұздатылған плазманы құюға көрсеткіштерді анықтаңыз:

- A) көрсетілмеген
- B) көрсетілген
- C) көрсеткіштерді гематолог анықтайды



- D) көрсеткіштерді стационарлық трансфузиолог анықтайды
- E) альбумин деңгейіне байланысты
144. 7 жастағы бала операциядан кейін реанимация бөліміне түсті. Операция алдында анамнезінде сұйықтықтың көп жоғалуы, электролиттік бұзылулар және құрысулар. Қарап тексеру кезінде бала енжар, ұйқышыл, ӨЖВ-да. Мониторинг мәліметтері бойынша: SpO₂ 93%, жүрек ырғағы дұрыс емес, топтық қарыншалық экстрасистолалар. Операция жасаған хирург экстубацияны талап етеді. Реаниматологтың дұрыс тактикасын анықтаңыз:
- A) ұзартылған ӨЖВ, қосымша тексеру
- B) экстубация жасау, кейін электролиттерді зерттеу
- C) экстубация жасау, анальгезия және бақыланатын седация жүргізу
- D) артериялық қанның газын зерттегеннен кейін экстубация жасау
- E) Бейли сынамасын жасау және қосымша тексеру
145. Жаңа туған нәрестеде септикалық шок бойынша интенсивті терапия кезінде кардиологиялық мониторда қарыншалық фибрилляция анықталды. Бірінші кезекте орындалады:
- A) дефибрилляцияны жүргізу
- B) жүрекке тікелей емес массаж жасау
- C) адреналинді көктамыр ішіне енгізу
- D) натрий гидрокарбонатын енгізу
- E) атропинді көктамыр ішіне енгізу
146. Жүре пайда болған жүрек ақауымен 45 жастағы науқас кардиохирургиялық стационарға оны түзету мақсатында түсті. Гемодинамикалық бұзылулар ... тәуелді болады.
- A) ақау сипаты мен локализациясына
- B) ақау себебіне
- C) АҚ және ЖЖЖ-на
- D) ақаудың ұзақтығына
- E) қосымша ауруларға
147. 3 дәрежелі митральды қақпақша жеткіліксіздігі бар 43 жастағы науқаста шұғыл лапаротомия жасалған, операциядан кейінгі 3-ші күні жүрек лақтырысының төмендеуі белгілері анықталды. Осы санаттағы науқастардың қан айналымындағы бұзылыстарды оңтайлы түзетуді таңдаңыз:
- A) алдын ала жүктемені арттыру
- B) ЖЖЖ 60-тан төмендету
- C) алдын ала жүктемені азайту
- D) жүктемеден кейінгі (постнагрузка) күштің артуы
- E) бета-блокаторларды енгізу арқылы
148. 57 жастағы науқас кардиохирургиялық операциядан кейін ИТ бөлімінде жатыр. Реаниматолог экстубация жасау жөнінде шешім қабылдауы керек. Бұл жағдайда экстубацияға қарсы көрсеткіш болып табылады:
- A) тыныс алу жиілігі минутына 10-нан аз
- B) бақыланбайтын ырғақ бұзылыстарының болуы
- C) артериальді қандағы PaCO₂ 35 мм рт.ст.
- D) Глазго шкаласы бойынша сана деңгейі 14 балл
- E) барлық аяқ-қолды қозғалту мүмкіндігі
149. Кардиохирургиялық операциядан кейінгі оңтайлы емес жүрек лақтырысының белгісін таңдаңыз:
- A) перифериялық спазм белгілері
- B) қалыпты деңгейде АҚ тұрақты көрсеткіштері
- C) веноздық қысымның қалыпты болуы
- D) қандағы лактат 1,8 ммоль/л
- E) артерия мен венадағы қалыпты pO₂ саны
150. 52 жастағы науқас қолқа қақпақшасының стенозын түзету бойынша операциядан кейін кардиологиялық орталықтың ИТ бөлімінде жатыр. АҚ 122/75 мм с.б.б., ЖЖЖ минутына 92 рет.



Қандағы электролиттер мен газдар қалыпты шектерде. Басқарылатын антикоагулянттық терапия үшін перспективті препарат болып табылады:

- A) варфарин
- B) эноксапарин
- C) ривароксабан
- D) гепарин
- E) дипиридамол