

БАҚЫЛАУ ӨЛШЕУ ҚҰРАЛДАРЫ

ББ атауы және шифры: 7R01102 - «ТЕРАПИЯ»


Пән коды: R-AET

Пәннің атауы: «Амбулаториялық емханалық терапия».

Оқу сағаты/кредит көлемі (ECTS): 30 кредит/900 сағат

Оқу курсы: 1

Оқу жылы: 2025-2026

Құрастырған:  ассистент Тажиева А.Д.

Кафедра меңгерушісі  Қауызбай Ж.Ә.

Хаттама № 2 Күні 01.09.2025

Шымкент 2025-2026ж.

1-2 аралық бақылау. Науқасты қабылдау.

1. Анамнезді жинау: жүйелі анамнез жинау, аурудың даму динамикасы;
2. Физикалық тексеру: жүйелі, техникалық дұрыс және нәтижелі жүргізу;
3. Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылып, негіздемесін келтіру;
4. Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерін тағайындау;
5. Науқасты тексеру нәтижелерін қарау;
6. Дифференциалды диагноз жүргізу;
7. Қорытынды диагноз және оның негіздемесі;
8. Адекватты емді таңдау хаттамаға сәйкес;
9. Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну;
10. Болжамды анықтау және алдын алу.

<p>Науқасты тексеру (аралық бақылау)</p>	<p>Өте жақсы баға: А (4,0; 95-100%) А- (3,67; 90-94%)</p>	<p>Анамнезді жинау: жүйелі түрде жиналған анамнез аурудың даму динамикасын толық көрсетеді; Физикалық тексеру: жүйелі, техникалық дұрыс және нәтижелі жүргізіледі; Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылған, негіздемесі келтірілген; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: толық және адекватты; Науқасты тексеру нәтижелерін қарау (түсіндіру): толық және дұрыс; Дифференциалды диагноз: толық; Қорытынды диагноз және оның негіздемесі: толық, негізделген; адекватты емді таңдау; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: толық; Болжамды анықтау және алдын алу: адекватты, толық.</p>
	<p>Рейтингтерге жақсы сәйкес келеді: В+ (3,33; 85-89%) В (3,0; 80-84%) В- (2,67; 75-79%) С+ (2,33; 70-74%)</p>	<p>Анамнезді жинау: жүйелі түрде жинақталған, бірақ негізгі белгілердің сипаты мен олардың пайда болуының мүмкін себептерін жеткілікті түрде нақтыламай; Физикалық сараптама: жүйелі, бірақ шамалы техникалық қателіктер; Алдын ала диагноз қою: дұрыс қойылған, бірақ негіздемесі жоқ; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: адекватты, бірақ аздаған кемшіліктері бар; Науқасты қарау нәтижелерін қарау (түсіндіру): болмашы қателіктермен дұрыстау; Дифференциалды диагноз: дәлелденген, бірақ барлық ұқсас аурулармен емес; Соңғы диагноз және оның негіздемесі: негізгі аурудың диагностикасы аяқталды, бірақ қатар жүретін аурулар көрсетілмейді; Емдеу әдісін таңдау: дұрыс, бірақ толық емес немесе полифармация; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: маңызды емес бөлшектердегі қателер; Болжамның анықтамасы және алдын алу: адекватты, бірақ толық емес.</p>
	<p>Рейтингтерге қанағаттанарлы</p>	<p>Анамнез жинау: аурудың мәні мен симптомдардың даму реттілігі туралы түсінік бермейтін фактілерді тіркей отырып жиналады;</p>

	<p>қ сәйкес келеді: С (2,0; 65-69%); С- (1,67; 60-64%); D+ (1,33; 55-59%) D (1,0; 50-54%)</p>	<p>Физикалық тексеру: толық техникалық ақау; Алдын ала диагноз қою: жетекші синдром анықталды, бірақ диагностикалық қорытынды жоқ; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: толығымен адекватты емес; Науқасты тексеру нәтижелерін тексеру (түсіндіру): елеулі қателермен ішінара дұрыс; Дифференциалды диагноз: Толық емес; Қорытынды диагноз және оның негіздемесі: диагноз жеткілікті түрде дәлелденбеген, асқынулар немесе қатар жүретін аурулар анықталған жоқ; Емдеу әдісін таңдау: негізгі және қосалқы ауруларды емдеу толық емес; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: Жартылай; Болжам және алдын алу анықтамасы: жеткіліксіз адекватты және толық емес.</p>
	<p>Рейтингтерге қанағаттанарлық емес: FX (0,5; 25-49%) F (0; 0-24%)</p>	<p>Анамнезді жинау: фактілерді диагностикалау үшін маңызды емес мәліметтер ретсіз жиналады; Физикалық тексеру: қол дағдылары жоқ; Алдын ала диагноз қою: қате жіберілді; Ауруды зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің мақсаты: қарсы көрсетілімдер тағайындалады; Науқасты тексеру нәтижелерін қарау (түсіндіру): көп жағдайда дұрыс емес; Дифференциалды диагноз: өнімді; орытынды диагноз және оның негіздемесі: диагноз хаотикалық негізделеді, нанымдылығы аз; Емдеу әдісін таңдау: Кері әсер ететін препараттар тағайындалды; Белгіленген емнің әсер ету механизмін түсіну: Дұрыс түсіндіре алмайды; Болжамды анықтау және алдын алу: анықтау мүмкін болмады.</p>

Емтихан тест сұрақтары

<question>Әйел, 47 жаста. Шағымдары қан жолақтары бар жөтелге, жағымсыз иісі бар ірінді қақырықтың бөлінуімен, ентігуге, кеуденің оң жақ жартысындағы ауру сезіміне, температурасы 39С дейін жоғарлауына. Объективті: тыныс алу жиілігі минутына 30. Оң жақта перкуторлы дыбыс VIII қабырғадан X қабырғаға дейін иық сызығы бойымен қысқарған, тимпаникалық сипатымен, сол аймақта әлсіреген тыныс фонында құрғақ және ылғалды сырылдар естіледі. Рентгенограммада оң жақ өкпенің VIII және IX сегменттерінде контуры анық, диаметрі 4x3 см, домалақша келген көлеңке байқалады, синус сұйықтыққа толған. Алдын ала диагноз:

<variant>Өкпе абсцесі
<variant>Өкпе туберкулезі
<variant>Өкпенің саркоидозы
<variant>Өкпе ісігі
<variant>Фиброзды альвеолит

<question>Пневмонияға байланысты ем қабылдаған 72 жастағы науқаста динамикада жалпы жағдайы жақсармаған, әлсіздік, дене салмағының төмендеуі, кеуде аймағындағы ауру сезімі үдеп келеді. Бақылау компьютерлік томографиясында жоғары тығыздықты біркелкі емес жиекті, сәулелік контурлы ошақ анықталды. Қақырықтың қандай цитологиясы тән:

<variant>атипті жасушалар
<variant>грам-теріс қышқылға тұрақты бациллалар
<variant>асбестік денешіктер
<variant>нейтрофилдер
<variant>кандидалар

<question>Науқасты 6 ай бойы созылған тыныс шығарудың қиын болуымен жүретін ентігу, қиын бөлінетін қақырық мазалайды. Қызбасы жөк. КТ (фото) - бронх қабырғалары қалыңдаған,

кейбірінде шырышты тығындылар бар. Сіздің
диагноз:
<variant>созылмалы бронхит
<variant>өкпе ісінуі
<variant>өкпе саркоидозы
<variant>фиброзирленген альвеолит
<variant>диссеминирленген туберкулез
<question>Ер адам 32 жаста. 3 ай бұрын
пневмоцисті пневмония бойынша ем қабылдады.
Қазіргі таңда - қызба 39,0°C, айқын енгіту,
таралған лимфаденопатия. 7-8 кг салмақ
тастады. Қақырықта туберкулез
микобактериялары анықталды. Науқас және оның
заңды өкілі рұқсатымен жүргізілетін зерттеу:
<variant>ИФА және АИВ иммуноблот
<variant>Кеуде торы КТ
<variant>ПЭТ
<variant>Резистентті микобактерия
генотипирлеуге ПЦР
<variant>Лимфа түйіндердің биопсиясы
<question>54 жастағы К. науқас орташа
физикалық жүктеме кезіндегі енгітуге, құрғақ
жөтелге, әлсіздікке шағымданады. Енгіту бір
жылдың көлемінде мазалайды. Объективті:
жағдайы орташа ауырлықта, диффузды цианоз.
Перкуссия кезінде: өкпенің төменгі бөліктерінде
перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, аускультация
кезінде өкпенің төменгі бөліктерінде әлсіреген
везикулярлық дыбыс және «целлофан сықыры»
тәрізді крепитация анықталды. Компьютерлік
томограммада өкпенің базальді бөліктерінде
екіжақты «күңгірт әйнек» типті ретикулярлы
өзгерістер.
Тағайындалатын препарат
<variant>глюкокортикоидтар
<variant>муколитиктер
<variant>цитостатиктер
<variant>антибиотиктер
<variant>бронхолитиктер
<question>56 жасар ер адам, іріңді-қан қақырығы
бар жөтел, енгіту, t=39C шағымдарымен келіп
түсті. 5 күн ауырады. Объективті: жағдайы ауыр,
ТАЖ 32 рет мин. Оң жақ жауырын астында
перкуторлы дыбыстың қысқаруы, амфорикалық
тыныс, ұсақ көпіршікті ылғалды сырылдар. КТда
- оң жақ өкпенің төменгі бөлімінде сұйықтық
деңгейімен бірнеше қараңғы қуыстар. Қанда
лейкоциттер - 18*10⁹/л, т/я 7%, ЭТЖ 30 мм/сағ.
Сіздің диагноз
<variant>бөліктік абсцедирленген пневмониясы
<variant>кавернозды туберкулез
<variant>фиброзирленген альвеолит
<variant>өкпе ісігінің қуыстық формасы

<variant>оң өкпенің төмен бөліктік пневмониясы
<question>50 жасар әйел 2 апта бойы пневмонияға
байланысты ішке доксициклин қабылдаған. Осы
мерзімнің аяғында ауыз қуысындағы жағымсыз
сезімдер пайда болды. Стоматологқа қаралды,
ауыз қуысын шаю тағайындалған. Жағдайы
жақсармады, сол себеппен дерматологқа
бағытталды. Объективті тілдің беті ақшыл-
сұрғылт түсті өңезбен толық жабылған, жиегінде
сондай өңезбен жабылған дөңгелек пішінді,
көлемі 0,5x0,5 см ошақтар бар. Тілдің беті қызыл
түсті,тегіс, емізікшелерінен жойылған бойлық
және көлденең жолақтары бар. Қосымша
ауыруларынан созылмалы гастрит, қант диабеті
бар. Берілген диагноздың қайсысы дұрыс:
<variant>Кандидоз
<variant>Кокцидиоидоз
<variant>Екіншілік мерез
<variant>Қарапайым пемфигус
<variant>Қызыл жазық теміреткі
<question>Әйел адам 44 жаста терапия
бөлімшесіне 38°C қызумен, экспираторлы
енгітумен, шырышты- іріңді қақырықты
жөтелмен түсті. Объективті: ортопное, тыныс алу
актысіне қосымша көмекші бұлшық еттер
қатысады, барлық аландар үстінде ысқырықты
сырылдар. Кеуде қуысы мүшелері Р-
граммасында: оң жақ өкпенің төменгі бөлімінде
инфилтративті қараю. Қолданатын ем:
<variant>тез арада кортикостероидтарды т/і
құю,антибиотик колдану
<variant>будесонид және флюнисолидпен
ингаляция тағайындауға болады
<variant>дипроспан бі енгізу, ары қарай
будесонид ингаляциялық
<variant>кортикостероидтарды пневмонияны
емдемегенше енгізуге болмайды
<variant>антибиотиктарды бастау, преднизолон
т/і тәулігіне 2-3 рет қосу
<question>Кеуде торы ағзаларының
рентгенограммасында ыдырау қуысы бар
қосымша түзіліс себебінен, оң жақ өкпе түбірінің
кеңеюі, өкпенің ортаңғы бөлігінің ателектазы
анықталады. Баяндалған рентгенологиялық
көрініс қандай патологияға тән:
<variant>Орталық қатерлі ісік
<variant>Саркоидоз
<variant>Гамартома
<variant>Туберкулез
<variant>Пневмоцисті пневмония
<question>21 жастағы әйел соңғы бірнеше аптада
құрғақ жөтелге және кеуде қуысының қысылуына
шағымданды. Жөтел түнде және волейбол

ойнағанда күшейеді. Оның мұрны және мұрын бітелуі жиі кездеседі, ол үшін цетиризин қабылдайды. Науқас соңғы 5 жыл ішінде күніне бір қорап темекі шегеді. Маңызды белгілер қалыпты шектерде. Пульс оксиметриясы - 98%. Төменде көрсетілгендерден осы пациентті бағалаудың келесі кезеңі:

<variant>Спирометрия

<variant>Кеуде қуысының рентгенографиясы

<variant>ЭКГ

<variant>ЭхоКГ

<variant>Жалпы қан анализі

<question>42 жастағы ер адам физикалық жүктеме кезінде пайда болатын тыныс алудың қиындауына және соңғы 8 айда ұзақ жөтеліп жүргеніне шағымданып келді. Жөтел кезінде қақырық бөлінеді, әсіресе таңертең. Пациент дәрілік препараттар өндірісінде жұмыс істейді, 12 жылдан бері күніне 1 қорап темекі шегеді. Д-есепте тұрмайды, созылмалы аурулардан зардап шекпейді, бірақ айқын жөтелмен жиі суық тиетінін айтты. Объективті: Бойы – 180 см. Салмағы-72 кг. ТҚЖ -22/мин. ЖЖЖ - 98 соққы/мин. АҚ - 120/75 мм. сын.бағ. Сатурация - 93 %. Аурудың дәрежесін анықтау үшін қажетті зерттеу әдіс:

<variant>Спирометрия

<variant>Пульсоксиметрия

<variant>Бронхоскопия

<variant>Қанның жалпы анализі

<variant>Қақырықтың жалпы анализі

<question>Пациент 65 жаста, жөтелге, кеудедегі ауырсынуға, тыныштықта еңтігу, температурасының 38,5 °C және әлсіздікке шағымданады. Пациент күніне 1 қорап темекі шегеді. Анамнезінде ӨСОА. Физикалық тексеру кезінде ТАЖ 32 минутына, сатурация 88% анықталды. Кеуде қуысының рентгенограммасында он жақ өкпенін төменгі бөлігінде инфильтративті ошақ бар. Сіздің диагноз:

<variant>Пневмония

<variant>Өкпе пағи

<variant>Жедел бронхит

<variant>ЖРВИ

<variant>Өкпе инфарктісі

<question>32 жастағы ер адам дәрігерге соңғы 4 айда тыныс алудың қайталанатын эпизодтары мен өнімсіз жөтел туралы шағымданды. Өздігінен тоқтайтын күндізгі ұстама аптасына екі рет қайталады. Айына екі рет түнгі ұстама байқалады. Пульсі 73 минутына, ТЖ 18 минутына, қан қысымы 122/70 мм .сб.

Пульсоксиметрия- 98%. Физикалық тексеруде ауытқулар анықталған жоқ. Спирометрия: ФДШК1/ФӨТС – 85%, ФДШК1 - 81% қажеттілігінен. қолайлы бастапқы фармакотерапия:

<variant>Будесонид

<variant>Теофиллин

<variant>Сальметерол

<variant>Монтелукаст

<variant>Тербуталин

<question>Ер кісі 42 жаста, соңғы аптада сальбутамолға қажеттілік күніне - 3-4 рет болатын, күніне 3 рет тыныс алудың қиындау ұстамасына, 2 ретке дейінгі түнгі ұстамаларға, аздаған қиын бөлінетін қақырықпен жөтелге шағымданады. Аускультацияда өкпенің ортаңғы және төменгі бөлігінде құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі. Пикфлоуметрия - 350-360-380-400-375-320 л/мин. Пульмикорт 500 мкг күніне 2 рет қабылдайды. Сіздің тактикаңыз:

<variant>пульмонологтың кеңесіне жолдау

<variant>терапевт кеңесіне жолдау

<variant>аллергосынамаға жолдау

<variant>рентгенологиялық зерттеуге жолдау

<variant>пульмонология бөлімшесіне жатқызу

<question>59 жастағы әйел ұстамалы жөтелге және 1 ай бойы еңтігуге шағымданады. Жөтелі өнімсіз, түнгі уақытта және баспалдақпен көтерілгенде күшейеді. 8 апта бұрын температура, тамағында ауырсыну мен мұрнының бітелуі болған. 10 жыл бойы артериялық гипертензия. 16 жыл бойы күнделікті жарты қорап темекі шегеді. PS 78/мин, ТЖ 18/мин, АҚ 145/95 мм.с.б.б.. Пульсоксиметрия 96%. Дем шығарудің соңында диффузды сырылдар. Спирометрия: FVC 65% және FEV 60%. Сіздің диагноз:

<variant>бронх демікпесі

<variant>ауруханадан тыс пневмония

<variant>созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

<variant>alpha 1-антитрипсин жеткіліксіздігі

<variant>гастроэзофагеальды ауру

<question>Ер адам 60 жаста. Қабылдау бөлімшесіне төс артының жаншу сипатындағы, тыныштықта 20 минутқа созылатын, мойынға, арқаға, таралатын қарқынды ауырсыну, еңтікпе, ауа жетпеу сезімі, жалпы әлсіздік шағымдарымен жеткізілді. Нитроглицерин таблеткасы әсер көрсетпеген. Ауырсынуды морфинмен басқан. Сіздің диагнозыңыз

<variant>Жіті коронарлық синдром

<variant>Стенокардия кернеулі

<variant>Остеохондроз

<variant>Кардиомиопатия

<variant>Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question>29 жастағы әйел продуктивті емес жөтелге және елтігу ұстамасына шағымданады. Анамнезінде: бірнеше жыл бойы поллинозбен ауырады. Қан қысымы 120/80 мм сынап бағанасы; пульс 78 минутына, ТЖ 18 минутына.

Пульсоксиметриясы - 96%. Өкпе аускультациясында: өкпенің барлық аймағында ысқырықты құрғақ сырылдар естіледі. Кеуде рентгенограммасында ауытқулар байқалмайды. Спирометрия: ФДШК1 60%,

постбронходилатационды тест ФДШК1 751% . Сіздің диагноз:

<variant>Бронх демікпесі

<variant>Пневмония

<variant>Созылмалы бронхит

<variant>Бронхоэктазиялық ауру

<variant>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<question>Науқас 37 жаста, ауруханаға артериялық қысымның жиі және кенеттен 272/134 мм сынап бағанына дейін жоғарылауына шағымданып түскен, басы қатты ауырады, жүрек қағуы жиілеген, дене температурасы 38,10С-ге дейін көтерілген. Объективті: өкпесінде везикулалық тыныс. Жүрек тондары дыбыссыз, тахикардия, АҚ – 264/120 мм сынап бағаны. ЭКГ – синустық тахикардия, минутына 112 рет, сол қарынша миокардының гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Феохромоцитома. Екіншілік гипертензия

<variant>Қолқа коарктациясы, Екіншілік гипертензия

<variant>Иценко-Кушинга ауруы. Екіншілік гипертензия

<variant>Эссенциялық артериялық гипертония

<variant>Кон синдромы. Екіншілік гипертензия

<question>Бұрын сау 28 жастағы ер адам 2 күн бойы бас айналу мен жүрек соғуына шағымданып келген. Симптомдар басталу алдындағы күні кешке көп мөлшерде алкоголь шабылдаған. ЭКГ-да тарылған QRS кешендерімен ретсіз ырғақ және P-тішелері анықталмайды. Сіздің диагноз:

<variant>Жүрекше фибрилляциясы

<variant>Синус түйінінің әлсіздік синдромы

<variant>Қарыншалық фибрилляция

<variant>Жүрекше дірілі

<variant>Қарыншалық экстрасистолия

<question>Ер адам 62 жаста. Қабылдау бөлімшесіне төс артының тыныштықта 20 минутқа созылатын басып ауырсынуына, елтікпеге, ауа жетпеу сезіміне, жалпы әлсіздікке шағымданады. Көмек көрсету кезінде кенеттен

жүрек қағу ырғағының бұзылу сезімі, суық тер пайда болған. Артериялық қысым анықталмайды. АҚҚ 125/80. Сіздің диагнозыңыз

<variant>Жіті коронарлық синдром. Жүрек ырғағының бұзылысы).

<variant>Стенокардия кернеулі

<variant>Остеохондроз

<variant>Миокард инфаркті

<variant>Өкпе артериясының тромбоэмболиясы

<question>Реанимация бөлімшесіне миокард инфарктімен ауыратын науқас жеткізілді, екінші күні науқастың жағдайы нашарлады, екі рет есінен танып қалған, ЖЖЖ – минутына 36, АҚ – 100/65 мм сынап бағаны. ЭКГ-да жүрекшенің тәуелсіз ырғағы минутына 100 рет, қарыншалық минутына 36 рет, QRS кешені – 0,16". Сіздің диагнозыңыз:

<variant>МЭС ұстамаларымен толық атриовентрикулярлық блокада

<variant>Синоаурикулярлық блокада

<variant>Идиовентрикулярлық ырғақ

<variant>Атриовентрикулярлық блокада II дәреже

<variant>Атриовентрикулярлық блокада I дәреже

<question>32 жастағы әйел, физикалық жүктеме кезіндегі елтігуге, жүрек аймағындағы, бұғана аралық аймағындағы ауру сезіміне мазалайды. Сұрастыру барысында ревматизммен ауырады. Объективті: акроцианоз, жүрек шекаралары жоғары және оңға ығысқан, 1 тон жоғарылаған, ұшында диастолалық шу, бөдене ритмі, жүрекшелер фибрилляциясы. R-графиясы: контрастты өңеш шағын радиус доғасында ауытқиды. ЭКГ: P – митральді, оң жақ қарынша гипертрофиясы. Сіздің диагноз:

<variant>сол жақ атриовентрикулярлық тесіктің стенозы

<variant>митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>аорталық қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>митральды қақпақшаның пролапсы

<variant>аорта стенозы

<question>52 жастағы ер адам бір баспалдаққа көтерілгенде және 150-200 м жүргеннен кейін пайда болып, сол қолға иррадиацияланатын және изокет спрей қабылдағанда басылатын төс артындағы күйдіріп ауыру сезіміне шағымданады. Объективті: Аускультациясында жүрек тондары тұйықталған, ритмі экстрасистоламен үзіледі. ЭКГ де: сол қарынша гипертрофиясы.

Стандартты терапия тағайындалғаннан соң бір айдан кейін стенокардия ұстамасы толық жойылды. Физикалық жүктемеге толеранттылықтың өзгерісін анықтау үшін қолданылатын зерттеу әдісі:

<variant>Стресс - эхокардиография
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Рентгенография
<variant>Коронарография
<variant>Электрокардиография
<question>63 жастағы ер адам тез шаршағыштық, аз ғана физикалық жүктемеде енгігу, кеуде тұсының бүріп ауру симптомына шағымданды. 6 минуттық жүру тесті үшін ФК II ХСН сәйкес қашықтық:
<variant>426 – 550 м
<variant>100-150 м
<variant>151-300 м
<variant>301-425 м
<variant>551-600 м
<question>Әйел, 74 жаста, бір сағаттан астам уақытқа созылатын, изокет-спрейге басылмайтын төс артындағы ауру сезіміне, жүректің қағуына және жүрек соғуының жиілеуіне, енгіуге шағымданады ЭКГ: жүрекшелік фибрилляция, ҚСЖ 140 рет мин. STV2-V4 депрессиясы. Пароксизмальды аритмияны жоюға аталған препарат:
<variant>Амиодарон
<variant>Пропранолол
<variant>Дигоксин
<variant>Лидокаин
<variant>Верапамил
<question>54 жастағы әйел адамның анамнезінде бір жыл бойы Q-миокард инфарктісі, АҚШ өткізгеннен кейін 21 тәулікте тұрақты түрде кардиомагнит және клопидрогель қабылдаған, ендікпе мен аяқ-қолдарының ісінуі, жүрек өлшемдері күрт ұлғайған, рентгенологиялық зерттеуде доғаларының шеттері тегістелген. Қандай асқынуды болжауға болады:
<variant>Постперикардитомды экссудативті перикардит.
<variant>Жабысқан (слипчивый) перикардит
<variant>Тромбоэмболиялық асқину
<variant>Қайталанған миокард инфарктісі.
<variant>Экссудативті перикардит.
<question>Ер кісі, 34 жаста, физикалық жүктемемен байланыссыз жүрек аймағындағы ауру сезіміне, енгіуге, жүректің қағуына, аяқтарындағы ісінуге шағымданады. Анамнезінде ұзақ уақыт бойы алкогольдік ішімдіктер ішкен. Аптасына 2 - 3 рет 500-700 г ішімдік ішеді. Қарап тексергенде жүрек жағынан өзгерістер анықталған. Жүректің шекарасы солға ығысқан, ЭКГ – жүректің электрлік өсі қалыпты, PQ - 0,28, кеуделік әкетпелерінде ST сегменті төмендеген , V4- V6 әкетпелерінде T тісшесі екі фазалы.

ЭхоКГ: сол миокардтың сол жақ қарыншасының жиырылу қасиетінің төмендеуі анықталды. Сіздің диагноз:
<variant>Алкогольды кардиомиопатия
<variant>Миокардит
<variant>Идиопатиялық гипертропиялық кардиомиопатия
<variant>Жүректің ишемиялық ауруы
<variant>Жүрек ақауы
<question>Бұрын миокард инфарктысымен ауырған 60 жастағы ер адам енгігу және түнде болатын тұншығу ұстамаларына шағымданып ауруханаға жатқызылды. Тәуліктік ЭКГ мониторингінде миокардтың ауырсынусыз ишемия эпизодтары, қарыншалық пароксизмальды тахикардия анықталды. Науқаста жиі дамиды асқину:
<variant>Қарыншалық фибрилляция
<variant>Синкопе
<variant>Жүрекшелердің фибрилляция
<variant>Жүрекшелер дірілі
<variant>Жүрекшелік тахикардия
<question>Созылмалы ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 43 жастағы ер адам тыныштық кезіндегі айқын енгіуге, жүрек қағуына, әлсіздікке, аяқтарының ісінуіне шағымданады. Анамнезінде: 18 жасында ревматикалық жүрек ақауы, сол жақ атриоventрикулярлы саңылаудың стенозы анықталған. ЭхоКГ- лақтыру фракциясы 38%, ЖСЖ 118 мин, АҚҚ 100/70 мм с.б. Емдеу тактикасы:
<variant>Ілмектік диуретиктерді
<variant>Осмотикалық диуретиктерді
<variant>ҚҚСД (НПВС)
<variant>Кальци антагонистын
<variant>Стероидтік препараттар
<question>45 жастағы ер адамды кеуде қуысының сол жағы мен солжақ қолына берілетін күйдіру сипатындағы кеудедегі ауырсыну байқалды. Сұрастыру кезінде науқас жатқанда пайда болатын және тұрғанда басылатын немесе азаятын ауырсынуға шағымданды. Қандай патология туралы
<variant>диафрагманың өңеш саңылауының грыжасы
<variant>жедел коронарлық синдром
<variant>перикардиттің ауырсыну синдромы
<variant>плевритпен ауырсыну синдромы
<variant>қабырға аралық невралгияның ауырсыну синдромы
<question>Ер адам 45 жаста, 1-ші табан сүйегімен фаланг сүйегі буынының ауруына және ісінуіне

шағымданып келді. Көп тамақтану мен ішімдік ішуден кейін жедел ауырды. Объективті: көп тамақтанулы, ИМТ- 36 кг/м кв. Лабораториялық зерттеуде байқауға болатын өзгеріс:

<variant>зәрмен зәр қышқылының тәуліктік экскрециясының жоғарлауы

<variant>зәрмен зәр қышқылының тәуліктік экскрециясының төмендеуі

<variant>зәрмен глюкозаның тәуліктік экскрециясының жоғарлауы

<variant>қандағы мочевиная мөлшерінің жоғарлауы

<variant>зәрде оксалаттардың мөлшерінің жоғарлауы

<question>Ер адам 22 жаста, бірінші рет терапевтке тізе буындарының ауруына, қозғалыстарының шектелуіне шағымданып келді. Бір ай бойы ауырады, дебют суық тиюден кейін қызба және тізе буындарындағы ауру сезімі мен ісінуі түрінде болған. Анамнезден – бір ай бұрын уретрадан бөлінділер болған, емделмеген.

Объективті: оң тізенің ісінуі. ЖҚА: Нв - 132 г/л, лейкоцит – 5,0x10⁹/л, ЭТЖ – 25 мм/сағ; СРБ – 30 мг/л, РФ – теріс, АСЛ-О – 100 МЕ/л, ИФА антихламидийлі денелерге әлсіз оң. Емдеу тактикасы:

<variant>азитромицин

<variant>сульфасалазин

<variant>преднизолон

<variant>диклофенак

<variant>метотрексат

<question>Қыз бала 20 жаста, жазда демалыстан кейін декольте аймағында бөртпелер пайда болды. Кейін аузында жаралардың болуына байланысты стоматологта емделді. Бір ай бұрын қол буынындағы ауыру сезімі және ісіну, қимылдың шектелуі, таңертеңгі құрысу, бұлшықеттегі әлсіздік, шаштың түсуі қосылды. 10 күн бұрын жүрек соғысының жиілеуі, 38.5°С дейінгі қызба пайда болды. Объективті: бетінде және декольте аймағында эритема, лимфоаденопатия, диффузды алопеция. АҚҚ - 120/90мм.с.б, ЖСЖ - 100соққы/мин. ЖҚА - Нв - 88г/л, лейкоцит - 2, 8x10⁹/л, тромбоцит - 90x10⁹/л, ЭТЖ - 30мм/сағ, (АНА - оң). тағайындау қажет тексеру әдістері:

<variant>Екі спиральды ДНҚ-ға антиденелер

<variant>АНЦА

<variant>Ревматоидты фактор

<variant>Анти-РНП

<variant>Антицентромерлі антиденелер

<question>Қыз бала 24 жаста, басының ауыруына, бас айналуға, қол бұлшықеттерінің әлсіздігіне,

көбіне оң қолында, жарты жылда 5кг арықтауына шағымданды. Анамнезінде: 6 ай бойы ауырады, ауруы есінен таңнан кейін басталды, кардиолог пен неврологқа қаралған, жағдайы жақсармады. Кейін қызба фонындағы тізе буынының артриті қосылды. Объективті: оң жақ шыбық артерияда пульсі жоқ, оң жақ бұғана асты және ұйқы артериясында систолалық шуыл, ЖСЖ - 98 рет минутына, оң қолында АҚҚ анықталмайды. Сол қолының АҚҚ - 130/80мм.сын.бағ. ЖҚА: Нв - 110 г/л, эритроциттер - 4,2 x10¹² /л, лейкоциттер - 8,8 x10⁹/л, ЭТЖ - 30мм/сағ. АНЦА - теріс, АНА-теріс, КФК - 100МЕ/мл. жүргізу қажет тексеру әдісі

<variant>аортоартериография

<variant>эхокардиография

<variant>электромиография

<variant>тізе буынының МРТ

<variant>электроэнцефалография

<question>30 жастағы әйел құрысулар және алақан саусақтарының ауыру сезімі, дене қызуының 37,8° дейін жоғарлауы, 2 кг дене салмағының азаюына, кеуденің оң бөлігінде ауыру сезіміне шағымданады. Бетінде макулезді бөртпе, алопеция және ауыз қуысында афтылар пайда болды. Алақанның Р-графиясы: буын айналасында остеопорозы, жұмсақ тіндерінің ісінуі. Кеуде ағзаларының Р-графиясы: оң жақтан сұйықтық анықталады. ЖҚА: нормохромды анемия, лимфопения, ЭТЖ – 28 мм/с. ЖЗА: белок – 0,88 г/л, эритроциттер – 4-5 көру аймағында. СРБ +, РФ–теріс, АНА – оң. Осы ауруға тән антиденелер:

<variant>Екіжіпті ДНК қарсы антиденелер

<variant>Перинуклеарлы антинейтрофильдер

<variant>Цитоплазматикалық антинейтрофильдер

<variant>Антимитохондрияльді антиденелер

<variant>Рибонуклеопротеинге антиденелер

<question>25 жастағы әйел, мектепте мұғалім, дәрігерге мына шағымдармен қаралды:

проксимальды фалангааралық және кәрі жілік-білезік буынының аймағында симметриялық ауырсынуы мен ісінуі, таңғы уақытта құрысу.

Аймақтық дәрігердің тағайындаған физиотерапиясы (УТЖ) жағдайын нашарлатты:

ісіну мен ауырсыну күшейді, дене температурасы 37.5 көтерілді. Объективті: жергілікті температура, проксимальды фалангааралық және

кәрі жілік-білезік буынының ауырсынуы және қызаруы. ЖҚА: Эр – 3,6, Нв – 118 г/л, Л- 9,9

*10⁹/л, Ней – 67%, Лимф – 29%, ЭТЖ 28 мм/с.

РФ – 52 МЕ/мл. РА теріс. РХ теріс. Сіздің
диагноз:
<variant>Ревматоидты артрит
<variant>Бруцелезды артрит
<variant>Септикалық артрит
<variant>Стилл синдромы
<variant>Реактивті артрит
<question>Әйел 35 жаста, табан, алақан
буынындағы ісінуге және ауыру сезіміне, суықта
аяғының жансыздануна және мұздауына, (сурет),
аузының құрғауына шағымданды. Объективті:
бетінді "жұлдыз" типті тамырлы тор, бет терісі
тығыз, бетінде жеңіл амимия. Екі білек терісінің
қышуы және гиперпигментация. Қол алақандары
ісінген. Қол алақанының қысу актісі толық, қысу
күші қанағаттанарлық. Өкпесінде везикулярлы
тыныс, төменгі бөлігінде крепитация сырылдары.
Жүрек тондары әлсіз, ритмі дұрыс. ЖСЖ - 85 рет
минутына, АҚ - 130/90 мм.сын.бағ. Қанда:
эритроциттер - 4,7 x10¹²/л, Hb - 112 г/л,
лейкоциттер 5,3x10⁹/л. ЭТЖ - 20 мм/сағ. Осы
патологияны емдеудегі базисті болып табылатын
препарат:
<variant>Д-пеницилламин
<variant>Аллопуринол
<variant>Преднизолон
<variant>Метотрексат
<variant>Циклофосфамид
<question>49 жастағы әйел, эпигастрийдің кеш,
аш және түнгі ауырсынуына шағымданады,
ауамен қыжылдайды, күйдіреді. 20 жылдан астам
уақыт бойы осы аурумен ауырады. Объективті:
тамақтанудың төмендеуі. Эпигастрий аймағында
пальпация кезінде, ауырсыну және бұлшықет
қорғаны. Бұл белгілер ойық жара ақауының
локализациясы:
<variant>он екі елі ішектің пиязшығында
<variant>оңеш-диарагмалық сфинктерден төмен
<variant>пилорлық канал
<variant>асқазанның жоғарғы бөлігі
<variant>асқазанның үлкен қисықтығының
жоғарғы бөлігі
<question>52 жастағы ер адам тамақ ішкеннен
кейін шамамен 3 сағаттан кейін және түнде іштің
жоғарғы бөлігіндегі ауырсыну мен жүрек айнуға
шағымданады. Жақсарту тамақ ішкеннен кейін
пайда болады. Жиі тамақтанғаннан кейін
қанықтылық пен кебулер сезімі пайда болады.
Соңғы 3 айда өзін ауру деп санайды. Соңғы айда
оның қара нәжісі бірнеше рет болған. Ол 40 жыл
бойы күніне бір қорап темекі шегеді; алкоголь
ішеді. Дәрілерді қабылдамайды. Температура 36,4
° С, пульс 80 минутына, АҚ 110/70 мм сб.

Пальпация кезінде - эпигастрийде ауырсыну.
Тыныс алу уреазы сынағы оң. Осы науқастың
ауруының одан әрі асқынуын болдырмау үшін
келесі емдеу әдістері:
<variant>Амоксициллин, кларитромицин және
омепразол
<variant>Ранитидин және пантопразол
<variant>В 12 витаминін көктамыр ішіне енгізу
<variant>Домперидон және пантопразолом
<variant>Диетаны сақтау және алкоголь
абстинеция
<question>41 жастағы ер адам дәрігерге аузы мен
тіс аймағындағы ауырсынуға, тез
шаршағыштыққа, тәулігіне 4 ретке дейін
диареяға, іштің спастикалық ауырсынуына
шағымданады. Іштің ауыруы тамақ ішкеннен
кейін күшейеді. Анамнезінде: 3 жыл бойы
ауырады. 40 жыл бойы күніне бір қорап темекі
тартады. Температура 37,9 ° С, пульс 81
минутына, АҚ 120/75 мм с.б. Тексеру кезінде
ауыз қуысында көлемі 1 см болатын
ауырсынуменекі ойық жара анықталды.
Пальпация кезінде - іштің оң жақ төменгі
квadrантында аздап ауырсыну. Жалпы қан
анализі: гемоглобин 115 г/л, лейкоциттер - 11,8 x
10⁹/л; тромбоциттер 360x10⁹/л. Колоноскопия
ішектің шырышты қабығының биопсиясымен:
казеозды емес гранулемалар және крипттердің
нейтрофильді қабынуы. Сіздің диагноз:
<variant>Крон ауруы
<variant>Дивертикулит
<variant>Уиппл ауруы
<variant>Өзіндік ерекшеліксіз ойық жаралы колит
<variant>Глюттен ауруы
<question>Қабылдауда 35 жастағы ер адам дене
температурасының 38,5 ° С-қа дейін
жоғарылауына, іштің ауырсынуына, тәулігіне 8
рет қанды және шырышпен аралас нәжісті
босатуға шағымданады. Қарап тексергенде іш
қуысы орташа ісінген, сол жақ мықын аймағында
ауырады, сол жерде тоқ ішектің жіп тәрізді бөлімі
пальпацияланады. Диагнозды нақтылайтын
көрсеткіш:
<variant>Фекальды кальпротектин
<variant>С реактивті ақуыз
<variant>Fas – L
<variant>Лейкоциттер
<variant>Нейтрофилдер
<question>44 жастағы ер адам терінің қарқынды
қышуын байқады, 1,5 жыл ішінде 18 кг салмақ
жоғалтуды атап өтті. Объективті: жүдеу, астения
дамыған. Тері мен склералар сарғайған, теріні
қасып тастаған учаскелері көп, қабақтың

ксантелазмалары көрінеді. Аяқтың табандары мен тизелер аймағы терісі пергамент типінде. Бауыр мөлшері: 12x10x10см. ҚЖА: Нб 94 г / л, эритроциттер 2, 6x10¹²/л, лейкоциттер 7, 9x10⁹/л, тромбоциттер 139, 0x10⁹/л. СОЭ 39 мм/сағ. жалпы ақуыз 33 г/л, холестерин 8,8 ммоль/л, креатинин 152 мкмоль/ л, жалпы билирубин 181 ммоль/л, тікелей 160 ммоль/л, АЛТ - 59 Ед/л, АСТ - 48 Ед/л, сілтілі фосфатаза 722 Ед/л. Сіздің диагноз:

<variant>Бірінші билиарный холангит

<variant>Вирустық гепатит

<variant>Бауырдың альвеолярлы эхинококкозы

<variant>Вильсон-Коновалов Ауруы

<variant>Бауыр қатерлі ісігі

<question>Ер адам 45 жаста, эпигастрий аймағында және ішкеннен кейін 15-20 минуттан кейін іштің артында ауырсыну, ауамен ауыру, мерзімді жүрек айнуы. Тері қарапайым, құрғақ. Пальпация кезінде эпигастрий аймағындағы ауырсыну. Бұл белгілер ойық жара ақауының локализациясы:

<variant>Асқазанның кардиялық бөлімінде

<variant>Он екі елі ішектің пиязшығында

<variant>Он екі елі ішектің бульбар артқы

бөлімінде

<variant>Пилорикалық каналда

<variant>Барлық гастродуоденальды біріктірілген жаралар үшін

<question>18 жастағы науқасқа көп мөлшерде

құсу, іштің ауруына шағымымен дәрігерді

шақырған. Бір апта бұрын баспамен ауырған.

Бірнеше күн бойы әжесінің айтуымен аспирин

қабылдаған. Бірнеше сағат бұрын 2 шыны қою

кофе ішіп, жалпы әлсіздік, бас айналу, "көз

алдында шіркей" байқаған. Жақын күндері көп

мөлшерде майлы тағамдар (қуырылған тауық еті

мен шоколад қосылған торт) жеген. Құсық "кофе

қоюы" типті, құрамында жақында желінген тағам

бөлшектері бар. Пациент бозарған, ЧСС 100

рет/мин, әлсіз толығу, АҚ 100/50 мм.с.б. Іші

жұмсақ, пальпация кезінде эпигастр аймағы

ауырады. Соңғы күндері үлкен дәрет жоқ. Сіздің

диагноз:

<variant>Мэллори—Вейсс синдромы.

<variant>Тағамдық токсикоинфекция.

<variant>Жігіт панкреатит.

<variant>Аллергиялық энтероколит.

<variant>Эрозиялық гастрит

<question>Әйел, 47 жаста, өнештен тамағы қиын

өтуіне, күшті қыжылдап кекіруіне, әсіресе

қышқыл кекіру келуіне шағымданды. Эндоскопия

кезінде рефлюкс эзофагиті анықталды - өнештің

шырышты қабығының бүкіл бетін дөңгелек түрде қамтымайтын біріктірілмеген эрозиялар бар. Savari-Miller классификациясы бойынша ГЭРБ қандай дәрежеде осы эндоскопиялық критерийлерге жатады:

<variant>II дәреже

<variant>III дәреже

<variant>IV дәреже

<variant>0 дәреже

<variant>I дәреже

<question>Әйел адам 45 жаста. 2 ай бұрын ЖРВИ фонында пайда болған сарғыштануға

шағымданып келді. Сол кезде

конъюгацияланбаған билирубин мөлшгерінің

жоғарлауы анықталды. Сарғаю эпизодтары тағы

да 2 рет қайталанған. Тексеру кезінде – тері

қатпарлары қарайған. Бір жыл бұрын УДЗ –

патология жоқ. Қазіргі кездегі УДЗ- өт

қапшығының ¼ бөлігін толтыратын

конкременттер. ЖҚА – эритроциттер 3,2x10¹²/л,

гемоглобин 82 г/л, ЭТЖ 30 мм/сағ. Зәр анализінде

болатын өзгеріс:

<variant>Гемосидеринурия

<variant>Эритроцитурия

<variant>Протеинурия

<variant>Глюкозурия

<variant>Цилиндрурия

<question>Ер адам 53 жаста, қатты тамақ ішкен

кезде дисфагияға, жұтқан кезде өнештің бойымен

тартып ауыратынына шағымданып келді. Дәрігер

тексергеннен кейін контраст жасаумен өңеш

рентгеноскопиясын тағайындады. Сонымен

қатар, ол келесі суретті алды: ретрокардиальқ

сегментте ұзындығы 3 см тарылу, контурлар

біркелкі емес, бұл деңгейде шырышты рельефі

бұзылған, кішкентай параэзофагеальды көлеңке

көрінеді. Бұл рентгенологиялық симптоматика

тән ауру:

<variant>Өңеш обыры.

<variant>Эзофагит

<variant>Өңештің ойықжарасы.

<variant>Өңештің тыртықты тарылуы.

<variant>Кардия ахалазиясы.

<question>Жас жігіт, 21 жаста, дәрігерге тері

жабындарының сарғаюының күшейгеніне,

мұрнынан қан кетуге, қатты әлсіреуге, тәбетінің

болмауына шағымданып қаралған. Науқас

«Вильсон-Коновалов ауруы» диагнозымен Д-

есепте тұрады, емдеуге купренил мен цинк

препараттарын қабылдайды. Объективті: тері

жабындары сарғыш, құрғақ, қасу іздері қалып

қояды. Көзге көрінетін сілемейлері сарғайған,

ылғалды. Аңқасы орташа гиперемиялық. Тілі

сарғыш жабынмен жабылған. Көзбен қарағанда іші симметриялы, көлемі ұлғайған. Пальпацияда жұмсақ, жоғарғы оң квадрантта ауырсынады. Ішпердені тітіркендіру симптомдары жоқ. Осы науқастан онкомаркердің деңгейін анықтаған тиімді болады:

<variant>АФП

<variant>PSA

<variant>CA 19-9

<variant>ХГЧ

<variant>CYFRA 21-1

<question>16 жасар бозбала ЖРВИ фонында жедел ауырды: тері бөрпелері; буындарда ұшпалы ауру сезімдері және іш аумағында ауру сезімдері пайда болды; 37,7°С дене қызуы көтерілді.

Объективті: аяғының терісінде - папулезды-геморрагиялық бөртпе, басқанда жоғалмайды.

Қанда: лейкоциттер-12,2 мың., тромбоциттер-297 мың., ЭТЖ-34 мм/с, СРБ - 24 МЕ.

Коагулограммада - фибриноген-5,1 г/л, паракоагуляциялық сынамалар оң, ЖЗА: белок 0,8 г/л, эритроциттер 6-8 көру аймағында.

Төменде аталған препараттардың қайсысын тағайындау керек:

<variant>фраксипарин

<variant>жаңа қатырылған плазма

<variant>клопидогрела

<variant>варфарин

<variant>пентоксифилин

<question>Әйел 46 жаста, әлсіздік, тез шаршағыштық шағымдарымен келді. ЖҚА: лейкоциттер - 78x1012/л, метамиелоциттер-12%, т/я-21%, с/я-41%, базофилдер-3%, эозинфилдер-6%, лимфоциттер-6%, тромбоциттер-784x109/л, Нв-114 г/л.

Миелограммада: гиперклеткалы, миелокариоцит және мегакариоциттер көбейген, гранулоцитарлы қатардағы барлық қатардағы элементтер анықталады. Ем нәтижесін бағалау үшін және диагнозды анықтауда жүргізілетін зерттеу әдісі:

<variant>Филадельфиялық хромосоманы анықтау

<variant>Лимфатүйін пунктатын зерттеу

<variant>Сүйек кемігін цитохимиялық зерттеу

<variant>Сүйек кемігі жасушаларын

иммунофенотипирлеу

<variant>Сүйек кемігін иммуногистохимиялық

зерттеу

<question>53 жастағы әйел соңғы бірнеше аптада көз бұлыңғырлығына, бас ауруына, мұрыннан қан ағудың бірнеше эпизодтарына шағымданып келді. Үнемі, әсіресе таңертең, қышу сезімі.

Соңғы 6 айда - 8 кг салмақ жоғалту, шаршаудың жоғарылауы. Дене қызуы - 37,8 ° С, қан қысымы -

160/90 мм с.б., пульс 80 / мин, ТЖ 15 / мин. Бет, алақан, тырнақ төсектері, ауыз қуысының шырышты қабаты және конъюнктивалары қызарған. Спленомегалия. Талдауларда - Нв 190 г / л, гематокрит - 58%, тромбоциттер 450 000/мкл, эритропоэтин деңгейі қалыптыдан төмен. Шеткі қанның ластануында - эритроциттердің ізашар жасушалары. Сіздің диагноз:

<variant>Полицитемия

<variant>Екіншілің эритроцитоз

<variant>Артериальді гипертензия

<variant>Тромбоцитемия

<variant>Бүйрек-жасушалық обыр

<question>28 жастағы әйел жүктілікті жоспарлайды. Дәрігерге физикалық және эмоционалды шамадан тыс және ауыр кезеңдерден кейін шаршау сезімі туралы шағымдармен жүгінді. Диспансерлік есепте тұрмайды, ешқандай дәрілік заттарды қабылдамайды. Қандағы ТТГ концентрациясы 7,4

ХБ/л-ге дейін (норма 4,0-ге дейін), қалқанша безінің гормондары қалыпты деңгейде. Қосымша жүргізу қажет зерттеу әдістері:

<variant>ТПО антиденелерін анықтау

<variant>Пролактинді анықтау

<variant>Қалқанша безден ұсақинемен биопсия алу

<variant>Электрокардиограмма

<variant>Кіші таз ағзаларының УДЗ

<question>Пациент 42 жаста, шағымдары: басы айналады, басы ауырады, әлсіздік, жүктеме кезінде ентігу, жүрегі соғу, тырнақтарының сынғыштығы. Сырқат анамнезі: Бірінші жүктілік кезінде гемоглобин деңгейі 90г/л, фолий қышқылын, темір препаратын қабылдаған. Екінші жүктілік кезінде гемоглобин деңгейі 70 г/л, Бір ай бойы темір сульфатын қабылдап, гемоглобин деңгейі 86 г/л көтерілген. Қанда гемоглобин 65 гл, ЦП 0,67, лейкоциттер-9,1x109/л, СОЭ 18 мм/ч. Объективті қараған кездегі сидеропениялық синдром белгісін көрсетіңіз:

<variant>койлонихия

<variant>глоссит

<variant>петехия

<variant>спленомегалия

<variant>склер сарғаюы

<question>Әйел адам 36 жаста. Әлсіздікке, мазасыздыққа, шаршағыштыққа, бас айналуға шағымданып келді. ЖҚА: эрит 2,2*1012/л, гемоглобин 52 г/л, ретикулоцит 5,0%, лейкоциттер 12*109/л, тромбоциттер 280*109/л, ЭТЖ 53 мм/сағ. Сарысулы темір 13,2 мкмоль/л. Объективті: тері

жабындысы бозарған, сарғайған. Преднизолонды 1 мг/кг күніне қабылдағаннан кейін 5 күннен соң – гемоглобин 94 г/л. Сіздің диагноз:

<variant>гемолитикалық анемия

<variant>теміртапшылықты анемия

<variant>апластикалық анемия

<variant>жүйелік васкулит

<variant>созылмалы гломерулонефрит

<question>43 жастағы ер адам бас ауруына, айқын бұлшық еттердегі әлсіздікке, балтыр бұлшық еттер тырысуына шағымданады. Қарап тексергенде: пульсі - 85 соққы минутына, АҚ - 210/120 мм с.б. ЭКГ-да сол жақ қарыншаның айқын гипертрофиясының белгілері бар. Қан сынағы: калий - 2,6 ммоль / л, натрий - 147 ммоль / л. Несеп анализінде: гипоизостенурия. Сіздің диагноз:

<variant>Кона синдромы

<variant>Феохромоцитома

<variant>Созылмалы пиелонефрит

<variant>Созылмалы гломерулонефрит

<variant>Иценко-Кушинг Синдромы

<question>Ер адам 36 жаста, поликлиникаға ауыздың құрғауына, шөлдеу сезіміне, жиі зәр шығаруына шағымданып келді. Бойы 170 см, салмағы 60 кг , ДСИ 20,8. Анализде: аш қарынға глюкоза 6,3 ммоль/л. Көк тамырдан ашқарынға ГТТ 6,7 ммоль/л, 2 сағаттан соң жүктемеден кейін 6,8 ммоль/л. Гликирленген гемоглобин 5,9%. Жоғарыда берілген ақпаратқа байланысты диагноз қойыңыз:

<variant>Ашқарынға гликемия бұзылысы

<variant>Қантты диабеті 1 типі

<variant>Қантты диабеті 2 типі

<variant>LADA диабет

<variant>Көмірсуға толеранттылық бұзылысы

<question>Жеке медициналық орталықтың дерматолог дәрігеріне 29 жастағы әйел шашының жұқаруына, айқын гипергидрозға шағымданып келді. Ауырғанына 1 жыл болған, бір уақытта жылағыштық, мазасыздық, ұйқысыздық, салмақ тастау (10 кг) пайда болған. Жергілікті статус: тері жамылғылары ылғалды, сұрғылт реңкті, алақан және табан терісі алқызыл түсті. Қарау кезінде шаштары тұтқыр, сынғыш, фолликулалары кеңейген, терісі бұдыр, апельсин қабығындай. Осы науқасқа қандай қосымша тексеру әдістерін тағайындаған жөн:

<variant>қалқанша безі гормондарына анализі

<variant>кіші жамбас мүшелерін УДЗ

<variant>аллергендерге анализ

<variant>бауыр сынамаларға анализ

<variant>түрік ершігінің рентгені

<question>52 жастағы әйел, 4 ай ішінде жүрек қағу, ашуланшақтық, дене қызуының жоғарылауы және 10 кг салмақ жоғалту шағымдарымен.

Анамнез: Жүрек тоқтап қалуымен жүректің соғуы осы уақыт ішінде 3 рет болған. Ол күйеуімен жиі ұрыса бастады. Объективті: АҚ 150/60 мм сб., пульс 103 минутына. Терісі жылы және ылғалды. Мойынның алдыңғы аймағында масса пальпацияланады. Қалқанша безінің сцинтиграфиясы: йодтың диффузды сінуі. Зертханалық көрсеткіштер: ТТГ анықталмаған, тиреотропинді рецепторға қарсы антиденелер анықталған. Терапиялық мақсатта пациентке 2 аптадан кейін радиоактивті йодтың бір рет ішілетін дозасы енгізіледі. базисты терапиясында қолданылатын препарат:

<variant>Тирозол

<variant>Эстрогенді терапиясы

<variant>Калий йодид

<variant>Метимазол

<variant>Пропранолол

<question>Көптүйінді жемсау бойынша тиреодэктомия жасалған науқаста 2-ші тәулікте саусақ ұштарының парестезиясы, «құмырсқа жүргендей» сезімдер пайда болды. Кейін «акушер қолы» симптомы мен бұлшықеттердегі құрысулар симптомы диагностикаланды. операциядан кейінгі уақытта дамитын асқыну:

<variant>Гипопаратиреоз

<variant>Гематомамен қан кету

<variant>Гипотиреоз

<variant>Тиреотоксикалық криз

<variant>Гиперпаратиреоз

<question>18 жасар бойжеткен. бірден ауырды: таңертең- қатты бас ауру, зәрі «ет түстес» және ісінулер. АҚ 160/105 мм сб б. Лабораторлы: ЭТЖ 35 мм/чсағ, жалпы белок 67 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, креатинин 104мкмоль/л; ЖЗА: белок 0,88 г/л, эритроциттер барлық көру аймағында , лейкоциттер 2-3 в к/а. Антистрептолизин-О - 1400 МЕ. Ем барысында тиімді препарат

<variant>амоксициллин

<variant>метронидазол

<variant>фраксипарин

<variant>плаквенил

<variant>циклофосфамид

<question>Қыз бала 17 жаста. Ангинамен ауырған, 10 күннен кейін «ет жуыңдысы» түстес зәр және ісінулер пайда болды. АҚҚ 170/105 мм.с.б.б., макрогематурия. Лабораториялық зерттеуде: ЭТЖ 38 мм/сағ, жалпы белок 60 г/л, холестерин 4,1 ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л;

ЖЗА: белок 0,88 г/л, көп мөлшерде эритроциттер, лейкоциттер 2-3 к/а. Емдеудегі негізгі препарат:

<variant>преднизолон

<variant>плазмаферез

<variant>циклофосфан

<variant>амоксциллин

<variant>аллопуринол

<question>Әйел адам 33 жаста, бүйрек трансплантациясынан кейін оның функциясының тұрақталуымен: диурез 1.5-2л күніне, АҚҚ120/70-130/80мм.с.б.б. Сүйемелдейтін

иммуносупрессивті терапия алады: такролимус

0,15 мг/кг/тәу, микофенолат мофетил

600мг/м2/тәу., преднизолон 5 мг. ЖРА

қосылғандықтан, температурасы 38,5°C

жоғарлаумен және катаралды өзгерістерге

шағымданып келді. ЖРА емдеу тактикасы:

<variant>азитромицин

<variant>ацикловир

<variant>флуконазол

<variant>ципрофлоксацин

<variant>нитроксилин

<question>22 жастағы әйел, бірінші жүктілік, 18-

ші аптада қылмыстық аборт жасаған. Қызба,

әлсіздік, адинамия, жыныс жолдарынан қан кету

байқалады. Объективті: ЖСЖ 120-130 рет мин,

АҚҚ 100/60 мм б.б., тәуліктік диурез 50 мл. Зәр

талдауында: меншікті салмағы 1008, нәруыз 0,3

г/л, эритроциттер 1-3 к/а. Қанда: калий 5,8

ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, несеп нәрі 20

ммоль/л, креатинин 278 мкмоль/л, АЛТ 0,56, АСТ

0,48 ммоль/л. диагнозды көрсетіңіз

<variant>бүйректің жедел зақымдануы F, ренальді

<variant>тамыр ішіндегі шашыранды қан ұю

синдромы

<variant>преэклампсия

<variant>жедел бүйрек зақымдалуы, R,

преренальді

<variant>гемолитико-уремиялық синдром, БЖЗ I,

преренальді

<question>Әйел адам 42 жаста, әлсіздік, бас

ауруы, оң жақ белінде ауру сезімі,

температураның 38,5 көтерілуі, қалтырауға

шағымданып келді. Гипотермиядан кейін ауырды.

Тексеру кезінде: терісі таза, боз, ыстық.

Температура 38°C, пульс мин 88 соққы, АҚҚ

140/80 мм.с.б.б. Іші жұмсақ, несеппағар бойында

ауру сезімі. Зәршығаруы ауру сезімімен. Зәр

анализы: лайлы, үлес салмағы 1017, белок 0,066

г/л, лейкоциттер мен бактериялар барлық көрі

алаңында, оксалаттар. емдеу тактикасы:

<variant>цефтриаксон

<variant>эритромицин

<variant>триметоприм

<variant>амикацин

<variant>доксциклин

<question>Ер адам, 25 жаста, аздап қақырық бөлінумен жүретін жиі жөтелуге, соңғы 4 ай бойы кешкілік 37.5 С-ге дейін дене температурасының жоғарылауына шағымданып дәрігерге қаралды.

Анамнезінде: науқас тұратын жатақханада

туберкулезбен ауырған отбасы бар екендігі

анықталған. Науқас 2 жылдан бері күніне 1 қорап

темекі шегеді. Объективті: жағдайы орташа

ауырлықты дәрежеде. Тексерген кездегі

температурасы: 36.9 С. Тері жабындары мен көзге

көрінетін сілемейлері бозарған, бөртпелер жоқ.

Бойы: 182 см. Салмағы- 72 кг. Дене қалпы

астениялық. Кеуде қуысы тыныс алу актісіне

симметриялы қатысады. Аускультацияда тынысы

қатаң, сырылдар естілмейді. Сіздің диагноз:

<variant>Өкпенің инфильтрациялық туберкулезі

<variant>Ауруханадан тыс сол жақ жоғары

бөліктік пневмония

<variant>Өкпенің перифериялық қатерлі ісігі

<variant>Өкпенің ошақты туберкулезі

<variant>Өкпенің фиброзды-кавернозды

туберкулезі

<question>Жасөспірім 15 жаста, стационарға дене

қызуының 37,5С көтерілуіне, шырышты

қақырықпен жөтелге, әлсіздікке, тершеңдікке,

шаршағыштыққа шағымданып түсті. Өкпесінде

әлсіреген тыныс фонында бірен-саран ұсақ

көпіршікті сырылдар естіледі. Қан анализінде:

лейкоциттер 8,7*10⁹/л, ЭТЖ 26 мм/сағ,

лимфоциттер 13%, моноциттер 1%, эозинофилдер

2%, т/я 6%, с/я 78%. Антибактериалды терапия

эффектсіз. Манту реакциясы 17 мм. КҚА

рентгенограммасы жасалды. Сіздің диагноз:

<variant>біріншілік сол жақтық туберкулездік

кешен

<variant>сол өкпенің жоғарғы бөліктік

ауруханадан тыс пневмониясы

<variant>сол өкпенің жоғарғы бөліктік ателектазы

<variant>өкпенің орталық қатерлі ісігі

<variant>кеудеішілік лимфа бездерінің

туберкулезі

<question>40 жасар ер адам ауруының 3 күні

орташа ауыр жағдайда пневмонияға күдіктеніп

түсті. Жедел ауырды, t 38,5°- 39°C. Пневмония

рентгенологиялық анықталмады. Ауруының 5-ші

дене қызуы түсе бастады, бел аймағында ауру

сезімі, бұғана аймағында бірен-саран

геморрагиялар пайда болды. Бір рет мұрыннан

қан кету болды. 4-5 күні кіші дәреті сирек бола

бастады, жалпы жағдайы нашарлады. БҚО

Теректі ауданында ағаш дайындаушы болып жұмыс жасайды. Сіздің диагноз:
<variant>бүйректік синдроммен геморрагиялық қызба
<variant>тұмау
<variant>лептоспироз
<variant>іш сүзегі
<variant>жедел пиелонефрит
<question>67 жастағы ер адам. Әлсіздікке, қызбаға, қан жолдары бар қақырыққа шағымданады. КТ-да қуыс анықталды. Цефтриаксон + левофлоксацинмен 2 апта емдеу - ешқандай нәтиже бермейді. Қақырық себіндісінде - өсу жоқ. Рентген (суретті қараңыз) Келесі тактика қандай
<variant>Туберкулез микобактерияларын Genexpert зерттеу
<variant>Бронхоальвеолярный лаваж
<variant>Бронхоскопия
<variant>Қақырықты бактериологиялық зерттеу
<variant>Қақырықты себуге алу
<question>56 жасар ер адам бас ауру, көз алдында шыбын шіркей тәрізді болуы, жүрек маңында ауру сезімі. АҚ- 175/95 мм сб б. Неврологиялық қарауда: көз қкру аймағының тарылуы, оң аяғының әлсізденуі, оң жақтан сіңір рефлекстері шақырылмайды. ЭКГ, синусты ырғақ, ЖСЖ 89 рет мин. V4-V6 ST изолиниядан қиғаш төмен түсуі, Т тісшесі теріс. Вена ішіне эналаприлат, бисопролол құйыла бастады. Асқынуды анықтау үшін жүргізу қажет зерттеу:
<variant>Бас миының МРТ
<variant>Бас сүйек Р-графиясы
<variant>Бас миының КТ
<variant>Коронарография
<variant>ЭхоКГ
<question>18 жасар жігіт, кенеттен аз уақытқа есінен танды. Қарап тексергенде: есі – есеңгіреген, бас ауру, құсу, шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг және Брудзинский симптомдары оң. Брадикардия, дене қызуының 38° дейін жоғарылауы. Жалпы қан анализінде лейкоцитоз. Науқасқа пункция жасалынды. Жұлын сұйықтығы қызыл немесе сарғыш түске боялған. Диагнозды нақтылау үшін қандай қосымша диагностикалық зерттеу тағайындау қажет:
<variant>Бас миының КТ
<variant>Эхо-энцефалография
<variant>Электрэнцефалография
<variant>Реоэнцефалография
<variant>Коагулограмма

<question>Әйел 35 жаста, әлсіздікке, дене температурасы t 38,5°C дейін жоғарлауына, кеуденің сол бөлігінің ауру сезіміне, ентігуге бір апта бойы шағымданады. Анамнезінде: туберкулезбен ауыратын жұбайымен қатынас болған. Қарап тексергенде: кеуденің сол жағы тыныс алуда қалып қояды, жауырын бұрышынан төмен дауыс дірілі естілмейді, перкуторлы дыбыс қысқарған, тыныс алуы әлсіз. Кеуде қуысы ағзаларының жалпы шолу рентгенограммасында – сол өкпенің 4 қабырғасынан диафграмма күмбезіне дейін жоғарғы бояу қанықтағы біртекті күнгіртену көлеңкесі көрінеді, жүрек көлеңкесі оңға ығысқан. диагноз: «Туберкулез этиологиялы экссудатты плеврит».Плевральды сұйықтықты зерттеу
<variant>лимфоциттер – 100%, белок - 3,5%
<variant>нейтрофилдер - 80%, лимфоциттер – 20%
<variant>нейтрофилдер - 50%, лимфоциттер – 50%
<variant>нейтрофилдер 50%, белок – 0,33%
<variant>лимфоциттер – 50%, белок – 0,25%
<question>Бозбала 18 жаста, ешқандай себепсіз есін жоғалтты. өзіне қайта келген соң - дезориентацияланған, есін жоғалтқанға дейін не болғаны есінде жоқ. Созылмалы ауруларын жоққа шығарады. Тексергенде (ЖҚА, ЭКГ, биохимия) өзгерістер жоқ. Жарақатты жоққа шығарады. Науқас жасын ескере отырып синкопе себебін анықтау үшін қандай зерттеу жүргізу қажет
<variant>Бас миының МРТ
<variant>ЭхоКГ
<variant>ЭКГ Холтерлік мониторлеу
<variant>Көз түбін тексеру
<variant>Бас миы қантамырларының УЗДГ
<question>60 жастағы ер адамға қызы оның мінез-құлқындағы қиындықтарға шағымданады. Екі жыл ішінде қақтығыстар, реніштер болған, белсенділік төмендеген, бағыт-бағдары, уақыт бағдары бұзылды, өзінің аты мен мекен-жайын айта алмайды. Гигиена дағдыларын елемейді, дәрет кетуін байқамайды. Ол үнемі бақылау мен қамқорлықты қажет етеді. Сіздің диагноз:
<variant>Альцгеймер ауруы
<variant>Органикалық зақымдану салдарынан деменция
<variant>Қарттық шизофрения
<variant>Тұлғалық бұзылыс
<variant>Ақыл-ой кемістігі
<question>18 жастағы науқас кенеттен пайда болған үрей ұстамасына, тұншығу сезімімен жүректің жиі соғуына, тершендік пен терінің

қызаруына, әсіресе бет-әлпеттің қызаруына шағымданады. Автобуста пайда болған ұстамалардың бірінен кейін, қоғамдық көліктермен жүруден аулақ болды. Кезекті ұстаманы күту және қорқыныш сезімі пайда болды-жалғыз қалудан қорқады, көп адам жиналатын орындардан қашады. Болып өткен бір ұстама кезінде өлім қорқынышын бастан кешіргендіктен дәрігерге келуіне себеп болды.

Сіздің диагноз:

<variant>паникалық бұзылыс

<variant>неврастения

<variant>резидуалды шизофрения

<variant>обсессивті-компульсивті бұзылыс

<variant>жайылмалы үрей бұзылысы

<question>56 жастағы әйелге үйге патронаж жасаған дәрігер, науқаста қан қысымының 200/110 мм рт.ст. дейін жоғарылағанын тіркеді.

Беттің сол жағы ұюы және сезгіштігі әлсіреуі, дизартрия, бас айналу, жүрісі тұрақсыздығы пайда болды. Объективті тексеруде: есі бар, адекватты, әр жаққа қарағанда нистагм бар. Ромберг позасында шайқалу байқалады. Саусақ және тізе-өкше сынамаларын 2 жағынан орындау кезінде атаксия. Шұғыл госпитализация мен қажетті көмек көрсетілгеннен кейін барлық патологиялық көріністер төмендеді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Транзиторлық ишемиялық шабуыл

<variant>Жіті гипертониялық энцефалопатия

<variant>Геморрагиялық инсульт

<variant>Ишемиялық инсульт

<variant>Бас миы тамырларының жіті тромбозы

<question>Әйел адам 52 жаста. Оң жақ аяқ-қолдарының қимылдарының шектеуіне шағымданады. Анамнезінен: жақын күндері себізгі (душ) қабылдап шыққан кезде, аяқ-асты басы айналып, оң жақ аяқ-қолдарының саусақтарының ұйығанын сезінген. Созылмалы аурулары: АГ, 2 типті қантты диабет. Қарау барысында: есі анық, уақыт және кеңістікте ориентациясы бар. АҚ 160/100 мм.с.б. Ps 68/мин, T -36,6 С. Дизартрия анықталған: сөздерді анық айтпайды, сөз тіркестердің соңын "жұтып қояды". Оң жақ ерін ұшы төмен түскен. Оң жақ аяқ пен қолдың ауырсыну, температуралық және сипап-сезі сезімталдығы төмендеген. Бұлшықет-сіңірлі сезім, вибрациялық және қысым сезімдері де оң жақ аяқ пен қолда төмендеген. Жүрісі өзгерген: аздап оң жақ аяғын сүйрейді. Аталғандардың ішінен диагностикалық тұрғыдан маңыздысын таңдаңыз:

<variant>Бас ми МРТ

<variant>Электрокардиограмма

<variant>Ангиография

<variant>Электромиография

<variant>Электроэнцефалография

<question>Ер адам 36жаста. Құрылысшы, жұмысы ашық ауада, күннің астында өтеді.

Профилактикалық қарауда дәрігер невосқа (фото) көңіл аударды. Науқастың айтуы бойынша соңғы айлары қалдың өлшемі ұлғайа бастаған. Ары қарай қандай тактика бағытталған:

<variant>онкологтың консультациясы

<variant>бақылау, бұл шекаралық невос

<variant>дерматологтың консультациясы

<variant>онкологтың консультациясына дейін

S100 белкатың мөлшерін анықтау

<variant>онкологтың консультациясына дейін

невустан биопсия

<question>Әйел 54 жаста, ауызының құрғауына,

АҚҚ жоғарылауына, арықтауға, аяқтың ісінуіне

және жансыздануына, көзінің көруінің

төмендеуіне шағымданды. Анамнезінде: 17 жыл

бойы қант диабетімен ауырады, 1000мг

метформин қабылдайды. Қарап тексеруде: бойы -

162см, салмағы - 70 кг. Тері жабындылары

құрғақ, беті ісіңкі, аяқтарының ісінуі және ауруды

сезуі төмендеуі анықталды. ЖСЖ - 88 рет

минутына, АҚҚ 160/100 мм.сын.бағ. Қанда:

гликозданған гемоглобин - 11%, креатинин - 110

мкмоль/л. ЖЗА: глюкоза++, белок - 0,066 г/л. Көз

түбірін қарау: көптеген микроаневризмалар,

тамырдың жаңадан түзілуі. Науқасты ары қарай

жүргізуде қандай ем тактикасы тиімді:

<variant>инсулинді терапия тағайындау

<variant>емге глибенкламид қосу

<variant>метформин дозасын жоғарылату

<variant>метформин дозасын төмендету

<variant>метформинді доғарып, глибенкламид

қабылдау

<question>Ер адам 42 жаста, глаукоманы

анықтауға скрининг жүргізу кезінде жанасусыз

әдіспен көз ішілік қысымның келесі

көрсеткіштері анықталды: оң көз - 25 мм сын. бағ,

сол көз - 18 мм сын.бағ. Ары қарайғы тактикаңыз

қандай:

<variant>офтальмологқа толық тексерілуге

жолдау

<variant>3 айдан кейін қайталап тексеруді ұсыну

<variant>терапевтке жолдау

<variant>глаукомды кабинетке жіберу

<variant>стационар жағдайында толық

тексерілуге жолдау

<question>Дерматологқа 42 жасар ер адам

денесіндегі және аяғы мен қол терісінде теріден

көтеріңкі, қышитын бөртпелік элементтердің пайда болуына шағымданады. Элементтер бірнеше сағат бұрын пайда болған. Қарау кезінде қызғылт-ақ түсті тегіс беткейлі, тығыз консистенциялы түзілістер көрінеді. Науқас көрішісінің итіне қарағаны белгілі болды. Емдеу әдісін көрсетіңіз:

<variant>антигистаминді және десенсибилизациялаушы препараттар

<variant>антимикотикалық заттар

<variant>қарапайымдыға қарсы өңдеу

<variant>вирусқа қарсы ем

<variant>энтеросорбенттер, қышынуға қарсы ем

<question>58 жастағы ер адамда эмоционалдық күйзелістің салдарынан тамақты жұтынуда төстің артында ауырсыну пайда болған, ауырсыну екі жауырын арасына таралады. Ауырсыну шаншиды, күшті емес (кеудесінің «түйсік (ком)» сезімі).

Дәрігер гастроэзофагалдық рефлюкс немесе кардия ахалазиясы деп болжамдауда. ФЭГДС-қа дейін қандай тексеру өткізу қажет:

<variant>Электрокардиография

<variant>Кеуде ағзаларына Р-грамма

<variant>Эхокардиография

<variant>Тропонинді анықтау үшін қан талдауын

<variant>Құрсақ қуысы ағзаларына УДЗ

<question>52 жастағы әйел үйінде қатты еңтігу,

тұрақты жөтел пайда болғанда көбікті қанық

қызыл түсті қақырық бөлінеді. Әйел қозулы,

ортопноэ жағдайында. Өкпенің бүкіл бетінен

қатты тыныс алу әр түрлі ылғалды дірілдермен

естіледі. Жүрек үні тұнық, тахикардия -минутына

120 соққы. АҚ - 220/130 мм рт.ст. Науқаста

қандай асқыну дамыды:

<variant>Өкпенің ісінуі

<variant>Астмалық статус

<variant>Өкпеге қан кету

<variant>Өкпенің инфарктісі

<variant>Өкпелік артерияның тромбоэмболиясы

<question>72 жастағы әйел келесі шағымдармен

дәрігерге қаралды: тынығу барысында еңтігуіне,

жүрек соғысы күшейгеніне; қызғылт қақырық

бөлініп жөтелуіне; мазасыздануына, айқын

әлсіздік. Анамнезден: АГ тіркеуінде 15 жыл

тұрады, ЖИА, инфаркттан кейінгі кардиосклероз

дамыған. Тексеру кезінде: ортопноэ жағдайы,

жүрек соққысы тұнық, ырғағы дұрыс, жиі

қарыншалық экстрасистолдармен үзіледі. АҚ

260/140 мм.сын. ст. Көз түбі тамырларын зерттеу

нәтижесі: оптикалық жүйке дискілерінің ісінуі.

Зәр анализі: орташа протеинурия. Бұл жағдайда

қандай асқыну пайда болды:

<variant>Өкпе ісінуі

<variant>Ми қан айналымының жіті бұзылуы

<variant>Бүйрек қызметінің жіті жеткіліксіздігі

<variant>Көз торының ыдырап бөлінуі

<variant>Миокард инфарктісі

<question>63 жастағы науқас жалпы әлсіздік, тез

шаршағыштық, бас айналуға шағымданды.

Анамнезінен жиі естен тану, объективті: есі анық,

бозарған, АҚ 100/70 мм с.б. Жүрек соғу жиілігі 45

мин. ЭКГ келесі суретте көрсетілген (суретті

қараңыз). Науқасты госпитализацияға дейінгі

кезенде жүргізуде тағайындалатын препарат:

<variant>атропин

<variant>лидокаин

<variant>верапамил

<variant>дигоксин

<variant>новокаинамид

<question>62 жастағы әйел фильтр кабинетке

кеудесінің ауырытынына, ауырсыну мойын

аймағына берілетініне, әлсіздікке, қорқыныш

сезіміне шағымданып келді. Шағымдар

таңертеңнен бастап мазалаған, ауа райының

өзгеруімен байланыстырады. Объективті: Бойы -

156 см. Салмағы-62 кг. ЖЖЖ - 100 соққы/мин.

ТҚЖ - 19 дд/мин. АҚ: 165/100 мм. сын. бағ.

Алғашқы көмек көрсету үшін қандай

антиагрегантты дәріні қолдануға болады:

<variant>Тикагрелор

<variant>Эноксапарин

<variant>Нитроглицерин

<variant>Добутамин

<variant>Гепарин

<question>Әйел адам, 32 жаста. Жекен жайы

бойынша Жүректің митралды ақауымен «Д»

тіркемеде тұрады. ЖМК келгенде жүрек тұсында

ырғақтың бұзылу сезіміне шағымданады. ЭКГ-да:

Р-тісшесі жоқ, оның орнына f толқындары

тіркелген, R-R аралығы әртүрлі, ЖЖЖ – 100 рет

мин. Ps – 96 рет мин. Ырғақ бұзылысының қай

түрі тіркелген:

<variant>жүрекшелер фибрилляциясы

<variant>экстрасистолия

<variant>синустық аритмия

<variant>синустық тахикардия

<variant>қарыншалар фибрилляциясы

<question>Ер адам, 36 жаста. Шағымдары:

тұншығу ұстамасына, құрғақ жөтелге.

Анамнезден: Ұстама кенеттен басталған. Мұндай

ұстамалар бұрын да болған. Жағдайының соңғы

нашарлауын үй жөндеу жұмыстары кезінде

баяудың буын дем алумен байланыстырады.

Объективті: ортопноэ қалпында, тынысы алыстан

естілетін ысқырықты сырылдармен, өкпесінде

тынысы әлсіреген, көптеген құрғақ ысқырықты сырылдар, ТАЖ – 30 рет мин. Жүрек тондары әлсіз дыбысты, ырғағы дұрыс, ЖЖЖ – 93 рет мин. Сіздің диагноз:

- <variant>бронх демікпесінің ұстамасы
- <variant>ангионевроздық ісіну
- <variant>астмалық жағдай
- <variant>жедел бронхит
- <variant>ларингоспазм

<question>Науқас 45 жаста, кенеттен ауа жетпеу сезіміне, жөтелге (алдымен құрғақ, сосын қақырығы қызғылт түске боялған көпіршікті бөлінділер), физикалық күшке байланыссыз кеуде қуысының басып ауырсынуына шағымданады. Анамнезінен: 2 жыл бұрын миокардтың жедел инфарктін басынан өткерген, содан кейін артериялық қысымы тұрақты түрде жоғарылап отырады. Қолқа-коронарлық шунттау жасалған, тұрақты түрде дәрі-дәрмектік ем қабылдамаған, антигипертензиялық дәрілік препараттарды тек артериялық қысым жоғарылаған кезде ғана ішкен. АҚ – 90/50 мм сынап бағаны. ЖЖЖ – 95 соғу/мин. ЭКГ– ырғақ синусты. Гисс будасының сол аяқшасының толық емес блокадасы (НБЛНПГ). Сол қарыншаның гипертрофиясы. Дамыған асқыну:

- <variant>өкпенің ісінуі
- <variant>бронхоспазм
- <variant>коллапс
- <variant>естен тану
- <variant>миокард инфарктісі

<question>Әйел кісі 36 жаста. Шағымы: бас айналу, жалпы әлсіздік, жиі үлкен дәрет. Анамнезінде 12-елі ішек жарасы. Объективті: Жағдайы орташа ауырлықта. Тері беткейі бозарған. Тыныс алуы везикулярлы, сырыл жоқ, ТАЖ – минутына 21 рет. Жүрек тондары әлсіреген, дұрыс ритмді. ЖЖЖ – минутына 115 рет. АҚ – 90/60 мм с.б. Іші жұмсақ, ауырсынусыз, мелена . Сіз коллапстың ауырлық дәрежесін диагностикалауда гемодинамиканың қандай көрсеткішін қолданасыз

- <variant>АҚ төмендету дәрежесін
- <variant>Өкпелік артерия қысымын
- <variant>Тамырлық тонусты жоғарылату
- <variant>Жүректің лақтырымын жоғарылату
- <variant>Жүректің лақтырылымын төмендету

<question>Науқас Э., 45 жаста, 2 таблетка ципрофлоксацин қабылдағаннан соң бетінің, алақанның сыртқы жағының, табанының қышығанын байқаған. Жарты сағаттан соң ерін аймағы, қабағы ісініп, басы айналып, жүрегі айныған. Осы күйдің себебі:

- <variant>Квинке ісінуі
- <variant>Генерализацияланған есекжем
- <variant>Локализацияланған есекжем
- <variant>Аллергиялық ринит
- <variant>Анафилаксиялық шок

<question>Ауруханаға дейінгі кезеңде клиникалық өлім жағдайында жүрек-тамыр реанимациясын жүргізу кезіндегі алғашқы «қадамды» көрсетіңіз:

- <variant>жүректің тікелей емес массажы
- <variant>тыныс жолдарының өткізгіштігін қайта қалпына келтіру
- <variant>«ауыздан ауызға» әдісімен өкпенің жасанды желдетілуі
- <variant>тыныс алу қапшығымен өкпенің жасанды желдетілуі
- <variant>перикардальды соққы

<question>Ер адам, 60 жаста. Шағымдары жалпы әлсіздік, мазасыздық. Анамнезден, бірнеше күн бойы алкогольды көп ішкен. 10 сағат ішінде жағдайдың нашарлауы байқалған. Бұл кезде 2-ретті құсу «кофе тұнбасы». Жағдайы орташа ауырлық дәрежесінде. Тері жабындылары бозарған, ылғалды. ТАЖ–22 в мин. АҚ–90/60 мм с.б. ЖЖЖ– 115 рет мин. Қан кету сипаты мен орнын анықтау үшін қандай зерттеу әдісін жүргізу керек.

