

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Оңтүстік-Казакхстанская медицинская академия»	69/ 20 беттің 1 беті
---	--	-------------------------

БАҚЫЛАУ – ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

Бағдарламаның №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

Пәні: «Эндокринология»

ББ атауы және шифры: «Терапия» - 6В10120

Оқу сағаты/кредит көлемі: 5/121

Оқу курсы мен семестрі: 6 курс, 12 семестр

Құрастырған: Тәжиева А.Д.

Кафедра меңгерушісі м.ғ.к., қауым. профессор Қауызбай Ж.Ә.

Хаттама № _____ «_____» _____ 2025 ж.

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

<question> Бүйрекүсті бездерінің қыртыс қабаты қызметі нашарлауынан және жарақаттауынан туатын ауру
<variant> Аддисон ауруы (қола ауруы)
<variant> Эндемиялық зоб
<variant> Базедов ауруы (бадырақкөз)
<variant> Ергежейлілік
<variant> Бадырақкөз
<question> Гипофиздің артқы бөлігінен бөлінетін гормондар
<variant> вазопрессин, окситоцин
<variant> инсулин, глюкагон
<variant> адреналин, норадреналин
<variant> андрогендер, экстрогендер
<variant> норадреналин, андрогендер
<question> Ұйқы безінен бөлінетін гормондар
<variant> инсулин, глюкагон
<variant> адреналин, норадреналин
<variant> вазопрессин, окситоцин
<variant> андрогендер, экстрогендер
<variant> норадреналин, андрогендер
<question> Қалқанша безінен бөлінетін гормон
<variant> Тироксин
<variant> Мелатонин
<variant> Адреналин
<variant> Тимозин
<variant> Гормон
<question> Қан мен ұлпа сұйықтығында фосфор мен кальцийдің концентрациясын реттейтін без:
<variant> Қалқанша маңы бездері
<variant> Адреналин
<variant> Тироксин
<variant> Тимозин
<variant> Фосфор
<question> Бүйрекүсті бездерінің ішкі милы қабатынан бөлінетін гормондар
<variant> адреналин
<variant> инсулин
<variant> вазопрессин
<variant> кортизон
<variant> тимозин
<question> Дені сау адамның қанында глюкозаның мөлшері
<variant> 4,6-6,7 миллимоль/л
<variant> 2,3-5,7 миллимоль/л
<variant> 4,5-7,7 миллимоль/л
<variant> 3,7-6,7 миллимоль/л
<variant> 5,7-6,7 миллимоль/л
<question> Гуморалдық реттелуде негізгі рөл атқарады
<variant> гормондар
<variant> секрет (сөл)

<variant> нейроглия
<variant> нейрондар
<variant> гуморалдар
<question> Тері пигменті-меланиннің түзілуін күшейтеді
<variant> Гипофиздің ортаңғы бөлігі
<variant> Гипофиздің артқы бөлігі
<variant> Гипофиздің алдыңғы бөлігі
<variant> Гипоталамус
<variant> Гипофиздің сыртқы бөлігі
<question> Ішкі секреция бездерінің қызметін реттейтін орталық
<variant> аралық мидағы гипоталамус
<variant> сопақша ми мен жұлын
<variant> ортаңғы ми
<variant> мишық пен ми көпірі
<variant> ми көпірі
<question> Науқас 27 жаста, дене салмағының жоғарылауына, бір жыл бойы менструация циклінің бұзылуына шағымданады. Сүт бездерінің, ішінің, санының терісінде қошқыт түсті стриялар. АҚҚ - 140/90 мм с.б.б. Глюкозаға толеранттылық тестті: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен жүктеме жасалғаннан кейін 2 сағат өткенде – 8,6 ммоль/л. КТ: екі жақ бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8-де -1060 нг/л (қалыптыда – 260-720 нг/л), сағат 14-те -1250 нг/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:
<variant> Иценко-Кушинг ауруы
<variant> Церебральды семіздік
<variant> Гипоталамиялық синдром
<variant> Штейн-Левенталь синдромы
<variant> Экзогенді-конституциялық семіздік
<question> Науқас АҚҚ 300/130 мм с.б.б. дейін көтерілуімен қабылдау бөліміне жеткізілді. Криз тахикардиямен, полидипсиямен, бұлшық еттік дірілдеумен, қорқыныш сезімімен бірге өтеді. Қан анализінде: глюкоза 20 ммоль/л дейін. Неғұрлым мүмкін диагноз:
<variant> Феохромоцитома
<variant> Кона синдромы
<variant> Иценко-Кушинг синдромы
<variant> Эссенциальды артериялық гипертензия
<variant> Екіншілікті гиперальдостеронизм
<question> 40 жастағы науқаста АҚҚ 200/110 мм с.б.б. дейін тұрақты көтерілуі, бұлшық еттік әлсіздік, тырысулар, жиі зәр шығару мазалайды. Осы симптомдар мазалағанына бір жыл болған. Компьютерлі томограммдасол жақ бүйрек үсті безінің

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 3 беті
---	--	---	---------------------------------

үлкеюі анықталған. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Верошпирон

<variant> Конкор

<variant> Физиотенз

<variant> Фуросемид

<variant> Индапамид

<question> Науқас әйел 25 жаста, құлақтарына берілетін мойын аймағындағы ауырсынуға, жұтынудың қиындауына шағымданады. Жағдайының нашарлауын жіті вирусты инфекциямен байланыстырады. Объективті: жағдайы орташа ақырлықта, Т–37,8С. Терісі ылғалды, ыстық. Қалқанша безі 2 дәрежеге дейін үлкейген, тығыз, пальпацияда ауырсынады. Пульс – 96/мин, АҚҚ- 120/80 мм с.б.б. Анализінде: Нв - 134 г/л, Л - 9,8 тыс., ЭТЖ - 30 мм/сағ. Тироксин – 100 нмоль/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant> Жітілеу тиреоидит

<variant> Диффузды токсикалық зоб

<variant> Фиброзды тиреоидит

<variant> Аутоиммунды тиреоидит

<variant> Ірінді жіті тиреоидит

<question> Науқас 42 жаста, артық дене алмағына, АҚҚ жоғарылауына, шөлдеуге, полиурияға шағымданады. Объективті:

Бойы- 174 см, салмағы - 100 кг. Ашқарынға гликемия 9,9-10,7 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Сиофор

<variant> Амарил

<variant> Диабетон

<variant> Моноприл

<variant> Сибутрамин

<question> Бойжеткен 20 жаста, шөлдеуге, дене салмағының артуына, шағымданады. Объективті: Бойы - 162 см, салмағы - 94 кг. ДСИ - 35,8 кг/м². Ашқарынға гликемия - 5,9 ммоль/л, жалпы холестерин – 5,2 ммоль/л, триглицеридтер – 2,4 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Ксеникал

<variant> Манинил

<variant> Диабетон

<variant> Новонорм

<variant> Симвастатин

<question> Науқаста струмэктомиядан кейін тырысу ұстамалыры, Хвостек және Труссо симптомыдамыды. Науқаста қандай асқыну дамыған:

<variant> гипопаратиреоз

<variant> гипотиреоз

<variant> тиреотоксикалық криз

<variant> көмекей жүйкесінің жарақаты

<variant> тиреотоксикоз

<question> 19 жасар науқас стационарға көп ретті құсу синдромымен жеткізілді. Бұрын тәбетінің төмедеуін, нәжісінің сипатының өзгерісін, салмағының төмендегенін байқаған. Анамнезінде туберкулез басынан өткерген. Эсикоздың клиникалық белгілері дене қызуының көтерілеуінсіз, тері жамылғысының айқын бозаруы көзге түседі. ЖҚА: қан қоюлануы, гликемия 3,5 ммоль/л, глюкозурия жоқ. Зәрде ацетон +.

Бұл патологиялық жағдайды болады:

<variant> бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі

<variant> гипогликемиялық жағдай

<variant> тағамдық токсикоинфекция

<variant> ацетонды құсық

<variant> диабеттік кетоацидоз

<question> Науқас 16 жастағы жасөспірім қызда семіздік (дене салмағы 116 кг, бойы 172 см), етектерінің дұрыс келмеуі, басының ауруы, терісінде стриялар байқалады.

Анасының айтуы бойынша 5 жастан бастап семіздік дамыған. АҚ 140/100 мм сын. бағанасында. Науқастың болжамды диагнозы:

<variant> Пубертатты-жасөспірімдік диспитуитаризм

<variant> Микропролактинома

<variant> Абдоминальды семіздік

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Морбидтті семіздік

<question> Диффузды токсикалық зобпен науқас мерказолидді 10 мг күніне 3 рет, обзиданды 20 мг күніне 3 рет, фенозепамды 1 мг 2 рет қабылдайды. Осы терапия аясында науқастың клиникалық жағдайы едәуір жақсарды, бірақ жалпы қан анализінде айқын лейкопения дамыған. Лейкопенияға әкелген негізгі себеп:

<variant> мерказолиддің жағымсыз әсері

<variant> фенозепамның жағымсыз әсері

<variant> обзиданның жағымсыз әсері

<variant> аурудың ауырлық дәрежесі

<variant> аурудың асқыну нтижесінде

<question> Науқас 35 жаста, басының ауруына, басының айналуына, бастағы пульсациялық сезімге, денесіндегі діріл сезіміне, қолдарының дірілдеуіне, қозуға шағымданады. Қарағанда: мойын тері қабаттарында қызғылт дақтар, жүректің қағуы анықталды. АҚ 220/110 мм сынап бағанасына дейін жоғарлауы байқалады. Жалпы қан анализінде: лейкоциттер - 12,6 x 10⁹/л, қандағы қант мөлшері - 8,4 ммоль/л, қанның ұю

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 4 беті
---	--	---	---	---------------------------------

уақыты - 2 минут. Жалпы несеп анализінде өзгерістер жоқ. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> Феохромоцитома

<variant> Конн ауруы

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> I типті қантты диабет

<variant> II типті қантты диабет

<question> Науқас 48 жаста. Шағымдары:

салмағының артуына, басының, белінің ауруына, бетінде түктің пайда болуына. Беті қошқыл – қызыл түсті, бет ұшы қызыл шырайлы, іші өскен, аяқ пен қолдары жүдеген. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 190/110 мм. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталады. Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл көтерілген.

Жүргізілетін тиімді ем:

<variant> бүйрек үсті безі ісігін алып тастау

<variant> гидрокортизон

<variant> гипотензивті дәрілер

<variant> таблетті тежейтін дәріні тағайындау

/аноректические средства/

<variant> спиронолактон

<question> 62 жаста науқаста селқостық, есте

сақтау қабілетінің төмендеуі, бетінің ісінуі,

салмағының артуы, көздің тарылуы,

қабақтарының түсуі, брадикардия және айқын

гиперхолестеринемия байқалады. Көрсетілген

клиникалық көрініс тән:

<variant> Гипотиреоз

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> B12 жетіспеушілік анемия

<variant> Диффузды-токсикалық зоб

<variant> Атеросклероз

<question> Науқас 34 жаста шағымдары: сәл

тұншығу мен мойнының ұлғаюы. Анамнезі

бойынша науқас, көп жылдар бойы таулы елді,

эндомиялық аймақта тұрған. Объективті

тексергенде: қалқанша безі көзге көрінеді,

пальпацияда ауырмайды, оның мөлшері II

дәрежеге дейін ұлғайған. АҚҚ сынап бағанасы

бойынша 140 / 70 мм. ТСЖ минутына 62 рет.

Қанда ТТГ, Тз, Т4 және тиреоглобулинге

антидене титрі қалыпты. Диагноз:

<variant> Эндомиялық зобтың түйінді түрі

<variant> Хашимото ауруы

<variant> Диффузды токсикалық зоб

<variant> Біріншілік гипотиреоз

<variant> Ридель тиреоидиті

<question> Науқас 34 жаста шағымдары: сәл

тұншығу мен мойнының ұлғаюы. Анамнезі

бойынша науқас, көп жылдар бойы таулы елді,

эндомиялық аймақта тұрған. Объективті

тексергенде: қалқанша безі көзге көрінеді,

пальпацияда ауырмайды, оның мөлшері II

дәрежеге дейін ұлғайған. АҚҚ сынап бағанасы

бойынша 140 / 70 мм. ТСЖ минутына 62 рет.