- <variant>фиброгастродуаденоскопия
- <variant>іштің рентгенографиясы
- <variant>компьютерлі томография
- <variant>биохимиялық қан анализі
- <variant>радионуклидті зерттеу

<question>Себебі белгісіз қызбаның ең жиі болатын себебі:

- <variant>жұқпалы-қабыну процесстері
- <variant>онкопатология
- <variant>дәнекер тінінің жүйелі аурулары
- <variant>лимфопролиферативті аурулар
- <variant>хирургиялық әрекеттерден кейінгі жағдайлар

<question> Ревматикалық полиартритке тән буындардың өзгерістері:

- <variant>буындардың жіті ұшпалы ауырсынуы
- <variant>баяулап басталатын моноартрит
- <variant>таңертенгілік құрысулармен полиартрит
- <variant>буындардың деформациясының дамуымен полиартрит
- <variant>басым майда буындардың зақымдануы

<question>Дәнекер тінінің аралас ауруының (Шарп синдромы) иммунологиялық маркері бұл

- <variant>Ядролық рибонуклеопротеидке антидене
- <variant>ДНК антидене
- <variant>О-антигенге антидене
- <variant>Митохондрияға антидене

<variant>Циклдық цитруллинирленген пептидке антидене
<question>Дерматомиозитке тән белгі
<variant>өнештің жоғарғы үштен бір бөлігінің гипотониясы
<variant>миокардит
<variant>ревматоидты артритке тән қолбасының зақымдануы
<variant>өкпенің интерстициальды тінінің диффуды зақымдануы
<variant>үдемелі арықтау
<question>Дерматомиозит диагнозын нақтылайтын деректі зертханалық критерий:
<variant>Креатинфосфокиназаның белсенділігінің жоғарлауы
<variant>ЭТЖ жоғарлауы
<variant>Қанда антинуклеарлық фактордың анықталуы
<variant>Қанда ревматоидты фактордың анықталуы
<variant>Бұлшықеттерінің антигендеріне антиденелердің анықталуы
<question>Жүйелі склеродермияны жоққа шығаратын тері жамылғаларының зақымдануы:
<variant>эритематозды бөртпе
<variant>терінің бірең-сараң фиброздау ошақтары
<variant>терінің кальцинозы
<variant>телеангиэктазиялар
<variant>мойын және дененің терісінің фиброздануы
<question>Жүйелі склеродермия кезінде жиі зақымданылатын қан тамырлары:
<variant>артериолалар және капиллярлар
<variant>орта калибрлі тамырлар
<variant>диаметрі әр түрлі тамырлар
<variant>ірі тамырлар
<variant>венулалар және веналар
<question>31жастағы науқасқа жүйелі склеродермия, диффузды түрі диагнозы қойылған. Клиникалық хаттама бойынша науқаста зақымдалған терісінің аймақтары:
<variant>беті, кеуде, іші және симметриялық қол-аяғының
<variant>беті, қол-аяқ саусақтарының
<variant>дене және қол-аяқтың проксимальды бөліктерінде
<variant>бас, кеуде және іштің
<variant>қолының симметриялық бөліктерінде
<question>Склеродермиялық нефропатияның дамуы біріншілік зақымдануымен байланысты:
<variant>артериолалардың
<variant>шумақшалардың
<variant>түтікшелердің
<variant>тостағанша-түбекше жүйесінің
<variant>бүйрек паренхимасының
<question>Клиникалық хаттама бойынша, глюкокортикостероидтарды үлкен дозада

қабылдауын қажет ететін, жүйелі қызыл жегінін көрінісі:
<variant>Жегілік нефрит
<variant>Жегілік артрит
<variant>Терідегі бөртпелер
<variant>Қанда LE жасушалардың анықталуы
<variant>ЭТЖ жоғары болуы
<question>Шынайы LE-жасушалар ол:
<variant> құрамында басқа жасушалардың ядролары бар сегментоядролық лейкоциттер
<variant>құрамында лимфоциттері бар сегментоядролық лейкоциттер
<variant>құрамында басқа жасушалардың ядролары бар моноциттер
<variant>моноциттер эритроциттермен "розетканы" құрайды
<variant>гематоксинді денелер
<question>Бехтерев ауруымен (анкилоздаушы спондилоартрит) жиі аурады:
<variant>жасөспірім және жас ерлер (15-30 жастағы)
<variant>балалар
<variant>әйелдер климакс кезеңінде
<variant>жас қыз-бала
<variant>қарттар
<question>Клиникалық хаттама бойынша Бехтерев ауруы кезінде жиі дамиды:
<variant>аортальды қақпашасының жетіспеушілігі
<variant>митральды стенозы
<variant>митральды қақпашасының жетіспеушілігі
<variant>аорта стенозы
<variant>үшжармалы қақпашасының жетіспеушілігі
<question>Клиникалық хаттама бойынша Бехтерев ауруына күмәндаған кезде, диагнозы нақтылайтын деректі зертханалық әдіс:
<variant>HLA B27 антигендерін анықтау
<variant>Ұзақ уақытта ЭТЖ жоғары болуы
<variant>Гипохромды анемия
<variant>Қанның сарысуының глобулиндер мен СРБ жоғарлауы
<variant>Лизосомальды ферменттердің белсенділігінің жоғарлауы
<question>Анкилоздаушы спондилоартрит кезіндегі базисты препараты - сульфасалазинның ең жиі кездесетін жанама әсері
<variant>жүрек айну және құсу
<variant>бөртпелер
<variant>агранулоцитоз
<variant>қызба
<variant>ауыз қуысының ойық жарасы
<question>Остеоартроздың алғашқы белгілеріне жатады:
<variant>тізетобық пен сан сүйегінің жіктесуінің зақымдануы (рентгенограмма бойынша)

<variant>тізе буынының пальпациясында ауырсынуы
<variant>қозғалыс кезіндегі тізе буындарының сықырдауы
<variant>остеофиттер (рентгенограмма бойынша
<variant>сатымен жүрген кезінде ауырсынулар
<question>Остеоартроздың үдеуінің негізгі патогенетикалық механизмі:
<variant>буын шеміршектерінің дегенерациясы
<variant>синовит
<variant>кальций пирофосфатты кристалдарының жиналуы
<variant>сүйек тінінің ремоделдеуі
<variant>буын маңындағы бұлшықеттерінің атрофиясы
<question>Айқын екі жақты коксартрозға тән белгі:
<variant>үйрек жүрісі
<variant>сан-жамбас буынының сыртқы және ішкі ротация қимылының бұзылысы
<variant>сан-жамбас буынының әкету және әкелу қимылының шектелуі
<variant>сан бұлшықеттерінің гипотрофиясы
<variant>ақсаңдау
<question>32 жастағы әйел сырқаттанғанына 2 ай болған: дене температурасының 39°C дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі енгіту, басының ауырсынуы мазалайды. Өздігінен сульфаниламид және қызуын түсіретін препараттарды қолданған. Объективті: температурасы 38°C, тері жамылғысы бозғылт, бетінде және алақанында бірең-сараң петихиалар бар, пульс 100 рет минутына, АҚҚ 140/20 мм сын.б.б., жүрек тондары түйықталған, төстің сол жақ қыры бойынан диастолалық шу естіледі, гепатоспленомегалия. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>жұқпалы эндокардит және аортальды жетіспеушілігі
<variant>жіті ревматикалық қызба, митральды стеноз
<variant>жіті ревматикалық қызба, аортальды жетіспеушілігі
<variant>жүрекше аралық перденің ақауы аясында жіті ревматикалық қызба
<variant>жұқпалы эндокардит, митральды стеноз
<question>40 жастағы науқас, көп жылдар бойы ревматологтың бақылауында. Соңғы уақытта енгіту күшейген, аяқтардың ісінуі пайда болған. Қарап тексергенде: Бетінде көгерген шырай, жүрек солға және жоғарыға ығысқан, жүрек ұшы тұсында діріл. Аускультацияда жүрек ұшында 1 тон қатты, 2 тон екіге бөлінген, ырғағы дұрыс емес. Бауыры қанбырға доғасынан 3 см төмен, аяқтарында ісіктер. Осындай аускультация көрінісі келесі ақауға тән:
<variant>митральды стенозға

<variant>митральды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>аортальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>трикуспидальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>аортальды стенозға
<question> 15 жастағы науқасты тексеру барысында жүрек ұшы түрткісінің солға ығысуы, жүректің салыстырмалы шекарасының солға және жоғарыға ығысқаны анықталды. Аускультацияда жүрек ұшында I тонның әлсіреуі және систолалық шу, өкпе артериясында II тонның акценті. Рентгенографияда жүректің сол бөлімдерінің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>митральды қақпашасының жеткіліксіздігі
<variant>сол атриоventрикулярлы тесігінің тарылуы
<variant>қолқа қақпашасының жеткіліксіздігі
<variant>қолқа стенозы
<variant>ұшжармалы қақпашасының жеткіліксіздігі
<question>8 жыл бойы ревматоидты артритпен аруыратын науқаста қолбасы буындарының ауырсынуы, қозғалысының шектелуі, спленомегалия анықталған. Клиникалық хаттама бойынша Фелти синдромын нақтылайтын зертханалық көрсеткіш:
<variant>Нейтропения
<variant>Ревматоидты фактор
<variant>Лейкоцитоз
<variant>Гипокомplementемия
<variant>С-реактивты ақуыз
<question>56 жастағы әйел оң жақ бетінде ісік пайда болғанына шағымданып келді. 5 жыл алдын «көздерінде құм» сезімі және ауызының құрғау алғаш рет пайда болып күшейе бастады. Тістердің кариесі байқалады. Қаралудан 3 ай алдын диффузды артралгиялар мазалаған. Қарап тексергенде: көздерінің және ауыз қуысының құрғағы, оң жақтағы сілекей безінің ұлғаюы анықталған. Қанда: лейкоциттер 3,2 мың, ЭТЖ 60 мм/сағ. РФ титрі 1:600, антинуклеарлы антиденелердің титрі 1:256. Келесі ауру туралы ойлауға болады:
<variant>Шегрен синдромы
<variant>Муковисцидоз
<variant>Вирусты конъюнктивит
<variant>Шарп синдромы
<variant>Ревматоидты артрит
<question>60 жастағы ер кісі иық бұлшықеттерінің, білезік буындарының және кеуде торшасының ауырсынуы мен құрысуларына шағымданады. Мойын және иық аймағының бұлшықеттерінің пальпациясы кезінде ауырсынады. Қаның анализінде нормохромды

анемия, гипергаммаглобулинемия, ЭТЖ 50 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз:
 <variant>ревматикалық полимиалгия
 <variant>қатерлі ісік
 <variant>фибромиалгия синдромы
 <variant>полимиозит
 <variant>жұқпалы ауруы
 <question>42 жастағы науқаста 15 жылдай Рейно синдромы бар. Соңғы жылда білезік және қолбасы майда буындарының артритті, бетінің терісінің тығыздалуы, жұтынуының қиындауы пайда болған. Қанда ЭТЖ 32 мм/сағ, бірең-сараң жегілік жасушалар. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
 <variant>жүйелі склеродермия
 <variant>өнештің ісігі
 <variant>жүйелі қызыл жегі
 <variant>дерматомиозит
 <variant>ревматоидты артрит
 <question>45 жастағы науқаста Рейно синдромы саусақтарының некротикалық өзгерістеріне дейін, жұтынуының қиындауы, өкпелік гипертензия, қол саусақтарының бұғуінің шектелуі, тері жамылғысының тығыздануы байқалады. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
 <variant>Жүйелі склеродермия
 <variant>Жүйелі қызыл жегі
 <variant>Ревматоидты артрит
 <variant>Түйінді полиартериит
 <variant>Бюргер тромбангииті
 <question>35 жастағы науқас қол саусақтар ұшының жансыздануы және шаншуы шағымдармен дәрігерге көрінді. Мұздай суға қолын салғанда саусақтары алғашында ағарады кейін көгереді. Рейно синдромы диагностикаланған және склеродермияға күдік бар. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылайтын клиникалық көрініс:
 <variant>қол саусақтарының терісінің тығыздалуы
 <variant>бетінде эритема
 <variant>майда буындардың деформациясы
 <variant>интерстициальды нефриттің көрінісі
 <variant>саусақтар ұшының жансыздануы және шаншуы
 <question>44 жастағы науқас қол саусақтарының мұздауы, ауыз ашу және шайнауының қиындауы, сілекейдің азаюы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Осы шағымдары 6 ай бойы мазалаған. Объективті: Салмағы сақталған. Лимфатүйіндері ұлғаймаған. Беті амимикалық, Маңдайдағы қатпарлардың болмауы, бетінің терісі қатпарларға жиналмайды. Тілі құрғақ. Қол ұшының терісі цианозды, саусақтары ісіккі. Ішкі ағзалар өзгеріссіз. ЖҚА: Нb 136 г/л, лейкоциттер $6,4 \cdot 10^9$ /л, тромбоциттер $210 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ 42 мм/сағ.

Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
 <variant>Жүйелі склеродермия
 <variant>Жүйелі қызыл жегі
 <variant>Шерген ауруы
 <variant>Рейно ауруы
 <variant>Дерматомиозит
 <question>26 жастағы әйел, білезік және қолдың майда буындарының полиартритты бойынша қаралды. 2 ай алдын шаштың түсуі, теңізге демалудан келген соң бетінде эритематозды бөртпе пайда болды. Температурасы 38°C. АҚҚ 140/100 мм сын.б.б. Зәрде протеинурия. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
 <variant>Жүйелі қызыл жегі
 <variant>Дерматомиозит
 <variant>Жіті нефрит
 <variant>Жүйелі склеродермия
 <variant>Ревматоидты артрит
 <question>Антинуклеарлы фактордың титрі жоғарлаған, қызба, артрит, плевритті бар науқас сізге кеңес алуға жіберілген. Анамнезінде 2 жыл бойы прокаинамидты қабылдайды. Сіздің клиникалық қорытындыңыз:
 <variant>Дәрілік жегі
 <variant>Идиопатиялық ЖКЖ
 <variant>Ревматоидты артрит
 <variant>Жүйелі склеродермия
 <variant>Дәрілік аллергия
 <question>16 жастағы В. деген науқас қолдың майда буындарының, тізе буындарының, бұлшықеттерінің ауырсынуы, дене температурасының 38°C дейін жоғарлауы, жөтел шырышты қақырықпенен, әлсіздік, бетінің қызаруына шағымданады. Объективті: тері жамылғылары бозғылт, бетінде «көбелек» тәрізді эритема. Өкпесінде қатаң тыныс, ылғалды сырылдар. Жүрек тондары түйықталған, ырғақты, пульсі 110 рет минутына, АҚҚ 140/90 мм сын.б.б. Рентгенограммада: гомогенды емес өкпенің қараюы. Оң жақтан сұйықтық. Клиникалық хаттама бойынша науқастың диагнозы:
 <variant>жүйелі қызыл жегі
 <variant>ревматоидты артрит
 <variant>жүйелі склеродермия
 <variant>саркоидоз
 <variant>дерматомиозит
 <question>Науқас 30 жаста. Клиникаға келесі шағымдарымен түсті: омыртқаның бел бөлігінде үнемі ауырсынуына, қозғалысының шектелуіне. Алғаш рет ауырсыну 5 жыл алдын пайда болған, дене қызуымен жүрген, ал кейінгі кездер қызу жоғарламаған. Жылу басумен емделген. Бір жылдан соң омыртқада құрысу күшейген. Қарап тексергенде: бозғылт, тамақтану төмен. Омыртқаның қимыл-қозғалысы айқын

шектелген, арқа және сан бұлшықеттерінің атрофиясы байқалады. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ 1 минутта 20 рет. ЖСЖ 1 минутта 66 рет. АҚҚ 110/60 мм сын.б.б. Бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Бехтерев ауруы

<variant>Омыртқа остеохондрозы

<variant>Бруцеллез

<variant>Туберкулезды спондилоартрит

<variant>Ревматоидты артрит

<question>23 жастағы науқас арқасының төменгі

бөліктеріндегі және ұршық буындарының, тыныштық жағдайда пайда болатын ал физикалық жүктемеде азаятын, интенсивті ауырсынуларға шағымданады. Рентгенографияда: сегізкөз-мықын буынының екі жақтан тарылуы және контурлары тегіс еместігі анықталды. Клиникалық хаттама бойынша анықталған симптомдар келесі аурудың диагностикалық критерийіне жатады:

<variant>Анкилоздаушы спондилоартрит

<variant>Псориаздық артрит

<variant>Реактивты спондилоартрит

<variant>Ревматоидты артрит

<variant>Бел-сегізкөз остеохондроз

<question>Ұзақ уақыттан бері ірі буының рецидивирлеуші моноартритті бар науқаста сегізкөз мықын буындауысының ауырсынуы байқалады. Бұл келесі ауруға тән:

<variant>Бехтерев ауруына

<variant>Бел-сегізкөздің остеохондрозына

<variant>Ревматоидты артритке

<variant>Лайм ауруына

<variant>Псориаздық артритке

<question>Науқас 64 жаста. Шағымдары: екі қолдың дистальды фалангааралық буындарының қимылы шектелуі 12 жыл алдын басталып және жай үдеген. Қарап тексергенде: дистальды фалангааралық буындарында түйіндер байқалады, саусақтар деформацияланған, қозғалысы шектелген. Ішкі ағзалар өзгеріссіз. Қан және несеп талдауы қалыпты. Клиникалық хаттама бойынша келесі диагноз қойылады:

<variant>Қолбасы буындарының остеоартрозы

<variant>Ревматоидты артрит

<variant>Ревматилық полиартрит

<variant>Реактивты артрит

<variant>Туберкулезды артрит

<question>50 жастағы әйел дистальды фалангааралық буындарының ісінуі және қимыл-қозғалысының шектелуін байқаған. Басқа өзгерістер жоқ, диагноз:

<variant>остеоартрит

<variant>ревматоидты артрит

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>склеродермия

<variant>подагра

<question>53 жастағы науқас қолдың майда буындарының ауырсынуы және қимыл-қозғалысының шектелуіне шағымданады. Қарап тексергенде: дистальды фалангааралық буындарда тығыз түйіндер анықталған.

Рентгенографияда саусақ фаланга шеттерінде сүйек өсінділері анықталған. Түйіндердің атауы:

<variant>Геберден түйіндері

<variant>Бушар түйіндері

<variant>Тофустар

<variant>Ревматоидты түйіндер

<variant>Ксантомалар

<question>48 жастағы әйел, келесі шағымдарымен госпитализацияланған: фалангааралық буындарының ауырсынуы және қозғалысының шектелуі, әсіресе оң жақтан. Қарап тексергенде: дистальды фалангааралық буындары қисайған, III проксимальды фалангааралық буынның маңында көлемі 0,5 см, пальпацияда ауырсынатын түйін анықталды. Буындар деформацияланған, қимыл-қозғалысы шектелген. Рентгенограммада: буын саңлауының тарылуы, шеткі экзофиттер. Клиникалық хаттама бойынша анықталған түйін бұл :

<variant>Бушар түйіні

<variant>Геберден түйіні

<variant>Ревматоидты түйін

<variant>Ревматикалық түйін

<variant>Тофустар

<question>27 жастағы ер кісі, оң тобық буынының ауырсынуы мен ісінуіне шағымдарымен келді. Шағымдарының 2 ай алдын пайда болды. Жарақат алмаған. 3 апта алдын көздерінің қызаруы, зәр шығару кезінде ауырсыну байқалған. Пациент жиі және бірнеше жыныстық қатынаста болды. Дене температурасы 38,2°C. Тобық буыны ісінген, ыстық, гиперемияланған, қозғалысы шектелген. Оң аяғының саусақтары ісінген және ауырсынады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Реактивті артрит

<variant>Ревматоидті артрит

<variant>Псориаздық артрит

<variant>Подagra

<variant>Бехчет ауруы

<question>28 жастағы әйел ауруханаға 2 күн бойы мазалаған буындардың ауырсынуымен жатқызылды. Алғашында ауырсыну оң тобық буынында байқалған, кейін сол тізеге, әрі-қарай білезік буынына ауысқан. Науқаста қалтырау, қол-аяқ терісінде геморрагиялық бөртепелер пайда болған. Әйел кездейсоқ жыныстық қатынаста болғаны анықталған. Етек кірі 3 күн алдын басталған. Қан анализінде: лейкоциттер $13,5 \times 10^9 / \text{л}$, 93% нейтрофилдер және 5% таяқшадерлік. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Диссеменирленген гонококкемия

<variant>Ревматикалық артрит
<variant>Ревматоидті артрит
<variant>Реактивті полиартрит
<variant>Рейтер синдромы
<question> 30 жыл бойы темекі шегетін, 60 жастағы науқас, көп уақыттан бері тобық, тізе, ұршық буындарының ауырсынуына шағымданады. Анда-санда буындар ісінеді, қозғалысы шектеледі, бірақ ұзаққа созылмайды. 3 ай ішінде салмағы 8 кг азайған, тәбетті төмендеген, әлсіздік және ұйқысының бұзылуы мазалайды. Анализінде анемия, ЭТЖ жоғарлауы. Сіздің амалыңыз:
<variant>ісікті анықтауға бағытталған зерттеулер
<variant>тек қана бақылау
<variant>буындардың арнайы патологиясын анықтауға бағытталған зерттеулер
<variant>туберкулезді анықтауға бағытталған зерттеулер
<variant>қан ауруларын анықтауға бағытталған зерттеулер
<question>60 жастағы әйелде кеннетен тізе буындарының ауырсынуы және қызуы мен сұйықтықтың жиналуы пайда болған. Бұл жағдай, аналық бездерінің қатерлі емес кисталарға байланысты гистерэктомиядан 1 тәуліктен кейін пайда болған. Анамнезінде тізе буындардың ауырсынулар байқалған. T-37°C, АҚҚ-140/80 мм сын.б.б. Сіздің диагнозы:
<variant>Псевдоподагра
<variant>Септильдік артрит
<variant>Подагра
<variant>Жіті ревматоидты артрит
<variant>Бейкеркистасының жарылуы
<question>Аспиринді тұрақты түрде қабылдайтын 68 жастағы әйелде шектен тыс мөлшерінің симптомдары анықталған. Оны дәлелдейтын симптомдар:
<variant>Энцефалопатия, коагулопатия
<variant>Гепатит, пневмония
<variant>Уремия, перикардит
<variant>Гастрит
<variant>Тромбоцитопения
<question>Клиникалық хаттама бойынша дистальды фалангоаралық буындарының зақымдаумен псориаздық артриті бар науқастарда байқауға болады:
<variant>Тырнақтардың псориазбен зақымдануы
<variant>HLA B27
<variant>Ассиметриялық сакроилеит
<variant>Ревматоидты фактор
<variant>Буындардың зақымдануы байқалмайды
<question>Псориаздық артритте сирек кездесетін белгі:
<variant>симметриялық сакроилеит
<variant>дистальды фалангоаралық буындарының артриті

<variant>саусақтарының "сосиска тәрізді" конфигурациясы
<variant>параартикулярлық өзгерістер артриттың белсенділігіне сай
<variant>терілік синдромымен байланысты
<question>Псориаздық артритте міндетті түрде болатын белгі:
<variant>Буындарда және/немесе омыртқа жотасында қабыну процессінің өтуі
<variant>Дистальды фалангоаралық буындарында эрозивты процесстың болуы
<variant>Омыртқа жотасындағы қабыну үрдісінің латентті ағымы
<variant>Омыртқа аралық буындардың анкилоздануы
<variant>Алғашқы белгілердің бірі – терілік
<question>Псориаздық артритке тән:
<variant>Дистальды фалангоаралық буындарында буынішілік остеолизі
<variant>Аортит және аортальды қақпашысының зақымдануының дамуы перифериялық артриттың белсенділігімен байланысты
<variant>Амилоидтық нефропатия терінің зақымдануының белгісімен байланысты
<variant>Зақымдалған буындардың маңындағы бұлшықеттерінің айқын көрінісімен атрофиясы
<variant>Симметриялық сакроилеит артритпен қосарлануы
<question>Иценко-Кушинг ауруы кезінде остеопоротикалық сынулардың «ұнататын» орыны:
<variant>қабырға және омыртқалар
<variant>жалпақ сүйектер
<variant>сан және иық сүйектерінің мойыншығы
<variant>сирақ сүйектері
<variant>шыбық сүйегі
<question>Қызба, полиневрит, артериальды гипертензия, бронхообструкциялық синдром сияқты құбылыстар келесі ауруға тән:
<variant>түйінді полиартериитке
<variant>жүйелі қызыл жегіге
<variant>дерматомиозитке
<variant>жіті ревматикалық қызбаға
<variant>жұқпалы эндокардитке
<question>Науқасты қабылдау бөлімшесінде қарап тексергенде: жалпы жағдайы салыстырмалы қанағатанарлық. Дене температурасы 37,2°C, сирақ аймақтарында симметриялық майда геморрагиялық бөртпелер анықталған, тобық буындарының аздаған ауырсынуы бар. Геморрагиялық васкулит диагнозы қойылды. Аурудың ауырлық дәрежесі:
<variant>Жеңіл
<variant>Орташа
<variant>Ауыр
<variant>Аса ауыр
<variant>Салыстырмалы қанағатанарлық

<question>Отбасылық дәрігердің қабылдауында 42 жастағы науқас. Оны артралгиялар, аяқтардың бұлшықеттерінің ауырсынуы, жансыздануы, енгізу мазалайды. Анамнезінде 1 ай бұрын уролог дәрігерге ұмасының ауырсынуы бойынша қаралды. Салмағы 6 кг азайған. АҚҚ 180/120 мм сын.б.б. Сан аймағының терісінде қызғылт торлы сурет. Қанда ЭТЖ 40 мм/сағ.; мочевина 50 мг%; HBS-антиген оң. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

<variant>Түйінді полиартериит

<variant>Жүйелі склеродермия

<variant>Бруцеллез

<variant>Рейтер ауруы

<variant>Вегенер гранулематозы

<question>69 жастағы әйел, 3 жыл бойы басының қатты ауырсынуымен бірге оң көзінің эпизод түрінде көру қабілеттілігінің жоғалуына шағымдарымен келді. Сонымен қатар науқас шайнау кезіндегі бет бұлшықеттерінің ауырсынуы мен құрысулар, артралгиялар, субфебрилитет, салмағының 2-3 кг азаюын байқаған. Қарап тексергенде: басының және екі самай артериялардың пальпациясы кезінде ауырсынуы байқалады. Сол ұйқы артериясында шу естіледі. Қанда: лейкоциттер 11,5 мың, тромбоциттер 520 мың, ЭТЖ 50 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Алып жасушалы (самай) артерииті

<variant>Ревматоидты артрит

<variant>Фибромиялгия

<variant>Ми тамырларының тромбозы

<variant>Мигрень

<question>70 жастағы науқас басының ауырсынуы (АҚҚ 180/100 мм сын.б.б.), сөйлеген кезінде тілінің ауырсынуына шағымданады. ЭТЖ 60 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Хортон ауруы

<variant>Такаясу ауруы

<variant>Рейно ауруы

<variant>Рейтер ауруы

<variant>Шейнлен-Генох ауруы

<question>25 жастағы науқас айқын ангинозды ұстамасымен госпитализацияланған. Қарап тексергенде: пульсінің және АҚҚ ассиметриясы, ұйқы артериясындағы стеноздық шу. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Такаясу ауруы

<variant>Хортон ауруы

<variant>Рейно ауруы

<variant>Рейтер ауруы

<variant>Шейнлен-Генох ауруы

<question>40 жастағы ер кісі тәбетінің төмендеуі, әлсіздік, салмағының азаюы, енгізу, қақырықты жөтелге шағымданады. Қарап тексергенде пальпацияланатын пурпура анықталған.

Рентгенде тұрақты ошақты инфильтраттар.

Клиникалық хаттама бойынша анықталған симптомдар келесі ауруының критерийлеріне жатады:

<variant>түйінді полиартерииттың

<variant>созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің

<variant>өкпе рагінің

<variant>өкпе туберкулезінің

<variant>микроскопиялық полиартерииттың

<question>50 жастағы ер кісі ісінулер, енгізу, салмағының азаюы, субфебрилитет белгілерімен госпитализацияланған. Анамнезінде ауыр ағымды артериальды гипертония, ми қан айналымының жіті бұзылысы, миокард инфарктысы, ішек өтімсіздігіне байланысты ота жасалған. Зерттеулер: протеинурия 2,6 г/л, эритроцитурия; HBSAg оң. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз

<variant>түйінді полиартериит

<variant>жіті гломерулонефрит

<variant>бауыр циррозы

<variant>микроскопиялық полиартериит

<variant>бейспецификалық аортоартериит

<question>40 жастағы науқас тез өрістеуші гломерулонефритке байланысты нефрологиялық бөлімшесінде тексерілуде. Қанда п-АНЦА анықталған, ол клиникалық хаттама бойынша ең жиі келесі ауруында анықталады:

<variant>Вегенер гранулематозында

<variant>Түйінді полиартериитте

<variant>Черджа-Стросс синдромында

<variant>Микроскопиялық полиартериитте

<variant>Бейспецификалық аортоартериитте

<question>Клиникалық хаттама бойынша мөлшері 2 мг/кг тамыр ішілік иммуноглобулинмен плазмаферез келесі ауру кезінде тиімді қолдану:

<variant>Черджа-Стросс синдромы

<variant>Вегенер гранулематозы

<variant>Түйінді полиартериит

<variant>Микроскопиялық полиартериит

<variant>Бейспецификалық аортоартериит

<question>40 жастағы науқас ұзақ жылдар бойы поллинозы бар. Тұншығу ұстамасына байланысты госпитализацияланған. Рентгенде – оң өкпенің жоғарғы бөлігінде инфильтрат. Клиникалық хаттама бойынша осы ауруға тән зертханалық белгі:

<variant>Эозинофилия

<variant>Лейкоцитоз

<variant>ЭТЖ жоғарлауы

<variant>Гипокомplementемия

<variant>Лимфоцитоз

<question>2 жыл ішінде, деңгейі жоғары артериальды гипертония аясында миокард инфарктісін және 12-і иелі ішектің ойық жарасымен байланысты асқазан-ішек жолдарының қан кетуі болған 28 жастағы науқаста кенеттен тұншығу ұстамасы пайда

болды. Ұстама кілегейлі қақырықпен жөтелмен сипатталады. Қарап тексергенде: арықтаған, аяқ табандарындағы сезімталдығының симметриялық бұзылысы. Қан анализінде: лейкоцитоз $26 \times 10^9/\text{л}$, т/я 2%, сегм/я 52%, эоз 18%, мон 4%, лимф 24%; креатинин деңгейі қалыпты. Зәр анализінде ақуыз 1,26%. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

<variant>Черджа-Стросс синдромы
<variant>Вегенер гранулематозы
<variant>Түйінді полиартериит
<variant>Микроскопиялық полиартериит
<variant>Бронхтық демікпесі

<question>30 жастағы науқас ұстамалы ақсақтыққа шағымданады. Анамнезінде аяқтарында беткейлі тромбофлебит, Рейно феномені. 8 жыл бойы темекі шегеді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>облитерациялайтын тромбангиит
<variant>бейспецификалық аортоартериит
<variant>аяқ тамырларының атеросклерозы
<variant>полинейропатия

<variant>диабеттік макроангиопатия
<question>45 жастағы А. деген науқас бөлімшеге оң тобықтың жіті артрит ұстамасымен келіп түсті. Ұстама таңертеңгі уақытта, кенеттен басталған.

Дене температурасының $37,5^\circ\text{C}$ дейін жоғарылауымен бірге. Буын аймағы ісінген, гиперемияланған, ауырсынумен. Осындай ұстама плюснефалангоаралық буының зақымдануымен бір ай алдын болған, өздігінен басылған еді.

Клиникалық хаттама бойынша негізгі диагностикалық әдістерге кіреді:

<variant>қан сарысуындағы зәр қышқылының концентрациясын анықтау, рентгенологиялық зерттеу
<variant>рентгенологиялық зерттеу, ревматоидты факторды анықтау

<variant>жалпы қан және несеп талдауы
<variant>рентгенологиялық зерттеу, жалпы қан және несеп талдауы
<variant>буынның пункциясы, синовиальдық сұйықтықты зерттеу мақсатында

<question>Жүйелі склеродермия диагностикасындағы маңызды зертханалық көрсеткіші.

<variant>қанда оксипролин деңгейі
<variant>комплемент титрі
<variant>қан сарысуында LE – клеткалар саны
<variant>қан сарысуында КФК деңгейі
<variant>эритроциттердің тұну жылдамдығы
<question>Подагралық артрит кезінде бірінші болып зақымдалатын буын.

<variant>1- ші табан-фалангалық
<variant>жамбас
<variant>тізе
<variant>білезік
<variant>иық

<question>20 жастағы науқас, тұмаудан кейін пада болған сол жақ тізе буынының ауыру сезіміне шағымданады. Қарап тексергенде сол жақ тізе, буынының пішіні өзгерген, гипертермия, пальпация кезінде ауырсынуы. Қанда: эритроциттер - $4,6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 120г/л, эритроциттердің тұну жылдамдығы – 25 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>реактивті артрит
<variant>ревматикалық артрит
<variant>ревматоидты артрит
<variant>псориаздық артрит
<variant>септикалық артрит
<question>45 жастағы ер адам дәрігерге келесі шағымдармен қаралды: дене қызуының жоғарлауы, миалгия, полиартралгия, құлақ қалқанының қызарып, үлкеюі, есту қабілетінің төмендеуі, мұрынның ісініп, ауырсынуы, дауысының қарлығыуы, енгігу. Ауырғанына 1 апта болды. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>Қайталамалы полихондрит
<variant>Шарп синдромы
<variant>Шегрен ауруы
<variant>Ревматикалық полимиалгия
<variant>Дерматомиозит
<question>Құлақ маңы безі аумағындағы түйінің пайда болуына; соңғы 5-6 апта ішінде ауызының құрғауы, көзінде бөгде дененің болуы сезімі, жарықтан қорқу, кезінде жастың болмауы; субфебрилитет, кезеңді полиартралгия шағымдары бар 48 жастағы әйел адамның диагнозы.

<variant>Шегрен ауруы
<variant>Шарп синдромы
<variant>Фелти синдромы
<variant>Уиппл ауруы
<variant>Такаясу ауруы
<question>40 жастағы науқас қолдарының ұсақ буындарының ауырсынуына және ісінуіне шағымданады. ЭТЖ 30 мм/сағ, зәр қышқылы 0,56 ммоль/л. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>Подагралық полиартрит
<variant>Екіншілік остеоартроз
<variant>Создық олигоартрит
<variant>Рейтер ауруы
<variant>Туберкулезді артрит
<question>Қан анализінде анықталатын антифосфолипидті синдромға тән өзгерістер:
<variant>ЭТЖ жоғарлауы, шамалы тромбоцитопения, кейде гемолитикалық анемия, лейкоцитоз
<variant>Эритроцитоз, тромбоцитоз, кейде гемолитикалық анемия, ЭТЖ жоғарлауы
<variant>Темір тапшылық анемия, тұрақты лейкоцитоз, тромбоцитоз
<variant>Эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы, лейкоцитоз

<variant>Гипорегенаторлы анемия, лейкопения, тромбоцитопения

<question>Ревматоидты түйіндер орналасады:

<variant>периартикулярлы тіндерде

<variant>теріде

<variant>сіңірлерде

<variant>ішкі мүшелерде

<variant>сүйектерде

<question>Гудпасчер синдромы диагнозында қайсысын анықтау маңызды:

<variant>бүйрек базальді мембранасына айналымдық антиденелердің анықталуы

<variant>лейкоцитоз және эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы

<variant>жедел фазалық белоктарды

<variant>теміртапшылық анемияны

<variant>қанда креатининнің жоғарлауы

<question>1. Науқас, жасы 52, жүректің ревматикалық ақауы, сол қарыншалық жеткіліксіздігі клиникасымен. Қарап тексергенде:

Боткин нүктесінде және төстің оң жағынан екінші қабырға аралықтағы систолалық және диастолалық шу.

Систолалық шу дөрекі, ұйқы артериясына дейін естіледі, пальпация кезінде төстің оң жағынан екінші қабырғааралықта систолалық діріл анықталады.

I және II тон әлсіреген. Аортальдық қақпашасының жеткіліксіздігін дәлелдейтін белгі:

<variant>Диастолалық шу

<variant>Систолалық шу

<variant>Төстің оң жиегінің екінші қабырғааралықта систолалық діріл

<variant>II тонның әлсіреуі

<variant>I және II тонның әлсіреуі

<question>Геберден түйіндері бұл:

<variant>соңғы фалангалардың эпифиздерінің шеттік сүйектік өсінділері

<variant>буынның сүйектік негізіне, шеміршектер мен сіңірлерге зәр қышқылы кристаллдарының шөгуі

<variant>құрамында липиді бар гистиоциттермен және альп клеткалармен дерманың, синовий қабықшасының инфильтрациясы

<variant>тері асты клетчаткасының ошақты некрозы және созылмалы қабынуы

<variant>тері асты клетчаткасында, бұлшық еттерде кальций тұздарының шөгуі

<question>30 жастағы науқас 4 жыл бойы ревматоидты артритпен ауырады. Соңғы 6 ай ішінде лимфаденопатия, гепатоспленомегалия байқалады. Қанында: гемоглобин 85 г/л,

лейкоциттер 3×10^9 /л, ЭТЖ 34 мм/сағ., Ваалер-Розе реакциясы 1:128. Науқастың диагнозы.

<variant>Фелти синдромы

<variant>Созылмалы белсенді гепатит жүйелік белгілерімен

<variant>Жүйелі қызыл жегі

<variant>Остеоартроз

<variant>Стилл синдромы

<question>К. деген 50 жастағы науқас жүргенде күшейетін тізе буындардың (көбірек оң жақтағы) үнемі ауырсыну сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады.

Объективті: тізе буындарының пішіні өзгерген, периартикулярлы тіннің тығыздануы, оң тізесендегі гипертермия, сықырлау байқалады,, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған.

Дистальды саусақ аралық буындарда тығыз түйіндер мен саусақтардың шықпалары анықталды.

Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың., ЭТЖ 15мм/сағ.

СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы 1:8. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>остеоартроз реактивті синовитпен

<variant>ревматоидты артрит

<variant>псориаздық артрит

<variant>реактивті артрит

<variant>подагралық артрит

<question>Темір дәнекерлеуші болып жұмыс істейтін К. деген 19 жастағы науқаста, дене қызуы 39°C дейін жоғарылап, тамағының ауырсынуы, жөтел, бетінің қызаруы пайда болған.

Жоғарыдағы шағымдарды темір дәнекерлеу кезіндегі күйікпен байланыстырады. Өздігінен ампициллин, парацетамол қабылдаған. Осы симптомдардың өршуіне байланысты ауруханаға жатқызылған.

Объективті: бетінің гиперемиясы және ісінуі. Кеудесінде, арқасында эритематозды-папулезды бөртпелер. Лимфаденопатия. АҚҚ $150/90$ мм.с.б.б., ЖСЖ минутына 110 рет.

Гепатомегалия. Қанда: эритроциттер 3,2 млн., Нв 100 г/л, лейкоциттер 3 мың, ЭТЖ 40 мм/сағ. ЖЗА: белок 0,9 г/л, эритроциттер 1-8 көру аланында.

Сіздің диагнозыңыз.

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>дәрілік ауру

<variant>аллергиялық дерматит

<variant>жедел тонзиллит

<variant>агранулоцитоз

<question>Ұлпалардың жайылмалы зақымдануы салдарынан нефриттің гистологиялық суреті, «сым ілмек», фибриноидтық, гиалиндік тромбтар, ядроның патологиясы симптомдарымен сипатталатын қызба тән.

<variant>Жүйелі қызыл жегіге

<variant>Ревматоидты артритке

<variant>Крон ауруына

<variant>Түйінді полиартериитке

<variant>Созылмалы гломерулонефритке

<question>Л. деген 35 жастағы науқасты, 5 жыл бойы кеуде торшасының сол бөлігінің мен сол аяқ-қолында қолайсыз, тұйық ауырсыну сезімі мазалайды. Тері жабындыларындағы өзгерістер соңғы 3 жылда пайда болған. Объективті: денесінің сол жақ жартысы және сол аяқ-қолында қою-қоңыр түсті үлкен мөлшерлі, әртүрлі пішінді

теріден көтеріңкі, беті тегіс және жылтыр, жіңішке көкшіл-қызыл сызықпен сау тері жабындыдан шектелетін ошақтар бар. Ішкі ағзалар жағынан өзгерістер жоқ. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>лимфитирленген склеродермия

<variant>дерматомиозит

<variant>жүйелі қызыл жегі

<variant>псориаздық артропатия

<variant>жүйелі склеродермия

<question>Бехтерев ауруының диагностикалық критерийі:

<variant>Антиген HLA B 27

<variant>Ревматоидты фактор 1:32

<variant>LE-жасушалар

<variant>Антинуклеарлы антиденелер

<variant>Гиперурикемия

<question>Н. деген 20 жастағы науқас, жарты жыл бұрын тізе, сирақ буындарында ісіну және ауырсыну сезімімен емделіп, жақсарған. 1 ай бұрын кеуде торшасында, омыртқаның бел аймағында, сол жамбас-сан буындарында ауырсыну сезімдері пайда болған. Объективті: омыртқа бойымен ауырсыну. Сол жақ жамбас-сан және омыртқадағы ауырсыну сезіміне байланысты бүгү қимылдары қиындаған. Сол жақ бұғана-кеуде аймағының пішіні өзгерген. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>Анкилоздаушы спондилоартрит

<variant>Рейтер синдромы

<variant>Ревматоидты артрит

<variant>Рейтер ауруы

<variant>Остеохондроз, түбіршекті синдром

<question>В. деген 16 жастағы науқас қатты суықтаған соң есекжем, жамбас пен аяқ терісінде мономорфты симметриялық кей жерінде орталығы некроздалған папулезді-геморрагиялық бөртпелер пайда болып, дене қызуы 39°C жоғарылаған. 1 аптадан соң бел аймағында ауырсыну сезімі қосылған, зәрі күңгірттенген. Қанында: лейкоциттер 18 мың, ЭТЖ 54 мм/сағ, диспротеинемия, гиперфибриногенемия, Виллебранд факторы 3 есе жоғарылаған, криоглобулиндердің құрамы жоғарылаған, СИА тест-оң. Зәрінде протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>Криоглобулинемиялық васкулит

<variant>Тромбоцитопениялық пурпура

<variant>Виллебранд ауруы

<variant>Бехчет ауруы

<variant>Рандю-Ослер ауруы

<question>Т. деген 16 жастағы науқасты, вирусты инфекциямен ауырғаннан кейін, ірі буындарының ауырсынуы, субфебрилитет, басының ауыруы, бас айналуы, көздің көру өткірлігінің жедел төмендеуі, дене қызуының 38°C дейін көтерілуі,

дене салмағының төмендеуі мазалайды. Қарап тексергенде: жүрек шекаралары солға ығысқан, жүректің барлық нүктелерінде, мойын тамырларына, құрсақ қолқасына берілетін систолалық шу естіледі. Сол жақ шыбық артериясының пульсациясының бәсеңдеуі. АҚҚ оң қолында 230/130 мм с.б.б., сол қолда 150/130 мм с.б.б., аяқта 220/110 мм с.б.б. Көз түбі тамырлары өзгерген. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>бейспецификалық аортоартериит

<variant>жедел ревматикалық қызба

<variant>ревматикалық емес миокардит

<variant>алып жасушалық артериит

<variant>артериальды гипертония

<question>Оң патергиялық сынама диагноздық критеріі болып саналады.

<variant>Бехчет ауруының

<variant>Түйінді полиартерииттің

<variant>Шерген синдромының

<variant>Вегенер гранулематозының

<variant>Бейспецификалық аортоартерииттің

<question>Р. деген 65 жастағы науқас, басының қатты ауыру сезімі, әсіресе оң жағының, оң көзінің көру жітілігінің төмендеуі, иық бұлшықеттерінің ауырсынуы, жүдеуге шағымданады. Ауырғанына 3 жыл болған, Сосын оң жақ беттің ауырсынуы мен парастезия сезімі қосылған. Жағдайы ауыр, қолымен бетінің оң жақ бөлігін тіреп отыр. Самай артериясын сипап қарағанда тығыз, пульсациясы төмендеген, АҚҚ 140/70 мм с.б.б. Қанда: лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы. Окулист: көру жүйкесінің бөліктік атрофиясы. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>Хортон ауруы

<variant>Артериальды гипертония

<variant>Мидың ісігі

<variant>Омыртқа жотасының мойын бөлімінің остеохондрозы

<variant>Бейспецификалық аортоартериит

<question>Г. деген 45 жастағы науқас, аяқтарының әсіресе, оң аяғының басбармағының шыдатпай ауырсынуы, осы буынның ісінуі, терісінің қызаруы және дене қызуының 38С-ға дейін жоғарылауына шағымданады. Буындағы ауырсыну сезімі жаңа туфлимен ұзақ уақыт жүргеннен кейін мазалаған. Қарап тексергенде: оң аяқтың плюсне-фалангоаралық буын аймағы ісініп, қызарған, қозғалысы шектелген, құлақ қалқандарында – ауырмайтын диаметрі 2-4 мм сары түсті тері асты түйіндері. Қанда: лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ 30 мм/сағ. СРБ (++) , мочевина 15,0 ммоль/л. ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1014, эритроциттер 5-7 к/а, ураттар (+ ++). Сіздің диагнозыңыз.

<variant>подагралық артрит

<variant>ревматоидты артрит

<variant>остеоартроз

<variant>псориаздық артрит
<variant>реактивті артрит
<question>Ұзақ уақыт қантты диабетпен ауыратын 65 жастағы әйел, күніне 3 рет 2 таблеткадан адебит қабылдайды. Бір апта бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болған. Қабылдау бөліміне ессіз жағдайда жеткізілді, түскенше құсқан. Тері жабындылары құрғақ, бозарған. Ацетон иісі жоқ. Куссмауль тынысы. АҚҚ - 50/30 мм с.б.б. ЖЖЖ - 120 рет. мин. Қандағы қант 12 ммоль/л, зәрдегі қант 6%, сүт қышқылының деңгейі 2 ммоль/л. Дамыған кома түрі:
<variant>лактатацидозды
<variant>бауырлы
<variant>уремиялы кома
<variant>гиперосмолярлы
<variant>кетоацидозды
<question>Науқас 23 жаста, клиникаға ес - тұссыз жағдайда келіп түсті. Терісі құрғақ, бет ұшы қызарған «румянец». Ацетон иісі сезіледі. Куссмауль типті дем алу. АҚҚ сынап бағанасы бойынша 130/90 мм. ТЖ минутына 102 рет. Қандағы қант деңгейі 28,4 ммоль/л, зәрде 6 %, ацетон реакция «оң» мәнді. диагноз:
<variant>кетоацидозды кома;
<variant>бүйректік кома;
<variant>уремиялық кома;
<variant>гиперосмолярлы кома;
<variant>гиперлактацидті кома.
<question> Науқас жайылмалы уытты жемсау, 2 ауырлық сатысы диагнозымен, мерказолил 10 мг күніне 3 рет, обзидан 20 мг күніне 3 рет, фенозепам 1 мг 2 рет күніне ем қабылдауда. Жүргізілген терапия фонында жағдайы жақсарды, бірақ айқын лейкопения дамыды. Лейкопенияның даму себебі:
<variant>Мерказолил
<variant>Фенозепам қабылдағаннан
<variant>Обзиданның дазасының жағры болуы
<variant>Аурудың одан әрі дамуы
<variant>Аурудың ауырлығы
<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. Сіздің диагноз:
<variant>Иценко-Кушинг синдромы;
<variant>Семіздік;
<variant>Гломелуронефрит. СБШ;
<variant>Біріншілік альдостеронизм;
<variant>Гипертония ауруы.
<question> 45 жастағы семіз әйелде диспансерлік қарау кезінде аш қарында гликемия 9,2 ммоль/л,

глюкозурия 3%, зәрде ацетон «теріс». Туған ағасы қант диабетімен ауырады. Науқаста диабеттің қай түрі:
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип)
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелді (1-й тип)
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип), инсулин талап ететін фаза
<variant>қант диабеті 2 – тип жас адамда (MODY)
<variant>екіншілік қант диабеті
<question>Науқас 17 жаста, дене салмағының жоғарылауына, бір жыл бойы менструация циклінің бұзылуына шағымданады. Сүт бездерінің, ішінің, санының терісінде қошқыл 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. диагноз:
<variant>Иценко-Кушингауруы
<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. диагноз:
<variant>Феохромоцитома
<variant>Кона синдромы
<variant>Иценко-Кушинг синдромы
<variant>Эссенциальды артериялық гипертензия
<variant>Екіншілікті гиперальдостеронизм
<question>Дене салмағы артық 50 жастағы әйелде ашқарынға гликемия деңгейі екі рет жоғары болған 6,9 и 7,2 ммоль/л. Диагноз:
<variant>Қант диабеті 2 тип
<variant>Семіздік
<variant>Қант диабеті 1 тип
<variant>Ашқарынға гликемияның бұзылуы
<variant>Глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы
<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. Диагноз:
<variant>Жітілеу тиреоидит
<variant>Диффузды токсикалық зоб

<variant>Фиброзды тиреоидит
<variant>Аутоиммунды тиреоидит
<variant>Іріңді жіті тиреоидит
<question> 19 жасар науқас стационарға көп ретгі құсу синдромымен жеткізілді. Бұрын тәбетінің төмедеуін, нәжісінің сипатының өзгерісін, салмағының төмендегенін байқаған. Анамнезінде туберкулез басынан өткерген. Эскикоздың 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 қалай бағалауға 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 диагнозы:
<variant>Пубертатты-жасөспірімдік диспитуитаризм
<variant>Микропролактинома
<variant>Абдоминальды семіздік
<variant>Иценко-Кушинг ауруы
<variant>Морбидтті семіздік
<question> Диффузды токсикалық зобпен науқас мерказолилді 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>мерказолилдің жағымсыз әсері
<variant>фенозепамның жағымсыз әсері
<variant>обзиданның жағымсыз әсері
<variant>арудың ауырлық дәрежесі
<variant>арудың 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 10x9/л, қандағы қант мөлшері - 8,4 ммоль/л, қанның ұю уақыты - 2 минут. Жалпы несеп анализінде өзгерістер жоқ. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>Феохромоцитома
<variant>Конн ауруы

<variant>Иценко-Кушинг ауруы
<variant>I типті қантты диабет
<variant>II типті қантты диабет
<question> 62 жаста науқаста селқостық, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, бетінің ісінуі, салмағының артуы, көздің тарылуы, қабақтарының түсуі, брадикардия және айқын гиперхолестеринемия байқалады. Сіздің диагноз:
<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.
<variant>Эндемиялық зобтың түйінді түрі
<variant>Хашимото ауруы
<variant>Диффузды токсикалық зоб
<variant>Біріншілік гипотиреоз
<variant>Ридель тиреоидиті
<question> 16 жастағы қыз, айқын семіздігі бар (салмағы-116 кг, бойы-172 см). Етеккірі ретсіз, басының ауыруы, санының терісінде жіңішке ақшыл қызыл жолақтар бар, артық салмақ 5 жылдан бері. Диета сақтамайды. АҚҚ – 160/100 мм.с.б. Сіздің диагноз
<variant>Пубертатты-жас өспірімдік диспитуитаризм
<variant>Микропролактинома
<variant>Семіздік
<variant>Иценко-Кушингауруы
<variant>Иценко – Кушинга синдромы
<question> 60 жастағы әйел, шөлдеуге, полиурияға, арықтауға, ішнің ауырсынуына, түнгі мезгілдегі тершендікке шағым айтады. АҚҚ 185/105 мм.с.б.тең, 10 мг тропafen енгізгеннен кейін АҚҚ 70/40 мм.с.б. төмендеді. Тәуліктік экскреция вкм зәрде-50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Сіздің диагноз
<variant>Феохромоцитома
<variant>Климактериялық невроз
<variant>Иценко-Кушинга ауруы
<variant>Иценко – Кушинга синдром
<variant>Веgeto- тамырлық дистония
<question>Гестозды диабет деген ұғымға анықтама:
<variant>жүктілік кезде пайда болып, босанғаннан кейін де жалғасатын қант диабеті

<variant>салыстармалы жағдайда инсулин жетіспеушілігімен жүретін қант диабеті
<variant>жүктілік кезде пайда болып, босанғаннан кейін болмайтын қант диабеті
<variant>2 типті қант диабеті төңірегінде дамиды
<variant>глюкозаға төзімділіктің бұзылысы
<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 себебі:
<variant>Феохромоцитома
<variant>Эссенциальды АГ
<variant>Конн синдромы
<variant>Иценко-Кушинг ауруы
<variant>Пейдж синдромы
<question> 18 жастағы жасөспірімде салқын тиіп ауырғаннан кейін шөлдеу, полиурия, жалпы шаршағыштық пайда болды. Қанда қант 16 ммоль/л, зірде 5%, зірде ацетон анықталады. Науқаста диабеттің қай түрі:
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелді (1-й тип)
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип)
<variant>қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип), инсулин талап ететін фаза
<variant>қант диабеті 2 – тип жас адамда (MODY)
<variant>екіншілік қант диабеті
<question> 45 жастағы семіз әйелде диспансерлік қарау кезінде аш қарында гликемия 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, зәрде ацетон «теріс». Туған ағасы қант диабетімен ауырады. Науқаста диабеттің қай түрі:
<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип)
<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелді (1-й тип)
<variant> – қант диабеті инсулинге тәуелсіз (2-й тип), инсулин талап ететін фаза
<variant> – қант диабеті 2 – тип жас адамда (MODY)
<variant> – екіншілік қант диабеті
<question>Қант диабетімен ауыратын науқаста тканьдік гипоксия белгісі бар болса (анемия, тыныс жетіспеушілігі және т.б./ бигуанидтерден қандай жағымсыз әсер күтуге болады:
<variant>кетоацидоз
<variant>полиурияның күшеюі
<variant>лактацитоз
<variant>агранулоцитоз
<variant>холестазды сарғаю

<question>Науқаста струмэктомиядан кейін Хвостека, Труссо симптомдары пайда болды. Сіздің диагноз:
<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 себебі:
<variant>Кимельстиль – Вильсон синдромы
<variant>Созылмалы пиелонефрит
<variant>Созылмалы гломерулонефрит
<variant>Эссенциальдық гипертензия
<variant>Бүйрек артериясының стенозы
<question>Қант диабетті науқаста шөлдеу, полиурия, жағдайының тез нашарлауы, қандағы қант 19,6 ммоль, зәрінде ацетон, аузынан ацетон иісі байқалады. Сіздің диагноз:
<variant>кетоацидозды кома
<variant>гиперосмолярлы кома
<variant>гипогликемиялық кома
<variant>гиперлактацидемиялық
<variant>уремиялық кома
<question> Науқас 65 жаста, ұзақ уақыт қант диабетімен қаралды.күніне 2 табл. Адебит Зрет қабылдаған.Бір жұма бұрын тұмаудан кейін жөтел пайда болды.Түскенге дейін құсу болды.Қабылдау бөліміне ессіз жеткізілді.Терісі құрғақ,бозғылт,дем шығаратын ауада ацетон иісі жоқ.Куссмауль тынысы.АҚ 50/30мм с б ,ЖЖЖ 120мин.Қандағы қант12ммоль/л,зәрде қант 6%,сүт қышқылы 2 ммоль/л.Сіздің диагнозыңыз:
<variant>II типті қант диабеті,лактатацидоздық кома
<variant>II типті қант диабеті,кетоацидозды кома
<variant>II типті қант диабеті, гиперосмолярлы кома
<variant>Уремиялық кома
<variant>Бауырлық кома

<question>Қабылдау бөліміне қант диабетімен учетта тұрған 60 жастағы науқас ессіз жеткізілді. Соңғы екі күн құсып, көп реттік сұйық нәжіс, тырысулар. Қарағанда: науқас ешқандай тітіркендіргішке жауап бермейді. Қарашықтары ұлғайған. Терісі құрғақ, тургоры төмен. Көз алмалары жұмсақ, ТЖ 22 мин, АҚ 60/40 мм с б, ЖЖЖ 110 мин. Қанда эритроциттер-6,5 млн., лейкоциттер-12,8 мың., СОЭ-8 мм/сағ. Қан қанты-65 ммоль/л. Бұл коматозды жағдай дамуына әсер ететін фактор:

<variant>Ағза сусыздануы

<variant>Гипоксия

<variant>Бүйрек функциясының жетіспеушілігі

<variant>Көмірсулар қабылдау жетіспеушілігі

<variant>Интоксикация

<question>Жайылмалы уытты жемсау дегеніміз:

<variant>Қалқанша безінің жайылмалы ұлғаюы мен қызметінің күшеюімен сипатталатын, генетикалық бейімділігі бар адамдарда қалқанша безінің аутоиммунды ауруы

<variant>Қалқанша бездегі аутоиммунды генезді созылмалы қабыну процесі.

<variant>Автономды түрде тиреоидты гормондарды өндіретін түйіннің (аденома) болуымен және қалқанша безінің қалған бөлігінің гипоплазиясы мен қызметінің төмендеуімен сипатталатын ауру

<variant>Қалқанша безінің қызметінің төмендеуімен не толық тоқтауымен сипатталатын гетерогенді синдром

<variant>Йод тапшылығының әсерінен дамиды қалқанша безінің ұлғаюы

<question>48 жастағы науқас әйел қабылдау бөліміне ессіз күйде келіп түсті. Анамнезінен қант диабетімен 8 жылдан бері ауырады. Жағдайының нашарлауы соңғы 2 күнде. Қарау кезінде тынысы қатты, Куссмаул тынысы, тыныс шығарғанда ацетон иісі сезіледі. Тері жамылғысы құрғақ, тілі, ерні құрғақ. Көз қарашықтары тарылған. Тамыр соғысы жіп тәрізді, АҚҚ 80/50 мм с.б. қандағы қант 30 ммоль/л жоғары. Дұрыс жауабын атаңыз

<variant>Гиперкетонемиялық прекома

<variant>Гипогликемиялық кома

<variant>Жедел бас ми қанайналысының бұзылысы

<variant>Гиперлактацидемиялық кома

<variant>Гиперосмолярлық кома

<question>42 жастағы науқас әйел терапевтке мына шағымдармен келді: жалпы әлсіздік, тері жамылғысының қатты құрғауы, шашының түсуі, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, дауысының жуандауы, ұйқышылдық. Қарау кезінде науқас адинамиялық, терісі құрғақ, кей жерлерінде қабыршақталған. Беті ісіккі, аяқ-қолдары ісінген. Жүрек тондары тынықталған, ырғағы дұрыс. АҚҚ

– 80/50 мм с. б. Пульс – 50 соққы минутына.

Сіздің диагнозыңыз

<variant>Гипотиреоз

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Айқын жүрек шамасыздығы

<variant>Семіздік

<variant>Гипертиреоз

<question> 23 жастағы науқас 1,5 ай бойы қарқынды диареяға, дене қызуы 38,5°C жоғарылауына, осы уақытта дене салмағының 10 кг кемуіне, жүдегеніне, қолтықасты және шап лимфа түйіндерінің ұлғаюына шағымданып дәрігерге қаралды. Бір апта бұрын пневмоцисті пневмония диагнозымен ем қабылдаған. Сіз болжаған диагноз:

<variant>Ішек туберкулезі

<variant>Жүре пайда болған иммунитет

тапшылығы синдромы

<variant>Бейспецификалық ойық жаралы колит

<variant>Крон ауруы

<variant>Целиакия

<question> 45 жастағы науқас С., арқаға таралатын іштің жоғарғы бөлігінде қарқынды ауырсынуға, метеоризмге, диарея дамуына, жарты жылда 4 кг салмағының кемуіне шағымданды. Объективті: іші жұмсақ, Шоффар, Губергриц аймақтарында, сол қабырға-омыртқа бұрышында ауырсыну байқалады. ҚЖА: лейкоциттер - 7,5x10⁹/л, ЭТЖ - 22 мм/с. Несепте амиллаза - жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес дәлелді копрологиялық критерий:

<variant>Нейтралды майлар

<variant>Крахмал

<variant>Майлы қышқылдар

<variant>Қорытылмаған целлюлоза

<variant>Йодофилді флора

<question>Диареясы, метеоризмі, ішінің ұстамалы ауырсынуы бар науқастың копрологиялық зерттеуінде анықталды: үлкен дәреті сұйық, гомогенді, сары түстес, эпителиалдық клеткалар, майлы қышқылдардың кристалдары, ерігіш белоктар бар. Науқаста дамыған синдром:

<variant>Энтералды синдром

<variant>Бауыр жетіспеушілігі

<variant>Өт бөлудің жетіспеушілігі

<variant>Дисталды-колиттік синдром

<variant>Илеоцекалық синдром

<question> Әйел К. 57 жаста, қантты диабетпен ауырады. Пневмонияға байланысты ем қабылдап жатқан кезінде қалтырау және су тер шығуымен жүретін дене температурасының 39°C дейін жоғарлауы байқалды. ТАЖ 32 рет/мин, ЖСЖ 108 рет/мин. Қанда: лейкоциттер 18x10⁹/л, таяқшадары 14, сегментядары 52, лимфоциттер 34, ЭТЖ 48 мм/сағ. Қанында алтын стафилококк анықталған. Эхокардиография зерттеуінде

қақпашалар қалыпты. Науқастың диагнозы, дамыған асқынуы:

<variant>Ошақты пневмония, сепсис

<variant>Ошақты пневмония, жұқпалы эндокардит

<variant>Ошақты пневмония, инфекциялық токсикалық шок

<variant>Ошақты пневмония, абсцестену

<variant>Ошақты пневмония, жіті респираторлы дистресс-синдромы

<question> 49 жастағы науқасты күніне 50 мл дейін шырышты ірінді қақырық бөлінуімен жөтел, дене қызуы 38°C дейін көтерілуі, енгігу мазалайды. Алғаш рет 6-7 жыл бұрын ауырған, соңғы 2 жыл өршу кезеңі жылына 3-4 ретке дейін жиіленген. Өкпесінде тынысы әлсіреген, өкпенің барлық алаңында құрғақ және әр түрлі калибрлі ылғалды сырылдар естіледі. диагноз:

<variant>Созылмалы ірінді бронхит

<variant>Пневмония

<variant>Өкпе туберкулезі

<variant>Бронхоэктазия ауруы

<variant>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<question> Аураhanaға түскен 48 жастағы науқаскүніне 5-6 рет болатын тұншығу ұстамасына, көпіршікті кілегейлі қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге, әр түні тұншығу ұстамасызмазалайтынына шағымайтады. Тексеру нәтижесінде ТАЖ 28 рет/мин, пиктік шығару жылдамдығы 53 % анықталды. диагнозы:

<variant>Бронх демікпесі, ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІІ

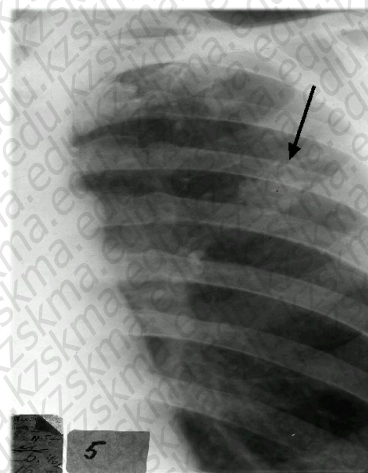
<variant>Созылмалы обструктивті бронхит, өршу кезеңі, ТЖІІ

<variant>Бронх демікпесі, орташа ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІІ

<variant>Созылмалы обструктивті бронхит 3 сат., өршу кезеңі, ТЖДН ІІІ

<variant>Бронх демікпесі, ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІ

<question> Пациент 38 жаста, кезекті диспансерлік қараудан өту барысында рентгенограммдасол жақ өкпенің жоғарғы бөлігінде диаметрі 3 см, интенсивтілігі жоғалаған, анық контуры бар дөңгелек көленке табылды (фото).



Қандай патология

<variant>Туберкулома

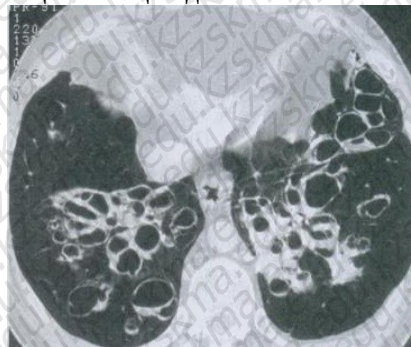
<variant>Метастаздық ошақ

<variant>Өкпе аспергиломасы

<variant>Пневмония

<variant>Саркоидоз

<question> Әйел 37 жаста, ұзақ уақыттан бері таңертең және дене қозғалысынан, кеудесі иілгеннен кейін ірінді қақырық бөлумен жүретін жөтел мазалайды. Компьютерлік томографияда цилиндрлік және қапшық тәрізді бронхтардың кеңеюі анықталды.



диагнозы

<variant>Бронхоэктаздық ауру

<variant>Өкпенің оликистозы

<variant>Өкпенің альвеококкозы

<variant>Фиброзирлеуші альвеолит

<variant>Өкпенің көптеген абсцессі

<question> Өкпелік қан қақыру клиникасымен абақтыдан ер кісі жеткізілді. Тері жамылғылары бозғылт-сұр, өкпесінде әр түрлі гуілдеген және түрлі калибрлі ылғалды көптеген сырылдар естіледі. Рентгенограмма берілген.



Клиникалық хаттама бойынша диагнозды дәлелдеу үшін тиімді зерттеу:

<variant>Грамм-теріс қышқылға төзімді
бациллаларды анықтау
<variant>Қақырықта атипиялық
жасушаларды анықтау
<variant>Сыртқы тыныс алу функциясы
<variant>Паратрахеальды лимфа түйіндердің
пункциясы
<variant>Өкпенің компьютерлік томографиясы
<question>Себебі белгісіз қызбасы бар
науқастарда диагнозды верификациялау үшін
келесі қадамынан бастау керек:
<variant>жұқпалы ошақтар немесе
генерализацияланған үрдісті верификациялаудан
<variant>қатерлі ісіктерді жоққа шығаруға
бағытталған зерттеулерден
<variant>дәнекер тінінің жүйелі ауруларды жоққа
шығарудан
<variant>лейкоздардың диагностикасынан
<variant>жамбас ағзалардың ауруларының жоққа
шығарудан
<question>46 жастағы науқаста 3 ай алдын
дерматомиозит үдемелі ағымымен
диагностикаланған (параорбитальды күлгін ісіну,
бұлшықеттерінің әлсіздігі, дисфагия, ЭТЖ 40
мм/сағ). Тәулікте 20 мг преднизолон қабылдауы
ешқандай әсер көрсеткен жоқ. Резистенттіліктің
себебі:
<variant>преднизолонның мөлшері жеткіліксіз
<variant>қате диагноз
<variant>инфекция
<variant>стероидты терапияның асқынуы
<variant>ісік
<question>22 жастағы науқас, спортшы, дене
температурасының 39°C дейін жоғарлауы, қалтырау,
аздаған физикалық жүктемедегі енгігу, тәбетінің жоқ
болуы шағымдарымен стационарға жатқызылды.
Ауырғанына 1 ай болды. Қарап тексергенде: тері
жамылғылары сарғыш, бозғылт, аяқтарында
петехиальды бөртпелер. Өкпесінде төменгі
бөліктерінде шамалы ылғалды сырылдар бар. Жүрек
тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систоальық
шу. ЖСЖ 106 рет минутына, АҚҚ 120/40 мм сын.б.б.
Бауыры қабырға доғасынан 5 см төмен, пальпацияда

ауырсынады. Аяқтарында ісінулер. Келесі ауруды ойлауға болады:

<variant>жұқпалы эндокардитті

<variant>миокардитті

<variant>пневмонияны

<variant>бауыр циррозын

<variant>ревматикалық кардитті

<question>32 жастағы әйел профилактикалық тексеруге келді. Шағымдары: әлсіздік, тез шаршағыштық, физикалық жүктеме кезіндегі енгігу, аяқтарында кешке қарай болатын ісінулер.

Анамнезінде: жіті ревматикалық қызба полиартрит және эндокардит көрінісімен 14 жасында ауырған. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғылары таза, бозғылт. Аяқтарында ісінулер. Жүрек тондары тұйықталған, дөрекі пансистоальық шу естіледі. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>жүректі доплермен ультрадыбыстық зерттеуге жолдау

<variant>динамикада бақылау

<variant>ревматологтың кеңесіне жолдау

<variant>кардиохирургтың кеңесіне жолдау

<variant>антибиотик және фуросемидты

тағайындау

<question>42 жастағы науқаста: ЖСРА,

қосарланған митральды ақау, жиі болатын қарыншалық экстрасистолия. ЖЖ II В сат.. 20 жылдай ауырады. Дигоксин 0,25 күніне 2 рет, гипотиазид 50 мг/тәул., тромбоас 50мг/тәул., кордарон 0,2 күніне 2 рет қабылдаған. 5-і күні жүрек айну, құсу пайда болды, енгігу үдеді. ЖСЖ 46 рет минутына, қарыншалық экстрасистолия, АҚҚ 140/80 мм сын.б.б. Жағдайының нашарлау себебі:

<variant>жүрек гликозидтердің мөлшері шектен тыс болуы

<variant>аурудың қалыпты ағымы

<variant>бауырдың дәрілік зақымдануы

<variant>гипотиазид әсерінің төмендеу

<variant>артериальдық қан қысымының жоғарлауы

<question> 45 жастағы Г. деген науқас, ЖСРА,

қосарланған митральды ақауы бойынша

митральды қақпашасының протездеуден кейін,

варфарин 2,5 мг күніне 2 таблеткадан

қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша

дәрінің мөлшері келесі зертханалық көрсеткішке қарай реттеледі:

<variant>МНО

<variant>АЧТВ

<variant>Протромбиндік индекс

<variant>Фибриноген

<variant>Қан ұю уақытты

<question>Жұқпалы эндокардитті бар науқас,

антибиотиктерді қабылдау аясында

температурасы қалыптыға дейін түсті, бірақ

жүрек жеткіліксіздігінің көрінісі үдеді. Науқас

жүрек гликозидтері мен диуретиктерді қабылдайды. Пульсі 112 рет/мин. АҚҚ 140/20 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>Хирургиялық емге жолдау
<variant>Антибиотиктердың дозасын жоғралату
<variant>Плазмозферез жүргізу
<variant>Диуретиктердың дозасын жоғралату
<variant>Ангиотензин алмастырушы ферментінің ингибиторларын қосу

<question>Науқас 47 жаста, 3 жыл алдын суық тигізгенен кейін қол саусақтар буындарының ауырсынуы және ісінуі пайда болған. Ауырсыну азайғанан кейін таңертенгі құрысулар және басқа буындар қосылған. Ревматоидты артрит диагнозы қойылып диклофенак тағайындалды. 8 айдан соң аурудың белсенділігі аздап төмендеген, бірақ басқа буындардың қосылғаны және рентгенде қол буындарының сүйек-шеміршектің деструкциясы байқалған. Клиникалық хаттама бойынша сіздің емдеу амалыңыз:

<variant>базистық препаратты қосу
<variant>емін диклофенакпен ары қарай жалғастыру
<variant>диклофенакты осы топтын басқа дәріге ауыстыру
<variant>глюкокортикостероидты тағайындау
<variant>қосымша физиоөмді тағайындау
<question>2 жыл көлемінде, ревматоидты артритпен ауыратын науқас, метотрексатты қабылдайды. Өт-тас ауруы бойынша жоспарлы отаға дайындалуда. Метотрексатқа қарасты тактика:

<variant>препаратты отадан 1 апта алдын және 1 апта кейін тоқтату
<variant>метотрексатты қабылдауды тоқтатпау
<variant>метотрексатты преднизалонға ауыстыру
<variant>метотрексаттың дозасын жоғарлату
<variant>препаратты 2-3 айға тоқтату
<question>Ревматоидты артритпен ұзақ жылдар бойы ауыратын науқаста зәрде 4,5 г/л протеинурия анықталды. Клиникалық хаттама бойынша науқаста дамыған асқыну:

<variant>бүйрек амилоидозы
<variant>созылмалы пиелонефрит
<variant>созылмалы гломерулонефрит
<variant>интерстициальды нефрит
<variant>созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі
<question>7 жыл ревматоидты артритпен ауыратын М. есімді, 42 жастағы науқас. Бір жылдан бері өздігінен базисты препараттарды қабылдауын тоқтатқан. Дәрігерге ауызының және көзінің құрғауы болғанына шағымданады. Қарап тексергенде: жақ асты аймағында ісінуі ауырсынумен. Клиникалық хаттама бойынша науқаста дамыған асқыну:

<variant>Шегрен синдромы

<variant>Фелти синдромы
<variant>Жүйелі амилоидоз
<variant>Стилл синдромы
<variant>Жүйелі остеопороз
<question>Клиникалық хаттама бойынша дерматомиозиттың емінде көрсетілген цитостатиктердың таңдаулы препараты
<variant>метотрексат
<variant>циклоспорин А
<variant>азатиоприн
<variant>циклофосфан
<variant>хлорбутин
<question>Клиникалық хаттама бойынша Идиопатиялық дерматомиозиттың ажыратпалы диагностикасын бірінше кезекте келесі ауруымен жүргізу керек:

<variant> ісік салдарынан дерматомиозитпенен
<variant>қатерлі миастенияменен
<variant>ревматикалық полимиалгияменен
<variant>дәрілік миопатияларменен
<variant>созылмалы алкоголизм кезіндегі токсикалық миопатияларменен
<question>Дәрігерге 67 жастағы қария келесі шағымдармен келді: дененің жоғарғы бөлігінде әлсіздік, соңғы ай ішінде иық аймағының бұлшықеттерінің ауырсынуы мен сіресу, субфебрильды температура және салмағының азаюы. Қарап тексергенде: мойын және иық аймағының бұлшықеттерінің пальпация кезінде ауырсынуы байқалады. Қанда: лейкоциттер 7 мың, эритроциттер 3 млн., ЭТЖ 40 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>ревматикалық полимиалгия
<variant>қатерлі ісік
<variant>фибромиалгия синдромы
<variant>полимиозит
<variant>жұқпалы ауру
<question>Дәрігерге 58 жастағы әйел денесінің жоғарғы бөліктеріндегі әлсіздік, соңғы ай ішіндегі иық, арқа аймағының бұлшықеттерінің азаңғы уақытта болатын ауырсынуы мен сіресулер, салмағының азаюы және дене температурасының жоғарлауы шағымдарымен дәрігерге келді. Қарап тексергенде: мойын, иық, арқаның жоғарғы аймақтарының бұлшықеттерінің пальпациясы кезінде ауырсынуы. Қанда: лейкоциттер $6,5 \times 10^9$ /л, эритроциттер 3×10^{12} /л. ЭТЖ 45 мм/сағ. Келесі ауруы туралы ойлауға болады:
<variant>ревматикалық полимиалгия
<variant>қатерлі ісік
<variant>фибромиалгия синдромы
<variant>полимиозит
<variant>жұқпалы ауруы
<question>Дәрігерге 58 жастағы әйел денесінің жоғарғы бөліктеріндегі әлсіздік, соңғы ай ішіндегі иық, арқа аймағының бұлшықеттерінің азаңғы уақытта болатын ауырсынуы мен сіресулер,

салмағының азаюы және дене температурасының жоғарлауы шағымдарымен дәрігерге келді. Қарап тексергенде: мойын, иық, арқаның жоғарғы аймақтарының бұлшықеттерінің пальпациясы кезінде ауырсынуы. Қанда: лейкоциттер $6,5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциттер $3 \times 10^{12}/\text{л}$. ЭТЖ 45 мм/сағ.

Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>преднизолон 20 мг/тәул

<variant>мовалис 15 мг/тәул.

<variant>диклофенак және физиотерапиялық процедуралар

<variant>метотрексат 10 мг/тәул.

<variant>преднизолонмен антибактериальды терапияны қосып жүргізу

<question>42 жастағы Б. деген науқас, бір жыл бойы қолдарындағы құрысулардың үдеуі, жансыздануы, мұздауы, жұтынудың қиындауы, құрғақ жөтел, күштеме кезінде енгіуге шағымданады. Объективті: қол-аяғының терісі тығыздалған, мұздай, көкшіл. Өкпесінде тынысы әлсіреген, ылғалды сырылдар. Жүрек тондары түйықталған, ырғағы дұрыс. Қанда: эритроциттер 3,2 млн., гемоглобин 117 г/л, лейкоциттер 7,4 мың, ЭТЖ 38 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша антифиброзды терапия ретінде тағайындалады:

<variant>D-пеницилламин

<variant>Циклофосфамид

<variant>Азатиоприн

<variant>Курантил

<variant>Преднизолон

<question>35 жастағы Д. деген науқас жүйелі склеродермия бойынша ревматолог дәрігерде бақылауында тұр. Клиникалық хаттама бойынша D-пеницилламинді тағайындауға көрсеткіш:

<variant>терісінің тығыздалуының айқындылығының күшеюі

<variant>аурудың белсендік көрсеткіштерінің айқындылығы

<variant>антинуклеарлы фактордың титрі жоғарлауы

<variant>склеродермиялық бүйрек кризі

<variant>үдемелі өкпелік гипертензия

<question>35 жастағы Д. деген науқас жүйелі склеродермия диагнозымен ревматолог дәрігерде 10 жылдай бақылауында тұр. Зәрдің кезекті бақылау анализінде ақуыз 0,99 г/л, лейкоциттер 7-9 көру алаңында, гиалинді цилиндрлер 1-0 көру алаңында. Клиникалық хаттама бойынша көрсетілген таңдау препараты:

<variant>каптоприл

<variant>бисопролол

<variant>азатиоприн

<variant>преднизолон

<variant>сандимун-неорал

<question>42 жастағы науқас дәрігерге көрінуге келесі шағымдарымен келді: қол саусақтарының

мұздауы; терісінің түсінің өзгеруі, әсіресе ауа райының температурасы төмендеген кезде: алғашында ағарады, кейін цианоз және жұмсақ тіндердің ісінуі болады. Бұл шағымдардың мазалағанына 2 жылдай. Соңғы жарты жыл ішінде жұтынуының қиындауы, артралгия, кардиалгия пайда болған. Қарап тексергенде: беті амимикалық, терісі қатпарларға жиналмайды. Жүрек: шекралары қалыпты, тондары түтіккен, ырғағы дұрыс емес, систолалық шу, ЖСЖ 98 рет/мин., АҚҚ 100/60 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа преднизолонның тағайындау дозасы:

<variant>15-20мг/тәул.

<variant>1-2мг/кг

<variant>20-40 мг/тәул.

<variant>пульс-терапия

<variant>90-120 мг/тәул

<question>35 жастағы әйел жүктіліктің үшінші триместрі, бір ай алдын пайда болған бір жақтан ұршық буын аймағындағы ауырсынуына шағымданады. Ауырсыну сипаты: сыздап, үнемі, тыныштық жағдайда және жатқан кезде басылмайды. Жүргенде тұрақсыз, ауырсыну бігу және ішкі ротация кезінде. Рефлекстер қалыпты. Лабораторлық тестр ЭТЖ 50 мм/сағ., басқа көрсеткіштер өзгеріссіз. Жүргізу амал:

<variant>Ұршық буынының рентгенологиялық зерттеу Тыныштық пен ацетоменофенды тағайындау

<variant>Диагностикалық зерттеулерді жүргізбей, жүктілікті бақылау

<variant>Ауырсынуды басу үшін стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды тағайындау

<variant>Сан сүйек басынын остеонекрозын жоққа шығару мақсатында компьютерлік томография, магнитно-резонансты зерттеулерды тағайындау

<variant>Жүктілікті үзу, изотоптық сканирлеу

<question>Жүйелі қызыл жегі, жегілік нефрит белсенді ағымы бар, әйел балалы болғысы келеді. Тәулікте 20 мг преднизолонды қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша сіз оған ұсынасыз:

<variant>Аурудың белсенуінің жоғары ықтималдығына байланысты жүктілік қолайлы емес

<variant>Преднизолон мөлшерін жоғарлату. Осы жағдайда жүкті болуға болады

<variant>Жүктілік көрсетілген, бүйрек қызметі нашарлаған кезінде циклофосфамидты тағайындау

<variant>Емін ремиссияға дейін жалғастыру, содан соң жүктілікті жоспарлау

<variant>Жүктілік көрсетілген, бірақ жағдайы нашарлаған кезде жүктілікті үзу.

<question>Жегілік нефрит, ауыр дәрежелі, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің

терминальды сатысы бар 30 жастағы әйел бүйрек трансплантация жөнінде кеңес алуға жіберілген. Ол 5 жыл көлемінде гемодиализ қабылдайды. Қызыл жегі донорлық бүйрекке қауіпі бар деген ойда. Қауіпі туралы дұрыс тұжырым:

<variant>басқа аурулар кезінде де трансплантанты қабылдамау қауіпінің айырмашылығы жоқ
<variant>трансплантациядан кейін ЖҚЖ өршуі қауіпі жоғарлайды
<variant>люпус-нефриттың қайталануы қауіпі жоғары
<variant>трансплантациядан кейін 60% науқастар қайтыс болады
<variant>трансплантациядан кейін толық айығып кетеді

<question>25 жастағы науқас ЖҚЖ-мен ауырады, тәулікте 5 мг преднизалонды қабылдайды. Соңғы бірнеше жыл тұрақты ремиссия байқалады. Науқас балалы болғысы келеді. Клиникалық хаттама бойынша оған беретін ұсыныс:

<variant>Ремиссия (6 ай ұрықтанудан алдын) жүктілікті жоспарлаудың ең тиімді кезеңі
<variant>ЖҚЖ жүктілікке абсолюттық қарсы көрсеткіш
<variant>Жүктілікті жоспарлау алдын преднизалонды тоқтату
<variant>Толық айыққан соң жүктілікті жоспарлау
<variant>Жүктіліктің аясында преднизалон дозасын жоғарлату

<question>19 жасар, 3. есімді қыз-бала, ауырғанына 3 ай болды. Сол кезде иық және білезік буындарының ауырсынуы және құрысу сезімі, дене температурасының 38°C дейін жоғарлауы мазалаған. Қабылдаған антибактериальды терапияның әсері болмаған. Объективті: лимфаденопатия. Бетінде қанық эритема. Пульс 100 рет минутында, ырғақты. АҚҚ 120/70 мм сын.б.б. ЖҚА: гемоглобин 95 г/л, эритроциттер 4,2 млн, лейкоциттер 11 мың, ЭТЖ 37 мм/сағ. ЖЗА: ақуыз 5 г/тәул., лейкоциттер 6–8 к/а, эритроциттер 20–25 к/а, гиалинды цилиндрлер 3–5 к/а. Клиникалық хаттама бойынша келесі арнайы иммунологиялық зерттеу әдісін тағайындау қажет:

<variant>екіспиральды ДНК-ға антиденелер
<variant>циклдық цитрулинирленген пептидке антиденелер
<variant>топоизомеразаға антиденелер
<variant>антинуклеарлы цитоплазматикалық антиденелер
<variant>антицентромерды антиденелер

<question>29 жасар науқастың түскен кездегі шағымдары: буындарының ауырсынуы, қызба қалтыраумен, әлсіздік. 3 жыл алдын, босанудан кейін, әлсіздік және аллергиялар пайда болды. Бір жыл ішінде: буындарындағы ауырсыну күшейген,

қызбаның жиіленуі, тері жамылғыларында эритематозды бөртпе, салмағы азайған. Объективті: кеудеде, қолдарында эритематозды бөртпелер. Шынтақ, білезік, тізе буындарының ауырсынуы және ісінуі, қозғалысының шектелуі. Мойын және қолтықасты лимфатгүіндері 1 см ұлғайған. ЖҚА: Нв 95 г/л, ЭТЖ 54 мм/сағ. ЖЗА: салыст.тығыздығы 1012, ақуыз 2,6 г/л, эритро. 20-30 көру алаңында, гиалинды цилиндрлер. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>метилпреднизолонмен пульс-терапия
<variant>гидроксихлорохин СЕҚҚП бірге
<variant>преднизолон 0,1-0,2мг/кг
<variant>преднизолон 0,5мг/кг
<variant>циклофосфамидпен пульс-терапия

<question>Клиникалық хаттама бойынша жүйелі қызыл жегі ауруы бар науқастарға глюкокортикостероидтармен пульс терапияны жүргізген кезінде келесі препараттарды қолданады:

<variant>метилпреднизалонды
<variant>преднизалонды
<variant>дексаметазонды
<variant>дипроспанды
<variant>триамцинолонды

<question>25 жасар науқасқа Жүйелі қызыл жегі диагнозы 1 жыл алдын қойылған. Преднизолонды 60 мг/тәул. қабылдау аясында салмағының 17 кг қосқанын және АҚҚ 180/110 мм сын.б.б. жоғарлауын байқаған. Преднизолон мөлшерін төмендеткен кезінде әлсіздік, терісінің зақымдануының күшеюі, ісіктер және дене температурасының жоғарлауы пайда болған. Қарап тексергенде: семіздік, бетінің айқын гиперемиясы, арқасында және иық аймағында іріңді бөртепелер, стриялар, аяқтарында ісіктер. АҚҚ 175 /105 мм сын.б.б. Қанда: ЭТЖ 47 мм/сағ, анти-дс ДНК титрі ≥30 МЕ/мл. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>терапияны белимумабпен жүргізу мақсатымен госпитализацияға жолдау
<variant>преднизолонның мөлшерін жоғарлату
<variant>фозиноприлды қосымша тағайындап амбулаторлы емді жалғастыру
<variant>терапияны ритуксимабпен жүргізу мақсатымен госпитализацияға жолдау
<variant>пульс-терапияны жүргізу үшін күндізгі стационарға жолдау

<question>30 жастағы науқас. 28 жасында жүйелі қызыл жегі диагнозы анықталған. Соңғы жылы преднизолонды 10 мг мөлшерінде қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша, преднизолонды тәулігінде ≥5 мг қабылдайтын науқастарға тағайындалады:

<variant>Кальций (1500 мг/тәуіл.) және Д дәрумен (800 МЕ/тәуіл.)
<variant>Кальций (1500 мг/тәуіл.)

<variant>Д дәрумен(800 МЕ/тәул.)
<variant>Кальций (1000 мг/тәул.) және Д дәрумен (800 МЕ/тәул.)
<variant>Кальций глюконат 1500 мг/тәул.
<question>35 жастағы науқас, жайылымда жұмыс істейді. Нефрология бөлімшесіне нефротикалық синдромы, артралгиялармен келіп түсті. Клиникалық хаттама бойынша деректі диагностикалық әдіс:
<variant>бүйректің биопсиясы
<variant>мочевинаны анықтау
<variant>тәуліктік ақуыздың жоғалуын анықтау
<variant>бүйректерды ультрадыбыстық зерттеу
<variant>креатининді анықтау
<question>35 жастағы науқас омыртқа жотасының, бел бөлігіндегі басым болатын ауырсынуы, қимылының шектелуіне шағымданады. Алғашқы ауырсынуы 4 жыл алдын пайда болған, сол кезде субфебрилитетпен қосарланған. Массаж және жылулық процедураны емделген. Бір жылдан кейін омыртқаның құрысулар пайда болды. Қарап тексергенде: бозғылт, арықтау. Омыртқа жотасының қозғалысы айқын шектелген, физиологиялық июлердың тегістелуі, арқа және сан бұлшықеттерінің айқын атрофиясы анықталған. ЖҚА: эритроциттер 4,0 млн., лейкоциттер 5,7 мың, ЭТЖ 26 мм/сағ., СРБ 25 мг/л. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылау үшін міндетті түрде жүргізіледі:
<variant>алдыңғы-артқы проекциядағы жамбастың рентгенограммасы
<variant>омыртқа жотасының бел бөлігінің рентгенограммасы
<variant>жамбастың магнито-резонансты томографиясы
<variant>омыртқа жотасының компьютерлік томографиясы
<variant>рентгендік денситометриясы
<question>7 ай бойы арқаның төменгі бөлігінде ауырсынуы және құрысулар мазалайтын науқаста кеуде торшасының экскурсиясының шектелуі анықталған. Клиникалық хаттама бойынша осы ауру кезіндегі ауырсынууды және құрысуларды басу мақсатымен тағайындалады:
<variant>ацеклофенак
<variant>преднизалон
<variant>метотрексат
<variant>инфликсимаб
<variant>этанерцепт
<question>64 жастағы науқас жүрек жеткіліксіздігі және біріншілік остеоартрозға байланысты 2 аптадай дәрілік препараттарды қабылдап жатыр. Қанда лейкоциттердың саны 3 мың, дейін төмендеген. Лейкопенияны тудыратын препарат:
<variant>напроксен

<variant>кеналог
<variant>гипотиазид
<variant>дигоксин
<variant>эналаприл
<question>47 жастағы науқас келесі шағымдарымен келді: физикалық күштемеде тізе буындарының ауырсынуы мен сықырлауы. Қараған кезінде буындар өзгеріссіз. Зертханалық көрсеткіштер: ЭТЖ 12 мм/сағ., СРБ теріс, РФ(+). Рентгенограммада буын саңлауының тарылуы, тізетобықта остеофиттер. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:
<variant>буын ішіне Остенил
<variant>бұлшықетке Алфлутоп
<variant>буын ішіне Дипроспан
<variant>тері асты Методжект
<variant>бұлшықетке Метотрексат
<question>55 жастағы К. деген науқаста дене салмағының индексі 32. Тізе буындарының ауырсынуы, жүрген кезде күшейетін, қозғалыс кезінде сықырлау естіледі. Буының УДЗ-де: шеміршектің жұқаруы белгілері, синовиальдық сұйықтық өзгеріссіз. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа медикаментозды емес емде ұсынылады:
<variant>диета және физикалық жаттығулар
<variant>тек диетағана
<variant>физикалық жаттығулар
<variant>диета және физиотерапия
<variant>буындардың иммобилизациясы
<question>64 жастағы науқас, 12 жыл бойы баяу дамыған дистальды фалангоаралық буындарының қимыл-қозғалысының шектелуіне шағымданады. Қарап тексергенде саусақтары қисайған, қозғалысы шектелген, екі жақтан дистальды фалангоаралық буындарында түйіндер анықталды. Ішкі ағзалардың патологиясы анықталмады. Қан және зәр талдауы қалыпты. Клиникалық хаттама бойынша емдеу амалыңыз:
<variant>терафлекс 500/400мг
<variant>метотрексат 2,5 мг
<variant>метипред 8 мг
<variant>преднизалон 30 мг
<variant>алфлутоп 20 мг
<question>52 жастағы науқасты 2 жыл бойы тізе буындарының ауырсынуы, жарты сағатқа таңертенгілік құрысулар мазалайды. Объективті: тізе буындары қисайған, периартикулярлы тіндердің тығыздалуы, гипертермия, пальпацияда крепитация анықталған. ЖҚА: эритроциттер 4,0 млн., лейкоциттер 5,7 мың., ЭТЖ 16 мм/сағ., СРБ теріс, Ваалер-Роце реакциясы1:8. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылау үшін негізгі диагностикалық шаралар:
<variant>тізе буындарының рентгенографиясы
<variant>денситометрия
<variant>тізе буынының пункциясы

<variant>тізе буындарының магнито-резонанстық томографиясы
<variant>артроскопия
<question>Остеоартроз кезіндегі келесі буынында жиі өршуімен синовиттың айқын клиникалық көрінісі байқалады:
<variant>тізе
<variant>сан-жамбас
<variant>қолдың дистальды фалангоаралық
<variant>I плюснефалангоаралық
<variant>қолдың проксимальды фалангоаралық
<question>А. деген науқас, 34 жаста. Дәрігерге келесі шағымдарымен келген: кешкі және түнгі уақыттарда күшейетін сол ұршық, екі тізе және тобық буындарының ауырсынуы, көздерінің ашуы. Анамнезінен 1 ай алдын дизуриялық көріністер болғаны туралы анықталған. Тізе, тобық буындарының экссудативті-пролиферативті өзгерістеріне байланысты дефигурациясы, қимыл қозғалысы шектелуі және аздаған ауырсынуы байқалады. Ахиллов сіңірінің пальпация кезінде аздап ауырсынады. Қанда: L-10,0x10⁹/л, ЭТЖ-39 мм/ч. Клиникалық хаттама бойынша тағайындау қажет:
<variant>антибиотиктерді
<variant>стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды
<variant>глюкокортикостероидтарды
<variant>цитостатиктерді
<variant>иммуносупрессорларды
<question>Клиникаға 30 жастағы науқас оң тобық пен тізе буындарының артритті және уретрит симптомдарымен жатқызылды. Науқасқа клиникалық тексеру бойынша Рейтер синдромы қойылған. Клиникалық хаттама бойынша стационардағы жүргізілетін негізгі диагностикалық шара:
<variant>зәрдің бактериологиялық зерттеуі
<variant>простатаның және қуықтың УДЗ
<variant>жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға ПЦР
<variant>жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға ИФА
<variant>урологтың кеңесі
<question>47 жастағы пациент келесі шағымдармен келді: физикалық жүктемеде күшейген тізе буындарының ауырсынуы және крепитациясы. Қарап тексергенде буындардың пішіні өзгеріссіз. Зерттеулер: ЭТЖ 12 мм/сағ., СРБ – теріс, РФ(+). Сіздің амалыңыз:
<variant>Стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды тағайындау
<variant>Науқасты бақылау, РФ қайталап анықтау
<variant>Ревматоидты артрит диагноз бойынша емін бастау
<variant>Преднизолонды тағайындау

<variant>Гормон алмастырушы терапияны тағайындау
<question>Бүйрек трансплантациядан 3 ай кейін, науқаста тізе буынының жіті артритті дамыды. Қазіргі уақытта циклоsporин, азотиоприн, преднизолон қабылдайды. Маман циклоsporин жіті подагралық артриттың себепшісі болған деп шешті. Осындай науқастарға жүргізілетін ем:
<variant>Дипроспан буын ішіне енгізу
<variant>СЕКҚП үлкен дозада тағайындау
<variant>Колхицинді тағайындау
<variant>Жүйелі гормондарды енгізу
<variant>Метотрексат тағайындау
<question>Саркоидозы бар науқаста өкпе түбірінің билатеральды аденопатия және түйінді эритема анықталған. Жиі болатын буындардың зақымдануы:
<variant> Шынтақ және тізе буындарының ауырсынуымен периартрит және тендосиновиті
<variant>Моноартикулярлы артрит
<variant>Тізе буынына сұйықтықтың жиналуымен олигоартикулярлы артрит
<variant>Фаланга сүйктерінің асимптоматилық кисталар
<variant>Билатеральды сакроилеит
<question>Қолбасы буындарының артрит көрінісі бар науқасқа псориаздық артрит диагнозы қойылды. Клиникалық хаттама бойынша базисты препарат бұл:
<variant>метотрексат
<variant>купренил
<variant>преднизолон
<variant>диқлофенак
<variant>азотиоприн
<question>Остеопрозды алдын алу шараларды келесі кезеңінде тиімді жүргізу:
<variant>45 жастан кейін, менопаузаның басталуынын шамалап 3-5 жыл алдын
<variant>барлық жастан
<variant>35жастан кейін, немесе менопаузаның басталуынын 10 жыл алдын
<variant>менопауза басталғаннан кейін
<variant>менопауза басталғаннан 5 жылдан кейін
<question>Клиникалық хаттама бойынша сүйек патологиясын анықтау үшін скрининг кезінде жүргізу қажет:
<variant>ультрадыбыстық денситометрияны
<variant>орталық немесе аксиальдық рентгендік денситометрияны
<variant>перифериялық рентгендік денситометрияны
<variant>магнито-резонанстық томографияны
<variant>омыртқа жотасының бел бөлігінің рентгенографиясы
<question>Сіздің қабылдауыңызда 58 жасар әйел. 1 жыл бұрын оң шыбық сүйегінің сынуын өткірген. Айтарлықтай шағымдары жоқ. Бойы 4

сми кішірейген. Менопауза басталғанына 10 жыл. Айқын кифосколиозы бар. Сұрау кезінде анасында сан сүйегінің мойынының сынуы болған. Клиникалық хаттама бойынша келесі деректі зерттеу әдісін тағайындау қажет:

<variant>рентгендік денситометрияны
<variant>ультрадыбыстық денситометрияны
<variant>сүйектің сонометриясын
<variant>магнито-резонанстық томографияны
<variant>омыртқа жотасының рентгенографиясын

<question>78 жастағы науқасқа сенильды остеопороз диагнозы қойылған. Клиникалық хаттама бойынша тағайындалады:

<variant>Алендрон қышқылы
<variant>Кальцитонин
<variant>Эстрогендер
<variant>Кальций препараттары

<variant>Д дәруменді
<question>С деген 66 жастағы науқаста соңғы 3 жыл ішінде бойы 3 см кішірейген. Сүйектердің сынуы болған жоқ, бірақ омыртқа жотасының кифозы бар. Рентгенде ThXII сына пішінді. Сүйек тінінің минералды тығыздығы Т критерий бойынша омыртқада -2,8, ал сан сүйегінде -2,1.

Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

<variant>остеопороз
<variant>остеопения
<variant>остеохондроз
<variant>остеоартроз
<variant>остеомаляция

<question>45 жастағы науқас бала кезінен бронхтық демікпемен аурады. Жүйелі глюкокортикоидтарды көп жылдан бері қабылдайды. Қазіргі жағдайы бір қалыпты. Науқасты ұзақ уақыт қабылдаған глюкокортикоидтардың жанама әсерлері (әсіресе сүйектерге) алаңдатады. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа жылына 1 рет келесі зерттеуді жүргізу қажет:

<variant>денситометрияны
<variant>буындардың ультрадыбыстық зерттеуін
<variant>сүйектердің рентгенографиясын
<variant>велозэрометрияны
<variant>бронхопровокациялық сынамаларды

<question>Клиникалық хаттама бойынша постменопаузальды остеопорозы бар әйелдерде сүйек алмасудың зертханалық зерттеу кезінде анықталады:

<variant>қан сарысуында Са және Р деңгейлерінің төмендеуі
<variant>қан сарысуында Са және Р деңгейлерінің жоғарлауы
<variant>сүйек алмасудың көрсеткіштері қалыпты
<variant>жалпы сілтілі фосфатазаның деңгейінің төмендеуі
<variant>иондалған Са деңгейінің жоғарлауы

<question>39 жастағы науқасты сол аяғының І-ші саусағының ісінуімен ауырсыну ұстамасы мазалаған. Қазіргі кезде оң тобық буынының ауырсынуы мазалайды. Қан сарысуында зәр қышқылының концентрациясы жоғары.

Клиникалық хаттама бойынша сіз тағайындайсыз:

<variant>аллопуринолды
<variant>циклофосфамидты
<variant>вазипипты
<variant>метотрексатты
<variant>преднизолонды

<question>39 жастағы науқаст 1 жыл ішінде сол аяғының І саусағының ісінуімен ауырсыну ұстамасы 2 рет мазалаған. Ұстама басылған соң науқасқа емдом аясында аллопуринол 200 мг/тәул. тағайындалды. Клиникалық хаттама бойынша терапия келесі көрсеткішті бақылаумен жүргізіледі:

<variant>зәр қышқылы
<variant>холестерин
<variant>креатинин
<variant>мочевина

<variant>жалпы ақуыз
<question>II деген, 40 жасар, науқас подагра ұстамасына байланысты кетонал күніне 3 реттен қабылдаған. Кеше нәжістің қара болғанын байқаған. Басының айналуы, әлсіздік, енгіту пайда болған. Сіздің тағайындауыңыз:

<variant>Контроль
<variant>Викасол
<variant>Де-нол
<variant>Диценол
<variant>Фамотидин

<question>36 жастағы науқаста подаграның жіті ұстамасы диагностикаланған. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа тағайындау қажет:

<variant>индометацин
<variant>аллопуринол
<variant>преднизалон
<variant>аспирин
<variant>парацетамол

<question>45 жастағы ер кісінде I плюснефалангоаралық буынының жіті артритті дамыған. Клиникалық хаттама бойынша жіті симптомдарды басу үшін қолданылатын препарат:

<variant>лорнаксикам
<variant>аллопуринол
<variant>бутадіон
<variant>пробенецид
<variant>парацетамол

<question>Клиникалық хаттама бойынша жүйелі склеродермияда коллаген түзілуді тежейтін дәрі:

<variant>купренил
<variant>делагил
<variant>азатиоприн
<variant>преднизолон

<variant>циклоспорин
<question>Қызба, полиневрит, артериальды гипертензия, бронхообструктивті синдром тән:
<variant>түйінді полиартериитке
<variant>жүйелі қызыл жегіге
<variant>дерматомиозитке
<variant>жедел ревматикалық қызбаға
<variant>инфекциялық эндокардитке
<question>Ревматоидты артритпен ауыратын науқас дене қызуының жоғарлауы, висцериттер және васкулиттер жоқ, тізе буындарында сұйықтық бар. ЭТЖ 35 мм/с; ауру ұзақтығы 6 ай, бұрын емделмеген болса емдеу әдісі:
<variant>Цитостатиктермен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<variant>Тек стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<variant>Тек алтын препараттары
<variant>D-пеницилламинмен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<variant>Кеналогты буын ішіне енгізумен бірге стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
<question>Ревматоидты артритке тән:
<variant>Оң латекс – тест және Ваалер – Розе реакциясы
<variant>LE – клеткаларының болуы
<variant>Антистрептолизин – О жоғары титрі
<variant>Моноклональді белоктың болуы
<variant>Қан сарысуында зәр қышқылының жоғары деңгейі
<question>Жүректің созылмалы ревматикалық ауруымен сырқаттанатын 35 жастағы әйел адам, жүректің декомпенсация көріністерімен ауруханаға түсті. Жүректің аускультациясы кезінде «бөдене» (перепел) ырғағы, өкпе артериясында II үннің акценті, протодиастолюлық шу естіледі. ЭХОКГ-да: сол жақ атриоventрикулярлы саңылаудың аумағы 1,2 см². Клиникалық хаттама бойынша жүрек жеткіліксіздігінің үдеуін жою үшін науқасты әрі қарай жүргізу тактикасы.
<variant>митральды комиссуротомия
<variant>үздіксіз антибактериальды терапия
<variant>глюкокортикостероидтармен үздіксіз терапия
<variant>ангиотензинге айналдырушы фермент ингибиторларымен үздіксіз терапия
<variant>жүрек гликозидтерімен үздіксіз терапия
<question>Науқас 42 жаста, ревматоидты артритпен ауырады, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар қабылдайды. Ангинадан кейін субфебрилитет пайда болып, буын синдромы күшейді. СОЭ 50 мм/сағ, СРБ +++, Ваалер Розе реакциясы 1:40. Клиникалық хаттама бойынша ұсынатын емдеу амалыңыз.
<variant>глюкокортикостероидтар, базисті препараттарды таңдау

<variant>стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды үлкен дозамен жалғастыру
<variant>антибактериальді терапия тағайындау
<variant>емдеуге физиотерапевтикалық процедураларды қосу
<variant>пульс терапияны жүргізу
<question>Ревматоидты артритпен ауыратын науқастарда Фелти синдромына тән белгі:
<variant>спленомегалия
<variant>лимфаденопатия
<variant>перикардит
<variant>гепатомегалия
<variant>плеврит
<question>Ревматоидты артрит диагнозын нақтылауға маңызды зертханалық маркер:
<variant>циклді цитрулинді пептидке антиденелер
<variant>ревматоидты фактор
<variant>нейтрофильді лейкоцитоз
<variant>анемия
<variant>тромбоцитопения
<question>52 жастағы әйел, физикалық жүктеме кезінде аздаған енгіту, басының ауыруы, әлсіздік 2 апта ішінде пайда болғанын байқайды. Анамнезінен: 10 жыл көлемінде ревматоидты артритпен ауырады. Метотрексатты тұрақты қабылдайды. Рентгенде: өкпе түбірінің кеңеюі, өкпе суретінің күшеюі, өкпе құрылымының ұяшықталуы. Спирограммада: форсирленген тыныс шығару көлемінің төмендеуі. Науқаста дамыған асқыну:
<variant>өкпелік фиброз
<variant>өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
<variant>пневмония
<variant>пневмонит
<variant>созылмалы бронхит
<question>К. деген 50 жастағы науқас, жүргенде күшейетін оң жақ тізе буынындағы үнемі ауыру сезіміне, жарты сағатқа созылатын таңертеңгілік құрысуға шағымданады. Соңғы екі жыл бойы ұзақ жүргенде буындарының аздап ауырсынуы мазалайды. Объективті: тізе буындарының пішіні бұзылған, буын айналасындағы тін тығызданған, оң тізесінде гипертермия, тексерушінің қол астында сықырлау, буындардағы қозғалыс көлемі сақталған. Жалпы қан анализінде: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 5,6 мың. ЭТЖ 15мм/сағ. СРБ – теріс, Ваалер-Розе реакциясы - 1:8. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды нақтылау үшін негізгі зерттеу әдісі.
<variant>буындардың рентгенографиясы
<variant>ревматоидты факторды анықтау
<variant>буындардың МР томографиясы
<variant>синовиальді сұйықтықтың анализі
<variant>зәр қышқылының деңгейін зерттеу
<question>А. деген 30 жастағы науқас, қол басы буындарының ауырсынуы мен ісінуі,

таңертеңгілік буындардағы қимылдың ауырлауына шағымданады. Объективті: II-IV қол саусақтарының проксимальді фаланга аралық буындарында симметриялы дефигурация. Осы буындарда ауырсыну сезімі мен экссудативті құбылысқа байланысты, әсіресе жазуы (разгибание) шектелген. Қанында: эритроциттер 4 млн., гемоглобин 128 г/л, лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ 41 мм/сағ, СРБ - оң. Диагнозды анықтауға қажет зерттеу.

<variant>АЦЦП мөлшерін анықтау

<variant>Райт және Хедделсон реакциясы

<variant>H LA B-27 анықтау

<variant>Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау

<variant>Мурексидті сынама

<question>Т. деген 16 жастағы науқас, дене қызуының 40°C көтерілуі, енгізу, жөтел, ісінуге шағымданады. Объективті: тамақтануы төмен, лимфаденопатия, ұрты мен мұрын қырының эритемасы, полисерозит белгілері (плеврит, перикардит, перивисцерит), кардит, нефрит.

Қанында эритроциттер 2,4 млн, гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың, ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: белок5,2 г/с, эритроциттер 20-30 к/а; Le- жасушалар-5:1000. Клиникалық хаттама бойынша пульс-терапия кезіндегі преднизолонның мөлшері.

<variant>1000 мг

<variant>60 мг

<variant>100 мг

<variant>150 мг

<variant>500 мг

<question>Клиникалық хаттама бойынша жүйелі қызыл жегіде цитостатиктерді тағайындауға көрсеткіш:

<variant>люпус-нефрит

<variant>люпус-кардит

<variant>люпус-артрит

<variant>полисерозит

<variant>цитопения

<question>И. деген 24 жастағы науқас, сол жақ тізе, сирақ буындарындағы қатты ауырсыну сезіміне, олардағы домбығу мен қозғалыстың шектелуіне, дене қызуының 38°C көтерілуіне, зәр шығарғандағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Объективті: сол жақ тізе және сирақ буындары ісінген, сипағанда ыстық, қатты ауырсыну сезімді, сіңірі мен оң табан сүйегі ауырады.

Қанында: гемоглобин 130 г/л, эритроциттер 3,8 млн., лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ-46 мм/сағ, СРБ (+++). Ревматоидты фактор латекс тест бойынша 1:10. Клиникалық хаттама бойынша емге қажет препарат:

<variant>макролидтер тобынан антибиотик

<variant>қабынуға қарсы стероидты емес препарат

<variant>цитостатик

<variant>алтын препараты

<variant>хинолинді

<question>Н. деген 45 жастағы науқас, сол жақ тізе буынында мен өкшесінде ауырсыну сезімі және ісінуге шағымданады. Анамнезінде шамамен бір ай бұрын дизентериядан емделген. Қарап тексергенде: сол жақ тізе буынының және оң өкше аймағының пішіні өзгерген, гиперемиясы бар. Өкпесінде везикулярлық тыныс. Жүрек тондары анық, ырғағы дұрыс, пульс минутына 84 рет. Іші жұмысақ, ауырмайды. Қанда: эритроциттер 4,2 млн., лейкоциттер 11 мың., ЭТЖ-26 мм/сағ. Сіздің диагнозыңыз.

<variant>реактивті артрит

<variant>жедел ревматикалық қызба

<variant>ревматоидты артрит

<variant>септикалық артрит

<variant>подагра

<question>Г. деген 30 жастағы науқастың, тұмаумен ауырғаннан кейін, бұлшық еттері ауырып, әлсізденген, қабағы іскен, аздаған физикалық жүктемеге енгізу, дисфагия пайда болып, дауысы өзгерген. Қарап тексергенде: жүрісі сылбыр - сүйретілген, қабағы іскен, қабағында, жақ пен мұрын қанаттарында және «декольте» аймағында эритематозды бөртпелер. Сипағанда - иық белдеуінде, сандарында ауырсыну байқалады, қолын жоғары көтеруге қиналады. Қанда: эритроциттер 4,5 млн., гемоглобин 110 г/л, лейкоциттер 7 мың, ЭТЖ 66 мм/сағ. Диагнозды анықтауға сезімталдығы мен арнайылығы жоғары сынамалар:

<variant>креатинфосфокиназаның жоғарлауы

<variant>эритроциттердің тұну жылдамдығының жоғарлауы

<variant>қоспиральды ДНК антиденелерінің жоғарлауы

<variant>ревматоидты фактордың жоғары титрі

<variant>лейкоцитоз лейкоформуланың солға қарай ығысумен

<question>Г. деген 20 жастағы науқас, босанғаннан кейін бұлшықеттерінде ауырсыну сезімі, бұлшықеттерінің әлсізденуі пайда болған. Бір апта бұрын қабағының ісінуі, аздаған жүктеме кезінде енгізу, тамаққа шашалу қосылған. Об-ті: ісінген, иық белдеуінің, сан бұлшықеттері ауырады, беті мимикасыз. ЖСЖ мин. 100 рет., АҚҚ 140/90 мм с.б.б. Қанында: эритроциттер 4,5 млн, гемоглобин 110 г/л, лейкоциттер 7 мың, ЭТЖ 66 мм/сағ, АЛТ 17 МЕ. Клиникалық хаттама бойынша емді бастау қажет.

<variant>Глюкокортикостероидтардан

<variant>Цитостатиктерден

<variant>Аминохинолидтерден

<variant>Қабынуға қарсы стероидты емес препараттардан

<variant>Д-пеницилламиннен
<question> С деген 60 жастағы науауқас, шынтағындағы ауырыну сезіміне шағымданады. Жүрек ауыруын емдеген кезде диуретиктер мен гепарин қабылдаған. Қарап тексергенде: шынтақ буындарының аймағында гиперемия, ісінуі, қозғалысының шектелуі, үрме бұршақ сияқты тығыз түйіндер. Жүрек тондары тұйықталған, жыпылықтауыш аритмия. ЖСЖ мин.100 рет. ЖҚА: эритроциттер 4,2 млн. Гемоглобин 150 г/л, лейкоциттер 10 мың. ЭТЖ 2 мм/сағ. ЖЗА: сал. тығыздық 1020, лейкоциттер 4 - 5 к/а., эритроциттер 6 - 8 к/а. Ураттар +++ . Клиникалық хаттама бойынша негізгі зерттеу әдісі.
<variant>Зәр қышқылдың деңгейін анықтау
<variant>Қабынудың жедел фазалы көрсеткіштерін анықтау
<variant>Ваалер-Розе реакциясын
<variant>Креатинин деңгейін анықтау
<variant>Синовиальды сұйықтықты бактериологиялық зерттеу
<question> 28 жастағы ер адам диабеттік кетоацидоздық кома жағдайында жан сақтау бөлімшесіне түсті. Емдеу тактикасы:
<variant>0,9% натрий хлориді ерітіндісі
<variant>реополиглиюкин
<variant>5% глюкоза ерітіндісі
<variant>40% глюкоза ерітіндісі
<variant>7,5% калий хлориді ерітіндісі
<question> К. атты науқас, 24 жаста айқын салмақ тастағанына (бір ай ішінде 9 кг), аузының құрғауына, шөлдеуге, жиі зәр шығаруына, жүрек айнуына, тәбетінің нашарлауына шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, алақандары және табандары сарғыш реңді, фурункулез. Зәр анализінде қант - 2,9% және ацетон. тиімді тағайындау:
<variant>қысқа әсерлі инсулин
<variant>бигуанидтер
<variant>сульфаниламидтер
<variant>инсулинді қоспалар
<variant>ұзақ әсерлі инсулин
<question>17 жастағы жасөспірімде І дәрежелі эндемиялық зоб. Эутиреозды. тиімді емдеу тактикасы:
<variant>күніне 200 мкг мөлшерде йод препараттарын 6 ай бойы
<variant>левотироксин қабылдау
<variant>мерказолил және в-блокаторлар
<variant>күніне 100 мкг мөлшерде йод препараттарын өмір бойы
<variant>левотироксин және йод препараттары
<question> Науқас әйел 45 жаста, травмадан кейін пайда болған басының аурыуы, АҚҚ 150/90 мм с.б.б. дейін көтерілуі, дене салмағының тез жоғарылауы, терінің трофикалық бұзылуы мазалайды. Тері асты май қабаты біркелкі

дамыған, беті қызарған. Денситометрия: остеопороз белгілері. Сағат 8-де кортизолдың қандағы деңгейі 8 часов -1100 нг/л (қалыптыда- 260 -720 нг/л), ашқарынға гликемия натошак - 6,1 ммоль/л. тиімді тағайындау:

<variant>Парлодел
<variant>Сиофор
<variant>Нифедипин
<variant>Кальция Д₃
<variant>Гидрокортизон
<question>Науқас 42 жаста, артық дене алмағынв, АҚҚ жоғарылауына, шөлдеуге, полиурияға шағымданады. Объективті: Бойы- 174 см, салмағы - 100 кг. Ашқарынға гликемия 9,9-10,7 ммоль/л. тиімді тағайындау:

<variant>Сиофор
<variant>Амарил
<variant>Диабетон
<variant>Моноприл
<variant>Сибутрамин
<question>Қабылдау бөлімшесіне ес-түссіз жағдайда 60жастағы әйел жеткізілді. Туыстарының айтуынша қант диабетімен және гипертониямен зардап шегеді, соңғы екі күнде құсық болған, көп ретті сұйық нәжіс, зәр көлемінің азаюы, кейін аяқ пен қол бұлшық еттердегі тырыспалы дірілдер қосылды. Қарағанда әйел сыртқы тітіркеніштерге реакция бермейді. Қарашықтары кеңейген, тургоры төмен, терісі құрғақ. Көз алмасы жұмсақ; ТАЖ-22 минутына. АҚ 60/40 мм.сб.б. ЖЖЖ-110 минутына жүрек қағуымен. Қанында: эритроцитов-6,5 млн., лейкоцитов-12,8 мың., ЭТЖ-8 мм/с. Қандағы қант-45 ммоль/л. Команың дамуына қандай патогенетикалық фактор әсер етеді:

<variant>дегидротация
<variant>гипоксия
<variant>интоксикация
<variant>олигурия
<variant>ацидоз
<question> Қантты диабетпен науқас коматозды жағдайда қабылдау бөліміне жеткізілді. Бұл жағдай көп рет құсу және сұйық нәжіспен көрініс берген тағамнан уланудан кейін дамыған. Айқын гипотония және олигоуриямен сипатталған дегидратацияның клиникалық көріністері бар. Гликемия 27 ммоль/л, плазма осмольарлығы 380 ммоль/л (320ммоль/л), зәрдегі ацетонға сынама теріс. Шұғыл көмек көрсетудегі бірінші қадам қандай:
<variant>Гипотониялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен
<variant>20 БІР инсулинді болюсті түрде
<variant>Сағатына 10-12 БІР инсулинді тамшылап
<variant>Физиологиялық ерітіндіні сағатына 1 литр есебінен

<variant>Коллоидты ерітіндіні сағатына 500 мл есебінен
<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 қандай өзгерістер жасау қажет:
<variant>Қысқа және ұзақ әсерлі инсулин мөлшерін жоғарылату
<variant>Қысқа әсерлі инсулиннің мөлшерін төмендету
<variant>Тәбет қалыптанғанға дейін инсулинді терапияны тоқтату
<variant>Зақ әсерлі инсулин мөлшерін жоғарылату, қысқа әсерліні тоқтату
<variant>Тек тамақ қабылдағанда қысқа әсерлі инсулин беру
<question> 9 жыл 1типті қантты диабетпен сырқаттанған науқаста гликемияның салыстырмалы компенсациясы аясында көздің көруі нашарлады, транзиторлы гипертензия 145/95 мм.с.б., микроальбуминурия пайда болды. Жақын арада емдеу бағдарламасына нені қосу керек:
<variant>Ангиотензин алмастырушы фермент ингибиторларын
<variant>Орталық әсерлі альфа-агонисттерін
<variant>Бета-блокаторларын
<variant>Аз дозалы диуретиктерді
<variant>Белокты препараттар инфузиясын
<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. Емдеу тактикасы:
<variant>бүйрек үсті безі ісігін алып тастау
<variant>гидрокортисон
<variant>гипотензивті дәрілер
<variant>тәбетті тежейтін дәрәні тағайындау /аноректические средства/
<variant>спиронолактон
<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 ІІ 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 жайылмалы уытты жемсау, 2 ауырлық сатысы диагнозымен, мерказолил 10 мг күніне 3 рет, обзидан 20 мг күніне 3 рет, фензепам 1 мг 2 рет күніне ем қабылдауда. Жүргізілген терапия фондында жағдайы жақсарды, бірақ айқын лейкопения дамыды. Лейкопенияның даму себебі:
<variant>мерказолил
<variant>фензепам қабылдағаннан
<variant>обзиданның дасасының жағры болуы
<variant>аурудың одан әрі дамуы
<variant>аурудың ауырлығы
<question> Гипогликемиялық комада жүргізіледі:
<variant>40 ml 40% глюкозаны к/тамырға енгізу
<variant>бір сәтте 20 ЕД инсулинді б/етке енгізу
<variant>регидратация
<variant>120 ml 1% метилді көк сұйықтығын к/т тамшылай енгізу
<variant>адреналинді енгізу
<question>Науқас К. 24 жаста, қатты арықтағанына (1 айда 9 кг), аузының құрғауына, шөлге, кіші дәретінің жиілеуіне, жүрек айнуына, тәбет төмендеуіне шағымданады. Объективті: терісі құрғақ, табаны мен алақандары сарғыш реңкті, фурункулез бар. Зәр анализінде қант анықталған-2,9% және ацетонурия. Науқасқа тағайындау қажет:
<variant>Қарапайым инсулинді
<variant>Сульфаниламидтерді
<variant>Бигуанидтерді
<variant>Пролонгирленген инсулинді
<variant>Гипокалориялы диета
<question> Әйелдер консультациясына ұстама тәрізді ішінің төменгі бөлігіндегі ауру сезіміне жүкті әйел келді. Ауру сезімі физикалық жүктемеден кейін күшейеді. Жүктіліктің 28-29 аптасы, 6 жыл қант диабетімен ауырады. 14 бірлік инсулин қабылдайды. Қарағанда жағдайы орташа, жүрек тондары тұйықталған, ЖЖЖ 80 мин, АҚ 110/60 мм с б, қант 10 ммоль/л, зәрдегі қант 0,5%. Босанған кезде науқасты ауыстыру керек:
<variant>Жай инсулин
<variant>Сульфанилмочевина препараты
<variant>Бигуанидтер
<variant>Диета № 9
<variant>Ұзақ әсерлі инсулин
<question> Науқас 60 жаста, трофикалық жаралар бойынша амбулаторлы хирургиялық ем

қабылдаған, нәтижесіз. Бір жыл ішінде манинил қабылдайды. Терісі құрғақ, ісінулері жоқ. АҚ 135/80 мм с.б., ЖЖЖ 82 мин. Қарағанда: оң өкшесі гиперемияланған, ісінген, сыртқы жағында дұрыс емес формалы 4,5 x 6,1 см жаралар бар. Оң жақ табан перифериялық тамырлардың пульсациясы төмендеген. Қанда қант 15 ммоль/л, тәуліктік глюкозурия 29 г/л. Кейінгі емдеу тактикаңыз:

<variant>Инсулинге көшу

<variant>Сульфаниламидтер дозасын жоғарылату

<variant>Сульфаниламидтермен бигуанидтерді комплексті тағайындау

<variant>Бигуанидтерге көшу

<variant>Қатал диетамен рационалді физикалық күштеме

<question> Науқас М. 27 жаста. қабылдау бөліміне ессіз түсті. Қалтасында диабетик паспорт.

Қарағанда: төмен тамақтанатын, терісі дымқыл. Бұлшық ет тонусы жоғарылаған. Қарашықтары үлкейген, жарыққа реакция жоқ. Тілі дымқыл, қызғылт. Дем шығаратын ауасы иіссіз.

Дем алысы дұрыс, мин 24. Пульс 105. Бауыр 4 см қабырға доғасынан шығып тұр, тығыз. Қанда лейкоц.-8,6 мың., СОЭ-22 мм/сағ. Зәрде салыст тығ 1029, лейкоц 10-12к/а. Науқаста қандай кома дамыған:

<variant>Гипогликемиялық

<variant>Лактацидемиялық

<variant>Гиперосмолярлы

<variant>Бауырлық

<variant>Кетоацидозды

<question> Науқас П., 36 жаста, әлсіздікке, жүрегінің айнуына шағымданады. 16 жыл инсулин қабылдап келген. Тамақтануы төмен, бет әлпеті ісіңкі. АҚҚ 150/100 мм.с.б.б. ЖЖЖ-80 рет минутына. Қанда қант-6,8 ммоль/л, азот қалдығы 50 мкмоль/л, креатинин 670 мкмоль/л. Зәр талдауы: сал.тығ.-1010, белок-3,0 г/л, қант-оң, бүйрек шумақшасындағы сүзілу -50 мл/мин. Науқасқа не тағайындау керек:

<variant>Инсулин және трентал

<variant>Сульфаниламидтер

<variant>Бигуанидтер

<variant>Инсулин және бигуанид

<variant>Инсулин және сульфаниламидтер

<question> Науқас К есімді., 23 жаста, біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды.

Қарағанда науқас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90/60 мм.с.б.б. Қанда: лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ. ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жоқ, лейкоциттер 8-10 к/а. Науқаста қандай кома дамыды:

<variant>Гипогликемиялық

<variant>Лактацидемиялық

<variant>Апоплекциялық

<variant>Гиперосмолярлық

<variant>Кетоацидотикалық

<question> Науқас К., 23 жаста, біріншілік қант диабеті диагнозымен ауруханаға жатқызылған, кезекші дәрігер шақырылды. Қарағанда науқас ес-түссіз, тамақтануы төмен, тері жамылғысы ылғалды. Тыныс шығарған ауасы иіссіз. Тынысы бір қалыпты, 24 рет минутына. ЖЖЖ 100 рет минутына. АҚҚ 90/60 мм.с.б.б.

Қанда: лейкоциттер -8,2 мың, ЭТЖ-20 мм/сағ.

ЖЗА: салыстырмалы тығ-1027; белок жоқ,

лейкоциттер 8-10 к/а. Бұл команың патогенетикалық емі:

<variant>40% глюкоза

<variant>Метилен көгі

<variant>Дезинтоксикалық ем

<variant>5% глюкоза

<variant>Инсулин

<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 томограммасы жақ бүйрек үсті безінің ұлғаюы. 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 гиперемиясымен гипергидрозы. Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия. ЖСЖ минутына 100 рет. АҚ - 140/85 мм с.б. ЭКГ: синусты тахикардия. Т_{VI-VI} инверсиясы. Анаприлиндік сынама оң. Кольпоцитограмма – 100/0/0. тиімді тағайындау:

<variant>Циклопрогидинтар

<variant>Конкор

<variant>L-тироксин

<variant>Мерказолил

<variant>Грандаксин

<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. деректі зерттеу тәсілі:

<variant>Т₃, Т₄, тиреотроптық гормонды зерттеу
<variant>ЭХОКГ
<variant>АҚ тәуліктік мониторлау
<variant>Қалқанша бездің пункциясы
<variant>Гликозириленген гемоглобинді зерттеу
<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. тиімді тағайындау:
<variant>Ксеникал
<variant>Манинил
<variant>Диабетон
<variant>Новонорм
<variant>Симвастатин
<question>А. атты 32 жастағы науқас шамалы әлсіздікке, шаршағыштыққа шағымданады. Қарағанда: қалғанша бездің ассимметриялық ұлғаюы. Пальпацияда шеттері анық, үсті тегіс, еркін қозғалатын түйін анықталады. тиімді тактика:
<variant>оперативтік ем
<variant>тиреостатиктер
<variant>йод препараттары
<variant>тиреоидты гормондар
<variant>қабынуға қарсы дәрілер
<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 зерттеу әдісі:
<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.
<variant>Қан анализін, зәр іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеу, қандағы қант адреналині, плазмадағы қан норадреналині, бүйрек, іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі
<variant>Қан, зәр, қандағы қант анализі, бүйрек, іш қуысы мүшелерінің компьютерлік томографиясы, қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі
<question>Пациент 44 жаста, 25 жыл бойы бронх демікпемен зардап шегеді. Күнделікті 30 мг

преднизолон, 600 мкг беклометазон дипропионат және сальметеролды қабылдайды. Сальбутамолға қажеттілігі күніне 3-4 ретке дейін, тұншығу ұстамасы аздаған физикалық жүктемеге немесе өткір иіс, шаң және температураның өзгеруімен байланысты. Сонымен қатар науқаста созылмалы гастрит, артериальды гипертония 2 дәреже, қауіп 3, дене салмағының индексі 32. Клиникалық хаттама бойынша тиімді емдеу тактикасы:
<variant>беклометазонды флюнисолидке немесе будесонидке ауыстыру
<variant>преднизолон мөлшерін жоғарлату
<variant>беклометазон дипропионатың мөлшерін жоғарлату
<variant>пролонгирленген теофиллинді қосу
<variant>преднизолон мөлшерін төмендеті үшін бетаметазон суспензиясын б/е тағайындау
<question>Ошақты пневмониямен ауырып жатқан 35 жастағы науқаста 9-шы күніқанмен аралас ірінді қақырық, дене қызуы 39-40С пайда болған. Тыңдағанда сол жақтан жауырын асты аймағында майда көпіршікті сырылдар естілген. Рентген суретінде деструкция белгілерімен қараюлар анықталған. Науқаста дамыған асқыну:
<variant>абсцестену
<variant>құрғақ плеврит
<variant>плевра эмпиемасы
<variant>бронхоэктаздар
<variant>ошақты туберкулез
<question>34 жастағы науқас пневмония бойынша амбулаторлы ем қабылдаған, бірақ жағдайы жақсармаған, дене қызуы 39С дейін жоғарлаған. Қанда: айқын нейтрофильды лейкоцитоз солға ығысумен, ЭТЖ 40 мм/сағ. Рентген суретінде: анық горизонтальды деңгей және оның жоғары жағының ағаруымененбайқалатын қараюы анықталған. Клиникалық хаттама бойынша науқасты ары қарай жүргізу тактикасы:
<variant>Санациялық бронхоскопия, муколитиктер, антибиотиктер
<variant>Антибактериальдық терапияны жалғастыру
<variant>Иммуностимуляторларды тағайындау
<variant>Бронходилататорлар, антибиотиктер, муколитиктер
<variant>Саңырауқұлаққа қарсы терапияны тағайындау, массаж
<question>46 жастағы науқас, бронх демікпеге байланысты күніне 400 мкг флутиказон және сальметерол қабылдайды. ЖРВИ ауратын науқаспен қарым қатынаста болғаннан соң шаршағыштық, дене қызуы 38,5°С, құрғақ жөтел төс артында жөтелген кезінде ауырсынуы мазалай бастады. Тиімді емдеу тактикасы:
<variant>Флутиказон мөлшерін жоғарлату
<variant>ЖРВИ симптомдары басылғанға дейін флутиказон мөлшерін төмендету

<variant>ЖРВИ симптомдары басу үшін интерферонды тағайындау
<variant>Сальметерол мөлшерін жоғарлату
<variant>Парацетамолды тағайындау
<question>36 жастағы науқас әлсіздікке, субфебрилитетке, кеуде торшасының оң жағынан сыздап ауырсынуына, көп мөлшерде жағымсыз иіспенен қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге шағымданады. ТАЖ 26рет/мин, оң өкпенің жоғарғы бөлігінде тыныс үні амфоралық реңде. Рентген суретінде: оң өкпенің жоғары бөлігінде қуыс анықталған. Клиникалық хаттама бойынша тиімді тактика:

<variant>Ошақты санациялау + моксофлоксацинды қуысқа енгізу
<variant>Ампициллин + гентамицин
<variant>Плазмаферез + цефтриаксон
<variant>Өкпе бөлігін резекциялау + цефтриаксон
<variant>Левифлоксацин + инфузионды терапия

<question>43 жастағы әйелге пневмонияға байланысты тәулігіне 1 г кларитромицин тағайындалған. Динамикалық бақылау барысында субфебрильді температура, интоксикация симптомдары сақталған, жасыл түсті қақырықпен жөтелі күшейген. Рентген нәтижесі: оң жақ өкпенің ортаңғы бөлігінде ошақты инфильтрация анықталады. Клиникалық хаттама бойынша тиімді антибактериальды тактика:

<variant>кларитромицинды левифлоксацинге ауыстыру
<variant>гентамицинды қосу
<variant>кларитромицин мөлшерін көбейту
<variant>кларитромицинды имипинемге ауыстыру
<variant>кларитромицинды амоксициллинге ауыстыру

<question>33 жастағы ер кісіні қалтырау, тершендік, кеуде торшасының оң жағында ауырсынуы, қоңыр түсті жағымсыз иісті қақырықтың бөлінуімен жөтел, тыныштық жағдайдағы елтігу, күрт әлсіздік мазалайды. Қарап тексергенде: жалпы жағдайы ауыр, жүдеген, қол-аяқ веналарында көптеген инъекциядан кейінгі іздер бар. Оң бұғана асты аймағында өкпе дыбысының тұйықталуы, орташа және ірі көпіршікті сырылдар естіледі. АҚҚ 80/60 мм сын.б.б. ЖСЖ 122 рет/мин. Клиникалық хаттама бойынша емдеу жоспарына қосымша енгізілуі керек препарат:

<variant>Цефепим
<variant>Доксициклин
<variant>Азитромицин
<variant>Метронидазол
<variant>Ципрофлоксацин

<question>Тұмау (грипп) эпидемиясы кезінде жүктіліктің 28-29 аптасындағы 29 жастағы әйел

екі жақты пневмониямен ауыр жағдайда ауруханаға жатқызылды. Емдеуші дәрігер вирусқа қарсы ем тағайындауды жоспарланды. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайда таңдау препараты:

<variant>Осельтамивир
<variant>Интерферон альфа
<variant>Ронколейкин
<variant>Зидовудин
<variant>Задаксин

<question>29 жастағы ер кісіде суық тиюден 4 күннен кейін қалтырау және қызба 39,4°С, кеуде қуысының оң жағынан ауырсыну сезімі, елтігүпайда болған. Қарап тексергенде: кеуде торшасының оң жағы тыныс алғанда қалыңқы, перкуссия кезінде ІІІ қабырғадан төмен дыбыс тұйықталған, тыныс бұл жерде естілмейді. Клиникалық хаттама бойынша бактериологиялық зерттеудің нәтижесі дайын болғанға дейін науқасқа тиімді тағайындау:

<variant>Цефтриаксон және клиндамицин
<variant>Ампициллин және оксациллин
<variant>Амоксилав және линкомицин
<variant>Амоксициллин және доксициклин
<variant>Пенициллин және ципрофлоксацин
<question>Ауыр ағымды бронх демікпесі бар 28 жастағы науқас 2 жыл бойы преднизолонды 20 мг/тәул. қабылдайды. Преднизолон қабылдаған кезде түнгі тұншығу ұстамасы – аптасына 1-2 рет мазалайды, сальбутамолға жағеттілік - күніне 1-2 рет, өзін қанағаттанарлық сезінеді, физикалық күштемені жақмы көтереді. Преднизолон мөлшерін азайтқан кезде тұншығу ұстамасының жиіленуі байқалады. Ингаляциялық кортикостероидтарды осы уақытқа дейін қабылдамаған. Эуфиллин таблеткаларын ішеді. Клиникалық хаттама бойынша тиімді ем:

<variant>преднизолон мөлшерін төмендету үшін метилпреднизолонмен пульс-терапияны жүргізу
<variant>преднизолонмен демікпені бақылауға болады, сондықтан сол мөлшерін қалдыру
<variant>будесонидты қосып және преднизолонның мөлшерін біртіндеп төмендету
<variant>будесонидты максимальды дозасын тағайындау және преднизолонды тоқтату
<variant>демікпені бақылауына жету үшін теотардты қосу

<question>Науқас 20 жаста, ұстама тәрізді қатты, «ит үруіне» ұқсас жөтелге, кейде есінен жоғалу болуына шағым айтады. Объективті патологиялық өзгерістер табылмады. Ақпаратты зерттеу әдісі:

<variant>өңешті контрастирлеумен бүйірлік проекциядағы кеңірдек рентгеноскопиясы
<variant>спирография
<variant>пневмоскопия
<variant>кеуде торшасының жалпы рентген

шолуы

<variant>пикфлоуметрия

<question>Науқас қалтырауға, құрғақ жөтелге, терең тыныс алған кезінде кеуде торшасының оң бөлігінде ауырсынуыға және үдемелі еңтігугешағымайтады. ЖСЖ 110 рет/мин, АҚҚ 90/60 мм сын.б.б. Науқасқа плевральды пункция жасалды және алынған сұйықтықтәкәп мөлшерде лейкоциттер (15x10⁹/л)нейтрофильді ығысуыменен (90%), глюкоза денгейінің төмендегеніанықталды. Сіздің диагноз және тактикаңыз:

<variant>Плевраэмпиемасы, госпитализациялау

<variant>Геморрагиялық плеврит, онколог дәрігердің кеңесі

<variant>Эксудативты плеврит, антибиотиктерді тағайындау

<variant>Құрғақ плеврит, госпитализациялау

<variant>Өкпе гангренаcы, ота жасау

<question> 36 жастағы ер кісіні қиқымдалған қақырық бөлінуімен жүретін ұстама тәрізді жөтелге, тұншығуға, қан қақыруға шағым айтады.Спелеологиялық (үнгірге) экспедиция жасағаннан кейін ауырған. Қанда: лейкоциттер 12 мың, эозинотилдер 15%, ЭТЖ 70 мм/сағ.

Қақырықта: дөңгелек, кедір-бұдыр және пигментті денешіктері бар зең саңырауқұлағы (Asp.Fumigatus)анықталған. Рентген суретте: көптеген ұсақ ошақтың инфильтраттар, контурлары анық емес жекелеген ірі инфильтративті тығыз қараюлар бар. Клиникалық хаттама бойынша емдеу жоспарына қосу қажет препарат:

<variant>Вариканозол

<variant>Таваник

<variant>Будесонид

<variant>Амоксиклав

<variant>Актинолизат

<question>ЖРВИ кейін студентте іріңді қақырық бөлінуімен жүретін жөтел, дене қызуы 38,5С көтерілуі, әлсіздік пайда болған. Объективті:

өкпесінде қатқыл тыныс, бірең-сараң құрғақ сырылдар естіледі. Қанда: лейкоциттер 9,7 мың, ЭТЖ 22 мм/сағ. Клиникалық хаттама бойынша емдеу жоспарына келесі препараттардың тиімді құрамын қосу керек:

<variant>Ампициллин және лазолван

<variant>Эуфиллин және карбоцистеин

<variant>Химотрипсин және фенотерол

<variant>Бромгексин және преднизолон

<variant>Ацетилцистеин және гидрокортизон

<question>23 жастағы науқасты дене қызуының 38,5°С дейін көтерілуіне, тот басқан қақырықпен жөтелуіне, терең тыныс алу және жөтелгенде кеуде қуысының ауырсынуынабайланысты стационарға жетізілген.Рентгенограммада: оң өкпенің төменгі бөлігінің біркелкі емес қараюы.

<variant>Ампициллин және лазолван

<variant>Эуфиллин және карбоцистеин

<variant>Химотрипсин және фенотерол

<variant>Бромгексин және преднизолон

<variant>Ацетилцистеин және гидрокортизон

<question>32 жастағы ер кісі аптасына 2-3 рет болатын тұншығу ұстамасы болады, айына 2-3 рет түнгі уақытта тыныс жетіспеу сезіміне байланысты оянады. Спирографияда: ФТШК1 (ОФВ1) 70%; ФТШК50 (ОФВ50) 60%; ФТШК75(ОФВ75) 55%; сальбутамол қолданғаннан кейін барлық көрсеткіштер қалыптға келді. Клиникалық хаттама бойынша тиімді тағайындау:

<variant>Будесонид

<variant>Эуфиллин

<variant>Преднизолон

<variant>Монокард

<variant>Каптоприл

<variant>Левлофлоксацин

<variant>Спиринолактон

Клиникалық хаттама бойынша эмпирикалық терапияны жүргізу үшін қолданылатын препарат:

<variant>Амоксициллин

<variant>Тетрациклин

<variant>Гентамицин

<variant>Бисептол

<variant>Кефзол

<question>39 жастағы ер кісиде баралгин енгізгенен соң 10 минуттан кейін қышыну,

терісінің қызаруы, саусақтарының жансыздануы,

жүрек айнуы, кеуде тұсында ауырсыну сезімі пайда болған. Объективті: терісі бозғылт,

жабысқақ тер. Пульсі жіп тәрізді, жиі, жүрек үндері түйықталған. Қысқа уақытқа естен танған. АҚҚ 60/30 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама бойынша шұғыл көмек ретінде қолданылатын препарат:

<variant>Эпинефрин

<variant>Лоратадин

<variant>Элениум

<variant>Эуфиллин

<variant>Коргликон

<question>19 жастағы қыз бала, апельсин жегеннен соң 15 минуттан кейін, қабақтарының,

еріндерінің ісінуі, күйдіру сезімі, дауысының қарлығыуы пайда болуына шағымданады. Қарап тексергенде: беті,қабақтары, еріндері ісінген, пальпация кезінде ыстық. Клиникалық хаттама бойынша шұғыл көмек ретінде қолданылатын препарат:

<variant>Преднизолон

<variant>Лоратадин

<variant>Беротек

<variant>Эуфиллин

<variant>Кетотифен

<question>Жарты жыл алдын жіті миокард инфаркты өткерген 65 жастағы науқаста біртіндеп үдейтін еңтігу, ауырсынуынсыз плевра қуысында сұйықтықтың жиналуы, субфебрильды температура анықталған. Қанда эозинофилия. Клиникалық хаттама бойынша тиімді тағайындау:

<variant>преднизолон

<variant>монокард

<variant>каптоприл

<variant>левофлоксацин

<variant>спиринолактон

<question>32 жастағы ер кісі аптасына 2-3 рет болатын тұншығу ұстамасы болады, айына 2-3 рет түнгі уақытта тыныс жетіспеу сезіміне байланысты оянады. Спирографияда: ФТШК1 (ОФВ1) 70%; ФТШК50 (ОФВ50) 60%; ФТШК75(ОФВ75) 55%; сальбутамол қолданғаннан кейін барлық көрсеткіштер қалыптға келді. Клиникалық хаттама бойынша тиімді тағайындау:

<variant>Будесонид

<variant>Эуфиллин

<variant>Преднизолон

<variant>Монокард

<variant>Каптоприл

<variant>Левлофлоксацин

<variant>Спиринолактон

<variant>Натрий кромогликаты
<variant>Триамцинолон
<variant>Преднизолон
<question>70 жастағы ер кісі, көп жылдар бойы
ӨСОА-мен зардап шегеді, салқын тигеннен
кейінгідене температурасының көтерілуіне,
шырышты-іріңді қақырық бөлінумен жүретін
жөтелге, енгіуге, әлсіздікке,
тершеңдіккешағымайтады. Рентген суретте оң
өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрация
анықталды. Клиникалық хаттама бойынша
науқасқа тиімді тағайындау:
<variant>кларитромицинды
<variant>гентамицинды
<variant>тетрациклинды
<variant>преднизолонды
<variant>линкамицинды
<question>Созылмалы обструктивті бронхитпен
ауыратын науқасқа 1 ай көлемінде тәулігіне 3
реттен 2 доза дәрілік ингальция тағайындалды.
Препарат қауіпсіз, дозадан шектен тыс қабылдау
мүмкін емес, тыныс алудың жеңілдеуі
ингальциядан соң 30-40 минуттан кейін дамиды,
гормональді препараттарға жатпайды. Бұл
қасиеттер тән:
<variant>ипратропий бромидіне
<variant>сальметеролға
<variant>альбутеролға
<variant>кромглиций қышқылына
<variant>флутиказонға
<question>32 жастағы әйел дәрігерге қиын
бөлінетін, шырышты-іріңді қақырықпен
жөтелуге, дене температурасының 37С дейін
жоғарылауына шағым айтады. Салқын тигеннен
кейін жедел ауырған. Об-ті: сол жақ
жауырынаралық аймақта құрғақ сырылдар
естіледі. Қанның жалпы талдауы өзгеріссіз.
Науқаста жүктіліктің 8-10 аптасын ескере
отырып, клиникалық хттама бойынша тиімді
тағайындау:
<variant>лазолван, жылы көлемді су ішу
<variant>метрогил, гентамицин
<variant>ципрофлоксацин
<variant>амоксиклав, бронхолитин
<variant>бромгексин, тетрациклин
<question>Инфаркттан кейінгі кардиосклерозы
бар 65 жастағы науқаста орташа ауырлық
дәрежелі бронх демікпесінің өршуі фоньнда
қарыншалық экстрасистолия пайда болды.
Клиникалық хаттама бойынша науқасқабазисті
терапияны тиімді тағайындауы:
<variant>флутиказон+ верапамил
<variant>сальметерол+ тромбоасс
<variant>атровент+ ателолол
<variant>теотард + симвастатин
<variant>преднизолон

<question>Науқас 37 жаста, бронх демікпесінің
атопиялық түрімен және НҚД тахикардиялы
синдромымен зардап шегеді. Апта көлемінде
пропранололдың минималды дозасын
қабылдаған, кейін қала сыртындағы саяжайға
кетіп қалған. Егістің арам шөптерін жұлғаннан
соң ауыр тұншығу ұстамасы дамыған.
Клиникалық хаттама бойынша тұншығу
ұстамаларын басу үшін қолданылатын дәрі:
<variant>амброксол
<variant>эуфиллин
<variant>пропранолол
<variant>сальбутамол
<variant>антибиотиктер
<question> 68 жастағы әйел адамға бронх демікпе
ұстамасына байланысты жергіліктік терапевт
шақырылды. Дәрігер небулайзермен сальбутамол
ингальциясын қолданғаннан кейін, науқастың
жағдайы аздап жақсарды. Бірақ енгіту мен
ысқырықты сырыл қалып қойды. Клиникалық
хаттамаға сәйкес емге қосу керек дәрі:
<variant>Преднизолон
<variant>Интал
<variant>Алупент
<variant>Теофиллин
<variant>Тербуталин
<question>49 жастағы ер адамды физикалық
жүктеме кезіндегі енгіту, құрғақ жөтел
мазалайды. Об-ті: орташа ауырлық, диффузды
цианоз. Кеуденің төменгі аймағында перкурорлы
дыбыстың қысқаруы, везикулярлы тыныстың
әлсізденуі, крепитации естіледі. Өкпенің КТ:
«бұлыңғыр әйнек» симптомы, базальды аймақтың
екі жақты торлы диссеминация. Жетекші
синдромы, диагнозы, клиникалық хаттама
бойынша тиімді фармакотерапиясы.
<variant>Өкпенің диффузды ретикулярлы
диссеминация синдромы, идиопатиялық
фиброздаушы альвеолит, глюкокортикоидтар
<variant>Өкпе тінінің инфилтрат синдромы,
ауруханадан тыс пневмония, антибиотиктер
<variant>Өкпенің диффузды торлы диссеминация
синдромы, гемотогенді туберкулез,
туберкулозатиктер
<variant>Бронх өткізгіштігінің бұзылу
синдромы, бронхты астма, бронхолитиктер
<variant>Бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы,
созылмалы бронхит, муколитиктер
<question>Жүректің созылмалы ревматизмдік
ауруы, стенозы басым келетін қосарланған
митральды ақауы, ЖЖ ФК II (NYHA) бойынша
«Д» есепте тұратын науқаста физикалық
күштемеден кейін тұншығу ұстамасы, көп
мөлшерде қақырықпен жөтел және психомоторлы
қозупайда болды. Объективті: ортопноз, тыныс
алу жиілігі 33 рет/мин, өкпенің төменгі

бөліктерде әр түрлі ылғалды сырылдар, пульсі 120 рет/мин, АҚҚ 110/70 мм сын.б.б. анықталды.

Науқаста дамыған асқыну:

<variant>жіті сол қарыншаның жеткіліксіздігі, өкпе шемені (ісінуі)

<variant>бронхообструктивты синдром

<variant>жіті оң қарыншаның жеткіліксіздігі, бронх демікпесі

<variant>ангинозды статус

<variant>нозокомиальды пневмония

<question>34 жастағы науқас әйел үдемелі ентігуіне, жүрек аймағының шаншып

ауырсынуына, соңғы 2-3 айдағы талма (синкопе)

болуына шағымайтады. Салауатты өмір салтын

ұстанады,әпкесі тыныс жетіспеушілігімен

ауырады. Об-ті: өкпесінде везикулярлы

тыныс,жүректің оң жақ шекарасы

ұлғайған,аускультацияның3-ші нүктеде екінші

үнінің акценті және қосарлануы. ЭхоКГ-да ақау

анықталмаған. Клиникалық хаттама бойынша

жетекші синдром және шешуші зерттеу әдісі:

<variant>Біріншілік өкпе

гипертензиясы,ангикардиопульмонография

<variant>Бронх өткізгішінің бұзылысы,

тұрақты,өршімеген, КТ

<variant>Бронх өткізгішінің бұзылысы,

тұрақты,өршіген, КТ

<variant>Бронх өткізгішінің бұзылысы, өтпелі,

спирометрия

<variant>Жүрек жеткіліксіздігі, ЭхоКГ

<question>Қант диабеті бар 47 жастағы науқас

К.пневмонияға байланысты ем қабылдап жатқан

кезінде дене температурасы қайталап 39°C дейін

жоғарлап,қалтырау мен салқын тер шыққан.

Тыныс алу жиілігі 32 рет/мин, жүрек соғу жиілігі

108рет/мин. Қанда: лейкоциттер $18 \times 10^9/\text{л}$,

таяқшайдролы 14, сегментядролы

52,лимфоциттер 34, ЭТЖ 48 мм/сағ. Қанында

алтын стафилококк өсіп шыққан.

Эхокардиография зерттеуінде қақпашалар

қалыпты. Науқаста дамыған асқыну:

<variant>Сепсис

<variant>Жұқпалы эндокардит

<variant>Инфекциялық токсикалық шок

<variant>Жіті тыныс жеткіліксіздігі

<variant>Жітіреспираторлы дистресс-синдромы

<question>Өкпенің созылмалы обструктивті

ауруы (ӨСОА), тыныс жеткіліксіздігі, екіншілік

эритроцитоз, өкпе тектес

жүректіңдекомпенсациясы бар 62 жастағы

науқаста төс артында ауырсыну ұстамасы пайда

болды. Қарап тексергенде: Тыныс алу жиілігі 5–

18рет/мин, жүрек соғу жиілігі100 рет/мин, АҚҚ

120/80 мм сын.б.б. Тыныс алу

жеткіліксіздігінкүшейтетін препарат:

<variant>Морфин

<variant>Изокет

<variant>Аналгин

<variant>Баралгин

<variant>Нитроглицерин

<question>65 жастағы науқас үдемелі ентігуіне

шағымданады. Зжыл алдын миокард

инфарктысын өткерген. ЭТЖ 65 мм/сағ.

Рентгенограммада плевра қуысында сұйықтық

анықталған. Пункция кезінде 500 мл сұйықтық

алынған. 2 күннен кейін плевра қуысында

сұйықтық қайта жиналған. Клиникалық хаттама

бойынша диагнозды дәлелдеу үшін ақпаратты

зерттеу:

<variant>онкомаркерлерды анықтау

<variant>экссудаттыцитологиялық зерттеу

<variant>компьютерлік томография

<variant>тансбронхиальды пункция

<variant>магнитно-резонанстық томография

<question>ӨСОА бар 36 жастағы И.деген науқас

ыдыраусыз, ошақты өкпе туберкулезге

байланысты стационардаем қабылдап жатыр.

Клиникалық жақсаруы байқалған, бірақ соңғы 3

күн бойы дене қызуы 38°C жоғарлауы және

құрғақ жөтел пайда болған. Клиникалық хаттама

бойынша жағдайының нашарлауының себебін

анықтау үшін тиімді зерттеу әдісі:

<variant>Қақырықты себу, микрофлораның

сезімталдығын анықтау

<variant>Компьютерлік спирография

<variant>Брашбиопсия

<variant>Бронхоскопия

<variant>Туберкулиндьқ сынама

<question>Науқасқұрғақ жөтелге, ентігуіне, дене

температурасының жоғарлауына шағымайтады.

ЖИТС (СПИД) бойынша «Д» бақылауда

тұрады.Кеуденің шолу рентген көрінісінде өкпе

суретінің күшеюі және екі жақты, көбіне өкпенің

орталығындамайда ошақты көлеңкелер

анықталады. Клиникалық хаттамаға

сәйкеснауқасқа тағайындалуы тиіс

<variant>триметоприм

<variant>пенициллин

<variant>ампициллин

<variant>стрептомицин

<variant>гентамицин

<question>Науқас 3. 41 жаста, бел аймағында

ауырсыну мен жиі зәр шығаруға, зәрге шыққанда

ауырсынатынына, температурасының 39°C

көтерілуіне, қалтырауға шағымданып келді.

Объективті: АҚ-180/80 мм..с.б Пульс-100 мин. Оң

жақты ұрғылау симптомы оң нәтижелі. ЖҚА:

лейк-10,2 мың., ЭТЖ-32 мм/сағ. ЖЗА: бұлыңғыр,

тығыздығы-1018, белок-0,026 г/л, лейкоциттер-

көру алаңын толық қамтыған. Қажетті тексеру

әдісі:

<variant>Антибиотиктерге сезімталдықты

анықтау үшін зәрді бак.егу

<variant>Компьютерная томография
<variant>Бенс-Джонс ақуыздарын анықтау
<variant>Иммунологиялық тексеру
<variant>Бүйрек пункциялық биопсиясы
<question>Науқас 3. 50 жаста. Оң жақты бел аймағындағы ауырсыну сезіміне, оның ұма және сан аймағына таралуына, жиі ауырсынумен зәрге шығуына шағымданады. Объективті: пульс 100 рет мин, АҚ-150/110 мм.с.б. Ұрғылау симптомы оң нәтижелі. ЖҚА: эритроциттер-3,8 млн., лейкоциттер-5,6 мың, ЭТЖ - 8 мм/сағ. ЖЗА: тығ-1018, эрит.-көп мөлшерде. Кезекті тексеру әдісі:
<variant>бүйректі ультрадыбыстық зерттеу
<variant>бүйректің компьютерлік томографиясы
<variant>бүйректің биопсиясы
<variant>бүйректің ангиографиясы
<variant>экскреторлық урография
<question>34 жастағы В. деген науқаста гломерулонефрит қарқынды үдеуде. Бір ай көлемінде креатинин мөлшері едәуір жоғарылаған және шумақтық фильтрация жылдамдығы төмендеген. АҚ қалыпты деңгейде. Екі күн бұрын өкпелік қан кетуді гемостатиктермен қалыпқа келтірген. Отоларингологиялық өзгерістер анықталмаған. Өкпелердің рентген көрінісінде екі өкпе аймағында деструкциялық өзгерістерсіз ошақты инфильтрация белгілері анықталды. Қажетті тексеру әдісі:
<variant>бүйрек шумақшаларының базалды мембранасына антиденелер
<variant>нейтрофилдердің цитоплазмасына антиденелер
<variant>антинуклеарлық антиденелер
<variant>комплемент жүйесінің белсенділігі
<variant>антистрептолизин О анықтау
<question>28 жастағы әйел 17-18 апталық жүктілікпен әйелдер кеңесіне есепке тіркелді. Объективті тексеруде аяқтарында ісік анықталды. АҚ 160/90 мм.с.б. ЖЗА: тығ – 1,012, белок – 1,066г/л, лейкоцит 4-5 көру айм, лейкограммада – 40% лимфоциттер. Зимницкий сынамасы: тығыздықтың ауытқуы -0,007. ЭКГ –сол жақ карынша гипертрофиясы көріністері. Қанда креатинин 100 мкмол/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес келесі тексеру әдісі:
<variant>Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі
<variant>Бүйректің компьютерлік томографиясы
<variant>Бүйректің биопсиясы
<variant>Бүйректің ангиографиясы
<variant>Экскреторлық урография
<question>48 жаста әйел адам ұзаққа созылған қызба себебін тексеруде жүрек қақпақшаларында

вегетация анықталған. Тәуліктік диурез 1,2 л. Бактериологиялық тексеруде қанда St. Aureus табылды. Ампиокспен тамыр ішілік ем жүргізілді (нәтижесіз). ЖҚА: Нв – 98г/л, лейкоцит 12x10/л, ЭТЖ – 40 мм/сағ. ЖЗА: тығ – 1,018, белок – 1,066г/л, эритроцит 8-10, лейкоцит 10-12 көру айм, лейкограммада – 50% лимфоциттер. Креатинин 150 мкмоль/л. ШФЖ 80 мл/минут. Зәрді бактериологиялық тексеруде микрофлора анықталмаған. Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу бағдарламасына ... енгізу қажет.
<variant>глюкокортикоидтарды
<variant>антибиотиктерді
<variant>уросептиктерді
<variant>цитостатиктерді
<variant>аминохинолондарды
<question>Науқас 59 жаста бір ай көлемінде 38°C қызбамен ауру сезімінсіз макрогематурия пайда болды. Антибиотиктермен жүргізілген ем нәтижесіз. АҚ – 150/90 мм.с.б. ЖҚА: Нв – 160 г/л, ЭТЖ – 57 мм/сағ. Келесі тексеру әдісі:
<variant>бүйректі ультрадыбыстық зерттеу
<variant>бүйректің компьютерлік томографиясы
<variant>бүйрек биопсиясы
<variant>бүйрек ангиографиясы
<variant>экскреторлық урография
<question>43 жастағы С., бел аймағындағы кезенді ұстамалы ауырсыну сезіміне, жүрек қағуға, тершендікке шағымданып қабылдау бөліміне түсті. Жағдайының нашарлауын ішімдік қабылдаумен байланыстырады. Қарап тексергенде: тері жабындылары боз. Қанда - эритроциттер 2, 5 x10 12 л, Нв - 105 г/л, ЭТЖ - 25 мм/сағ. Зәрде - эритроциттер - 20-25 к/а., лейкоциттер 30-35 к/а. УДЗ-де несепағар аймағында диаметрі 1,0см тас бар. Клиникалық хаттама бойынша емдеу әдісі:
<variant>қашықтық литотрипсия
<variant>гемодиализ
<variant>плазмаферез
<variant>физиоөмдеу
<variant>бүйрек трансплантациясы
<question>16 жастағы бозжігіт баспамен ауырғанан екі аптадан кейін бетінің ісінуіне, бас ауруына шағымданады. Үш күн аралығында диурездің азаюын анықтады. Қарап тексергенде бетінің ісінуі, АҚ 140/100 мм с.б. Зәр анализінде – протеинурия – 0,99 г/л, эритроциттер 10 көру аймағында. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайда артериалдық гипертензияны төмендету үшін тағайындалатын препарат:
<variant>фуросемид
<variant>капотен
<variant>верапамил

<variant>амлодипин
<variant>спиронолактон
<question>36 жастағы пациент дене температурасының 38°C дейін көтерілуіне, жиі зәр шығаруға, бел аймағындағы ауру сезімге шағымданады. Обь-ті: ЖҚА- эритроциттер 2,9x10¹² л, Нв-110 г/л, лейкоциттер 16x10⁹/л, ЭТЖ – 25 мм/с. ЖЗА – эритроциттер 4-6 к/а, лейкоциттер 30-35 к/а, бактериялар ++, шырыш++.

Клиникалық хаттамаға сәйкес этиологиясы белгісіз созылмалы тубулоинтерстициалды нефриттің емінде ... тағайындау тиімді.

<variant>фторхинолондарды
<variant>линкозаминдерді
<variant>тетрациклиндерді
<variant>аминогликозидтарды
<variant>нитрофуранды

<question>Науқас 45 жаста. 20 жылдан бері жүйелі қызыл жегімен ауырады.

Глюкокортикоидты, антикоагулянтты терапияны, цитостатиктерді қабылдайды. Бақылағанда ЖҚА: Нв-95 г/л, эр-3,0, лейкоцит-7,2, ЭТЖ-42 мм/сағ.

ЖЗА: ақуыз-2,5г/л, лейкоцит-7-8 к.а., эр-8-9 к.а., көп мөлшерде оксалаттар. Қоагулограмма қалыпты. Клиникалық хаттама бойынша бұл патологияда таңдау препарат тобы:

<variant>Глюкокортикоидтар
<variant>Антиагреганттар
<variant>Антикоагулянттар
<variant>Уросептиктер
<variant>Цитостатиктер

<question>37 жастағы науқас әйел, бел аймағының ауырсынуына, жиі зәр шығаруына шағымданады. Анамнезінде 5 жыл бұрын босанғаннан кейін бел аймағының ауырсынуы, қызба, дизурия мазалаған. Объективті:

температура 37°C. Ұрғылау симптомы екі жақта да оң. Қанда: лейкоцит – 6,1x 10⁹/л, ЭТЖ – 20 мм/сағ. ЖЗА: сал. тығ -1005, ақуыз – 0,033 г/л, лейкоцит- 6-8 к.а., Нечипоренко сынаамасы: эритроцит – 1 x 10⁶/л, лейкоцит – 6 x 10⁶/л.

Клиникалық хаттамаға сәйкес емдеу кезінде препаратты тиімді тағайындау:

<variant>Пеницилиндер
<variant>Линкозаминдер
<variant>Тетрациклиндер
<variant>Аминогликозидтер
<variant>Нитрофурандар

<question>40 жасар науқас М, бел аймағының интенсивті ауырсынуына, ауырсыну шат аймағына беріледі; зәр шығарғанда ашытып ауырсынуына, жүрек айнуына, құсуға шағымданады. Қанда: лейкоциттер – 8,6 мың, ЭТЖ – 24 мм/сағ, мочевина – 9,2 ммоль/л,

креатинин – 0,120 ммоль/л. Зәр анализінде: салыстырмалы тығыздығы – 1018 г/л, эритроциттер – 20-25 көру алаңында, лейкоциттер – 5-6 көру алаңында, оксалаттар+++, фосфаттар+ +. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайды тиімді тағайындау:

<variant>Баралгин
<variant>Нитроксалин
<variant>Амоксициллин
<variant>Метотрексат
<variant>Преднизолон

<question>Науқас А. 43 жаста, созылмалы гломерулонефрит диагнозымен ұзақ уақыт бойы есепте тұратын науқаста, АҚ - 200/120 мм. с.б.б, қабақтардың шамалы ісінуі, креатинин - 0,670 ммоль/л, мочевина - 6,1 ммоль/л. Клиникалық хаттама бойынша әдіс:

<variant>Гемодиализ
<variant>Антибактериальды терапия
<variant>Преднизолонмен пульс-терапия
<variant>Цитостатиктер

<variant>Бүйрек трансплантациясы
<question>Науқас 47 жаста, 2,5 жыл бойы науқас созылмалы гломерулонефрит (СГН) диагнозымен азатиоприн (150-100мг/тәул) және сүйемелдеуші мөлшермен преднизолонмен (10-5 мг/тәул) бірге ем қабылдаған. Өткен 7-8 жылда оң жақ аяқтағы бірінші плюснефалангті буынның қайталамалы артриті болған. Бутадион қабылдаған. Қол саусақтарының ұшында көп тофустар. АҚ 170/100 мм рт.ст. Сақталған несеп синдромымен бірге креатинемия өсе бастаған. Несеп анализінде: салыстырмалы тығыздығы 1003-1010, нәруыз 1,75-2,0 г/л, эритр. 10-16, лейкоц. 3-5, ураттар көп емес. Қан креатинині 3,2 мг/дл, несептік қышқыл 658 мкмоль/л, ШФЖ -30 мл/мин. Науқаста пурин алмасуының бұзылуының өршу себебі:

<variant>ұзақ уақытқа созылған имуносупрессивті терапия
<variant>ұзақ уақыт бутадионды қабылдаған
<variant>преднизолонмен монотерапия жүргізсе жеткілікті еді
<variant>цитостатиктерді мөлшерден артық пайдаланған
<variant>емдеу дұрыс жүргізілген
<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес жүктілерде гипертонияны емдеу үшін таңдамалы препарат:

<variant>метилдопа
<variant>амлодипин
<variant>берлиприл
<variant>фурасемид
<variant>нитроглицерин

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес жіті және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі кезінде қолдануға болатын препарат:

- <variant>рекармон
- <variant>аюгастрин
- <variant>гентамицин
- <variant>тиенам
- <variant>аспаркам

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес подагралық нефропатияны емдеу үшін ...қолданады.

- <variant>аллопуринолды
- <variant>этебенецидті
- <variant>дипиридамолды
- <variant>тиазидті диуретиктерді
- <variant>провиронды

<question>Клиникалық хаттамаға сәйкес жіті және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде ... қолдануға болады.

- <variant>ампициллинді
- <variant>нитрофурантоинды
- <variant>налидикс қышқылын
- <variant>сульфадиметоксинді
- <variant>тетрациклинді

<question>Перзентхананың санбақылау бөліміне 30 жастағы жүкті әйел түсті. Шағымдары: әлсіздік, бас ауыруы, оң жақ бел аймағындағы ауру сезімі, дене қызуының жоғарылауы, қалтырау. Жақында ауырған. Үшінші жүктілік. Терісі таза, бозғылт, ыстық. Температурасы 38°C, пульсы 88 минутына, АҚҚ 120/80 мм рт. ст. Іші жұмсақ, жатыр тонусы қалыпты, 27 апта жүктілік мерзіміне сай келеді. Зәр шығаруы ауру сезімінсіз. Зәр анализі: лайлы, салыстырмалы тығыздығы 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциттер мен бактериялар көру алаңын толық жауып тұр, оксалаттар. антибактериальді препаратты тағайындаңыз:

- <variant>Цефтриаксон 1г/сут, к/т
- <variant>Сумамед 500 мг/с р/ос
- <variant>Монурал 3 г/с р/ос
- <variant>Гентамицин 80 мг/с, б/е
- <variant>Ципрофлоксацин 500 мг/с, к/т

<question>Атеросклероз кезінде липидтік алмасуды стабилизирлейтін эффективті гиполлипидемиялық препарат:

- <variant>статиндер
- <variant>никотин қышқылы және оның туындылары
- <variant>өт қышқылының секвестранты
- <variant>фибраттар
- <variant>витамин Д комплекстер

<question> Науқас 68 жаста, аздаған физикалық күштемеден кейін және тынышытқта төс артындағы қысып ауырсыну сезіміне, енгітуге шағымданады. Анамнезінде миокард

инфарктысын өткізген. Жүрек соғу жиілігі 62 рет мин. Артериялық қан қысымы 110/60 мм.с.б.б. Тропонин 1-0 нг/мм. Электрокардиограммада созылмалы коронарлық жеткіліксіздік белгілері. Тағайындауға тиімді клиникалық хаттама бойынша:

- <variant>кардикет
- <variant>кетонал
- <variant>дигоксин
- <variant>коринфар
- <variant>эуфиллин

<question> Жүректің үш коронарлы артерияның зақымданған ишемиялық аурумен ауратын науқасқа жүргізілуге тиімді клиникалық хаттама бойынша:

- <variant>аортакоронарлы шунттау
- <variant>абляция
- <variant>стенттеу
- <variant>электрокардиостимулятордың имплантациясы

<variant>транслюминальды ангиопластикасы

<question> Клиникалық хаттама бойынша жоспарлы электроимпульсті терапияны сәтті жүргізу үшін:

- <variant>процедураны жүргізгенге дейін антикоагулянттарды тағайындау
- <variant>кардиоспецификалық ферменттер деңгейін анықтау
- <variant>кардиоверсияға дейін 3 күн бұрын жүрек гликозидтерін тағайындау
- <variant>электроимпульсті терапияны жүргізгеннен соң антикоагулянттар және дезагреганттарды қабылдауын тоқтату
- <variant> кадиоверсияны жүргізгенге дейін бір тәулік алдын антиаритмиялық препараттарды қабылдауын тоқтату

<question> 46 жастағы науқас Н., төс артының ауырсынуына, жауырын арасындағы аймаққа таралуына және жатқан кезде күшейетініне; қышқылмен кекіруге, лоқсуға шағымданды. Клиникалық хаттамаға сәйкес диагнозды нақтылау үшін сіздің тактикаңыз:

- <variant>Эзофагогастродуоденоскопия
- <variant>24-сағаттық рН-метрия
- <variant>Өнешішілік манометрия
- <variant>Іш қуысы ағзаларының УДЗ
- <variant>Протонды помпаны тежеуішімен тест қою

<question> Гастроэзофагеалдық рефлюксті ауруы бар науқасқа жүргізілген эзофагогастродуоденоскопияда: өңештің бірнеше қатпарларына таралған, өңеш айналымының 50 пайызын құрайтын, кілегей қабатының зақымдануы анықталды. Клиникалық хаттамаға сәйкес сіздің дәрілік емдеу тактикаңыз:

- <variant>Протонды помпанының ингибиторы + прокинетик

<variant>H2-гистаминді рецепторының блокаторы + антацид

<variant>Антибиотик + гастропротектор

<variant>Спазмолитик + кальций каналдарының антагонисі

<variant>Холинолитик + антацид

<question> Іштің жоғарғы оң квадрантында ауырсынуы, субфебрилді қызбасы бар науқасты УДЗ-де өт қапшығында конкременттер анықталған, өт қапшықтың қабырғасының қалыңдығы 0,4 см, қабырға контуры екі еселенген, оның айналасына сұйықтық жиналған. Клиникалық хаттамаға сәйкес холедохолитиаздың жоқ екенін дәлелдеу үшін жүргізілетін тексеру:

<variant>Эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография

<variant>Іш қуысы ағзаларының компьютерлік томографиясы

<variant>Іш қуысының лапароскопиясы

<variant>Эзофагогастроуденоскопия

<variant>Іш қуысы ағзаларының МРТ

<question> 46 жастағы науқасты эпигастрий аймағында ас қабылдағаннан кейін 1 сағаттан соң сыздап ауырсыну, қышқылмен кекіру, тамаққа тәбетінің құрт төмендеуі мазалайды. Ауырғанына екі жыл болған. Объективті: эпигастрийдің терең пальпациясында ауырсынады. Қанның анализі: Нв - 100 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, жалпы белок - 54 г/л. ЭФГДС: асқазанның кілегей қабатының рельефі "мидың қыртыстарына" ұқсайды. Клиникалық хаттамаға сәйкес консервативтік ем:

<variant>Антисекреторлық препараттар, спазмолитиктер

<variant>Ас қорыту ферменттері, ауырсынуды басатын препараттар

<variant>Антацидтер, спазмолитиктер

<variant>Гастропротекторлар, прокинетики

<variant>Глюкокортикоидтар, висмут препараттары

<question> 32 жастағы науқасты ас қабылдағаннан кейін 2 сағаттан соң эпигастрий аймағының ауырсынуы, қышқылмен кекіру, қыжылдау жағдайын қиындатады. ЭФГДС: асқазанның антралды бөлігі кілегей қабаты айқын гиперемияланған, бірен-саран эрозиялар бар. Клиникалық хаттамаға сәйкес тиімді дәрілік терапияны таңдаңыз:

<variant>Амоксициллин + кларитромицин + нольпаза

<variant>Домперидон + алмагель + де-нол

<variant>Маалокс + фамотидин + домперидон

<variant>Омепразол + амоксициллин + трихопол

<variant>Амоксиклав + метронидазол + висмута субцитраты

<question> Хеликобактерлі этиологиялы созылмалы гастродуоденитпен ауыратын науқаста эрадикациялық терапия қабылдау

барысында тәулігіне 4 ретке дейін болатын диарея пайда болды. Копрограммада лейкоциттер 2-3 көру аймағында, шырыш ++, йодофильдік флора ++++. Клиникалық хаттамаға сәйкес ішек қызметінің бұзылысында қолданылатын тиімді препарат:

<variant>биопрепарат

<variant>полиферментті препарат

<variant>ішек антисептигі

<variant>адсорбент

<variant>эспумизан

<question> 21 жастағы науқас созылмалы гастродуоденитпен ауырады. Тұқымқуалаушылық анықталған – әкесі жағынан он екі елі ішектің ойық-жара ауруы. Екі жыл бұрын тиімді эрадикациялық ем қабылдаған. Аурудың қайталануына байланысты Helicobacter pylori-ге тексерілген. Нәтижесі оң мәнді. Клиникалық хаттамаға сәйкес болатын жағдай:

<variant>Helicobacter pylori-дің қайта жұғуы

<variant>Негізгі аурудың қайталануы

<variant>Он екі елі ішектің ойық-жара ауруының дамуы

<variant>Функционалдық диспепсия

<variant>Асқазанның ойық-жара ауруының дамуы

<question> Науқас әйелде УДЗ мәліметтері

бойынша алғаш рет өт қапшығында өлшемдері 2

және 3 мм болатын екі конкремент анықталды.