Қанда ТТГ, Тз, Т4 және тиреоглобулинге

антидене титрі қалыпты. Осы патологияны емдеудің тиімді әдісін көрсетіңіз:

<variant> Қалқанша безіне жартылай резекция жасау

<variant> Мерказолил

<variant> В – адреноблокатор

<variant> L-тироксин

<variant> Преднизолон

<question> Науқас 26 жаста 2 жыл аралығында

периодты түрде АҚ 260/180 мм.с.б. дейін

жоғарылайды, кенеттен дамиды, бірнеше

минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады,

кенеттен төмендейді, криз соңында

гиперсаливация, профузды терлеу, 3-5 литрге

дейін ашық түсті зәр шығару, әлсіздік болады.

Ауру барысында науқас 5 кг. арықтады. Орнынан

тұрғанда ортостатикалық гипотензия. АГ

болжамды себебі:

<variant> Феохромоцитома

<variant> Эссенциальды АГ

<variant> Конн синдромы

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Пейдж синдромы

<question> Науқаста струмэктомиядан кейін

Хвостек, Труссо симптомдары пайда болды.

Мүмкін болатын асқыну:

<variant> гипопаратиреоз

<variant> гипотиреоз

<variant> тиреотоксикозды криз

<variant> кеңірдек жарақаты

<variant> тиреотоксикоздың қалдық белгілері

<question> Науқас артериалды гипертензия

ауруының систоло-диастололық түріне

байланысты стационарда тексерілді.

Гиперкальцемиа, кальциурия, екі бүйректің

табақшаларының конкременттері анықталды.

Гормондарды тексеру жүргізілген жоқ.

Гипертензияның даму себебі:

<variant> гиперпаратиреоз

<variant> гипертония ауруы

<variant> аорта коарктациясы

<variant> бүйрек үсті альдостерома

<variant> гипертиреоз

<question> Науқас 3 жылдан бері қант диабеті, 2

түрімен ауырады. Соңғы 1 жылда АҚҚ 200/120

мм.с.б. көтеріледі. Раувольф дәрісінің

гипотензивті әсері төмен. Зәрдегі альбуминнің

деңгейі микропротениурияға сәйкес келеді (150

мг/л аспайды). Гипертензияның даму мүмкін

себебі:

<variant> Кимельстиль – Вильсон синдромы

<variant> Созылмалы пиелонефрит

<variant> Созылмалы гломерулонефрит

<variant> Эссенциальдық гипертензия

<variant> Бүйрек артериясының стенозы

<question> 32 жастағы әйел, жүрегінің ауруына,

жүректің шалыс сағуына, тахикардия 130 рет

минутына болуына байланысты стационарда

тексерілді. Нейроциркуляторлық дистония,

ÖNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 5 беті
---	--	---	---------------------------------

гипертония түрі диагнозы қойылды. АҚҚ максималды - 160/80 мм.с.б. Гормондарды тексеру жүргізілген жоқ. Қан-тамыр жүйесінің болуы мүмкін бұзылысы:

<variant> гипертиреоз

<variant> пролактин синтездеушігипофиздің аденомасы

<variant> миокардит

<variant> феохромоцитома

<variant> бүйрек үстінің кортикостеромасы

<question> 42 жастағы науқас әйел терапевтке мына шағымдармен келді: жалпы әлсіздік, тері жамылғысының қатты құрғауы, шашының түсуі, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, дауысының жуандауы, ұйқышылық. Қарау кезінде науқас адинамиялық, терісі құрғақ, кей жерлерінде қабыршақталған. Беті ісінкі, аяқ-қолдары ісінген. Жүрек тондары тынықталған, ырғағы дұрыс. АҚҚ – 80/50 мм с. б. Пульс – 50 соққы минутына. Сіздің алғашқы диагнозыңыз:

<variant> Гипотиреоз

<variant> Бауыр циррозы

<variant> Айқын жүрек шамасыздығы

<variant> Семіздік

<variant> Гипертиреоз

<question> 17 жастағы науқас әйел бір жыл ішінде дене салмағының артуына, менструалды циклдің бұзылуына шағымданады. Сан, іш, сүт бездері терісінде қошқыл жолақтар. АҚ - 140/90 мм с.б. Глюкозаға төзімділік сынамасы: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкозамен күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 –де 1060 нг/л (қалыпты – 260-720 нг/л), сағат 14 – те 1250 нг/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Церебралды семіздік

<variant> Гипоталамиялық синдром

<variant> Штейн-Левенталь синдромы

<variant> Экзогенді-конституциялық семіздік

<question> Науқас қабылдау бөліміне АҚ 300/130 мм с.б. көтерілуімен жеткізілді. Криз тахикардиямен, полидипсиямен, бұлшық еттік дірілдеумен, қорқыныш сезімімен өтеді. Қан анализіндеглюкоза деңгейінің 20 ммоль/л дейін көтерілуі анықталады. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant> Феохромоцитома

<variant> Кон синдромы

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> Эссенциалды артериялық гипертензия

<variant> Екіншілік гиперальдостеронизм

<question> 28 жастағы науқас диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Ең алдымен неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісі

<variant> Реополиглюкин

<variant> Глюкозаның 5% ерітіндісі

<variant> Глюкозаның 40% ерітіндісі

<variant> Калий хлоридінің 7,5% ерітіндісі

<question> 25 жастағы науқас әйел артық дене салмағына, кезеңді шөлдеуге шағымданады. Бойы-160 см, салмағы -70 кг, артық дене салмағы 29%. Ашқарынға гликемия - 5,1 ммоль/л. Глюкозаға төзімділік сынамасы: ашқарынға гликемия – 5,5 ммоль/л, күштемеден кейін 2 сағаттан соң – 7,0 ммоль/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

<variant> 1 дәрежелі семіздік

<variant> 2 дәрежелі семіздік

<variant> Артық дене салмағы

<variant> Қант диабеті 2 типті

<variant> Глюкозаға төзімділіктің бұзылуы

<question> К. атты 24 жастағы науқас емханадағы дәрігерге аса жүдеуге (бір айда 9 кг), ауыздың құрғауына, шөлдеуге, жиі зәр шығаруға, жүрек айнуына, тәбетінің нашарлауына шағымданды. Объективті: терісі құрғақ, алақандары мен табандары сарғыш реңді, фурункулес бар. Зәр анализінде қант - 2,9% және ацетон. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> қысқа әсерлі инсулин

<variant> бигуанидтер

<variant> сульфаниламидтер

<variant> инсулиндік қоспа

<variant> ұзақ әсерлі инсулин

<question> 17 жастағы жас адамда І дәрежелі эндемиялық зоб анықталды. Жағдайы эутиреоидты. Неғұрлым тиімді емдеу тактикасы:

<variant> күніне 200 мкг дозасында йод препараттарын 6 ай бойы қабылдау

<variant> левотироксин

<variant> мерказолил мен в-блокаторлардың комбинациясы

<variant> күніне 100 мкгдозасында йод препараттарын өмір бойы қабылдау

<variant> левотироксин мен йод препараттарының комбинациясы

<question> 45 жастағы науқас әйел АҚ 200/110 мм с.б. дейін үнемі көтерілуіне, бұлшық еттік әлсіздікке, тырысуларға, жиі зәр шығаруға шағымданады. Бұл симптомдар бір жыл бойы мазалауда. Компьютерлік томограммadasол жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы. Неғұрлым тиімді тағайындау:

<variant> Верошпирон

<variant> Конкор

<variant> Физиотенз

<variant> Фуросемид

<variant> Индапамид

<question> 50 жастағы науқас жүрек тұсындағы күйдіріп ауырсынуға, ыстықтау сезіміне, аменореяға шағымданады. Объективті: терінің

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 6 беті
---	--	---	---------------------------------

гиперемиясымен гипергидрозы. Жүрек тондары түйықталған, тахикардия. ЖСЖминутына 100 рет. АҚ - 140/85 мм с.б. ЭКГ: синусты тахикардия. T_{VI-V4}инверсиясы. Анаприлиндік сынама оң. Кольпоцитограмма – 100/0/0. Неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant> Циклопрогиновтар
- <variant> Конкор
- <variant> L-тироксин
- <variant> Мерказолил
- <variant> Грандаксин

<question> Айқын гипертиреозбен беттің ай тәрізді болуы және қызаруы неғұрлым тән:

- <variant> Иценко-Кушингауруына
- <variant> Акромегалияға
- <variant> Феохромоцитомға
- <variant> Қантсыз диабетке
- <variant> Адипозогениталды дистрофияға

<question> 25 жастағы науқас әйелмойын аймағының құлаққа берілетін ауырсынуына, жұтынудың қиындауына шағымданады. Жағдайының нашарлауын ЖРВИ ауырумен байланыстырады. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, Т– 37,8С. Терісі ылғалды, ыстық. Қалқанша безі 2 дәрежеге дейін ұлғайған, тығыз, пальпацияда ауырсынады, қозалысы шектеулі. Пульс – минутына 96 рет, АҚ - 120/80 мм с. б. Қан анализі: Нв - 134 г/л, Л - 9,8 мың, ЭТЖ - 30 мм/сағ. Тироксин – 100 нмоль/л. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant> Жеделдеу тиреоидит
- <variant> Диффузды токсикалық зоб
- <variant> Фиброзды тиреоидит
- <variant> Аутоиммунды тиреоидит
- <variant> Жедел ірінді тиреоидит

<question> 40 жастағы науқас әйелді бір жыл бойы АҚ 220/120 мм с.б. дейін тұрақты көтерілуі, басының ауыруы, аяқтардың кезеңді күрт әлсіздігі, тырысулар, полиурия, жүрек тұсында ауырсыну ұстамалары мазалауда. АПФ ингибиторлары мен гипотиазид әсер етпеген. Компьютерлік томографияда – оң жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы. Неғұрлым мүмкін диагноз:

- <variant> Кон синдромы
- <variant> Бүйрек үсті безінің аденомасы
- <variant> Андростерома
- <variant> Иценко-Кушинг синдромы
- <variant> Артериялық гипертензия

<question> М. атты 35 жастағы науқас әйел қатты күйзелістен кейін аса тершендік, ашушандық пайда болып, салмақ жоғалтқанын айтады. Объективті: бойы – 170 см, салмағы – 55 кг. Терінің айқын гипергидрозы, алдыға созған қол саусақтарының треморы. Жүрек шекаралары солға ығысқан, тондары күшейген, жүрек ұшында систолалық шу, ЖСЖ – минутына 150 рет, АҚ - 140/70 мм с.б. Қалқанша бездің 2 дәрежелі ұлғаюы. Негізгі зат алмасу 20 пайызға артқан. Ашқарынға гликемия - 6,3 ммоль/л. Қандағы

холестерин - 7,0 ммоль/л. Неғұрлым деректі зерттеу тәсілі:

- <variant> Т₃, Т₄, тиреотроптық гормонды зерттеу
- <variant> ЭХОКГ
- <variant> АҚ тәуліктік мониторлау
- <variant> Қалқанша бездің пункциясы
- <variant> Гликозириленген гемоглобинді зерттеу

<question> 45 жастағы науқас әйелді мертігуден кейін басының ауыруы, АҚ 150/90 мм с.б. дейін көтерілуі, дене салмағының тез артуы, терінің трофикалық бұзылулары мазалауда. Тері асты шел қабаты біркелкі емес, беті қызарған. Денситометрия: остеопороз белгілері. Қандағы кортизол деңгейі сағат 8 де -1100 нг/л (норма – 260 -720 нг/л), ашқарынға гликемия - 6,1 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant> Парлодел
- <variant> Сиофор
- <variant> Нифедипин
- <variant> Кальций Д₃
- <variant> Гидрокортизон