Бұрын созылмалы холецистит диагнозы бойынша дәрігерге қаралған. Бір жыл бұрын жүргізілген

дуоденалды зондтау нәтижесінде холестерин кристаллдары табылған ++++. Емдеу тактикасы:

<variant>литолитикалық терапия

<variant>диетотерапия

<variant>лапароскопиялық холецистэктомия

<variant>қуыстық холецистэктомия

<variant>экстракорпоралдық литотрипсия

<question> Постпрандиалды дистресс-синдромы

бар науқас тамақтан кейін асқазан аймағындағы

тойып кету және ауырлық сезіміне, жүрегінің

айнуына, құсуға шағымданады. Бұл жағдайда

қолданылатын тиімді препарат:

<variant>Прокинетики

<variant>Антацид

<variant>Протондық помпа ингибиторы

<variant>H2-блокатор

<variant>Спазмолитик

<question> Науқас хеликобактерлі этиологиялы

он екі елі ішектің ойық-жара ауруына байланысты эрадикациялық терапияның екінші курсы

(квадротерапияны) қабылдады. Клиникалық

хаттамаға сәйкес эрадикация нәтижесін бақылау мерзімі:

<variant>4 аптадан кейін

<variant>2 аптадан кейін

<variant>курс аяқтала салысымен

<variant>бір жылдан соң

<variant>емдеу барысында
<question> Пациент 20 жаста тізе буынындағы күшті ауырсынуға, дене қызуының көтерілуіне шағымданады. Бала кезінен ауырады. Объективті: буыны ісінген, үстіндегі тері қызарған, ұстағанда ыстық, қозғалысы шектелген. Қанда: эр-3,9 млн., Нв-94 г/л, ТК-0,7, ЭТЖ-16 мм/сағ, АЧТВ- 90 сек, қан ұю уақыты-25 мин. Буынның рентгенографиясы: буын деформирленген, буын беттері жалпақталған, узурленген. тиімді тактика:
<variant>криопреципитат
<variant>антикоагулянттар
<variant>глюкокортикоидтар
<variant>хондропротекторлар
<variant>индометацин
<question> Әйел 47 жаста, әлсіздікке, бас айналуына, жүрек қағуына шағымданады. 1 жыл бойы етеккірі 10 күннен , көп мөлшерде. Объективті: терісі мен шырышты қабықтарының бозғылттануы, тырнақтарының сынғыштығы, тахикардия 100 соққы минутына, ҚҚ 110/60 мм.сын. бағ. Қанда: гемоглобин - 42 г/л, эритроциттер – $1,9 \times 10^{12}/л$, ТК – 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағ, лейкоциттер - $5,8 \times 10^9/л$, базофильдер – 1%, эозинофильдер – 2%, таяқшалар – 4%, сегменттер – 69%, лимфоциттер – 18%, моноциттер – 6%, тромбоциттер – $420 \times 10^9/л$. Төменде көрсетілгендердің қайсысы диагностикада келесі қадам болып табылады және себебі:
<variant>Сарысулық темірді тексеру, себебі гем биосинтезі бұзылған
<variant>Вит В12 деңгейін анықтау, себебі гем биосинтезі бұзылған
<variant>Сарысулық темірді тексеру, себебі ДНК синтезі бұзылған
<variant>Вит В12 деңгейін анықтау, себебі ДНК синтезі бұзылған
<variant> Стернальнды пункция, себебі бұл патологияда эритроциттердің сүйекмилық бұзылыстары байқалады
<question> 53 жастағы науқас жүрек аймағындағы шаншып ауырсынуға, аяқ бармақтарындағы шаншуға, тері қышуына, үдемелі әлсіздікке шағымданады. Объективті: плеториялық синдром. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, ЖСЖ минутына 74 рет, АҚҚ-180/110 мм с.б.б. Бауыры – қабырға доғасынан шықпайды, ауырсынбайды, консистенциясы жұмсақ-эластикалық; көк бауыры 8 x 6 см. Қанда: эр-5,0 млн., Нв-165 г/л, ТК-0,9, лейкоциттер-9,3 мың, т-7%, сегм-60%, эоз-4%, лимф-25%, мон-4%, тромб-400 мың, ЭТЖ-1 мм/сағ. тиімді тактика:
<variant>Қан ағызу + дезагреганттар
<variant>Дезагреганттар + жаңа мұздатылған плазма
<variant>Дезагреганттар + хлорбутин

<variant>Дезагреганттар + алкеран
<variant>Дезагреганттар + гепарин
<question> 42 жастағы пациент ІІІ дәрежелі үсу белгілерімен ауруханаға түсті. Объективті: тежелген, бозғылт. Терісі «мәрмәр» түсті, акроцианоз. Жүрек тондары тұйық, ЖСЖ минутына 120 рет. Пульс жіп тәрізді, ырғақсыз. АҚ 85/55 мм с.б. Қанда: эр-2,3 млн., Нв-63 г/л, тромб-150 мың. Гемостаз жүйесін зерттеу: қан ұю уақыты 4 мин, тромбоциттер 430 мың, фибриноген-4,1 г/л, этанолдық және протаминсульфаттық сынамалар оң. ПДФ және антитромбин ІІІ деңгейлері жоғарылаған. тиімді тактика:
<variant>Гепарин + жаңа мұздатылған плазма
<variant>Контрикал + курантил
<variant>VIII фактордың концентраты + викасол
<variant>Аминокапрон қышқылы + дицинон
<variant>Тромбоциттер концентраты + эритроцитарлық масса
<question> Науқас 34 жаста, әлсіздікке, бас айналуына, жүрек қағуына, енгіуге шағымданады. Геморроймен ауырғанына 2 жыл болған. Объективті: терісі және шырышты қабаттары бозғылт, койлонихиялар. Жүрек тондары тұйықталған, жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эр-3,7 млн., Нв-92 г/л, ТК-0,75, лейкоциттер-4,8 мың, тромб.-200 мың, ЭТЖ-17 мм/сағ, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сары сулық темір-6,4 мкмоль/л. тиімді тактика:
<variant>Сорбифер пероральды
<variant>Преднизолон пероральды
<variant>Феррум-лек к/т
<variant>Десферал б/е
<variant>Эритроциттік масса к/т
<question> Науқас 36 жаста, тұмаудан кейін пайда болған бел аймағындағы ауырсынуға, қызбаға, зәр түсінің қараюына, әлсіздікке шағымданады. Объективті: терісі бозғылт, жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Белден ұрғылау симптомы екі жақта да оң. Қанда: эр.-3,1 млн. Нв-93 г/л, ТК-0,8 лейкоциттер.-3,4 мың. тромб.-96 мың. ретикулоциттер-6%, ЭТЖ-35 мм/сағ. Лейкоцитурия, гематурия. тиімді тактика:
<variant>Дезагреганттар + жаңа мұздатылған плазма
<variant>Десферал + ион алмастырушы шайыр (смола)
<variant>Глюкокортикоидтар + гепарин
<variant>Глюкокортикоидтар + цитостатиктер
<variant>Спленэктомия
<question> 22 жастағы жігіт К кенет ауырды: дене температурасы 39-40, жұтынғанда ауырсыну, әлсіздік, енгіту, мұрыннан қан кету мадалайды. Бласты клеткалар перифериялық қанда және миелограммада 80% және одан көп. Оптимальды тексеру әдісі:

<variant>Стернальды пункция + цитохимиялық реакциялар
<variant>Стернальды пункция
<variant>Трепанобиопсия
<variant>Трепанобиопсия + цитохимиялық реакциялар
<variant>Толық ЖҚА + стернальды пункция
<question> Науқас 30 жас әлсіздікке, енгіруге, жүрек қағуына, соңғы жартыжылдықта меноррагияға шағымданады. Объективті: тері және шырышты қабаттары бозғылт, тырнақтардың көлденең сызылуы, койлонихиялар. Жүрек ұшында систолалық шу, тахикардия. Қанда: эр.-3,0 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,77, лейкоц.-4,2 тыс., тромб.-192 тыс., СОЭ-22 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Миелограммада: 12% сидеробласт. тиімді тактика:
<variant>Сорбифер 200 мг күніне 3 ай бой
<variant>Феррум-лек 2,0 в/м 1 апта бойы
<variant>Феррум-лек 5,0 в/в 1 апта бойы
<variant>Қан трансфузиясы
<variant>Эритроцитарл масса трансфузиясы
<question> 16 жастағы науқаста тері қабатының бозруы, қызыл иектің қанталауы, теріде геморрагиялық бөртпелер, дене қызуының 39 С жоғарылауы, сүйекті перкуссиялағанда ауырсынуы, перифериялық лимфа түйіндерінің ұлғаюы, гепатоспленомегалия. Қанда: эритроцит - $2,1 \times 10^{10}/л$, гемоглобин – 64 г/л, лейкоцит – $4,6 \times 10^9/л$, тромбоцит - $56 \times 10^9/л$, бласт жасушалары, ЭТЖ - 48 мм/с. Лейкограммада аралық формалар жоқ. Тиімді тактиканы таңдаңыз:
<variant>Полихимиотерапия
<variant>Темір препараттары
<variant>Тромбомасса құю
<variant>Плазмаферез
<variant>Глюкокортикостероидтар
<question> Идиопатиялық тромбоцитопениялық пурпурамен ауыратын науқас 3 ай бойы преднизолон 60 мг күніне қабылдаған, әсері болмаған. ЖҚА тромбоцит мөлшері $28 \times 10^9/л$. Терапияның келесі этапы:
<variant>Спленэктомия
<variant>Гормональды емес иммунодепрессанттар
<variant>Тромбоцитконцентратын құю
<variant>Альфа2-интерферонмен емдеу
<variant>Плазмаферез
<question> Науқас 15 жаста, айқын анемия, айқын сарғаю, гепатоспленомегалия, тізенің трофикалық жаралары мазалайды. Қарағанда: науқас төмен бойлы, бетінің типі «монголоидты», «мұнаралы бассүйек», «готикалық таңдай». Қанда: нормохромды анемия гемоглобиннің 79г/л төмендеуімен, микросфероцитоз, ретикулоцитоз, ЭТЖ аздап жоғарылауы 25 мм/ч. БҚА: тікелей

емес фракцияға байланысты жалпы билирубиннің жоғарылауы. УДЗ: гепатоспленомегалия, өт жолында көптеген тастар бар. Оптимальды терапияны таңдаңыз:
<variant>Холицистэктомия, спленэктомия
<variant>Эритроцитарлы массы құю, глюкокортикостероидтар
<variant>Спленэктомия, глюкокортикостероидтар
<variant>Холицистэктомия, эритроцитарлы массы құю
<variant>Цитостатиктер, антиоксиданттар
<question> Науқас, 27 жаста, терідегі геморрагиялық бөртпелерге, қызыл иектің қанталауына шағымданады. Бұл шағымдар мазалағанына 2 апта болған, басынан өткен инфекциямен байланыстырады. ЖҚА: тромбоцит мөлшері $32 \times 10^9/л$ төмендеген. Терапияны бастаған жөн:
<variant>Спленэктомия
<variant>Глюкокортикостероид 1-2 мг/кг тәулігіне
<variant>Циклофосфан 200 мг күніне
<variant>Плазмаферез
<variant>Тромбомасса құю
<question> Гинекологиялық сепсисі бар әйелде полиоргандық жетіспеушілігі, гематомды-петехиальды типті геморрагиялық синдром дамыды. Қанда: анемия, лейкоцитоз олға ығысумен, ЭТЖ жоғарылауы. Коагулограммада гиперкоагуляция белгілері, Д-Д-димерлер пайда болған, фибрин деградациясының өнімдеріне оң нәтижелі сынамалар – этанолды, протаминсульфатты тесттер. Терапияны бастаған жөн:
<variant>Жаңа мұздатылған плазмалдар
<variant>Протеаза нгибиторы
<variant>Тромбомасс құю
<variant>Глюкокортикостероидтар
<variant>Гемостатиктер
<question> Науқас, 21 жаста, жалпы әлсіздікке, бас айналуға, дене қызуының 37-38С жоғарылауына шағымданады. Объективті: тері және шырышты қабаттары бозғылт, лимонды-сары түспен. Жүрек тондары анық, тахикардия, жүрек ұшында систолалық шу. Аздаан гепатоспленомегалия байқалады. ЖҚА: гемоглобин-55 г/л., эритроцит- $1,6 \times 10^{12}/л$, ретикулоцит-15%, тромбоцит- $180 \times 10^9/л$, лейкоцит- $9,9 \times 10^9/л$, ЭТЖ-25мм/ч. БҚА: – жалпы билирубин 41 мкмоль/л, тікелей-4,9мкмоль/л, тікелей емес-37,1мкмоль/л, Кумбс реакциясы +++.
«Бірінші қатарлы» ем үшін тиімді тактика
<variant>Преднизолон
<variant>Амоксиклав
<variant>Гепадиф
<variant>Фоллий қышқылы
<variant>Сорбифер дурулес

<question> Науқас, 57 миокард инфарктісін өткізген. Варфаринді 2,5 мг күніне 2 реттен қабылдау кезінде денесінде кең қан құйылулар, мұрыннан қан кету мазалаған. ЖҚА: гемоглобин-131 г/л., эритроцит- $4,0 \times 10^{12}/л$, тромбоцит- $100 \times 10^9/л$, лейкоцит- $5,5 \times 10^9/л$, коагулограмма: протромбин уақыты 25 сек., антитромбин III, 68%, фибриноген 1,5 г/л. Қан ұю уақыты 20 мин. Тиімді ем әдісі:

- <variant>Криоплазма енгізу
- <variant>Аминокапрон қышқылын енгізу
- <variant>Гепарина енгізу
- <variant>Глюкоза енгізу
- <variant>Эритроцитарлы масса құю

<question> 62 жасар науқас әйел, әлсіздікке, бас айналуына, сол жақ қабырға астының ауруына шағымданады. Ап. торбі: өзін салқын түскеннен бері аурумын деп санайды. Объективті: тері мен көзге көрінетін сілемей қабаттары боз, сарғыш түстес, орташа, гепатосплено-мегалия. Жалпы қан талдауы: гемоглобин-80г/л, эритроциттер- $2,4 \times 10^{12}/л$, ретикуло-циттер-17%, тромбоциттер- $220 \times 10^9/л$, лейкоциттер- $9,1 \times 10^9/л$. Эритроциттердің тұну жылдамдығы -28мм/с. Зәр талдауы: уробилин +++. Биохимиялық талдауы: жалпы билирубин-32 мкмоль/л, тіке-4,7 мкмоль/л, тіке емес-27,3 мкмоль/л. «бірінші қатардағы» ем:

- <variant>Преднизолон
- <variant>Гептрал
- <variant>Феррум лек
- <variant>Фолиевая кислота
- <variant>Циклофосфан

<question> 16 жасар науқас, талмаға, көзінің алды қарауытуына, кесек жеуге құштарлыққа, тырнақтарының сынуына шағымданады. Анамнезінен: етеккірі 3 күннен. Объективті: тері мен көзге көрінетін сілемей қабаттары боз, құрғақ, ауыз бұрыштарының тілінуі. Жалпы қан талдауы: гемоглобин -85 г/л, эритроциттер- $2,8 \times 10^{12}/л$, реңдік көрсеткіш-0,72, тромбоциттер- $180 \times 10^9/л$, лейкоциттер- $4,3 \times 10^9/л$. Лейкоформулада: таяқша ядролы -4%, сегментті ядролы -62%, моноциттер-9%, лимфоциттер-22%, Эритроциттердің тұну жылдамдығы -18 мм/с. Сарысулы темір – 6,7мкмоль/л, сарысулы ферритин -10,24 нг/дл. Ем тағайындаңыз:

- <variant>Сорбифер-дурулес
- <variant>Витамин В12
- <variant>Фолий қышқылы
- <variant>Аскорбин қышқылы
- <variant>Флудара

<question> 27 жастағы науқаста бірінші рет өздігінен көптеген тері астылық қан құйылулар, жатырдан қан кету пайда болған. Ішкі мүшелері жағынан өзгерістер жоқ. Бұрау, шымшу симптомдары оы, қанда тромбоциттер $12 \times 10^9/л$,

гемоглобин - 90 г/л. «Бірінші қатарлы» емді тағайындау тиімді:

- <variant>Преднизолон
- <variant>Гептрал
- <variant>Феррум лек
- <variant>Фолий қышқылы
- <variant>Циклофосфан

<question> Ер адам 32 жаста, балалық шағынан гематомды тип бойынша қан кету, тірек-қимыл аппаратының зақымдалуы байқалды. Белсенген парциалды тромбопластинді уақыт ұзарған, VIII фактор жоқ. Тиімді емдеу әдісі:

- <variant>Криопреципитат енгізу
- <variant>Аминокапрон қышқылын енгізу
- <variant>Гепарин енгізу
- <variant>Глюкоза енгізу
- <variant>Эритроцитарлы масса құю

<question> Ер адам 62 жаста, дәрігерге терлегіштікке, жалпы әлсіздікке шағымданып келді. Қарағанда бұғана асты, қолтық асты лимфа түйіндері ұлғайған, ауырсынбайды, жұмсақ (тестоватой) консистенциялы, шамалы спленомегалия. Қанда: гемоглобин - 86 г/л, эритроциттер - $2,6 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш - 1,0, ЭТЖ - 48 мм/сағат, лейкоциттер - $72 \times 10^9/л$, тромбоциттер - $110 \times 10^9/л$, лейкоцитті формулада таяқшалы ядролы нейтрофилдер - 1%, сегмент ядролы - 16%, лимфоциттер - 79%, моноциттер - 4%. «Бірінші қатарлы» емдеу әдісі:

- <variant>Флудара
- <variant>Гептрал
- <variant>Феррум лек
- <variant>Фолий қышқылы
- <variant>Циклофосфан

<question> Ер адам 72 жаста, қабылдау бөліміне айқын жалпы әлсіздікке, енгіуге, жүрек қағуға, аяқтарын «мақта тәрізді» сезінуіне шағымданып түсті. Объективті: тері жамылғысы және сілемейлі қабығы бозарған, сарғыш реңкілі. Қанда: гемоглобин - 46 г/л, эритроциттер – $1,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциттер - $2,3 \times 10^9/л$, түстік көрсеткіш – 1,1, ЭТЖ - 41 мм/сағат, базофилдер – 1%, эозинофилдер – 4%, таяқша ядролы нейтрофилдер – 6%, сегмент ядролы нейтрофилдер – 65%, лимфоциттер – 16%, моноциттер – 8%, тромбоциттер – $110 \times 10^9/л$. Миелограммада: мегалобласты тип бойынша қан өндіру. Патологиялық жағдайдың себебін анықтау үшін диагностикада ақпаратты келесі қадам:

- <variant>Асқазанның эндоскопиясы
- <variant>Көкірек мүшелерінің рентгенографиясы
- <variant>Іш қуысының УДЗ
- <variant>Мықын сүйектің трепанобиопсиясы
- <variant>ЭКГ

<question> Әйел 47 жаста, қабылдау бөліміне жалпы әлсіздікке, басының айналуына, жүрек

қағуға шағымданып түсті. Соңғы 1 жылда менструациясы 10 күннен, көп мөлшерде келеді. Объективті: тері жамылғысы және шыршыты қабығы бозғылт, тырнақтары жолақтанған және сынғыш, шаштары көп түседі. Қанда: гемоглобин - 42 г/л, эритроциттер - $1,9 \times 10^{12}/л$, түстік көрсеткіш - 0,7, ЭТЖ - 36 мм/сағат, лейкоциттер - $5,8 \times 10^9/л$, базофилдер - 1%, эозинофилдер - 2%, таяқша ядролы нейтрофилдер - 4%, сегмент ядролы нейтрофилдер - 69%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 6%, тромбоциттер - $420 \times 10^9/л$. диагностикада келесі :

<variant>Сарысулық темірді зерттеу
<variant>Коагулограмма
<variant>Шиллинг тест
<variant>Стерналды пункция
<variant>Мықын сүйектің трепанобиопсиясы
<question> 44 жастағы әйел сарғауға, жалпы әлсіздікке, жүрегінің қағуына, дене қызуының $37,8^{\circ}C$ дейін жоғарылауына шағымданды.

Тексергенде: шамалы спленомегалия, гемоглобин - 52 г/л, ретикулоциттер - 28%, жалпы билирубин 87 мкмоль/л, тік билирубин 15 мкмоль/л, Кумбстың тік сынамасы оң. Тексерудің келесі әдісі:

<variant>Кумбс сынамасы
<variant>Коагулограмма
<variant>Шиллинг тест
<variant>Стерналды пункция
<variant>Мықын сүйектің трепанобиопсиясы
<question> 26 жастағы еркек әлсіздік, қызыл иектен, мұрыннан қан кетуге шағымданып түсті. Қарап тексергенде: мойын, қолтық асты лимфа түйіндерінің үлкеюі, шамалы спленомегалия анықталады.. Қанда: бласты жасушылар - 47%, сегмент ядролы лейкоциттер - 29%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 6%. Гликогенге цитохимиялық реакция оң. Тексерудің келесі әдісі:

<variant>Стерналды пункция
<variant>Коагулограмма
<variant>Шиллинг тест
<variant>Кумбс сынамасы
<variant>Мықын сүйектің трепанобиопсиясы
<question> Науқас Н., 18 ж., қан құйылуларға, қимыл қозғалыстың шектелуіне, сол жак тізенің ауырсынуына шағымданады. Анамнезінде: бала кезінен ауырады. Ағасы да осымен ауырады. Антигемофилиялық фактор VIII деңгейі қалыптыдан 2 % құрайды. диагнозы:
<variant>Гемофилия А, ауыр форма
<variant>Гемофилия А, жеңіл форма
<variant>Гемофилия А, аса ауыр форма
<variant>Гемофилия А, орташа дәрежелі форма
<variant>Гемофилия В, аса ауыр форма
<question> Науқас Н., 19 ж., қан құйылуларға, қимыл қозғалыстың шектелуіне, сол жак тізенің

ауырсынуына шағымданады. Анамнезінде: бала кезінен ауырады. Ағасы да осымен ауырады.

Антигемофилиялық фактор VIII деңгейі қалыптыдан 4 % құрайды. диагнозы:

<variant>Гемофилия А, орташа дәрежелі форма

<variant>Гемофилия В, аса ауыр форма

<variant>Гемофилия А, аса ауыр форма

<variant>Гемофилия А, ауыр форма

<variant>Гемофилия А, жеңіл форма

<question> Науқас Н., 21 ж., қан құйылуларға, қимыл қозғалыстың шектелуіне, сол жак тізенің ауырсынуына шағымданады. Анамнезінде: бала кезінен ауырады. Ағасы да осымен ауырады.

Антигемофилиялық фактор VIII деңгейі қалыптыдан 6 % құрайды. диагнозы:

<variant>Гемофилия А, жеңіл форма

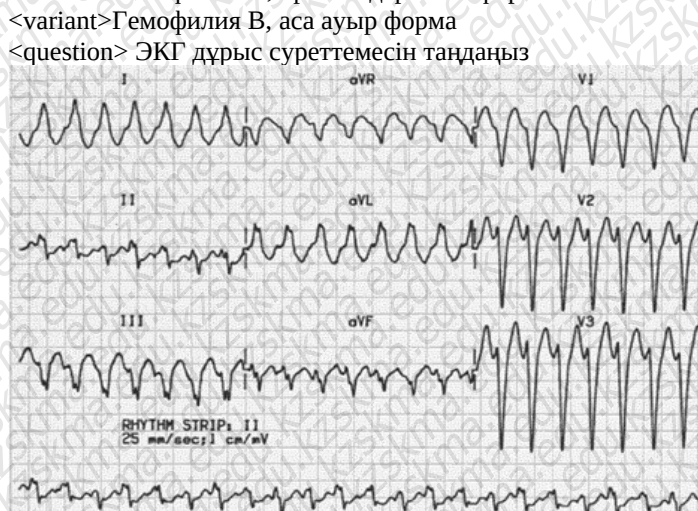
<variant>Гемофилия А, аса ауыр форма

<variant>Гемофилия А, ауыр форма

<variant>Гемофилия А, орташа дәрежелі форма

<variant>Гемофилия В, аса ауыр форма

<question> ЭКГ дұрыс суреттемесін таңдаңыз



<variant> Жүрек соғу жиілігі- 166 р/мин.

Пароксизмальдық тахикардия, қарыншалық формасы.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 100 р/мин. Синустік тахикардия.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 80 р/мин. Жиі қарыншалық политопты экстрасистолия.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 65 р/мин. Жиі қарыншалық политопты экстрасистолия.

<variant> Жүрек соғу жиілігі- 180 р/мин.

Жүрекшелер дірілі

<question>Клиникалық хаттама бойынша ST сегментінің тұрақты жоғарылауынсыз жедел коронарлық синдромы бар науқаста кардиомиоциттер некрозын білдіретін сезімтал және арнайы маркер:

<variant>Тропониндер

<variant>КФК

<variant>АсАТ

<variant>АлАТ

<variant>ЛДГ1

<question> 48 жастағы ер адам, миокардтың ірі ошақты инфарктінен емделді, 2-ші тәулікте кеуде торындағы күшті ауыру сезімі, енгізу сезіміне аздаған қанды қақырық бөлінетін жөтелдің қосылуы салдарынан жағдайы күрт нашарлаған. ЭКГ: миокардтың алдыңғы қабырғалық инфарктінің жедел кезеңі. Рентгенограммада: оң өкпенің ортаңғы бөлігі үшбұрыш тәрізді қарайған. Клиникалық хаттама бойынша дамыған асқыну:

<variant>Өкпе артериясы бұтағының тромбоэмболиясы

<variant>Өкпе ісінуі

<variant>Жедел аневризма

<variant>Жүрек тампонадасы

<variant>Дресслер синдромы

<question> 46 жастағы ер адам, жедел жәрдем бригадасымен жалпы әлсіздікке шағымданып, ауыр жағдайда жеткізілді. Объективті: тері жабындылары бозғылт, ылғалды, сұрғылт і: тері жабындылары бозғылт, ылғалды, сұрғылт сын. бағ. Олигурия – 20 мл/сағ. ЭКГ: синустық тахикардия, QS V1-V6, осы тіркемелерде ST сегменті монофазды қисық түрінде. Клиникалық хаттама бойынша асқырудың дамыдтін түрі:

<variant>кардиогенді шок

<variant>гиповолемия

<variant>жіті қан кету

<variant>варианттық стенокардия

<variant>бүйректің жедел жетіспеушілігі

<question> 64 жастағы ер адам, тыныс алуымен байланыссыз, үдемелі, ұстамалы төс артындағы қысып ауыруға шағымданды. Нитроглицерин көмектеспейді. Клиникалық хаттама бойынша тиімді зерттеу:

<variant>ЭКГ, тропонин Т

<variant>Т1201 сцинтиграфия

<variant>ЭхоКГ добутаминмен

<variant>ЭКГ физикалық күштемемен

<variant>Тәуліктік ЭКГ мониторинг

<question> Клиникалық хаттама бойынша аталған дәрі-дәрмектердің соңғы мәліметтер бойынша жүрек ишемиялық ауруы бар науқастың өмірін ұзартады:

<variant>Бета-адреноблокаторлар

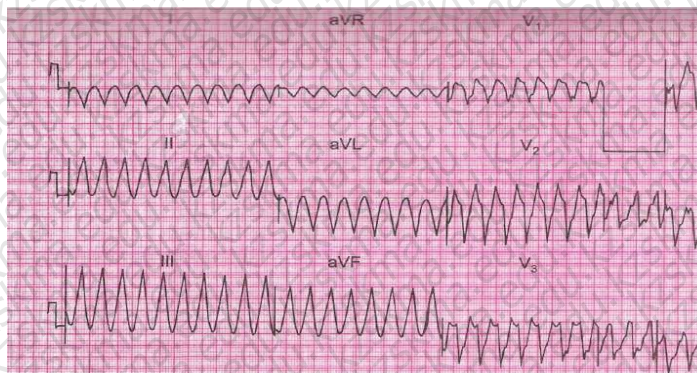
<variant>Кальций антагонисттері

<variant>Статиндер

<variant>Ангиотензин-айналдырушы фермент ингибиторлары

<variant>Антиагреганттар

<question> Сол қарыншаның жедел миокард инфарктысымен 62 жастағы ер адамда кенеттен жүрек. Шұғыл ЭКГ түсірілді: к қағу сезімі, суық тер пайда болды. Артериялық қысым анықталмайды



Науқасқа шұғыл көмек шараларының көрсетін керек:

<variant>электрлік кардиоверсия

<variant>амиодаронды көктамырға енгізу

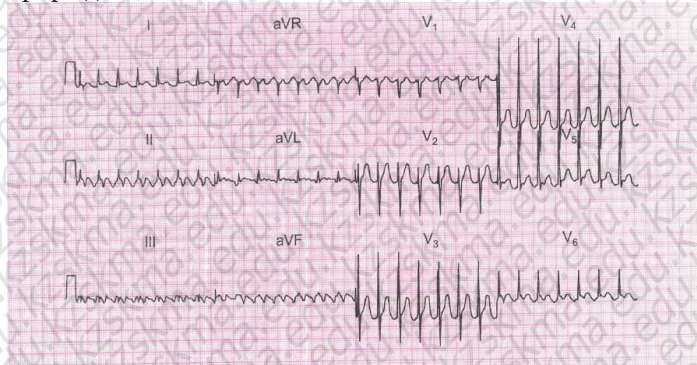
<variant>лидокаинді көктамырға енгізу

<variant>қолқа ішілік баллонды контрпульсация

<variant>электрлік кардиостимуляция

<question> Ер адам 45 жаста. 10 жыл бойы алкогольді шамадан тыс көп қолданады.

Дәрігерлерге қаралмаған. Кенеттен жағдайы нашарлаған. Тыныштықтағы енгізу пайда болған, «жедел жәрдем» машинасын шақырған. Дәрігер басталып келе жатқан өкпе ісінуін анықтады. ЭКГ түсірілді:



Жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздіктің дамуына әкелген себеп:

<variant>Пароксизмалды жүрекшелер дірілі

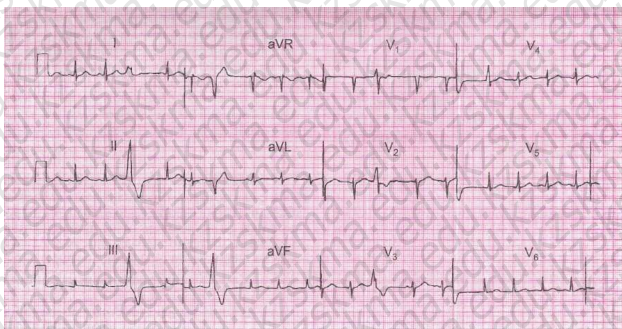
<variant>Жедел миокард инфарктысы

<variant>Пароксизмалды жыбырлы аритмия

<variant>Пароксизмалды қарыншаүстілік тахикардия

<variant>Пароксизмалды қарыншалық тахикардия

<question> Жүкті әйел әйелдер кеңесінде дәрігерге терапевтке жүрек тұсында шалыс соғу (перебои) сезіміне шағымданды. Бұрын ештеңемен ауырмаған. ЭКГ түсірілді:



Науқасты жүргізу тактикасы:

<variant>Холтерлік мониторлай және ЭХО КС жасауды ұсыну

<variant>Науқасты динамикада бақылау

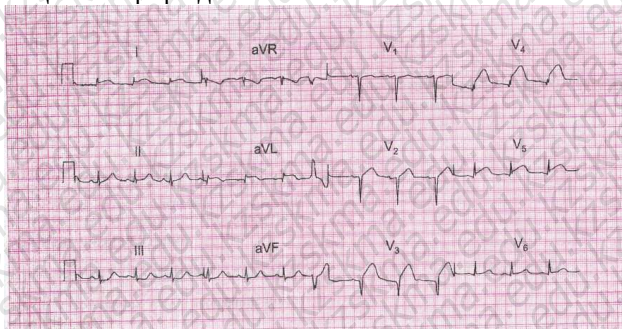
<variant>Шұғыл түрде жүктілікті үзу

<variant>Шұғыл түрде госпитализациялау және

қарқынды антиаритмиялық терапия жүргізу

<variant>Бұл патологияға көңіл аударып қажеті жоқ

<question> Ер адам 60 жаста. Қабылдау бөліміне бір сағаттан артық төс артында интенсивті басып ауырсынуға шағымданып келді. Анальгин, валидол таблеткаларын қолданғанмен нәтиже жоқ. ЭКГ түсірілді:



Клиникалық хаттама бойынша дәрігердің тактикасы:

<variant>Наркотикалық анальгетиктер,

тромболитиктер, шұғыл коронарография

<variant>Наркотикалық анальгетиктер, гепарин, нитраттар

<variant>Тромболитиктер, гепарин, бета-блокаторлар

<variant>Қолқа ішілік баллонды контрпульсация

<variant>Электрлік кардиоверсия

<question> 48 жастағы әйел вирусты миокардит диагнозымен клиникалық ауруханада ем алып жатыр. Кенеттен жүрек қағу сезімі, әлсіздік, суық тер пайда болды. Қарағанда: жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс. ЖСЖ минутына 160. АҚ 75/40 мм с. б. ЭКГ: Р тісшесі жоқ, QRS кешені кеңейген, RR арақашықтығы бірдей. Клиникалық хаттама бойынша шұғыл көмектің дұрыс тактикасы:

<variant>Электрлік кардиоверсия жүргізу

<variant>Амиодаронды көктамырға енгізу

<variant>Лидокаинді көктамырға енгізу

<variant>Верапамилді көктамырға енгізу

<variant>Электрлік кардиостимуляция жүргізу

<question> 66 жастағы ер адам жалпы әлсіздік шағыммен ауыр жағдайда жедел жәрдем бригадасымен жеткізілді. Қарау кезінде: тері жабындылары бозарған, ылғалды, сұр цианоз, аяқ қолдары мұздаған. Жүрек үндері әлсіз, шоқырақ ритмі, ЖСЖ-115 рет мин. АҚ 80/40 мм с.б., айқын олигурия. ЭКГ де: синусты тахикардия, QS V1-V6, ST V1-V6 сегменті монофазды қысық түрде изосызығынан көтерілген. Жіті қантамыр жетіспеушілігінің шеткілік белгілерін жоюға дәрілік затты тағайындаған жөн клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Допамин

<variant>Нитроглицерин

<variant>Фуросемид

<variant>Гепарин

<variant>Атропин

<question> Соңғы жылдары артериалды қысмы жоғарылап, жүрген 57 жастағы ер адам клиникада зертелуде. Науқаста жүректің солжақ қарыншасының гипертрофиясын нақтылайтын ақпаратты және қол жететін әдіс клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Эхокардиография

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Рентгенография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Вентрикулография

<question> Жіті респираторлы вирустық инфекциямен ауырған 28 жастағы әйел 2 аптадан кейін ауыр жағдайда жүрек жеткіліксіздігінің клиникалық көрінісімен ауруханаға түсті.

Арудың сенімді диагностикалық әдісін көрсетіңіз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Миокард биопсиясы

<variant>ЭКГ

<variant>ЭХОКГ

<variant>Рентгенография

<variant>Миокард сцинтиграфиясы

<question> Қатерлі қарыншалық экстрасистолиямен ауыратын науқастарды емдеуге төмендегі препараттардың таңдауға болады клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Амиодарон

<variant>Конкор

<variant>Соталол

<variant>Дигоксин

<variant>Верапамил

<question> 22 жастағы жігітте қарынша аралық перденің жоғарғы үштен бір бөлігінің және сол қарыншаның бос қабырғасының айқын гипертрофиясымен шығу жолының айқын обструкциясымен кардиомегалия анықталды.

Көрсетілген дәрілік заттар тобының тиімді тағайындауы клиникалық хаттама бойынша:

- <variant>В-адреноблокаторларын
- <variant>Нитраттарды
- <variant>ААФ ингибиторларын
- <variant>Кальций антагонистерін
- <variant>Жүрек гликозидтерін

<question> 72 жастағы әйел 30 жылдан аса артериальды гипертензиямен ауырады. Зәр анализінде үнемі протеинурия анықталады. Гипертониялық нефросклероз ды нақтылауға ақпаратты биохимиялық көрсеткіш:

- <variant>Креатинин
- <variant>Мочевина
- <variant>Электролиттер
- <variant>Жалпы белок
- <variant>Зәр қышқылы

<question> Науқас 55ж, жедел медициналық жәрдеммен клиникаға келесі шағымдармен түскен: төс арты ауырсынуы, нитраглицерин қабылдағанда басылмаған. Жағдайы отраша ауырлықта, тері қабаттары бозғылт. Жүрек тондары тұйықталған, аритмиялық, пульс 96 рет мин., Артериялық қан қысымы – 110/70 мм.с.б. Қарау кезінде кенеттен ес түсін жоғалтты, қорылдап, тонусты құрысқақ байқалды. Тыныс алу сезілмейді, пульс анықталмайды. Электрокардиограммада толқын тәрізді кисық сызықтар. Тағайындалатын терапия клиникалық хаттама бойынша:

- <variant>электроимпульсті терапия
- <variant>адреналин енгізу
- <variant>адреналин және кальций хлоридін жүрек ішіне енгізу
- <variant>эндокардиалды электростимуляция
- <variant>жүрекке тікелей емес массаж

<question> Науқас 67ж, клиникаға келесі диагнозбен түсті: жіті артқы миокард инфарктісі. Мониторлау кезінде PQ интервалы циклдан келесі циклге дейін ұлғаяды, ал QRS комплексінің жоғалып кетуі анықталады. Жүректің соғу жылдамдығы – 56 рет мин. Тағайындалатын ем клиникалық хаттама бойынша:

- <variant>уақытша кардиостимуляция
- <variant>тұрақты кардиостимуляция
- <variant>изопропин, норадреналин
- <variant>нуклеин қышқылдары синтезінің кофакторы
- <variant>обзидан

<question> Инфаркттан кейінгі кардиосклерозы бар 65 жастағы науқаста орташа ауырлық дәрежелі бронх демікпесінің өршуі фонында қарыншалық экстрасистолия пайда болды. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа базисті терапияны тиімді тағайындауы:

- <variant>симбикорт+верапамил+тромбоасс
- <variant>сальметерол+тромбоасс+верапамил

- <variant>сальбутамол+бисопролол+аторвастатин
- <variant>эуфиллин+симвастатин+ верапамил
- <variant>преднизолон+верапамил+тромбоасс

<question> Қабылдау бөлімшесіне ес-түссіз жағдайда 60жастағы әйел жеткізілді. Туыстарының айтуынша қант диабетімен және гипертониямен зардап шегеді, соңғы екі күнде құсық болған, көп ретті сұйық нәжіс, зәр көлемінің азаюы, кейін аяқ пен қол бұлшық еттердегі тырыспалы дірілдер қосылды. Қарағанда әйел сыртқы тітіркеніштерге реакция бермейді. Қарашықтары кеңейген, тургоры төмен, терісі құрғақ. Көз алмасы жұмсақ; ТАЖ-22 минутына. АҚ 60/40 мм.сб.б. ЖЖЖ-110 минутына жүрек қағуымен. Қанында: эритроцитов-6,5 млн., лейкоцитов-12,8 мың., ЭТЖ-8 мм/с. Қандағы қант-45 ммоль/л. Команың дамуына қандай патогенетикалық фактор әсер етеді:

- <variant>дегидратация
- <variant>гипоксия
- <variant>интоксикация
- <variant>олигурия
- <variant>ацидоз

<question> Науқас 60 ж. Шағымдары: екі қолдың дистальды фалангааралық буындарының қимылы шектелуі. Қарап тексергенде: дистальды фалангааралық буындарында түйіндер байқалады, саусақтар деформацияланған, қозғалысы шектелген. Ішкі ағзалар өзгеріссіз. Қан және несеп талдауы қалыпты. Клиникалық хаттама бойынша тиімді ем:

- <variant>хондрэтинсульфат
- <variant>метотрексат
- <variant>сульфасалазин
- <variant>ровамицин
- <variant>дексаметазон

<question> Б. Атты ер кісі 32 жастағы науқас, қол басы буындарының ауырсынуы мен ісініу, таңертеңгілік буындардағы қимылдың ауырлауына шағымданады. Объективті: II-IV қол саусақтарының проксимальді фаланга аралық буындарында симметриялы дефигурация. Осы буындарда ауырсыну сезімі мен экссудативті құбылысқа байланысты, әсіресе жазуы (разгибание) шектелген. Қанында: эритроциттер 4 млн., гемоглобин 128 г/л, лейкоциттер 10 мың, ЭТЖ 41 мм/сағ, СРБ - оң. Диагнозды анықтауға қажет зерттеу.

- <variant>АЦЦП мөлшерін анықтау
- <variant>Райт және Хедделсон реакциясы
- <variant>Н LA В-27 анықтау
- <variant>Стрептококкқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- <variant>Мурексидті сынама

<question> ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2023 жылғы 30 наурыздағы "Медициналық –

санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" бұйрықты анықтаңыз.

<variant>№49

<variant>№85

<variant>№281

<variant>№891

<variant>№183

<question>Отбасылық дәрігер науқастарға еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және анықтамасын жазып беруі тиіс. Еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу қағидалары жазылған 2020 жыл 18 қарашадағы ҚР ДСМ бұйрық көрсетіңіз.

<variant>№198/2020

<variant>№190

<variant>№281

<variant>№85

<variant>№479

<question>Жүкті әйелдерге, бала туу жастағы және босанатын әйелдерге медициналық көмек көрсету кезінде отбасылық дәрігер басшылыққа алатын құжатты (бұйрық) анықтаңыз.

<variant>№92, 26.08.2021

<variant>№ 88, 26.08.2021

<variant>№ 907, 26.08.2021

<variant>№ 786, 26.08.2021

<variant>№ 190, 26.08.2021

<question>Созылмалы аурулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру қағидаларын, бақылаудың жиілігі мен ұзақтығын, диагностикалық зерттеулердің міндетті минимумы мен кезеңділігін бекіту туралы ҚР ДСМ 23 қазан 2020 жылғы бұйрықты көрсетіңіз.

<variant>№149

<variant>№85

<variant>№198

<variant>№89

<variant>№183

<question>Жалпы тәжірибелік дәрігерге ЖИА бар пациентті диспансерлік есепке алу қажет.

Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы ҚР ДСМ 2020 жылғы 30 қазандағы №175 бұйрығының 1 тармағына өзгерістер енгізілген уақытты анықтаңыз

<variant>20.06.2024

<variant>20.06.2023

<variant>06.02.2024

<variant>20.02.2023

<variant>12.06.2024

<question>Пациент АМСК жүгінгенде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін алуға (ТМКК) құқығы бар. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық

сақтандыру жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық қызметтерді сатып алу шарты талаптарының орындалу мониторингін жүргізу қағидаларын бекіту туралы ҚР ДСМ бұйрығын көрсетіңіз.

<variant>24желтоқсан 2020 жыл

<variant>24желтоқсан 2022 жыл

<variant>24желтоқсан 2023 жыл

<variant>24желтоқсан 2021 жыл

<variant>24желтоқсан 2019 жыл

<question> Алғашқы санитарлық – медициналық көмек көрсететін мекемеде туберкулез профилактикасы жөніндегі іс – шараларды жүргізу қағидаларын бекіту туралы ҚР ДСМ 2020 жылғы 30 қарашадағы бұйрығын анықтаңыз

<variant>214

<variant>49

<variant>198

<variant>149

<variant>92

<question>Алғашқы санитарлық – медициналық жәрдемді реттейтін құжатқа сәйкес мереке және демалыс күндері кезіндегі кезекшілікке мамандармен қамтамасыз етуге тиісті мекемені атаңыз

<variant>Консультативтік-диагностикалық бөлім

<variant>АИТВ орталығы

<variant>Жұқпалы аурулар ауруханасы

<variant>Жедел жәрдем станциясы

<variant>Қан құю орталығы

<question>Динамикалық бақылауының 1-тобына кіретін босанатын жастағы әйелдер тобын көрсетіңіз

<variant>Дені сау

<variant>Экстрагениталды патологиямен

<variant>Жүрек кемістігі

<variant>ЖИА бар

<variant>Қарттар

<question>Динамикалық бақылауының 2-тобына кіретін босанатын жастағы әйелдер тобын көрсетіңіз

<variant>экстрагениталды патологиясы бар

<variant>сау

<variant>60 жастан асқан

<variant>16 жасқа дейін

<variant>жастайынан мүгедектер

<question>Динамикалық бақылауының 5-тобына кіретін, босанатын жастағы әйелдер тобын көрсетіңіз

<variant>әлеуметтік қауіп тобы

<variant>сау әйелдер

<variant>экстрагениталды патологиясы бар

<variant>әйелдер

<variant>гинекологиялық патологиясы бар

<variant>әйелдер

<variant>экстрагениталды және гинекологиялық патологиясы бар әйелдер
<question>Тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі аясында стационарлық емдеуге пациенттердің жолдамаларын электронды тіркеу, есепке алу, өңдеу және сақтаудың бірыңғай жүйесін көрсетіңіз:
<variant>Емдеуге жатқызу бюросының порталы
<variant>Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесі
<variant>Стационарлардың электрондық тізілімі
<variant>Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің ақпараттық жүйесі
<variant>Амбулаториялық-емханалық көмек
<question>ӘМСҚ деген не сипаттаңыз
<variant>коммерциялық емес акционерлік қоғам-аударымдар мен жарналар жинауды, медициналық қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемде және шарттарда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алуды және төлеуді жүзеге асыратын әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры
<variant>медициналық қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемде және шарттарда медициналық көмек көрсететін аударымдар мен жарналарды жинауды жүзеге асыратын жеке коммерциялық ұйым
<variant>медициналық қызметтерді сатып алу шартында қарастырылған, аударымдар мен жарналарды жинауды, денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алуды және төлеуді жүзеге асыратын коммерциялық ұйым
<variant>медициналық қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемде және шарттарда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алуды және төлеуді жүзеге асыратын жеке коммерциялық ұйым
<variant>аударымдар мен жарналарды жинауды, Денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алуды және төлеуді жүзеге асыратын жеке коммерциялық ұйым
<question>Ақпараттандыру – бұл не сипаттаңыз
<variant>электрондық ресурстарды қалыптастыруға және дамытуға бағытталған ұйымдастырушылық, әлеуметтік-экономикалық және ғылыми-техникалық процесс
<variant>электрондық ресурстарға заңсыз қол жеткізуді болдырмауға, сақтауға бағытталған құқықтық, ұйымдастырушылық және техникалық шаралар кешені
<variant>ақпараттық жүйелердің өзара әрекеттесуін қамтамасыз ететін аппараттық және бағдарламалық ұралдар жиынтығы
<variant>электрондық ресурстарды құру, жинау, өңдеу, сақтау процесі

<variant>электрондық ақпараттық ресурстарды құру бойынша іс-шаралар
<question>Жеке мәліметтер (персоналды) – дегенімізге сипаттама беріңіз
<variant>жеке тұлғаның фактілері, оқиғалары, жағдайлары туралы ақпарат
<variant>нақты материалдық тасымалдаушыда жазылған, реквизиттері бар ақпарат
<variant>ақпараттық процестерді жүзеге асыруға арналған аппараттық-бағдарламалық кешен
<variant>электронды түрде сақталатын ақпарат
<variant>компьютерлік бағдарламалар жиынтығы, процедуралар, ережелер және ақпаратты өңдеу жүйесіне қатысты құжаттар
<question>Медициналық қызмет көрсету процесінің индикаторлары не анықтаңыз
<variant>алдын алу, диагностика, емдеу және оңалту технологияларын орындауды бағалау критерийлері
<variant>халықтың медициналық қызметке және техникалық жабдықталуына қанағаттану критерийлері
<variant>медициналық ұйымдардың немесе жеке тұлғалардың медициналық көмек көрсетуі немесе көрсетпеуі нәтижесінде денсаулық салдарының бағалау критерийлері
<variant>адами, қаржылық және техникалық ресурстарды қамтамасыз ету өлшемдері критерийлері
<variant>медициналық жабдықтардың, қаржы қаражатының болу критерийлері
<question>Тәуелсіз сарапшы – бұл кім анықтаңыз
<variant>Денсаулық сақтау субъектілерінің қызметіне тәуелсіз сараптама жүргізу үшін белгіленген тәртіппен аккредиттелген жеке немесе заңды тұлға
<variant>Денсаулық сақтау объектісінің қызметіне сараптама жүргізетін мемлекеттік денсаулық сақтау органының қызметшісі
<variant>Денсаулық сақтау субъектілерінің қызметіне сараптама жүргізетін кез келген жеке немесе заңды тұлға
<variant>Менеджмент бойынша аккредиттеуден өткен денсаулық сақтау қызметкері
<variant>Заң сауаттылығы саласындағы сарапшы
<question>Жыбыр аритмиясымен толық АВ-блокаданың бірлесуі аталады:
<variant>Фредерик синдромы
<variant>Вольф-Паркинсон-Уайт синдромы
<variant>Морганьи-Эдемс-Стокс синдромы
<variant>Дресслер синдромы
<variant>Синус түйінінің әлсіздігі синдромы
<question>Мына дәрілердің соңғы мәліметтер бойынша жүрек ишемиялық ауруы бар науқастардың өмірін ұзартатын болып табылады:
<variant>Бета-адреноблокаторлар

<variant>Кальцийантогонисттері
<variant>Статиндер
<variant>Ангиотензин-айналдырушы фермент ингибиторлары
<variant>Антиагреганттар
<question>Егер ЭКГ стандартты тіркемеде мәлімет жоқ болса:
<variant>Қосымша тіркемелерде V7-9 ЭКГ түсіру
<variant>ЖИА диагнозын жоққа шығару
<variant>V3R, V4R қосымша тіркемелерде ЭКГ түсіру
<variant>Ортогональды тіркемелерде ЭКГ түсіру
<variant>Қосымша I, III тіркемелерде ЭКГ түсіру
<question>Жіті коронарлық жеткіліксіздікпен асқынған гипертониялық кризді басу үшін таңдау препараты болып табылады:
<variant>нитроглицерин
<variant>гидралазин
<variant>арифонад
<variant>дроперидол
<variant>эсмолол
<question>Кальций антагонисттерді қолданылмайтын жағдайклиник алық хаттама бойынша:
<variant>ЖИА, тұрақсыз стенокардия
<variant>ЖИА, артерилды гипертензия
<variant>ЖИА, жүрекшклік экстрасистолия
<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия ФК III
<variant>ЖИА, миокард инфарктысы, артериалды гипертензия
<question>Жіті миокард инфаркты кезінде креатинфосфокиназаның жоғарлауы байқалады клиникалық хаттама бойынша:
<variant>3 сағаттан соң
<variant>6 сағаттан соң
<variant>12 сағаттан соң
<variant>24 сағаттан соң
<variant>48 сағаттан соң
<question> Жіті миокард инфарктында фибринолитикалық емінің тиімді мезгілі:
<variant>3-4 сағатқа дейін
<variant>12 сағ.дейін
<variant>24 сағ.дәйін
<variant>48 сағ.дейін
<variant>1 апта бойы
<question>Принцметал стенокардиясына тән емес:
<variant>ауырсыну синдромы жүктемеде дамиды
<variant>ауырсыну синдромы жүктемеге байланысты емес
<variant>ауырсынудың сипаты коронарогенды

<variant>ауыру сезімдерінің түнде дамуы
<variant>ұстама кезінде ST сегментінің изолиниядан жоғары көтерілуі
<question> ST сегментінің тұрақты жоғарылауынсыз жедел коронарлық синдромы бар науқаста кардиомиоциттер некрозын

білдіретін арнайы, сезімтал маркер болып табылады:
<variant>Тропониндер
<variant>КФК
<variant>AcAT
<variant>АлАТ
<variant>ЛДГ1
<question>Тұрақты стенокардияға тән емес симптом:
<variant>ауырсыну синдромы кезінде электрокардиограммада өзгерістер болмайды
<variant>жүректегі ауырсыну физикалық күштемеде пайда болады
<variant>ауырсынулар нитроглицерин мен басылады
<variant>ауырсыну ұстамасы кезіндегі электрокардиограммада ST сегментінің жоғарлауы
<variant>жүректегі ауырсынулар стереотипті сипатта болады
<question> Науқас К. 32 жаста, бір ай бойы дене қызуы t 37,5-38,5°C. Рентген суретінде сол өкпенің жоғарғы бөлігінде ошақты көлеңкелер анықталды. диагнозы:
<variant>туберкулез
<variant>ошақты пневмония
<variant>өкпе рагі
<variant>мезотелиома
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<question> Ауруханадан тыс пневмония қашан пайда болады анықтаңыз
<variant>ауруханаға жатқызылғаннан кейін алғашқы 48 сағатқа дейін
<variant>қарттар үйінен емдеуге жатқызу кезінде
<variant>ауруханаға жатқызылғаннан кейін 96 сағатқа дейін
<variant>ауруханаға жатқызылғаннан кейін 72 сағатқа дейін
<variant>ауруханаға түскеннен кейін бір апта ішінде
<question> Бронхиолиттің маңызды негізгі критерийін бөліп көрсетіңіз
<variant>тыныс алудың қиындауы
<variant>физикалық деректердің асимметриясы
<variant>пневматизацияның біркелкісіздігі және рентгенограммада өкпе бейнесінің күшеюі
<variant>аса анық байқалатын нейтрофильді лейкоцитоз
<variant>38,5-39°C жоғары температура
<question> 7 жасар бала жедел ауырды. Дене Т 39°қа көтеріліп,мынадай шағымдар: жалпы мазасыздық,тәбетінің төмендеуі,мұрны бітуі сирек құрғақ жөтел мазалады.Қарағанда Т 38° дене бітімі дұрыс,тамақтануы қанағаттанарлық, бетінің терісінде гиперемия,везикула, мұрнынан шырышты бөлінді,периоральды

цианоз, конъюнктиваның гиперемиясы, құрғақ жөтел көрінеді. ТЖ-34/мин, ЖСЖ-138/мин. Жұтқыншақты қарағанда: аңқаның гиперемиясы, жұтқыншақтың артқы қабырғасы дән тәрізді қалыңдау шырыш шығуда. Жақасты және мойын лимфа түйіндері үлкен бұршақ тәрізді ұлғайған, тығыз эластикалы ауырсынусыз. Өкпеде перкуторлы дыбыс, тынысы қатаң, өкпенің барлық аймағында. Өкпенің екі жағынан да құрғақ және ылғалды орта көпіршікті сырылдар естіледі. Бауыр шеті қабырға доғасынан 3см шығыңқы, жұмсақ, ауырсынусыз, нәжісі ботқа тәріздес, тәулігіне 2рет. Зәр шығаруы жиі. Қойылған диагноз: ЖРВИ. Жедел бронхит. Зерттеу жоспарында негізгі әдісті көрсетіңіз

<variant>Қақырықты бактериологиялық зерттеу
<variant>Клиникалық зәр анализі
<variant>ИФА әдісімен жағындыны тексеру
<variant>Клиникалық қан анализі
<variant>Іш қуысы УДЗ

<question> Науқас 3 жыл бойы бронх демікпесімен ауырады. Бірден құрғақ жөтел барысында жағдайы нашарлап, елтігу пайда болған. Өкпесінде шашыранды құрғақ сырылдар, оң жағында әлсіз тыныс. Науқас жағдайының нашарлау себебі ажыратыңыз

<variant>бронх демікпесі фонында дамыған ателектаз
<variant>пневмония ателектазбен
<variant>бронх демікпесінің ұстамасы
<variant>жедел бронхит
<variant>гемосидероз

<question> Бала 2 жаста. Жағдайы ауыр. Дене қызуы фебрильді, акроцианоз. Жөтелі қақырықпен. Қосымша бұлшықеттің қатысымен экспираторлық елтігу. Көкірек қаңқасы эмфизематозды үрілген. Өкпе тұсында тимпанит. Әлсіз дыбыстың фонында өкпенің барлық аймағында көптеген ылғалды сырыл крепитациямен. Тахикардия 160 минутына. Келесі клиникалық симптом пневмонияның белгісіне жатады:

<variant>крепитация
<variant>жөтел
<variant>елтігу
<variant>әлсіз дыбыс
<variant>ылғалды сырылдар

<question> Науқаста жөтелге, кеуде қуысының ауруына шағымдары бар. Дәрігерлік қарау кезінде: дене қызуы 39,1°С дейін көтерілген, сол қырында жатыр. Кеуде қуысының сол жағы дем алудан қалыс, тыныс алу жиілігі минутына 40 рет. Қан талдауы: гемоглобин-110 г/л,

эритроциттер-4,0x10¹²/л, лейкоциттер-19x10⁹/л, таяқшалар-10%, эозинофилдер-5%, лимфоциттер-28%, моноциттер-2%, эритроциттердің тұну жылдамдығы - 32мм/с. Рентгенологияда: оң өкпенің сол бөлігінде инфильтративті көлеңке анықталады. диагноз

<variant>Крупозды пневмония
<variant>Өкпе абсцесі
<variant>Плеврит
<variant>Аппендицит
<variant>Менингит

<question>40 жастағы науқас, көп жылдар бойы ревматологтың бақылауында. Соңғы уақытта елтігу күшейген, аяқтардың ісінуі пайда болған. Қарап тексергенде: Бетінде көгерген шырай, жүрек солға және жоғарыға ығысқан, жүрек ұшы тұсында діріл. Аускультацияда жүрек ұшында 1 тон қатты, 2 тон екіге бөлінген, ырғағы дұрыс емес. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, аяқтарында ісіктер. Осындай аускультация көрінісі тән ақауды ажыратыңыз:

<variant>митральды стенозға
<variant>митральды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>аортальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>трикуспидальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
<variant>аортальды стенозға

<question>Оң мәнді велоэргометрия сынаманың критерийлеріне жатпайды клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Артериалық қанқысымының бастапқы деңгей ден 5% төмендеуі
<variant>«Ишемиялық» түрі бойынша ST төмендүйі
<variant>ST арақашықтығы 1мм жоғарлауы
<variant>Тұншығу ұстамасының пайда болуы
<variant>Қарыншалық экстрасистолалардың пайда болуы

<question>Қарынша аралық перденің толық бітіспеуі, өкпе артериясының тарылуы, жалпы аорта және оң қарыншаның гипертрофиясы қандай патологоанатомиялық субстратты құрайды таңдаңыз

<variant>Фалло тетрадасын
<variant>Эбштейн аномалиясын
<variant>Лютембаш синдромын
<variant>Эйзенменгер синдромын
<variant>Артериальдық бағанасының бітіспеуін

<question>Аортальдық қақпашасының жеткіліксіздігін дәлелдейтін белгіні табыңыз

<variant>диастолалық шу
<variant>систоалық шу

<variant>төстің оң жиегінің екінші қабырғааралықта систолалық діріл
<variant>II тонның әлсіреуі
<variant>I және II тонның әлсіреуі
<question>Спонтанды стенокардияға тән емес белгіні көрсетіңіз
<variant>физикалық күштемені ауыр көтереді
<variant>электрокардиограммада сегменттің тез жоғарлауы
<variant>коронарографияда 10% жағдайда коронарлы артериялар өзгерісіз немесе зақымадалмаған болады
<variant>ұстамалар жиі түнде болады
<variant>нитроглицеринге жиі басылмайды
<question>Жүрек жеткіліксіздігінің III функциональдық классы сипаттаңыз
<variant>физикалық белсенділіктің шектелуінің айқын көрінуі
<variant>өкпеледегі физикалық белсенділіктің шектелуі
<variant>жүрек жеткіліксіздігінің физикалық күштемеде күшеюінің белгісі
<variant>тыныштағы жүрек жеткіліксіздігінің белгілері
<variant>жасырын жүрек жеткіліксіздігі
<question>15 жастағы науқасты тексеру барысында жүрек ұшы түрткісінің солға ығысуы, жүректің салыстырмалы шекарасының солға және жоғарыға ығысқаны анықталды. Аускультацияда жүрек ұшында I тонның әлсіреуі және систолалық шу, өкпе артериясында II тонның акценті. Рентгенографияда жүректің сол бөлімдерінің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>митральды қақпашасының жеткіліксіздігі
<variant>сол атриоventрикулярлы тесігінің тарылуы
<variant>қолқа қақпашасының жеткіліксіздігі
<variant>қолқа стенозы
<variant>ұшжармалы қақпашасының жеткіліксіздігі
<question> Реанимациялық бөлімге Т. атты 29 жастағы науқасты клиникалық өлім жағдайында алып келді. Жаттығу кезінде кенеттен есінен танып, жүрегі тоқтап қалған. Аутопсияда қарынша аралық перденің жоғарғы үштен бір бөлігі мен сол жақ қарыншаның бос қабырғалығының шығар жолының айқын гипертрофиялық обструкциясы. Өлімге соқтыруы себебі: <variant>қарыншалардың фибрилляциясы
<variant>қарынша үстілік тахикардия
<variant>атриоventрикулярлық бөгеме
<variant>синус түйінінің әлсіздік синдромы
<variant> ошақты пневмония
<question>М атты 64 жастағы науқас трансмуралды алдыңғы-перделік миокард инфарктысымен емделді. Аурудың 3-ші күні науқастың жағдайы нашарлап, төстің сол

жиегінде III-ші қабырға аралығында систолалық шуыл және үдеген оң қарыншаның жетіспеушілік белгілері пайда болды. Дамыған асқыну диагностикасын нақтылауда тексеру жүргізу әдісі:
<variant>ЭхоКГ
<variant>ЭКГ
<variant>ӨАЭС (ЧПЭС)
<variant>Селективті коронароангиография
<variant>Кеудеторшасы ағзаларының рентгенография
<question>Науқас 73 жаста, бірнеше ай бұрын болған инфаркт миокардынан кейін енгіуге, аяқтарының ісінуіне, жалпы әлсіздікке. Қан анализінде - Нb 155 г/л. ЭКГ- синусты тахикардия және алдыңғы қабырға мен қарынша аралық пердеде ошақты өзгерістер бар. Клиникалық хаттама бойынша науқастың диагнозы:
<variant>жүрек жетіспеушілігі
<variant>ошақты пневмония
<variant>созылмалы обструктивті бронхит
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant>миокардиодистрофия
<question>Сізді 32 жастағы науқасқа қабылдау бөліміне шақырды. Науқас таңертең жүгіріп жүргенде есінен танып қалған. ЭКГ: I,AVL, V2-V6 тіркемелерінде Т тісшесінің терең инверсиясы. Анамнезінде төс артының ауыруы және енгіу ешқашан мазаламаған. Сіздің диагнозыңыз: гипертрофиялық кардиомиопатия. Науқасқа тағайындалатын қосымша зерттеу әдісін қолданыңыз
<variant>доплер-эхокардиография
<variant>холтерлік мониторинг

<variant>стресс-эхокардиография
<variant>коронарография

<variant>велоэргометрия
<question> 62 ж. Әйел кенеттен эпигастрий аймағында ауыру сезімін және бір реттік құсумен қосарланған жүрек айнуды сезді. Қарау кезінде: жағдайы ауыр, тері жабындысы бозғылт, жабысқақ мұздай тер. Жүректің үні едәуір тұйықталған, ЖСЖ 118 рет мин. АҚ 80/40 мм.б. Эпигастральді аймақта іші қатыңқы. ЭКГ: QSII, III, aVF, STII, III, aVF – монофазалық қисық түрінде. Сіздің диагнозыңыз
<variant>Артқы-диафрагмальді Q-миокард инфаркті. Кардиогенді шок
<variant>Асқынбаған артқы-диафрагмальді Q-миокард инфаркті
<variant>Алдыңғы-перделі Q-миокард инфаркті. Рефлекторлы гипотензия
<variant>Артқы-диафрагмальді Q-миокард инфаркті. Гиповолемиялық шок

<variant>Артқы-бүйірлі Q-миокард инфаркті.
Кардиогенді шок

<question>Сіздің қабылдауыңызда 58 жасар әйел.
Соңғы 3 жыл ішінде 2 рет сүйегінің сынуы
болған. Бойының 2 см дейін азайғанын байқаған.

Сұрау кезінде анасында сан сүйегінің
мойынының сынуы болған. Менопауза
басталғанына 10 жыл. Клиникалық хаттама
бойынша сіздің диагнозыңыз:

<variant>Постменопаузальдық остеопороз

<variant>Жарақаттан кейін остеоартроз

<variant>Остеодистрофия

<variant>Остеомаляция

<variant>Сүйегерінде метастаздар

<question> 42 жастағы әйел дәрігерге бірнеше
жылдар бойы сирек шырышты, аз мөлшерлі
қақырықпен жөтелуге, соңғы 4 айда аралықта 3-
ші қабатқа көтерілген кезде ентікпе пайда
болуына шағым айтады. 20 жылдан аса күніне 1
қорап шылым шегеді. Қарап тексергенде тыныс
шығарудың ұзаруы, бірең-сараң құрғақ
сырылдаранықталды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

<variant>ауруханадан тыс пневмония

<variant>өкпе саркоидозы

<variant>бронх демікпесі

<variant>бронхоэктатикалық ауру

<question>45 жастағы науқас бала кезінен

бронхтық демікпемен аурады. Жүйелі

глюкокортикоидтарды көп жылдан бері

қабылдайды. Қазіргі жағдайы бір қалыпты.

Науқасты ұзақ уақыт қабылдаған
глюкокортикоидтардың жанама әсерлері (әсіресе
сүйектерге) алаңдатады. Науқасқа жылына 1 рет
зерттеуді жүргізу қажет әдісті көрсетіңіз

<variant>денситометрияны

<variant>буындардың ультрадыбыстық зерттеуін

<variant>сүйектердың рентгенографиясын

<variant>велозергометрияны

<variant>бронхопровокациялық сынағаларды

<question>Науқаста екі қолдың АҚҚ

айырмашылығы 50 мм сын.б.б. 2 жыл бұрын

тонзилгенды сепсиске байланысты ем қабылдаған.

Тексергенде сан және оң ұйқы артериясында
систолалық шу. Клиникалық хаттама бойынша екі
қолдың артериялық қан қысымының айырмашылығы
келесі аурудың диагностикалық критерийі болып
келеді табыңыз

<variant>Бейспецификалық аортоартерииттың

<variant>Қолқа коартациясының

<variant>Оң ұйқы артериясының атеросклероздық

стенозының

<variant>Түйінді полиартерииттың

<variant>Марфан синдромының

<question>Науқас К., 42 жаста таңертеңгі

уақыттарда пайда болатын кеудесіндегі

интенсивті қысып ауырсынуға шағымданады.

Жүргізуші болып жұмыс істейді, ауыру сезімі
күндіз білінбейді. Коронароангиографиямен
атеросклеротикалық өзгерістер байқалмады,
эргометрлік сынама оң мәнді. Сіздің диагнозыңыз
клиникалық хаттама бойынша:

<variant>ЖИА. Вазоспастикалық стенокардия

<variant>ЖИА. Прогрессирлеуші стенокардия

<variant>ЖИА. Күштемелі стенокардия ФКІІ

<variant>ЖИА. Күштемелі стенокардия ФКІІІ

<variant>ЖИА. Күштемелі стенокардия ФКІV

<question>Науқас Р., 55 жаста, сол қолға және
жауырынға берілетін төс артындағы ауырсынуға
шағымданады. Жалпы қарауда: жүрек
тондарының тұйықталуы, әлсіз тахикардия,
артериялық қанқысымы 110/70ммсб .

Элетрокардиограммада ST V2-V4 сегментінің
элевациясы. Тексеру әдістерінің қайсысы тиімді
клиникалық хаттама бойынша:

<variant>коронарография

<variant>өнеш арқылы электростимуляциясы

<variant>вентрикулография

<variant>миокардсцинтиграфиясы

<variant>позитрон-эмиссионды томография

<question>55 жастағы ер кісіні екі апта барысында
жүрек аймағындағы сыздап ауырсыну, ентігу,
ортопноэ мазалайды. Тексеруде жүрек тондары
тұйық, тыныс алғанда пульстік қысымының 25
мм сын. бағ төмендеуі нақталды. Сіздің диагноз:

<variant>экссудатты перикардит

<variant>миокардтың инфаркті

<variant>өкпе эмфиземасы, оң қарыншалық
шамасыздықпен

<variant>жүрекшелер фибрилляциясы

<variant>жоғарғы қуыс веналық синдром

<question> Науқас 45 жаста, шұғыл терапия
палатасына миокардтың алдыңғы қабырғасының
жедел инфаркті диагнозымен түсті. АҚ 150/100
мм сын.бағ., ЖСС 100 мин. Екі күннен кейін
қысқа уақыттық ентігуге шағымданды. АҚ 100/70
мм сын.бағ., ЖСС 120 мин., ТЖ 32 мин. Өкпенің
төменгі бөліктерінде ылғалды сырылдар пайда
болды. Төстің төменгі үштігінде голосистолалық
шу, шоқырақ ырғағы дамыды. Асқынуын
дәлелдеу мақсатында ең қажетті зерттеу әдісін
таңдаңыз.

<variant>эхокардиография

<variant>12 тіркемелі электрокардиограмма

<variant>өкпе рентгенографиясы

<variant>өкпе артериясының сыналану қысымын
өлшеу

<variant>артериялық қандағы газдарды зерттеу

<question>Митральды протезды имплантациясынан кейін тікелей емес антикоагулянттармен жүргізілетін терапияның ұзақтығын анықтаңыз
<variant>өмір бойы
<variant>отадан кейін 1 ай
<variant>отадан кейін 2ай
<variant>отадан кейін 10 күн
<variant>жүргізілмейді
<question>Дәрігердің қарауна науқас төс артында ашып ауырсуына шағымданып келді. Ұстама жұмыс укізінде үш сағат бұрын басталды. Электрокардиограммалық белгілерге интерпретация жасаңыз
<variant>STсегментінің жоғарлауы және патологиялық Q тісшесінің болуы
<variant>ST сегментінің жоғарлауы
<variant>T тісшесінің инверсиясымен сегменттің депрессиясы
<variant>Сол кеуде жалғамда T тісшесі теріс
<variant> T тісшесінің амплитудасының төмендеуі және инверсиясы
<question> Дәрігердің қабылдауына келген науқаста төс артының ашуы мазалайды. ЭКГ де AVL,V5-бда QRS комплексінің кеңеюі, деформациясы және тісшеленген R тісшесі ұзақтығы 0,14 сек. V1-3те QS өзгерістер байқалған. Осы мәліметке сүйене дәрігер ауруханға науқасты жедел жәрдеммен жіберді. Сіздің диагноз:
<variant>Гис шоғырының сол жақ аяқшасының толық блокадасы
<variant>Гис шоғырының сол жақ аяқшасының алдыңғы тармағының блокадасы
<variant>Гис шоғырының сол жақаяқшасының артқы тармағының блокадасы
<variant>Гис шоғырының сол жақаяқшасының толық емес блокадасы
<variant>Гис шоғырының оң жақ аяқшасының толық блокадасы
<question> ЖИА, күш түсу стенокардиясы ФК 4 бар науқаста жүрек қағу ұстамасы дамыды. Электрокардиограммада: R-R – 0.4; QRS-0.14. Ырғақ бұзылысының түрін анықтаңыз
<variant>қарыншалық пароксизмальды тахикардия
<variant>суправентрикулярлы пароксизмальды тахикардия
<variant>синусты тахикардия
<variant>дұрыс пішінді жүрекшелер жыбыры
<variant>қарынша үстілік экстрасистолия
<question>32 жастығы Н. Науқаста еңтігу, тұңшығу ұстамасы, физикалық күштемеге төмент ұрақтылық, инфантилизм, физикалық дамудың артта қалуы байқалады. Тыңдағанда жүректегі систолалық шу естіледі. Неғұрлым осы жағдайдың себебін ажыратыңыз

<variant>тума жүрек ақауы
<variant>өкпе эмфиземасы
<variant>жүре пайда болған жүрек ақауы
<variant>бронх өкпелік жүйелердің тума аномалиялары
<variant>бронхиальды астма
<question>Басынан миокард инфарктін өткізген аспирынды тұрақты түрде қабылдайтын 68 жастағы әйелде шектен тыс мөлшерінің симптомдары анықталған. Оны дәлелдейтын симптомдарды қорытындылаңыз
<variant>Тромбоцитопения
<variant>Гепатит, пневмония
<variant>Уремия, перикардит
<variant>Гастрит
<variant>Энцефалопатия, коагулопатия
<question> «Бронх демікпесі» диагнозымен 32 жастағы науқас күндізгі тұншығу ұстамасы айына 3 рет, түнгі ұстама айына 1-2 рет мазалайтынына шағым айтады. Ұстама жоқ кезеңде сыртқы тыныс параметрлері және дене температурасы өзгермеген. ЭТЖ 10 мм /сағ., қанда лейкоциттер $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилдер 9%. Клиникалық хаттама бойынша бронх демікпесінің сатысы:
<variant>1сатысы (интермиттирлеуші бронх демікпесі)
<variant>2сатысы (жеңіл персистирулеуші бронх демікпесі)
<variant>3сатысы (персистирулеуші бронх демікпесі орташа ауырлықта)
<variant>4сатысы (ауыр персистирулеуші бронх демікпесі)
<variant>5сатысы (астматикалық статус)
<question>Созылмалы обструктивті бронхитпен ауыратын науқасқа 1 ай көлемінде тәулігіне 3 реттен 2 доза дәрілік ингаляция тағайындалды. Препарат қауіпсіз, дозадан шектен тыс қабылдау мүмкін емес, тыныс алудың жеңілдеуі ингаляциядан соң 30-40 минуттан кейін дамиды, гормональді препараттарға жатпайды. Бұл қасиеттер тән препаратты табыңыз:
<variant>ипратропий бромидіне
<variant>сальметеролға
<variant>альбутеролға
<variant>кромглиций қышқылына
<variant>флутиказонға
<question> Науқас Ж., 46 жаста, іріңді қақырықты жөтелге, қалтырауға шағым айтады. Қарап тексеруде дене температурасы 40 С, айқын интоксикациялық синдром, өкпе үстінде қуыстық түзілім, аускультацияда сол жерде ылғалды сырыл естілді. Рентгенологиялық зертеуде өкпе тінде жұқа қабырғалы қуыс түзудері бар, іріңді-деструктивті ыдыраған өзгерісі анықталды, жалқық жоқ. Осы жағдайда пневмония қоздырғышын ажыратыңыз

<variant>стафилококк
<variant>аденовирус
<variant>клебсиелла
<variant>пневмококк
<variant>микоплазма
<question> 50 жастағы ер кісі 20 жылдан бері созылмалы маскүнемдікпен зардап шегеді. Мастықтың салдарынан суық тигізуіден кейін жөтел, кеуде торшасының ауырсыну симптомдарына байланысты стационарға госпитализацияланған. Аталған өзгерістердің қоздырғышын табыңыз
<variant>клебсиелла
<variant>пневмококк
<variant>стрептококк
<variant>кишечная палочка
<variant>стафилококк
<question> 43 жастағы ер кісі іс сапарда болған кезінде кондиционері, душ қабылдайтын бөлмесі бар отельде тұрған. Сапардан оралған келесі күні айқын интоксикациямен фебрильды қызба, жөтел, диарея, лимфоцитопениямен лейкоцитоз пайда болған. Көрсетілген өзгерістердің қоздырғышын табыңыз
<variant>легионелла
<variant>пневмококк
<variant>стафилококк
<variant>хламидии
<variant>микоплазма
<question> Науқас 32 ж. таңертең жүгіргенде есінен танып қалған. ЭКГде: I,AVL, V2-V6 тіркемелерінде Т тісшесінің терең инверсиясы. Анамнезінде төс артының ауыруы және енгізу ешқашан мазаламаған. Сіздің диагноз:
<variant>гипертрофиялық кардиомиопатия
<variant>дилатациялық кардиомиопатия
<variant>миокардит
<variant>тұрақты стенокардия
<variant>миокард инфаркты
<question>Соңғы жылдары артериалды қысымы жоғарылап жүрген 57 ж. ер адамда жүректің сол жақ қарыншасының гипертрофиясын нақтылайтын ақпаратты және қол жетімді әдісті ұсыныңыз
<variant>Эхокардиография
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Рентгенография
<variant>Велоэргометрия
<variant>Вентрикулография
<question>Жайылған миокард инфарктын алған 58 ж. ер адамда бір жыл дан кейін ортопноэ, түнгі жөтел, минутына 120 дан асатын тахикардия пайда болған. Қарау кезінде мойын веналарының ісінуі, гепатомегалия, аяқтағы ісінулер. ЭХОКГ-

да: кардиомегалия. Науқаста СЖЖ қандай сатысы дамығанын көрсетіңіз:
<variant>ІІБ
<variant>0
<variant>I
<variant>IIА
<variant>III
<question>Жіті респираторлы вирустық инфекциямен ауырған 28 жастағы әйел 2 аптадан кейін ауыр жағдайда жүрек жеткіліксіздігінің клиникалық көрінісімен ауруханаға түсті. Қажет зерптеу әдісті тағайындаңыз
<variant>Миокард биопсиясы
<variant>ЭКГ
<variant>ЭХОКГ
<variant>Рентгенография
<variant>Миокард сцинтиграфиясы
<question> 75 –ж. әйел бір сағат бұрын төс артындағы басып ауыратын ауыру сезіміне шағымданады. ЭКГде –STV1-V6 депрессиясы. Диагноз нақтылау үшін негізгі қажет зерттеуді тағайындаңыз
<variant>Коронароангиография
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Велоэргометрия
<variant>Эхокардиография
<variant>ЭКГ холтер мониторинг
<question> Науқаста физикалық жүктемеден кейінгі тұншығумен жүретін енгізу ұстамасы, қызғылт көпіршікті қақырықпен жөтел пайда болды. Қарап тексергенде: өкпеде әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар, жыбыр аритмиясы, бауырдың ұлғаюы, аяқтың ісінулері анықталды. Сіздің диагноз
<variant>жедел сол жақ қарыншалық жетіспеушілігі
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясына
<variant>бронх демікпесі ұстамасына
<variant>спонтанды пневмотораксқа
<variant>инфаркты пневмонияға
<question>17 ж Г. деген науқас жіті ревматикалық қызба: полиартрит, БҚЖ 0 сат., кардит митральды қақпашасының жеткіліксіздігі 2 дәр., СЖЖ ПФК. Ревматикалық қызбаны екіншілік алдын алу мақсатымен стационардан шыққан күні экстенцилинді 2,4млн. ЕД қабылдаған. Алдын алу ұзақтығын нақтылаңыз
<variant>өмір бойы
<variant>25 жасқа дейін
<variant>1 жыл
<variant>5 жыл
<variant>10 жыл
<question>Т деген, 26 жастағы науқас, дене қызуының 40°С дейін көтерілуі, енгізу, жөтел, қолдың ұсақ буындарындағы ауырсыну сезіміне шағымданады. Анамнезінен бір ай бұрын бала көтеріп, өздігінен түсік тастаған. Қарап

тексергенде: жүдеу, лимфаденопатия, беті және мұрын қырының эритемасы, қолмен аяқта - «торлы ливедо». Ішкі ағзалардағы өзгерістер-полисерозит (плеврит, перикардит), кардит, нефрит. Қанда: эритроциттер 2,4 млн. гемоглобин 70 г/л, лейкоциттер 2,2 мың. ЭТЖ-70 мм/сағ. ЖЗА: нәруыз 5,2 г/г, эритроциттер 20-30 к/а, коспиральды ДНК антиденелері- оң мәнді. Клиникалық хаттама бойынша диагнозды дәлелдеу үшін қосымша зерттеу әдісі

- <variant> кардиолипінге антиденелерлі анықтау
- <variant> ревматоидты факторды анықтау
- <variant> стрептококқа қарсы антиденелер титрін анықтау
- <variant> қанды бактериологиялық себіндіге зерттеу
- <variant> урогениталды инфекцияға иммуноферменттік зерттеу

<question>52 жастағы әйел, физикалық жүктеме кезінде аздаған енгіту, басының ауыруы, әлсіздік 2 апта ішінде пайда болғанын байқайды. Анамнезінен: 10 жыл көлемінде ревматоидты артритпен ауырады. Метотрексатты тұрақты қабылдайды. Рентгенде: өкпе түбірінің кеңеюі, өкпе суретінің күшеюі, өкпе құрылымының ұяшықталуы. Spirogramмада: форсирленген тыныс шығару көлемінің төмендеуі. Науқаста дамыған асқыну:

- <variant> өкпелік фиброз
- <variant> өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
- <variant> пневмония
- <variant> пневмонит
- <variant> созылмалы бронхит

<question> 22 жастағы науқас, спортшы, дене температурасының 39°C дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі енгіту, тәбетінің жоқ болуы шағымдарымен стационарға жатқызылды. Ауырғанына 1 ай болды. Қарап тексергенде: тері жамылғылары сарғыш, бозғылт, аяқтарында петехиальды бөртпелер. Өкпесінде төменгі бөліктерінде шамалы ылғалды сырылдар бар. Жүрек тондары тұйықталған, Боткин нүктесінде систолалық шу. ЖСЖ 106 рет минутына, АҚҚ 120/40 мм сын.б.б. Бауыры қабырға доғасынан 5 см төмен, пальпацияда ауырсынады. Аяқтарында ісінулер. Сіздің диагноз

- <variant> жұқпалы эндокардитті
- <variant> миокардитті
- <variant> пневмонияны
- <variant> бауыр циррозын
- <variant> ревматикалық кардитті

<question>40 жастағы науқас, көп жылдар бойы ревматологтың бақылауында. Соңғы уақытта енгіту күшейген, аяқтардың ісінуі пайда болған. Қарап тексергенде: Бетінде көгерген шырай, жүрек солға және жоғарыға ығысқан, жүрек ұшы тұсында діріл. Аускультацияда жүрек ұшында 1 тон қатты, 2 тон екіге бөлінген, ырғағы дұрыс

емес. Бауыры қабырға доғасынан 3 см төмен, аяқтарында ісіктер. Осындай аускультация көрінісі келесі ақауға тән анықтаңыз

- <variant> митральды стенозға
- <variant> митральды қақпашасының жеткіліксіздігіне
- <variant> аортальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
- <variant> трикуспидальды қақпашасының жеткіліксіздігіне
- <variant> аортальды стенозға

<question> Еңбекке жарамсыздық парағын емдеуші дәрігер өздігінше созады белгілеңіз

- <variant> 10 күнге дейін
- <variant> 35 күнге дейін
- <variant> 8 айға дейін
- <variant> 2 айға дейін
- <variant> 3 айға дейін

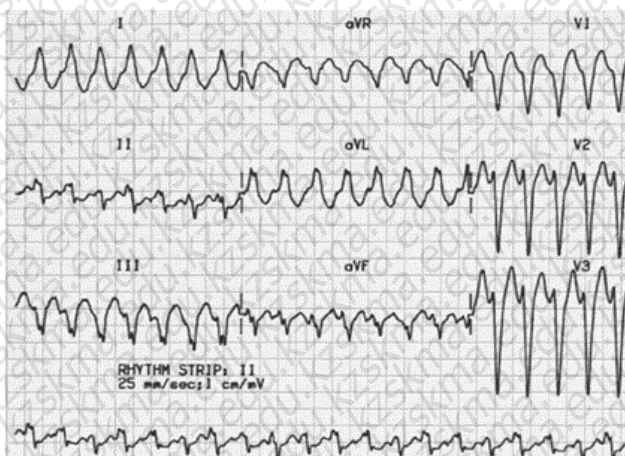
<question> Стационарластырушы технологияларының негізгі формасы болып табылады:

- <variant> күндізгі стационар
- <variant> стационарлық ем
- <variant> амбулаторлық ем
- <variant> жедел көмек көрсету
- <variant> хоспистер

<question> 38 жастағы әйел сырқаттанғанына 2 ай болған: дене температурасының 39°C дейін жоғарлауы, қалтырау, аздаған физикалық жүктемедегі енгіту, басының ауырсынуы мазалайды. Өздігінен сульфаниламид және қызуын түсіретін препараттарды қолданған. Объективті: температурасы 37,8°C, тері жамылғысы бозғылт, бетінде және алақанында бірең-сараң петихиалар бар, пульс 104 рет минутына, АҚҚ 150/30 мм сын.б.б., жүрек тондары тұйықталған, төстің сол жақ қыры бойынан диастолалық шу естіледі, гепатоспленомегалия. Сіздің диагнозыңыз:

- <variant> жұқпалы эндокардит және аортальды жетіспеушілігі
- <variant> жіті ревматикалық қызба, митральды стеноз
- <variant> жіті ревматикалық қызба, аортальды жетіспеушілігі
- <variant> жүрекше аралық перденің ақауы аясында жіті ревматикалық қызба
- <variant> жұқпалы эндокардит, митральды стеноз

<question> ЭКГ дұрыс суреттемесін таңдаңыз



<variant>Жүрек соғу жиілігі- 166 р/мин.