<question> 42 жастағы науқас артық дене салмағына, АҚ көтерілуіне, шөлдеуге, полиурияға шағымданады. Объективті: Бойы- 174 см, салмағы - 100 кг. Ашқарынға гликемия натошак 9,9-10,7 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant> Сиофор
- <variant> Амарил
- <variant> Диабетон
- <variant> Моноприл
- <variant> Сибутрамин

<question> 20 жастағы қыз бала шөлдеуге, дене салмағының артуына шағымданады. Объективті: бойы - 162 см, салмағы: - 94 кг. ДСИ - 35,8 кг/м². Ашқарынға гликемия - 5,9 ммоль/л, жалпы холестерин – 5,2 ммоль/л, триглицеридтер – 2,4 ммоль/л. Неғұрлым тиімді тағайындау:

- <variant> Ксеникал
- <variant> Манинил
- <variant> Диабетон
- <variant> Новонорм
- <variant> Симвастатин

<question> А. атты 32 жастағы науқас шамалы әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Қарағанда: қалқанша бездің ассиметриялық ұлғаюы. Пальпацияда шеттері анық, үсті тегіс, еркін қозғалатын түйін анықталады. Неғұрлым тиімді тактика:

- <variant> оперативтік ем
- <variant> тиреостатиктер
- <variant> йод препараттары
- <variant> тиреоидты гормондар

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 7 беті
---	--	---	---------------------------------

<variant> қабынуға қарсы дәрілер
<question> Алғашқы гипотериоз себебіне не жатпайды?
<variant> ТТГ изоляциялық тапшылығы
<variant> Қалқанша без резекциясы
<variant> Аутоиммунды тиреоидит
<variant> Жеделдеу тиреоидит (гипотиреоидтті фаза)
<variant> Тиреостатикалық терапия
<question> Нейроинфекциядан кейін жас адамда тәбеті артып, салмағы көбейіп, АҚ жоғарылаған. Бойы - 172 см, дене массасы индексы – 30кг/м². Іш, иық терісінде қызару, дененің ашық жерлерінде гиперпигментация байқалады. Ауруға қандай диагноз қоюға болады?
<variant> 2-деңгейлі гипоталамиялық майбасу
<variant> 2-деңгейлі алиментарлы-конституциональды майбасу
<variant> 1-деңгейлі нейрогенді майбасу
<variant> Жалпы майбасу
<variant> Адипозогенитальды дистрофия
<question> 47 жастағы ауруда 2-типті қант диабеті анықталған. Соңғы 2 жылда салмағы ұлғайған, АҚ 150/85 мм.рт.ст., жүрек тұсында ауру біленеді. Жалпы холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПВП – 0,5 ммоль/л, триглицеридтер -3.4 ммоль/л. Аурудың артериальдық гипертензиясы..... байланысты.
<variant> дислипидемиямен
<variant> гипергликемиямен
<variant> гиперхолестеринемиямен
<variant> гиперинсулинемиямен
<variant> диабеттік нефропатиямен
<question> Ауру қант диабетінің 1 типімен 7 жыл ауырады. Шектен тыс күш жұмсағаннан кейін ол гипогликемиялық комаға түсті. Гликемияның 11,8 ммоль/л-ға дейін көтеруге мүмкүндік жасаған 40% 20 мл глюкоза ерітіндісінің венаішілік берілгеніне қарамастан науқас есін жимады. Дәрігердің келесі әрекеті:
<variant> Бас миы ісігімен күрес шараларын белгілеу
<variant> Глюкозаның 5% еретіндісін тамшымен енгізу
<variant> 40% глюкозаны қайтадан енгізу
<variant> 0,1 бірлік/кг/сағ мөлшерімен қысқаәсерлі инсулин инфузиясын белгілеу
<variant> Жұлынми пункциясын жүргізу
<question> 37 жасар ер адамда стресстен кейін ашушандық, ыстық көтеру, жоғары тершендік пайда болды. Соңғы алты айда 7

кг арықтады. Оның бойы -176см, салмағы-61кг. Тартылған қолсаусақтарының дірілі, тері гипергидрозы байқалады. 2 деңгейлі қалқанша безінің ұлғаюы көрінеді. ЧСС мин- 134, АҚ - 150/75 мм рт. ст. Негізгі алмасу 20% жоғарылады. Ашқарынға гликемия - 6,2 ммоль/л. Жүргізілу керек зерттеу:
<variant> Т₃, Т₄, тиреотроптық гормонды зерттеу
<variant> Қалқанша безінің КТ
<variant> АҚ тәуліктік мониторингі
<variant> Қалқанша безінің пункциясы
<variant> Гликозилиялық гемоглобинді зерттеу
<question> Науқасқа диффузды-токсикалық ұрамен струмэктомия жүргізілгенде асқыну пайда болған. Жалпы жағдайы кенеттен нашарлады. Науқаста қозушылық, дене қызуы 39-ға дейін жоғарылады, жүрек айнуы, құсу, кіші дәреті жиі бола бастады. ЧСС-120 1 мин. ЖҚ – 195/85 мм.рт.ст. Содан кейін есінің психикалық қозушылығы ауысты, жүрек-тамыр жеткіліксіздігі күшейе түсті. Науқаста пайда болуы мүмкін асқынулар:
<variant> Тиреотоксикалық криз
<variant> Сепсис
<variant> Гипертониялық криз
<variant> ТЭЛА
<variant> Мидың қан айналуының жедел бұзылуы
<question> Дәрігерге науқас әлсіздік, терінің қараюы, тәбетінің жоқтығы, тұзды тағамға құштарлық, тұрақсыз іш өту шағымымен қаралды. Ол соңғы 6 айда 8 кг арықтаған. Дене массасы 52кг, бойы 166 см, теріде, әсіресе мойында, иықта, алақанда, шапта, еріннің шырышты қызыл иегінде диффузиялық дақтар байқалады. АҚ – 80/60 мм.рт.ст. ЧСС – 1 мин 98. Диагнозды анықтау үшін қажет тексеру:
<variant> Қан, зәр, қандағы қант анализі, кортизол плазмасы, бүйрек және бүйрек асты КТ, зәр, калий, натрий, қандағы натрийдің тәуліктік экскрециясының кортизолды босандығы
<variant> Қан анализін, зәр, қандағы қант, қалқанша безі гормоны, тиреотропты гормон, қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі
<variant> Қан анализін, зәр, іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі, электрокардиография, фиброгастроуденоскопия.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 8 беті
---	--	---	---------------------------------

<variant> Қан анализін, зәр іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеу, қандағы қант адреналині, плазмадағы қан норадреналині, бұздық, іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі

<variant> Қан, зәр, қандағы қант анализі, бүйрек, іш қуысы мүшелерінің компьютерлік томографиясы, қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі

<question> К. атты науқастың андронидонды тип бойынша май басудағы дене массасының индексі – 34 кг/м². Белінің көлем байланысы сан жамбас көлемінен 1,0 артығырақтау. Ер адамдағы асқыну:

<variant> Қант диабеті, атеросклероз, метаболикалық синдром, ЖКБ

<variant> Кардиомиопатия

<variant> Соз. панкреатит секреторлы жеткіліксіздігі, ішектің бұзылуы

<variant> Созылмалы пиелонефрит, зәр тас ауруы

<variant> Обструктивті созылмалы өкпе ауруы

<question> 38 жасар әйел емханаға жүрек тұсындағы ауру, ашушандық, жиі үдеуі, соңғы 7 айда етеккірінің болмауымен қаралды: АҚ 155/90 мм рт. ст. ЧСС–96 1мин. Кольпоцитогарма – 100/0/0. Емдеу жоспарына енгізу керек препараттар тобы:

<variant> Эстрон, феминизирді әрекет байқалады: эндометрия пролиферациясын шақырады

<variant> Л-тироксин, анаболикалық әрекет көрсетеді, оттегіне тканнің қажеттілігіне себепші болады.

<variant> Бисопролол, хроно- және инотропты әрекеттерді терістейді

<variant> Амитриптилин, седативтік эффектілікті айқындайды, тимоаналептикалық әрекетке ие.

<variant> Лизиноприл, жүктемелік, жүрекке салмақ түсіруді төмендетеді

<question> Тиротоксикоз синдромы мына аурулардан басқасында байқалады:

<variant> Алғашқы гипотиреоз

<variant> Диффузиялық токсикалық зоб

<variant> Көптарамды токсикалық зоб

<variant> Жеделдеу тиреоидит (1-2 апта)

<variant> Аутоиммунды тиреоидит (гипертиреоидтық фаза)

<question> 42 жастағы ауруда струмэктомиядан 6 айдан кейін әлсіздік, естің нашарлауы, салмағының қосылуы, беттері ісі, терінің құрғақтығы, іш қату,

амеорея байқалған. Қалқанша безі байқалмайды. АҚ-95/60 мм.рт.ст., пульс – мин 56 рет соғады. Т3,Т4 төмендеген, ТТГ – жоғары. Сіздің болжамды диагнозыңыз:

<variant> Алғашқы гипотиреоз

<variant> Орталық май басу

<variant> Гипоталамиялық синдром

<variant> Екінші гипотиреоз

<variant> Поликистозды аналық без синдромы

<question> Тәулігіне тиреотоксикозды емдеуде 30-40мгмерказолиламен пайда болатын асқынулар:

<variant> Агранулоцитоздың дамуы мен нейтрофил санының төмендеуі

<variant> Гипергликемия

<variant> Қанда мочевианың және креатина деңгейінің жоғарылауы

<variant> Гипокалиемиа

<variant> Гипокальциемиа

<question> 25 жасар науқас қабылдау бөлмесіне ессіз қалыпта түсті. Ертеде науқас немен ауырғаны табылмады. Оның қалтасында қант және аурудың қант диабетімен ауыратын карточкасы табылды. Объективті: науқас солғындау, тері тершіген, көз алмасу тонусы жоғары, көз қарашығының ұлғауы, бұлшық ет гипертонусы Тамыр соғуы мин. 108. Жүрек тоны таза. Демалысы үстірт, сырыл жоқ. Іш қуыс мүшелері өзгермеген. Науқастың кенеттен естен тануының негізгі себебі:

<variant> Бас миы ісігі

<variant> Мидың қан айналуының жедел бұзылуы

<variant> Кетоацидоз

<variant> Бауыр энцефалопатиясы

<variant> Уремия

<question> 25 жастағы науқаста тұмаудан кейін сырқаттық, әлсіздік, тәбетінің жоқтығы, үнемі тұзды тамаққа тартуы, құрғақ жөтел, ішінің белгісіз түрде ауруы, арықтау орташалығы. Витаминдер қабылдаған, жалпы жағдайы бірнеше рет жақсарған, іш аймағының ауыру қалған, әлсіздік. Бала кезінде өкпе туберкулезі болған. Объективті: тері дақтары байқалады, жоғары бұғу, мойын, иық, алақандарында. АҚК 80/60.с.б.б. ЧСС – 98 1 мин. Бұлшық ет күші төмендеген. Өкпені рентгенге түсірген уақытта жоғары жолақтан солға қарай үлкен көлемдегі қарау байқалады. Ауруда жоғарыда көрсетілген

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 9 беті
---	--	---	---------------------------------

картина бойынша қазіргі аурудың жіктелу есебінің қорытындысы:

<variant> Біріншілік бүйрек безінің жеткіліксіздігі, деструкция коры бүйрек безінің түберкулезді процесімен байланысты

<variant> Біріншілік бүйрек безінің жеткіліксіздігі, аутоиммунды деструкция бүйрек безінің корымен байланысты

<variant> Біріншілік бүйрек безінің жеткіліксіздігі, бүйрек безі зақымдалуының ісігі мен метастатикалықпен байланысты

<variant> Біріншілік бүйрек безінің жеткіліксіздігі, бүйрек безі инфарктінің геморрагиясымен байланысты

<variant> Біріншілік бүйрек безінің жеткіліксіздігі, гипопитуиаризммен байланысты

<question> 2 типті қантты диабетінің компенсация белгісі:

<variant> Ашқарындағы гликемия < 7,0 ммоль/л

<variant> HbA_{1c} < 8,0%

<variant> HbA_{1c} < 9,5%

<variant> Зәрдегі глюкоза >0,5 %

<variant> Холестерин < 6,0 ммоль/л

<question> Науқас, 44 жаста шағымдары салмағының артуы, басының ауыруы.