Пароксизмальдық тахикардия, қарыншалық формасы.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 100 р/мин. Синустік тахикардия.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 80 р/мин. Жиі қарыншалық политопты экстрасистолия.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 65 р/мин. Жиі қарыншалық политопты экстрасистолия.

<variant>Жүрек соғу жиілігі- 180 р/мин.

Жүрекшелер дірілі

<question> Төмендегі ЭКГ-да жүрек ырғақ бұзылысының қандай түрі тіркелген:



<variant>жыпылық аритмиясы (жүрекшелер фибрилляциясы)

<variant>суправентрикулярлы монотопты экстрасистолия

<variant>қарыншалық пароксизмалды тахикардия

<variant>суправентрикулярлы пароксизмалды тахикардия

<variant>суправентрикулярлытоптасқан экстрасистолия

<question> Жіті жәрдем терапия бөліміне төс артындағы күйдіріп және эпигастридегі аурысынуден науқас келіп түсті.

Клиникалықхаттамабойынша ЭКГ-да

келесікөрініс: Сіздің диагнозыңыз:



<variant>ЖИА. Сол қарыншаның алдыңғы перде аймағының, жүрек ұшының және алдыңғы бүйір қабырғаларының миокард инфарктысы

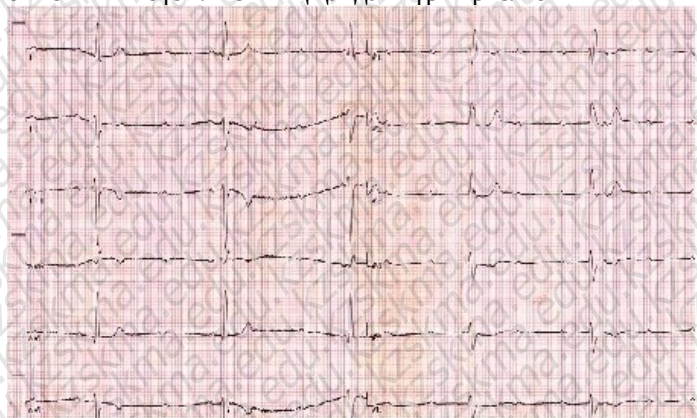
<variant>ЖИА. Сол қарыншаның артқы диафрагмалды қабырғасының миокард инфарктысы

<variant>ЖИА. Сол қарыншаның алдыңғы бүйір қабырғасының миокард инфарктысы

<variant>ЖИА. Сол қарыншаның артқы базалды қабырғасының миокард инфарктысы

<variant>ЖИА. Сол қарыншаның алдыңғы перде аймағы және жүрек ұшының миокард инфарктысы.

<question>Клиникалық хаттама бойынша төмендегі ЭКГ-да жүрек ырғағы немесе өткізгіштігі бұзылысының қандай түрі тіркелген



<variant>толық а-в блокада

<variant>жүрекшелер жыбыры

<variant>синусты аритмия

<variant>жыпылық аритмия

<variant>қарыншалар жыбыры

<question> Клиникалық хаттама бойынша миокард инфарктысының орналасуы мен сатысын көрсетіңіз:



<variant>сол қарыншаның артқы диафрагмалды қабырғасының ірі ошақты миокард инфарктысы, жедел сатысы

<variant>сол қарыншаның алдыңғы перде аймағының, жүрек ұшының және алдыңғы бүйір қабырғаларының ірі ошақты миокард инфарктысы, жедел сатысы

<variant>сол қарыншаның алдыңғы бүйір қабырғасының трансмуралды миокард инфарктысы, жеделдеу сатысы

<variant>сол қарыншаның артқы базалды қабырғасының ірі ошақты миокард инфарктысы, тыртықтану сатысы

<variant>сол қарыншаның алдыңғы септалды қабырғасының ірі ошақты миокард инфарктысы, жедел сатысы

<question>17 жастағы науқасты тексеру барысында жүрек ұшы түрткісінің солға ығысуы, жүректің салыстырмалы шекарасының солға және жоғарыға ығысқаны анықталды.

Аускультацияда жүрек ұшында I тонның әлсіреуі және систолалық шу, өкпе артериясында II тонның акценті. Рентгенографияда жүректің сол бөлімдерінің ұлғаюы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>митральды қақпашасының жеткіліксіздігі

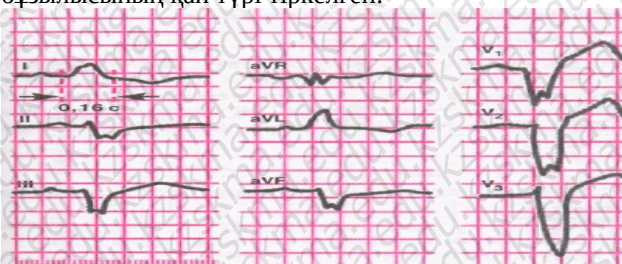
<variant>сол атриоventрикулярлы тесігінің тарылуы

<variant>қолқа қақпашасының жеткіліксіздігі

<variant>қолқа стенозы

<variant>үшжармалы қақпашасының жеткіліксіздігі

<question> Клиникалық хаттама бойынша төмендегі ЭКГ-да жүрек өткізгіштігі бұзылысының қай түрі тіркелген:



<variant>гис шоғырының сол жақ аяқшасының толық кедергісі

<variant>гис шоғырының оң жақ аяқшасының толық кедергісі

<variant>гис шоғырының сол жақ аяқшасы, артқы тармағының кедергісі

<variant>гис шоғырының сол жақ аяқшасының толық емес кедергісі

<variant>гис шоғырының сол жақ аяқшасы, алдыңғы тармағының кедергісі

<question>Науқас С.32 жаста, оның шағымдары мынадай: прекардиалды аймақтағы қысып ауырсыну, ұзақтығы 5-7мин дейін созылатын, иррадиациясыз, тез жүргенде пайда болатын,

өздігінен басылады. Қарау кезінде кеуденің сол жақ қырында дөрекі систолалық шуыл естіледі. Жүрек соғу жиілігі – 80 рет мин. Артериялық қан қысымы 115/70 мм.с.б. Электрокардиограммада: II, III, aVF, V3-V6 терең Q тісшесі.

Эхокардиоскопияда: науқаста қарынша аралық қалқа 3см, экскурсия 0,3 см, артқық абырғасы 1 см, экскурсия 1см, жүрек лақтырысы 80%. Сіздің диагноз:

<variant>Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>Митралды қақпақшаның ревматикалық стенозы

<variant>Рестриктивті кардиомиопатия

<variant>Дилятациянды кардиомиопатия

<variant>ЖИА, төменгі қабырғасының миокард инфарктысы

<question> 40ж. науқас, түскен кездегі шағымы: сол жауырынға берілетін, ұзақтығы 15 мин, валокординмен басылатын, физикалық күштеме кезінде жүрек аймағында қысып ауырсынуы сезіміне. Аурысыну 8 жыл көлемінде мазалайды.

Артериялық қан қысымы барлық уақытта қалыпты. Қарау кезінде кардиомегалия, жүрек ұшы түрткісінде систолалық шуыл.

Эхокардиографияда – қарынша аралық қалқаның қалыңдығы 1,5 см, қарынша аралыққалқаның гипокинезі, сол қарынша қуысы кішірейген, қақпақшалары өзгерусіз. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>ЖИА, тұрақты стенокардия

<variant>Нейроциркуляторлы дистония

<variant>Микардит

<variant>Аортаның коарктациясы

<question>Науқас Д., 60жаста, ол стационарға келесідей шағымдармен жеткізілді: мойынға және төменгі жаққа таралатын төс артындағы шыдаптайтын ауырсынуына, айқын әлсіздікпен және суық термен жүретін. Үш жыл алдын артериялық қан қысымының көтерілгені анықталған, гипотензивті терапия жүргізілмеген. Күніне 20 темекі шегеді. Қарау кезінде: жағдайы орташа ауырлықта, еріндерінің цианозы, тыныс жиілігі 24 рет мин, өкпеде сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, аорта үстінен II тонның акценті және систолалық шуыл естіледі, артериялық қан қысымы 110/70 мм.с.б. Пульс мин 120 рет, ритмді. Қан анализі: эрит – 4,8 x 10¹² /л, лейкоцит – 16,2 x 10⁹/л, ЭТЖ 10 мм сағ. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>жіті миокард инфаркты

<variant>созылыңқы стенокардияның ұстамасы

<variant>жіті перикардит

<variant>жіті плевро пневмония

<variant>омыртқаның көкірек бөлімінің

остеохондрозы мүйіздік синдромымен

<question> 39ж. науқас, бұрын миокард инфарктын өткізген, аорта коронарлы

шунтаудан кейін 3 аптадан соң антикоагулянттар қабылдау кезінде енгізу, ісінулер пайда болған. Жүректің өлшемдері ұлғайған және доғаларының контуры тегістелген. Сіздің диагноз:

<variant>постперикардтомиалық экссудативті перикардит

<variant>гидроперикард

<variant>экссудативті перикардит

<variant>қайталанған миокардин фаркты

<variant>тромбоэмболиялық асқынулар

<question>Науқас И., 48 ж., басауруы, көзалдында

"ширкейлердің" жүруі, мезгіл-мезгіл физикалық

күштемеден кейін пайда болатын жүрек

аймағында шаңшымалы ауырсынулар және

ұйқының бұзылысыма-залайды. Алғаш рет

артериялық қан қысымы 160/100 мм.с.б алты жыл

алдын көтерілген. Резерпин-мен уақытылы ем

жүргізілген. Екі жыл алдын жүрек аймағындағы

физикалық күштеме кезінде болатын шаншымалы

ауырсынды байқаған. Жүргізілген

антигипертензивті ем соңғыжылдары нәтижесіз

болған. Бойы 164, салмағы 82 кг. Жүрек тондары

тұйықталған, II тонның акцент i аортадан естіледі.

Артериялық қан қысымы 180/115 мм.с.б., пульс

68 ретмин, ритмді, кернеулі. Несеп анализі:

салыстармалы салмағы– 1010, лейкоциттер – к/а 2-4, эритроциттер – к/а 0-1, қандағы глюкоза – 7-8 ммоль/л. Сіздің

диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Артериалды гипертензия III дәрежелі

<variant>Аортаның, жүрек тамырларының, бас

миының атеросклерозы, артериалды гипертония

<variant>ЖИА, стенокардия

<variant>Аортаның коартациясы

<variant>Созылмалы гломерулонефрит

<question>Науқас 31ж, мынадай шағымдармен

түсті: таңертен, түскенге дейін 2 сағат алдын

пайда болған көкірек клеткасындағы (төсарты,

жауырын арасында) және мойын аймағын

даинтенсивті ауырсынуы. Қабылдаған

нитроглицериннен және енгізілген баралгиннен,

ешқандай нәтиже байқалмады. Бұрын

конституционалды ерекшеліктеріне қарап,

Марфан синдромы деп болжанған (салмағы 70 кг,

бойы 181 см, қолдарының саусақтары ұзын),

уақыт келе қарыншалық экстрасистолия, лабиальді

артериялық гипертония 160/100 мм.с.б. дейін.

Жүрек ақауы анықталмаған. Жағдайы ауыр, пульс

80 ретмин., ритмді. Артериялық қан қысымы –

160/50 мм.с.б. Жүректің барлық аймағында қатты

систолалық шу, мойын тамырларына берілетін. III

қабырға аралықта төстің сол жақ қырында әлсіз

протодиастиалық шу. Электрокардиограммада,

жалпы қан анализі - өзгеріссіз. Көкірек

клеткасының рентгенограммасында көкірек

ортасы аорта доғасы деңгейінде 13 см дейін

ұлғайған. Науқаста пайда болған асқыну

клиникалық хаттама бойынша:

<variant>аорта аневризмасының ажырауы

<variant>миокардинфаркты

<variant>өкпе артериясы тармақтарының

тромбоэмболиясы

<variant>жүректің жыртылуы

<variant>кардиогенді шок

<question>Науқас А., 17 ж, жүрек аймағындағы

сыздап, басып ауырсыну мен және жүрек

ырғағының бұзылысымен стационарға

жатқызылды. Бір апта алдын науқас дене

температурасының 37.7 ге дейін көтерілуін,

жүрек аймағында ауырсыну пайда болғанын

байқаған. Электрокардиограммада: миокард

инфарктына ұқсас өзгерістер байқалды. Қарау

кезінде: науқастың жағдайы қанағаттанарлық.

Жүрек аускультациясында бірінші тоннан кейін

сол жақта IV қабырғааралықта, төсмаңында шуыл

естіледі. Жүрек тондары тұйықталған. Пульс 90

ретмин. Біріңғай экстрасистолалар. Артериялық

қан қысымы – 110/70 мм.с.б. Қан анализі: лейкоциттер –

1,2 x 10(9)/л,(сегменто ядролы нейтрофилдер -

70%, таяқша ядролы – 6%, эозинофилдер – 2%,

лимфоциттер – 16%, моноциттер – 6%), ЭТЖ –

28 мм/сағ. Жалпы белок – 78 г/л, альбуминдер –

45%, глобулин - 55%,(a1-8, a2-15, бета – 16, гамма

– 16%). С реактивті белоккарекция оң.

Электрокардиограмма ұсынылады. Сіздің

диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>жіті ревматикалық емес миокардит

<variant>майда ошақты миокард инфаркты

<variant>жіті перикардит

<variant>жіті сол жақтық төменгі бөліктік

пневмония

<variant>солжақтық плеврит

<question>Науқас М., 58 ж, стационарға

мынандай шағымдармен жеткізілді: мойынға

және төменгі жаққа таралатын төс артындағы

шыдатпайтын ауырсынуына, айқын әлсіздік пен

және суықтермен жүретін. Үш жыл алдын

артериялық қан қысымының көтерілгені

анықталған, гипотензивті терапия жүргізілмеген.

Күніне 20 темекішегеді. Қарау кезінде: жағдайы

орташа ауырлықта, еріндерінің цианозы, тыныс

жиілігі 24 рет мин, өкпеде сырылдар жоқ. Жүрек

тондары тұйықталған, аорта үстінен II тонныңа

кценті және систолалық шуыл естіледі,

артериялық қан қысымы 110/70 мм.с.б. Пульс мин

120 рет, ритмді. Қан анализі: эритроциттер – 4,8 x 10(12) /л,

лейкоциттер – 16,2 x 10(9)/л, ЭТЖ 10 мм сағ. Сіздің

диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>жіті миокард инфаркты

<variant>созылыңқы стенокардияның ұстамасы

<variant>жіті перикардит

<variant>жіті плевро пневмония

<variant>омыртқаның көкірек бөлімінің

остеохондрозы мүйіздік синдромымен

<question>Клиникалық хаттама бойынша көрсетілген бес белгінің ішіндегі төртеуі қай ауруға байланысты клиникалық хаттама бойынша: 1. Ауру сезімі 2. Үйкеліс шуы 3. Парадоксальды пульс 4. Қарынша аралық қалқаның гипертрофиясы 5. Стандартты тіркемелерде ST сегментінің элевациясы:

<variant>перикардит
<variant>миокард инфаркты
<variant>плеврит
<variant>гипертрофиялық кардиомиопатия
<variant>өкпелік артерияның тромбоэмболиясы

<question>Науқас Л., 34 ж., ЖРВИ дан кейін жөтел мен бірге терең тыныс алғанда күшейетін, арқаға берілетін көкірек клесткасының ортасында жіті ауырсынуы сезімі пайда болған. Аускультацияда жүрек аймағында ысқырықты дыбыс естіледі. Электрокардиограммада ST сегментінің көтерілуі, стандартты және кеуделік тіркемелерде байқалады, QRS комплексі өзгеріссіз. Сіздің диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>перикардит
<variant>өкпелік артерияның тромбоэмболиясы
<variant>пневмония
<variant>плеврит
<variant>жіті миокард инфаркты

<question> 36 жастағы науқаста таңғы сағат төртте жүрек аймағындағы иинтенсивті ұстамалы ауырсынуы әлсіздікпен, суықтермен, өлімненқорқусезіміменбірге пайда болған. Жедел жәрдем дәрігері электрокардиограммада: II, III, aVF, V5-V6 тіркемелерде ST сегментінің күмбез тәрізді жоғарлауы байқаған. Ауырсынды басқан соң электрокардиограмм ақалыпты болған. Сіздің диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>вариантты стенокардия ұстамасы Р типі тәрізді
<variant>сол қарыншаның артқы бүйірлік жіті миокард инфаркты
<variant>дилатациялық кардиомиопатия
<variant>стенокардия ұстамасының созылуы
<variant>жіті перикардит

<question>Науқаста, бір жыл көлемінде II ФК күштемелік стенокардия мен аурады, соңғы бес күнде ауырсыну ұстамалары күшейген, физикалық күштеме гетолеранттылық төмендеген, тыныштық жағдайды ауырсыну ұстамалары пайда болған, нитроглицеринді қолдану көбейген. Дұрыс диагноз қойыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>ЖИА, прогресирлеуші стенокардия
<variant>ЖИА, тұрақты стенокардия ФК III
<variant>ЖИА, Принцметалл стенокардиясы
<variant>ЖИА, Q-негативті миокард инфаркты

<question>Жіті миокард инфартыны өткізген науқаста көкірек клесткасының ауырсынуы сезімі пайда болған клиникалық хаттама бойынша:

<variant>постинфаркты Дресслер синдромы
<variant>миокардтың зақымдалу зонасының кеңеюі
<variant>миокардтың жыртылуы
<variant>идиопатиялық перикардит
<variant>жүректік хордалардың жыртылуы

<question>Науқас 62 жаста, бір жылдан бері орташа ауырлықтағы физикалық күштемеден кейін жүрек тұсының ауыратынын байқаған, соңғы 2 аптада ауыру сезімдер аздаған күштемеден кейін пайда болып жүрді. Бүгін ауыру сезімі тыныштық күйде пайда болып, 1,5 сағатқа дейін созылды. Нитроглицерин көмектеспеді, салқын тер шығып, жалпы әлсіздік басты. Ұстама басталғанға 4 сағаттан кейін учаскелік дәрігерді үйіне шақыртты. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>миокард инфаркті, өткір кезеңі

<variant>тұрақты стенокардия Ф К II

<variant>тұрақты стенокардия ФК III

<variant>алғаш пайда болған стенокардия

<variant>миокард инфаркті, аса өткір кезеңі

<question> Науқас 46 жаста, төс артының қатты ауыру сезімі өмірінде алғаш пайда болды, сол қолға беріледі, ұзақтығы 30 минут, екінші қайталап нитроглицерин қабылдағаннан кейін тоқтады. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Жүрек тондары, бәсеңдеген, ырғақты. Пульс 82 мин, АҚ 130/80 мм сын. бағ. ЭКГ: ырғақ синусты, aVL, V3-5 әкетулерінде ST сегменті жоғары көтерілген, келесі күні ST изосызықта. ҚЖА: лейкоцит 6,8*10⁹/л, ЭТЖ 12мм/сағ. Ангинозды ұстаманың түрін болжаңыз.

<variant>Алғаш дамыған стенокардия
<variant>Тұрақты стенокардия Ф К II

<variant>Тұрақты стенокардия ФК III

<variant>Принцметалл стенокардиясы

<variant>Инфарктіден кейінгі стенокардия

<question>НауқасБ, 61 ж., клиникаға келесі шағымдармен түседі: төс артында қысып ауыратын ауыру сезімі: физикалық күштемеге байланысты, 1 қабатқа дейін көтерілгенде пайда болатын және тоқтағанда басылатын. Бірнеше жыл ішінде осы шағымдар мазалайды, бірақ дәрігерге қаралмаған. Қарап тексергенде: тері жамылғылары қалыпты түстес, шырышты қабаттары таза. Ісінулер жоқ. Жүрек

тондары анық, ритмі дұрыс, жүрек соғу жиілігі 72 ретмин, артериялық қан қысымы 130/80мм.с.б. электрокардиограммада: синусты ритм, жүректің электроосі горизонталды бағытта, жүрек соғу жиілігі 80 рет мин. Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия, ФКIII

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия, ФК IV

<variant>ЖИА, Принцметалл стенокардия

<variant>ЖИА, Алғаш рет пайда болған

стенокардия

<variant>ЖИА, миокард инфаркты

<question> 47 жастағы науқаста, 2 апта бұрын 4

қабатқа жедел түрде көтерілгенде төстің төменгі

үштік бөлігінде, тыныштық жағдайда басылатын

ауыру сезімі бірінші рет пайда болды. Кейіннен

тез жүргенде, 2 қабатқа дейін көтерілгенде осы

ауыру сезімі мазалайды. Сіздің диагнозыңыз

клиникалық хаттама бойынша:

<variant>ЖИА, алғаш рет пайда болған

стенокардия

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия ФКIII

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия, ФК IV

<variant>ЖИА, Принцметалл стенокардиясы

<variant>ЖИА, миокард инфаркты

<question>Науқас 55ж., жүрек аймағында

қысатын, физикалық күштемеге байланыссыз,

бірақ нитроглицерин қабылдағаннан кейін

басылатын ауыру сезімі мазалайды. Сонымен

қатар қол-аяқ көктамырларының варикозды

кеңеюі бар. Артериялық қан қысымы 160/90

мм.с.б. дейін жоғарылайды.

Электрокардиограммада патологиялық өзгерістер

жоқ. Сіздің диагнозыңыз клиникалық хаттама

бойынша:

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия ФК

(сынама өткізгеннен кейін). Артериалды

гипертония 2дәрежелі, Қауіп қатерт обы 4

<variant>Артериалды гипертония 1 дәрежелі,

Қауіп қатер тобы 2

<variant>ЖИА, алғаш рет пайда болған

стенокардия

<variant>ЖИА, күштемелік стенокардия ФК IV,

Артериалды гипертония 3 дәрежелі, Қауіп қатер

тобы 2

<variant>ЖИА, миокард инфаркты

<question> Науқас 42 жаста, 1 жыл бұрын

ентігуді, оң қабырға астында ауырсынуды

байқаған. Кейін: түнгі уақытта тұншығу тәрізді

ұстама, тіздегі ісінулер қосылды. Соңғы айда

эпизодты қанды қақырық пайда болды.

Объективті: өкпенің төменгі бөлігінде –

майдакөпіршікті сырылдар әлсіз естіледі. Жүрек

шекарасы солға қарай ұлғайған, жүрек тондары

тұйықталған. Жүрек соғу жиілігі – 90 рет мин.

Жоғарғы бөлігінде систолалық шу.

Электрокардиограммада жыбыр аритмиясы, тахисистоталық түрі. Эхокардиографияда сол жүрекшеде – 4,4; КДР сол қарыншада – 8,2. Оң қарынша – 3,2. Жүрек лақтырысы 21% .

Диффузды гипокинезия. Сіздің диагнозыңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>дилатационды кардиомиопатия

<variant>ревматикалық емес миокардит

<variant>алкогольді кардиомиопатия

<variant>ишемиялық кардиомиопатия

<variant>рестриктивті кардиомиопатия

<question>НауқасТ., 44 жаста, маскүнем.

Ентікпеге, жүрегіннің қатты соғуына, ісінуге

шағымданады. Объективті: өкпесінде құрғақ

сырылдар, жүрек солға үлкейген, тондары

бәсеңдеген, жүрек ұшында систолалық шуыл.

Электрокардиограммада: атриовентрикулярды

түйінінің өткізгіштігінің бәсеңдеуі, сол

қарыншаның гипертрофиясы, ST төмендеген. II,

III, V4, V6 тіркемелеріндеТ(-). Фонокардиогра-

фияда: жүрек ұшында бірінші

тонамплитудасының төмендеуі, төртінші тон

тіркелген, төмен амплитудалы систолалық шуыл.

Эхокардиографияда: сол қарыншаның кеңеюі,

жиырылу қызметінің төмендеуі. Аурудың

дамуына алып келетін себепті анықтаңыз

<variant>Алкогольді миокардиодистрофия

<variant>Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>Ревматикалық емес миокардит

<variant>ЖИА. Күштемелі стенокардия ФК 3

<variant>Артериалды гипертония 3-дәрежелі,

қауіп-2

<question>Науқас 30 жаста, шағымдары:

прекардиалды аймақтағы қысып ауырсыну,

ұзақтығы 5-7 мин дейін созылатын,

иррадиациясыз, тез жүргенде пайда болатын,

өздігін ен басылады. Қарау кезінде кеуденің сол

жақ қырында дөрекі систолалық шуыл естіледі.

Жүрек соғу жиілігі – 80 ретмин. Артериялық қан

қысымы 115/70 мм.с.б. Электрокардиограммада:

II,III,avF,V3-V6 терең Q тісшесі.

Эхокардиоскопияда: науқаста қарынша аралық

қалқа 3см, экскурсия 0,3 см, артқы қабырғасы 1

см, экскурсия 1см, жүрек лақтырысы 80%. Сіздің

диагноз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>Митралды қақпақшаның ревматикалық

стенозы

<variant>Рестриктивті кардиомиопатия

<variant>Дилатационды кардиомиопатия

<variant>ЖИА, төменгі қабырғасының миокард

инфарктысы

<question> 68 жастағы жедел миокард инфаркты

басыну өткерген К атты науқаста кеуде

қуысында ауырсыну сезімі, қызба, перикард

үйкеліс шуы, ЭТЖ жоғарлауы, ЭКГ динамикада

өзгеріссіз. Клиникалық хаттама бойынша сіздің қорытындыңыз:

<variant>Дресслер синдромы

<variant>Миокард аймағының таралымды зақымдануы

<variant>Идиопатикалық перикардит

<variant>Миокардтың жыртылуы

<variant>Жүректік хордалардың жыртылуы

<question> Клиникалық хаттама бойынша қарынша аралық перденің толық бітіспеуі, өкпе артериясының тарылуы, жалпы аорта және оң қарыншаның гипертрофиясы қандай патологоанатомиялық субстратты құрайды:

<variant>Фалло тетрадасын

<variant>Эбштейн аномалиясын

<variant>Лютембаш синдромын

<variant>Эйзенменгер синдромын

<variant>Артериальдық бағанасының бітіспеуін

<question> Науқас 75 жаста, бірнеше ай бұрын болған инфаркт миокардынан кейін енгізуге, аяқтарының ісінуіне, жалпы әлсіздікке. Қан анализінде - Нb 155 г/л. ЭКГ- синусты тахикардия және алдыңғы қабырға мен қарынша аралық пердеде ошақты өзгерістер бар. Клиникалық хаттама бойынша науқастың диагнозы:

<variant>жүрек жетіспеушілігі

<variant>ошақты пневмония

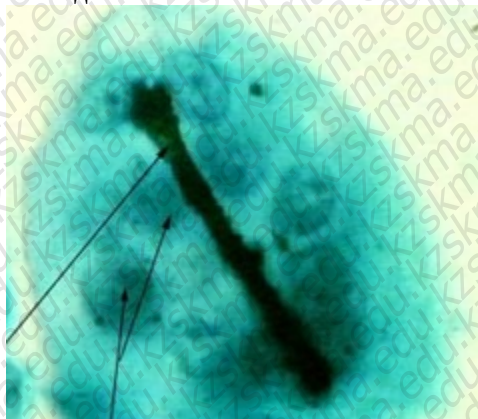
<variant>созылмалы обструктивті бронхит

<variant>өкпе артериясының тромбозмболиясы

<variant>миокардиодистрофия

<question> Шифер зауыттыңда көп жыл жұмыс істейтін 57 жастағы науқас аздаған қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге, кеуде торшасында тыныс алу кезінде күшейетін ауырсыну сезімінешағымайтады. Қарап тексергенде: қолының терісінде тығыздалған«сүйел».

Өкпесінде тынысы қатқыл, сырылдар жоқ, ТАЖ минутына 24. Қақырықта пішіні созылған (15-20 мкм), шеттері түйрегіш немесе шұжық тәрізді кеңеюлері барақ сары құрылымды «денешіктер» табылды.



Осындай «денешіктер» келесі ауруға тән:

<variant>Асбестозға

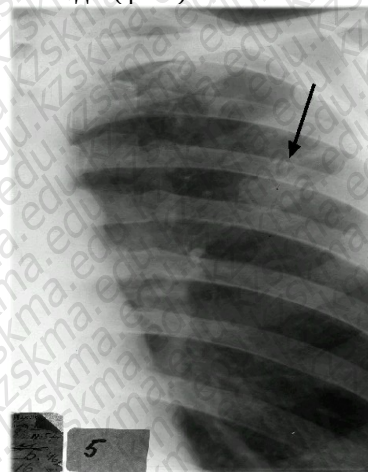
<variant>Антракозға

<variant>Биссинозға

<variant>Аспергиллезге

<variant>Гистиоцитозға

<question> Пациент 38 жаста, кезекті диспансерлік қараудан өту барысында рентгенограммдасол жақ өкпенің жоғарғы бөлігінде диаметрі3 см, интенсивтілігі жоғалаған, анық контуры бар дөңгелек көленке табылды (фото).



Диагноз

<variant>Туберкулома

<variant>Метастаздық ошақ

<variant>Өкпе аспергилломасы

<variant>Пневмония

<variant>Саркоидоз

<question>27 жастағы науқас құрғақ жөтелге, қалтырау, дене қызуының 38 С дейін жоғарылауына, артралгия және миалгия, терілік бөртпелерге шағымданады. Қарап тексергенде: лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Рентгенологиялық өкпе суретінің күшеюі, сол жақ өкпенің төменгі бөлігіндегі тегіс емес қарау анықталды. Пенициллинмен және цефалоспорииндермен ем нәтижессіз. Бұл белгілердің себебін табыңыз

<variant>микоплазма

<variant>көкірің таяқшасы

<variant>пневмококк

<variant>гемофильді таяқша

<variant>стафилококк

<question> Ер кісі 63 жаста, дәрігерге қою, жағымсыз иісті қақырық бөлінумен жүретін жөтеле, әлсіздікке, салмақ тастауға шағым айтады. Анамнезінен: 10 жыл көлемінде эпилептикалық ұстамалармен зардап шегеді. Соңғы ұстама 2 апта бұрын болған. Өкпе рентгенограммасында: оң жақ өкпенің жоғарғы сегментінде сұйықтығы бар қуыс анықталды.

Сіздің диагнозыңыз:

<variant>өкпе абсцессі

<variant>өкпе туберкулезі
<variant>жоғарғы бөліктік пневмония
<variant>өкпе фиброзы
<variant>бронхоэпителиалық ауру
<question> 32 жастағы әйел, дене салмағының индексі 32, шылым шегеді, бір жылдан бері оральды контрацептивтерді қабылдайды. Ентіруге, дене температурасының 37,5 С дейін көтерілуіне, жөтелген кезінде қан жолақтары бар қақырық бөлуіне, әлсіздікке, кеуде торшасының сол жағынан ауырсынуына шағым айтады. Сіздің диагнозыңыз:
<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant>ошақты пневмония
<variant>созылмалы бронхиттің өршуі
<variant>бронхоэпителиалық ауруы
<variant>митральды қақпашаның ақауы
<question> 27 жастағы әйел дәрігерге аптасына 1-2 рет күндізгі, айына 2 реттен жиі түнгі уақыттағы тұншығу ұстамаларына шағымдалып келді. Ұстамалар салбутамолінгаляциясымен басылады. Бір жыл көлемінде ауырады. Темекі тартады. Жағдайының нашарлауын салқын тиюмен байланыстырады. Қарап тексергенде – өзгерістер жоқ. Тыныс шығарудың шындық жылдамдығы (ТШШЖ) салбутамол қабылдағаннан 20 минуттан соң 25% жоғарылады. Ұстама жоқ кезде ТШШЖ қалыпты көрсеткіштің 80% құрайды, ал ТШШЖ-ның айырма көрсеткіші 30% болды. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>бронх демікпесі, инфекциянды-тәуелді формасы, жеңіл интермиттирлеуші ағымы
<variant>өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, жеңіл ағымы
<variant>бронх демікпесі, инфекциянды-тәуелді формасы, жеңіл персистирлеуші ағымы
<variant>бронх демікпесі, инфекциянды-тәуелді формасы, орташа ауырлықты персистирлеуші ағымы
<variant>бронх демікпесі, инфекциянды-тәуелді формасы, ауыр персистирлеуші ағымы
<question> 39 жастағы ер кісі дәрігерге аралас сипаттағы ентіруге, қалтырауға, дене температурасының 39С көтерілуіне, мардымсыз қақырықты жөтелге, кейде онда қан іздері болуына шағым айтады. Бұл симптомдар шіріген шөппен жұмыс жасағаннан кейін 6 сағаттан соң дамыған. Қан сарысуында преципитирлеуші антиденелер анықталды. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>экзогенді аллергиялық альвеолит
<variant>пневмония
<variant>өкпенің милиарлы туберкулезі
<variant>идиопатиялық фиброзирлеуші альвеолит
<variant>бронх демікпесі
<question> Науқас әйел 29 жаста, тыныс шығарудың қиындауына, аз мөлшерде тұтқыр

шыны тәрізді қақырықпен жүретін тұншығу ұстамасына шағым айтады. Аталған симптомдар үйде, жиі түнгі уақытта пайда болады. Об-ті: қалпы мәжбүрлі, орындықтарына қолмен сүйенеді. Тыныс алуы қатты, ысқырықты және шулы, 26 рет/мин. Перкуторлы қорапты дыбыс. Аускультацияда барлық аймақта құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі. Жетекші синдромны және Сіздің диагноз
<variant>бронх өткізгішінің бұзылу синдромы (тұншығу ұстамасымен, қайтымды), атопиялық бронх демікпесі
<variant>өкпе тінінің тығыздалу синдромы (локализациясы өкпенің төменгі бөлігінде), ауруханадан тыс пневмония
<variant>өкпелік диссеминация (торлы, базальды бөліктен басталады), альвеолит
<variant>бронх өткізгішінің бұзылу синдромы (үнемі прогрессирлейтін), өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
<variant>бронх өткізгішінің бұзылу синдромы (тұншығу ұстамасымен, созылмалы инфекция ошағының өршуімен байланысты), инфекциянды-тәуелді бронх демікпесі
<question> ЖТД 25 жастағы ер кісі көп мөлшерлі, сасық иісті, кейде – дене қалыбын өзгерткенде ауыз толтырып тастайтын, қақырықпен жөтелге, әлсіздікке шағымданды. Соңғы 3-4 апта көлемінде, кеш мезгілдерінде, дене қызуы субфебрильдет деңгейге жоғарылайды. диагнозын анықтаңыз:
<variant>бронхоэктаз ауруы
<variant>пневмония
<variant>өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы
<variant>өкпе абсцесі
<variant>өкпе туберкулезі
<question> Анамнезінде 2 айдан бері қызбасы бар ер кісінде (инъекциялық наркоман) оң екінші қ/а II тонның әлсіреуі мен диастолалық шу естілді; АҚ 160/40 мм сын. бағ. ЭКГ сол қарынша гипертрофиясы. Жүре дамыған ақауды анықтаңыз:
<variant>аорталық қақпақтың шамасыздығы
<variant>митральді қақпақтың шамасыздығы
<variant>үшжармалы қақпақтың шамасыздығы
<variant>сол а/в тесіктің стенозы
<variant>аорта сағасының стенозы
<question> Науқас 14 жаста, АҚ 200/120 мм сын. бағ. Аяғының жансыздануына шағымданды. Об-ті: кеуде қуысының жақсы дамығаны көрінеді, тар жамбас, аяқтары жіңішке. Кеуде қуысының R-суретінде қабырғаларының төменгі қырлары иректелген (узур). диагнозын нақтаңыз.
<variant>Аортаның коарктациясы
<variant>Саркоидоз
<variant>Иценко – Кушинг ауруы

<variant>Бейспецификалық аортоартериит
<variant>Аорта атеросклерозы
<question>Пациенттің диагноз анықтаңыз. 64 жастағы ер кісі соңғы жыл барысында басының ауырулары мен айналуына шағымданды. АҚ 170/100 мм сын. бағ. жоғарылап тұрады. Анасында АГ болған, 57 жасында инсульттен қайтыс болған. Дене салмағы артық, темекіні көп шегеді, майлы тағамдар мен сыраны жақсы көреді. Сіздің диагноз
<variant>Артериялық гипертензия, II дәр., қауіп тобы III
<variant>Артериялық гипертензия, I дәр., қауіп тобы III
<variant>Артериялық гипертензия, II дәр., қауіп тобы IV
<variant>Артериялық гипертензия, III дәр., қауіп тобы III
<variant>Артериялық гипертензия, III дәр., қауіп тобы IV
<question>46 жастағы әйел адам, аяқ веналарының варикозды кеңеюімен сырқаттанады, кенеттен төс артында ауырсыну, аралас еңтігу дамыды, өкпе алаңдарының үстінде ысқырықты сырылдар естілді. ЭКГ: S_I; Q_{III}. Жетекші синдромын, диагнозын анықтаңыз
<variant>жүрек алды аймағының коронарогенді емес ауырсынуы, өкпе артериясының тромбозмболиясы
<variant>коронарогенді кардиалгия (ангинозды статус), миокардтың жедел инфаркті
<variant>плевра қуысына ауа жиналу, спонтанды пневмоторакс
<variant>бронх өткізгіштігінің бұзылуы, бронхтық астма
<variant>өкпенің тығыздалу синдромы, ошақты пневмония
<question>Ер адам 38 жаста, шағымдары: аздаған физикалық күш түскенде дамидын, өздігінен басылатын ұзақтығы 4-5 минутқа созылатын, иррадиациясыз, жүрек алды аймағындағы ауырсыну. Әкесі 50 жасында кенет қайтыс болған. Об-ті: жүректің шекаралары қалыпты, ырғағы дұрыс, Боткин нүктесінде систолалық шу, ЖЖС 78 мин., АҚ 115/70 мм сын. бағ. ЭКГ: патологиялық Q тісшесі III,AVF,V4-V6. ЭхоКС: жүректің қуыстары өзгермеген, қарыншааралық перденің қалыңдығы 2 см, сол қарыншаның артқы қабырғасының – 1,4 см. Аластау фракциясы 72%. Кардиалгияның себебін анықтаңыз
<variant>гипертрофиялық обструкциялық кардиомиопатия
<variant>жүректің ишемиялық ауруы, жедел коронарлы синдром, ST сегментінің жоғарылауымен

<variant>жүректің ишемиялық ауруы, тұрақсыз стенокардия
<variant>жүректің ишемиялық ауруы, жедел коронарлы синдром, ST сегментінің жоғарылауынсыз
<variant>рестрикциялық кардиомиопатия
<question>2,5 жастағы балаға шақыру жасалды. Об-ті: қашықтықтан сырылдар естіліп тұр, тыныс шығаруы қиындаған, ТЖ 38 мин. Өкпесінде қорап тәрізді дыбыс, аускультацияда өкпенің барлық алаңдарында қатқыл тыныс, құрғақ ысқырықты және ылғалды орташа көпіршікті сырылдар естілді. Диагнозын анықтаңыз:
<variant>Жедел обструкциялық бронхит
<variant>Жедел пневмония
<variant>Жедел бронхит
<variant>Жедел бронхиолит
<variant>Жедел қарапайым бронхит
<question>16 жастағы жасөспірім қыз, өте ауыр жағдайда ауруханаға жатқызылды. 10 күн бұрын жедел бронхитті басынан өткерген. Об-ті: тері жабындылары боз-сұр, цианоз, беті ісінген, еңтігуі минутына 60 рет. Жүрек шекарасы көлденең кенейген, әсіресе солға. Жүрек тондары тұйық, өкпе артериясы үстінде II тонның акценті, топталған экстрасистолалар естілді. Жүрек ұшында және V нүктеде систолалық шу орташа қарқындылықта естілді. Өкпесінде әр түрлі калиберлі ылғалды сырылдар бар. Бауыры қабырға доғасынан 3 см шығыңқы. Сіздің диагноз
<variant>Ревматизмдік емес миокардит, вирус-бактериялық этиологиялы, жүрек ырғағының және өткізгіш жүйесінің зақымдалуы, жедел ағымы, ауыр түрі ЖШФК3(НУНА)
<variant>Ревматизмдік емес миокардит, вирусты этиологиялы, жүректің өткізгіш жүйесінің зақымдалуы, жедел ағымы, ауыр түрі ЖШФК3(НУНА)
<variant> Ревматизмдік жедел қызба, кардит, артрит, кіші хорей. ЖШ ФК2(НУНА)
<variant>Ревматизмдік емес кардит, идиопатиялық, жүректің өткізгіш жүйесінің зақымдалуы, жедел ағымы, ауыр түрі ЖШФК2(НУНА)
<variant>Ревматизмдік қайталанған қызба, кардит, артрит, кіші хорей. ЖШФК2(НУНА)
<question>Әйел 35 жаста, қабылдауға тұншығуға және ұстама тәріздес құрғақ жөтелге шағымданып келді. Ақырғы аптада екі рет түнде тұншығудан оянып, беротекпен қайтарған. Об-ті: тері түсі бозғылт. ТЖ 22 мин. Об-ті: ТШЖ (ПСВ) 85%. Сіздің диагноз

<variant> Бронхтық астма, жеңіл персистенциялаушы ағымы, жартылай бақыланатын, өршуі жеңіл дәрежелі, ТШ I
<variant>Бронхтық астма, аспириндік, орта ауырлықтағы персистенциялаушы ағымы, бақыланбайтын, өршу фазасы, ТШ II
<variant>Бронхтық астма, кеш дебюті, ауыр персистенциялаушы ағымы, бақыланбайтын, гормонтәуелді, өршу фазасы, ТШ II
<variant>Бронхтық астма, салмағы артық науқастың, интермиттолық ағымы, бақыланатын, өршу фазасы, ТШ I
<variant>Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, басым бронхиттік типі, А категориясы, өршуі, ТШ I
<question>43 жастағы науқас ер адам, 15 жасынан темекі шегеді. 3 жыл бойы жеңілдік бермейтін аздаған мөлшерде кілегейлі қақырықпен жөтел, жүктемеден кейінгі ентігу мазалайды. Кеуде торы бөшке тәрізді, бұғанаусті аймақтар шығыңқы. Екі жақты дауыс дірілі әлсіреген. Перкуторлы қорап дыбысы. Тыныс қатал тыныс шығару ұзаруымен, бүйір бөліктерінде форсирленген тыныс шығарғанда күшейетін дискантты сырылдар. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
<variant>бронх демікпесі
<variant>созылмалы обструктивті бронхит
<variant>бронхоэктатикалық ауру
<variant>обструкциялы емес бронхит
<question> 38 жасар науқас дәрігерге 2 жыл ішінде кейде шырышты-ірінді қақырық бөлінуімен жөтелге шағымданып жолықты. 15 жасынан темекі шегеді. Соңғы 3 ай ішінде жүгіргенде және 3 қабатқа көтерілгенде ентігу пайда болады. Аускультацияда: қатқыл тыныс, құрғақ сырылдар. Тиффно индексі 55%. Дұрыс диагноз:
<variant>өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
<variant>ауруханадан тыс пневмония
<variant>қалталанған плеврит
<variant>өкпе саркоидозы
<variant>бронх демікпесі
<question> 25 жастағы әйел. Құрғақ жөтелге, кеудеде кептелген тәрізді сезімге шағымданады. Дене қызуы 37,5С. Науқас суықтағаннан кейін 3 күннен бері ауырады. Аускультацияда везикулярлы тыныс тыныс ұзаруымен, құрғақ сырылдар. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>жіті бронхит
<variant>созылмалы бронхит
<variant>бронх демікпесі
<variant>құрғақ плеврит
<variant>пневмония
<question>Науқас 59 жаста, 1 жыл бұрын созылмалы бронхит және өкпе тектес жүрек диагнозы бойынша МӘСК – те мүгедектік беру мерзімін қайта қарастырған. II топ мүгедектігі

берілген, бұл 5 жылдан бері қайта қаралмаған. Мүгедектік топ берілген уақытты анықтаңыз
<variant>1 жыл уақытқа
<variant>2 жыл уақытқа
<variant>6 ай уақытқа
<variant>өмір бойы
<variant>5 жыл уақытқа
<question>Компьютерлік томографиядағы ара ұясы тәрізді өкпенің көрінісі мен «күнгірт шыны» түрі бойынша өкпедегі екі жақты өзгерістер болатын ауруды анықтаңыз
<variant>Интрестициалды өкпелік фиброзға
<variant>Екі жақты пневмонияға
<variant>Милиарлы туберкулезге
<variant>Өкпе амилоидозына
<variant>Өкпе саркоидозына
<question>Аймақтық дәрігердің қабылдауына 33 жастағы әйел айына 2 реттен жиі емес 3 рет демікпе ұстамаларына шағымданып қаралды, темекі шекпейді. Анамнезінде 3 жылдан бері бронх демікпесімен ауырады. Бронх демікпесінің сатысын анықтаңыз:
<variant>интермиттирлеуші
<variant>ауыр персистирлеуші
<variant>астматикалық статус
<variant>орташа персистирлеуші
<variant>жеңіл персистирлеуші
<question>36 жастағы әйел, аймақтық дәрігерде бронх демікпесінің аралас түріменн «Д» есепте тұрады. Ұстамалар аптасына 1-2 рет ,түнгі уақыттағы ентікпе симптомдары айына 2 реттен көп. Күнделікті фенотерол ингаляциясын қолданады. Сіздің диагноз
<variant>жеңіл ағымды персистирлеуші бронх демікпесі
<variant>созылмалы бронхиттің өршуі
<variant>созылмалы обструктивті бронхиттің өршуі
<variant>орта ағымды персистирлеуші бронх демікпесі
<variant>жіті пневмония
<question>Әйел А есімді 39 жасар стационарға түсті. Анамнезінен: соңғы 1,5 ай ішінде дене қызуының периодты түрде 38,5-39,0 С дейін көтерілуі, қалтырау, әлсіздік, аздаған физикалық күш түсу кезіндегі ентігу; өзбетінше аспирин, оксациллин қабылдаған. Қарағанда: дене қызуы-38,0С, тері жабындары бозғылт, беті мен алақандарында бірін-саран петехиальды сипаттағы экзантемалар, өкпесінде везикулярлы тыныс, жүрек тондары ырғақты, тахикардия, төстің сол жақ қырындаIII-IV қабырға аралықтар да диастолалық шу, артериялық қысым 150/30 мм.с.б., орташа гепатоспеномегалия. Қан анализінде: лейкоцитоз, ЭТЖ-ның аса жоғарылауы, альфа2 және гамма- глобулиндердің, с- реактивті белоктың, сиал қышқылдарының

жоғарылауы. Несеп анализінде- патологиясыз. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагноз <variant>инфекциялық эндокардит және аорта жетіспеушілігі <variant>жіті ревматикалық қызба және қосжармалы стеноз <variant>жіті ревматикалық қызба және аорта жетіспеушілігі <variant>геморрагиялық васкулит <variant>ревматикалық емес миокардит <question>Науқас 26 жаста ,аймақтық дәрігерге , бірінші рет пайда болған физикалық жүктемеден кейінгі енгіуге шағымданды. Анамнезінде құлпынайға,жұмыртқаға аллергиясы бар. Бір ай бұрын респираторлы ауруды өткізген, бірақ дәрігерге қаралмаған, өзі емделген. (аспирин қолданған, қышаны кеудесіне қойған). Шырышты қақырықпен жөтел жиі мазалайды. Аускультацияда қатаң тыныс, шашыраңқы құрғақ сырылдар. ЖЖЖ-76 минутына. Жүрек тондары анық, АҚҚ-130/70 мм сынап бағанасына. Сіздің диагноз:

<variant>bronх демікпесі
<variant>жүрек демікпесі
<variant>пневмония
<variant>милиарлы туберкулез
<variant>өкпе артериясының тромбозмболиясы
<question>56 жастағы науқас тәулігіне 5-6 рет болатын демікпе ұстамасына, кілегейлі қақырықты жөтелге,әр түнде,әсіресе таңертеңгі уақытта мазалайтын демікпе ұстамасына, тыныштық жағдайдағы енгіуге, аяқтағы ісінуге шағымданып дәрігерге келді. ТексергендеТЖ 28 ретминутына. Дем шығару жылдамдығының шыңы - 52%. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Bronх демікпесі, ауыр дәрежелі, өршу, ДН III
<variant>Bronх демікпесі, орташа ауырлық дәрежеде, өршу, ДН II
<variant>Bronх демікпесі, ауыр дәрежелі, өршу, ДН II
<variant>Созылмалы обструктивті бронхит, өршу ДН II
<variant>Созылмалы обструктивті бронхит, өршу ДН II
<question>Аймақтық дәрігерге 27 жастағы науқас кезенді пайда болатын эмпираторлы енгіу,құрғақ жөтелге шағымданады. Рентгенограммада патология анықталмады. Перифериялық қан айналымда эозинофилдер .12%. Bronх өткізгіштігінің параметрлерінің тәуліктік тербелісі(ТШФК1, ТШЖШ) 30%. Дене температурасы қалыпты. Мұрын жұтқыншықта полиптер анықталды. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Bronх демікпесі
<variant> Созылмалы обструктивті бронхит
<variant> Лёфгрэн синдромы

<variant> Экзогенді аллергиялық альвеолит
<variant> Өкпенің эозинофилді инфильтраты
<question>Bronх обструкциясын анықтау үшін қолданылатын тексеру әдісін қолданыңыз
<variant> пикфлуометрия
<variant> кеуде қуысының рентгеноскопиясы
<variant> реопульмонография
<variant> кеуде қуысының R.графиясы
<variant> пульсоксиметрия
<question>Анамнезінде жиі қайталанатын бронхөкпелік инфекциямен зардап шегетін 66 жастағы науқаста рентгенограммасында біріккен перифериялық тамырлық суретте түбірлік тамырлардың айқын кеңеюі; өкпе түбірлерінің жойылуы, өкпе артерияларының бағанасының және конусының томпауы. Жүректің оң жақ бөліктерінің кеңеюі нені көрсетеді:

<variant> өкпелік гипертензияны
<variant> бронхтардың қабынуы
<variant> плевральды сұйықтықтың пайда болуы
<variant> өкпеде бронхоэктаздың болуын
<variant> өкпедегі сұйықтық жиналуының өзгерісі
<question> Өкпелік гипертензиямен зардап шегетін науқастарда рентгенограммада көрінетін өзгерістер:

<variant> оң жақ жүрекше және қарыншаның үлкеюі
<variant> сол жақ қарынша және жүрекшенің үлкеюі
<variant> өкпе артериясының тарылуы
<variant> оң жақ қарыншаның үлкеюі
<variant> сол жақ қарыншаның кеңеюі
<question> Созылмалы өкпелік жүрекпен ауыратын науқасқа R-логиялық зерттеу жүргізілді. Науқаста көрінетін өзгерістерді анықтаңыз

<variant> Көкеттің оң жақ күмбезінің жоғары орналасуы
<variant> Өкпе артериясының конусы мен бағанының ісінуі
<variant> Өкпе түбірінің «бұтақтануы»
<variant> Оң жақ қарынша және жүрекшенің ұлғаюы
<variant> Сол жақ қарыншаның ұлғаюы
<question>64 жастағы ер адамда бронхообструктивті ауруы бар науқас шағымдары: демікпе ұстамалары,аздаған мөлшерлі қақырықты жөтел,оң жақ қабырға астында ауырлық сезімі, несеп көлемінің азаюы. Объективті:acroцианоз, мойын венасының ісінуі,эпигастриалді аймақтың пульсациясы,өкпе артериясының II тонының акценті,тахикардия,бауырдың ұлғаюы,ісінулер. Науқаста күтілетін ЭКГ өзгерістерді анықтаңыз

<variant>Оң жақ қарыншалық гипертрофия белгілері

<variant>Оң жақ жүрекшелік гипертрофия белгілері
<variant>Қарынша ішілік блокадасының белгілері
<variant>Сол жақ қарыншалық гипертрофия белгілері
<variant>Гис шоғырының сол аяқшасының блокадасының белгілері
<question>Кенеттен ЭКГ-да I тіркемеде терең S және III тіркемеде Q (Макджин-Уайт синдромы), сонымен қатар көшпелі зона солға ығысуы пайда болатын ауру:
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant>төменгі миокард инфаркті
<variant>перикардит
<variant>сол қарынша аневризмасы
<variant>сол қарынша күштенуі
<question>Кеуде клеткасындағы жедел пайда болған ауру кезінде жүректің электрлік осі оңға жылжуы, жүрекшелік комплекс P.pulmonale типі бойынша, T тісшесінің инверсиясы, Гисс шоғыры оң аяқшасының толық емес блокадасы, сондай-ақ ЭКГ тісшелерінің вольтажының төмендеуі (81% науқастарда) кездеседі, тиісті нозологияны анықтаңыз
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant>бактериальді эндокардитте
<variant>миокардинфарктінде
<variant>инфекционды миокардитте
<variant>миокардиодистрофияда
<question>Аяқтың терең веналарының кенеттен пайда болған тромбофлебитімен ауыратын науқаста кенеттен еңтігу, қан түйіршіктері бар жөтел, жүрек соғуының жиілеуі, айқын әлсіздік пайда болды. Пайда болған жағдайдың себебі болып табылатын ауруды табыңыз
<variant>өкпе артерисы бағаналарының тромбоэмболиясы
<variant>спонтанды пневмоторакс
<variant>бронхиальді демікпе ұстамасы
<variant>тыныс алу жолдарындағы бөгде зат
<variant>геморрагиялық пневмоторакс
<question>Аяқ веналарының варикозды кеңейюімен зардап шегетін 46 жастағы науқаста кенеттен кеуде артылық ауру сезімі, аралас сипаттағы еңтігу, ортаңғы өкпелік алаңның сол жақтық проекциясында ысқырықты сырыл кенеттен дамыды. ЭКГ де терең S бірінші және терең Q үшінші стандартты тіркемелерде тіркеледі. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>Өкпе артерисының тромбоэмболиясы
<variant>Жедел миокард инфаркті
<variant>Спонтанды пневмоторакс
<variant>Бронхиальді демікпе
<variant>Ошақты пневмония
<question> 50 жасар науқас ірі ошақты миокард инфарктіне байланысты ем қабылдау үстінде. Екінші тәулікте кеуде қуысындағы қатты ауру

сезіміне, еңтігу, жабысқақ қақырық пен жөтелге, қан түкіруге байланысты жағдайы кенеттен нашарлады. ЭКГ де алдыңғы қабырғалық миокард инфарктінің жедел кезеңі. Науқаста пайда болатын асқынуды анықтаңыз:
<variant> Өкпе артериясы бағаналарының тромбоэмболиясы
<variant> Өкпе ісінуі
<variant> Жедел аневризма
<variant> Жүрек тампонадасы
<variant> Дресслер синдром
<question>45 жастағы әйел адам, жалпы тәжірибелік дәрігерге бас ауыруына, жүрек айнуына, жүрек тұсында қысып ауырсынуға шағымданып келді. Екі жыл ішінде артериялық гипертония және жүректің ишемиялық ауруы бойынша диспансерлік бақылауда тұрады. Артериялық қан қысымының ең жоғарғы деңгейі 150/95 мм сынап бағанасына дейін көтеріледі. Клиникалық зертханалық тексеру нәтижелері өзгеріссіз. Артериялық гипертонияның дәрежесі мен қатер тобын анықтаңыз:
<variant>артериялық гипертония I дәрежесі, қатер тобы IV
<variant>артериялық гипертония II дәрежесі, қатер тобы III
<variant>артериялық гипертония II дәрежесі, қатер тобы IV
<variant>артериялық гипертония III дәрежесі, қатер тобы III
<variant>артериялық гипертония, III дәрежесі, қатер тобы IV
<question>65 жастағы науқас әйелде 10 жыл бойы артериялық қан қысымының жоғарылауы байқалады, 13 жыл бойы шылым шегеді, сонымен қатар қантты диабеттің 2-ші түрімен 4-жыл бойы ауырады, тәулігіне 850 мг мөлшерінде глюкофаж қабылдайды. Дене салмағының индексі 29 кг/м², холестерин деңгейі 5,0 ммоль/л. ЭКГ –де сол жақ қарыншаның гипертрофия көріністері анықталды. Қараған кезде АҚҚ 180/110 мм.с.б.б. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>артериялық гипертония 3 дәрежесі, қатер тобы 4
<variant>артериялық гипертония 2 дәрежесі, қатер тобы 3
<variant>артериялық гипертония 2 дәрежесі, қатер тобы 4
<variant>артериялық гипертония 1 дәрежесі, қатер тобы 4
<variant>артериялық гипертония 3 дәрежесі, қатер тобы 3
<question>54 жастағы науқас ер кісі соңғы жылы анда-санда болатын бас ауыруына, бас айналуына шағымданады. Басы ауырғанда бірнеше рет АҚҚ 160/100 мм.с.б. көтерілген. Науқастың анасы 57

жасында АҚҚ жоғары көтеріліп инсультпен қайтыс болған. Науқастың артық салмағы бар, көп шылым шегеді, сыра мен майлы тамақты жақсы көреді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Артериальды гипертония II дәреже, қауіп III

<variant>Артериальды гипертония I дәреже, қауіп III

<variant>Артериальды гипертония II дәреже, қауіп IV

<variant>Артериальды гипертония III дәреже, қауіп III

<variant>Артериальды гипертония III дәреже, қауіп IV

<question> Соңғы 2 жылда АҚҚ жоғары 58 жастағы ер адам клиникаға тексеруден өтуге келген. Науқаста сол жақ жүрекше гипертрофиясын анықтауда ақпаратты және қолжетімді зерттеу әдісін тағайындаңыз

<variant>Эхокардиография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Рентгенография

<variant>Вентрикулография

<question>68 жастағы науқас емханада қаралуда транзиторлы ишемиялық шабуылды басынан өткерген. Амлодипинді 5 мг мөлшерде уақытында қабылдамайды. АҚҚ 190/100 мм сынап бағанасымен. ЭКГ: синусты ритм, сол жақ қарынша гипертрофия белгілері. Қан анализінде: холестерин 8,5 мг/дл. Артериялық гипертензияның дәрежесі мен қауіп тобын анықтаңыз:

<variant> Артериялық гипертензия III дәрежесі, қатер тобы IV

<variant> Артериялық гипертензия II дәрежесі, қатер тобы III

<variant> Артериялық гипертензия II дәрежесі, қатер тобы IV

<variant> Артериялық гипертензия III дәрежесі, қатер тобы III

<variant> Артериялық гипертензия I дәрежесі, қатер тобы IV

<question>20 жастағы ер бала бас ауруына, көшпелі ақсаңдауға және тез шаршауға шағымданып қаралды. Объективті тексергенде тұлғасының жоғарғы бөлігі төменгі бөлігімен салыстырғанда жақсы дамыған. АҚҚ қолынан өлшегенде 190/100 мм сынап бағанасымен. Аяғында пульстің айқын әлсіздігі анықталды. ЭКГ — сол жақ қарынша гипертрофиясының белгілері. Сіздің диагноз:

<variant> Аорта коарктациясы

<variant> Феохромоцитома

<variant> Түйінді периартериит

<variant> Кон синдромы.

<variant> Иценко—Кушинг синдромы

<question>Қабылдау бөліміне АҚҚ, 300/130 мм с.б. сынап бағанасына жоғарылаған науқас келіп түсті. Тахикардия, полидепсия, бұлшықеттің дірілімен жүретін, қорқыныш үрейімен криз байқалды. Қан анализінде глюкозаның деңгейі 18 ммоль/л көбейді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Феохромоцитома

<variant> Конн синдромы

<variant> Иценко.Кушинг синдромы

<variant> Эссенциалді артериялық гипертензия

<variant> Екіншілік гиперальдостеронизм

<question>Науқас 39 жаста, басының ауырсынуына, құлақтағы шуға шағымданады. Тексерген кезде: АҚҚ, 180/110 мм с.б.б., гиперкальциемия, кальциурия, екі бүйрек тостағаншаларында конкременттер. Науқастағы гипертензияның себебі:

<variant> Гиперпаратиреоз

<variant> Аорта коарктациясы

<variant> Гипертиреоз

<variant> Бүйректі безінің альдостеромасы

<variant> Гиперкортицизм

<question>45 жастағы әйелде қорқыныш сезімі, полидипсия, тахикардия, бетінің қызаруы байқалады. Тексергенде: АҚҚ - 300/130 мм с.б.б., ЖЖЖ – 90/ мин., дене салмағы – 69 кг. Қандағы глюкоза . 20 ммоль/л. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Феохромоцитома

<variant> Иценко.Кушинг синдромы

<variant> Артериялық гипертензия

<variant> Тиреотоксикоз

<variant> Конн синдромы

<question>Науқас 40 жаста, емханаға басының ауырсынуына, тез салмақ қосуға шағымданып келді. Объективті: пропорциональды емес семіздік, АҚҚ, 180/100 мм с.б.б., ішінің терісінде қызыл түсті жолақтар (стриялар), терінің гиперпигментациясы анықталады. Анализде: адреналкортикотропты гормонның (АКТГ) қан сарысуында аз мөлшерде жоғарылауы. Сіздің диагноз:

<variant> Иценко – Кушинг ауруы

<variant> Аддисон ауруы

<variant> Гипоталамикалық синдром

<variant> Алиментарлық семіздік

<variant> Конн синдромы

<question>Науқас 28 жаста, шөлдеу сезімінің күшеюіне, бетінің ісінуіне шағымданады. 5 жыл бойы қант диабетімен ауырады, тәулігіне 22 ЕД инсулин алады. Тамақтануы нашар. АҚҚ, 160/100 мм с.б.б. ЖСЖ.минутына 80рет.

Соққылау симптомы екі жақта да теріс. Қандағы қант. 6,8 ммоль/л, қалдық азот. 30 мкмоль/л, жалпы ақуыз.63 г/л. Несеп талдауы: салмағы.1010, ақуыз.0,66 г/л. Реберг сынамасында. қандағы креатинин.1,1 ммоль/л,

шумақтық фильтрация.60 мл/мин. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>Диабеттік нефропатия
<variant>Созылмалы пиелонефрит
<variant>Киммельстил.Уилсон синдромы
<variant>Созылмалы гломерулонефрит
<variant>Бүйрек амилоидозы
<question>55 жастағы ер адам, 10 жылдан бері аяқ буындары ауырады, соңғы айларда аяқтарының ісінуі, әлсіздік, шаршағыштық, басының ауырсынуын байқаған. Объективті: АҚҚ, 170/80 мм с.б.б., тамақтануы жақсы, терісі сарғыш бозғылт, құлақта тофустар анықталады. Беті пастозды, аяқтарында ісіну. Қан талдауында: лейкоциттер $7,5 \times 10^9 / \text{л}$, ЭТЖ.20 мм/сағ., несеп қышқылы . 0,670 ммоль/л (норма 0,18.0.53 ммоль/л), креатинин . 250 мкмоль/л (норма 60.130 мкмоль/л), мочевиана.20 ммоль/л (норма 3,5.9 ммоль/л). Несеп талдауы: салмағы.1009, ақуыз.0,55 г/л, гиалинді цилиндрлер. көру аймағында 5.7. СБЖ себебін анықтаңыз
<variant> Подагралық нефропатия
<variant> Бүйрек амилоидозы
<variant> Несеп,тас ауруы
<variant> Созылмалы гломерулонефрит
<variant> Созылмалы пиелонефриттің асқынуы
<question>28 жастағы науқас АҚ жоғарылауына байланыста жедел жәрдемді шақырды. Объективті: аорта үстінде дөрекі систолық шуыл, иық бұлшықеттері кеуде бұлшықеттері мен жамбас бұлшықеттерінен жақсы дамыған. АҚ 220/110 с.б. аяғында 170/90 с.б. Қан қысымының көтерілу себебі табыңыз
<variant> Аорта коартактациясы
<variant> Феохромацитома
<variant> Нейроциркуляторлы дистония
<variant> Біріншілік гиперальдостеронизм
<variant> Аорта стенозы
<question>Ер адам 20 жаста, жалпы тәжірибелік дәрігеріне келесі шағымдармен келіп қаралды: жүрек жиі соғуының ұстамасы, діріл, тершеңдік, бас айналу, көздің қарауытуымен жүретін қатты бас ауыруы. Бүйрек тұсын пальпациялағанда науқастың жағдайы күрт төмендеді: қорқу сезімі байқалып, терісінің түсі бірден бозарды, жаурағыштық және діріл, жүрегі айну, тершеңдік байқалды. АҚҚ 220/120ммсын.бағ. дейін жоғарылады, жүрек соққысы күшейген, минутына 130- 140 рет. Ұстама аяқталған соң шамамен 1,5л ашық түсті несеп бөлінді. Несептегі норадреналин бірнеше тәулік бойы 254 мкг, адреналин 326,4 мкг болды. Сіздің диагнозыңыз:
<variant>феохромоцитома
<variant>біріншіліктік гиперальдостеронизм
<variant>созылмалы гломерулонефрит
<variant>реноваскулярлық гипертония
<variant>бүйрек поликистозы

<question>30 жастағы науқас әйелде криздік сипаттағы АГ, тері нейрофиброматозы, қатты бас ауруы, тершеңдік және жүрек соғуы, қиын бақыланатын АГ, түсініксіз синустық тахикардия, ортостатикалық гипотензия, қайталанбалы аритмиялар, «сүтпен кофе» түсті дақтар байқалады. Дұрыс диагноз:
<variant>Феохромоцитома
<variant>Біріншілік гиперальдостеронизм
<variant>Кушинг синдромы немесе ауруы
<variant>Қолқа коарктациясы
<variant>Реноваскулярлық артериялық гипертензия
<question>Науқас 43 жаста, бір жыл бойы АҚҚ 220/120 ммсын.бағ. дейін тұрақты көтерілуін, басының ауыруын, аяқтарының бірден әлсізденуін, ұстамаға, полиурия, жүрек тұсының ауыруын байқаған. ААФ ингибиторы және гипотиазид тиімсіздік көрсетті. Компьютерлік томографияда – оң жақ бүйрекусті безінің ұлғаюы. Сіздің диагноз:
<variant>Кон синдромы
<variant>Бүйрекусті безінің аденомасы
<variant>Андростерома
<variant>Иценко.Кушинг синдромы
<variant>Артериялық гипертензия
<question>Науқас 28 жаста, 5 жыл бойы АҚҚ,ның 260/180 мм с.б.б. дейін кезеңдік жоғарылауы байқалады, кенеттен пайда болады, бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады және тез жоғалады, криз соңында гиперсаливация, профузды терлеу байқалады, 3.5 литр ашық түсті несеп бөлінеді, әлсіздік болады. Осы аурумен ауыра бастағаннан бері науқас 6 кг салмақ жоғалтқан. Орнынан тұрған кезде ортостатикалық гипотензия байқалады. АГ,ның себебін көрсетіңіз:
<variant>Феохромоцитома
<variant>Эссенциалді АГ
<variant>Конн синдромы
<variant>Иценко.Кушингауруы
<variant>Пейдж синдромы
<question>37 жастағы науқаста артериялық қан қысымы жоғарылауы, семіздік, бетінің айшық тәрізділігі плеторамен, 1 см.ден кеңейген ақ түсті стриялар, бұғаналар үстінде май жастықшалары, глюкозаға төзімділіктің төмендеуі, гипокалиемия, асне, әсіресе бетінде, гирсутизм байқалады. Кушинг ауруы мен синдромының ажыратпалы диагнозын жүргізу үшін қолданылу қажет аспаптық зерттеу қолданыңыз
<variant>Түрік ершігінің рентгені, бүйрекусті безінің КТ
<variant>Денситометрия
<variant>ТАҚҚМ
<variant>Бүйрек тамырларының УДЗ
<variant>Каротидті тамырларды УДЗ

<question>Қатты бас ауруымен, айқын тершеңдікпен және жүрек жиі соғуымен қоса байқалатын гипертониялық криздер байқалатын науқаста ("пароксизмалді триада") Сіздің диагноз

<variant>Феохромоцитома

<variant>Бірінші альдостеронизм

<variant>Иценко.Кушинг синдромы

<variant>Тиреотоксикоз

<variant>Қолқа коарктациясы

<question>Науқас 58 жаста , кешкі тамақтан соң пайда болған , тез жүргенде және оң иыққа берілетін , 15-20 минутқа созылған ауырсынуға шағымданды. Ауырсыну синдромы тән ауруды табыңыз

<variant>жіті миокард инфарктісіне

<variant>тұрақты күштемелі стенокардияға

<variant>вазоспастикалық стенокардияға

<variant>миокардитке

<variant>мойын остехондрозына

<question>Артқы миокард инфарктінің тікелей белгілері ЭКГ.ның келесі тіркемелерінде байқалады анықтаңыз

<variant>II, III, aVF

<variant>aVL, V₁.V₄

<variant>I, aVL, V₅.V₆

<variant>aVL, V₁.V₂

<variant>V₁.V₆

<question>64 жастағы әйел кенет пайда болған бір реттік құсумен жүретін эпигастрий аймағындағы ауырсынуға,жүрек айнуға шағымданады.

Анықталды: жағдайы ауыр,терісі бозғылт,суық жабысқақ термен жабылған. Жүрек тондары айқын тұйықталған, ЖСЖ-120 минутына,АҚҚ 80/40 мм сынап бағанасы . Эпигастрий аймағында іштің ауырсынуы. ЭКГ.да : QS_{II, III, aVF}, ST_{II, III, aVF} – монофазалық қисық сызық түрінде. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Артқы диафрагмалық Q тісшесімен

миокард инфаркты. Кардиогенді шок

<variant>Асқынбаған артқы.диафрагмалдіQ

тісшесіменмиокард инфаркты.

<variant>Алдыңғы.аралық Q тісшесіменмиокард инфаркты. Рефлекторлы гипотензия.

<variant>Артқы диафрагмалық Q тісшесіменмиокард инфаркты. Гиповолемиялық шок

<variant>Артқы.бүйірлік Q.тісшесіменмиокард инфаркты.Кардиогенді шок.

<question>Науқас 57 жаста , ЖТД дәрігер қабылдауында өмірінде алғаш рет 2.3 сағатқа созылған, төс артының мойынға берілетін , тыныс алуға байланыссыз күйдіріп ауырсынуына, әлсіздікке және тершеңдікке шағымданады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>Миокард инфаркті

<variant>Мойын остеохондрозы

<variant>Спонтанды пневмоторакс

<variant>Өкпетекті жүрек

<variant>Өкпе инфаркті

<question>63 жастағы ер адам науқаста демікпе және кеуде қуысындағы қысылып ауырсынуға шағымдануына байланысты жедел жәрдем бригадасы шақырылды . Анамнезінде стенокардия мен созылмалы обструктивті бронхит Қарау кезінде : ат шабысы секілді ырғақ, шашыраңқы құрғақ сырылдар, өкпенің төменгі бөлігінде ылғалды сырылдар .АҚҚ 85/40 ммсын.бағ. Нитроглицерин көмектеспеді. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>кардиогенді шокпен асқынған миокард инфаркты

<variant>асқынбағанмиокард инфаркты

<variant>өкпе артериясының тромбозы

<variant>бронх демікпесі

<variant>екі жақты пневмония

<question>50 жастағы науқас адамға сол кеуде бөлігінде ауырсынуға, ауа жетіспеу сезіміне , қысқа уақытқа естен тануына шағымдануы бойынша жедел жәрдем бригадасы шақырылды.

Объективті: терісі бозғылт, мұрын.ерін үшбұрышының цианозы,жүрек тондары тұйықталған. АҚҚ 90/60 ммсын.бағ. Пульс минутына 180 рет. Монитордақарыншалар фибриляциясымен ауысатын пароксизмалді қарыншалық тахикардия. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>жіті миокард инфаркті

<variant>күштемелі стенокардия

<variant>тұрақсыз стенокардия

<variant>тыныштық стенокардиясы

<variant>вариантты стенокардия

<question>63 жастағы науқаста жедел трансмуралді инфаркт миокардында кардиогенді шок пен өкпе ісінуі дамыды .Терапияны қай препараттан бастаған жөн тағайындаңыз

<variant> Допамин

<variant> Дигоксин

<variant> Лазикс

<variant> Преднизолон

<variant> Морфин

<question> Жедел алдыңғы перделік миокард инфарктінің жедел түрімен 75 жастағы әйел науқаста бас айналуымен, күрт әлсіздікпен бірге байқалатын жүрек соғысының жиілеуі пайда болды. ЭКГ. да . пароксизмалді қарыншалық тахикардия. Ең алдымен тағайындау қажет белгілеңіз

<variant> Лидокаинді

<variant> Новокаиномидті

<variant> Обзиданды

<variant> Этмозинді

<variant> Верапамиді

<question> ЭКГ мониторлық бақылауында жатқан 52 жастағы науқас кенеттен есінен танып қалды.

Көз қарашықтары кеңейген. Тері қабаты

ақшыл, сұр түсте. Ұйқы артериясында пульс және тыныс анықталмайды. ЭКГ анықталғандар: ретсіз, ырғақсыз күрт деформацияланған, биіктігі, ұзақтығы және формасы әртүрлі биік амплитудалы минутына 600 жиіліктегі фибрилляциялар тіркелген. Науқас жағдайының нашарлау себебі неде. Сіздің диагноз

<variant> қарыншалар фибрилляциясы

<variant> қарыншалар дірілі

<variant> қарыншалар аритмиясы

<variant> қарыншалық тахикардия

<variant> жыбыр аритмиясы

<question> 63 жастағы ер адам жедел жәрдем бригадасымен ауыр жағдайда жалпы әлсіздікке

шағымданып жеткізілді. Объективті:

теріқабаттары бозарған, ылғалды, сұр цианоз, аяқ

қолдардың мұздауы. Жүрек тоны қатаң, ат

шабысы ырғағы, ЖСЖ.115 минутына. АҚҚ 80/40

мм сынап бағанасымен, олигурия. ЭКГ-да:

синустық тахикардия, V₁, V₆ тіркемелерінде QS,

V₁, V₆ тіркемелерінде ST сегменті монофазалы

қисық түрде изолиниядан жоғарылаған. Жедел

тамырлық жеткіліксіздіктің перифериялық

белгілерін басу үшін қолданылады препаратты

атаңыз

<variant> Допамин

<variant> Атропин

<variant> Нитролонг

<variant> Морфина

<variant> Гепарин

<question> Науқаста ЭКГ-да V₁-V₄

тіркемелерінде ST сегментінің изолиниядан

жоғарылауы және QS кешені тіркелген. 2 аптадан

кейін қайта түсірілген ЭКГ-да өзгеріс жоқ.

Науқаста дамуы мүмкін патологияны табыңыз

<variant> сол жақ қарыншаның алдыңғы

қабырғасының аневризмасы

<variant> сол жақ қарыншаның алдыңғы

қабырғасының қайталанған инфаркты

<variant> рецидивирлеуші миокард инфаркты

<variant> миокард инфарктының типті ағымы

<variant> құрғақ перикардит

<question> 62 жасар ер адам гризантальді қалыпта

күшейетін айқын енгігу және тұншығуға

шағымданады. Анамнезінде екі рет миокард

инфарктын басынан өткерген. Об-ті: акроцианоз,

өкпеде көптеген әр түрлі калибрлі ылғалды

сырылдар. Жүрек үндері тұйықталған, галоп

ырғағы. ЭКГ-да: ST_{V1-V6} элевация. Сол жақ

қарыншаның толымдылық қысымы 20 мм с.б.б.

Миокард инфарктінің асқынуы:

<variant> Өкпе ісінуі

<variant> Кардиогенді шок

<variant> Жіті аневризма

<variant> Миокард жырытылуы

<variant> Тромбоземболия

<question> 25 жастағы ер адам енгігуге, жылдам

жүргенде жүрек соғысының жиілеуіне

шағымданды. Тексергенде: тері қабаты таза, түсі

өзгермеген, ұйқы артериясының айқын

пульсациясы, жүректің салыстырмалы

шекарасының солға ығысуы, жүрек тондары

ырғақты, төстің оң жиегінде II қабырғааралықта II

тон әлсіреген, Боткин. Эрба нүктесінде және

төстің оң жиегінде диастолалық шу, пульс

минутына 90 рет, АҚҚ 160/40 мм сынап

бағанасымен. Сіздің диагноз:

<variant> Аорта жетіспеушілігі

<variant> Аорта стенозы

<variant> Трикуспидальді стеноз

<variant> Митральді жетіспеушілік

<variant> Митральді стеноз

<question> Жастық кезең, созылмалы тонзиллит,

кезеңді артралгия, субфебрилитет, физикалық

жүктеме кезіндегі енгігу, ал аускультацияда: жүрек

ұшында үш мүшелі ырғақ, қатты дыбысты

бірінші тон, жүрек ұшындағы диастолалық шу

тән ақауды табыңыз

<variant> митральді стенозға

<variant> аортальді стенозға

<variant> аорта жеткіліксіздігіне

<variant> қосарланған митральді ақауға

<variant> митральді жеткіліксіздікке

<question> Науқас 28 жаста тез шаршағыштыққа,

физикалық жүктеме кезіндегі енгігуге, аяқтағы

ісінуге шағымданды. Балалық шағында

ревматикалық шабуылды басынан өткерген.

Объективті: жүрек тоны тұйықталған, дұрыс

ритмді, жүрек ұшында диастолалық шу, табанда

ісіну. Жалпы қан анализінде – эритроциттер .

4,6x10⁹/л, гемоглобин . 120г/л, эритроциттердің

тұну жылдамдығы – 27 мм/сғат. Сіздің

диагнозыңыз:

<variant> Митральді стеноз

<variant> Жіті ревматикалық қызба

<variant> Митральді жетіспеушілік

<variant> Жіті миокардит

<variant> Инфекциялық эндокардит

<question> Науқас 29 жаста, тез шаршағыштыққа,

физикалық жүктеме кезіндегі енгігуге, аяқтағы

ісінуге шағымданды. Балалық шағында

ревматикалық шабуылды басынан өткізген.

Объективті: жүрек тоны тұйықталған, ритм

дұрыс, жүрек ұшында систолалық шу, аяқтағы

ісіну. Тиімді зерттеу тағайындаңыз

<variant> Доплерэхокардиография

<variant> Коронарография

<variant> Электрокардиография

<variant> Электромиография

<variant> Компьютерлік томография

<question> 20 жастағы ер адам жалпы тәжірибелік

дәрігерге тез шаршағыштыққа, аз ғана физикалық

жүктеме кезіндегі енгігуге шағымданып қаралды.

Объективті тексеру кезінде беті цианозды қызыл түсті, жүрек ұшы түрткісі оңға ығысқан, аускультацияда I тонның әлсіреуі, жүрек ұшында I тоннан кейін сол қолтық астына өтетін систолалық шу естіледі, сонымен қатар патологиялық III тон естіледі. ЭКГ. да сол жүрекшеаралықтың және сол қарыншаның гипертрофия белгілері байқалады. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>митралді жеткіліксіздік

<variant>митралді стеноз

<variant>аорталді стеноз

<variant>аорта жеткіліксіздігі

<variant>үш жармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі

<variant>ұзақ мерзімді жүрек гликозидтерімен терапия

<question>Стенокардия ұстамасы, естен тану, еңтігу, кеуденің оң жақ бетінің систолалық дірілдеуі, аортада II тонның әлсіреуі және мойын тамырына таралған айқын систолалық шу, кіші пульс тән ақауды ажыратыңыз

<variant>аорта саңылауының стенозына

<variant>митралді қақпақша жеткіліксіздігіне

<variant>үш жармалы қақпақша жеткіліксіздігіне

<variant>өкпе өзегісаңылауының стенозына

<variant>митралді саңылау стенозына

<question>28 жасар науқас әйелде физикалық жүктеме кезінде еңтігуге, жауырын аралығында, жүрек тұсында ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде: Ревматизм. Объективті:

акроцианоз, жүрек шекарасы жоғары және оңға ығысқан, I тон күшейген, жүрек ұшында диастолалық шу, «бөдене» ырғағы, жыбыр аритмиясы. R.графия: контрастирленген өңеш кіші радиус доғасы бойынша ауытқуы. ЭКГ: P . mitrale ,оң қарыншаның гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>сол атриовентрикулярлық саңылаудың стенозы

<variant>аорталді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>митралді қақпақша пролапсы

<variant>митралді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>аорта өзегінің стенозы

<question>16 жастағы ер бала. Шағымы жоқ.

Анамнезінде: жиі ангина. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Өкпесінде везикулярлық тыныс.

Жүректің салыстырмалы тұйықтығының шекарасы жоғарыға және солға аздап ығысқан.

Жүрек тоны ритмді, жүрек ұшында I тон әлсіреген және систолалық шу естіледі. Қан анализі патологиясыз. Электрокардиограммада – ритм синусты, дұрыс, жүрек жиырылу жиілігі 72 рет минутына, сол қарынша гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Митралді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant> Жүрекше аралық қалқаның дефекті

<variant> Қарынша аралық қалқаның дефекті

<variant> Митралді стенозы

<variant> Митралді қақпақшаның пролапсі

<question> 35 жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге келіп қаралды. Соңғы аптада қысқа уақытқа созылатын, бірақ жағымсыз, шектен тыс дене жүктемесінде пайда болатын кеуде тұсында қысып ауырсыну сезіміне шағымданды.

Жағымсыз сезім жүктемені тоқтатқан соң 2,5- 3 минуттан кейін басылады. Бұрын ауырмаған.

Жұмысы әртүрлі ауыр жүктемелік жұмыстармен байланысты. Объективті: жүрек ұшы түрткісі аздап күшейген, төстің сол жақ жиегінде әлсіз протодиастолалық шу естіледі, пульс 62 рет минутына, ритмді, АҚҚ 140/60 мм сынап бағанасымен. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Аорталді жеткіліксіздік

<variant> Жүректің ишемиялық ауруы

<variant> Митралді стеноз

<variant> Гипертониялық ауру

<variant> Аорта саңылауының стенозы

<question>Оң қарынша гипертрофиясы, жүрек шекарасы солға ығысуы, эпигастралді пульсация, бауырдың айқын пульсациясы және оң мәнді веналық пульс, I тон тұйықталуы, семсер тәрізді өсіндіде систолалық шу (Ривьеро.Корвалло симптомы) тән ақауды табыңыз

<variant> үшжармалы жеткіліксіздікке

<variant> аорта жеткіліксіздігіне

<variant> қарыншааралық қалқаның дефектісіне

<variant> жүрекшеаралық қалқаның дефектісіне

<variant> митралді жеткіліксіздікке

<question>Туа біткен жүрек ақауы күдіктенген науқаста II, III қабырға аралықта систолалық діріл пальпацияланды. Өкпе артериясының үстінде II тон әлсіреген; II қабырға аралықта қатты естілетін төстің сол жақ жиегінде систолалық шу анықталды. ЭКГ.да .оң қарынша гипертрофиясының белгісі. Рентгенологиялық зерттеу кезінде – оң қарыншаның аздап ұлғаюы, өкпе артериясы доғасының домбығуы, өкпе суреті азайған. Сіздің диагноз:

<variant>Өкпе артериясы стенозы

<variant>Артерия бағанының тесігі

<variant>Жүрекшеаралық қалқаның дефекті

<variant>Жалпы артериялық өзек

<variant>Аорта стенозы

<question>32 жасар науқас әйел кісінде физикалық жүктеме кезінде еңтігуге, жауырын аралығында, жүрек тұсында ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде: Ревматизм. Объективті:

акроцианоз, жүрек шекарасы жоғары және оңға ығысқан, I тон күшейген, жүрек ұшында диастолалық шу, «бөдене» ырғағы, жыбыр аритмиясы. R.графия: контрастирленген өңеш кіші радиус доғасы бойынша ауытқуы. ЭКГ: P .

mitrale ,оң қарыншаның гипертрофиясы. Сіздің диагнозыңыз:

<variant>сол атриоventрикулярлық саңылаудың стенозы

<variant>аорталді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>митралді қақпақша пролапсы

<variant>митралді қақпақша жеткіліксіздігі

<variant>аорта өзегінің стенозы

<question>Науқас А. тәбеті төмендеу немесе жоғалуымен бірге байқалатын оң жақ

қабырғаастында тартып ауырсынуға және

ауырлық сезімге, жүрек айнуға, іші кебуге, сирақ

тұсы, аяқ басы ісінуіне, асцитке шағымданады.

Үдемелі әлсіздік, тез шаршау, мойында

пульсация, ентігу байқалады. Сіздің диагноз

<variant>үшжармақты қақпақша жетіспеушілігіне

<variant>митралді стенозға

<variant>үшжармақты саңылау стенозына

<variant>қолқа саңылауының стенозына

<variant>қолқа қақпақшасының жетіспеушілігіне

<question>Науқас С. 71 жаста, кардиологиялық

бөлімшеге алдыңғы перделік аймақтың жедел

трансмуральды миокард инфарктісімен, жедел

кезенді диагнозымен келіп түсті. Стационарда

болуының 4 тәулігінде бас айналу, кенет

әлсіздікпен жүретін жүрек соғуының жиілеу

ұстамасы дамыды. Электрокардиограммада-

параоксизмальды қарыншалық тахикардия.

Клиникалық хаттама бойынша тағайындалған

дәрмек:

<variant>кордарон

<variant>ритмилен

<variant>обзидан

<variant>этмозин

<variant>ритмонорм

<question>Науқас П 45жаста, стационарға бас

ауруына, құлағындағы шуға және де бас айналуға

шағымданып түсті. Анамнезінен: созылмалы

обструктивті бронхит бойынша терапевтте

диспансерлік есепте тұрады, соңғы 2 жыл ішінде

артериялық қысымның 170/100 мм.с.б. дейін

көтерілетін айтады. Объективті: жағдайы

қанағаттанарлық, өкпесінде қатаң тыныс үстінен

құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі, жүрек

тондары тұйықталған, ырғақты, тахикардия,

жүрек жиырылу жиілігі минутына 100 рет,

артериялы ққысым 160/90 мм.с.б. Бұл жағдайда

қарсы көрсетілген дәрмек:

<variant>Конкор

<variant>Эналаприл

<variant>Индапамид

<variant>Амлодипин

<variant>Верапамил

<question>Науқас Р 60жаста, кардиологиялық

бөлімшеге артериялық гипертонияның III

дәрежесімен, ал қауіп 4 диагнозымен түсті.

Анамнезінен: артериялық гипертония

диагнозымен диспансерлік есепте тұрғанына 8

жыл болған, антигипертензивті терапияны үнемі

қабылдап жүреді. Соңғы екі аптада артериялық

қысымның 190/90 мм.с.б. жоғары көрсеткіштері

сақталып келеді. Қан анализінде:

гиперхолестеринемия. Несеп анализі

патологиясыз. Электрокардиограммада: ырғақ

синусты, дұрыс жүрек жиырылу жиілігі 75 рет

минутына, солқарыншаның гипертрофиясы.

Клиникалық хаттама бойынша бұл жағдайда

дәрілік заттардың комбинациясы:

<variant>Индапамид + Периндоприл +

Амлодипин

<variant>Индапамид + Бисопролол + Верапамил

<variant>Индапамид + Атенолол + Дилтиазем

<variant>Гипотиазид + Бисопролол + Верапамил

<variant>Моноприл + Бисопролол + Дилтиазем

<question> Ер адам 56 жаста, осыдан бір жыл

бұрын миокард инфарктысын басынан кешті.

Соңғы айда ентігу бұрынғыдан аз физикалық күш

түскенде пайда бола бастады, стенокардия

ұстамалары жоқ. Шет кері ісіктер жоқ.

Тыныштықтағы ТАЖ минутына 18 рет, өкпесінде

тынысы везикулярлы. Жүрек тондары әлсіреген,

ырғағы дұрыс, ЖСЖ минутына 79, бауыры

ұлғаймаған. 6 минуттық жүру тесті және ЭХОКС

жүргізілді. NYHA бойынша ФКII СЖЖ

анықталды. Диуретиктер мен емдеу тактикасы

жайлы тұжырым дұрыс:

<variant>диуретиктер көрсетілмеген

<variant>ілмектік диуретиктер

<variant>тиазидті диуретиктер және альдостерон

антагонисттері кешені

<variant>ілмектік диуретиктер және

альдостеронант агонисттері кешені

<variant>ілмектік, тиазидтік диуретиктер және

альдостерон антагонисттері кешені

<question> 62 жастағы әйел адам, дәрігерге

басының ауыруына және де бас айналуға

шағыммен келді. Анамнезінде – стенокардия

ұстамалары, кезенді түрде нитраттар, аспириен

қабылдайды. 8 жылдан бері бронхиалды

демікпемен ауырады, тұншығу ұстамаларын

симпатомиметиктер ингаляциясымен басады.

Қарағанда: тері жамылғысы бозғылт, мойын

тамырларының пульсациясы. Сол жақ жүрек

шекарасы ұлғайған, жүрек резистентті, солға

және төменге ығысқан. Аускультацияда: II

қабырға аралықта оң жақта жұмсақ

протодиастолалық шу, ЖСЖминутына 82, АҚ

185/60 ммс. б. Артериялық гипертонияның мүкін

болатын себебі:

<variant>атеросклерозды генезді қолқа

қақпақшасының жеткіліксіздігі

<variant>эссенциалды артериялық гипертония

<variant>дәрімен индуцирленген артериялық

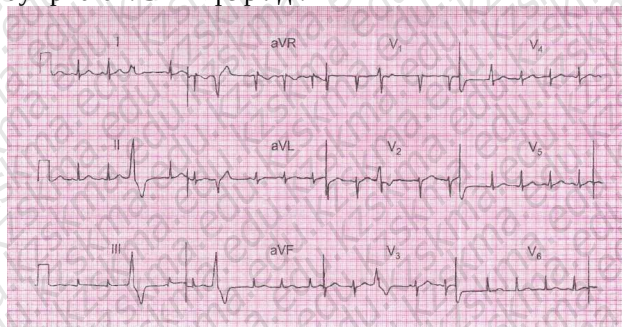
гипертония

<variant>натрийдің біріншілік бүйректік ретенциясы
<variant>«ақ халат» гипертензиясы
<question>Әйел 54 жаста. Пневмониямен ауырғаннан кейін «үру» тәрізді жөтел мазалап, жұтынудың қиындауы пайда болды, енгізу деді. Қарағанда: жүрек шекаралары ұлғайған, жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс. ЖСЖ минутына 80, АҚ 130/60 ммс. б. ЭКГ: кешендер вольтажы төмендеген, кеуде қуысының мүшелерін рентгенологиялық зерттеуде: кардиомегалия, жүрек белі тегістелген, жүрек көлеңкесінің контурының пульсациясы әлсіреген. Кенеттен науқастың жағдайы нашарлады. Әлсіздік, тахикардия, суықтер, цианоз пайда болды, АҚ 60/40 ммс. б. Клиникалық хаттама бойынша емдеу тактикасы:

<variant>Перикард пункциясы
<variant>Глюкокортикоидтар қолдану
<variant>Антикоагулянттар қолдану
<variant>Симпатомиметиктер қолдану
<variant>Электроимпульсті терапия қолдану
<question> 33 жастағы науқас әйел профилактикалық тексеруге келді. Шағымдары: әлсіздік, тез шаршағыштық, физикалық жүктеме кезіндегі енгігу, аяқтарында кешке қарай болатын ісінулер. Анамнезінде: жіті ревматикалық қызба полиартрит және эндокардит көрінісімен 14 жасында ауырған. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғылары таза, бозғылт. Аяқтарында ісінулер. Жүрек тондары түйықталған, дөрекі пансилолалық шу естіледі. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:

<variant>жүректі доплермен ультрадыбыстық зерттеуге жолдау
<variant>динамикада бақылау
<variant>ревматологтың кеңесіне жолдау
<variant>кардиохирургтың кеңесіне жолдау
<variant>антибиотик және фуросемидты тағайындау
<question> 44 жастағы науқаста: ЖСРА, қосарланған митральды ақау, жиі болатын қарыншалық экстрасистолия. ЖЖ II В сат.. 20 жылдай ауырады. Дигоксин 0,25 күніне 2 рет, гипотиазид 50 мг/тәул., тромбоас 50мг/тәул., кордарон 0,2 күніне 2 рет қабылдаған. 5-і күні жүрек айну, құсу пайда болды, енгігу үдеді. ЖСЖ 46 рет минутына, қарыншалық экстрасистолия, АҚҚ 140/80 мм сын.б.б. Жағдайының нашарлау себебі:
<variant>жүрек гликозидтердің мөлшері шектен тыс болуы
<variant>арудың қалыпты ағымы
<variant>бауырдың дәрілік зақымдануы
<variant>гипотиазид әсерінің төмендеуі
<variant>артериалдық қан қысымының жоғарлауы

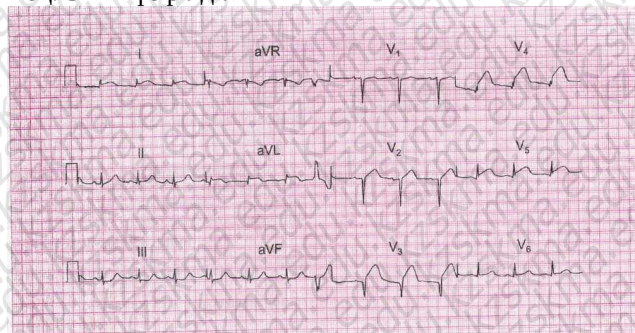
<question> Жүкті әйел әйелдер кеңесінде терапевтке жүрек тұсында шалыс соғу (перебои) сезіміне шағымданды. Бұрын ештеңемен ауырмаған. ЭКГ түсірілді:



Науқасты жүргізу тактикасы:

<variant> Холтерлік мониторлай және ЭХО Кг жасауды ұсыну
<variant> Науқасты динамикада бақылау
<variant> Шұғыл түрде жүктілікті үзу
<variant> Шұғыл түрде госпитализациялау және қарқынды антиаритмиялық терапия жүргізу
<variant> Бұл патологияға көңіл аударып қажеті жоқ

<question> Ер адам 58 жаста. Қабылдау бөліміне бір сағаттан артық төс артында интенсивті басып ауырсынуға шағымданып келді. Анальгин, валидол таблеткаларын қолданғанмен нәтиже жоқ. ЭКГ түсірілді:



Клиникалық хаттама бойынша дәрігердің тактикасы:

<variant>Наркотикалықанальгетиктер, тромболитиктер, шұғыл коронарография
<variant>Наркотикалықанальгетиктер, гепарин, нитраттар
<variant>Тромболитиктер, гепарин, бета-блокаторлар
<variant>Қолқайшылықбаллондықонтрпульсация
<variant>Электрліккардиоверсия
<question>18 жастағы науқасты тексеру барысында жүрек ұшы түрткісінің солға ығысуы, жүректің салыстырмалы шекарасының солға және жоғарыға ығысқаны анықталды. Аускультацияда жүрек ұшында I тонның әлсіреуі және систолалық шу, өкпе артериясында II тонның акценті.

Рентгенографияда жүректің сол бөлімдерінің ұлғаюы.

Клиникалық хаттама бойынша негізгі зерттеу әдісі:

<variant>ЭКГ, ЭХО-КГ

<variant>Өнеш арқылы-ЭХОКГ

<variant>Стресс ЭХОКГ

<variant>Велоэргометрия, ЭХО-КГ

<variant>Компьютерлік томография

<question>28 жастағы әйелде митральды стенозы

бар. 25-26 апталық жүктілік кезінде

рецидивирлеуші өкпенің ісінуі байқалған. Тиімді

амал:

<variant>шұғыл комиссуротомия

<variant>терапияны жүрек гликозидтермен

жүргізу

<variant>жүктілікті тоқтату

<variant>қан алу

<variant>босанғанға дейін төсектік режимі

<question> 39 жастағы науқас пневмония

бойынша амбулаторлы емде антибиотиктер

қабылдаған, бірақ жағдайы жақсармаған, дене

қызуы 39С дейін жоғарлаған. Қанда: айқын

нейтрофильды лейкоцитоз солға ығысумен, ЭТЖ

38 мм/сағ. Рентген суретінде: анық горизонтальды

деңгей және оның жоғары жағының

ағаруымен байқалатын қараюы анықталған.

Клиникалық хаттама бойынша науқасты ары

қарай жүргізу тактикасы:

<variant> Санациялық бронхоскопия,

муколитиктер, антибиотиктер

<variant> Антибактериальдық терапияны

жалғастыру

<variant> Иммуностимуляторларды тағайындау

<variant> Бронходилататорлар, антибиотиктер,

муколитиктер

<variant> Саңырауқұлаққа қарсы терапияны

тағайындау, массаж

<question> 44 жастағы науқас, бронх демікпеге

байланысты күніне 400 мкг флутиказон және

сальметерол қабылдайды. ЖРВИ аурағын

науқаспен қарым қатынаста болғаннан соң

шаршағыштық, дене қызуы 38,5°С, құрғақ жөтел

төс артында жөтелген кезінде ауырсынуы мазалай

бастады. Тиімді емдеу тактикасы:

<variant> Флутиказон мөлшерін жоғарлату

<variant> ЖРВИ симптомдары басылғанға дейін

флутиказон мөлшерін төмендету

<variant> ЖРВИ симптомдары басу үшін

интерферонды тағайындау

<variant> Сальметерол мөлшерін жоғарлату

<variant> Парацетамолды тағайындау

<question> 33 жастағы науқас әлсіздікке,

субфебрилитетке, кеуде торшасының оң жағынан

сыздап ауырсынуына, көп мөлшерде жағымсыз

иіспенен қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге

шағымданады. ТАЖ 26 рет/мин, оң өкпенің

жоғарғы бөлігінде тыныс үні амфоралық реңде.

Рентген суретінде: оң өкпенің жоғары бөлігінде

қуыс анықталған. Клиникалық хаттама бойынша тиімді тактика:

<variant> Ошақты санациялау +

моксифлоксацинды қуысқа енгізу

<variant> Ампициллин + гентамицин

<variant> Плазмаферез + цефтриаксон

<variant> Өкпе бөлігін резекциялау +

цефтриаксон

<variant> Левофлоксацин + инфузионды терапия

<question>Науқас И., 50 жаста, маскүнем. Ол

ентікпе және жүрегінің қатты соғуына, сондайақ

ісінуге шағымданады. Объективті: өкпесінде

құрғақ сырылдар, жүрек солға үлкейген, тондары

бәсеңдеген, жүрек ұшында систолалық шуыл.

Электрокардиограммада: атриовентрикулярды

түйінінің өткізгіштігінің бәсеңдеуі, сол

қарыншаның гипертрофиясы, ST төмендеген. II,

III, V4, V6 тіркемелерінде T(-).

Фонокардиографияда: жүрек ұшында бірінші тон

амплитудасының төмендеуі,

төртінші тон тіркелген, төмен амплитудалы

систолалық шуыл. Эхокардиографияда: сол

қарыншаның кеңеюі, жиырылу қызметінің

төмендеуі. Аурудың дамуына алып келетін

себепін анықтаңыз

<variant> Алкогольды миокардиодистрофия

<variant> Гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant> Ревматикалық емес миокардит

<variant> ЖИА. Күштежелі стенокардия ФК 3

<variant> Артериалды гипертония 3-дәрежесі,

қауіп-2

<variant> Жүрекшешелердің дірілі

<question>32 жастағы О. деген науқас,

эксудативті перикардитпен ауырады, кенеттен

ентігу, өлім қорқыныш сезімі, мойын

веналарының ісінуі, суық тер, бетінің және

мойынның ісінуі, ерінінің, мұрынның, құлақтың

цианозы, пульс жіп тәрізді, қан қысымының

төмендеуі кенеттен пайда болды. Шұғыл түрде

тағайындалады:

<variant> перикардтың пункциясы

<variant> тұзсыз диета

<variant> диуретиктер

<variant> сұйықтықты тәулігіне 600 мл дейін

шектеу

<variant> глюкокортикоидтар

<question> Науқас Б, 40 жас, ол созылмалы

бүйректік жетіспеушілігі мен зардап шегеді.

Қанда креатинин 220 ммоль/л, сарысуда калий 6,5

ммоль/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес ЭКГ-де

ЭКГ өзгерістері:

<variant> Биік, жіңішке және үшкірлі оң Т тісшесі;

<variant> Q—Т интервалының біртіндеп ұзаруы;

<variant> Т тісшесі амплитудасының кішіреюі

немесе теріс;

<variant> P—Q (R) интервалының қысқаруы;

<variant> Синустік тахикардия.

<question>Науқас 56 жас, жедел медициналық жәрдем мен клиникаға келесі шағымдармен түскен: төс арты ауырсынуы, нитроглицерин қабылдағанда басылмаған. Жағдайы орташа ауырлықта, тері қабаттары бозғылт. Жүрек тондары тұйықталған, аритмиялық, пульс 96 ретмин., Артериялық қан қысымы – 110/70 мм.с.б. Қарау кезінде кенеттен ес түсін жоғалтты, қорылдап, тонусты құрысқақ байқалды. Тыныс алу сезілмейді, пульс анықталмайды.

Электрокардиограммада толқын тәрізді қисық сызықтар. Тағайындалатын терапия клиникалық хаттама бойынша:

<variant>электроимпульсті терапия
<variant>адреналин енгізу
<variant>адреналин және кальций хлоридін жүрек ішіне енгізу
<variant>эндокардиалды электростимуляция
<variant>жүрекке тікелей емес массаж

<question>Науқас 65 жас, клиникаға келесі диагнозбен түсті: жігі артқы миокард инфарктісі. Мониторлау кезінде PQ интервалы циклдан келесі циклге дейін ұлғаяды, ал QRS комплексінің жоғалып кетуі анықталады. Жүректің соғу жылдамдығы – 56 ретмин. Тағайындалатын ем клиникалық хаттама бойынша:

<variant>уақытша кардиостимуляция
<variant>тұрақты кардиостимуляция
<variant>изопропин, норадреналин
<variant>нуклеин қышқылдары синтезінің кофакторы
<variant>обзидан

<question>Эксудативті перикардит пен ауратын 28 жас. В. Атты науқас науқаста, кенеттен енгіту, өлім қорқыныш сезімі, мойын веналарының ісінуі, суық тер, бетінің және мойынның ісінуі, ерінінің, мұрынның, құлақтың цианозы, пульс жіп тәрізді, қан қысымының төмендеуі кенеттен пайда болды. Шұғыл түрде клиникалық хаттама бойынша тағайындалады

<variant>перикардтың пункциясы
<variant>тұзсыз диета
<variant>диуретиктер
<variant>сұйықтықты тәулігіне 600 мл дейін шектеу

<variant>глюкокортикоидтар
<question> 73 жастағы Науқаста ЖИАы, жайылған атероскелероз, стенокардия, І І дәрежелі гипертониялық ауруы бар. Оған диета және амбулаторлы медикаментозды ем тағайындалған. Жалпы науқастың жағдайы жақсарған, бірақ балтыр бұлшықетінде жүру кезінде аурысыну пайда болған. Бұл жағдайды тұдыратын препарат клиникалық хаттама бойынша анықтаңыз
<variant>пропранолол

<variant>нитроглицерин сублингвальды (стенокардия ұстамасы кезінде)

<variant>каптоприл

<variant>тазепам

<variant>нитромаз

<question>Аорталды стенозы бар науқаста соңғы кезеңінде стенокардия пайда болуы мүмкін. Осы асқынуға әкелмейтін себеп клиникалық хаттама бойынша:

<variant>бұл науқастар ерте атеросклерозға және коронаросклерозға бейім
<variant>жүректің жұмысы жоғарлаған, соған сәйкес жүректің оттегіге қажеттілігі артқан
<variant>қарынша ішілік жоғарғы систолалық қысым коронарлық қанағымды ұлғайтады
<variant>жүрек лақтырысы төмендегеннен коронарлық перфузия төмендейді
<variant>сол қарынша гипертрофирленгені

<question> 37 жасар науқас, кардиологиялық стационарда ем алуда. 25 жасында митралды стеноз және жеткіліксіздігі, аорталды жеткіліксіздігі анықталған. 31 жасынан бастап жүрекшенің пароксизмді жыбыры. 35 жасында ревматикалық шабуылдан кейін жыбыр тұрақты болған. Созылмалы жүрек жетіспеушілігін тұрақты емдеуге тура келді. Бір жыл алдын өкпе артериясын майда тармақтарының тромбоземболиясы, инфаркты пневмониядамыған. Статусы: тыныштық жағдайында айқын енгіту, пульс 108 ретмин., аритмиялы, артериялық қан қысымы 110/50 мм.с.б., бауыры 8 см ге ұлғайған, аяқтары ісінген. Рентгеноскопия: жүректің барлық бөліктерінің ұлғаюы, өкпеде іркіліс. Жүрекшелік жыбырды емдеу тактикасы талқылануда. Дұрыс тұжырым клиникалық хаттама бойынша:

<variant>ритмді қалыпқа келтіру көрсетілмеген, қарыншалық ритмді төмендету үшін дигоксин тағайындау.
<variant>адекватты емнен кейін ритмнің қалпына келуін және қарыншалық ритмнің төмендеуі тұралы сұрақтарды қарастыру.
<variant>ритмді қалпына келтіру көрсетілген, хинидин енгізгенде.

<variant>ритмді қалпына келтіру көрсетілген, электроимпульсті терапия жүргізгенде.
<variant>жоғарыда келтірілген мәліметтерге сүйене отырып аритмияны емдеу сұрағы шешілмейді

<question>Клиникалық хаттама бойынша ЖИА ның диагностикасында ең информативті әдісті тағайындаңыз

<variant>селективті коронарография
<variant>электрокардиограмматыныштықта
<variant>велоэргометрия
<variant>медикаментоздықүштемелітесттер
<variant>эхокардиография

<question> Артериалық гипертензиясы бар 49 жасар еркек науқас, бөлімшеге тыныштық жағдайында кеудесінде қысып ауыратын сезімдеріне шағымданды. ЭКГ төменгі тіркемелерде ST сегментінің 4 мм жоғарылауы нақталды. Бұл белгілер нитроглицерин қабылдағаннан кейін азайды. Жүректің катетеризациясы қалыпты коронарлық қантамырларды көрсеткен, эргоновинмен сынама жасағанда оң коронарлық қантамырлардың тарылуы анықталды. Қазіргі кезде бета-блокаторларды және диуретиктерді қабылдап жүр. Дұрыс емін тандап, өзгертіңіз.

<variant> бета-блокаторларды алып тастау, кальций антагонистерін тағайындау
<variant> ұзартылған әсерлі нитраттарды үзіліссіз тағайындау
<variant> тек қысқа әсерлі кальций антагонистерімен емдеу
<variant> бета-блокаторлардың дозасын көбейту

<variant> диуретиктерді алып тастап, нитраттарды тағайындау

<question> 60 жастағы науқастың тұрақты күштеме стенокардиясы бар, изосорбид динитратын 20 мг тәулігіне 2 реттен қабылдап өзін жақсы сезініп жүрген. Жақында ол дәрісінің мөлшерін күніне 4 ретке дейін көбейтті. Артынша стенокардияның күшейгенін байқады. Дәрігер нитраттарға толеранттылық тууы туралы ойлады. Жағдайды бағалап, емін коррекциялаңыз.

<variant> нитраттарды тоқтатып бета-блокаторларын беру
<variant> нитраттарды кальций каналдарының блокаторларына ауыстыру
<variant> күніне 10-12 сағат ұзақтығында нитраттардан бос кезең сақтау
<variant> нитраттар мөлшерін көбейту

<variant> нитраттарға бета-блокаторлар қосасыз

<question> Ранимация бөлімшесіне 56 жастағы С. атты науқас жеткізілді: жүректің сирек жиырылуы фонында екі рет есін жоғалту анықталған. Жүрек соғу жиілігі 35 рет/мин, артериялық қан қысымы 100/70 мм.с.б.

Электрокардиограммада: жүрекшелердің тәуелсіз ритмі минутына 100 және қарыншалардың 30 – 35 мин, QRS 0,16сек, деформацияланған. Миоглобин және тропонин Т жоғарлаған. Миокард инфаркты анықталған. Науқаста қандай асқыну дамыған клиникалық хаттама бойынша:

<variant> толық атрио-ventрикулярлық блокада, Морганьи Эдамса Стокс ұстамасымен
<variant> синоаурикулярлық блокада
<variant> кардиогенді шок

<variant> атрио-ventрикулярлық блокада 2 дәрежелі, Самойлов – Венкебах кезеңдерімен
<variant> жүрекше фибриляциясының брадисистоалық формасы

<question> Науқас 54 жаста, мынандай шағымдармен келді: бір ай көлемінде пайда болған төс артындағы басып ауырсынуы, сол қолға, мойынға берілетін, нитроглицерин қабылдағанда басылатын.

Электрокардиограммада кеуде тіркемелерінде STның депрессиясы және теріс Т тісше. Электрокардиограмма екі күннен кейін патологиясыз. ЖИАның клиникалық формасын көрсетіңіз клиникалық хаттама бойынша:

<variant> ЖИА, алғаш пайда болған стенокардия
<variant> ЖИА, тұрақты стенокардия ФК III
<variant> ЖИА, Принцметалл стенокардиясы
<variant> ЖИА, Q-негативті, миокард инфаркты
<variant> ЖИА, прогрессирлеуші стенокардия

<question> Науқас Г есімді, 46 жаста, кардиореанимация бөлімшеге 5 сағ алдын пайда болған, жіті трансмуралды миокард инфарктымен түсті. Тағайындалған: анаприлин 20 мг 4 рет күніне ішке, гепарин 10000 ЕД т/і тамшылатып әр 4 сағ сайын, қан ұю уақыты 18-23 мин ұлғайды. Төртінші күні науқаста микрогематурия анықталған. Сіздің тактикаңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant> қан ұю уақыты 10-12 мин болу үшін гепариннің дозасын азайтамыз
<variant> жедел түрде гепаринді шектеу
<variant> викасолды тағайындау, гепаринді сол дозада қалдыру
<variant> гепаринді тері астына енгізу
<variant> дұрыс жауабы жоқ

<question> Клиникалық хаттама бойынша сол жақ қарыншаның аневризмасы кезіндегі электрокардиограмманың көріністері сипатталады

<variant> «тоңған» ЭКГ
<variant> «суық» ЭКГ
<variant> «қатқан» ЭКГ
<variant> «ұйқтаған» ЭКГ
<variant> «тұрған» ЭКГ

<question> Науқас Р., 73 жаста. Реанимация бөлімшесіне ауыр жағдайда түсті. Кеуде арты аймағында интенсивті езіп ауыру сезімі госпитализация алдында басталған. Қарап тексегенде: тері қабатыс ұр, суық тер. Өкпеде – іркілген сырылдар бар. Жүрек тондары тұйық, айқын тахикардия, артериялық қан қысымы 30/0 мм.с.б. Электрокардиограммада: ST V2-V6 сегментінің депрессиясы. Жіті жүрек жеткіліксіздігін басу үшін ең алдымен қолданылады клиникалық хаттама бойынша:

<variant> допамин
<variant> лазикс

<variant>изокет
<variant>промедол
<variant>тромбофлюкс
<question>Науқас 39 жаста, алкогольді шектен тыс қолданған, физикалық күштемеге байланыссыз, жүрек аймағындағы қысып ауырсынуға, енгітуге шағымданады. Объективті: тері жамылғысының бозғылттануы, Дюпюитрен контрактурасы. Жүрек шекарасы ұлғайған, жүрек тондары тұйықталған, жыбыр аритмиясы. Клиникалық хаттама бойынша артериялық қан қысымы 100/60 мм сб. Бауыр 4 см ұлғайған, тізеге дейін ісінулер. Электрокардиограммада жүрекшелік жыбыр аритмиясы, қарыншалық жиырылу жиілігі 130-140 ретмин, Q T интервалы ұзарған TV2-V6 теріс. Осы аурудағы емде қолдануға болады:

<variant>толық абстиненция

<variant>витаминді терапия

<variant>диуретиктік терапия

<variant>метаболикалық терапия

<variant>антиаритмиялық терапия

<question>Науқас 50 жаста, әдеттегі медициналық тексерілуге келді. Шағымдары жоқ. Қарап тексергенде: АҚ 160/100 мм сын.бағ, ЖСЖ 72 минуту, ырғақты, дене қызуы қалыпты. Көз түбінің қан тамырларын зерттегенде артериолалардың тарылуы және иректелуі байқалды. Кеуде қуысында айтарлықтай өзгерістер жоқ. Жүрек ұшы түрткісі күшейген, басқа физикалық зерттеулерде ауытқулар жоқ. ЭКГ: сол қарынша гипертрофиясы. ҚЖА, НЖА өзгерістер жоқ. Дұрыс тактиканы таңдаңыз
<variant>АГД беріп, қауіп факторлары мен нысана органдардың зақымдануын анықтайтын зерттеулер тағайындау

<variant>Қауіп факторлары мен нысана органдардың зақымдануын анықтау үшін ауруханаға тексерілуге порталмен жіберу
<variant> Антигипертензиялық дәрілерді шұғыл тағайындау, ауруханаға тексерілуге порталмен жіберу

<variant>"Эсенциаль АГ" диагнозын қойып, амбулаториялық жағдайда ем тағайындау

<variant>Үш күн сайын АҚ өлшеп, науқасты бақылау

<question>Алғаш дамыған күштеме стенокардиясы диагнозымен науқас ауруханаға жатқызылды. Басының қатты ауруының пайда болуына науқас дәрілер қабылдаудан бас тартып отыр. Науқаста бас ауруының пайда болу себебі: Дұрыс тұжырым таңдаңыз
<variant>нитраттардан

<variant>бета-блокатордан

<variant>кальций антагонистерінен

<variant>ацетилсалицил қышқылынан

<variant>стрептокиназадан

<question> Жіті миокард инфарктымен ауырған науқаста жіті оң қарыншаның жеткіліксіздігінің белгілері клиникалық хаттама бойынша (мойын көк тамырларының ісінуі, бауырдың ұлғаюы, енгіту) пайда болғанда мынандай асқынуларды жоққа шығару керек табыңыз

<variant> өкпе артериясының тромбоэмболиясы

<variant> қарынша аралық қалқаның жыртылуы

<variant> сол қарыншаның миокард инфарктысы

<variant> емізік бұлшық еттерінің жыртылуы

<variant> жүрекше аралық қалқаның жыртылуы

<question> Кардиологиялық бөлімшеде 45 жастағы ер кісі ауыр жағдайда, төс артындығы интензивті ауырсыну шағымымен келіп түсті. Объективті: тері жамылғылары бозғылт, жүрек тондары тұйықталған, айқын тахикардия.

Артериялық қан қысымы 90/60 мм с.б.б.

Электрокардиограммада коронарлық қан айналымның жіті бұзылысы. Қарыншалық пароксизмальді тахикардия. Жедел жәрдем бригадасы ритмді қалпына келтіру мақсатында изоптин, кордарон еңгізді, бірақ ритм қалпына келмеді. Жүрек ритмін шұғыл қалпына келтіруде жүргізіледі клиникалық хаттама бойынша:

<variant> электрлік кардиоверсия

<variant> абляция

<variant> реваскуляризация

<variant> электрокардиостимуляция

<variant> өңеш арқылы жүрекшені

электростимуляциялау

<question> 75 жастағы әйел адам, баспалдақпен 1 қабатқа көтерілген кезде төс артындағы қысып ауырсынууды, жүрек аймағындағы бұзылыстарды, бас айналууды байқады. Миокард инфарктын өткерген. Объективті; өкпеде іркіліс, ылғалды сырылдар. Жүрек соғу жиілігі 110 рет мин, артериялық қан қысымы – 170/100 мм сб. Созылмалы қанайналымның жетіспеушілігінің көрсететін симптомға жатады клиникалық хаттама бойынша:

<variant> іркілісті ылғалды сырылдар

<variant> артериялық қан қысымының жоғарлауы
<variant> бас айналу

<variant> жүрек аймағындағы бұзылыстар

<variant> төс артындағы ауру сезіміне

<question> Науқас 29 жаста, кардиологиялық бөлімшеге мынандай шағымдармен келіп түсті: жүрек қағысының ұстамаларына және кеуде қуысындағы басып ауру сезіміне, эпизодты түрде есінен тану. Объективті; дене қалпы астеникалық, жүрек тондары сәл тұйықталған, ритмі дұрыс.

Артериялық қан қысымы 90/60 мм с.б.б.

электрокардиограммада STV2-V6 сегментінің

элевациясы. Тропонин Т өзгеріссіз. Диагнозды нақтылау үшін мәліметті зерттеулер клиникалық хаттама бойынша:

<variant> электрокардиограмманың тәуліктік мониторингі

<variant> эхокардиография

<variant> вентрикулография

<variant> коронароангиография

<variant> велоэргометрия

<question> Науқас Т., 20 жаста, аздаған физикалық күштемеден кейін, еңтігуге, кейде тұңшығу ұстама тәрізді болатын, оң қабырғаасты ауырлық сезіміне, ісінулерге шағымданады.

Жалпы қарауда: айқын цианоз, саусақтары "барабан таяқшалар" түрінде. Жүректе дөрекі шу естіледі. Эхокардиографияда қарынша аралық қалқаның ақауы анықталады және оң қарыншаның шығару трактысының стенозы. Осы ақаудағы асқынуга және өлімге әкелетін себебі клиникалық хаттама бойынша:

<variant> сол қарынша жетіспеушілігі

<variant> мидың көк тамыры тромбозы

<variant> инфекциянды эндокардит

<variant> оң қарыншаның жетіспеушілігі

<variant> цианотикалық ұстамалары кезіндегі артериалды гипоксемия

<question> Реанимация бөлімішесіне 18 жастағы науқас клиникалық өлім жағдайында жеткізілді.

Жаттығу кезінде есін жоғалтқан, жүрегі тоқтап қалған. Аутопсияда жоғарғы 3/1 қарынша аралық қалқаның және сол қарыншаның бос кеңістігінің гипертрофиясы, шығару трактісінің обструкциясымен кардиомегалия анықталды.

Өлімінің себебі клиникалық хаттама бойынша:

<variant> қарыншалар фибрилляциясы

<variant> қарыншалық пароксизмальды тахикардия

<variant> толық атриовентрикулярлы бөгеме

<variant> синус түйінінң әлсіздік синдромы

<variant> жүрекшелер фибрилляциясы

<question> Науқас 42 жаста дене

температурасының 38 градусқа жоғарлауына, қалтырауға, жөтелге, қанды қақырық, буындардағы және бел аймағындағы ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде - фурункулез. Жалпы қарауда: тері жамылғысының түсі "сүтті кофе" сияқты, төменгі бөліктерінде петихиялық бөртпелер. «Барабан таяқшасы» және «сағат әйнегі» симптомдары анықталады. Тексеру кезінде эритроциттер 2.9 млн, гемоглобин 92 г/л, лейкоциттер 22 мың, ЭТЖ 46 мл/сағ.

Диспротеинемия, протеинурия. Рентгенограммада оң өкпеде үшбұрышты көлеңке. Диагнозды нақтылау үшін тиімді информативті әдіс клиникалық хаттама бойынша клиникалық хаттама бойынша:

<variant> эхокардиография

<variant> бронхоскопия

<variant> сцинтиграфия

<variant> буындар рентгенографиясы

<variant> өкпенің компьютерлік томографиясы

<question> Науқас 65 жаста, аздаған физикалық

күштемеден кейін және тыныштықта төс

артындағы қысып ауырсыну сезіміне, еңтігуге

шағымданады. Анамнезінде миокард

инфарктысын өткізген. Жүрек соғу жиілігі 62 рет

мин. Артериялық қан қысымы 110/60 мм.с.б.б.

Тропонин 1-0 нг/мм. Электрокардиограммада созылмалы коронарлық жеткіліксіздік белгілері.

Тағайындауға тиімді клиникалық хаттама бойынша:

<variant>кардикет

<variant>кетонал

<variant>дигоксин

<variant>коринфар

<variant>эуфиллин

<question>Науқас А., 45 жаста, ірі ошақты артқы

диафрагмальды миокард инфарктысымен келіп

түсті. Науқастың жағдайы орташа ауырлықты.

Жүрек тондары тұйықталған, тахикардия, жүрек

соғу жиілігі 110 ретмин. Артериялық қан қысымы

150/100 мм сб. Эхокардиографияда гипокинезия

зоны анықталды. Тромболитиктерді тағайындау

тиімді клиникалық хаттама бойынша:

<variant>алғашқы 6 сағатта

<variant>алғашқы 24 сағатта

<variant>2 тәулікте

<variant>тыртықтану кезеңінде

<variant>жедел кезеңінде

<question>Науқас 41 жаста, еңтігу мазалайды,

тұңшығу тәрізді ұстамалар, ісінулер. Объективті;

өкпеде әлсіз сырылдар, жүрекше карасының

ұлғаюы, тондарының тұйықталуы, жүрек ұшында

систолалық шу; жыбыр аритмия, тахисистолалық

түрі. Эхокардиографияда соңғы диастолалық сол

қарынша өлшемі 8,2. Жүрек лақтырысы 21%.

Тиімді тактикаңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>перифириялық вазодилляторлар

<variant>милдронат

<variant>преднизалон

<variant>ретаболил

<variant>ангиотензин алмастырушы ферменттің

ингибитрлары

<question>Кардиомегалия, ритм бұзылысы, және

жүрек өткізгіштігінің бұзылысы, кездейсоқ

тромбоэмболия, іркілістіжүрек жеткіліксіздігі.

Бұл қай ауруға тән клиникалық хаттама бойынша

анықтаңыз

<variant>дилатациондықкардиомиопатия

<variant>ревматикалық емес миокардит

<variant>гипертиреодиты кардиомиопатия

<variant>климактериялық кардиомиопатия

<variant>гипертрофиялық кардиомиопатия

<question>Науқас Д., 43 жаста, сол қолға және жауырынға берілетін төс артындағы ауырсынуға шағымданады. Жалпы қарауда: жүрек тондарының тұйықталуы, әлсіз тахикардия, артериялық қан қысымы 110/70 ммс.б.б.

Электрокардиограммада ST V2-V4 сегментінің элевациясы. Тексеру әдістерінің қайсысы тиімді клиникалық хаттама бойынша:

<variant>коронарография

<variant>өнеш арқылы кардиостимуляциясы

<variant>вентрикулография

<variant>миокард сцинтиграфиясы

<variant>позитрон- эмиссионды томография

<question>Науқас 48 жастағы ер адам, ірі ошақты миокард инфарктысының 2 тәулігінде жағдайы кенет нашарлады: кеуде клеткасында қатты ауырсынуды сезінді, енгігу, жабысқақ қақырықты жөтел, қанды қақырық пайда болды.

Электрокардиограммада алдыңғы миокард инфарктысы жедел кезеңі. Рентгенограммада: оң өкпенің ортаңғы бөлігінде үшбұрышты қарау көрінеді. Науқаста дамыған асқыну:

<variant>Өкпе артериясының тромбоэмболиясы

<variant>Өкпе ісінуі

<variant>Жедел аневризма

<variant>Жүрек тампонадасы

<variant>Дресслер синдромы

<question>Науқас 45 жастағы, физикалық күштемеде кеудедегі ауырсынуды байқаған, талып қалуға бейім, түнде ұстама тәрізді енгігу.

Объективті: төстің сол қырының 3-4 қабырға аралығында қатты систолалық шу, ұйқы артериясында байқалмайды. Сіздің диагнозының клиникалық хаттама бойынша:

<variant>гипертрофиялық кардиомиопатия

<variant>дилятационды кардиомиопатия

<variant>ревматикалық емес миокардит

<variant>гипертиреодты кардиомиопатия

<variant>ишемиялық кардиомиопатия

<question>Тұрақты емес стенокардия және миокард инфаркті ST сегментінің жоғарлауынсыз арасындағы дифференциальды-диагностиканың негізгі критерийлері болып табылатын белгіні ажыратыңыз

<variant>Тропонин деңгейі

<variant>Аурусезімінің айқындылығы;

<variant>Ауру сезімінің ұзақтығы

<variant>ЭКГ критерийлері

<variant>Гемодинамикалық өзгерістер

<question>ЖКС диагностикалау кезінде ЭКГ тіркеу және интерпретациялау уақыты болуы керек табыңыз

<variant>Медперсоналмен контакт болған уақыттан 10 мин-тан кем емес

<variant>Медперсоналмен контакт

болған уақыттан 5 мин-тан кем емес

<variant>Медперсоналмен контакт болған уақыттан 15 мин-тан кем емес

<variant>Медперсоналмен контакт болған уақыттан 20 мин-тан кем емес

<variant>Медперсоналмен контакт болған уақыттан 25 мин-тан кем емес

<question>21 жастағы ер кісі, автомобиль руліне соғылудан болған "кеуде сарайын жабық жарақаты" диагнозымен қабылдау бөліміне жеткізілді. Ауруханаға дейінгі кезеңде гемодинамикасы тұрақсыз болған, кеудесінің ауыруына, енгіуге шағымданды. Жалпы жағдайы өте ауыр, артериялық гипотензия, аяқ-қолдары суық, тахикардия. Жағдайды бағалап, науқаста дамуы мүмкін емес нозобірлікті таңдаңыз.

<variant>миокардтың инфаркті

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>қолқа қабырғасының сылынуы

<question>АГ бар 52 жасар ер кісі, бөлімшеге тыныш жағдайда кеудесінің қысып ауырсынуына шағымданды. ЭКГ: төменгі тіркемелерінде ST сегментінің 4 мм жоғарылаған, бұл белгілер нитроглицерин қабылдағаннан кейін азайды.

Жүректің катетеризациясы қалыпты коронарлық қантамырларды көрсетті, эргоновинмен сынама жасағанда оң коронарлық артерияның тарылуы нақталды. Қазіргі кезде бета-блокаторларды және сартандарды қабылдап жүр. Жағдайды бағалап, емін өзгертіңіз

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>қолқа қабырғасының сылынуы

<question>АГ бар 52 жасар ер кісі, бөлімшеге тыныш жағдайда кеудесінің қысып ауырсынуына шағымданды. ЭКГ: төменгі тіркемелерінде ST сегментінің 4 мм жоғарылаған, бұл белгілер нитроглицерин қабылдағаннан кейін азайды.

Жүректің катетеризациясы қалыпты коронарлық қантамырларды көрсетті, эргоновинмен сынама жасағанда оң коронарлық артерияның тарылуы нақталды. Қазіргі кезде бета-блокаторларды және сартандарды қабылдап жүр. Жағдайды бағалап, емін өзгертіңіз

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>қолқа қабырғасының сылынуы

<question>АГ бар 52 жасар ер кісі, бөлімшеге тыныш жағдайда кеудесінің қысып ауырсынуына шағымданды. ЭКГ: төменгі тіркемелерінде ST сегментінің 4 мм жоғарылаған, бұл белгілер нитроглицерин қабылдағаннан кейін азайды.

Жүректің катетеризациясы қалыпты коронарлық қантамырларды көрсетті, эргоновинмен сынама жасағанда оң коронарлық артерияның тарылуы нақталды. Қазіргі кезде бета-блокаторларды және сартандарды қабылдап жүр. Жағдайды бағалап, емін өзгертіңіз

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>қолқа қабырғасының сылынуы

<question>АГ бар 52 жасар ер кісі, бөлімшеге тыныш жағдайда кеудесінің қысып ауырсынуына шағымданды. ЭКГ: төменгі тіркемелерінде ST сегментінің 4 мм жоғарылаған, бұл белгілер нитроглицерин қабылдағаннан кейін азайды.

Жүректің катетеризациясы қалыпты коронарлық қантамырларды көрсетті, эргоновинмен сынама жасағанда оң коронарлық артерияның тарылуы нақталды. Қазіргі кезде бета-блокаторларды және сартандарды қабылдап жүр. Жағдайды бағалап, емін өзгертіңіз

<variant>жүрек тампонадасы

<variant>жүрек соғылуы (ушиб)

<variant>перикард гематомасы

<variant>қолқа қабырғасының сылынуы

<variant>Феохромоцитома, операцияға дейін альфа блокаторлармен (фентоламин) емдейді
<variant>Эссенциаль артериялық гипертензия III дәр., емі дұрыс басталған
<variant>Конн синдромы, операцияға дейін минералокортикоид альдостерон тағайындайды

<variant>Реноваскулярлы гипертензия, операцияға дейін сартандармен емдей
<variant>Қолқа коарктациясы, операцияға дейін вазодилляторлар тағайындайды

<question> 55 жастағы ұста, жүрек тұсындағы басып ауыратын ауыру сезіміне, физикалық күштемедегі енгігу, басының шулауына, бас ауыруына шағымданады. Анамнезінен; асқазанның ойықжара ауруымен ауырады; шашының ерте ағарғанын байқаған, шылым тартады. Қарап тексергенде: толық, Франк, Габриэл симптомы анықталады. Клиникалық хаттама бойынша қанда холестерин деңгейі 6,8 ммоль/л, ТТЛП холестерин деңгейі 3,6 ммоль/л. Сіздің диагноз:

<variant>Жүрек қан тамырларының, бас миының атеросклерозы

<variant>Омыртқаның кеуде бөлігінің остеохондрозы

<variant>Созылмалы холециститтің өршуі

<variant>Асқазанның ойық жара ауруы

<variant>Қабырға аралық невралгия

<question>Туа пайда болған жүрек ақауы бар 25 жастағы ер адам инвазивті шарадан кейін 1 айдан соң пайда болған қызбаға, өте күшті қалтырауға құйылған терге шағымданады. Қарап тексергенде: конъюнктиваның өту қатпарында петехиялар, тырнақ астында сызықты геморрагиялар. Қанда анемия, солға ығысқан лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы байқалады. Бұл ауруды емдеуге қолданылатын негізгі препараттың тобы клиникалық хаттама бойынша:

<variant>антибиотиктер

<variant>метаболиктер

<variant>антиоксиданты

<variant>глюкокортикостероидтар

<variant>стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

<question>Артериальді өзекшенің бітіспеуінің басты аускультативті белгісі ұндай табыңыз

<variant>Төстің сол жағында II қабырға аралықтағы діріл және үзіліссіз шу

<variant>Төстің оң жағында II қабырға арлықта есілетін систолалық шу

<variant>Жүрек ұшында протодиастолалық шу

<variant>I нүктеде ерте диастолалық шу

<variant>Жүрек ұшында систолалық шу

<question>Қатерлі қарыншалық экстрасистолиямен ауыратын науқастарды

емдеуге төмендегі препараттардың таңдауға болады клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Амиодаронды

<variant>Конкорды

<variant>Соталолды

<variant>Дигоксинды

<variant>Верапамилды

<question>Жүректің ревматиздік ақауымен ауыратын 33 жастағы әйел, енгігу, жүрек соғуы, аяғының існуіне шағымданады. Қарағанда өкпесінде ісінген өзгеріс, гепатомегалия, аяқтары ісінген. Науқаста жүректің сол жақ қарыншасының қызметін бағалауға жүргізу көрсетілген клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Эхокардиографияны

<variant>Велоэргометрияны

<variant>Электрокардиографияны

<variant>Коронароангиографияны

<variant>ЭКГ холтерлікмониторлау

<question> 54 жастағы әйел жатқанда күшейетін инспираторлы енгігу ұстамалары мен ауруханаға жатты. Өкпесінде өте көп ылғалды сырылдар.

Жүрек үндері әлсіз, тахикардия, өкпе артериясында II тонның акценті. Анамнезінде: артериальды гипертензия, қант диабеті. ЭКГде: QS және STV2-V6 элевациясы, қарыншалық экстрасистолалар. тағайындаған дұрыс терапия клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Тромболитикалық

<variant>Антиаритмиялық

<variant>Антиагреганттық

<variant>Оксигенотерапияны

<variant>Метаболикалық

<question>Артериальды гипертония мен ауыратын 52 жастағы ер адам, ірі ошақты миокард инфарктісін алған соң ырғақ бұзылыстары, экстрасистолиялар пайда болды.

Осы науқасты емдеуге тиімді дәрілік препаратты таңдаңыз клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Бетта – блокаторлар

<variant>Нитраттар

<variant>Диуретиктер

<variant>АА Фингибиторлары

<variant>Жүрек гликозидтері

<question> 70 жасар ер адамда нитраттар көмектеспейтін төс артындағы қатты басып ауыратын ауыру сезіміне шағымданады. Қарағанда: жүрек тондары тұйықталған, тахикардия, гипотония. ЭКГ да сол жақ қарыншаның артқы бүйір қабырғасы зақымданған. Негізгі ақпаратты көрсетілген зертханалық көрсеткіш клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Тропонин I ді

<variant>Жүректік натрийуретикалық пептидті

<variant>С-реактивті белокты

<variant>Трансаминазаны

<variant>Гомоцистеинді
<question> 55 жастағы ер адамда алдыңғы жайылған миокард инфаркт белгілері, ЭКГ да үш апта бойы сақталған ST сегментінің жоғарылауы және парадоксальді прекардиальді пульсация анықталды. Миокард инфарктының асқынуы клиникалық хаттама бойынша:
<variant>Сол қарыншаның аневризмасы
<variant>Тромбокардит
<variant>Инфарктан кейінгі синдромы
<variant>Миокард инфарктің рецидиві
<variant>Қарынша аралық перденің жыртылуы
<question> 25 жастағы жігітте қарынша аралық перденің жоғарғы үштен бір бөлігінің және сол қарыншаның бос қабырғасының айқын гипертрофиясымен шығу жолының айқын обструкциясы мен кардиомегалия анықталды. Көрсетілген дәрілік заттар тобының тиімді тағайындау клиникалық хаттама бойынша:
<variant>В-адреноблокаторлары
<variant>Нитраттарды
<variant>АА Фингибиторларын
<variant>Кальций антагонистерін
<variant>Жүрек гликозидтерін
<question> 70 жастағы әйел 25 жылдан аса артериальды гипертензия мен ауырады. Зәр анализінде үнемі протеинурия анықталады. Гипертониялық нефросклерозды нақтылауға ақпаратты биохимиялық көрсеткіш:
<variant>Креатинин
<variant>Мочевина
<variant>Электролиттер
<variant>Жалпыбелок
<variant>Зәрқышқылы
<question> 44 жастағы әйел адам жүрек астмасы ұстамасы, жүрек қағу, айқын жалпы әлсіздік шағымдары мен ауруханаға жатты. Өкпеде іркілмелі сырылдар, кардиомегалия, жүрекшенің тахисистолиялық дірілі, аяқтарысінген. Эхокардиографиялық зерттеуде миокардтың жиырылу қабілетінің төмендеуі. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайда көрсетілген дәрілік заттардың тиімді препаратты атаңыз
<variant>Дигоксин
<variant>Изоптин
<variant>Атенололды
<variant>Гипотиазидті
<variant>Престариумды
<question> 63 жастағы науәс ер адам физикалық күштеме кезінде мазалайтын жүрек тұсындағы басып ауыру сезіміне, басының шуылына, бас ауыруына шағымданады. Қарап тексергенде: толық, ірі буындарының аймағында көптеген ксантомалар, қабақ терісін дексантелазмалар; мүйізді қабықта сенильді шеңбер. Қанда холестерин 7,2 ммоль/л, ТТЛШ холестерин 3,4 ммоль/л. Науқаста көрсетілген зертханалық

көрсеткішті күтуге болады өзгерісін клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Төмен тығыздықты липопротеидтердің жоғарылауын

<variant>Триглицеридтердің төмендеуін

<variant>Хиломикрондардың жоғарылауын

<variant>Төмен тығыздықты липопротеидтердің төмендеуін

<variant>Жоғары тығыздықты липопротеидтердің жоғарылауы

<question> 68 жастағы ер адам, нитроглицерин қабылдағаннан басылмайтын төс артындағы біртіндеп, күшейген ауыру сезіміне

шағымданады. Қарап тексеру: жүрек үндері тұйықталған, ырғағы дұрыс, ЖСЖ 82 ретмин. АД 110/70 ммс.б. алғашқы кезекте тағайындаған

тиімді препарат клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Промедолды

<variant>Милдронатты

<variant>Кардикетті

<variant>Корвалолды

<variant>Баралгинді

<question>ЖИА, күш түсу стенокардиясы ФК 4 бар науқаста жүрек қағу ұстамасы дамыды.

Электрокардиограммада: R-R – 0.4; QRS-0.14.

Ырғақ бұзылысының қандай түрі клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:

<variant>қарыншалық пароксизмальды тахикардия

<variant>суправентрикулярлы пароксизмальды тахикардия

<variant>синусты тахикардия

<variant>дұрыс пішінді жүрекшелер жыбыры

<variant>қарынша үстілік экстрасистолия

<question> Ер кісі 60 жаста, жақында миокард инфарктысын өткізген, шағымдары жүректің «қатып қалу» сезімі, бас айналуы. ЭКГ-де: айқын синустік брадикардия 38 р/мин, атропин ерітіндісін енгізгеннен кейін де сақталады.

Ортостатикалық сынақта да ырғақ жиіленуі жоқ. Клиникалық хаттамаға сәйкес пациентте дамыған асқыну:

<variant>Синус түйінінің әлсіздік синдромы

<variant>Синустік аритмия

<variant>Атриовентрикулярлық бөгеме 1 дәрежесі

<variant>Атриовентрикулярлық бөгеме 2 дәрежесі

<variant>Қарыншалық экстрасистолия

<question> Ер кісі 40 жаста, шағымдары жүректің қатты соғуы. «қатып қалу» сезімі, бас айналуы, әлсіздік. Аускультацияда: жүрек тондары тұйық, ырғағы дұрыс емес. Анамнезі: 5 ай бұрын ЖРВА өткізген. ЭКГ–да жыбыр аритмиясының пароксизмальдық формасы,

қарыншажиырылу жиілігі 185 р/мин синус түйінінің тоқтауымен ауысып тұрды.

Клиникалық хаттамаға сәйкес науқастың ырғақ бұзылысы:

<variant>Синус түйінінің әлсіздік синдромы
<variant>Синустік аритмия
<variant>Толықатриовентрикулярлықбөге
<variant>Атриовентрикулярлықбөге 2 дәрежесі
<variant>Синоатриальдықбөге
<question>Науқас А, 36 жаста, созылмалы бүйрек жетіспеушілігімен зардап шегеді. Қанда креатинин 220 ммоль/л, сарысуда калий 6,5 ммоль/л. Клиникалық хаттамаға сәйкес ЭКГ-де болатын Дұрыс тұжырым таңдаңыз
<variant>Биік, жіңішке және үшкірлі оң Т тісшесі;
<variant>Q—Тинтервалыныңбіртіндепұзаруы;
<variant>Т тісшесіамплитудасыныңкішіреюінемесетеріс;
<variant>P—Q (R)интервалыныңқысқаруы;
<variant>Синустік тахикардия.
<question>Суправентрикулярлық тахикардияның аберрантты қарыншалық комплекстермен бірге кездескен кезде ЭКГ де байқалатын өзгерістерді анықтаңыз
<variant>QRS комплексі кеңеюі
<variant>P тісшесінің болмауы
<variant>Теріс P тісшесі
<variant> QT интервалының ұзаруы
<variant> PQ интервалының қысқаруы
<question> Науқас А. 41 жаста бас ауруы, бас айналуы, естен тануға шағымдармен түсті. Жүректің созылмалы ревматикалық ауруымен ауырады. Жүрек шекаралары солға ұлғайған, оң жақтағы II қ/а, төстің сол жақ қырында жоғары тембрлі, протодиастолалық бәсеңдеген шуыл және әлсіреген II үн естіледі. Қан тамырларында Траубенің қос үні және Дюрозьенің қос шуылы, Квинке, білек артериясының пульстері жоғары әрі тез 100 рет мин., АҚ - 160/60 мм.с.б.б. Клиникалық хаттама бойынша науқасты қандай тәсілмен тиімді емдеу:
<variant> аорталық қақпақшаны протездеу
<variant> кардиологтың бақылауы
<variant> медикаменттік ем
<variant> оперативті вальвулотомия
<variant> митральді қақпақшаны протездеу
<question>Науқас Б, 38 жаста, қызбамен жүретін фебрилді температураға, жөтелге, қантүкіруге, буындардағы, белдегі ауырсынуға шағымданады. Екі апта бойы жеде аорталық жетіспеушілік фондында жүрек жетіспеушілігі көріністері өршіген, қанның екі сынамаларында тұрақты бактериемия бар, зәрдің жалпы анализінде гематурия белгілері бар. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагнозыңыз:
<variant>инфекциялық эндокардит, аорта қақпақшаларының жетіспеушілігі, өкпе артериясының ұсақ тамырларының тромбозмболиясы, бүйрек инфарктысы.

<variant>гутпасчер синдромы, альвеолит, гломерулонефрит
<variant>жүйелі қызыл жегі, кардит, аорталды жетіспеушілік, гломерулонефрит
<variant>ревматикалық емес миокардит, салыстырмалы аорталды жетіспеушілік, гломерулонефрит
<variant>жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, жүректің аорталды ақауы, гломерулонефрит
<question>Науқас К., 54 жаста, заводта бас инженер, кардиология бөлімшесіне бастың желке бөлімінің қатты солқылдап ауырсынуына, ол жүрек айнуымен, бір рет құсуымен, бас айналуымен, көз алдында «тор» тұру сезімімен жүргеніне шағым айтып түсті. Бас ауыру бұрын да, көбіне таңертең немесе психоэмоционалдық күштемеден кейін болған. Медициналық көмекке бармаған. Соңғы бас ауыру ұстамасы кенеттен, өзін қанағаттанарлықтай сезіну барысында болды. Бұның алдында іссапарында көп жұмыс атқарған. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Науқас қозған, үрейленген. Тері жабындылары таза, жоғары ылғалды, мойын мен беттің гиперемиясы байқалады. Өкпеде везикулярлы тынысы, сырыл жоқ. Пульсі - симметриялы, кернеулі, жиі - 92 р/мин. АҚ - оңқолда - 195/100 мм с.б., солқолда - 200/100 мм с.б. Жүректің сол жақшегі - бұғана орта сызығынан 1,5 см сыртта. Жүрек тондары анық, ырғақты, аорта үстінде II тона акценті. ЖСЖ - 92 р/мин. Іші жұмақ, ауырсынбайды. Бауыр ұлғаймаған. Пастернацкий симптомы теріс. Ісінулер жоқ. Нв - 132 г/л, эр. - 4,5x10¹²/л, л - 6,0 x 10⁹/л, э - 1%, т.я. - 4%, с.я. - 66%, л - 24%, м - 5%, ЭТЖ - 6 мм/с. Несепталдауы - мен. салмағы - 1018, белка жоқ, глюкоза жоқ, л - 1-3 к/а. Қанда глюкоза - 4,5 ммоль/л. ЭКГ-да сол жақ қарынша гипертрофиясы. Клиникалық хаттама бойынша сіздің диагноз:
<variant>Артериальдық гипертония 3 дәрежесі, қауіп 3. Асқынған гипертониялық криз.
<variant>Артериальдық гипертония 1 дәрежесі, қауіп 2
<variant>Артериальдық гипертония 3 дәрежесі, қауіп 1
<variant>Артериальдық гипертония 2 дәрежесі, қауіп 3
<variant>Артериальдық гипертония 3 дәрежесі, қауіп 2
<question> Науқас 49 жаста, 2 апта бұрын 4 қабатқа тез көтерілгеннен кейін кенет төс артының төменгі бөлігінде ауыру сезімі пайда болды, тыныштық күйде ауыру сезімі жоғалды. Мұндай ауыру сезімі бірінші рет пайда болды. Кейін тез жүргенде, 2 қабатқа көтерілгенде пайда болатын болды. Стенокардия түрін анықтаңыз.

Клиникалық хаттама бойынша емдеу шараларын қолданыңыз:

<variant> ЖИА. Алғаш пайда болған стенокардия. Ауруханаға жатқызу керек, антиангиналді ем тағайындау керек.

<variant> ЖИА, Прогрессирлеуші стенокардия. ауруханаға жатқызу керек

<variant> ЖИА. Күштеу стенокардиясы ФК 2. Антиангиналді ем тағайындау

<variant> Кардиалгия коронарлы себептерге байланысты емес болуы мүмкін. Науқасты зерттеу керек.

<variant> ЖИА. Принцметалл стенокардиясы

<question> Науқас А. атты 65 жастағы науқас трансмуралды алдыңғы-перделік миокард инфарктысымен емделді. Аурудың 3-ші күні науқастың жағдайы нашарлап, төстің сол жиегінде III-ші қабырға аралығында систолалық шуыл және үдеген оң қарыншаның жетіспеушілік белгілері пайда болды. Клиникалық хаттама бойынша дамыған асқину диагностикасын нақтылауда тексеру жүргізу әдісі:

<variant> ЭхоКГ

<variant> ЭКГ

<variant> ӨАЭС (ЧПЭС)

<variant> Селективтік коронароангиография

<variant> Кеудеторшасьяғзаларының рентгенография

<question> 40 жастағы науқас, бір ай бұрын миокардитпен ауырған, физикалық күш түскеннен кейін ауыр, ұстама тәрізді ентігу пайда болды. Қарағанда: тері жабындылары бозғылт, ортопноэ. Жүрек тондары тұйықталған, ЖСС 106 рмин. АҚҚ=110/70 ммсбб. Аускультативті: төменгі бөлімдерде ылғалды сырылдар естіледі. ТЖ = 25 рмин. Бауыры қабырға доғасы бойымен. ЭКГ – да тісшелер

Вольтажы төмендеген, Т тісшесінің инверсиясы.

Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайда жүргізетін шаралар:

<variant> фуросемид к/т

<variant> прессорлыаминдердіенгізу

<variant> эуфиллинішке

<variant> анаприлинішке

<variant> симпатомиметиктерингаляциясы

<question> Науқас Ж., 23 жаста жүрек соғуына, тез жүрген кезде ентігуіне

шағымданады. Ревматологтың тіргеуінде тұр.

Клиникалық хаттама бойынша күшті, жайылған, төмен және солға ығысқан жүрек ұшының соққысы, жүрек ұшында қолтық астына берілетін голосистолалық шуыл, жүрек ұшындағы әлсіреген I үн; жүректің митральді конфигурациясы мынаған тән:

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы митральді қақапақшаның жеткіліксіздігі сжж i

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, аорта сағасының стенозы сжж ii

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы аорта қақапақшаларының жеткіліксіздігі сжж i

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы үшжармалы қақапақшаның жеткіліксіздігі сжж iii

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы сол жақ атриоventрикулалық саңылаудың стенозы СЖЖ II

<question> Науқас К, 50 жаста, инфекциялық эндокардит бойынша стационарда емделіп жатыр.

Фебрильді қызба 2 апта сақталған, жедел аорталды жетіспеушілік фонында жүрек жетіспеушілік көріністері өршіген, клапандардағы вегетация көлемі 10мм жоғары ұлғайған, өкпе артериясының ұсақ тармақтарының тромбозы белгілері пайда болды. Клиникалық хаттама бойынша рационалды емдеу тактикасын анықтаңыз

<variant> оперативті ем жүргізу

<variant> антибиотикті ауыстыру

<variant> иммуномодуляторларды қосу

<variant> антибиотиктер дозасын жоғарлату

<variant> қанды лазерлі сәулелеуді тағайындау

<question> Реанимация бөлімшесіне 51ж. миокард инфарктысымен ауыратын науқас жеткізілді.

Екінші тәулікте науқастың жағдайы күрт нашарлап, екі рет есінен танған. ЖСС минутына

40 рет. АҚ 100/65 мм. сын. бағ. ЭКГ-да: тәуелсіз

жүрекшелер ырғағы минутына 100 рет,

қарыншалар ырғағы минутына 33-36 рет. QRS

кешені – 0,16", деформацияланған. Клиникалық

хаттама бойынша науқас жағдайының

нашарлауы себебін анықтаңыз

<variant> толық АВ-блокадасының моргани-эдемс-сток ұстамасымен болуы

<variant> кардиогенді шоктың дамуы

<variant> идиоventрикулярлы ырғақтың туындауы

<variant> синоаурикулярлы блокаданың пайда болуы

<variant> II дәрежелі АВ-блокадасының

Венкебахкезеңі мен пайда болуы

<question> Науқас Г., 56жаста, мұғалім, кардиолог қабылдауына жүрек тұсында шалыс соғу сезіміне

шағым айтып келді. Бұндай сезім бір жыл бойы

мазалайды. Бірақ соңғы айда шалыс соғу

жиленді, кейде әлсіздікпен, бас айналумен бірге

жүретін болды. Шалыс соғу жиі физикалық

күштемен байланысты. Анамнезінде оқтын оқтын

жылдам жүрген кезде төс артынының қысып

ауырсынуы ұстамасы, тоқтағанда басылуы

болған. Объективті: жалпы жағдайы

қанағаттанарлық, тері жабындылары түсі мен

ылғалдығы қалыпты. Өкпеде везикулярлы

тынысы, сырылжоқ. АҚ - 140/95 мм с.б. Пульс –

74 р/мин., аритмиялы. Жүрекше ктеріөзгермеген, тондарыздаптауықталған, аритмиялы – ретті ырғақ фоньнда оқтын оқтын кезектен тыс жиырылу немесе жүрек жиырылу арасындағы аралық ұзақтау болуы анықталады. ЖСЖ - 76 р/мин. Іші жұмсақ, ауырсынбайды. Бауыр ұлғаймаған. ЭКГ- политоппты экстрасистолалар.ЭХО-КС – сол жаққарынша қуысы орташа кеңейген (5,7 см); миокардтың жиырылу қабілеті төмендеген.

Велоэргометрияда–жүрек соғу жиілігі артқан сайын экстрасистола саны да артады. АСТ - 5 ӘБ/л, АЛТ - 4 ӘБ/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, қан ұю уақыты - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (төмен тығыздық тағы липопротеидтер басым келеді). Клиникалық хаттамаға сәйкес тәуліктік мониторлау бойынша науқас емінің тиімділігін бағалау:

<variant>Экстрасистолаларсанының 70% азаюы

<variant>QTинтервалыныңұзаруы

<variant>PQинтервалыныңұзаруы

<variant>Экстрасистолаларсанының 30% азаюы

<variant>Экстрасистолаларсанының 50% азаюы

<question> 53 жастағы ер адам баспалдақпен 3

қабатқа көтерілгенде пайда болып,

нитроглицерин қолданғанда жойылатын, төс

артындағы және жүрек аймағындағы қысып

ауыру сезіміне шағымданады. Ауру ұзақтығы 1

айдан көп. Жүрек тондары бәсеңдеген. ЭКГ: сол

қарыншаның гипертрофиясы. Клиникалық

хаттама бойынша дұрыс диагнозы:

<variant>ЖИА. Күштемелік стенокардия ФКII

<variant>ЖИА. Алғаш дамыған стенокардия

<variant>ЖИА. Күштемелік стенокардия ФКIII

<variant>ЖИА. Күштемелік стенокардия ФКIV

<variant>ЖИА. Үдемелі күштеме стенокардиясы

<question>Реанимация бөлімшесіне 56 жастағы ер

адам, екі рет естен тану ұстамасы және жүрек

ырғағының сирек соғуымен түсті. ЖСС 35

ретмин. АҚ 100/70 ммсын. бағ. ЭКГ: тәуелсіз

жүрекше ырғағы 100 рет/мин., қарыншаның

жиырылуы 30-35 ретмин., QRS комплекстері

0,16", деформацияланған. Миоглобин және

тропонин Т айқын жоғарылаған. Миокард

инфаркті диагнозы қойылған. Клиникалық

хаттама бойынша науқаста дамыған асқыну түрін

анықтаңыз

<variant>ТолықАВБ, МЭС ұстамаларымен

<variant>Кардиогенді шок

<variant>Идиоventрикулярлы ырғақ

<variant>Синоаурикулярлы бөгеме

<variant>ІдәрежеліАВБ, Венкебахкезеңдерімен

<question> 45 жастағы ер адам, жедел жәрдем

бригадасымен жалпы әлсіздікке шағымданып,

ауыр жағдайда жеткізілді. Объективті: тері

жабындылары бозғылт, ылғалды, сұрғылт і: тері

жабындылары бозғылт, ылғалды, сұрғылт

сын. бағ. Олигурия – 20 мл/сағ. ЭКГ: синустық тахикардия, QS V1-V6, осы тіркемелерде ST сегменті монофазды қисық түрінде. Клиникалық хаттама бойынша асқынудың дамыған түрі:

<variant>кардиогенді шок

<variant>гиповолемия

<variant>жітіқан кету

<variant>варианттық стенокардия

<variant>бүйректіңжеделжетіспеушілігі

<question> 16 жастағы ер бала еңтігу, қатты бас

ауыруы, көзалдындағы «шіркей» тәрізді

көрініске, аяғының ұюына, тез шаршағыштыққа

шағымданады. Объективті: білектегі пульс

кернеулі және жылдам, сан артерияларында әлсіз,

кернеуі төмен. АҚ қолында 170/90 мм сын. бағ.,

аяғында 100/70 мм сын. бағ. Жүрек

auscultациясында: Боткин-Эрб нүктесіндегі

және жүрек ұшындағы әлсіз систолалық шу

омыртқа айналасына беріледі. Рентгенде

қабырғаның төменгі шеттерінің иректелуі

анықталған. Клиникалық хаттама бойынша

диагнозын табыңыз:

<variant>Аорта коарктациясы

<variant>Фалло үштігі

<variant>Аорта сағасыныңтарылуы

<variant>Митральды қақпақшаның пролапсі

<variant>Сол атриовентрикулалық саңылаудың

тарылуы

<question> 45 жастағы ер адам солқолға, жауырын

астына берілетін төс артындағы ауыру сезімімен

ауруханаға түсті. Қарағанда: жүрек үндері

бәсеңдеген, баяу тахикардия. АҚ 110/70 мм сын.

бағ. ЭКГ: V2-V4 тіркемелерінде ST сегментінің

элевациясы. Клиникалық хаттама бойынша тиімді

зерттеу әдісі:

<variant>Коронарография

<variant>ӨАЭС (ЧПЭС)

<variant>Вентрикулография

<variant>Миокард сцинтиграфиясы

<variant>Позитронды-эмиссиондық томография

<question> Науқас Б., 56 жаста, төс артының

интенсивті қысып, сол жақ иыққа берілетін, 1,5

сағатқа созылатын, нитроглицерин қабылдағанда

басылмайтын ауырсынуға, жүректің шалыс

соғуына, күрт жалпы әлсіздікке, салқын мұздай

тер шығуына шағым айтып, жедел жәрдеммен

жеткізілді. Алдында саяжайда аса көп физикалық

жұмыс атқарған. Анамнезі - 4-5 жыл бойы

жылдам жүрген кезде төс артының 3-5 минут

қысып ауырсынуы, тоқтағанда және

нитроглицерин қабылдағанда басылуы болған.

Объективті: тері жабындылары боз, акроцианоз,

алақаны ылғалды. Пульс 96р/мин, жекеленген

экстрасистолалар. АҚ - 90/60 мм с.б. Жүрек

шектері солға 1,5 см кеңейген. Тондары

тұйықталған, жекеленген экстрасистолалар.

Өкпеде везикулярлы тынысы. Іші жұмсақ,

ауырсынбайды. Бауыр пальпацияланбайды. Қанның жалпы талдауы : эр. - 4,3 x 1012, лейкоц. - 9,2 x 109, т.я. – 4%, с.я. – 66%, л. – 23%, м. – 7%, ЭТЖ - 12 мм/с. ЭКГ-да VI-V6 ST жоғарлауы, терең Q, жекеленген қарыншалық экстрасистолалар. Клиникалық хаттамаға сәйкес қажетті зерттеу:

<variant> Коронарография

<variant> ВЭМ

<variant> Холтерлік мониторинг

<variant> Бүйрек және іш қуысының УДЗ

<variant> Кеуде ағзаларының рентгенографиясы

<question>Науқас С., 55 жаста, мектеп мұғалімі, кардиолог қабылдауына жүрек тұсында шалыс соғу сезіміне шағым айтып келді. Бұндай сезім бір жыл бойы мазалайды. Бірақ соңғы айда шалыс соғу жиіленді, кейде әлсіздікпен, бас айналумен бірге жүретін болды. Шалыс соғу жиі физикалық күштемен байланысты. Анамнезінде- оқтын оқтын жылдам жүрген кезде төс артының қысып ауырсынуы ұстамасы, тоқтағанда басылуы. Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жабындылары түсі мен ылғалдығы қалыпты. Өкпеде везикулярлы тынысы, сырыл жоқ, АҚ - 140/95 мм с.б. Пульс – 74 р/мин., аритмиялы. Жүрек шектері өзгермеген, тондары аздап тұйықталған, аритмиялы – ретті ырғақ фондында оқтын оқтын кезектен тыс жиырылу немесе жүрек жиырылу арасындағы аралық ұзақтау болуы анықталады. ЖСЖ - 76 р/мин. Іші жұмсақ, ауырсынбайды. Бауыр ұлғаймаған. ЭКГ- политопты экстрасистолалар. ЭХО-КС – сол жақ қарынша қуысы орташа кеңейген (5,7 см); миокардтың жиырылу қабілеті төмендеген. Велоэргометрияда–жүрек соғу жиілігі артқан сайын экстрасистола саны да артады. АСТ - 5 ӘБ/л, АЛТ - 4 ӘБ/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, қандыауақты - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (төмен тығыздықтағы липопротеидтер басым келеді). Клиникалық хаттамаға сәйкес науқастың зерттеу жоспарын толықтырыңыз:
<variant> Холтер бойынша тәуліктік мониторинг
<variant> Коронарография
<variant> Жүректің электрофизиологиялық зерттеуі
<variant> Жүректің МСКТ (мультиспиральды компьютерлік томографиясы)
<variant> ЭКГ
<question> Клиникалық хаттама бойынша аталған дәрі-дәрмектердің соңғы мәліметтер бойынша жүрек ишемиялық ауруы бар науқастың өмірін ұзартатын препараттар тобы
<variant> Бета-адренблокаторлар
<variant> Кальций антагонисттері
<variant> Статиндер
<variant> Ангиотензин-айналдырушы фермент ингибиторлары

<variant> Антиагреганттар

<question> 35 жасар әйел стационарға түсті.

Анамнезінен: соңғы 1,5 ай ішінде дене қызуының периодты түрде 38-39,0С дейін көтерілуі, қалтырау, әлсіздік, аздаған физикалық күш түсу кезіндегі енгіту; өз бетінше аспирин, оксациллин қабылдаған. Қарағанда: дене қызуы-38,50С, тері жабындары бозғылт, беті мен алақандарында бірен-саран петехиальды сипаттағы экзантемалар, өкпесінде везикулярлы тыныс, жүрек тондары ырғақты, тахикардия, төстің сол жақ қырында III-IV қабырғааралықтарда диастолалық шу, артериялық қысым 150/30 мм.с.б., орташа гепатоспеномегалия. Қан анализінде: лейкоцитоз, ЭТЖ-ның аса жоғарылауы, альфа2 және гамма-глобулиндердің, с-реактивті белоктың, сиал қышқылдарының жоғарылауы. Несеп анализінде-патологиясыз. Клиникалық хаттама бойынша ауруға күдіктенуге болады:

<variant> инфекциялық эндокардит және аорта жетіспеушілігі

<variant> жіті ревматикалық қызба және қосжармалы стеноз

<variant> жіті ревматикалық қызба және аорта жетіспеушілігі

<variant> геморрагиялық васкулит

<variant> ревматикалық емес миокардит

<question> Синусты тахикардияның ЭКГ-дағы белгісі. Дұрыс тұжырымды таңдаңыз <variant> P-Q аралығының қысқаруы, ЖСЖ 90 рет/мин жоғары

<variant> P-Q аралығының қысқаруы, ЖСЖ 250 рет/мин жоғары

<variant> P-Q аралығының ұзаруы, ЖСЖ 90 рет/мин жоғары

<variant> P-Q аралығының қысқаруы, ЖСЖ 90 рет/мин төмен

<variant> P-Q аралығының ұзаруы, ЖСЖ 250 рет/мин жоғары

<question> 39 жастағы әйел кісі. Шағымдары жүрек аймағының ауырсынуы, енгіуге.