Объективті: беті қошқыл қызыл түсті, іші өскен, аяқ-қолдары жүдеген, артериалды қан қысымы-190/110 мм.с.б.б. Рентгенограммада: омыртқада остеопороз белгісі анықталды.

Қан мен зәрде гидрокортикотропин деңгейі сәл жоғарылаған. Диагноз:

<variant> Иценко-Кушинго синдромы

<variant> Семіздік

<variant> Глоиерулонефрит. Созылмалы бүйрек жетіспеушелік

<variant> Біріншілік альдестеронизм

<variant> Гипертония ауруы

<question> 55 жастағы, әйел шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, түнгі мезгілдегі тершендікке, бас ауруына шағымданады. Артериалды қан қысымы-70/40 мм.с.б.б. төмендеді. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> Феохромацитомы

<variant> Климактериялық невроз

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> Вегето-тамырлық синдром

<question> 40 жастағы, ер кісі шағымдары тез қозғыштық, жиі жүрек соғысы, тез шаршағыштық. Тексеруден кейін эндемиялық зобтың түйінді формасы диагнозы қойылды. Емдеу тактикасы:

<variant> Йодомарин

<variant> Тирозол

<variant> Преднизолон

<variant> Мерказолил

<variant> L-тироксин

<question> 40 жастағы, әйел 10 жылдан бері гипотиреозбен ауырады. 125 мг тәуліктік дозамен тиреоидты препаратты ұзақ уақыттан бері қабылдайды. Науқаста тері қабатының құрғақтығы, іш қатуы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқышылдық сақталады. Анамнезінде тиреоидты гормондардың деңгейі жоғары. Дәрігердің жүргізу тактикасы:

<variant> Тироксин мөлшерін жоғарылату

<variant> Преднизолон тағайындау

<variant> Мерказолилді тағайындау

<variant> Оперативті емге жіберу

<variant> Азотиоприн тағайындау

<question> 25 жасар науқаста бір жыл бұрын диффузды токсикалық зоб анықталған (УДЗ, гормоналды спектр, пункциялық биопсия). Тәулігіне 20-30 мг мөлшерінде мерказолилмен тиреостатикалық терапия нәтижесіз. II дәрежелі (ДД) зоб, айқын офтальмопатия, нормосистолалық жыбырлы аритмия, дене салмағының жеткіліксіздігі және бос Т4 жоғары деңгейі сақталды. Көрсетілген белгілердің

тиреотоксикоздың ауыр дәрежесін көрсетеді.

<variant> Нормосистолалық жыбырлы аритмия

<variant> Бос Т4 жоғары деңгейі

<variant> Айқын офтальмопатия

<variant> Дене салмағының жеткіліксіздігі

<variant> II дәрежелі зоб

<question> Эндокринологқа 42 жасар науқас қаралды. Айқын әлсіздік, дене салмағы мен көлемдерінің ұлғаюына әкелген тығыз ісінулерге шағымданады. Шамалы физикалық күштеме кезінде енгізу мазалайды. Анамнезінде көп түйінді эутиреодты зобқа байланысты струмэктомия. АҚ 70/40мм.с.б., ЖЖЖ-56 рет мин., жүрек үндері ғлсіз, кардиомегалия. Т4 0,4 (норма- 0,9- 1,3 нмг/л).Төменде көрсетілген белгілердіңгипотиреоздың ауырлығын көрсетеді.

<variant> Шамалы гидроперикардтың болуы

<variant> Ісіну синдромының айқындылығы

<variant> Гипотония дғрежесі

<variant> Брадикардия айқындылығы

<variant> Бос Т4 деңгейінің төмендігі

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 10 беті
---	--	---	----------------------------------

<question> Науқас 30 жаста, 5 жыл қантты диабеттің 1 типімен сырқаттанады. Бірнеше күн бұрын суықтанғаннан кейін субфебрилитет, катаральды көріністер, тәбетінің төмендеуі байқалғандықтан науқас инсулин мөлшерін төмендеткен. Кеше лоқсу, екі рет құсу қосылып, ғлсздік пен ауыздың құрғауы үдеді. Айқын апатия пайда болды. Гликемия – 15ммоль/л. Жедел жәрдеммен стационарға жеткізілді. Диагностиканың төменде көрсетілгендердің бірінші қадамы болады:

- <variant> Зәрде ацетонды анықтау
- <variant> Гликемиялық профильді зерттеу
- <variant> Жалпы қан анализін зерттеу
- <variant> Қанда креатинин деңгейін анықтау
- <variant> Қанда калий мен натрий деңгейін анықтау

<question> Жедел жәрдеммен 64 жастағы қантты диабетпен сырқаттанған науқас жеткізілді. Бірнеше күн бойы бірнеше рет құсу, көп мөлшерде сұйық нәжіс болып, құрысқақ (судороги) пен естен тану байқалған. Қарағанда кома ІІ дғрежесі, қарашықтар ұлғайған, көз алмалары жұмсақ, ошақтық белгілер жоқ. Терісі құрғақ, тургоры төмендеген. ЖАЖ- 21, ЖЖЖ- 98 рет мин., АҚ - 70/40 мм.с.б. Гликемия - 35ммоль/л. Жалпы қан анализінде ұю қабілеті жоғарылаған. Осы команың дамуында патогенездік механизм:

- <variant> Сусыздану
- <variant> Инсулин тапшылығы
- <variant> Интоксикация
- <variant> Гипоксия
- <variant> Ацидоз

<question> Қабылдау бөліміне гипертониялық кризбен (АҚ 280/130 мм.с.б.) 39 жастағы науқас жеткізілді. Істама тәрізді АҚ жоғарылауы бір жыл аралығында байқалады, криздер қобалжу, тахикардия, діріл, бұлшықеттік тартылулармен қатар болады. Криз көп мөлшерде зғр бөлумен аяқталады. Криздер кезінде 9,6 ммоль/л дейін гипергликемия анықталған. Шұғыл көмек көрсету үшін инъекциялық препаратты таңдау қажет.

- <variant> Реджетин
- <variant> Магний сульфаты
- <variant> Эналаприл
- <variant> Пропранолол
- <variant> Клонидин

<question> Қантты диабетпен науқас коматозды жағдайда қабылдау бөліміне

жеткізілді. Бұл жағдай көп рет құсу жғне сұйық нжіспен көрініс берген тағамнан уланудан кейін дамыған. Айқын гипотония жғне олигоуриямен сипатталған дегидратацияның клиникалық көріністері бар. Гликемия 27 ммоль/л, плазма осмолярлығы 380 ммоль/л, зәрдегі ацетонға сынама теріс. Шұғыл көмек көрсетудегі бірінші қадамы:

- <variant> Гипотониялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
- <variant> 20 ЕД инсулинді болюсті түрде
- <variant> Сағатына 10-12 ЕД инсулинді тамшылап
- <variant> Физиологиялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
- <variant> Коллоидты ерітіндіні сағатына 500 мл есебінен

<question> ЛОР-дәрігерге жас әйел ЖРВИ (ОРВИ) кейін мойынының оң жағында құлағына иррадиацияланатын ауырсыну, жұтынудың қиындауы шағымдарымен қаралды. Температура субфебрильді, терісі дымқыл, ыстық. Қалқанша безі І дәрежеге дейін ұлғайған, оң бөлігінде тығыз, ауырсынатын түзілім (образование) анықталады. Оның сипатын ауырсынуға байланысты анықтау мүмкіндігі болмады. ЖЖЖ 100 рет мин., АҚ 120/80 мм.с.б. Қан анализінде: гемоглобин – 126 г/л, лейкоцит - $7,8 \times 10^9$ /л., ЭТЖ – 32 мм/сағ, тироксин - 96 нмоль/л, ТТГ қалыпты. Мүмкін болатын диагноз:

- <variant> Жеделдеу тиреоидит
- <variant> Түйінді зоб
- <variant> Аралас токсикалық зоб
- <variant> Токсикалық аденома
- <variant> Гормоналды белсенді рак

<question> Эндокринологқа 32 жастағы науқас қаралды, бір ай бұрын ЖРВИ (ОРВИ) кезінде гипергликемия - 7,8 ммоль/л анықталды. Сауыққаннан екі жғне үш аптадан кейін бақылау барысында гликемия 6,2 ммоль/л жғне 6,5ммоль/л болды. Анасында қантты диабет. Объективті қарағанда дене салмағының артықтығынан (ДМИ-30кг/м²) басқа патологиялық өзгерістер анықталмады. Мүмкін болатын диагноз:

- <variant> 2 типті қантты диабет
- <variant> Семіздік
- <variant> Ашқарындық гликемияның бұзылысы
- <variant> Симптоматикалық гипергликемия

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 11 беті
---	--	---	----------------------------------

<variant> MODY диабет

<question> Әйел адам, 62 жаста, шамалы жарақаттан кейін пайда болған оң жақ аяқ басының бірінші саусағының дымқыл гангренасы көріністерімен хирургиялық бөлімге түсті. Объективті: тері мен шарашты қабықтардың құрғақтығы, бетінің гиперемиясы. Айқын семіздік, көз көруінің төмендеуі, варикозды аурудың белгілері. Анасы мен апасында қантты диабет. Ашқарындық гликемия 6,2 ммоль/л. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> 2 типті қантты диабет

макроангиопатиямен

<variant> Ашқарындық гликемия бұзылысы жарақаттан кейінгі асқыныстарымен

<variant> Глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы мен варикозды аурудың асқынуы

<variant> Метаболикалық синдром макроваскулярлы асқынулармен

<variant> Семіздікпен науқастардағы варикозды аурудың асқынуы

<question> Субтотальды струмэктомиядан кейін 3 күн өткен соң қол – аяқтары, бет, диафрагма бұлшықеттерінің құрысқағы (судороги) пайда болды. Қол – аяқтарда айқын парестезиялар мен ұю сезімі. Бір рет есінен танғаннан кейін күнде эпилептиформды талмалар дамыды. Бұл кезде артериялық қысым жиі төмен деңгейде тіркеледі. Диагностиканың бірінші қадамы болып табылады:

<variant> Қанда кальций деңгейін анықтау

<variant> Электроэнцефалография

<variant> ТТГ мен бос Т4 деңгейін анықтау

<variant> АҚ тғуліктік мониторинг

<variant> Кортизол деңгейін анықтау

<question> Эндокринологқа 35 жасар әйел адам жалпы әлсіздіктің, шаршағыштықтың үдеуі, тәбетінің төмендеуі, жиі лоқсу шағымдарымен қаралды. Дене салмағының төмендеуі аясында 2 ай аралығында етеккір циклінің аменорея түрінде бұзылысы байқалған. Соңғы айда бірнеше рет есінен тану жағдайлары болған. Анамнезінде туберкулезге байланысты нефрэктомия жасалған. Объективті: дене салмағының жеткіліксіздігі, тері мен ауыздың шырышты қабатының гиперпигментациясы. АҚ – 70/40 мм.с.б. Қанда: гемоглобин – 72 г/л, ашқарындық гипогликемия 2,9 ммоль/л дейін. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> Бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі

<variant> Жүктілік

<variant> Гепатодуоденалды аймақ ісірі

<variant> Аналық без туберкулезі

<variant> Нейрогенді анорексия

<question> Кардиологқа 45 жастағы әйел адам физикалық күштемеге байланыссыз, валидол, корвалол, валерианамен басылатын жүрек аймағындағы интенсивті ауырсыну шағымдарымен қаралды. Соңғы жылда кезеңді түрде ыстықтау сезімі, беттің гиперемиясы, декольте аймағында тершендік, жүрек қағуы, қобалжу, қорқу сезімі байқалады. Кейінгі бір жыл аралығында етеккір циклінің бұзылысы, 4 ай аменорея. Объективті: беті гиперемияланған, айқын диффузды гипергидроз. АҚ- 150/90 мм.с.б., ЖЖЖ 98 рет мин. ЭКГ: әлсіз негативті Т V4-V6, анаприлинмен сынама оң. Гинеколог консультациясы – атрофиялық сүртінді. Мүмкін болатын диагноз:

<variant> Патологиялық климакс

<variant> ЖИА (ИБС). Күш түсу

стенокардиясы ФКП

<variant> Артериальды гипертензия

<variant> Тиреотоксикоздың басталуы

<variant> Нейроциркуляторлы дистония

<question> Инсулинді терапиядағы қантты диабеті бар науқаста фебрильді сандарға дейін дене температурасының жоғарылауымен ЖРВИ (ОРВИ) дамыды, асқазандық және ішектік диспепсия пайда болып, тәбеті бірден төмендеді. Науқастың емдеу схемасында қажет.

<variant> Қысқа және ұзақ ғсерлі инсулин мөлшерін жоғарылату

<variant> Қысқа әсерлі инсулиннің мөлшерін төмендету

<variant> Тәбет қалыптанғанға дейін инсулинді терапияны тоқтату

<variant> Ұзақ әсерлі инсулин мөлшерін жоғарылату, қысқа әсерліні тоқтату

<variant> Тек тамақ қабылдағанда қысқа ғсерлі инсулин беру

<question> 9 жыл 1типті қантты диабетпен сырқаттанған науқаста гликемияның салыстырмалы компенсациясы аясында көздің көруі нашарлады, транзиторлы гипертония 145/95 мм.с.б., микроальбуминурия пайда болды. Жақын арада емдеу бағдарламасына қосу керек.

<variant> Ангиотензин алмастырушы фермент ингибиторларын

<variant> Орталық ғсерлі альфа-агонисттерін

<variant> Бета-блокаторларын

<variant> Аз дозалы диуретиктерді

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 12 беті
---	--	---	----------------------------------

<variant> Белокты препараттар инфузиясын
<question> 43 жастағы әйел салмағының жоғарылауы, терісінің құрғауы, сөйлеудің қиындауын байқаған. Анамнезінде: созылмалы гайморит. Объективті: бойы - 168см, салмағы-92кг. Айқын гиперкератоз. Беті ісіңкі, тілінің қырында тістер ізі таңбаланған. Жүрек үндері әлсіреген, брадикардия. АҚ 80/50 мм.с.б. Қанда: эритроциттер - 3,5 миллион, гемоглобин - 75 г/л, лейкоциттер - 4, 5 мың, ЭТЖ - 13 мм/с. Қанда қант - 3, 5 ммоль/л. Сары су ақуыздарымен байланысқан йод - 300 ммоль/л. Қандай дәрілік топты тағайындау БАРЫНША тиімді:
<variant> Тиреоидты препараттарды
<variant> Витаминдер
<variant> Йод дәрілері
<variant> Зәр айдайтын дәрілерді
<variant> Қабынуға қарсы дәрі-дәрмектерді
<question> Әйелде асқынған босанудан кейін құсу, жүрек айнуы, бұлшық ет әлсіздігі, диарея және психикалық бұзылыстар пайда болды. Объективті: акроцианоз, аяқ қолдары салқын, гипотермия. АҚ 50/30 мм.с.б. Адренокортикотропты гормонмен сынама теріс. Науқаста дамуы мүмкін.
<variant> Уотерхаус – фридериксен синдромы
<variant> Конн синдромы
<variant> Сомоджи синдромы
<variant> Иценко-кушинг синдромы
<variant> Золлингер-Эллисон синдромы
<question> 18 жастағы қыз нейроинфекциядан кейін шөлдеу, тәбеті мен, дене салмағаның жоғарлауын байқады. Қарап тексергенде: бойы - 160 см, салмағы 80 кг. Кеудесінде ал қызыл стриялар байқалады. АҚ 140/90 мм.с.б. Глюкозаға толеранттылық сынамасын жүргізу екі сағаттан кейін гликемияның 9, 0 ммоль/л екенін көрсетті. Мүмкін болатын диагноз:
<variant> Гипоталамиялық семіру
<variant> Гипотиреоидты семіру
<variant> Бүйрек үсті бездік семіру
<variant> Екіншілік қант диабеті
<variant> Алиментарлы - конституциялық семіру
<question> 45 жастағы әйел соңғы 6 айда етеккірі келмеуі мен «құюлуларды» байқады. АҚ 140/90 мм.с.б. Кольпоцитограмманы зерттеу кезінде – қынап жағындысының атрофиялық түрі анықталды. Емдеу жоспарына БАРЫНША тиімді:

<variant> Эстрогендер
<variant> Андрогендер
<variant> Анаболиктер
<variant> Глюкокортикоидтар
<variant> Минералокортикоидтар
<question> 44 жастағы әйел қара дақ көрініп, көруді қиындатады, бас аурулары бар екенін айтып келеді. Кейде саусақтары ұйып қалады. Туыстарының айтуынша мұрны мен құлағы үлкейген. Өсуі 164 см, салмағы 78 кг. Қан қысымы 150/90 мм с.б. Мұрны мен құлағы үлкен. Терісі ылғалды, тері ағысы беттен ағады. Дауыс төмен, қалың. Тілінде тіс іздері бар. Көрудің зақымдануының ең ықтимал себебі:
<variant> Хиазмалық синдром
<variant> Гипоталамустың қысылуы
<variant> Ортаңғы нервтің қысылуы
<variant> III–VI бас миының нервтерінің зақымдануы
<variant> Перифериялық нервтердің сегменттік демиелинизациясы
<question> 42 жастағы пациент В. жалпы әлсіздік, сырқаттық, бас айналу, тәбеттің төмендеуі, соңғы бірнеше жылда салмақ жоғалту туралы шағымданады. Объективті: азық-түлік тапшылығы, бұлшықет тонусы төмен, тері пигментациясы (әсіресе бүктелген жерлерде, депигментация аймақтарымен қатар), ауыз, тіл, еріннің шырышты қабатында да дақтар бар. Қан қысымы – 90/60 мм с.б. Мүмкін болатын диагноз:
<variant> Аддисон ауруы
<variant> Гемохроматоз
<variant> Бауыр циррозы
<variant> Кортикотерома
<variant> Ауыр металдар тұздарымен улану
<question> 42 жастағы ер адам бас аурулары, буындар мен омыртқада ауырсыну, әлсіздік, ұйқының нашарлауы, қан қысымының жоғарылауы, соңғы бірнеше айда даусының қалындауы, төмен тембрі байқалады. Кардиолог, ревматолог қараған, нәтиже болмаған. Объективті: өсуі 182 см, салмағы 90 кг. Терісі ылғалды, қалың, бас терісі бүктеледі. Бет белгілері қалың, макроглоссия, аздаған диастема бар. Қан қысымы 170/100 мм с.б., пульс 74. Ең ақпараттық гормондық зерттеу:
<variant> IGF-1 анықтау
<variant> Кортизол анықтау
<variant> Пролактин анықтау

ÖNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік-Қазақстанская медицинская академия» 20 беттің 13 беті

<variant> АКТГ анықтау
<variant> ТТГ анықтау
<question> 17 жастағы жігітте 2 жыл бойы семіздік, кең қызыл талшықтар («минус тін» тәрізді), матронизм, жалған гинекомастия. МРТ-де: гипофизде микроаденома. Қанында пролактин деңгейі қалыпты, кортизол жоғары. Мүмкін болатын диагноз:
<variant> Аортикотропинома
<variant> Гипоталамикалық синдром май алмасуының бұзылуымен
<variant> Кортикомамматропинома
<variant> Пролактинома
<variant> Кортикостерома
<question> 18 жастағы қызда Иценко-Кушинг ауруы анықталған, аденомэктомиядан кейін гиперкортицизм сақталуда. 1 жылдан кейін МРТ бойынша аденоманың қайталануы жоқ. Эктопиялық аденома жоқ. Сіздің ұсынысыңыз:
<variant> Гипоталамо-гипофиз аймағына гамма-терапия
<variant> Қайта аденомэктомия
<variant> Соматулинмен емдеу
<variant> Кортикостероид синтезін блоктайтын дәрілермен емдеу
<variant> Адреналэктомия
<question> 56 жастағы пациент, салмақ қосу, әлсіздік, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, іш қату туралы шағымданады. Объективті: тері құрғақ, аздаған перифериялық ісіктер, жүрек соғу жиілігі 60 рет/мин, қалқанша без пальпацияда анықталмайды. Ең ықтимал диагноз:
<variant> Аутоиммунды тиреоидит, гипотиреоз
<variant> Аутоиммунды тиреоидит, эутиреоз
<variant> Эндемиялық аймағындағы өсінді (зоб)
<variant> Подострый тиреоидит
<variant> Диффузды токсикалық зоб
<question> 18 жастағы қыз, тез шаршау, жылағыштық, жүрек соғуы, қобалжу, тітіркенгіштік. Бұл белгілер емтихандар кезінде пайда болған. Қолтаңба өзгерген. Өсуі 160 см, салмағы 45 кг. Қан қысымы 140/80 мм с.б. Пульс 104/мин. Тері таза, ылғалды, ыстық. Қолдардың ұзартылған бөлігінде ұсақ тремор бар. Ең тиімді терапия:
<variant> Тиреостатика
<variant> Стероидогенез блокаторлары
<variant> Қалқанша без гормондарымен алмастыратын терапия
<variant> Седативті дәрілер

<variant> Витамин терапиясы
<question> 56 жастағы Н. пациенті клиникаға түсті: қатты әлсіздік, апатия, ұйқышылдық. Анамнез бойынша: 2 жыл бұрын гипотиреоз диагнозы қойылған, емдеу тұрақсыз. Объективті: науқас бәсең, дезориентацияда, сөйлеуі анық емес және баяу, ұйқышылдық прогрессивті. Бет ісінген, тері құрғақ, суық, сары түсті, іш көлемі ұлғайған, перифериялық ісіктер бар. Т-35°C, тыныс 14 рет/мин. Қан қысымы 85/50 мм с.б., пульс 50 рет/мин. Ең тиімді терапия:
<variant> Трийодтиронин
<variant> Қысқа әсерлі инсулин
<variant> 4% натрий бикарбонаты ерітіндісі
<variant> Пропилтиоурацил
<variant> Гидрокортизон
<question> 30 жастағы әйел эндокринологқа келді: мойын ауыруы, қозғалыс кезінде күшейеді, құлаққа береді, жұту қиын. 2 апта бұрын ЖРВИ өткен. Объективті: орташа ауырлықтағы жағдай, дене қызуы 37,8°C. Тері ылғалды. Қалқанша безі 2 дәрежеге ұлғайған, пальпацияда тығыз, ауырулы, қозғалысы аз. Пульс 90 рет/мин, ҚҚ 120/80 мм с.б. Қан анализі: Hb 134 г/л, Лейкоциттер 15,8 мың, СОЭ 46 мм/сағ. Тироксин – 100 нмоль/л. Ең ықтимал диагноз:
<variant> Подострый тиреоидит
<variant> Тиреотоксикоз
<variant> Фиброзды тиреоидит
<variant> Аутоиммунды тиреоидит
<variant> Acute гнойлы тиреоидит
<question> 25 жастағы пациент Р., соңғы 1 жыл бойы жүрек соғуы, ашушандық, тітіркенгіштік, ұйқының нашарлауы, салмақ жоғалту. Объективті: Өсу 169 см, салмақ 54 кг. Тері ылғалды. Экзофтальм, көздің жылтығы, саусақ ұштарында ұсақ тремор бар. Кохер симптомы оң. Қалқанша безі 2 дәрежеге ұлғайған, жұмсақ. Қан қысымы 135/60 мм с.б., пульс 115 рет/мин, жүрек үндері қатты. Ең тиімді терапия:
<variant> Мерказолил
<variant> Эутирокс
<variant> Кордиамин
<variant> Левотироксин
<variant> Метформин
<question> 28 жастағы А. пациенті апатия, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, бас ауруы, тәбет төмендеуі туралы шағымданады. Бұл белгілер соңғы жылдар бойы біртіндеп өрбіген. Салмақ 10 кг көбейген. Объективті: тері боз, суық, бет гипомимикалық. Сөйлеуі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары

баяу, тіл ұлғайған, тіс іздері көрінеді. Қан қысымы 100/60 мм с.б., пульс 56 рет/мин. Ең ықтимал диагноз:

<variant> Гипотиреоз

<variant> Иценко-Кушинг синдромы

<variant> Тағамдық-конституционалды семіздік

<variant> Тиреотоксикоз

<variant> Иценко-Кушинг ауруы

<question> 20 жастағы қыз Объективті: тері ылғалды, көп мөлшерде тер, температура 39°C, пульс 126 рет/мин. Тыныс 48 рет/мин.