Объективті: ерін цианозы, мойын тамырларының пульсациясы. Жүректің салыстырмалы тұйықтық шекаралары солға 3,5см ұлғайған. Жүрек тондары ырғақты, жүрек ұшында I тонның әлсіреуі, өкпе артериясында II тонның акценті. I нүктеде систолалық шу. Жүрек жиырылу жиілігі минутына 112 рет, АҚ 140/80 мм.сын.бағ. Сіздің диагноз

<variant> митральді қақпақшаның жетіспеушілігі

<variant> жүрекше аралық перденің ақауы

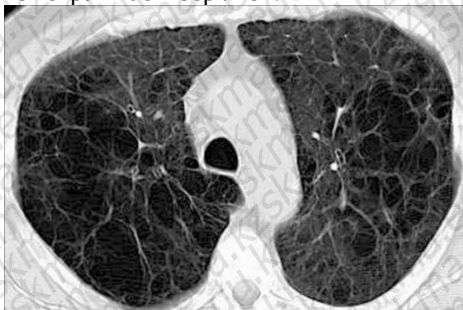
<variant> қарыншааралық перденің ақаулары

<variant> функционалды шу

<variant> қос жармалы клапанның пролапсы

<question> 20 жасар ержеткенді құрғақ жөтел, экспираторлы енгіту мазалайды. Фотода

науқастың кеуде торының компьютерлік томограммасы берілген.



Клиникалық хаттама бойынша диагнозды анықтау үшін тиімді зерттеу

<variant> α -1 антитрипсин мөлшері

<variant>онкомаркерлерді анықтау

<variant>терідегі хлоридмөлшері

<variant>бронхоскопия

<variant>спирометрия

<question> 70 жастағы ер кісі, көп жылдар бойы

ӨСОА-мен зардап шегеді, салқын тигеннен

кейінгідене температурасының көтерілуіне,

шырышты-іріңді қақырық бөлінумен жүретін

жөтелге, енгіуге, әлсіздікке,

тершеңдікешағымайтады. Рентген суретте оң

өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрация

анықталды. Клиникалық хаттама бойынша

науқасқа тиімді тағайындау:

<variant> кларитромицинды

<variant> гентамицинды

<variant> тетрациклинды

<variant> преднизолонды

<variant> линкамицинды

<question> 58 жастағы науқаста тұншығу

ұстамалары, аз мөлшерлі қақырықты жөтел, оң

жақ қабырға астындағы ауырсыну, бөлінетін

несеп көлемінің азаюы пайда болды. Көп жылдар

бойы бронхообструктивті синдромбойынша «Д»

есепте тұрады. Тексергенде: акроцианоз, мойын

веналарының ісінуі, эпигастральді аймақтың

пульсациясы, өкпе артериясында II тон акценті,

тахикардия, бауырдың ұлғаюы, ісінулер

анықталды. Науқаста ЭКГ-де күтілетін өзгеріс:

<variant>Оң жақ қарыншаның гипертрофия

белгілері

<variant>Сол жақ жүрекшенің гипертрофия

белгілері

<variant>Қарыншаішілік бөгеме белгілері

<variant>Сол жақ қарыншаның гипертрофия

белгілері

<variant>Гис шоғырының сол аяқшасы

бөгемесінің белгілері

<question> 32 жастағы науқаста сальбутамол

ингаляциясымен басылатын сирек, аптасына 1 рет

экспираторлы тұншығу ұстамалары пайда болды.

Ұстама кезінде өкпесінде құрғақ ысқырықты

сырылдар естіледі. Тексеру кезінде ұстамааралық

кезеңде ТШФК, 80-85 %. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> Бронх демікпесі, жеңіл

интермиттирлеуші

<variant> ӨСОА, жеңіл ағымы

<variant> Бронх демікпесі, жеңіл персистирлеуші

<variant> Бронх демікпесі, орташа ауырлықта

<variant> ӨСОА, орташа ауырлық дәрежесі

<question> 24 жастағы ер кісі 4 күн бойы дене

қызуы 38⁰С дейін көтерілуіне, сарғыш-жасыл

түсті қақырық бөлінумен жүретін жөтелге,

әлсіздікке, тершеңдікке байланысты дәрігерді

үйге шақырды. Ауруын салқын тиюмен

байланыстрады. Объективті: тері жамылғылары

бозғылт, ТАЖ 20 рет/мин, оң жақтан жаурының

төменгі аймағында перкуторлы дыбыстың

қысқаруы, аускультацияда майда көпіршікті

ылғалды сырылдар естіледі. Клиникалық хаттама

бойынша науқасқа тиімді тағайындау:

<variant> азитромицинады 0,5 күніне 1 рет 5

күнге

<variant> бисептолды 480 мг 2 табл. күніне 2 рет

7күнге

<variant> тетрациклинды 0,25 күніне 4 рет

10күнге

<variant> цефазолинды 1,0 б/е, күніне 3 рет 10

күнге

<variant> эритромицинды 0,25мг 2 табл. күніне 4

рет 7 күнге

<question>28 жасар әйел дәрігерге тұншығу

ұстамасына, мұрын ағуына шағым айтады.

Ауырғанына 2 апта болған, ұстама үйден көшеге

шыққан кезде басталады. Анамнезінде соңғы 3

жыл бойы көктем мезгілінде ауа жетіспеу сезімі

және мұрын бітелуі мазалайды. Физикалды

тексеру кезінде температурасы 36,6⁰С, тыныс

жиілігі 18 рет/мин, пульсі 68рет/мин. Қанда:

гемоглобин 127 г/л, лейкоциттер 5,5x10⁹/л,

эозинофилдер 9%. Кеуде торшасының

рентгенограммасында патологиялық өзгерістер

анықталмады. Дұрыс тұжырым таңдаңыз

<variant>Бронх демікпесі

<variant>Өкпе абсцесі

<variant>Анемия

<variant>Бронхоэктатикалық ауру

<variant>Өкпе гангренасы

<question> 18 жасар қыз балада дәрігерге

тұншығу ұстамасына шағым айтады. Анамнезінде

соңғы 3 жыл бойы көктем мезгілінде тұншығу

мазалайды. Физикалды тексеру кезінде

температурасы 36,6С, тыныс жиілігі 18 рет/мин,

пульсі 68 рет/мин. Қанда: гемоглобин 127 г/л,

лейкоциттер 5,5x10⁹/л, эозинофилдер 9%. Кеуде

торшасының рентгенограммасында патологиялық

өзгерістер анықталмады Спирометрия нәтижесі

бойынша бронх демікпесінің диагностикалық

критерийлері:

<variant> Бронхолитикпен сынамадан кейін
ФТШК₁ (ОФВ₁) 12% жоғарлауы
<variant> ФТШК₁(ОФВ₁) /ФӨӨС (ФЖЕЛ)>0,75–
0,80,
<variant> Бронхолитикпен сынамадан кейін
ФТШК₁ (ОФВ₁) 12% төмендеуі
<variant> ФӨӨС (ФЖЕЛ)80%-дан төмен
<variant> ФӨӨС (ФЖЕЛ)80%-дан жоғары
<question> 28 жастағы ер кісі аптасына 2-3 рет
болатын тұншығу ұстамасы болады, айына 2-3
рет түнгі уақытта тыныс жетіспеу сезіміне
байланысты оянады. Спирографияда: ФТШК1
(ОФВ1) 70%; ФТШК50 (ОФВ50) 60%;
ФТШК75(ОФВ75) 55%; сальбутамол
қолданғаннан кейін барлық көрсеткіштер
қалыптыға келді. Клиникалық хаттама бойынша
тиімді тағайындау:
<variant> Будесонид
<variant> Эуфиллин
<variant> Натрий کروмогликаты
<variant> Триамцинолон
<variant> Преднизолон
<question> Науқас 45 жаста, біртіндеп үдейтін
ентіруге шағым айтады. Об-ті: өкпенің екі жақтан
бірдей дамиды өзгерістері анықталады.
Спирография мәліметтерінен сыртқы тыныс
бұзылысының рестрикция типі.
Рентгенограммада өкпеде диссеминарленген
торлы зақымдануы. Компьютерлік томография
суретінде «бұлыңғыр әйнек» симптомы. Дұрыс
тұжырым таңдаңыз
<variant>Пневмокониоз
<variant>Идиопатиялық альвеолит
<variant>Өкпе саркоидоз
<variant>Интерстициальды пневмония
<variant>Өкпе милиарлы туберкулезі
<question> 6 ай бұрын жіті миокард инфаркты
өткерген 65 жастағы науқаста біртіндеп үдейтін
ентігу, ауырсынуынсыз плевра қуысында
сұйықтықтың жиналуы, субфебрильды
температура анықталған. Қанда эозинофилия.
Клиникалық хаттама бойынша тиімді тағайындау:
<variant> преднизолон
<variant> монокард
<variant> каптоприл
<variant> левофлоксацин
<variant> спиронолактон
<question> Бронх демікпесі бар науқаста
симпатомиметиктермен басылмаған тұншығу
ұстамасы 6 сағатқа созылған. Қарап тексергенде:
тынысы шулы, дистанционды сырыл, айқын
ентігу, тахикардия, дене қалыпы мәжбүр.
Аускультацияда өкпесінің төменгі бөлігінде
«мылқау өкпе» симптомы. Сіздің диагнозыңыз:
<variant> Астматикалық статус
<variant> Пневмония
<variant> Обструктивті бронхит

<variant> Бронх демікпе, ауыр ағымы
<variant> Бронх демікпе, орташа ауырлық ағымы
<question> 34 жастағы ер кісінде баралгин
енгізгенен соң 10 минуттан кейін қышыну,
терісінің қызаруы, саусақтарының жансыздануы,
жүрек айнуы, кеуде тұсында ауырсыну сезімі
пайда болған. Объектві: терісі бозғылт,
жабысқақ тер. Пульсі жіп тәрізді, жиі, жүрек
үндері тұйықталған. Қысқа уақытқа естен танған.
АҚҚ 60/30 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама
бойынша шұғыл көмек ретінде қолданылатын
препарат:
<variant> Эпинефрин
<variant> Лоратадин
<variant> Элениум
<variant> Эуфиллин
<variant> Корглюокон
<question> 18 жастағы техникумда оқитын
студент, сарғыш-жасыл түсті қақырық бөлінуімен
ұстама тәрізді жөтелге, миалгияға, басының
аруырсынуына шағым айтады. Суықтию аясында
жедел ауырған.Группасында одан басқа да
студенттер сырқаттанғаны анықталды. Қарап
тексергенде: жалпы жағдайы орташа ауырлық
дәрежесі. Қатқыл тыныс, сырыл жоқ. Жүрек
ырғағы дұрыс, тондары тұйықталған. Рентген
суретте: өкпелік сурет күшейген және қоюланған,
төменгі бөліктерінде дақты қараюлар. Сіздің
диагноз:
<variant>Микоплазмалық пневмония
<variant>Пневмококтық пневмония
<variant>Инфарктік пневмония
<variant>Стрептококтық пневмония
<variant>Гриппоздық пневмония
<question> 25 жастағы науқасты дене қызуының
38,5°С дейін көтерілуіне, тот басқан қақырықпен
жөтелуіне, терең тыныс алу және жөтелгенде
кеуде қуысының ауырсынуынабайланысты
стационарға жетізілген.Рентгенограммада: оң
өкпенің төменгі бөлігінің біркелкі емес қараюы.
Клиникалық хаттама бойынша эмпирикалық
терапияны жүргізу үшін қолданылатын препарат:
<variant>Амоксициллин
<variant>Тетрациклин
<variant>Гентамицин
<variant>Бисептол
<variant>Кефзол
<question> 28 жастағы әйел құрғақ жөтелге,
тыныс алудың қиындалуына, ентіруге,
субфебрильді температураға, миалгияларға
шағымданады. Секретарь-референт қызметін
атқарады.Ауырғанына 3 аптадай болған, жұмыс
орынында кондиционердың қосылуымен
байланыстырады. Қанда: Нв 123 г/л, Л-3,2x10/л,
ЭТЖ 25 мм/сағ., т/я-4%, с/я-62%, э-8%, л-26%.
Сіздің диагнозыңыз
<variant>Экзогенды аллергиялық альвеолит

<variant>Созылмалы бронхит, өршуі
<variant>Микоплазмалық пневмония
<variant>ЖРВИ
<variant>Идиопатиялық фиброзирушы альвеолит
<question> Науқас 23 жаста, ұстама тәрізді қатты, «ит үруіне» ұқсас жөтелге, кейде есінен жоғалу болуынашағым айтады. Объективті патологиялық өзгерістер табылмады. Ақпаратты зерттеу әдісін тағайындаңыз
<variant>өңешті контрастирлеумен бүйірлік проекциядағыкеңірдек рентгеноскопиясы
<variant>спирография
<variant>пневмоскопия
<variant>кеуде торшасының жалпы рентген шолуы
<variant>пикфлоуметрия
<question> 29 жастағы науқас тұншығу, ұстама тәрізді құрғақ жөтелге шағымданады. Соңғы аптада түнгі уақытта 2 рет тұншығудан оянған, ол беротекпен басылған. 3 жыл бойы күнделікті серетид, 10 мг преднизолонды қабылдайды. Қарап тексергенде: ТАЖ 26 рет/мин, пиктік дем шығару жылдамдығы 65 %. диагноз:
<variant>бронх демікпесі, ағымы ауыр, өршуі, гормон тәуелді, ТЖІІ
<variant>бронх демікпесі, жеңіл ағымы, өршуі, ТЖ I
<variant>бронх демікпесі, ауыр ағымы, өршуі, ТЖ III
<variant>бронх демікпесі, орташа ауыр ағымы, өршуі, ТЖ II
<variant>бронх демікпесі, орташа ауыр ағымы, өршуі, гормон тәуелді, ТЖ II
<question> 30 жастағы ер кісі дене қызуы 38 °С дейін жоғарлауына, шырышты қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге, әлсіздікке шағымданады. Ауруы жедел, суық тиюден кейін басталған. Объективті: өкпесінде қатқыл тыныс, сырыл жоқ. Қанда: лейкоциттер 7,5 мың, ЭТЖ 20 мм/сағ. Сіздің диагноз:
<variant> Жіті бронхит
<variant> Жіті ринофарингит
<variant> Созылмалы бронхит, өршу
<variant> Ауруханадан тыс пневмония
<variant> ӨСОА, жеңіл дәрежелі, өршу
<question> Тұмау (грипп) эпидемиясы кезінде жүктіліктің 28-29 аптасындағы 27 жастағы әйел екі жақты пневмониямен ауыр жағдайда ауруханаға жатқызылды. Емдеуші дәрігер вирусқа қарсы ем тағайындауды жоспарланды. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайда таңдау препараты:
<variant>Осельтамивир
<variant>Интерферон альфа
<variant>Ронколейкин
<variant>Зидовудин
<variant>Задаксин

<question> Науқас 33 жас. Салмағы 70 кг. Бірнеше ай бойы үдемелі ентігу, дене температурасының жоғарлауы, шаршағыштық пен әлсіздік мазалайтынын айтты. Тексеру кезінде мойын, медиастанальды лимфа түйіндері ұлғайғаны анықталған. Қанда ЭТЖ 30 мм/сағ., Квейм сынамаcы оң мәнді. Клиникалық хаттама бойынша көрсетілген преднизолонның тәуліктік мөлшері:
<variant> 20 мг
<variant> 5 мг
<variant> 10 мг
<variant> 50 мг
<variant> 60 мг
<question> Ауруханаға түскен 48 жастағы науқас күніне 5-6 рет болатын тұншығу ұстамасына, көпіршікті кілегейлі қақырық бөлінуімен жүретін жөтелге, әр түні тұншығу ұстамасы мазалайтынына шағымайтады. Тексеру нәтижесінде ТАЖ 28 рет/мин, пиктік шығару жылдамдығы 53 % анықталды. Сіздің диагноз:
<variant>Бронх демікпесі, ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІІ
<variant>Созылмалы обструктивті бронхит, өршу кезеңі, ТЖІІ
<variant>Бронх демікпесі, орташа ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІІ
<variant>Созылмалы обструктивті бронхит 3 сат., өршу кезеңі, ТЖДН III
<variant>Бронх демікпесі, ауыр дәрежесі, өршу кезеңі, ТЖІ
<question> Созылмалы іріңді обструктивті бронхиттің өршуі барысында тыныс жетіспеушілігінің дамуына байланысты өкпенің жасанды желденуінде (ӨЖЖ) 3-ші тәулік жатқан науқаста интубациялық түтік арқылы көп көлемде кілегейлі іріңді бөлінділер пайда болды. Клиникалық хаттамаға бойынша емдік тактикасы:
<variant>санациялық бронхоскопия
<variant>эуфилинді көп көлемде енгізу
<variant>стероидты гормондармен терапия
<variant>муколитиктермен терапия
<variant>лейкотриедермен терапия
<question> Науқаста дене температурасы 39-40 °С дейін көтеріліп, діріл, қақырықпен жөтел, қан түкіру, кеуде торшасында тыныспен байланысты ауырсынуы, миалгия, жүрек айну, іш өту пайда болды. Ол атақты үлкен қонақ үйде қызметкер. Бірнеше күн бұрын сол қонақ үйдің бір қызметкері пневмониямен ауруханаға жатқан болатын. Рентгенографияда екі өкпеде инфильтративті өзгерістер бар. Пневмонияның қоздырғышы:
<variant>Легионелла
<variant>Клебсиелла
<variant>Микоплазма пневмонии
<variant>Пфейффер таяқшалары

<variant>Алтын стафилококк
<question> 55 жастағы науқаста созылмалы іріңді обструктивті бронхит өршу сатысы, өкпе эмфиземасы, ТЖ II дамығанда клиникалық хаттама бойынша қолдануға болмайтын препаратты атаңыз
<variant> трипсин ингаляциясы
<variant> пенициллин қатарының антибиотиктерді
<variant> содомен ингаляция
<variant> ацетилцистеин ішке
<variant> бронхомунал
<question> Бас айналу, құлақтардың шуылдауы, жүрегінің айналуы, құсқа әрекеті бар 60 жастағы науқас жедел жәрдеммен жеткізілді. Жедел жәрдем қызметкері науқаста дене температурасының күрт төмендегенін, айқын әлсіздікті, естен танудың пайда болғанын байқаған. Объективті: науқас бозғылт, айқын акроцианоз, мұздай жабысқақ тер, аускультацияда екі жақты пневония белгілері анықталады, тахикардия, жіп тәрізді пульс, жүрек тондары түйықталған, АҚҚ төмендеген. Науқастың жағдайының нашарлауының себебі:
<variant>Инфекциялық токсикалық шок
<variant>Сепсис
<variant>Кардиогенді шок
<variant>Өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant>Жіті респираторлы дистресс-синдромы
<question> Қант диабеті бар 48 жастағы науқас К.пневмонияға байланысты ем қабылдап жатқан кезінде дене температурасы қайталап 39°C дейін жоғарлап, қалтырау мен салқын тер шыққан. Тыныс алу жиілігі 32 рет/мин, жүрек соғу жиілігі 108рет/мин. Қанда: лейкоциттер $18 \times 10^9/\text{л}$, таяқшадеролы 14, сегментдеролы 52, лимфоциттер 34, ЭТЖ 45 мм/сағ. Қанында алтын стафилококк өсіп шыққан. Эхокардиография зерттеуінде қақпашалар қалыпты. Науқаста дамыған асқыну:
<variant>Сепсис
<variant>Жұқпалы эндокардит
<variant>Инфекциялық токсикалық шок
<variant>Жіті тыныс жеткіліксіздігі
<variant>Жіті респираторлы дистресс-синдромы
<question> 42 жастағы науқаста шектен тыс алкоголь ішімдікті қабылдағаннан соң 40°C қызба, кеуде торшасында ауырсыну сезімі, құсу пайда болған. Рентгенограммасы: оң өкпесінің жоғарғы бөлігінде тығыз біркелкі массивті қарауы анықталған. Массивті антибактериальды терапияға қарамастан жағдайы нашарлай бастады: лейкопения дамыды және ЭТЖ 52 мм/сағ. Қақырыққа алтын стафилококк анықталды. Бір аптадан кейін рентгенограммасында өкпедегі қарауы ортаңғы бөлігіне дейін кеңейген және деструкция

ошақтары көрінді. Клиникалық хаттама бойынша осы жағдайды емдеу тактикасы:

<variant> тиенам + метрогилды тағайындау
<variant> лобэктомияны жасау
<variant>к/і левофлоксацинды тағайындау
<variant> плазмаферезкурсын жүргізу
<variant> цефтриаксон + нетромицинді тағайындау
<question> ӨСОА-мен көп жылдар бой ауыратын 51ж. науқаста ЭКГ-сында: II, III, aVF, V₁ тіркемелерде Р тісшесінің амплитудасы жағары, шыны үшкір, ұзақтығы 0,1с. R тісшенің амплитудасы V₁ = 8 мм, RV₁+SV5,6 = 12mm, электрлік өсіңға ығысқан (α бұрышы +100). ЭКГ анықталған өзгерістер:
<variant> Оң жүрекшенің гипертрофиясы
<variant> Оң жүрекше мен қарыншаның гипертрофиясы
<variant> Оң қарыншаның гипертрофиясы
<variant> Гис шоғырының оң аяқшасының бөгемесі
<variant> жүрекше ішілік бөгеме
<question> 72 жастағы ер кісінде экспираторлы еңтігу бар. Зиянды әдеттері жоқ. Объективті: «қызғылт тыныстаушы», астеник. Эпигастрий аймағында пульсация анықталады, 3 аускультация нүктесінде II тонның акценті естіледі. Бауыры ұлғайған, аяқтарында ісінуі бар. ЭКГ: жүректің оң бөліктерінің гипертрофиясы. Жетекші синдромдары:
<variant> бронхтардың өткізгішінің бұзылуы, өкпелік гипертензия, өкпе тектес жүрек, жүрек жеткіліксіздігі
<variant> өкпеде шектен тыс ауаның жиналуы, өкпелік гипертензия, өкпе тектес жүрек, жүрек жеткіліксіздігі
<variant> бронхтардың өткізгіштігінің бұзылуы, тыныс жеткіліксіздігі, үш жармалы қақпашысының жеткіліксіздік, кардиомегалия
<variant> өкпенің шектен тыс улануы, тыныс жеткіліксіздігі, өкпелік гипертензия, өкпе тектес жүрек
<variant> бронхтар өткізгіштігінің бұзылуы, өкпенің шектен тыс улануы, өкпелік гипертензия
<question> Аяқ веналарының варикозды кеңеюі бар 52 жастағы әйелде кенеттен төс артының ауырсыну сезімі, тұншығу ұстамасы, оң жақ көбіне ортаңғы аймақта ысқырықты сырылдар пайда болды. ЭКГ: I стандартты тіркемеде терең S тісшесі, III - терең Q тісшесі(SI; QIII). Жетекші симптомы және синдромы, диагнозы:
<variant> Тұншығу, прекардиальды аймақтың ауырсынуы, өкпе артериясының тромбоэмболиясы
<variant> Коронарогенді кардиалгия (ангиназды статус), жіті миокард инфаркті

<variant>Плевра қуысында ауаның жиналуы, спонтанды пневмоторакс
<variant>Бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы, бронх демікпесі

<variant>Өкпе инфильтраты синдромы, ошақты пневмония

<question> Науқас қыз бала 17 жаста, аздаған физикалық жүктеме кезіндегі енгітуге, шаршағыштық қашағым айтады. Анамнезінде жиі бронхитпен ауырады. Об-ті: тері қабаты бозғылт, жүрек ұшы тұрткісі күшейген, эпицентрі төстің сол жақ шетінің IV қабырғааралықтағы дөрекі пансистолиялық шу, өкпе артериясының үстінде II үнінің акценті естіледі. Жетекші синдромы және диагнозы:

<variant> туа пайда болған жүрек ақауы (қарыншааралық перденің ақауы), екіншілік өкпелік гипертензия

<variant> туа пайда болған жүрек ақауы (жүрекшеаралық перденің ақауы), екіншілік өкпелік гипертензия

<variant> туа пайда болған жүрек (ашық артериальды түтік), екіншілік өкпелік гипертензия

<variant> туа пайда болған жүрек (аортакоарктациясы), екіншілік өкпелік гипертензия

<variant> жүре пайда болған жүрек ақауы (митральды жетіспеушілік) екіншілік өкпелік гипертензия

<question> Науқас У., 56 ж, төс артының интенсивті қысып, сол жақ иыққа берілетін, 1,5 сағатқа созылатын, нитроглицерин қабылдағанда басылмайтын ауырсынуға, жүректің шалыс соғуына, күрт жалпы әлсіздікке, салқын мұздай тер шығуына шағым айтып, жедел жәрдеммен жеткізілді. Алдында саяжайда аса көп физикалық жұмыс атқарған. Анамнезі - 4-5 жыл бойы жылдам жүрген кезде төс артының 3-5 минут қысып ауырсынуы, тоқтағанда және нитроглицерин қабылдағанда басылуы болған. Объективті: тері жабындылары боз, акроцианоз, алақаны ылғалды. Пульс 96р/мин, жекеленген экстрасистолалар. АҚ - 90/60 мм с.б. Жүрек шектері солға 1,5 см кеңейген. Тондары тұйықталған, жекеленген экстрасистолалар. ҚЖА: лейкоцитоз - 9,2 x 10⁹, ЭТЖ - 10 мм/с. ЭКГ-да VI-V6 ST жоғарлауы, терең Q тісше, жекеленген қарыншалық экстрасистолалар. Сіздің диагнозыңыз:

<variant> ЖИА: ірі ошақты миокардинфаркты

<variant> Қолқаның қатпарлы аневризмасы

<variant> Эксудативті плеврит

<variant> Ревматизмдік емес миокардит

<variant> Перикардит

<question> Клиникалық хаттама бойынша толық АВ-блокаданың жиі аритмиясымен бірге бірлесуі аталады:

<variant> Фредериксиндромы

<variant> Вольф-Паркинсон-Уайтсиндромы

<variant> Морганьи-Эдемс-Стокссиндромы

<variant> Дресслерсиндромы

<variant> Синустүйінінің әлсіздігі синдромы

<question> Науқас 72 жаста, кардиологиялық бөлімшеге алдыңғы перделік аймақтың жедел трансмуральды миокард инфарктісі, жедел кезеңді диагнозымен келіп түсті. Стационарда болуының 4 тәулігінде бас айналу, кенет әлсіздікпен жүретін жүрек соғуының жиілеу ұстамасы дамыды. Электрокардиограммада параксизмальды қарыншалық тахикардия. Клиникалық хаттама бойынша алғашқы кезекте дұрыс тағайындалған дәрмек:

<variant> кордарон

<variant> ритмилен

<variant> обзидан

<variant> этмозин

<variant> ритмонорм

<question> Науқас 45 жаста, стационарға бас ауруына, құлағындағы шуға, бас айналуға шағымданып түсті. Анамнезінен: созылмалы обструктивті бронхит бойынша терапевтте диспансерлік есепте тұрады, соңғы 2 жыл ішінде артериялық қысымның 170/100 мм.с.б. дейін көтерілетін айтады. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, өкпесінде қатаң тыныс үстінен құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі, жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, тахикардия, жүрек жиырылу жиілігі минутына 100 рет, артериялық қысым 160/90 мм.с.б. Бұл жағдайда қарсы көрсетілген дәрі-дәрмек:

<variant> Конкор

<variant> Эналаприл

<variant> Арифон

<variant> Амилодипин

<variant> Верапамил

<question> Науқас 53 жаста, кардиологиялық бөлімшеге артериялық гипертензия ІІІ дәрежесі, қауіп 4 диагнозымен келіп түсті. Анамнезінен: артериялық гипертензия диагнозымен диспансерлік есепте тұрғанына 8 жыл болған, антигипертензивті терапияны үнемі қабылдап жүреді. Соңғы екі аптада артериялық қысымның 190/110 мм.с.б. жоғары көрсеткіштері сақталып келеді. Қан анализінде: гиперхолестеринемия. Несеп анализі патологиясыз.

Электрокардиограммада: ырғақ синусты, дұрыс жүрек жиырылу жиілігі 85 рет минутына, сол қарыншаның гипертрофиясы. Клиникалық хаттама бойынша бұл жағдайда дәрілік заттардың қолданылатын комбинациясы:

<variant> Арифон + Конкор + Амлодипин

<variant> Арифон + Конкор + Верапамил

<variant> Арифон + Атенолол + Дигоксин

<variant> Гипотиазид + Эгилок + Изоптин

<variant>Моноприл + Конкор + Дилтиазем
<question> 60 жастағы ер адам бір жыл бұрын миокард инфарктысын басынан кешті. Соңғы айда енгізу бұрынғыдан аз физикалық күш түскенде пайда бола бастады, стенокардия ұстамалары жоқ. Шеткері ісіктер жоқ. Тыныштықтағы ТАЖ минутына 18 рет, өкпесінде тынысы везикулярлы. Жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс, ЖСЖ минутына 79, бауыры ұлғаймаған. 6 минуттық жүру тесті және ЭХОКС жүргізілді. NYHA бойынша ФКП СЖЖ анықталды. Диуретиктермен емдеу тактикасы жайлы қандай тұжырым дұрыс:
<variant>диуретиктер көрсетілмеген
<variant>ілмектік диуретиктер
<variant>тиазидті диуретиктер және альдостерон антагонисттері кешені
<variant>ілмектік диуретиктер және альдостерон антагонисттері кешені
<variant>ілмектік, тиазидтік диуретиктер және альдостерон антагонисттері кешені
<question> 53 жастағы әйел вирусты миокардит диагнозымен клиникалық ауруханада ем алып жатыр. Кенеттен жүрек қағу сезімі, әлсіздік, суық тер пайда болды. Қарағанда: жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс. ЖСЖ минутына 160. АҚ 75/40 мм с. б. ЭКГ: Р тісшесі жоқ, QRS кешені кеңейген, RR ара қашықтығы бірдей. Клиникалық хаттама бойынша шұғыл көмектің дұрыс тактикасы:
<variant>Электрліккардиоверсия жүргізу
<variant>Амиодаронды көк тамырға енгізу
<variant>Лидокаинді көк тамырға енгізу
<variant>Верапамилді көктамырға енгізу
<variant>Электрлік кардиостимуляция жүргізу
<question> 49 жастағы әйелге велоэргометриялық сынама жасау барысында күштеменің екінші сатысында (50 Вт) ангинозды ауырсынулар және V3-V4 тіркемелерінде ST интервалының 1 мм дейін депрессиясы байқалды. ВЭМ қорытындысы бойынша ишемияның дәрежесіне сәйкес келеді клиникалық хаттама бойынша
<variant>Орташа
<variant>Шамалы (жеңіл)
<variant>Айқын
<variant>Алысқаузаған (далеко зашедшая)
<variant>Ишемия анықталғанжоқ
<question> 52 жастағы наукас әйел физикалық күш түскенде жүрек тұсының ауырсынуына шағымданады. ЭКГ-да физикалық күш түскенде әдеттегі горизонталды ST интервалының депрессиясы, оң эргометринді тест. Коронарографияда – эпикардиалды тәж артерияларының зақымдалу белгілері жоқ. Сіздің диагноз клиникалық хаттама бойынша:
<variant>Микроваскулярлы стенокардия (синдром Х)

<variant>Дисметаболизмдік кардиомиопатия
<variant>Күштүсустенокардиясы
<variant>Принцметалстенокардиясы
<variant>Субэндокардиалды миокард инфарктысы
<question> 66 жастағы әйел адам стационарға «ЖИА, сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының жедел трансмуралды миокард инфарктысы» диагнозымен түсті. Қабылдау бөлімінде науқаста минутына 30 рет енгізу пайда болды, тері жамылғысы бозғылт-цианотизды, суық. Аускультацияда: өкпесінде – әртүрлі калиберлі ылғалды сырылдар, жүрек тондары көмескі, ЖСЖ минутына 90, АҚ 70/40 мм с. б. Емді бастау керек шаралар клиникалық хаттама бойынша:
<variant>Симпатомиметиктер енгізу (допамин)
<variant>Нитраттар енгізу
<variant>Ілмектік диуретиктер енгізу
<variant>Инфузиялық терапия жүргізу (реоплиглюкин)
<variant>Глюкокортикоидтар енгізу
<question> Ер адам 67 жаста, өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауырады. Жыбырлы аритмия ұстамалары, артериялық гипертензия пайда болды. Қолдануға дұрыс препараттар клиникалық хаттама бойынша:
<variant>Кальций антогонисттері,
<variant>бензотиазипиндер туындысы
<variant>Бета-блокаторлар
<variant>Калий каналдарын белсендірушілер
<variant>Кальций антогонисттері,
<variant>дегидроперидиндер туындысы
<variant>Жүрек гликозидтері
<question> Реанимация бөліміне жедел миокард инфарктысымен науқас түсті. Объективті: бозғылт-цианозды ылғалды тері, шеткері көктамырлары басылып қалған. АҚ 80/60 мм с. б., диурез 20 мл/сағ. кем. Науқасты емдеуде қолданған жөн клиникалық хаттама бойынша препарат
<variant>допамин
<variant>дроперидол
<variant>дигоксин
<variant>морфин
<variant>изадрин
<question> Ер адам 64 жаста, жедел жылжымалы, толқын тәрізді төс артындағы және омыртқа жотасы бойымен ауырсынуға шағымданады. Аяқтары және қолдарындағы тамыр соғысының ассиметриясы, қолқа үстінде систолалық шу, гипотония анықталды. Диагнозды анықтауға көмектеседі зерттеу әдісі клиникалық хаттама бойынша:
<variant>Аортография
<variant>Эхокардиография
<variant>ЭКГ
<variant>Вентрикулография

<variant>Кронорография

<question> 68 жастағы ер адам жалпы әлсіздік шағымымен ауыр жағдайда жедел жәрдем бригадасымен жеткізілді. Қарау кезінде: тері жабындылары бозарған, ылғалды, сұр цианоз, аяқ қолдары мұздаған. Жүрек үндері әлсіз, шоқырақ ритмі, ЖСЖ-115 рет мин. АҚ 80/40 мм.с.б., айқын олигурия. ЭКГде: синусты тахикардия, QSV1-V6, STV1-V6 сегменті монофазды қисық түрде изосызығынан көтерілген. Жіті қантамыр жетіспеушілігінің шеткілік белгілерін жоюға дәрілік затты тағайындаған жөн клиникалық хаттама бойынша:

<variant>Допамин

<variant>Нитроглицерин

<variant>Фуросемид

<variant>Гепарин

<variant>Атропин

<question> Дилатациялық кардиомиопатиямен жүрек жетіспеушілігі бар 56 жастағы науқас ААФ ингибиторларымен ем бастағаннан бір ай өткенде қайтадан қаралуға келді. Шағымы құрғақ жөтел. Науқасты жүргізудің дұрыс тактикасын таңдаңыз

<variant> ААФ ингибиторын А II

рецепторларының блокаторына (сартандар)

ауыстырасыз

<variant> ААФ ингибиторын тоқтатасыз, басқа ем

бермейсіз

<variant> Басқа ААФ ингибиторына ауыстырасыз

<variant> Жөтелге қарсы ем бересіз

<variant> ААФ ингибиторын беруді әрі қарай

жалғастырасыз

<question> Науқас П. 40 жаста бас ауруы, бас

айналуы, естен тануға шағымдармен түсті.

Жүректің созылмалы ревматикалық ауруымен

ауырады. Жүрек шекаралары солға ұлғайған, оң

жақтағы II қ/а, төстің сол жақ қырында жоғары

тебрлі, протодиастолалық бәсеңдеген шуыл

және әлсіреген II үн естіледі. Қан тамырларында

Траубенің қос үні және Дюррозьенің қос шуылы,

Квинке, білек артериясының пульстері жоғары әрі

тез 110 рет мин., АҚ - 160/60 мм.с.б.б.

Клиникалық хаттама бойынша науқасты қандай

тәсілмен тиімді емдеу:

<variant> аорталық қақпақшаны протездеу

<variant> кардиологтың бақылауы

<variant> медициналық ем

<variant> оперативті вальвулотомия

<variant> митральді қақпақшаны протездеу

<question> Науқас Э. 45 жаста, 2 апта бұрын 4

қабатқа тез көтерілгеннен кейін кенет төс

артының төменгі бөлігінде ауыру сезімі пайда

болды, тыныштық күйде ауыру сезімі жоғалды.

Мұндай ауыру сезімі бірінші рет пайда болды.

Кейін тез жүргенде, 2 қабатқа көтерілгенде пайда

болатын болды. Стенокардия түрін анықтаңыз.

Клиникалық хаттама бойынша емдеу шараларын қолданыңыз:

<variant> ЖИА. Алғаш пайда болған стенокардия.

Ауруханаға жатқызу керек, антиангиналді ем

тағайындау керек.

<variant> ЖИА, Прогрессирлеуші стенокардия.

ауруханаға жатқызу керек

<variant> ЖИА. Күштеу стенокардиясы ФК 2.

Антиангиналді ем тағайындау

<variant> Кардиалгия коронарлы себептерге

байланысты емес болуы мүмкін. Науқасты

зерттеу керек.

<variant> ЖИА. Принцметалл стенокардиясы

<question> Реанимацияға миокард инфарктысымен

ауыратын науқас жеткізілді. Үшінші тәулікте

науқастың жағдайы күрт нашарлап, екі рет есінен

танған. ЖСС минутына 36 рет. АҚ 100/65 мм.

сын. бағ. ЭКГ-да: тәуелсіз жүрекшелер ырғағы

минутына 110 рет, қарыншалар ырғағы минутына

33-36 рет. QRS кешені – 0,16", деформацияланған.

Клиникалық хаттама бойынша науқас

жағдайының нашарлауы себепін анықтаңыз:

<variant> толық ав-блокадасының моргани-

эдемс-стокс ұстамасымен болуы

<variant> кардиогенді шоктың дамуы

<variant> идиоventрикулярлы ырғақтың туындауы

<variant> синоаурикулярлы блокаданың пайда

болуы

<variant> II дәрежелі АВ-блокадасының Венкебах

кезеңімен пайда болуы

<question> 70 жастағы әйел адамға бронх демікпе

ұстамасына байланысты жергіліктік терапевт

шақырылды. Дәрігер небулайзермен салбутамол

ингаляциясын қолданғаннан кейін, науқастың

жағдайы аздап жақсарды. Бірақ ентігу мен

ысқырықты сырыл қалып қойды. Клиникалық

хаттамаға сәйкес емге қосу керек дәрі:

<variant> Преднизолон

<variant> Интал

<variant> Алуpent

<variant> Теофиллин

<variant> Тербуталин

<question> 63 жастағы ер кісі дәрігерге жөтелдің

күшеюіне, шырышты-іріңді қақырықтың пайда

болуына, ентігуге шағым айтады. Көп жылдар

бойы өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен

зардап шегеді. Ауруы жылына 2-3 рет өршиді.

Шылым шегеді. Өкпесінде әлсіреген везикулярлы

тыныс, өкпенің барлық алаңында ысқырықты

сырылдар естіледі. ТЖ 28 рет минутына. Жүрек

тондары тұйықталған, ритмі дұрыс. АҚҚ 130/90

мм с.б.б., пульс 88 рет минутына. Клиникалық

хаттама бойынша науқасқа тиімді тағайындау:

<variant> салбутамолды k'i

<variant> вентолинсы ингаляция

<variant> кларитромицинды peros

<variant>сальбутамолингаляциясы
<variant>гентамицинды б/е
<question> 71 жастағы ер кісі, көп жылдар бойы
ӨСООА-мен зардап шегеді, дәрігерге салқын
тигеннен кейінгі дене температурасының
көтерілуіне, шырышты-ірінді қақырық бөлінумен
жүрегін жөтелге, енгіуге, әлсіздікке, тершеңдікке
шағым айтады. Рентген суретте оң өкпенің
төменгі бөлігінде инфильтрация анықталды.
Науқасты емдеу жоспарында клиникалық хаттама
бойынша тағайындалатын препараттар:
<variant>klarитромицин + амброксол +
ипратропиум бромиді
<variant>klarитромицин + преднизолон +
бромгексин
<variant>амоксиклав + гентамицин + бромгексин
<variant>метронидазол + амброксол +
ипратропиум бромиді
<variant>тетрациклин + метрогил + лазолван
<question> Бета- лактамаза тудыратын
гемофильді таяқша штаммдарының себебінен
болатын пневмонияны емдеуде қолданған
дұрыс препарат
<variant>амоксициллиннің клавулон
қышқылымен бірлескен түрін
<variant>феноксиметилпенициллинді
<variant>амоксициллинді
<variant>ампициллинді
<variant>азитромицинді
<question> Гипертермиялық синдромды тоқтату
үшін парацетамол дозада тағайындалады:
<variant>10 - 15 мг/кг
<variant>20-25 мг/кг
<variant>5 - 10 мг/кг
<variant>2-14 мг/кг
<variant>15-20 мг/кг
<question>32 жастағы әйел профилактикалық
тексеруге келді. Шағымдары: әлсіздік, тез
шаршағыштық, физикалық жүктеме кезіндегі
енгіу, аяқтарында кешке қарай болатын ісінулер.
Анамнезінде: жіті ревматикалық қызба
полиартрит және эндокардит көрінісімен 15
жасында ауырған. Жалпы жағдайы
қанағаттанарлық. Тері жамылғылары таза,
бозғылт. Аяқтарында ісінулер. Жүрек тондары
тұйықталған, дөрекі пансистолалық шу естіледі.
Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:
<variant> жүректі доплермен ультрадыбыстық
зерттеуге жолдау
<variant> динамикада бақылау
<variant> ревматологтың кеңесіне жолдау
<variant> кардиохирургтың кеңесіне жолдау
<variant> антибиотик және фуросемидты
тағайындау
<question>52 жастағы Н. атты науқаста: ЖСРА,
қосарланған митральды ақау, жиі болатын

қарыншалық экстрасистолия. ЖЖ II В сат.. 20
жылдай ауырады. Дигоксин 0,25 күніне 2 рет,
гипотиазид 50 мг/тәул., тромбоас 50мг/тәул.,
кордарон 0,2 күніне 2 рет қабылдаған. 5-і күні
жүрек айну, құсу пайда болды, енгіу үдеді. ЖСЖ
46 рет минутына, қарыншалық экстрасистолия,
АҚҚ 140/80 мм сын.б.б. Жағдайының нашарлау
себебі:
<variant> жүрек гликозидтердің мөлшері шектен
тыс болуы
<variant> аурудың қалыпты ағымы
<variant> бауырдың дәрілік зақымдануы
<variant> гипотиазид әсерінің төмендеуі
<variant> артериалдық қан қысымының
жоғарлауы
<question> 42 жастағы науқас ер кісі, ЖСРА,
қосарланған митральды ақауы бойынша
митральды қақпашасының протездеуден кейін,
варфаринді 2,5 мг күніне 2 таблеткадан
қабылдайды. Клиникалық хаттама бойынша
дәрінің мөлшері келесі зертханалық көрсеткішке
қарай реттеледі:
<variant>МНО
<variant>АЧТВ
<variant>Протромбиндік индекс
<variant>Фибриноген
<variant>Қан ұю уақытты
<question>Науқас 46 жаста, 4 жыл алдын суық
тигізгеннен кейін қол саусақтар буындарының
ауырсынуы және ісінуі пайда болған. Ауырсыну
азайғаннан кейін таңертенгі құрысулар және басқа
буындар қосылған. Ревматоидты артрит диагнозы
қойылып диклофенак тағайындалды. 8 айдан соң
аурудың белсенділігі аздап төмендеген, бірақ
басқа буындардың қосылғаны және рентгенде қол
буындарының сүйек-шеміршектің деструкциясы
байқалған. Клиникалық хаттама бойынша сіздің
емдеу амалыңыз:
<variant>базистық препаратты қосу
<variant>емін диклофенакпен ары қарай
жалғастыру
<variant>диклофенакты осы топтын басқа дәріге
ауыстыру
<variant>глюкокортикостероидты тағайындау
<variant>қосымша физиоёмді тағайындау
<question>30 жастағы митральды стенозы бар
жүкті әйелде, жүктілігінің 8 аптасында өкпенің
рецидивтеуші шемені дамыды. Дұрыс шешімді
таңдаңыз
<variant>шұғыл комиссуротомия
<variant>жүрек гликозидтерімен ем
<variant>жүктілігін үзу
<variant>қан ағызу

<variant>босануға дейін төсек тәртібі
<question>62 жастағы, миокардтың инфарктің басынан өткізген, аяқ тамырларының облитерациялаушы атеросклерозының клиникасы бар ер кісінде об-ті: АҚ 170/100 мм сын. бағ., пульсі 76 мин., жүрек шамасыздығының белгілері жоқ. Қарсы көрсетілген антигипертензиялық дәрімектер тобын анықтаңыз.
<variant>Бета-блокаторлар
<variant>Кальций антагонистері
<variant>Орталық әсерлі
<variant>Диуретиктер
<variant>АПФ ингибиторлары
<question>Бронх демікпесін емдеудегі базистік препараттарға жататын препараттар тобын анықтаңыз
<variant> ингаляциялық глюкокортикостероидтар
<variant> антибиотиктер
<variant> муколитиктер
<variant> антиоксиданттар
<variant> бронходилататорлар
<question>41 жастағы науқасты артралгиялар, аяқ бұлшықеттерінің ауырсынуы, жансыздануы, ентігу мазалайды. Анамнезінде 1 ай бұрын уролог дәрігерге ұмасының ауырсынуы бойынша қаралды. Салмағы 6 кг азайған. АҚҚ 180/120 мм сын.б.б. Сан аймағының терісінде қызғылт торлы сурет. Қанда ЭТЖ 40 мм/сағ.; креатинин 510 ммоль/л; HBS-антиген оң. Клиникалық хаттама бойынша сіздің амалыңыз:
<variant> плазмаферез глюкокортикоидтармен
<variant> плазмаферез тамырішілік иммуноглобулинмен бірге
<variant> пульс терапия цитостатиктермен
<variant> глюкокортикостероидтар
<variant> пульс терапия глюкокортикоидтармен
<question>35 жастағы Д. деген науқас жүйелі склеродермия диагнозымен ревматолог дәрігерде 8 жылдай бақылауында тұр. Зәрдің кезекті бақылау анализінде ақуыз 0,99 г/л, лейкоциттер 7-9 көру алаңында, гиалинді цилиндрлер 1-0 көру алаңында. Клиникалық хаттама бойынша көрсетілген таңдау препараты:
<variant>каптоприл
<variant>бисопролол
<variant>азатиоприн
<variant>преднизолон
<variant>сандимун-неорал
<question>45 жастағы науқас дәрігерге көрінуге келесі шағымдарымен келді: қол саусақтарының мұздауы; терісінің түсінің өзгеруі, әсіресе ауа райының температурасы төмендеген кезде: алғашында ағарады, кейін цианоз және жұмсақ тіндердің ісінуі болады. Бұл шағымдардың мазалағанына 2 жылдай. Соңғы жарты жыл ішінде жұтынуының қиындауы, артралгия, кардиалгия пайда болған. Қарап тексергенде: беті

амимикалық, терісі қатпарларға жиналмайды. Жүрек: шекаралары қалыпты, тондары түтіккен, ырғағы дұрыс емес, систолалық шу, ЖСЖ 98 рет/мин., АҚҚ 100/60 мм сын.б.б. Клиникалық хаттама бойынша науқасқа преднизалонның тағайындау дозасы:
<variant>15-20мг/тәул.
<variant>1-2мг/кг
<variant>20-40 мг/тәул.
<variant>пульс-терапия
<variant>90-120 мг/тәул
<question>65 жастағы ер кісінде миокард инфаркті кезеңі өкпе артериясының тромбоэмболиясымен асқынған. Науқасқа енгізілетін тиімді ем тағайындаңыз
<variant> гепарин
<variant> преднизолон
<variant> фуросемид
<variant> допамин
<variant> строфантин
<question>Ангиотензин айналдырушы ингибиторларды қолдану көрсеткіштерді белгілеңіз
<variant>қант диабеті және артериялық гипертензия
<variant>жүктілік және артериялық гипертензия
<variant>артериялық гипертензия және құрғақ жөтел болуы
<variant>артериялық гипертензия және екіжақты бүйрек артериясы стенозы
<variant>артериялық гипертензия және айқын қолқа саңылауының стенозы
<question>Подаграмен бірге артериялық гипертензиясы бар науқас емінде антигипертензивті препараттардың ішінде таңдаулы препаратқа жатады анықтаңыз
<variant>Ангиотензин II рецепторларының антагонисттері
<variant>Диуретиктер
<variant>Кальций антагонисттері
<variant>Альдостерон антагонисттері
<variant>ААФ ингибиторлары
<question>28 жастағы науқас әйел дәрігерге басы айналуға, қорқыныш сезімге шағымданып қаралды. Объективті: беті бозарған, мұздай. ЖСЖ – минутына 100 рет. АҚҚ күрт жоғарылаған – 230/140 мм сын. бағ. Терапевт феохромоцитома кезіндегі гипертониялық кризді анықтады. Кризді тоқтатын препаратты тағайындаңыз
<variant>фентоламинмен
<variant>капотенмен
<variant>коринфармен
<variant>дибазолмен
<variant>пентаминмен
<question>63 жастағы ер адам кеуде қуысынан омыртқаға дейінгі жедел ауысып отырып дамитын толқын тәрізді ауырсынуға

шағымданады. Қолдағы және аяқтағы пульс асимметриясы анықталды, аорта үстінен систолаалық шу, гипотония. Диагностды нақтылаудағы тиімді зерттеу әдісі:

<variant> Аортография
<variant> ЭКГ
<variant> Эхокардиография
<variant> Вентрикулография
<variant> Коронарография

<question> Науқас 36 жаста, 2 күннен бері күшейген 20 минутқа дейін созылатын физикалық жүктемеден кейін пайда болатын нитроглицеринмен басылуы қиын кезде қуысының ауырсынуына шағымданды. ЭКГ-де: ST сегментінің 2 мм-ге ығысуы, T тісшесі теріс. Диагностды нақтылауға көмектеседі:

<variant> Кардиоспецификалық ферменттердің жоғарылауы
<variant> ЖҚА
<variant> Холестерин, триглицерид жоғарылауы
<variant> Физикалық жүктемемен сынама
<variant> Эхокардиография

<question> Науқас 70 жаста, ауыр жағдайда реанимация бөлімшесіне келіп түсті. Төсартының интенсивті ауырсынуы госпитализацияға дейін дәрімен басылған. Тері жабындылары бозғылт, жабысқақ термен жабылған. Өкпе аускультациясында сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, айқын тахикардия, АҚҚ 30/0 мм.сын.бағ. бойынша .ЭКГ. де V₂, V₆ тіркемелерінде ST сегментінің депрессиясы. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің алдын алу үшін ең алдымен енгізу керек:

<variant> допамин
<variant> лазикс
<variant> изокет
<variant> промедол
<variant> тромбофлюкс

<question> Оң мәнді дене жүктемесімен сынамаңыз ЭКГ – белгілері анықтаңыз

<variant> ST сегментінің 1 мм-ден жоғары горизонталді депрессиясы
<variant> ST сегментінің қиғаш өрлеу депрессиясы
<variant> ST сегментінің қиғаш құлама депрессиясы
<variant> айқын емес синусты тахикардия
<variant> ST сегментінің 0,5 мм -ден жоғары горизонталді депрессиясы

<question> Велоэргометриялық сынама жүргізгенде миокард ишемиясының нақты белгілеріне жататын өзгерістерді табыңыз

<variant> ST сегментінің 2 мм –ге және одан да жоғары депрессиясы
<variant> Q тісшесі пайда болуы
<variant> Барлық тіркемелерде ST сегментінің 1 мм-ден төмен депрессиясы
<variant> ST тісшесі инверсиясы

<variant> ST сегментінің 0,5 мм-ге көтерілуі

<question> 59 жастағы науқас әйелде жүрек тұсында дене жүктемесімен айқын байланысы жоқ, бірақ нитроглицерин қабылдағаннан соң басылатын қысып ауырсыну пайда болады. Науқаста аяқ веналарының варикозды кеңеюі байқалады. АҚҚ 160/90 мм сын.бағ. дейін жоғарылайды. ЭКГ-ның 12 стандартты тіркемелерінде спецификалық өзгерістер жоқ. Диагностикалық зерттеу тағайындаңыз

<variant> ЭКГ тәуліктік мониторлеу
<variant> Велоэргометрия
<variant> Обзиданмен сынама
<variant> Коронароангиография
<variant> Кардиоспецификалық ферменттер деңгейін анықтау

<question> Әйел 76 жаста, бір сағат бұрын пайда болған төс артының сығып ауруына шағымданады. ЭКГ. да ST_{V1, V6} Элевациясы. Стационарға түскен кезінде жіті коронарлық синдром диагнозы қойылды. Науқасқа ең алдымен жүргізу қажет зерттеу:

<variant> Коронароангиография
<variant> Холтерлік мониторлеу
<variant> Сцинтиграфия
<variant> Велоэргометрия
<variant> Эхокардиография

<question> 35 жастағы науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге жұмыста болған психоэмоционалдық күштемеден кейін пайда болған 2 аптадан бері жалғасып келе жатқан 3 сағатқа дейін созылған төсартының қысып ауырсынуына шағымданып қаралды. ЖСЖ минутына 86 рет. АҚҚ 130/80 мм сынап бағанасымен. Науқасты жүргізудегі келесі қадамды көрсетіңіз:

<variant> сол жерде ЭКГ түсіру
<variant> кардиология бөлімшесіне жедел госпитализациялау
<variant> үй жағдайында ары қарай отбасылық дәрігер бақылауында болу
<variant> үй жағдайында анальгетиктер қабылдау
<variant> жалпы қан анализін зерттеу

<question> Жедел алдыңғы перделік миокард инфарктінің жедел түрімен 70 жастағы науқаста бас айналуымен, күрт әлсіздікпен бірге байқалатын жүрек соғысының жиілеуі пайда болды. ЭКГ түсірілген кезде пароксизмалді қарыншалық тахикардия анықталды. Ең алдымен тағайындау қажет:

<variant> Лидокаинді
<variant> Ритмиленді
<variant> Обзиданды
<variant> Этмозинді
<variant> Ритмонормды

<question> 30 жасар жүкті әйел. Шағымдары: ентігу, жүрек жиі соғуы. Анамнезінде: ревматикалық қызба. ЭКГ. да: P тісшесінің

болмауы және кеңейген деформацияланған қарыншалық комплекс (0,11. секундтан ұзарған).

Ритмнің бұзылу түрі, Сіздің диагноз:

<variant>қарыншалық экстрасистолия

<variant>жүрекшелік жыбыр

<variant>қарыншаүстілік экстрасистолия

<variant>пароксизмалді тахикардия

<variant>жүрекшелік экстрасистолия

<question>Ер адам 41 жаста, учаскелік терапевтті жүрек тұсының ауруы, жүрек соғуна байланысты шақырды. ЭКГ-да жіті инфаркт миокарт фонында политопты топтық қарыншалық экстрасистолия анықталды. Дәрігер тактикасы:

<variant>лидокаин енгізу

<variant>аденозин енгізу

<variant>новокаинамид мезатоммен енгізу

<variant>этагизин енгізу

<variant>строфантин енгізу

<question>Антиаритмиялық препарат,

қарыншалық тахикардия пароксизмінде таңдау препараты болып табылады:

<variant>лидокаин препараты

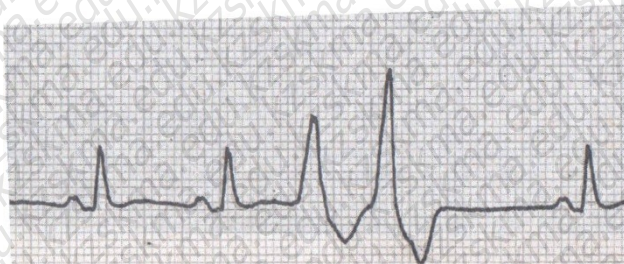
<variant>изоптин препараты

<variant>дигоксин препараты

<variant>обзидан препараты

<variant>этмозин препараты

<question>50 жастағы науқас ер адам коронарлық шунтирлеу операциясынан кейін. Жеңіл жүрегі айнуы мазалайды. Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы тұжырым жасаңыз.



<variant> Қарыншалық экстрасистолия

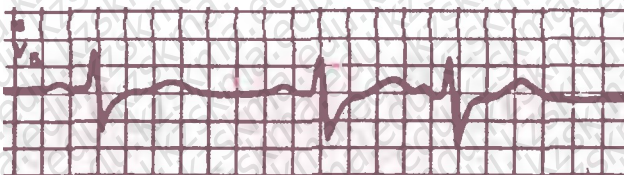
<variant> АВ-түйіндік экстрасистола

<variant> Қарыншалық тахикардия

<variant> Жүрекшелік экстрасистолия

<variant> Синустық түйіннің әлсіздік синдромы

<question> ЭКГ-да тіркелген ырғақ және өткізгіштік бұзылысына дұрыс тұжырымдама жасаңыз



<variant> Жүрекшелік экстрасистолиясы

<variant> Оң жақ Гис аяқшасының толық блокадасы

<variant> Сол жақ Гис аяқшасының толық блокадасы

<variant> Қарыншаның топтық экстрасистолиясы

<variant> Суправентрикулярлы пароксизмальды тахикардия

<question>Жалпы тәжірибелік дәрігерге (ВОП)

науқас мына шағымдармен қаралды: жүректің шалыс соғуы. ЭКГ-да ритм синусты, жиі ретсіз қалыпты QRS комплексі Р тісшесінің деформациясымен, PQ интервалының қысқаруы және толық емес компенсаторлық паузамен. ЭКГ қорытындысы:

<variant>жүрекшелік экстрасистолия
<variant>синусты аритмия
<variant>атриовентрикулярлы блокада II дәр
<variant>қарыншалық экстрасистолия
<variant>жыбыр аритмиясы.

<variant>жүрекшелік экстрасистолия

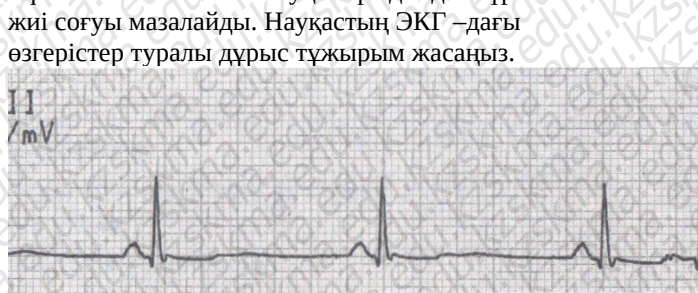
<variant>синусты аритмия

<variant>атриовентрикулярлы блокада II дәр

<variant>қарыншалық экстрасистолия

<variant>жыбыр аритмиясы.

<question>75 жастағы науқас ер адамды жүрегі жиі соғуы мазалайды. Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы дұрыс тұжырым жасаңыз.



<variant> Жүрекшелік экстрасистолия

<variant> АВ-түйіндік экстрасистола

<variant> Қарыншалық тахикардия

<variant> Қарыншалық экстрасистолия

<variant> Синустық түйіннің әлсіздік синдромы

<question> 30 жастағы әйел, дәрігерге жүрек айнуымен, іш кебуімен, қатты терлеумен бірге байқалатын және көп зәр шығарумен аяқталатын жүрек соғысы жиілеу ұстамасына шағымданды. Алғашқы ұстама үш ай бұрын мазалаған, дәрігерге қаралмаған. Объективті тексергенде ішкі органдар жағынан патологиялық өзгерістер анықталған жоқ. АҚҚ 110/70 мм сынап бағанасы бойынша, пульс минутына 78 рет.

Электрокардиограммада PQ интервалының қысқаруы, QRS комплексінің кеңеюі мен деформациясы, QRS комплексінің алдыңғы тармағының «сатылы» деформациясы, ST интервалының дискордантты жылжуы анықталды. Сіздің клиникалық және ЭКГ қорытындыңыз:

<variant> Уайт-Паркинсон-Вольф синдромы

пароксизмалды жүрекшелік тахикардия ұстамасымен

<variant> Қарыншалық экстрасистолия

<variant> Гис шоғырының оң жақ аяқшасының толық блокадасы

<variant> Синустық түйіннің әлсіздік синдромы

<variant> II дәрежелі атриоventрикулярлы

блокада Адамс-Морганы-Стокс ұстамасымен

<question>Профилактикалық тексеру барысында

26 жастағы ер адамның ЭКГ-да келесі өзгерістер

анықталды: P-R қысқарған (120 мс-тен төмен),

дельта- толқын бар, QRS комплексі кеңейген,

QRS комплексі бағытына дискордантты қатынас,

ST сегменті және Т тісшесі өзгерген. ЭКГ

қорытынды беріңіз:

<variant> WPW-синдромы

<variant> Синус түйінінің әлсіздік синдромы

<variant> Гис шоғырының оң аяғының толық

блокадасы

<variant> Гис шоғырының оң аяғының толық

блокадасы

<variant> CLC-синдромы

<question> Морганы – Адамс – Стокс синдромы

қай кезде дамиды:

<variant> толық атриоventрикулярлы блокадада

<variant> жүрекшелер жыбырында

<variant> қарынша үстілік тахикардиясында

<variant> үдемелі түйінді ырғақта

<variant> қарыншалық экстрасистолияда

<question> Фредерик синдромының ЭКГ белгісі

дұрыс қорытынды беріңіз

<variant> атриоventрикулярлы блокада III

дәрежесі+ жүрекше жыбыры

<variant> атриоventрикулярлы блокада II

дәрежесі + жүрекше жыбыры

<variant> атриоventрикулярлы блокада I дәрежесі

+ жүрекше жыбыры

<variant> синоаурикулярлы блокада II дәрежесі +

жүрекше жыбыры

<variant> синоаурикулярлы блокада I дәрежесі +

жүрекше жыбыры

<question> ЭКГ-дағы көрініс қандай ауруға тән

атаңыз:



<variant> суправентрикулярлы пароксизмальды тахикардия

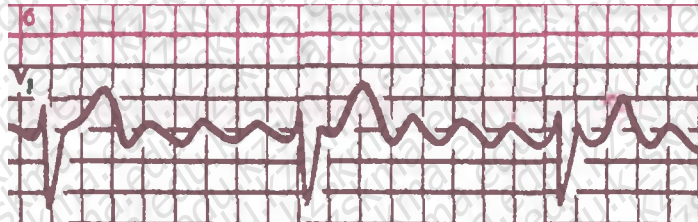
<variant> пароксизмальды қарыншалық тахикардия

<variant> пароксизмальды жыбыр аритмиясы

<variant> синусты тахикардия

<variant> синусты аритмия

<question>ЭКГ да тіркелген ырғақ және өткізгіштік бұзылысы:



<variant> Жүрекшенің жыбыры

<variant> Синустық аритмия

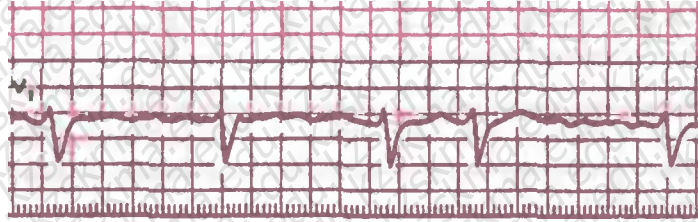
<variant> Толық А.В блокада

<variant> Жыпылық аритмия

<variant> Қарыншаның жыбыры

<question> ЭКГ да тіркелген ырғақ және

өткізгіштік бұзылысы:



<variant> жыпылық аритмия (жүрекшеаралық фибрилляция)

<variant> қарыншаның пароксизмальды тахикардиясы

<variant> суправентрикулярлы монотопты экстрасистолия

<variant> суправентрикулярлы пароксизмальды тахикардия

<variant> суправентрикулярлы топтық экстрасистолия

<question> Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы тұжырым жасаңыз:



<variant> жүрекше дірілі

<variant> пароксизмалді жүрекшелік тахикардия

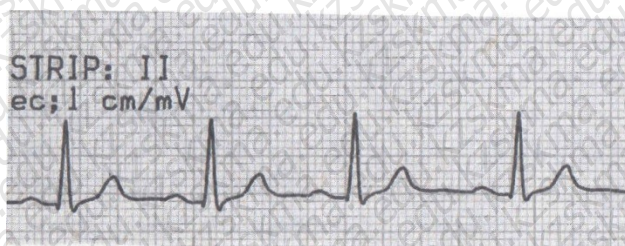
<variant> жүрекше фибрилляциясы

<variant> пароксизмалді қарыншалық тахикардия

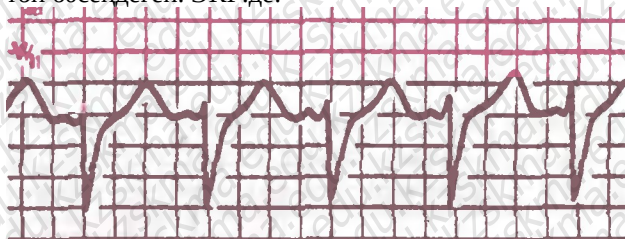
<variant> қарыншалық экстрасистолия

<question>18 жастағы жігіт өзін жақсы сезінеді.

Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы тұжырым жасаңыз.



<variant> синустық аритмия
 <variant> синустық тахикардия
 <variant> синустық брадикардия
 <variant> жүрекшелік экстрасистолия
 <variant> синустық түйін әлсіздік синдромы
 <question>65 жасар науқас кенеттен басталатын жүрек қағуына, кеудедегі қысу сезіміне, бас айналу ұстамаларына шағымданады. Анамнезінде көп жылдар бойы артериальді гипертензиямен зардап шегеді. ЖИА. Объективті: жүрек аускультациясында I тон шапалақ шуы тәрізді, II тон бәсеңдеген. ЭКГ-де:



Емдеу тактикасын таңдаңыз:
 <variant> Изоптинді енгізу
 <variant> Электрокардиостимуляция жүргізу
 <variant> Электрлі дефибрилляция жүргізу
 <variant> Лидокаин енгізу
 <variant> Жүрек гликозидін енгізу
 <question>Толық АВ-блокадасы фонында жыбыр аритмиясының дамуы қалай аталады табыңыз
 <variant> Фредерик синдромы
 <variant> Вольф-Паркинсон-Уайт синдромы
 <variant> Морган-Эдемс-Стокс синдромы
 <variant> Дресслер синдромы
 <variant> Синус түйінінің әлсіздік синдромы
 <question>21 жастағы науқас ер бала военкоматтан тексеруге жіберілген. Дамуы қалыпты. Жүрек негізінде естілу эпицентрі төстің оң жақ жиегінде II-ші қабырғааралықта орналасқан мойын артерияларына берілетін қатты систолалық шу естіледі. Қолқа үстінде II тон әлсіреген. Пульс – минутына 64 рет, ырғақты. Иық артериясындағы АҚҚ - 95/75 мм сын. бағ., сан артериясында АҚҚ - 110/90 мм сын. бағ. Сіздің диагнозыңыз:
 <variant> қолқа саңылауының стенозы
 <variant> жүректің қосарланған ақауы
 <variant> қолқа коарктациясы
 <variant> қарыншааралық перде дефекті
 <variant> ашық артериялық өзегі

<question>29 жастағы науқас әйел жанұялық дәрігерге аздаған дене жүктемесінде енгіруге, тез шаршауға, жүрек соғуы жиілеуіне шағымданып қаралды. Бала кезінде ангинамен жиі ауырған. Аускультацияда: жүрек тұрткісі күшейген, жүрек тұрткісінде диастолалық шу, қатты I тон, митралді қақпақша ашылу тоны, III тон («бөдене» ырғағы). Сіздің диагнозыңыз:

<variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, митралді саңылау стенозы
 <variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, митралді қақпақша жетіспеушілігі
 <variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, қолқа саңылауының стенозы
 <variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, қолқа қақпақша жетіспеушілігі
 <variant> жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, үшжармақты қақпақша жетіспеушілігі
 <question>Грехем-Стилл диастолалық шуы аускультацияда естіледі:
 <variant> өкпе артериясының қақпақшасының салыстырмалы жетіспеушілігі кезіндегі шу
 <variant> пульмоналды қақпақшаның жетіспеушілігі кезіндегі шу
 <variant> митралды стеноз кезіндегі шу
 <variant> "жалған" митралды стеноз кезіндегі шу
 <variant> "жалған" трикуспидалды стеноз кезіндегі шу
 <question>Жоғары пульстік қысым, тамырларда қосарланған Траубе тоны және Дюрозье, жылдам және жоғары пульс, бастың шайқалуы анықталатын ақауды көрсетіңіз
 <variant> аорталды қақпақшаның жетіспеушілігінде
 <variant> жүректің митралды ақауында
 <variant> аорта қуысының стенозында
 <variant> үшжармалы қақпақшаның ақауында
 <variant> жүректің туа біткен ақауларында
 <question>Төстің төменгі уштен бір бөлігіндегі систолалық шудың күшеюі тән:
 <variant> үшжармалы қақпақшаның жетіспеушілігінде
 <variant> митралды қақпақшаның жетіспеушілігінде
 <variant> митралды стенозда
 <variant> аорталды қақпақшаның жетіспеушілігінде
 <variant> аорта қуысының стенозында
 <question>Лютембаше синдромына тән белгі
 <variant> жүрекшеаралық қалқа дефекті + митралді стеноз
 <variant> жүрекшеаралық қалқа дефекті + өкпе артериясының стенозы
 <variant> қарыншааралық қалқа дефекті + митралді стеноз
 <variant> қарыншааралық қалқа дефекті + аорта стенозы

<variant>жүрекшеаралық қалқа дефекті + аорта стенозы
<question>Науқас тәбеті төмендеу немесе жоғалуымен бірге байқалатын оң жақ қабырғаастында тартып ауырсынуға және ауырлық сезімге, жүрек айнуға, іші кебуге, сирақ тұсы, аяқ басы ісінуіне, асцитке шағымданады. Үдемелі әлсіздік, тез шаршау, мойында пульсация, ентігу байқалады. Бұл симптомдар тән ақауды анықтаңыз
<variant>үшжармақты қақпақша жетіспеушілігіне
<variant>митралді стенозға
<variant>үшжармақты саңылау стенозына
<variant>қолқа саңылауының стенозына
<variant>қолқа қақпақшасының жетіспеушілігіне
<question>Науқас 51 жаста, ревматикалық жүрек ақауымен, сол қарынша жетіспеушілігі белгілерімен. Жалпы қарағанда анықталғаны: Боткин нүктесі мен оң жақтағы 2 қабырғааралықта систолалық және диастолалық шу естіледі. Дөрекі тембрлі систолалық шу, ұйқы артериялары мен қылқынды шұңқырға беріледі. Пальпациялағанда төстің оң жағында 2 қабырғааралықта систолалық діріл анықталады. 2 тон әлсіреген. Қосарланған жүрек ақауы диагнозы қойылған. Аорталды қақпақшаның жетіспеушілігін білдіретін белгіні табыңыз
<variant>диастолалық шу
<variant>систолалық шу
<variant>2 қабырға арасындағы систолалық діріл
<variant>2 тонның кушеюі
<variant>систолалық және диастолалық шу
<question>Жастық кезең, созылмалы тонзиллит, кезенді артралгия, субфебрилитет, физикалық жүктеме кезіндегі ентігу, ал аускультацияда: жүрек ұшында үш мүшелі ырғақ, қатты дыбысты бірінші тон, жүрек ұшындағы диастолалық шу тән ақауды табыңыз
<variant>митралді стенозға
<variant>аорталді стенозға
<variant>аорта жеткіліксіздігіне
<variant>қосарланған митралді ақауға
<variant>митралді жеткіліксіздікке
<question>Науқас 36 жаста, бас ауыруына, бас айналуына, талуға шағымданады. Объективті: жүрек табанында, төстің оң жағында систоланың ортасында ең жақсы естілетін дөрекі систолалық шу, мойын тамырларына өткізіледі. Вальсальва сынамасында шу азаяды және және тыныс алғанда өзгермейді ЭКГ: сол қарыншаның гипертрофиясы. Рентгенде: жүректің конфигурациясы «жүзген үйрек» тәрізді. тиімді тактика:
<variant>Қолқалық қақпақшаны протездеу
<variant>Медикаментозды ем
<variant>Митралды комиссуротомия

<variant>Трикуспидальды қақпақшаның пластиксы
<variant>Митралды қақпақшаны протездеу
<question>Жиірек төстің сол жақ шетінен естілетін жоғары жиіліктегі, үрлемелі диастолалық шу, науқастың алға қарай кішкене еңкейіп отырған кезінде естілуі тән ауру тағайындаңыз
<variant>аорталды қақпақшаның жетіспеушілігіне
<variant>аорта қуысының стенозында
<variant>митралды қақпақшаның жетіспеушілігіне
<variant>сол жақ атриовентрикулярлы тесіктің стенозы
<variant>оң жақ атриовентрикулярлы тесіктің стенозы
<question>24 жастағы жасөспірім ентігуге, басының қатты ауыруына, көз алдындағы қара нүктелердің болуына, аяғының ұйю сезіміне, жылдам шаршағыштыққа шағымданады. Объективті қарағанда: білек артериясында пульс кернелген, жылдам, сан артерияларында әлсіз, аз кернеулі. Қолындағы АҚ 170/90 мм с.б., аяғында 100/70 мм с.б. паравертебралды аймаққа берілетін, жүрек ұшында және Боткин-Эрба нүктесінде әлсіз систолалық шу. Аталған тәсілдердің ішінен диагнозды нақтылау үшін ең информативті әдісті тағайындаңыз
<variant>Кеуде қуысының рентгенографиясы
<variant>Бастың рентгенографиясы
<variant>Электрокардиограмма
<variant>Магнитті резонанс
<variant>Фонокардиография
<question>Науқас 31 жас, тез шаршағыштыққа, физикалық жүктеме кезіндегі ентігуге, аяқтағы ісінуге шағымданды. Балалық шағында миокардит шабуылды басынан өткізген. Объективті: жүрек тоны тұйықталған, ритм дұрыс, жүрек ұшында систолалық шу, аяқтағы ісіну. тиімді тағайындау:
<variant>Доплерэхокардиография
<variant>Коронарография
<variant>Электрокардиография
<variant>Электромиография
<variant>Компьютерлік томография
<question>34 жасар науқас, ауруханаға физикалық күштемеге байланысы жоқ жүрек маңындағы ауырсынуға, ентігуге, жүрек маңындағы іркілікке, аяқтарының ісінуіне шағымдарымен түсті. Анамнезінде ұзақ уақыт бойы ішімдік ішеді. Аптасына 2-3 рет 500-700г арақ ішеді. Әсіресе соңғы жыл бойы ішімдікті көп қабылдайды. Тексеру кезінде жүрек жақтан өзгерістер анықталды. Жүрек шекараларының солға кеңеюі, ЭКГ-да электрлік осі өзгермеген, атриовентрикулярлы өткізгіштіктің бәсеңдеуі (PQ

- 0,28с), кеуде бөліктерінде ST сегментінің төмендеуі, V4-V6 бөліктерде екі фазалы Т тісшесі. ЭхоКГ-да – сол жақ қарынша миокардының жиырылу қабілеттілігінің төмендеуі. Сіздің диагноз:

<variant>алкогольді кардиомиопатия
<variant>миокардит
<variant>идиопатиялық гипертрофиялық кардиомиопатия
<variant>жүректің ишемиялық ауруы
<variant>жүрек ақауы

<question>Науқас 54 жаста мектепте тарих пәнінің мұғалімі болып істейді, анамнезінде жіті миокард инфаркті, жүрек жетіспеушілігінің І дәрежесінің белгілері анықталған. Еңбекке жарамдылығы дәрежесі туралы сұрақ шешімі:

<variant>еңбекке жарамды
<variant>мүгедектіктің І тобы
<variant>мүгедектіктің ІІ тобы
<variant>мүгедектіктің ІІІ тобы
<variant>2-3 күн еңбекке жарамсыз

<question>Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің диагностикасында және емінің тиімділігін бағалау үшін биологиялық маркер ретінде қолданылатын зерттеу тағайындаңыз

<variant>натрий уретикалық гормон
<variant>катехоламин
<variant>кортикостероид
<variant>креатинфосфокиназа
<variant>лактатдегидрогеназа

<question>Науқаста жүрек жеткіліксіздігіне күдіктенген жағдайда анықтау қажет көрсеткішті анықтаңыз

<variant>натрий уретикалық пептид (BNP/NT.proBNP)
<variant>креатинкиназа
<variant>ашқарынға глюкоза көлемі және гликирленген гемоглобин HbA1c
<variant>креатинин және бүйрек функциясы
<variant>ашқарынға липидті профиль

<question>Жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, қосарланған митралді ақауы диагнозымен бақыланып жүрген науқаста кенеттен демікпе ұстамасы пайда болды. Объективті: ортопноэ қалпы, ТЖ 36 рет минутына, өкпенің төменгі бөлігінде майда көпіршікті ылғалды сырылдар , ЖСЖ 120 рет минутына, АҚҚ 110/70 мм сынап бағанасымен. Осы асқынудағы негізгі патогенетикалық механизм:

<variant>кіші қан айналым шеңберіндегі іркіліс
<variant>үлкен қан айналым шеңберіндегі іркіліс
<variant>бронхоспазм
<variant>тәждік тамырдың спазмы
<variant>перифериялық тамырдың спазмы

<question>Қан айналым жеткіліксіздігінің І стадиясының негізгі емдеу жолы болып табылады:

<variant>Салмақты қалыпқа келтіру және тұзды қолдануды шектеу
<variant>Жүрек гликозидтерін тағайындау
<variant>Диуретиктерді тағайындау
<variant>Антикоагулянттарды тағайындау
<variant>Иммуномодуляторларды тағайындау

<question>Жыбыр аритмиясының тахисистолиялық формасымен, айқын перифериялық ісінумен бірге қан айналым жеткіліксіздігі кезінде ең алдымен тағайындалатын препараттар

<variant>Жүрек гликозидтерін
<variant>Диуретиктерді
<variant>Перифериялық вазодилататорларын
<variant>Антиагреганттарды
<variant>АПФ ингибиторларын

<question>Созылмалы ревматикалық ауруы бар 35 жастағы науқаста анықталды: ортопноэ, акроцианоз, жанындағы төменгі бөліктерде дыбыссыз ылғалды сырылдар; қолтық астына берілетін, жүрек ұшында дөрекі пансистолалық шу; тахиаритмия, бауырдың ұлғаюы, аяғында ісіктер. Ең қолайлы тактика:

<variant>Диуретиктер
<variant>Кортикостероидтар
<variant>Бета-адреноблокаторлар
<variant>Кальций антагонистері
<variant>Физиотенз

<question>Негізінде уақытша пайда болған жүрек ритмінің бұзылысын диагностикалауға, сонымен қатар, 1-2 тәулік ішінде ЖИА бар науқастардың ЭКГ-да ишемиялық өзгерістерді анықтауда қолданылатын тәсілді анықтаңыз

<variant>Холтер бойынша мониторинг
<variant>Тредмилметрия
<variant>Дозаланған жаяу жүру бағамы
<variant>Текпішек сынама
<variant>Велоэргометрия

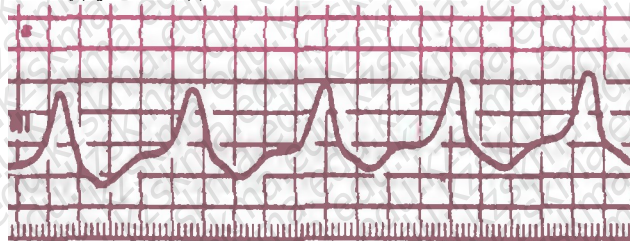
<question>55 жастағы ер кісі баспалдақпен бір этажға көтерілгенде және 150-200 м жүргенде пайда болатын, сол қолына берілетін күйген тәрізді ауырсынуға шағымданады, изокет-спрей қолданғанда ауырсыну басылады. Об-ті қарағанда: жүрек тондары тұйықталған, ритмі бірен-саран экстрасистоламен бөлінеді. ЭКГ-да сол қарынша гипертрофиясы белгілері. Стандартты терапия тағайындалған, бір айдан кейін стенокардияның толығымен қайтқаны байқалады. Физикалық жүктемеге толеранттықтың өсуін анықтау үшін ең информативті әдісті белгілеңіз

<variant>Велоэргометрия
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Рентгенография
<variant>Коронарография
<variant>Электркардиография

<question>Синусты түйін әлсіздігімен жүретін жүрек ырғағы бұзылыстарына жатпайды:
<variant>тыныс аритмиясы
<variant>жүрекше бойымен ырғақ ошағы миграциялануы
<variant>асистолия
<variant>тахибрадикардия синдромы
<variant>конституционалдық ерекшеліктер
<question>56 жастағы әйел клиникаға зерттеуден өту үшін түсті. Анамнезінен: бір жыл бұрын менструалды қызметтің бұзылуы пайда болған (бөлінділер ретсіз, аз мөлшерде, кейде 2-3 айға дейін жоғалып кетумен), сол кезде ақ қанның шапшаңдығы (приливы), жоғары терлегіштік, ұйқысыздық, ашуланшақтық, басының ауыруы, бір немесе бірнеше сағатқа созылатын жүрек ұшының ауырсынуы мазалайтын, физикалық күштемемен байланыссыз. АҚ – 140/90-150/90мм сб. ЭКГ: кеуде тіркемелерінде теріс Т тісшесі бар. Емдеу кезінде патогенетикалық дәлелденген препарат:

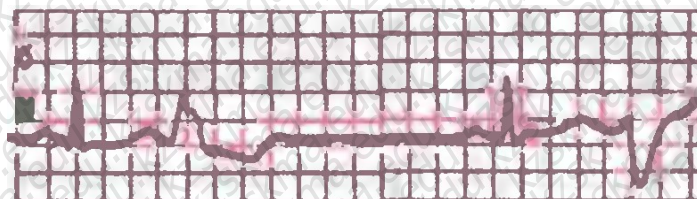
<variant>Эстрогендер
<variant>Дигоксин
<variant>Фуросемид
<variant>Нитроглицерин
<variant>Эуфиллин

<question>71 жасар науқас жүрек қағу ұстамаларына, бас айналуына шағымданады. Анамнезінде көп жылдар бойы артериальді гипертензиямен зардап шегеді. ИБС, өткерілген миокард инфаркті. Объективті: жүрек аускультациясында I тон шапалақ шув, II тон бәсеңдеуі. ЭКГ-де:



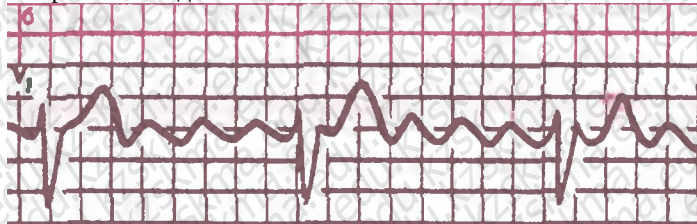
Емдеу әдісін таңдаңыз:

<variant>Лидокаин енгізу
<variant>Электрлік дефибриляция жүргізу
<variant>Электрокардиостимуляцияжүргізу
<variant>Жүрек гликозидтерін енгіз
<variant>Изоптин енгізу
<question>Ұзарған QT интервалы синдромы бар науқаста синкопалді жағдайдың туу себебі неде табыңыз
<variant>«пируэт» түріндегі қарыншалық тахикардия пароксизмі
<variant>нормосистолиялықжыбыр аритмиясы
<variant>синустық тахикардия
<variant>синустық брадикардия
<variant>жүрекшеаралық экстрасистолия
<question>ЭКГ- да тіркелген ритм бұзылысы:



<variant>Политопты қарыншалық экстрасистолия
<variant>Жүрекшелік экстрасистолия
<variant>Гис шоғыры оң аяқшасының толық блокадасы
<variant>Гис шоғыры сол аяқшасының толық блокадасы
<variant>Қарыншалар жыбыры
<question>Жүрек аневризмасының электрокардиографиялық белгілері болып табылатын дұрыс тұжырымды табыңыз
<variant>QS комплексі, монофазадағы Т тісшесімен «қатып қалған» көтеріңкі ST сегменті
<variant>Гис шоғырының оң аяғының толық блокадасы
<variant>Гис шоғырының сол аяғының алдыңғы сабағының блокадасы
<variant>Төмен вольтты ЭКГ
<variant>Кеуде тіркемелерінде терең теріс Т тісшесі

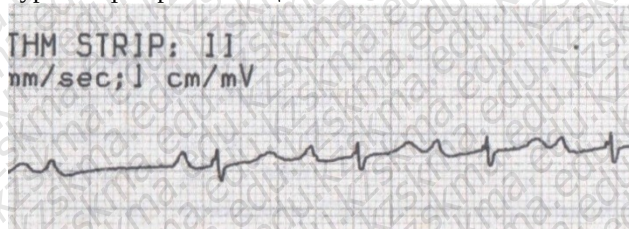
<question>74 жастағы науқас Д., жүрек тұсындағы ыңғайсыз сезімдерге, енгіуге шағымданады. Анамнезінде – көптеген жылдан бері жүрек ақауы ауырады. Объективті қарағанда: аяқтарында ісіну бар, аускультация кезінде жүрек тондары әлсіреген. ЭКГ-да:



Емдеу тактикасын таңдаңыз:

<variant>Кордаронды енгізу
<variant>Электрокардиостимуляция жүргізу
<variant>Электрлік дефибриляция жүргізу
<variant>Лидокаинды енгізу
<variant>Жүрек гликозидтерін енгізу
<question>II дәрежелі АВ-блокадасының Мобитц I түрінің ЭКГ-дегі белгілерін көрсетіңіз:
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<variant>Қалыпты ЖСЖ –де PQ интервалы 0,21 секунд және одан жоғарыға ұзаруы
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы тұрақты ұзаруы
<variant>P тісшесі мен кезекті QRS комплексі арасында өзара байланыс болмауы

<variant>Әр жүрек циклінде PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<question>II дәрежелі АВ-блокадасының Мобитц II түрінің ЭКГ белгілерін көрсетіңіз:
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы тұрақты ұзаруы
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<variant>Қалыпты ЖСЖ –де PQ интервалы 0,21 секунд және одан жоғарыға ұзаруы
<variant>P тісшесі мен кезекті QRS комплексі арасында өзара байланыс болмауы
<variant>Әр жүрек циклінде PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<question>III дәрежелі АВ-блокадасының ЭКГ дегі белгілерін көрсетіңіз:
<variant>P тісшесі мен кезекті QRS комплексі арасында өзара байланыс болмауы
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<variant>Қалыпты ЖСЖ –де PQ интервалы 0,21 секунд және одан жоғарыға ұзаруы
<variant>QRS комплексі жоғалуы кезеңдерімен PQ интервалы тұрақты ұзаруы
<variant>Әр жүрек циклінде PQ интервалы біртіндеп ұзаруы
<question>Гис шоғырының сол аяқшасының толық блокадасының ЭКГ белгілері:
<variant>Сол кеуде тіркемелерінде кеңейген ажыраған R тісшесі және оң кеуде тіркемелерінде кеңейген тісшеленген S тісшесі
<variant>өзгермеген QRS комплексі
<variant>сол кеуде тіркемелерінде кеңейген тісшеленген S тісшесі
<variant>оң кеуде тіркемелерінде QRS комплексі M-тәрізді ажырауы
<variant>барлық кеуде тіркемелерінде ST көтерілуімен кеңейген QRS комплексі
<question>65 жастағы науқас әйел жүрегі жиі соғу ұстамасымен. Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы тұжырым жасаңыз.