Анасының айтуынша, 2 сағат бұрын іші ауруы, жүрегі айнуы, құсу (5 ретке дейін), қозу, гиперактивтік болған. Анамнез: 3 жыл бойы диффузды бугельді зоб, жарты жыл бұрын дәрілерді өз бетінше тоқтатқан. Ең ықтимал диагноз:

<variant> Тиреотоксикалық криз

<variant> Гипергликемиялық криз

<variant> Гипотиреотидтық кома

<variant> Катехоламинді криз

<variant> Гиперпаратиреотидтық криз

<question> 55 жастағы ер адам қант деңгейін нашар бақылайды. Метформин 2000 мг, аспарт 10 ЕД 3 рет, инсулин гларгин 20 ЕД/тәулік. Аш қарынға глюкоза – 10,5 ммоль/л; тамақтан кейін – 12-14 ммоль/л. Өсуі 159 см, салмағы 80 кг. Ең тиімді ем тактикасы:

<variant> Метформинді қосу

<variant> Инсулин гларгин дозасын арттыру

<variant> Барлық инсулин дозаларын арттыру

<variant> Бұрынғы емді сақтау, диетаны қатаңдату

<variant> Эмбаглифлозин қосу

<question> 55 жастағы ер адам, метформинді нашар көтергендіктен тоқтатқан. Аш қарынға – 15 ммоль/л; тамақтан кейін – 20 ммоль/л.

Алдыңғы ем: гларгин 20 ЕД, аспарт 10 ЕД 3 рет. Ең тиімді ем тактикасы:

<variant> Эмбаглифлозин қосу

<variant> Барлық инсулин дозаларын арттыру

<variant> Гларгин дозасын арттыру

<variant> Бұрынғы емді сақтау, диетаны қатаңдату

<variant> Аспарт дозасын арттыру

<question> 45 жастағы ер адам, жоспарлы коронарлы артерияға стент қою үшін госпитализацияланған. Метформин 2000 мг, гликлазид 60 мг, инсулин гларгин 16 ЕД. Глюкоза 6-8 ммоль/л, ҚҚ 130/90 мм с.б., холестерин 6

ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л. Ең тиімді түзету:

<variant> Метформинді тоқтату

<variant> Статиндерді тағайындау

<variant> Инсулин дозасын азайту

<variant> ИАПФ тағайындау

<variant> Гликлазидті тоқтату

<question> 65 жастағы әйел, қынап қышуы туралы шағымданады. Анамнез: созылмалы панкреатит, 10 жыл бойы АГ. Объективті: семіздік, өсу 158 см, салмақ 102 кг (BMI 40), ҚҚ 180/100 мм с.б. Қанда: глюкоза 7,8 ммоль/л, жалпы холестерин 8,2 ммоль/л. Таңдаулы препарат:

<variant> Метформин

<variant> Гликлазид

<variant> Репаглинид

<variant> Инсулин

<variant> Глибенкламид

<question> 48 жастағы ер адам, жажда, жиі зәр шығару. 8 жыл қант диабеті бар. Метформин 2000 мг, диабетон 90 мг. Соңғы уақытта 6 кг салмақ жоғалтты. Өсуі 177 см, салмағы 72 кг. Аш қарынға глюкоза 16 ммоль/л, тамақтан кейін – 21 ммоль/л. Ең тиімді ем тактикасы:

<variant> Инсулинотерапия + метформинге көшіру

<variant> Диабетонды тоқтатып, Траженту қосу

<variant> Метформин және Диабетон дозасын арттыру

<variant> Метформинді тоқтатып, Диабетон дозасын арттыру

<variant> α-глюкозидаза ингибиторларын қосу

<question> 60 жастағы әйел, 2 типті қант диабеті, терминалды тоқ ішек рагы, хосписке госпитализацияланған. Гликлазид 60 мг, метформин 2000 мг. Соңғы аптада глюкоза тұрақты жоғары: аш қарынға – 18 ммоль/л, тамақтан кейін – 28 ммоль/л. Объективті: санасы бұлыңғыр, үнемі ұйықтайды, бірақ оңай оянады, тыныс беткей, сирек. Ацетон иісі жоқ. ҚҚ 140/90 мм с.б., пульс 66. Глюкоза 30 ммоль/л. Реанимация жағдайы жоқ болғанда, ең тиімді шара:

<variant> Регидратация + инфузиялық инсулин

<variant> Гликемияны әр сағат сайын бақылау

<variant> ҚҚ-ны 120/80 мм с.б.-қа дейін төмендету

<variant> Базис-болус инсулинотерапияға көшіру

<variant> Гликемияны 5 ммоль/л инсулинмен төмендету

<question> 23 жасар ер адам жылау, әлсіздік, бет пен аяқ ісінуі туралы шағымданады. Қант диабеті 8 жыл. Бойы 181 см, салмағы 75 кг. Қан қысымы 140/90 мм.рт.ст. Қант мөлшері 3,3-18 ммоль/л. Қан анализі: гемоглобин 100 г/л, эритроциттер $3,8 \times 10^{12}/л$. Зәр анализі: альбумин/креатинин қатынасы – 3,4 мг/ммоль. Гликирленген гемоглобин 9%. Даму ықтималдығы ең жоғары асқыну:

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 15 беті
---	--	---	----------------------------------

<variant> Қант диабетінің нефропатиясы
<variant> Артериалды гипертензия
<variant> Темір тапшылығы анемиясы
<variant> Ишемиялық жүрек ауруы
<variant> Созылмалы пиелонефрит
<question> 45 жасар ер адам бас ауруы, қан қысымының көтерілуі, шөлдеудің болуы туралы шағымданады. Жаттығудан кейін қол мен аяқ бұлшықеттерінде ұшықтар, әлсіздік пайда болады. Бұл шағымдар 1 жылдан бері мазалайды. Қан қысымы – 200/140 мм.рт.ст. Пульс – 78 соққы/мин. Зәр анализі: тығыздық 1006, ақуыз – 0,33 г/л. КТ: оң бүйрек 4,6 см. Ең қолайлы консервативті ем тактикасы:
<variant> Спиринолактон + Нифедипин
<variant> Амлодипин + Бисопролол
<variant> Дилтиазем + Верапамил
<variant> Спиринолактон + Лизиноприл
<variant> Лизиноприл + Нифедипин
<question> 56 жасар ер адам жалпы әлсіздік, тез шаршау, жүрек айнуы, тәбеттің төмендеуі, салмақ жоғалту, жиі есінен тану туралы шағымданады. Анамнезінде 10 жыл бұрын өкпе туберкулезін өткерген. Бойы 167 см, салмағы 53 кг. Тері мен шырышты қабатта гиперпигментация, қан қысымы – 60/40 мм.рт.ст. Қан плазмасындағы кортизол – 150 нг/л (Норма 260-720 нг/л). Ең қолайлы консервативті ем тактикасы:
<variant> Преднизолон
<variant> Достинекс
<variant> Парлодел
<variant> Десмопрессин
<variant> Митотан
<question> 55 жасар ер адам: әлсіздік, екінші жарты күнде тез шаршау, іштің ауыруы, жүрек айнуы, аздаған физикалық күштен кейін бұлшықет әлсіздігі. Терісі құрғақ, қараңғы, табиғи қабаттарда пигментация айқын. Қан қысымы – 90/60 мм.рт.ст. Қан анализі: қант 3,9 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, АКТГ – жоғары. Диагноз:
<variant> Біріншілік гипокортицизм
<variant> Екіншілік гипопаратиреоз
<variant> Гипертониялық ауру
<variant> Гиперпролактинемиялық синдром
<variant> Біріншілік гиперальдостеронизм
<question> Орталық генездегі бүйрек үсті безі жетіспеушілігіне тән симптомдар:
<variant> Қанда кортизол және АКТГ төмен
<variant> Қанда кортизол төмен, АКТГ жоғары
<variant> Альдостерон төмен, кортизол қалыпты
<variant> Қан қысымы тұрақты жоғары
<variant> Терінің гиперпигментациясы
<question> Бүйрекусті безінің жеткіліксіздігі бар әйел: әлсіздік, салмақ жоғалту, тәбеттің төмендеуі. Преднизолон 10 мг/тәулік қабылдайды. ОРВИдан кейін жағдай нашарлады. Беру керек ұсыныс:
<variant> Преднизолон дозасын көбейту
<variant> Тамаққа тұз қосу

<variant> Күнделікті С дәруменін көбейту
<variant> Антибиотикпен емдеу
<variant> Физикалық жүктемені азайту
<question> 38 жасар әйел: семіздік, бас ауруы, қан қысымы жоғары, кеуде ауыруы, апатия. Тері астында май диспластикалық типте, қолтық, қарын аймағында қызыл жолақтар. Қан қысымы 180/100 мм.рт.ст. Қант – 9,05 ммоль/л. Ең қолайлы консервативті ем тактикасы:
<variant> Бромокрептин
<variant> Орлистат
<variant> Митотан
<variant> Метформин
<variant> АДнорм
<question> 3-дәрежелі семіздігі бар әйел: қант – 9,2 ммоль/л, тамақтан кейін 2 сағаттан соң – 12,1 ммоль/л. Метформинді қолдана алмайды. Ең қолайлы консервативті ем тактикасы:
<variant> Лираглутид
<variant> Репаглинид
<variant> Глипизид
<variant> Пиоглитазон
<variant> Эмбаглифлосин
<question> 16 жасар пациент: семіздік (жоғарғы тип), айдай жүз, кең қызыл жолақтар («минус-ткань»), қан қысымы – 160/100 мм.рт.ст., таралған остеопороз. Алдын ала диагноз:
<variant> Иценко-Кушинг ауруы
<variant> Экзогенді-конституционалды семіздік
<variant> Пубертатты кезеңде гипоталамикалық синдром
<variant> Андростерома
<variant> Альдостерома
<question> 50 жасар әйел: етеккірдің болмауы, галакторея. Пролактин 6500 мкМЕ/мл, эндоселлярлы гипофиз аденомасы 1,7 см. Көру бұзылмаған. Оптималды ем:
<variant> Допамин агонисттерін ұзақ қабылдау
<variant> Трансназальды аденомэктомия
<variant> Лучевая терапия
<variant> Транскраниалды аденомэктомия
<variant> Диферилинді ұзақ қолдану
<question> 32 жасар әйел: кушингоидты типтегі семіздік, қан қысымы жоғары, бас ауруы, омыртқа ауыруы, әлсіздік, кең қызыл жолақтар, матронизм Алдымен анықталуы керек гормондар:
<variant> Қаннан кортизол және АКТГ 8 және 22 сағатта
<variant> Қаннан кортизол және пролактин 8 сағатта
<variant> Қаннан кортизол және тестостерон 8 сағатта
<variant> Қант пен кортизол аш қарынға
<variant> Қаннан кортизол, ФСГ, ЛГ
<question> 50 жастағы әйел бас ауруы, қан қысымының жоғарылауы, ашуланшақтық, шаршау, жүрек ауыруы, жүрек қағысы туралы шағымданады. Кейде ұйқының бұзылуы, ыстық толқындар болады. Гипотензивтік дәрілер

ÖNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 16 беті
---	--	---	----------------------------------

қабылдайды. Шағымдар шамамен 1 жыл бойы.
Өсуі – 162 см, салмағы – 72 кг. ҚҚ – 140/90 – 100/70 мм с.б. Тері дымқыл, қолды созғанда тремор. Пульс – 86/мин, дем алу кезінде – 76/мин. Жүктемелі ЭКГ – өзгеріссіз. Қан талдауында ең ықтимал өзгерістер:
<variant> Эстрадиол 8 пг/мл, ФСГ 14 Ед/л
<variant> Эстрадиол 12 пг/мл, ФСГ 7 Ед/л
<variant> Эстрадиол 27 пг/мл, ФСГ 4 Ед/л
<variant> Эстрадиол 90 пг/мл, ФСГ 15 Ед/л
<variant> Эстрадиол 8 пг/мл, ФСГ 4 Ед/л
<question> 45 жастағы әйел тұрақты бас ауруы, ашуланшақтық, апатия, өзін «қажетсіз» сезіну, либидоның төмендеуі, қан қысымының жоғарылауы, ыстық толқындар туралы шағымданады. Анамнезінде: 4 ай бұрын миомаға байланысты гистерэктомия жасалған. ҚҚ – 140/90 мм с.б., пульс – 78/мин. Ең қолайлы емдеу тактикасы:
<variant> Тек эстрогендермен монотерапия
<variant> Эстроген-гестагенді ЗГТ
<variant> Курорттық-сауықтыру ем
<variant> Тек гестагендермен монотерапия
<variant> Эстрогендер мен андрогендермен ЗГТ
<question> 47 жастағы әйел жүрек аймағында күйдіретін ауыруды, ыстық сезім мен қызаруды, терлеуді жиі байқайды. 6 ай бойы аменорея. Тері дымқыл, қызарған. Пульс – 102/мин, ҚҚ – 145/85 мм с.б. Анаприлиновая проба оң. Вагиналды майда атрофиялық. Ықтимал диагноз:
<variant> Патологиялық климакс ІІІ саты
<variant> ИБС. Принцметал стенокардиясы
<variant> НЦД гипертониялық тип
<variant> Артериалды гипертензия
<variant> ИБС. Стенокардия кернеу ФК ІІІ
<question> 46 жастағы әйел жүрек ауыруы, менструальдық циклдің бұзылуы, аменорея, ыстық сезім, терлеу, жүрек қағысы, уайым сезімі туралы шағымданады. Дәрігерлік қарау: бет қызарған, диффузды гипергидроз бар. ҚҚ – 150/90 мм с.б., пульс – 98/мин. Гинеколог: атрофиялық майда. Ықтимал диагноз:
<variant> Патологиялық климакс
<variant> Ишемиялық жүрек ауыруы
<variant> Нейроциркуляторлық дистония
<variant> Тиреотоксикоз дебюті
<variant> Артериалды гипертензия
<question> 27 жастағы әйел бедеулік, бас ауыруы, нервоздық, шаршау, іш қату, бет ісінуі туралы шағымданады. Өсуі – 162 см, салмағы – 70 кг. ҚҚ – 90/60 мм с.б., тері құрғақ, шынтактарда гиперкератоз. Қан гормондарын зерттеу үшін ең информативті:
<variant> ТТГ, еркін Т4, еркін Т3
<variant> ЛГ, ФСГ
<variant> ТТГ, инсулин
<variant> АТПО, ТТГ
<variant> Пролактин, еркін Т3, еркін Т4

<question> Қант диабеті І типі кезінде базалды инсулиннің кешкі дозасын арттыру үшін абсолютті көрсеткіш:
<variant> Түнгі және ашқарын гликемия жоғары болғанда
<variant> Тамақтан кейінгі 2 сағаттағы жоғары гликемия
<variant> Тамақ алдындағы жоғары гликемия
<variant> Ашқарын жоғары гликемия
<variant> Кешкі жоғары гликемия
<question> 2 типті қант диабеті бар, жүктілік жоспарлап отырған әйелге жүкті болуын анықтағанға дейін тағайындауға болатын препарат:
<variant> Метформин
<variant> Репаглинид
<variant> Глимепирид
<variant> Гликлазид
<variant> Акарбоза
<question> 50 жастағы әйел, қант диабеті бар, қолға, аяққа ұлғайған, салмақ артқан, бет әлпеті өзгерген, 4 жыл бойы бас аурулары. Метформин 2000 мг, НbA1C – 9%. Мүмкін диагноз:
<variant> Акромегалия
<variant> Гипотиреоз
<variant> Қант диабеті, декомпенсация
<variant> Созылмалы гиперкортицизм
<variant> Климактериялық синдром
<question> 47 астағы әйел соңғы 4 жыл бойы аяқ, арқа бұлшықет ауыруы, әлсіздік, УДЗ – ШЖ-де 1,5x2 см дейін түзілістер, рентген – остеопороз, кисталар, патологиялық сынулар, қанда кальций жоғары. Мүмкін диагноз:
<variant> Екіншілік гиперпаратиреоз
<variant> Миеломалық ауру
<variant> Остеобластома
<variant> Постменопауза остеопорозы
<variant> Біріншілік гиперпаратиреоз
<question> Транссфеноидальды аденомэктомияға қарсы көрсеткіштер:
<variant> Белгілі және белгісіз инфекциялық аурулар
<variant> Аурудың рецидиві, КТ немесе МРТ-де аденома өсімі расталған
<variant> МРТ-де айқын локализацияланған гипопиз ісігі
<variant> Кушинг ауруының орташа ауырлықтағы формасы
<variant> Кушинг ауруының жеңіл формасы
<question> Гипопиз аденомаларын визуализациялау үшін зерттеу:
<variant> МРТ миға контрастпен
<variant> КТ миға контрастсыз
<variant> МРТ миға контрастсыз
<variant> КТ миға контрастпен
<variant> ЭХОЭГ
<question> 28 жастағы әйел босанғаннан кейін әлсіздік, бас ауыруы, аменорея, құрғақ тері, іш

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 17 беті
---	--	---	---	----------------------------------

қату, салмақ жоғалту, шаш түсу – бастар мен тері асты, ҚҚ – 80/50, пульс – 56. Диагноз:

Емдеу тактикасы:

- <variant> Аденомэктомия
- <variant> Допамин агонисттерімен ем
- <variant> Сандостатин монотерапиясы
- <variant> Протонотерапия
- <variant> Гамма-терапия

<question> УЗИ-де парацитовид безінде 1,5 см гипозхогенді капсула бар. Бірінші кезекте тағайындалады:

- <variant> Жамбас пен ортаңғы кеуде МРТ контрастпен
- <variant> ЩЖ скintiграфиясы радиоактивті йодпен

- <variant> Жамбас пен ортаңғы кеуде КТ
- <variant> ЩЖ скintiграфиясы технецием
- <variant> ЩЖ гормондарын анықтау
- <question> Қалқанша безде «ыстық түйіндер»:
- <variant> РФП аз сіңетін аймақтар
- <variant> РФП жоқ аймақтар
- <variant> РФП көп сіңетін аймақтар
- <variant> РКС жоқ аймақтар
- <variant> РКС аз сіңетін аймақтар

<question> Субтотальды струмэктомиядан кейін 3-ші күні бұлшықет қысқартулары, бет пен диафрагмада парестезия, онемение. Бір реттен кейін күнделікті эпилептиформалы ұстамалар.

Бірінші диагностикалық қадам:

- <variant> Қанда кальций деңгейін анықтау
- <variant> Электроэнцефалография
- <variant> ТТГ және еркін Т4 анықтау
- <variant> 24 сағаттық ҚҚ мониторингі
- <variant> Кортизол деңгейін анықтау
- <question> 35 жастағы әйел жалпы әлсіздік, тез шаршау, тәбеттің төмендеуі, жиі құсу, менструацияның бұзылуы, 2 ай аменорея.

Анамнезде нефрэктомия, дене салмағы аз, гиперпигментация, ҚҚ – 70/40 мм с.б., қанда: гемоглобин – 114 г/л, ашқарын гликемия – 2,9 ммоль/л. Ықтимал диагноз:

- <variant> Бүйрек үсті безі жетіспеушілігі
- <variant> Жүктілік
- <variant> Гепатодуоденалды аймақ ісігі
- <variant> Жүктілік бездерінің туберкулезі
- <variant> Нейрогендік анорексия

<question> 48 жастағы әйел жүрек аймағында ауырсыну, ыстық сезім, гипергидроз, жүрек қағысы, тревога, аменорея 4 ай. ЭКГ: сәл теріс Т V4-V6. Гинеколог: атрофиялық майда. Диагноз:

- <variant> Патологиялық климакс
- <variant> ИБС. Стенокардия кернеу ФКП
- <variant> Артериалды гипертензия
- <variant> Тиреотоксикоз дебюті
- <variant> Нейроциркуляторлық дистония
- <question> Қант диабеті бар науқаста инсулинотерапия кезінде ЖРВИ, температура жоғары, асқазан-ішек симптомдары, тәбет төмендеді. Емдік схема өзгертіледі:
- <variant> Қысқа және ұзақ әсерлі инсулин дозасын арттыру
- <variant> Қысқа әсерлі инсулин дозасын азайту
- <variant> Инсулинотерапияны тоқтату
- <variant> Ұзақ әсерлі дозасын арттыру, қысқасын тоқтату
- <variant> Тамақ кезінде ғана қысқа инсулин қолдану
- <question> 1 типті қант диабеті 9 жыл, көру нашарлады, транзиторлы гипертония 145/95 мм с.б., тұрақты микроальбуминурия. Қосу керек препарат:
- <variant> АПФ ингибиторлары
- <variant> Орталық әрекетті альфа-агонисттер
- <variant> Бета-блокаторлар
- <variant> Аз мөлшердегі диуретиктер
- <variant> Ақуыз инфузиялары
- <question> 25 жастағы қыз, қант диабеті 8 жыл, инсулин ленте 38 ЕД/тәулік, соңғы 3 аптада ЖРВИ кейін шөлдеу, полиурия, әлсіздік, 3 кг салмақ жоғалту. Глюкоза – 19 ммоль/л. Ықтимал жағдай:
- <variant> 1 типті қант диабеті, декомпенсация
- <variant> 2 типті қант диабеті, субкомпенсация
- <variant> 1 типті қант диабеті, субкомпенсация
- <variant> 2 типті қант диабеті, декомпенсация
- <variant> 1 типті қант диабеті, компенсация
- <question> 50 жастағы ер адам 3-4 ай бойы шөлдеу, полиурия, әлсіздік. Салмағы 106 кг, бойы 170 см. ҚҚ – 140/85 мм с.б. Гликемия – 9,7-14,9-12,3 ммоль/л. Тағайындалатын препарат:
- <variant> Метформин
- <variant> Глибенкламид
- <variant> Орташа әрекетті инсулин
- <variant> Қысқа әрекетті инсулин
- <variant> Ұзақ әсерлі инсулин
- <question> 30 жастағы ер адам кенеттен есінен танады, инсулин қолданады. Тері дымқыл, бұлшықет тонусы жоғары, зәр шығару қалыпты. ҚҚ – 125/80 мм с.б., пульс – 96. Ықтимал асқыну:
- <variant> Гипогликемиялық
- <variant> Бауырлық
- <variant> Гиперосмолярлы
- <variant> Кетоацидотикалық
- <variant> Лактацидемиялық
- <question> 47 жастағы ер адам қозғалыс пен психикалық қозу кезінде есінен танады. Тері дымқыл, инъекция іздері. Бұлшықет қозуы, зрачок кеңейген, ЧДД – 32/мин. Тағайындау қажет препарат:

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 18 беті
---	--	---	----------------------------------

<variant> Глюкагон 1 мл
<variant> Натрий хлорид 0,9%
<variant> Натрий хлорид 0,45%
<variant> Натрий бикарбонат 2%
<variant> Қысқа әрекетті инсулин 30 ЕД
<question> 37 жастағы әйел жүрек аймағында өткір ауыру, жүрек қағысы, шаршау. 3 ай бойы ашуланғыштық, 5 кг салмақ жоғалту. Тері гипергидроз, шЖ көрінеді, қолда тремор, «телеграф стержень» симптомы. ҚҚ – 130/60 мм с.б., пульс – 120/мин. Диагнозды растау үшін проба ең информативті.
<variant> Тиреолиберин
<variant> Инсулин
<variant> Клофелин
<variant> Кортикотропин
<variant> Калий перхлорат
<question> 47 жастағы әйел струмэктомиядан кейін озноб, қорқыныш, терлеу, полиурия. Зәр шығару жиі, қозған, сөйлеуі тез, тремор, температура 38°C, ЧДД – 30, пульс – 100, ҚҚ – 90/60. ЭКГ: синус тахикардия, реполяризация бұзылысы. Емге қосылатын ерітінді:
<variant> Люголь
<variant> 40% Глюкоза
<variant> Метилен көк
<variant> Пероксид водорода
<variant> Кальций хлорид
<question> Қан кортикостероидтері азаюы, зәрде 17-ОКС және 17-КС төмендеуі сәйкес келеді.
<variant> Аддисон ауруы
<variant> Шиен синдромы
<variant> Нельсон синдромы
<variant> Симмондс синдромы
<variant> Иценко-Кушинг ауруы
<question> 25 жастағы қыз нейроинфекциядан кейін артық салмақ, бас ауруы, менструация бұзылысы, бұлшықет әлсіздігі. Қанша салмақ артқан, май дененің иық белдеуі мен қарын аймағына жиналған, ай, қызыл стриялар, денеге еркек типті шаш. ҚҚ – 220/130 мм с.б., рентген: «балық» омыртқалар. Тағайындау қажет препарат:
<variant> Парлодел
<variant> Аминалон
<variant> Фуросемид
<variant> Метформин
<variant> Церебролизин
<question> 55 жастағы, қант диабетімен ауыратын және манинил қабылдайтын ер адамда алғаш рет жеңіл физикалық жүктеме кезінде кеуденің қысым тәрізді аурулары пайда болды, олар демалған кезде жеңілдейді. Дем алудағы ЭКГ-де

патологиялық өзгерістер жоқ. Қан глюкозасы – 13 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия – 2 г/л.
Ең тиімді емдеу тактикасы:
<variant> Инсулинге көшу
<variant> Бигуанидтерге көшу
<variant> Манинил дозасын ұлғайту
<variant> Қатаң диета және рационалды физикалық жүктеме
<variant> Секреторлық препараттар мен бигуанидтердің кешенді қолданылуы
<question> 45 жастағы ер адам кома жағдайында түседі. Зерттеу кезінде: АД – 130/80 мм с.б., ЖЖС – 67 соқ/мин., қан глюкозасы – 26,6 ммоль/л, кетонурия +++.
Қысқа әсерлі инсулинмен интенсивті регидратациялық терапия кезінде 2 сағаттан кейін гликемия – 7,8 ммоль/л. Пациент әлі де санасыз. Санасыздықтың ең мүмкін себебі:
<variant> Ми ісінуі
<variant> Кетоацидоз
<variant> Лактацидоз
<variant> Гипогликемия
<variant> Ми қан айналымының өткір бұзылысы
<question> 67 жастағы қант диабеті бар ер адам, бигуанидтер қабылдайды, клиникаға санасыз күйде жеткізілді. Үш күн бұрын құсу, сұйық нәжіс, ұйқышылдық пайда болған. Зерттеу: тері құрғақ, бозарған, Кулсмауль тынысы. АД – 50/30 мм с.б., ЖЖС – 112 соқ/мин., қан глюкозасы – 12 ммоль/л, сүт қышқылы деңгейі – 5,5 ммоль/л. Ең тиімді емдеу тактикасы:
<variant> Қысқа әсерлі инсулин + 5% глюкоза ертіндісі
<variant> Ұзақ әсерлі инсулин + 5% глюкоза ертіндісі
<variant> Қысқа әсерлі инсулин + 0,9% NaCl ертіндісі
<variant> Қысқа әсерлі инсулин + 0,45% NaCl ертіндісі
<variant> Орташа әсерлі инсулин + 5% глюкоза ертіндісі
<question> 49 жастағы ер адам ұйқышылдық, енгізу, айқын ісіктерге шағымданады. Зерттеу: тері бозарған, сарғаюы бар, қолмен салғанда салқын. Бет ісік, төменгі аяқ ісіктері. Өкпеде – везикулярлық тыныс әлсіз. Жүрек үндері – бұлыңғыр. АД – 80/50 мм с.б., ЖЖС – 50 соқ/мин. Тиреотропты гормон (TSH) – 52 мкМЕ/мл (норма 0,4–4,0).
Мүмкін диагноз:
<variant> Бастапқы гипотиреоз
<variant> Ридель тиреоидиті

ÖNTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIYASY	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» қаралды «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары	69/ 20 беттің 19 беті

<variant> Эндемиялық гуш
<variant> Созылмалы тиреоидит
<variant> Дифузды токсикалық гуш
<question> 43 жастағы әйел салмақтың артуы, терінің кебуі, сөйлеу қиындығына шағымданады. Анамнезінде: созылмалы гайморит. Өлшемдер: бой – 168 см, салмақ – 92 кг. Айқын гиперкератоз. Бет ісік, тілде тіс іздері. Жүрек үндері бұлыңғыр, брадикардия. АД – 80/50 мм с.б. Зерттеу: эритроциттер – 3,5 млн, гемоглобин – 75 г/л, лейкоциттер – 4,5 тыс, СОЭ – 13 мм/сағ. Қан глюкозасы – 3,5 ммоль/л. Сывороткадағы байланысты йод – 300 ммоль/л. Ең тиімді емдеу тактикасы:
<variant> Тиреоидтық препараттар
<variant> Витаминдер
<variant> Йод препараттары
<variant> Диуретиктер
<variant> Қабынуға қарсы препараттар
<question> Осложненный босанудан кейін әйелде жүрек айну, құсу, күшті бұлыңғыр әлсіздігі, диарея, психикалық бұзылыстар пайда болды. Зерттеу: акроцианоз, салқын аяқ-қол, гипертермия. АД – 50/30 мм с.б. АКТГ тесті – теріс. Ең **мүмкін дамитын** синдром:
<variant> Уотерхаус-Фридериксен синдромы
<variant> Конна синдромы
<variant> Сомоджи синдромы
<variant> Иценко-Кушинга синдромы
<variant> Золлинг-Эллисон синдромы
<question> 18 жастағы қыз нейроинфекциядан кейін шөл, жоғары тәбет, жылдам салмақ қосу байқалады. Өлшемдер: бой – 160 см, салмақ – 80 кг. Теріде тар қызғылт стриялар, АД – 140/90 мм с.б. 2 сағаттық глюкоза толеранттылық тестінде гликемия – 9,0 ммоль/л. Ең **мүмкін диагноз**:
<variant> Гипоталамикалық семіздік
<variant> Гипотиреоидтық семіздік
<variant> Бүйрек үсті бездік семіздік
<variant> Екіншілік қант диабеті
<variant> Қан аздық
<question> 45 жастағы әйел соңғы 6 айда етеккірдің болмауын, жиі ыстық толқындарды байқайды. Зерттеу: АД – 140/90 мм с.б. Кольпоцитограмма: атрофиялық тип. Ең **тиімді** ем:
<variant> Эстрогендер
<variant> Андрогендер
<variant> Анаболиктер
<variant> Глюкокортикоидтар
<variant> Минералокортикоидтар

<question> Науқас 39 жаста қаралу кезіндегі шағымдары: бастың ауыруы, құлақтағы шуыл. Тексеру кезінде жоғары артериалды қан қысымы 180/110 мм.с.б.б. Гиперкальцемиа, екі бүйректің табақшасының конкременттері анықталды. Артериалды гипертензияның дамуы байланысты:
<variant> Гиперпаратиреоз
<variant> Аорта коарктациясы
<variant> Гипертиреоз
<variant> Бүйрек үсті безінің альдестеромасы
<variant> Иценко-Кушинг синдромы
<question> 48 жастағы әйелде қорқыныш сезімі, полидипсия, тахикардия байқалады. Артериалды қан қысымы - 300/130 мм.с.б.б. Қандағы глюкоза 20 ммоль/л. Науқастың диагнозы:
<variant> Ферхромоцитома
<variant> Иценко-Кушинг синдромы
<variant> Артериалды гипертензия
<variant> Тиреотоксикоз
<variant> Конн синдромы
<question> 3 жыл бойы қант диабетінің I типімен ауыратын 15 жасар қыз бала инсулино терапиясын алады. Аздаған физикалық жүктемеден кейін естен танып, қысқа мерзімде тырысу болды. Терісі ылғалды, төменде көрсетілген диагноздың болуы мүмкін:
<variant> Гипогликемиялық кома
<variant> Гиперосмолярлы кома
<variant> Кетацидоздық кома
<variant> Лактоацидоздық кома
<variant> Жедел өкпе-жүрек жеткіліксіздігі
<question> 46 жаста, ер кісі дәрігерге алғаш рет келуде. Шағымдары: шөлдеу, ауыздың құрғауы, айқ-қол саусақ ұштарының жансыздануы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі. Артериалды қан қысымы - 150/90 мм.с. б.б. Дене салмағы-80кг, дене салмағының индексі 32, қандағы глюкоза-9,1 ммоль/л. Диагноз барынша мүмкін:
<variant> Метаболикалық синдром
<variant> Қан диабеті 2 тип
<variant> Қан диабет 1 тип
<variant> Семіздік
<variant> Артериалды гипертензия
<question> 18 жастағы, жеткіншек жедел респираторлы инфекциямен ауырғаннан кейін 3 апта өткеннен соң салмағының төмендегенінің, шөлдеу сезімінің пайда болғанын, кіші дәреттің жиілегенін байқаған. Тілі мен тері қабаттары құрғақтау. Бауыры

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ «Эндокринология» пәні бойынша №2 аралық бақылауға арналған сұрақтары		«Оңтүстік-Қазақстанская медицинская академия» КФП 20 беттің 20 беті

қабырға доғасынан 2 см шығып тұр.

Ашқарынға гликемия 17 ммоль/л. Зәрдің салыстырмалы тығыздығы-1030, кетон денелері (++) , глюкоза 5 %. Тиімді ем:

- <variant> Инсулин 0,1 б/кг есеппен
- <variant> Инсулин 6 бірлік
- <variant> Сиофор 1таб кешкі уақытта үнемі
- <variant> Диабетон мр 2 таб азанда, үнемі
- <variant> Инсулин 1,0 б/кг есеппен

<question> Ұзақ уақыт бойы қант диабеті І типімен ауыратын, 45 жастағы ер кісі тексеру кезінде тұрақты микроальбуминурия анықталды. Тиімді ем:

- <variant> Ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторларын тағайындау
- <variant> Диуретиктерді тағайындау
- <variant> Антикоагулянттар
- <variant> Ақуыз препараттары
- <variant> Антиагреганттар

<question> Жансақтау бөліміне қант диабеті І типімен ауыратын 29 жасар науқас диабеттік кетоацидозбен түсті. Бірінші кезекте тағайындалады:

- <variant> Натрий хлорид 0,9% ерітіндісі
- <variant> Реополиглюкин
- <variant> Глюкоза 5%ерітіндісі
- <variant> Глюкоза 40%ерітіндісі
- <variant> Натрий хлорид 7,5% ерітіндісі