<variant>АВ-блокада II дәрежелі Мобитц I түрі
<variant>Жүрекшеішілік блокада II дәрежелі
<variant>АВ-блокада I дәрежелі
<variant>Толық АВ блокадасы III дәрежелі
<variant>АВ-блокада II дәрежелі Мобитц II түрі

<question>38 жастағы ер адам өзін жақсы сезінеді. Науқастың ЭКГ –дағы өзгерістер туралы тұжырым жасаңыз.



<variant>WPW синдромы
<variant>Синустық аритмия
<variant>Синустық брадикардия
<variant>Синустық тахикардия
<variant>Синустық түйіннің әлсіздік синдромы
<question>Науқас 56 жас ер адамның ЭКГ-да P-Q интервалы әр кезекті жүрек циклінде біртіндеп ұзарған және ең ұзын P-Q интервалынан кейін QRS комплексі түсіп қалған, кейін қайтадан қалыпты P-Q тіркеледі. ЭКГ-дағы өзгерістер сипаты бойынша тұжырым жасаңыз:
<variant>АВ блокада II дәрежелі Мобитц I түрі
<variant>АВ блокада I дәрежелі
<variant>АВ блокада II дәрежелі Мобитц II түрі
<variant>Гис шоғырының сол аяқшасының блокадасы
<variant>Гис шоғырының оң аяқшасының блокадасы
<question>Кеуде қаңқасында жедел түрде пайда болған ауырсыну салдарынан жүректің электрлік осінің оңға ығысуы, жүрекше комплексінің P-pulmonale типі түрінде өзгеруі, SI-QIII, T тісшесінің инверсиясы, Гис шоғыры оң аяқшасының толық емес блокадасы, сонымен қатар, ЭКГ тісшелері вольтажының төмендеуі (81 % науқаста) байқалатын ауруды көрсетіңіз
<variant>өкпе артериясының тромбоэмболиясында
<variant>бактериалды эндокардитте
<variant>миокард инфарктісінде
<variant>инфекциялық миокардитте
<variant>миокардиодистрофияда
<question>42 жастағы әйелді жоспарлы диспансерлік тексеру кезінде жалпы тәжірибелік дәрігер пульсі жиілеуі (ЖСЖ – минутына 120) және ырғағы бұзылуын, АҚҚ 150/80 мм сынап бағанасына дейін жоғарылауын байқады. Пациент өзін жақсы сезінеді, шағымдары жоқ. Белсенді түрде қойылған сұрақнамалар арқылы науқастың соңғы 4 ай ішінде 6 кг салмақ жоғалтқаны белгілі болды. Диагнозды нақтылау үшін ең алдымен жүргізу қажет зерттеу әдісі:
<variant>қандағы тиреотропты гормондарды анықтау
<variant>қалқанша безінің ультрадыбысты зерттеу
<variant>тәуліктік несептегі метанефриндер

экскрециясын анықтау
 <variant>электрокардиограмма
 <variant>бүйрекүсті бездерінің компьютерлік томографиясы
 <question> 39 жастағы науқас әйел К. салмағы жоғарылауын, тер бөлінуінің төмендеуін, беті ісінуін байқады. Ұзақ уақыттан бері созылмалы тонзиллитпен ауырады. Объективті: бойы-158 см, салмағы-89 кг. Стриялар жоқ, айқын гиперкератоз. Беті ісініңкі, көз саңылаулары ісінгеннен кішірейген. ЖСЖ- минутына 56. АҚҚ-100/70 мм сынап бағанасымен. БҚА: қандағы глюкоза - 3,3 ммоль/л, сарысу белоктарымен байланысқан йод - 300 ммоль/л. Науқасты емдеудің тактикасы:
 <variant> тиреодиты препараттармен терапия
 <variant> витаминотерапия
 <variant> несеп айдаушы препараттар
 <variant> қабынуға қарсы терапия
 <variant> субкалориялы диета тағайындау
 <question> Грипп кезінде жүктіліктің I триместрінде аптасынан бастап жүкті әйелдерге қолдануға болатын вирусқа қарсы препарат (С деңгейдегі):
 <variant> осельтамивир
 <variant> римантадин
 <variant> арбидол
 <variant> анаферон
 <variant> лавомакс
 <question> Патогенді анықтағанша ауруханадан тыс пневмонияның тиімді антибактериалды емі үшін тағайындаған дұрыс препаратты атаңыз
 <variant> Ровамицинді
 <variant> Гентамицинді
 <variant> Тетрациклинді
 <variant> Бисептолды
 <variant> Кефзолды
 <question> 26 жастағы әйел дәрігерге қиын бөлінетін кілегейлі іріңді сипаттағы қақырықпен жөтелге, дене қызуы 37° градусқа жоғарылауына шағымдалып қаралды. Суықтағаннан соң жіті ауырған. Сол жақ жауырын асты аймақта құрғақ жөтелдер естіледі. Жалпы қан анализі өзгеріссіз. 8 .10 апталық жүктілігін ескере отырып тағайындаған дұрыс.
 <variant> ампициллин
 <variant> гентамицин
 <variant> азитромицин
 <variant> доксициклин
 <variant> ципрофлоксацин
 <question> Жедел пневмониямен ауырған реконвалесценттер диспансерлік есепте тұрады клиникалық хаттама бойынша
 <variant> 6 ай бойы
 <variant> 10 ай бойы
 <variant> 2 жыл
 <variant> 1 жыл

<variant> өмір бойы
 <question> 66 жастағы науқас 30 жылдан бері бронхэктаз ауруымен ауырады. Соңғы екі жылда ісінулер, АҚ айқын жоғарлауы қосылған. Жалпы жағдайы ауыр емес. Зәрде: айқын протеинурия анықталады. Қосымша тағайындалатын препарат:
 <variant> колхицин
 <variant> фуросемид
 <variant> эналаприл
 <variant> курантил
 <variant> преднизолон
 <question> Автомобильді авариядан зардап шеккен 36 жастағы ер кісіге өмірдің көрсеткіштер бойынша спленэктомия жасалған. Шеберханада автослесарь болып жұмыс жасайды, соңғы жыл ішінде екі рет пневмониямен ауырған. Инфекциялық асқынулардың даму қаупін төмендету үшін бұл науқасқа ем шаралары:
 <variant> Поливалентті пневмококкты вакцинамен вакцинация
 <variant> Антистафилококкты иммуноглобулиннің жыл сайынғы курстары
 <variant> Превентивті антибактериалды терапия
 <variant> Листерия және бруцеллезден вакцинация
 <variant> Интерферонотерапияның жыл сайынғы курстары
 <question> 68 жастағы науқас үдемелі дамиды енгізуге шағымданады. Зерттеулерде: ЭТЖ–52 мм/сағ. Рентгенограммада –плевра қуысында сұйықтық анықталды. Пункция кезінде 900 мл геморрагиялық сұйықтық алынған. 2 күннен кейін плевральды қуысына қайтадан сұйықтық жиналған. Диагнозды нақтылау үшін тиімді зерттеу әдісін анықтаңыз:
 <variant> эксудаттың цитологиялық зерттеулері
 <variant> трансбронхиальды пункция
 <variant> магнитті резонансты томография
 <variant> онкомаркерге тексеру
 <variant> компьютерлі томография
 <question> Қантты диабетпен ауыратын 47 жасар науқаста пневмонияны емдеу кезінде шырышты, іріңді қақырықты жөтелге, қалтырау мен дене қызуының жоғарылауына шағымдар қайта пайда болды. Аускультативті: аз мөлшерде тұрақты емес құрғақ және ылғалды сырылдар. R – грамма: өкпе түбірі аймақтарында өкпе суреті күшейген және миграцияланатын ошақты инфильтрация. Қақырықты зерттеуде Candida анықталды. Аталған препараттардың науқасқа тағайындағаны дұрыс:
 <variant> Флюконазол
 <variant> Лазолван
 <variant> Цефазолин
 <variant> Тималин
 <variant> Преднизолон

<question>72 жастағы ер адам созылмалы маскүнемдік және ӨСОА ауырады, қиын бөлінетін тұтқыр күйік ет иісті қақырықты жөтелге шағымданады түрі кара желе түсті. Об.ті: айқын интоксикация, ентігу, өкпесінде аздаған сырылдар. Рентгенде «жайылған ара ұясы тәрізді өкпе» феномені, көптеген бронхоэктаздар, қалдық қуыстар, пневмосклероз. Бұл жағдайда аурудың қоздырғышы:

- <variant>Клебсиелла
- <variant>Хламидиялар
- <variant>Микоплазма
- <variant>Тұмау вирусы
- <variant>Ішек таяқшасы

<question>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы және жүректің өткізгіштік жүйесінің блокадасы кезінде қолдануға болмайтын препараттар тобы анықтаңыз

- <variant>бета адреноблокаторлар
- <variant>диуретиктер
- <variant>кальций антагонисттері
- <variant>ангиотензин рецепторларының блокаторлары
- <variant>ангиотензинге айналдырушы фермент ингибиторлары

<question> 28 жасар науқаста диареямен қосарласқан, ішінің ұстама тәрізді ауырсыну аясында алғаш рет қақырықты жөтелмен тұншығу ұстамасы пайда болды. Ұстама кезінде бетінің гиперемиясы, өкпеде көптеген құрғақ ысқырықты сырылдар байқалды. Диагнозды нақтылауда ақпаратты әдіс:

- <variant> Фибробронхоскопия
- <variant> Бронхография
- <variant> Өкпенің рентгенографиясы
- <variant> Спирография
- <variant> Пикфлоуметрия

<question> 49 жастағы ер адам түнгі уақытта пайда болатын тыныс шығарудың қиындауымен демікпе ұстамасына, қашықтықтан естілетін ысқырықты сырылдарға шағымданады.

Объективті: аускультация кезінде патологиялық шуларсыз везикулярлы тыныс. Тыныс алу жиілігі минутына 20 рет. Бронхоскопия кезінде жоғары тыныс алу жолдарының кілегей қабатының ісінуі және гиперемиясы анықталған. ФГДС.да: өңештің үштен бір бөлігінің маңайында біріккен эрозиялар, гиперемия. Бронхообструкцияның себебі:

- <variant>Гастроэзофагеалді рефлюксті ауру
- <variant>Бронхдемікпесі
- <variant>Трахеобронхиалді дискинезия
- <variant>Жүрек демікпесі
- <variant>Паразитоз

<question> 26 жасар ер адам түйіршіктелген қақырықпен ұстамалы жөтелге, демікпеге, қан қақыруға шағымданды. Спелеологиялық

экспедициядан кейін ауырды. Қан анализінде:лейк -12 * 1012 ., эозинофилдер .15%, ЭТЖ . 70 мм/сағ. Қақырықта: дөңгеленген, дөңгешікті және пигменттелген саңырауқұлақ денешіктері (Asp. Fumigatus) анықталды.

Рентгенограммада: көптеген ұсақ ошақты инфильтраттар, жекелеген ірі айқын шекарасыз тығыз инфильтративті дақтар. Емдеу жоспарына қосу тиімді болып табылатын препарат:

- <variant>Вориканозол
- <variant>Будесонид
- <variant>Амоксиклав
- <variant>Таваник
- <variant>Актинолизат

<question>Дәрігерде жүктілік бойынша тіркеуде тұрған әйелде осыған дейін шағымдары болмаған, өкпе, жүрек, құрсақ қуысындағы органдар жағынан өзгерістер анықталмаған. АҚҚ 120/80 мм сынап бағанасымен. 20 апталық мерзімде жалпы қан және несеп анализдері өзгеріссіз болған. Бүгін дәрігерге әлсіздік, бас ауруы,

аяқтарында ісінуге шағымданып қаралды. Бұл шағымдар екінші күн мазалайды. Тексергенде: 22 апталық жүктілік, аяқтары ісінген, АҚҚ 160/110 мм сынап бағанасымен. Жалпы несеп анализінде: белок 3г. сіздің тактикаңыз:

- <variant>магний сульфат вена ішіне енгізу, жедел жәрдем арқылы ауруханаға жатқызу
- <variant>допегит ішкізу, амбулаторияда бақылау
- <variant>күндізгі стационар жағдайында емдеу
- <variant>үй жағдайында бақылау
- <variant>шұғыл жүктілікті үзу

<question>42 жастағы науқас артериалды гипертензия бойынша емделді. Эндокринологқа жіберілгенде Конн синдромы анықталды. Диагноз қою үшін қажетті белгілер:

- <variant>Жоғары диастолалық қысым, жалпы әлсіздік ұстамасы, полидипсия, парастезиялар, гипокалиемия, гиперальдостенурия
- <variant>Систолического АҚҚ жоғарылауы, диастолалық АҚҚ төмендеуі
- <variant>АҚҚ жоғарылауы, гипергликемия, глюкозурия

<variant>Пароксизмальды гипертензия
<variant>Тахикардия, гипергликемия, лейкоцитоз
<question>Жүктілік және бүйрек артерияларының екіжақты стенозы кезінде қолдануға болмайтын препараттар тобы:

- <variant>ангиотензинге айналдырушы фермент ингибиторлары
- <variant>диуретиктер
- <variant>кальций антагонисттері
- <variant>орталықты әсерлі препараттар
- <variant>бета.адреноблокаторлар

<question> 35.жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге бас ауруына, жүрегі айнуына, жүрек тұсында қысып ауырсынуға шағымданып

қаралды. 28 апталық жүктілік. 3 жыл бойы артериялық гипертензиямен диспансерлік бақылауда тұрады. Жедел жәрдем шақырылған. АҚҚ 180/95 мм сынап бағанасымен. Тексергенде: тырысу, аяқтары ісінуі. Ауруханаға жатқызылған. Несеп анализінде: белок 3 г/тәулігіне.

Антигипертензивті терапияға төзімділік байқалады. Дәрігердің тактикасы:

<variant>шұғыл тудырып алу

<variant>консервативті ем

<variant>динамикасын бақылау

<variant>күту тактикасы

<variant>деңгейі жоғарырақ орталыққа жатқызу

<question>Преэклампсияның ауыр дәрежесіндегі

гипертензия емінде таңдаулы препарат

тағайындаңыз

<variant>нифедипин

<variant>допегит

<variant>пентамин

<variant>натрий нитропруссиді

<variant>гигроний

<question>Преэклампсия кезінде тырысуға қарсы

таңдаулы препарат ... болып табылады

<variant>магний сульфаты

<variant>диазепам

<variant>папаверин гидрохлориды

<variant>нифедипин

<variant>финлепсин

<question> Науқас 40 жаста. Айқын бұлшықет

әлсіздігі, бұлшықеттердің тырысуы,

парестезиялар анықталады. АҚҚ 180/100 мм с.б.б.

Экстрасистолия типі бойынша ритмнің бұзылуы.

ЭКГ.да – барлық тіркемелерде Т тісшесі теріс

мәнді. Несеп анализінде. изостенурия, сілтілік

реакция. Артериялық гипертензияның себебі:

<variant> біріншілік альдостеронизм

<variant> феохромоцитома

<variant> эссенциалді артериялық гипертензия

<variant> бүйрек артерияларының

фибромускулярлық дисплазиясы

<variant> созылмалы гломерулонефрит,

гипертониялық форма

<question> АГ кезінде ААФ ингибиторларын

тағайындауға қарсы көрсеткіш болып табылады:

<variant>гиперкалиемия

<variant>жүрек жеткіліксіздігі

<variant>сол жақ қарыншаның дисфункциясы

<variant>миокард инфарктінен кейінгі жағдай

<variant>диабеттік нефропатия

<question> 52 жастағы ер адамға холтерлік

мониторлау кезінде вазоспастикалық

стенокардия диагнозы қойылды. тиімді

фармакотерапияға жатады:

<variant>Кальций антагонистері

<variant>Нитраттар

<variant>Бета.блокаторлар

<variant>ААФ ингибиторлары

<variant>Антикоагулянттар

<question>46 жастағы ер адам соңғы уақытта

15.20 минутта өздігінен қоятын төсартының

ауырсынуынан оянатын болды. Ауырсыну кезінде

ЭКГ түсіргенде кеуде тіркемелерінде ST

сегментінің көтерілгені тіркелді. Эргометринмен

сынамада оң нәтиже алынды. Осы патологияда

патогенетикалық әсері үшін қолданылатын

препараттарды атаңыз

<variant>Кальций антагонисттері

<variant>Нитраттар

<variant>В.блокаторлары

<variant>Деагреганттар

<variant>ААФ ингибиторлары

<question>Ер адам 63 жаста наауқас дәрігер

қарауында Физикалық жүктемеден соң енгіуге

шағымданады. 4 ай бұрын ірі ошақты сол

қарыншаның артқыбүйірлік қабырғасының

миокард инфарктісімен ауырған. Объективті:

жүрек тондары әлсіреген, ритм бұзылған, ЖСЖ

минутына 78 рет, АҚҚ 120/80 мм сынап

бағанасымен. Бауыр 10x8x7 см. Қанда:

эритроциттер 4,5 x 10¹²/л, Нв 137 г/л,

лейкоциттер 4,5x10⁹/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. ЭКГ:

синустық ритм кезектен тыс PQRS

комплекстерімен үзіледі (QRS 11 секундтан ұзақ

емес), сол қарыншаның артқыбүйірлік

қабырғасының тыртықты өзгерісі. ЭКГ

қорытындыңыз:

<variant>жүрекшелік экстрасистолия

<variant>синустық тахикардия

<variant>жүрекшелік фибрилляция

<variant>қарыншалық тахикардия

<variant>қарыншалық бигеминия

<question> Сол жақта ІІ қабырғаарлықта үздіксіз

систола.диастолалық шу анықталған жүкті әйелді

зерттеу кезінде ЭКГ – да сол қарыншаның

күштену белгілері анықталды. Рентгеноскопияда:

өкпе суретінің күшеюі, өкпе артериясы

доғасының дөңестенуі, өрлеу аортасының

пульсациясы, сол қарыншаның және жүрекшенің

кеңеюі. Сіздің диагноз:

<variant>Артериялық өзектің бітпеуі

<variant>Эбштейн аномалиясы

<variant>Лютембаше синдромы

<variant>Аорта коарктациясы

<variant>Өкпе артериясының стенозы

<question> Жүктіліктің 20.шы аптасындағы әйел

дәрігерге енгіуге, әлсіздікке, тез

шаршағыштыққа, бастың шайқалуына

шағымданып қаралды. Зерттеу кезінде жоғары

пульстік қысым, екі еселенген Траубе тоны және

тамырда Дюрозье шуы.Сіздің диагнозыңыз:

<variant>аорта қақпақшасын жеткіліксіздігі

<variant>жүректің митралді ақауы

<variant>үшжармалы қақпақша ақауы

<variant>аорта саңылауының стенозы

<variant>туа біткен жүрек ақауы
<question>Бірнеше жыл бұрын пайда болған гипертрофиялық кардиомиопатиясы бар науқаста талу ұстамалары пайда болды. ЭКГ де 6 ай бұрынғы ЭКГ мен салыстырғанда динамикада өзгерістер болмады. Келесі міндетті түрде жасалынатын диагностикалық әдісті тағайындаңыз
<variant> ЭКГ тәуліктік мониторингі
<variant> Эхокардиография
<variant> Бас миы компьютерлік томографиясы
<variant> Коронароангиография
<variant> Қан ферменттерін талдау
<question> 32 жасар ер кісі кезеңді түрде жүрек қағуына, есін жоғалтуына, естен тануға дейінгі бас айналуына, ауа жетпеу сезіміне, енгіуге шағымданады. ЭКГ де: P.R қысқаруы (120 мс аз), дельта.толқынының пайда болуы, QRS комплексінің тарылуы, QRS комплексінің дискорданттылығы. ST сегментінің, T тішесінің өзгеруі. Келесі тексеру әдісін анықтаңыз:
<variant>ЭКГ тәуліктік мониторингі
<variant>Эхокардиография
<variant>Вентрикулография
<variant>Коронароангиография
<variant>Тредмил.тест
<question> 18 жасар жасөспірім кезеңді түрде пайда болатын жүрек жиі соғуына, синкопалді жағдайға шағымданады. Тыныштықтағы ЭКГ де өзгеріс жоқ. Бас миы компьютерлік томографиясында өзгеріс жоқ. Эхокардиография қалыпты жағдайда. Синкопе диагностикасын жүргізудегі зерттеу тәсілі:
<variant>Холтерлік ЭКГ мониторингі
<variant>Өңеш арқылы эхокардиография
<variant>Вентрикулография
<variant>Жүректің өңеш арқылы электростимуляциясы
<variant>Жүрекшілік электрофизиологиялық зерттеу
<question> 28 жастағы науқас жүректің жиі соғу ұстамаларына және төс артындағы қысу сезіміне, естен тану кезеңдеріне шағымданумен кардиология бөлімшесіне жатқызылды. Объективті: дене бітімі астениялық, жүрек тондары аздап тұйықталған, ырғақты. ЖСЖ – минутына 88 рет. АҚҚ – 90/60 мм с.б.б. ЭКГ. ST V₂.V₃ сегментінің элевациясы. Тропонин Т өзгермеген. Диагнозды нақтылауда деректі зерттеу әдісі:
<variant>Тәуліктік ЭКГ мониторингі
<variant>Эхокардиография
<variant>Вентрикулография
<variant>Коронароангиография
<variant>Велоэргометрия
<question>41 жасар науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге дене температурасының 39°C –қа дейін

көтерілуіне, қалтырауға, терлегіштікке, буынындағы ауру сезіміне, бас ауруына шағымданып қаралды. Осы шағымдар бір апта бұрын, жануарлардың жүндерін өңдегеннен кейін пайда болды. Объективті: тамақтануы төмен, тері жабындылары өңсіз, ұстағанда ыстық. Тізе –балтыр буындары ісінген, пальпацияда ауру сезімді, қимыл. қозғалысы шектелген.Сіздің диагнозыңыз:
<variant>бруцеллез
<variant>токсоплазмоз
<variant>брюшной тиф
<variant>қызылжар
<variant>инфекционды мононуклеоз
<question>26 жасар науқас жалпы тәжірибелік дәрігерге дене температурасының 39°C –қа дейін көтерілуіне, қалтырауға, терлегіштікке, буынындағы ауру сезіміне, бас ауруына шағымданып қаралды. Осы шағымдар бір апта бұрын, жануарлардың жүндерін өңдегеннен кейін пайда болды. Объективті: тамақтануы төмен, тері жабындылары өңсіз, ұстағанда ыстық. Тізе –балтыр буындары ісінген, пальпацияда ауру сезімді, қимыл. қозғалысы шектелген. Клиникалық протоколға сүйене отырып науқасқа антибиотиктер комбинациясын тағайындаңыз:
<variant>ципрофлоксацин + рифампицин
<variant>ампициллин + линкомицин
<variant>ровамицин + гентамицин
<variant>гентамицин + ампициллин
<variant>линкомицин + гентамицин
<question>22 жасар жүкті әйел ЖТД дәрігерге арқадағы ауру сезіміне, жиі зәр шығаруға шағымданып келді. 5 жыл бұрын босанғаннан кейін арқадағы ауру сезімі, қызба, дизурия мазалады.Объективті: температура 37°C, ұрғылау сиптомы екі жақты оң. Қанда: лейкоциттер – 10,1 мың, ЭТЖ – 20 мм/сағ..Зәр анализі: салыст. твғ .1005, белок – 0,033 г/л. Лейкоциттер көру алаңында жайылған., зәр бактериялық себуінде хламидия анықталды. Клиникалық протоколға сүйене отырып науқасқа тағайындау жасаңыз:
<variant>джозамицин
<variant>азитромицин
<variant>кларитромицин
<variant>рокситромицин
<variant>мидекамицин
<question>Науқас 25 жаста. Өмір анамнезінде - опиоидты есірткілік заттарды бір жылдан бері қолданған. Дене температурасының 39°C жоғарылауы, қалшылдау, болмашы физикалық күш түскенде болатын енгікпе, тәбетінің болмауы шағымдарымен түскен. Бір айдан бері өзін ауру санайды. Қарау кезінде: терісі сарғайған, солғайн тартқан, аяқтарында петехиалды бөртпелер. Өкпесінде - аздаған шамада ылғалды сырылдар. Жүрек тондары дыбыссыз, үш жармалы клапан

проекциясында систолалық шу, ЖЖЖ минутына 106 рет, АҚ -120/40 мм сынап бағаны. Бауыры қабырға доғасынан 5 см-ге шығып тұр, пальпацияда ауырады. Сирақтарының ісінуі.

Сіздің диагноз:

<variant>Жұқпалы эндокардит

<variant>Пневмония

<variant>Миокардит

<variant>Бауыр циррозы

<variant>Ревмокардит

<question>Қабылдау бөліміне айқын еңтігуге, жүрек қағысына шағымданып науқас түсті.

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің ажырату диагностикасында қай зертханалық маркер көмектеседі анықтаңыз

<variant> қан сарысуындағы милық

натрийуретикалық пептидтің мөлшері

<variant> қан сарысуындағы натрийдің мөлшері

<variant> қан сарысуындағы креатинин мөлшері

<variant> қан сарысуындағы бауыр

сынамаларының мөлшері

<variant> қан сарысуындағы тропонин мөлшері

<question>Ер адам 55 жаста, Д есепте тұрады,

диагнозы: кернеулі стенокардия . Кардиологқа

стенокардиялық ұстамалардың жиілеуіне,

нитраттардың тиімділігінің төмендеуіне,

физикалық жүктемеге төзімділіктің төмендеуіне

шағымданды. диагнозын көрсетіңіз:

<variant> Үдемелі стенокардия

<variant> Алғаш туындаған стенокардия

<variant> Вазоспазмдық стенокардия

<variant> Кернеулі стенокардия

<variant> Инфаркт миокарда

<question>52 жастағы емделуші миокард

инфарктіне байланысты қалалық ауруханада

жатыр, 10 -тәулікте кеудесі қатты ауырып, еңтігу

пайда болды. Объективті тексеру кезінде: цианоз,

аяқтарының веналары варикозды кеңейген. АҚ –

90/60 мм.сын. бағ.ЭКГ-да: II, III, avF

өткірұштыжалғамы және V1, 2 - ші екі

фазалыжалғам; v5,6-шы амплитудасымен s

ұлғаюы; жүректің электр осінің оңға бұрылуы.

Бұл пациентте орын алған асқынуды көрсетіңіз

<variant> тромбозмболия

<variant> вазоспазмдық стенокардия

<variant> жіті миокардит

<variant> бронх демікпесі ұстамасы

<variant> миокард инфаркті, өкпенің ісінуімен

асқынған

<question>Ер адам 60 жастағы, анамнезінде

инсульт, қант диабеті бар. SCORE шкаласы

бойынша 10 жылдық риск - $\geq 10\%$.

Антигипертензивті терапияны қабылдайды.

Ауруды басқару бағдарламасына қатысады.

«Медициналық-санитариялық алғашқы көмек

көрсету ережелері мен алғашқы медициналық-

санитарлық көмек ұйымдарына қосылу

ережелеріне» сәйкес (2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрық) сәйкес осы науқасқа БМСК дәрігерлік тексеруден өту жиілігі:

<variant>3 айда 1 рет

<variant>1 айда 1 рет

<variant>2 айда 1 рет

<variant>6 айда 1 рет

<variant>12 айда 1 рет

<question>53 жастағы әйел, анамнезінде асқазан

жарасы. Артериялық гипертензия бойынша

антигипертензивті ем қабылдайды. Ауруларды

басқару бағдарламасына қатысады. 10 жылдық

SCORE көрсеткіші - ≥ 1 -ден $< 5\%$

дейін. «Медициналық-санитариялық алғашқы

көмек көрсету ережелері мен алғашқы

медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына

қосылу ережелеріне» сәйкес (2015 жылғы 28

сәуірдегі № 281 бұйрық) сәйкес осы науқасқа

БМСК дәрігерлік тексеруден өту жиілігі:

<variant>3 айда 1 рет

<variant>1 айда 1 рет

<variant>2 айда 1 рет

<variant>6 айда 1 рет

<variant>12 айда 1 рет

<question>52 жастағы ер адам бір баспалдаққа

көтерілгенде және 150-200 м жүргеннен кейін

пайда болып, сол қолға иррадиацияланатын және

нитроглицерин қабылдағанда басылатын төс

артындағы күйдіріп ауру сезіміне шағымданады.

Объективті: Аускультациясында жүрек тондары

бәсеңдеген , ритмі бірен саран экстрасистоламен

үзіледі. ЭКГ де : сол қарынша гипертрофиясы .

Стандартты терапия тағайындалғаннан соң бір

айдан кейін стенокардия ұстамасы толық

жойылды. Физикалық жүктемеге

толеренттылықтың өзгерісін анықтау үшін

зерттеу әдісі:

<variant>Стресс - эхокардиография

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Рентгенография

<variant>Коронарография

<variant>Электрокардиография

<question>64 жастағы науқаста , бір ай бұрын

трансмуральді миокард инфарктін өткерген. Дәрі

дәрмектік ем қабылдап жатыр (бета-блокаторлар,

аспирин, АПФ ингибиторлары, нитраттар,

статиндер). Осы фонда бір айдан кейін

стенокардия ұстамалары қайта пайда болды,

науқас нитраттардың мөлшерін көтерді (кардикет

60 мг/тәу), бірақ әсері қысқа уақытқа және әлсіз

болды. Осы науқасты жүргізудің дұрыс

тактикасы:

<variant> ревааскуляризация тәсілін шешу үшін

коронарографияға жіберу

<variant>антиангинальді терапияны күшейту ,

кальций антагонисттерін қосу.

<variant>уақытша нитраттарды аластату (толеранттылықтың даму қаупі)
<variant>антиоксидантты әсерімен дәрілерді емге қосу

<variant>консервативті емдеу курсы қабылдау үшін госпитализациялау

<question>25 жыл бойы артериальді гипертензия, қант диабетімен ауыратын, бір жыл бұрын жайылған трансмуральді миокард инфарктысын өткерген 72 жастағы әйел кеуде артындағы басып ауыру сезіміне, енгіуге шағымданып келді. Қарағанда өкпесінде іркілісті сырылдар. Дәлелді медицинаның қағидаларына сай көрсетілген дәрілер:

<variant>Карведилол

<variant>Доксасозин

<variant>Анаприлин

<variant>Нифедипин

<variant>Корглюкон

<question>Бұрын инфаркт миокардын өткерген 63 жастағы ер адам енгіу және түнде болатын тұншығу ұстамаларына шағымданып ауруханаға жатқызылды. Тәуліктік ЭКГ мониторлауда миокардтың ауыру сезімсіз ишемия эпизодтары, қарыншалық пароксизмальды тахикардия анықталды. Науқаста жиі дамиды асқину:

<variant>Қарыншалық фибрилляцияға

<variant>Синкопе

<variant>Жүрекшелердің фибрилляцияға

<variant>Жүрекшелер дірілі

<variant>Жүрекшелік тахикардия

<question>Әйел 72 жаста, бір сағаттан астам уақытқа созылатын, изокет-спрейге басылмайтын төс артындағы ауру сезіміне, жүректің қағуына және жүрек соғуының жиілеуіне, енгіуге шағымданады ЭКГ: жүрекшелік , ҚСЖ 140 рет мин. STV2-V4 депрессиясы. Пароксизмальды аритмияны жоюға аталған препарат:

<variant>Амиодарон

<variant>Пропранолол

<variant>Дигоксин

<variant>Лидокаин

<variant>Верапамил

<question>Созылмалы ревматикалық жүрек ауруымен ауыратын 45 жастағы ер адам тыныштық кезіндегі айқын енгіуге, жүрек қағуына, әлсіздікке, аяқтарының ісінуіне шағымданады. Анамнезінде: 18 жасында ревматикалық жүрек ақауы, сол жақ атриоventрикулярлы тесіктің стенозы анықталған. ЭхоКГ- лақтыру фракциясы 38%, ЖСЖ 118 мин, АҚҚ 100/70 мм с.б. Ем тағаындаңыз

<variant>Ілмектік диуретиктерді

<variant>Осмотикалық диуретиктерді

<variant>ҚҚСД (НПВС)

<variant>Кальци антагонистын

<variant>Стероидтік препараттар

<question>Науқас 65 жаста, сол аяқтың терең веналарының тромбозымен, варфаринмен ұзақ уақыт ем ұсынылған. Варфарин мөлшерін коррекциялау үшін коагулограмма көрсеткішін көрсетіңіз:

<variant>МНО

<variant>ПТИ

<variant>АПТВ

<variant>D-димер

<variant>РФМК

<question>58 жастағы науқас жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, бас айналуға шағымданды.

Анамнезінен жиі естен тану, объективті: есі анық, бозарған, АҚ 100/70 мм с.б. Жүрек соғу жиілігі 45 мин. науқасты госпитализацияға дейінгі кезеңде жүргізілетін ем:

<variant>атропин

<variant>лидокаин

<variant>верапамил

<variant>дигоксин

<variant>новокаинамид

<question>Науқас Е., 70 жаста, жүрек қызметінің бұзылысына, жүрек соғуына, тез шаршағыштыққа, шамалы күш түскенде енгіуге, ісінуге, оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне шағымданады. Объективті: ортопноз, акроцианоз. Мойын тамырлары ісінген. Жүрек импульсі кеңейген. Жүрек тондары тұйықталған, аритмиялық, ЖСЖ минутына 110. Өкпесінде везикулярлы тыныс әлсіреген, төменгі бөліктерде екі жақтан естілмейтін ылғалды сырылдар байқалады. Бауыры ұлғайған, тығыз, орташа ауырсынады, беті тегіс, шеті сүйір. ЭКГ-да: тістердің төмен кернеуі, жүрекшелердің фибрилляциясы, сол жақ қарыншаның гипертрофиясы, реполяризация бұзылыстары.

НУНА (Нью-Йорк жүрек қауымдастығы) бойынша ХНК классификациясының сатысын көрсетіңіз.

<variant>атропин+ФК III

<variant>атропин+ФК I

<variant>атропин+ФК II

<variant>атропин+ФК IV

<variant>атропин+ФК 0

<question>Науқас К., 58 жаста, 10 жылдан астам созылмалы обструктивті бронхитпен Д есепте тұрады, соңғы 3 жылда АҚ 170/90 мм сын.бағ. дейін көтерілуі тіркелген. Осы науқаста артериялық қысымды түзету үшін қарсы көрсетілімдегі препарат тобы:

<variant>β-адреноблокаторлары

<variant>Диуретиктер

<variant>АПФ ингибиторлары

<variant>Нитраттар

<variant>Кальций антагонистері

<question>32 жасар әйел бастың шаншып ауруына, жүрек қағуына, қатты тершендікке, АҚ 200/110 мм сын.бағ. дейін қысқа мерзімді көтерілуіне, жиі зәр шығаруға шағымданады. Бір күн бұрын көлденең күйден тік күйге ауысқан кезде кенет есін жоғалтқан. Объективті: тамақтануы жоғарылаған, қысым 145/95 мм с.б.б. екі қолында пульс 90 минутына, жүрек тондары тұйық, ырғақты. УДЗ-де: бүйрек үсті бездерінің гиперплазиясы. Қандай препаратты тағайындаған тиімді

<variant>Атенолол
<variant>Лозартан
<variant>Верапамил
<variant>Пириндоприл
<variant>Дилтиазем

<question>Науқас М., 48 жаста, төс сүйегінің артында, сол жақ иыққа, төменгі жаққа, жауырын астына таралатын ауру сезіміне шағымданады. Қарап тексергенде: ісінбеген, жүрек аускультациясы – ритмі дұрыс, жүрек тондары тұйықталған, пульс – 92 рет минутына, АҚ – 110/80 мм с.б.б. ЭКГ: STV2-V4 сегментінің көтерілуі. диагностикалық зерттеу әдісі

<variant>Коронарография
<variant>Велоэргометрия
<variant>Вентрикулография
<variant>Эхокардиография
<variant>Позитронно-эмиссионная томография

<question>Науқас А, 58 жаста, артериялық қысымның (АҚ) 180/100 мм.с.б. дейін жоғарлануына, бас ауруына, басайналу, құлақтағы шуға шағымданады. Артериялық гипертензиямен 4 жыл шамасында ауырады. Тұқым қуалаушылық: анасында артериялық гипертензия мен қант диабет, әпкесінде артериялық гипертензия, семіздік >100 кг. Аз қозғалыстағы өмір салтын ұстанады, емдәм қолданбайды. Дене салмағы 76 кг, бойы 158 см, дене массасының индексі (ДСИ) 30,44 кг/м². бел шеңбері 102 см, жаңбас шеңбері 102 см, бел шеңберінің жаңбас шеңберіне қатынасы -1 тең. Осы жағдайда антигипертензиялық препараттар:

<variant>АПФ ингибиторлары
<variant>Бета – блокаторлар
<variant>Диуретиктер
<variant>Орталық әсері бар препараттар
<variant>Симпатолитиктер

<question>ЖТД (ВОП) дәрігерінің қабылдауында 56 жасар ер адам 200 м қашықтыққа жүрген кезді және бір қабатқа жоғары көтерілген кезде төс арты басып, күйдіріп ауырсынулардың пайда болуына шағымданады, нитроглицерин қабылдаған кезде ауырсыну басылады. Объективті: жүрек тондары тұйықталған, ырғақ дұрыс емес. ЭКГ-да синустық аритмия, минутына 85-110 соққы, бір реттік қарыншалық

экстрасистолалармен үзілісті. Сол қарыншаның гипертрофиясы. Статин нитраттарын және антиагреганттарды қабалғаннан кейін 2 ай бойы стенокардия ұстамасы болған жоқ. Физикалық жүктемелерге толеранттылықты анықтау үшін ең ақпаратты зерттеу болып табылады:

<variant>Тредмил-тест
<variant>Коронароангиография
<variant>Электрокардиография
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Эхокардиография

<question> 57 жастағы әйел адамда соңғы 2 жыл ішінде тұрақты түрде АҚ жоғарлайды, диспансерлік есепте тұр, АПФ ингибиторлары мен Сартанам ем қабылдап жүр. Сол қарыншаның гипертрофиясын диагностикалау үшін ең ақпаратты зерттеуді тағайындаңыз

<variant>Эхокардиография
<variant>Электрокардиография
<variant>Вентрикулография
<variant>Сцинтиграфия
<variant>Кеуде қуысының КТ.

<question>Асқынбаған миокард инфарктісі кезінде ЭТЖ максимальді жоғарлауы пайда болатын мерзімдер:

<variant>Ауру басталғаннан кейін 8-12 тәулікте
<variant>Ауру басталғаннан 1-2 сағат ішінде
<variant>Ауру басталғаннан 24 сағат ішінде
<variant>Ауру басталғаннан 48 сағат ішінде
<variant>Ауру басталғаннан кейін 15 тәулікте

<question>63 жастағы әйел, асқанға операция жасағаннан кейін бір апта өткенде көкірек асты қатты сыздап ауырды. Объективтік тексеруде: жүрек соққысы тұнық, ЖСЖ/ЧСС минутына 93 рет. АҚ 95/65мм рт. ст. ЭКГ нәтижесі: элевация ST V1-V4 - 2,5 мм. Науқасқа жүргізілетін зерттеу:

<variant> Коронароангиография
<variant> Сцинтиграфия
<variant> Тредмил- тест
<variant> Эхокардиография
<variant> Іш қуысы ағзаларының УДЗ

<question>Соңғы 6 айда 55 жастағы ер адам түнде шамамен 15 минутқа созылатын көкіректің үштен бір жоғарғы бөлігі ауырсынуы пайда болуын бақылайды, өздігінен немесе нитроглицерин қабылдағаннан кейін басылады. Қан қысымы - 120/80 мм рт.ст. ст., пульс минутына 65 соққы, ЭКГ - патологиялық өзгерістер жоқ. Дене жүктемесі бар сынама жүктемеге жоғары төзімділік кезінде теріс. Ауырсыну кезінде жасаған ЭКГ-да кеуде қуысы бағытында ST сегментінің көтерілуі тіркелді. Емдеу препараты:

<variant>Кальций антагонисттері
<variant>Нитраттар
<variant>Дезагреганттар
<variant>АПФ ингибиторлары
<variant>Несепті айдайтын препараттар

<question>23 жастағы ер адам дәрігерге соңғы 4 айда тыныс алудың қайталанатын эпизодтары мен өнімсіз жөтел туралы шағымданды. Өздігінен тоқтайтын күндізгі ұстама аптасына екі рет қайталады. Айына екі рет түнгі ұстама байқалады. Пульсі 73 минутына, ТЖ 18 минутына, қан қысымы 122/70 мм .сб.

Пульсоксиметрия- 98%. Физикалық тексеруде ауытқулар анықталған жоқ. Спирометрия: ФДШК1/ФӨТС – 85%, ФДШК1 - 81% қажеттілігінен. бастапқы фармакотерапия :

<variant>Будесонид
<variant>Олодетерол
<variant>Сальметерол
<variant>Монтелукаст
<variant>Тербуталина

<question>22 жастағы әйел соңғы бірнеше аптада құрғақ жөтелге және кеуде қуысының қысылуына шағымданды. Жөтел түнде және волейбол ойнағанда күшейеді. Оның мұрны және мұрын бітелуі жиі кездеседі, ол үшін цетиризин қабылдайды. Науқас соңғы 5 жыл ішінде күніне бір қорап темекі шегеді. Маңызды белгілер қалыпты шектерде. Пульс оксиметриясы - 98%. пациентті бағалаудың келесі кезеңі :

<variant>Спирография бронходилатациялық тестпен
<variant>Кеуде қуысының рентгенографиясы
<variant>ЭКГ
<variant>ЭхоКГ
<variant>Жалпы қан анализі

<question>55 жастағы ер адам 2 ай бойы құрғақ, ұстамалы жөтелге шағымданды. Анамнез: артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, гиперлипидемия. Жүйелі симвастанин, метформин, рамиприл қабылдайды. Пульсі 87 минутына, АҚ 142/88 мм сб. Пациент еміне өзгеріс енгізіңіз

<variant>Рамиприлді кандесартанға ауыстыру
<variant>Рамиприлдың дозасын төмендету
<variant>Рамиприлді лизиноприлге ауыстыру
<variant>Симвастанинді аторвастатинға ауыстыру
<variant>Емге супрастин қосу

<question>45 жастағы ер адам дәрігерге жоспарлы медициналық тексеруден өтуге келді. Жақсы сезінеді. 25 жасында аппендэктомиа жасалды. Анамнезінде-аторвастатинмен жақсы бақыланатын гиперхолестеринемия. Оның әкесі миокард инфарктісінен 42 жасында қайтыс болды. Науқас темекі шекпейді немесе алкоголь ішпейді. Зертханалық зерттеулер қалыпты. ЭКГ-да анықталатын өзгерістер:

<variant>1 типті Mobitz AV блогы
<variant>Миокард инфарктісі
<variant>Үшінші дәрежелі АВ блокадасы
<variant>Жүрекше фибрилляциясы
<variant>II типті Mobitz AV блогы

<question>Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы диагнозымен 44 жастағы ер адам жүрек соғысы мен енгіруге, әлсіздікке шағымданады.

Объективті: тері қабаттарының диффузды цианозы, өкпеде-көптеген құрғақ сырылдар, ЖЖЖ -27 минутына; жүрек тондары тұйықталған, жүрек соғу жиілігі -120-ден 135 минутына, қан қысымы 160/95 мм сб. ЭКГ-да: пароксизмальды қарынша үстілік тахикардия. Аритмия ұстамасын тоқтату үшін тиімді дәрі-дәрмек

<variant>Верапамил
<variant>Амиодарон
<variant>Лидокаин
<variant>Пропранолол
<variant>Новокаинамид

<question> Ер кісі 45 жаста, 2 апта бұрын пайда болған, физикалық жүктемеде дамиды, 1-2 мин созылатын және спонтанды жойылатын төс артындағы ауыру сезіміне шағымданып, аймақтық дәрігерге келді. Күніне 1 қорап шылым тартады. Объективті: ДСИ (ИМТ) 32, АҚ 135/65 мм сын.бағ. ЖЖС 75 мин, жүрек тондары анық, ретті. Диагноздың бірінші кезеңінде қандай зерттеу жүргізу керектігін таңдаңыз.

<variant>Коронароангиография
<variant>Кеуде торының Р-графиясы
<variant>Эхокардиография
<variant>Электркардиография
<variant>Ұйқы артериясының доплер-сонографиясы

<question> 56 жастағы ер кісі ауа райы өзгергенде және жұмыс күнінің соңында жиі бас ауыратынына шағымданды. 7 жыл бұрын АГ анықталған. 2 жыл бұрын ишемиялық инсульт алған, 20 жылдан бері күніне бір қораптан шылым шегеді. Об-ті: жүрек тондары анық, аортада 2 тонның акценті. АҚ 165/100 мм сын. бағ.

Жүректің сол шегі 1 см сыртқа ығысқан. ЭхоКГ: сол қарынша миокардының индекс массасы 140 г/м2, УДДГ: ұйқы артериясының интима-медиа комплексі 1,1 мм, ұйқы артериясының бифуркациясында 1,5 мм. Тиімді емін таңдаңыз.

<variant> фозиноприл және карведилол
<variant> лизиноприл және валсартан
<variant> биспрололмен монотерапия
<variant> лизиноприлмен монотерапия
<variant> амлодипин және каптоприл

<question> Қабылдау бөліміне АГ бар 63 жастағы әйел АҚ 195/110 мм сын. бағ. жоғарылағанда сөйлеу бұзылысының дамуына шағымданып түсті.

Неврологиялық статусы: есі анық, қарашықтары D=S, оң мұрын еріндік қатпары тегістелген, моторлы афазия, оң жақты гемипарез, бұлшықеттік тонус және сіңірлік рефлексі

жоғарылаған, Бабинский симптомы оң. Диагностдық тұжырымды таңдаңыз.
 <variant> ишемиялық инсульт
 <variant> гипертензиялық жедел энцефалопатия
 <variant> транзиттік ишемиялық атака
 <variant> серозды менингит
 <variant> геморрагиялық инсульт
 <question>Келтірілген белгілердің рентгенограммада анықталатынын таңдаңыз. Әйел 25 жаста, жөтелмен бірге қиын бөлінетін шырышты-ірінді қақырыққа, әлсіздікке, $t^{\circ} 37,5C$ дейін кешкіліктерде көтерілгеніне шағымданды. Суықтаудан кейін жігі ауырған. Об-ті: сол жауырын аймағының бронхофониясы күшейген, перкуссиялық дыбысы тұйықтау, сол жерде майда көпіршікті ылғалды сырылдар естілді. Қан анализінде: НВ 128г/л, эр. $4.7 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциттер $9 \cdot 10^9$ /л, ЭТЖ 25 мм/сағ.
 <variant> Сол өкпенің төменгі бөлігінің инфильтрациялық ошақтық қараюы
 <variant> Сол жақ бөлігінің өкпе суретінің күшеюі
 <variant> Өкпе түбірінің кеңеюі, олардың құрылымсыздығы
 <variant> Сол жақ өкпенің төменгі бөлігінің интенсивті қараюы
 <variant> Сол қабырғадиафрагмалық синустың 7 қабырғаға дейін жойылуы
 <question> Науқас 56 жаста, көптеген жылдар ӨСОА, басым бронхиттік типі, В категориясынан зардап шегеді, суық тигеннен кейін дене қызуының жоғарылауына, шырышты-ірінді қақырықты жөтелге, ентігуге, тершендікке шағымданды. Рентгенде оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде инфильтрация анықталған. Дұрыс емдік тактиканы таңдаңыз
 <variant> Кларитромицин + амброксол + ипратропиум бромиді
 <variant> Тетрациклин + метрогил + лазолван
 <variant> Амоксиклав + гентамицин + бромгексин
 <variant> Цефазолин + преднизолон + бромгексин
 <variant> Пенициллин + амброксол + сальбутамол
 <question> 6 8 жастағы ер кісі, тынысқа қатысы жоқ, төс артындағы үдемелі сығып ауырсынуға шағымданды. Нитроглицерин нәтиже бермеді. Науқастың диагнозын нақтайтын тексерулерді таңдаңыз.
 <variant> ЭКГ, тропонин Т
 <variant> Сцинтиграфия Тl²⁰¹
 <variant> ЭхоКГ добутаминмен
 <variant> ЭКГ физикалық жүктемемен
 <variant> ЭКГ тәуліктік мониторингі
 <question> Ер Науқас 21 жаста, терапевтке кешкі уақытта дене қызуының 37,7о дейін жоғарылауына, тершендік, әлсіздік, мазасыздық, 2 апта шамасында қақырықпен жөтелге, оң жақты кеуде қуысының ауруына, салмақ жоғалтуына

шағымданып келді. Төмендегі шаралардың келесісі маңызды: Дұрыс шешім таңдаңыз.
 <variant> МБТ қақырықты зерттеу, жалпы шолу рентгенограмма
 <variant> Бронхоскопия, жалпы шолу рентгенограмма
 <variant> Спирография, жалпы шолу рентгенограмма
 <variant> Спирография, бронхоскопия
 <variant> Плевра қуысының ультрадыбыстық зерттеу, рентгенография
 <question> Антигипертензиялық дәрмекті таңдаңыз.: 63 жастағы, миокардтың инфарктін басынан өткізген, аяқ тамырларының облитерациялаушы атеросклерозының клиникасы бар ер кісіде об-ті: АҚ 170/100 мм сын. бағ., пульсі 76 мин., жүрек шамасыздығының белгілері жоқ.
 <variant> амлодипин
 <variant> бисопролол
 <variant> коринфар
 <variant> гипотиазид
 <variant> индапамид
 <question> 40 жастағы әйел бас ауыруына, айналуына, естен тануларға шағымданып келді. Жүректің созылмалы ревматизмдік ауруы бар. Жүрек шектері солға ығысқан, оң II қ/а және төс сүйегінің сол қырымен жоғары тембрлі, кеми түсетін, протодиастолалық шу, оң II қ/а II тонның әлсіреуі естілді. Тамырларда Траубенің қос тоны, Дюрозьенің қос шуы, Квинке пульсі, білезік артериясында пульс биік, секірмелі, 100 мин. АҚ 160/50 мм сын. бағ. Дұрыс шешім таңдаңыз.
 <variant> аорта қақпақтарының шамасыздығы, САГ
 <variant> аорта сағасының стенозы, артериялық гипотензия
 <variant> митраль қақпақтарының шамасыздығы, ЖФ
 <variant> сол а/в тесіктің стенозы, синкопе
 <variant> үшжармалы қақпақтарының шамасыздығы, ЖФ
 <question> 46 жастағы әйел ауыр жағдайда, ентігумен, көбікті, қызғылт қақырықты жөтелмен туымтарымен емханаға жеткізілді. Қозған күйде, ортопноэ жағдайында. Өкпе үстінің барлық аймақтарында түрлі калибрлі, ылғалды сырылдар естілді, тыныс жиілігі 38 мин. Жүрек тондары тұйық, тахикардия 128 мин. АҚ 230/120 мм сын. бағ. Сәйкес емді таңдаңыз
 <variant> диуретик+спиртпен ылғалданған О2+морфин+нитрат
 <variant> кислород+диуретик+ААФ ингибиторы
 <variant> антибиотик+диуретик+β-блокатор
 <variant> астмалық статус;
 антибиотик+бронхолитик+нитрат

<variant>өкпе артериясының томбоэмболиясы;
кислород++морфин+нитрат
<question> II типті кризде (Ратнермен) келтірілген препараттардың ішінен таңдаулы болып табылады: Сәйкес емді таңдаңыз
<variant> нифедипин (коринфар)
<variant> пропранолол (обзидан)
<variant> нитроглицерин
<variant> клонидин (клофелин)
<variant> анаприлин
<question>Бронхоэктазбен ауыратын науқаста қатты жөтелден кейін аяқасты кеудесінің сол жартысында ауырсыну пайда болған және енгізуі дамыған. Об-ті: кеудесінің сол жартысы тыныс әктісінен қалыңқы және қабырға аралықтары тегістелген; перкуссияда - тимпанит. Асқынуын белгілеңіз
<variant> Пневмоторакс
<variant> Өкпе ателектазы
<variant> Өкпе инфаркті
<variant> Өкпе эмфиземасы
<variant> Экссудатты плеврит
<question>Әйел 29 жас, кеуде қуысының сол жартысының ауырсынуына, дене қызуының 39°С дейін көтерілуіне, енгізудің үдеуіне шағымданды. Объективті: сол жартысында дауыс дірілі әлсіреген, перкуссиялық дыбысы қысқарған. ТЖ 22 мин, ЖЖС 100 мин. Диагноз қоюға көмектесетін шешуші зерттеуді таңдаңыз
<variant> Кеуде қуысының рентгенографиясы
<variant> ЭКГ
<variant> Қанның жайылма анализі
<variant> Қанның жітіфазалық көрсеткіштері
<variant> Спирография
<question>50 жастағы темекі шегуші ер кісінде физикалық күштемеден кейін жалпы әлсіздік, тершеңдік, сол иығының ауырсынуы дамыды. Жедел жәрдем келіп, ЭКГ түсіргенде, ауырудың басталғанынан 30 мин өткен. ЭКГ патология болмады. Дәрігердің тактикасын таңдаңыз:
<variant>пациентке аспирин, нитроспрей, оттегі беріп, ЭКГ әр 15 мин сайын мониторлау керек
<variant>остеохондроздың өршігендігіне көз жеткізіп, миокардтың инфарктін жоққа шығарып, диклофенак енгізу
<variant> тромбозис жүргізілуі керек, ST сегментінің ауытқуы болмаса да, тропонинтесті оң болмаса да
<variant>алкогольді КМП тұжырымдап, нарколог кеңесіне жіберу
<variant>миокардтың инфарктін жоққа шығарып, плексалгия қойып, диклофенак енгізу
<question>11 жастағы қыз баланы объективті тексергенде: жоғарғы шегінің жоғары ығысуы, жүрек мыңынының жойылуы; аускультацияда жүрек ұшында диастолалық шу, төстің сол қырымен III қ/а систолалық шу естілді. ЭКГ: оң

жүрекше мен қарыншаның гипертрофиясы.
Тұжырым таңдаңыз
<variant>Тума ақау – Лютамбаше синдромы: сол атрио-вентрикулярлы тесіктің стенозы мен жүрекше аралық перденің дефекті
<variant>Толочинов-Роже ауруы (қарынша аралық перденің жоғарғы және төменгі бөліктерінің дефекті)
<variant>Тума ақау –Эйзенменгердің кешені (аорта декстрапозициясы мен қарынша аралық перденің дефекті)
<variant>Тума ақау – Фалло тетрадасы
<variant>Тума ақау – ашық артериялық өзек
<question> Митральді протез имплантациясынан кейін антикоагулянттармен ем жүргізіледі: Тұжырым таңдаңыз
<variant> өмір бойына
<variant> отадан соң 1 ай барысында
<variant> отадан соң 2 ай барысында
<variant> отадан соң 10 жыл барысында
<variant> жүргізудің қажеті жоқ
<question>30 жастағы жүректің созылмалы ревматизмдік ауруымен ауыратын әйелде жүрек ұшында қолтық астына берілетін пансистоалық шу, тахиаритмия, ортопноэ, төменгі бүйір аймақтағы үнсіз ылғалды сырылдар анықталды. Жетекші синдромдары мен тиімді дәрімектер топтарын таңдаңыз.
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, диуретиктер мен жүрек гликозидтері
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, кортикостероидтар мен нитраттар
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, бета-адреноблокаторлар мен дигоксин
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, жүрек шамасыздығы, кальций антагонистері мен бета-адреноблокаторлар
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, жүрек шамасыздығы, антиаритмиялық дәрімектер мен кальций антагонистері
<question>20 жасар студенттің балалық шақтан мойын тамырларына және екі жауырын арасындағы кеңістікке тарайтын төстің сол жағы, III қ/а систолалық шу анықталған. АҚ иығында 170/100;санында 130/70мм сын. бағ. Рентгендік тексеруде: сол қарыншаның ұлғаюы және қабырғалардың төменгі жиегінің кертілуі анықталды. науқасты жүргізудің дұрыс жолын таңдаңыз
<variant> аорта коарктациясы, операциялық ем
<variant> аорта коарктациясы, кардиологтың диспансерлік бақылауы
<variant> аорта коарктациясы, санаторий-курортты ем

<variant> аорта коарктациясы, медикаменттік емес ем
<variant> аорта коарктациясы, медикаменттік ем
<question> 29 жастағы жүректің созылмалы ревматизмдік ауруымен ауыратын әйелде ортопноэ, жүрек ұшында қолтық астына берілетін пансистолалық шу, тахикардия, төменгі бүйір аймақтағы үнсіз ылғалды сырылдар анықталды. Жетекші синдромдары мен тиімді дәріліктер топтарын таңдаңыз.
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, диуретиктер мен перифериялық вазодилататорлар; жүрек гликозидтері
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, кортикостероидтар мен нитраттар
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, сол қарыншалық жедел шамасыздық, бета-адреноблокаторлар мен дигоксин
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, жүрек шамасыздығы, кальций антагонисттері мен бета-адреноблокаторлар
<variant> жүре дамыған қақпақтық ақау, ырғақ бұзылысы, жүрек шамасыздығы, антиаритмиялық препараттар мен кальций антагонисттері
<question> 13 жастағы қыз балада сол қарыншалық жедел шамасыздық жиілеген. Объективті тексергенде: жоғарғы шегінің жоғары ығысуы, жүрек мықынның жойылуы; аускультацияда жүрек ұшында диастолалық шу, төстің сол қырымен III қ/а систолалық шу естілді. ЭКГ: оң жүрекше мен қарыншаның гипертрофиясы. Сіздің тұжырымыңыз:
<variant> тума ақау – Лютембаше синдромы: сол атрио-вентрикулярлы тесіктің стенозы мен жүрекше аралық перденің дефекті
<variant> олочинов-Роже ауруы (қарынша аралық перденің жоғарғы және төменгі бөліктерінің дефекті)
<variant> тума ақау – Эйзенменгердің кешені (аорта декстрапозициясы мен қарынша аралық перденің дефекті)
<variant> тума ақау – Фалло тетрадасы
<variant> ашық артериялық өзек
<question> Созылмалы өкпе текті жүректің адекватты емдік жоспарын тағайындаңыз
<variant> себепкер дертті емдеу, оттегілік ем, перифериялық вазодилататорлар, антикоагулянттық ем, диуретиктер, жүрек гликозидтері, екіншілік эритроцитоз емі
<variant> себепкер дертті емдеу, оттегілік ем, перифериялық вазодилататорлар, антиагрегантты ем, диуретиктер, жүрек гликозидтері
<variant> оттегілік ем, перифериялық вазодилататорлар, антикоагулянтты ем,

диуретиктер, жүрек гликозидтері, екіншілік эритроцитоз емі
<variant> перифериялық вазодилататорлар, оттегілік ем, жүрек гликозидтері, диуретиктер
<variant> диагноз қойылысымен өкпе-жүрек трансплантациясын іске асыру
<question> 47 жастағы ер кісіні соңғы 2-3 айда ұйқыдан соң, орнынан тұра бергенде дамиды естен танулар мазалайды, естен танған кезде терісі көгереді, қайта жатқызғанда есін жинайды. Анамнезінен: жас кезінде ревматизмдік қызбаның болғандығы, әскерге алынбағандығы мәлім болды. Бұл дертіне байланысты есепке тұрып, ем қабылдамаған. Кейінгі 7-8 жылда жүрегінің лүпілін, шалыс соғатындығын байқаған, бірнеше рет ЭКГ түсіріп, дигоксинді жарты таблеткадан жүйесіз қабылдаған. Дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз.
<variant> доплер-ЭхоКГ
<variant> холтер ЭКГ
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу рентгенографиясы
<variant> ревмосынамалар
<variant> фонокардиография
<question> 57 жастағы әйел соңғы 6-8 ай барысында кенет дамиды енгігу мен соңғы 2-3 айда бірнеше рет есінен танғанына шағымданып келді. Ревматизмдік анамнезі, қандас туғандарында жүрек патологиясы жоқ. Жарты жыл бұрын ЭКГ, ЭхоКГ зерттеулерінен өткен, дәрігер өңеш арқылы ЭхоКГ жолдама берген, науқас одан өтпеген. Об-ті: жүрек шектері өзгермеген, тондары анық, ырғақты, ЖЖС 74 мин. АҚ 130/70 мм сын. Дұрыс тексеру тактикасын қолданыңыз.
<variant> өңеш арқылы эхокардиография
<variant> доплер эхокардиография
<variant> стандартты электрокардиография
<variant> холтерлік-электрокардиография
<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу рентгенографиясы
<question> Жүрекшелер фибрилляциясының тұрақты түрінің емінде тромбтық асқынулардың алдын алу мақсатында келесі антикоагулянттар мен дезагреганттарды қолданады. Дұрыс ем тағайындаңыз
<variant> варфарин (МНО- 2-2,5); ацетилсалицил қышқылы 300 мг/тәу.; клопидогрель 75 мг/тәу.
<variant> альтеплаза, стрептокиназа
<variant> гепарин, фраксипарин
<variant> курантил до 300 мг/тәу., пентоксифиллин в/і тамшылатып
<variant> натрий цитраты, пивавит (порошок)
<question> Жүрек ырғағының қарыншалық бұзылыстарында кенет жүректік өлімнің алдын

алу мақсатында қолданады. Дұрыс ем тағайындаңыз

<variant> бета-адреноблокаторларды (метопролол, бисопролол) және III кластың антиаритмиялық дәрілерін (амиодарон, соталол)

<variant> жүрек гликозидтерін (дигоксин, коргликон)

<variant> варфаринді (МНО- 2-2,5)

<variant> ацетилсалицил қышқылын 300 мг/тәу.

<variant> клопидогрельді 75 мг/тәу.

<question> Амбулаторлық кезеңде ырғақ және өткізгіштік бұзылыстарының диагнозын нақтауда қолданылатын міндетті зерттеулер: Дұрыс шешім қабылдаңыз.

<variant> электрокардиография, Холтерлік мониторинг, ЭхоКГ

<variant> бас мисауытының рентгенографиясы, екі проекциядағы

<variant> кеуде сарайы органдарының жалпы шолу және бүйірлік проекциядағы рентгенографиясы

<variant> қалқанша безінің УДЗ және тиреоидтық статусы

<variant> ультрадыбыстық доплерография (экстра –және интракраниальді тамырлардың патологиясына күдік туындағанда)

<question> Дәрігерге 77 жастағы басым эмфиземалық типті өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы бар қарт келді: еңігу мен жүрегінің шалыс соғуы, аяқтарының ісінулеріне шағымданды. ЭКГ: жүрекшелер фибрилляциясы. Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз.

<variant> новокаиамид

<variant> нифедипин

<variant> конкор

<variant> пропранолол

<variant> дигоксин

<question> 60жастағы ер кісі кенет дамитын бас айналулары мен естен тануларға шағымданды. 3 жыл бұрын ревматизмдік емес миокардитті басынан өткерген. Соңғы айда аталған жағдайлар жиілеген. АҚ 110/70 мм сын. бағ., ЖЖС 57 мин. ЭКГ: Pq интервалы ұзарған, Самойлова-Венкебаха кезеңдері жүйелі. Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз.

<variant> ырғақтың жасанды жүргізушісінің имплантациясы

<variant> кальций антагонистерін тұрақты қабылдау

<variant> бета-адреноблокаторларды тұрақты қабылдау

<variant> метаболизмдік дәрілерді жүйелі қабылдау

<variant> аорталық коронарлық шунттау

<question> Амбулаторияның ЖДП дәрігеріне 74 жастағы қария қарыншаустілік тахикардияның

ұстамаларына шағымданып келді. Анамнезінде ЖИА, ишемиялық КМП. Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз.

<variant> кордарон

<variant> новокаиамид

<variant> эналаприл

<variant> панангин

<variant> атропин

<question> Анафилаксиялық астмалық статустың шұғыл көмегін бастау керек: Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз.

<variant> 0,3-0,5 мл 0,18% эпинефрина ерітіндісін 0,9% натрий хлоридіне араластырып, вена ішіне құюдан

<variant> гипоксемия мен гиперкапнияны жоюдан

<variant> ауа өткізетін жолдардың өткізгіштігін қадағалаудан

<variant> β_2 -агонистерге сезімталдықты қалыптастырудан

<variant> ағзаның ішкі жағдайын (ортасын) қалыптастырудан

<question> Декомпенсацияланған созылмалы өкпе текті жүрек ұғымын құрайды: Дұрыс тұжырым қабылдаңыз.

<variant> өкпелік гипертензия+оң қарынша гипертрофиясы (миогенді)+оң қарыншалық шамасыздық

<variant> өкпелік гипертензия+оң қарынша гипертрофиясы (тоногенді)

<variant> өкпелік гипертензия+оң жүрекше гипертрофиясы

<variant> оң қарынша дилатациясы+порталық гипертензия

<variant> сол жүрекше гипертрофиясы+өкпелік гипертензия

<question> Емханалық жағдайда пневмонияның этиологиялық емін бастаған жөн: Дұрыс шешім қабылдаңыз.

<variant> макролидтер мен/және қорғалған пенициллиндерден

<variant> цефалоспориндер мен фторхинолондардан

<variant> аминогликозидтер мен макролидтерден

<variant> тетрациклин қатарының анитбиотиктерінен

<variant> қорғалған пенициллиндер мен цефалоспориндерден

<question> 46 жастағы ер кісі келесі шағымдармен келді: көп мөлшерлі, сасық қақырықты жөтел, кеуде сарайының оң жартысының ауыруы, субфебрилитет, әлсіздік. Рентгендік зерттеуде: оң өкпесінің жоғарғы бөлігінде қуыс анықталды. Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз

<variant> ошақтың санациясы+ моксофлоксацинді қуысқа енгізу

<variant> ампициллин + гентамицин парентеральді

<variant> плазмаферез курсы + цефтриаксон
<variant> өкпе бөлігін резекциялау + цефтриаксон
<variant> левофлоксацин + инфузиялық терапия
<question> Дұрыс шешім қабылдаңыз: Созылмалы бронхиттің диагнозын қоюға БДҰ (ВОЗ) ұсыныстарының критерийі, жөтел ұзақтығы:
<variant> 2 жыл қатарынан әр жылда 3 айдан кем емес
<variant> 2 жыл қатарынан әр жылда 6 айдан кем емес
<variant> ағымдағы жылы 4 айдан кем емес
<variant> 3 жыл қатарынан әр жылда 2 айдан кем емес
<variant> ағымдағы жылдың көктем, күзінде 2 айдан кем емес
<question> 59 жастағы ер кісіде соңғы 1,5 ай ішінде бірнеше рет есінен тану, құрысулардың болған. Жүрек тондары шамалы тұйық, ырғақты, ЖЖС 34 мин., жүрек ұшында мезгілімен күшейген I тон естілді. АҚ 150/90 мм сын. бағ. Соңғы ЭКГ 2 ай бұрын түсірілген: ырғақ көзі синусты, АВБ II дәр., Мобитц-2; алдыңғы қабырғасының, қарыншааралық перденің, жүрек ұшының тыртықтық өзгерістері, СКГ. Қазіргі ЭКГ: P тісшелері өз алдына, өз жиілігінде (76 мин.); QRS кешендері өз ырғағында (34 мин) тіркелген. Алдыңғы жайылма тыртық белгілері. Дұрыс емдік тактиканы қолданыңыз
<variant> тұрақты электрокардиостимулятор орнату
<variant> қажеттілігіне қарай (de mand) ЭКС орнату
<variant> антиангиналық дәріктермен тұрақты емдеу
<variant> антигипертензиялық дәріктермен жүйелі ем
<variant> антиагреганттармен жүйелі ем
<question> Анасы 13 жасар ер баласын қабылдауға әкелді. Соңғы кездері бірнеше рет есінен танып, неврологтарда зерттеулер жүргізіліп, неврологиялық патологияларды жоққа шығарғанын мәлімдеді. Есінен тану қорқыныш, қобалжыған кездерінде болады, есту қабілеті сақталған. Баланың әкесі, атасы кардиологта есепте тұрады. Есту қабілеттері бұзылмаған. Об-ті: жүрек тондары анық, ырғақты, ЖЖС 96 мин. АҚ 95/60 мм сын бағ. ЭКГ: ырғақ көзі синусты, ЖЖС 90 мин. qT интервалы ЖЖС санына сай көрсеткішінен ұзақ (0,43сек). Балаға отырып-тұрғызу жүктемесі жасалды, ЭКГ түсірілді. Синусты ырғақ, ЖЖС 120 мин., ЖЭӨ вертикаль, qT интервалы жиілеген ЖЖС сай қысқармады, керісінше ұзарды. Мамандар кеңестерін жоспарлаңыз. Дұрыс шешім қабылдаңыз
<variant> кардиолог-аритмолог, генетик
<variant> генетик, кардиохирург
<variant> терапевт, ЛОР дәрігері

<variant> терапевт, генетик
<variant> кардиолог, ЛОР дәрігері
<question> 65 жастағы ер адам үйге дене қызуының жоғарылауына, бас ауыруына, құрғақ жөтелге шағымданып дәрігерді шақырды. Объективті: температура 39,2°C, көз склераларының қан тамырлары инъекцияланған, аңқасының шырышты қабаты айқын гиперемияланған, өкпесіндегі тынысы қатайған, сырылдары жоқ. Жүрек тондары бәсеңдеген, ЖЖС – 124 рет/мин., АҚ – 110/70 мм с.б., ТАЖ – 26. Қан анализінде: эр. – 3,4x10¹²/л, Нв – 135 г/л, лейкоц. – 4,2x10⁹/л, э. – 5%, т/я – 7%, с/я – 63%, м – 5%, л – 20%, СОЭ – 18 мм/сағ. Қалада тұмауға эпидемия жарияланды. Сіздің тактикаңыз.
<variant> Осельтамивир
<variant> Анаферон
<variant> Ремантадин
<variant> Рекомбинантты альфа-2b интерфероны
<variant> Имидазолілэтанамидпептан-дион қышқылы
<question> Әйел 62 жаста, дене қызуының 38,5°C дейін жоғарылауына, аз бөлінетін шырышты-ірінді қақырықпен жөтелге, аздаған ентігуге шағымданып келді. 10 күннен бері ауырады, ауру лихорадкамен, тамағындағы ауыру сезімімен, құрғақ жөтелмен жедел басталған, 3 күн бұрын жағдайы ауырлап, ентігу пайда болған. Объективті: АҚҚ 110/70 мм.с.б, ЖСЖ 95 рет мин, ТЖ - 18 рет мин, оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде әлсіз тыныс фондында крепитация естіледі, ортаңғы және жоғарғы бөлімінде – бронхтық тыныс. Пульсоксиметрия - 95%. ЖҚА - Л 11x10⁹/л, Эр - 3,2x10⁹/л, Нв - 123 г/л, ЭТЖ - 24 мм/сағ. Өкпенің Р-графиясы - оң жақ өкпенің төменгі бөлігінде орташа интенсивті инфильтратты көлеңке. Емдеңіз:
<variant> Амоксициллинмен амбулаторлы емдеу
<variant> Пефлоксацинмен амбулаторлы емдеу
<variant> Күндізгі стационар жағдайында цефтриаксонмен емдеу
<variant> Терапевтік бөлімге госпитализациялау, ровамицин
<variant> РИТБ (ОРИТ) госпитализациялау, левофлоксацин
<question> 72 жастағы әйел 3 күн бойы қызба, миалгия, жөтелге қатысты жүгінді. Жер бөлмеде (временка) тұрады, көршілерде ұқсас белгілер болған. Анамнезінде - АГ, лизиноприл қабылдайды. Дене қызуы - 38,9 С, пульс - 105/мин, ТЖ - 22/мин, АҚ - 110/60 мм с.б., SaO₂ - 89%. Қандағы лейкоциттер -10 500/мм³, креатинин – 79,6 мкмоль/л, прокальцитонин - 0,05 мкг/л (норма<0,06). Өкпе R - да - төменгі бөлікте екі жақты қарауыту. Цефтриаксинмен және азитромицинмен емдеу басталды. Екі күннен кейін-дене қызуы -37,6 С, прокальцитонин

- 0,04 мкг/л, SaO₂ - 96%. Ауруды басқарудағы тактика:
 <variant>Цефтриаксон мен азитромицинді 7 күнге дейін жалғастыру
 <variant>Цефтриаксон мен азитромицинді тоқтату
 <variant>Өкпенің қайталама рентгенографиясы
 <variant>Цефтриаксон тоқтату және азитромицинді жалғастыру
 <variant>Қақырықты себу
 <question>Өршуін басудың дұрыс емдік тактикасын таңдаңыз. 66 жастағы, бірнеше жыл бронхтық астмамен сырқат әйелді тұншығу ұстамалары аптасына бірнеше рет мазалаған, дипроспан инъекциясынан кейін (дәрігер тағайындауынсыз) тұншығу ұстамасы бір ай көлемінде мазаламаған. Соңғы уақытта беротекпен басылмайтын жөтел мен енгігу дамыған, жағдайы түндерде ауырлаған. Объективті: науқас мәжбүр қалыпта, айқын енгігу, дистанциялық сырылдар естілді.
 <variant>Флутиказона пропионат 500, формотерол 54 мкг/сутки, оттегі
 <variant>Фенотерол ингаляциясы, эуфиллин ерітіндісі в/і, оттегі
 <variant>Вентолинді небулайзермен енгізу, оттегі
 <variant>Преднизолон в/і в дозе 30-60 мг, оттегі
 <variant>Метилпреднизолон 120 мг в/і, фенотерол, оттегі
 <question>Емнің дұрыс тактикасын таңдаңыз. Науқас 72 жаста, омарташы, қыс мезгіліне ара ұясын шөппен жауып дайындағаннан кейін ауырып қалған. Пневмония диагнозы қойылып, амоксициллин тағайындалған, бірақ бұл емнен жағдайы нашарлаған: қарқынды енгігу дамыған, тыныс алу шыңында жөтелу күшейе түскен, әлсіздік пен шаршағыштық қосылған. Об-ті: тыныс алу шыңында крепитациялар естілді, жөтелуден өзгермеді. Преднизолон 40 мг/тәу. тағайындалды, дозасы біртіндеп 10 мг дейін төмендетілді, жағдайы жақсара бастады.
 <variant>Преднизолонды сол дозада жалғастыру
 <variant>Делагил тағайындау
 <variant>Преднизолон беруді тоқтату
 <variant>Физиоэм тағайындау
 <variant>Преднизолон дозасын 90 мг дейін жоғарылату
 <question>Әйел 63 жаста, бірнеше апта бұрын пайда болған, жұмыс күнінің соңында пайда болатын бас ауруына шағымданып келді. Дәрігерге дейінгі медбикенің қарауда АҚҚ өлшегенде 145/95 мм с.б. ДСИ (ИМТ) - 30, зиянды әдеттері жоқ, тұқым қуалаушылық анықталмаған. Келесі кезеңде жүргізілу қажет зерттеу:
 <variant>6 сағаттан кем емес уақыттан кейін АҚҚ қайталап өлшеу
 <variant>Электрокардиография
 <variant>Кеуде торының Р-графиясы

<variant>Эхокардиография
 <variant>Ұйқы артериясының доплер-сонографиясы
 <question> Реанимация бөлімішесіне 26 жастағы ер адам науқас клиникалық өлім жағдайында жеткізілді. Жаттығу кезінде есін жоғалтқан, жүрегі тоқтап қалған. Аутопсияда жоғарғы 3/1 қарынша аралық қалқаның және сол қарыншаның бос кеңістігінің гипертрофиясы, шығару трактісінің обструкциясымен кардиомегалия анықталды. Өлімінің себебі клиникалық хаттама бойынша:
 <variant>қарыншалар фибрилляциясы
 <variant>қарыншалық пароксизмальды тахикардия
 <variant>толық атриовентрикулярлы бөгеме
 <variant>синус түйінінің әлсіздік синдромы
 <variant>жүрекшелер фибрилляциясы
 <question> Науқас 48 жаста дене температурасының 38 градусқа жоғарлауына, қалтырауға, жөтелге, қанды қақырық, буындардағы және бел аймағындағы ауырсынуға шағымданады. Анамнезінде - фурункулез. Жалпы қарауда: тері жамылғысының түсі "сүтті кофе" сияқты, төменгі бөліктерінде петихиялық бөртпелер. «Барабан таяқшасы» және «сағат әйнегі» симптомдары анықталады. Тексеру кезінде эритроциттер 2,9*10¹², гемоглобин 98г/л, лейкоциттер 22 мың, ЭТЖ 46 мл/сағ. Диспротеинемия, протеинурия. Рентгенограммада оң өкпеде үшбұрышты көлеңке. Диагнозды нақтылау үшін тиімді информативті әдіс клиникалық хаттама бойынша клиникалық хаттама бойынша:
 <variant> эхокардиография
 <variant> бронхоскопия
 <variant> сцинтиграфия
 <variant> буындар рентгенографиясы
 <variant> өкпенің компьютерлік томографиясы
 <question> Науқас Т. 63 жаста, дәрігер қабылдауында аздаған физикалық күштемеден кейін және тыныштықта төс артындағы қысып ауырсыну сезіміне, енгігуге шағымданады. Анамнезінде миокард инфарктысын өткізген. Жүрек соғу жиілігі 62 рет мин. Артериялық қан қысымы 110/60 мм.с.б.б. Тропонин 1-0 нг/мм. Электрокардиограммада созылмалы коронарлық жеткіліксіздік белгілері. Тағайындауға тиімді клиникалық хаттама бойынша:
 <variant>кардикет
 <variant>кетонал
 <variant>дигоксин
 <variant>коринфар
 <variant>эуфиллин

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН
MEDISINA
AKADEMIASY



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Отбасылық медицина» кафедрасы

69-11/

«Амбулаториялық емханалық терапия» пәнінен бақылау өлшеу құралдары

132 беттің 130 беті